

KVG-Tagung des Instituts für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis der HSG

Der Schuh drückt ganz gewaltig

Die Finanzierung im eidgenössischen Krankenversicherungsgesetz (KVG) kommt erneut auf den Prüfstand. Selten schien die Wahrscheinlichkeit so hoch, dass sich tatsächlich auch etwas fundamental verändert und dies gleich doppelt. Einerseits wird mit Hochdruck an einer Lösung für eine einheitliche Finanzierung ambulant-stationär (EFAS) gearbeitet, andererseits hat das Restkosten-Urteil des Bundesgerichts im Bereich der Langzeitpflege-Finanzierung zu intensiver politischer Betriebsamkeit geführt. Welche Lösungen zeichnen sich ab? Wo drückt der Schuh?

Die erstklassig besuchte Tagung war spannend wie kaum zuvor, prallten doch unterschiedliche Interessen verschiedener Stakeholder aufeinander: diejenigen der Kantone, Leistungserbringer, Krankenversicherer, des Preisüberwachers und der eidgenössischen Politik. Da ist männiglich gespannt, wie es weiter geht und wer zum nächsten Zug ansetzt. Taktik ist sicher auch im Spiel, denn einige können mit dem alten System eigentlich recht gut leben und verlieren will wohl niemand freiwillig. Dennoch ist Handeln angesagt, denn Wettbewerbsverzerrungen, Fehlanreize und nicht überall optimale Qualität

sind nicht wegzuleugnen. Fragt sich nur, ob und wie die neuen angedachten Regelungen diese lästigen Minuspunkte tatsächlich beseitigen und mehr Qualität auch ohne Mehrkosten zu erreichen ist.

Ein breiter Fragenkatalog

Eingangs standen folgende Fragen im Zentrum: Wie weit soll die EFAS gehen? Soll sie auch die Langzeitpflege einbeziehen? Oder soll diese bewusst anders finanziert werden? Was geschieht mit den zu viel bezahlten Beiträgen

der Versicherten und der privaten Haushalte als Folge der zu hohen Betreuungstaxen in Pflegeheimen? Welche Hindernisse sind bei der Umsetzung geplanter Reformvorhaben zu überwinden? Welche Details sind zu regeln? Welche Fragen können nicht losgelöst davon betrachtet werden?

Und vor allem: Mit welchen Auswirkungen auf Versicherte und Steuerzahler, auf Patienten, auf Kantone bzw. Versicherer, Spitäler, Pflegeheime und andere Akteure im Gesundheitswesen dürfte zu rechnen sein, ist doch das Ganz nicht

Eine wirkungsvolle Ausgestaltung der EFAS könnte auch zu einem Einbezug aller Leistungserbringer und damit zu einer verbesserten integrierten Behandlung beitragen.





zuletzt ein Verteilungskampf, und da scheiden sich die Geister ja bekanntlich – couleurbedingt – immer gewaltig?

Eindeutig ist bloss: Am Schluss zahlen es, Folien und Statistiken wortgewaltiger und/oder gutmeinender Politiker zum Trotz, eh wir Bürgerinnen und Bürger, fragt sich nur zu welchen Teilen und ob freiwillig, gerne oder zähneknirschend ...

Der Auftrag ist klar, wirklich?

Gut Ding will Weile haben. Das gilt für die EFAS sehr wohl. Am 11. Dezember jährt sich nämlich zum zehnten Mal das Einreichen der parlamentarischen Initiative von Nationalrätin Ruth Humbel (CVP/AG), die von beiden Räten gutgeheissen wurde und dem Bundesrat die Hausaufgabe erteilt, die Finanzierung von Gesundheitsleistungen aus einer Hand zu finanzieren, Fehlanreize zu beseitigen und den stationären Sektor auch in Managed Care-Programme zu integrieren. Im April dieses Jahres hat die nationalrätliche Gesundheitskommission zudem gefordert, auch die Langzeitpflege ins Konzept mit aufzunehmen.

Ein zusätzlicher Punkt ist ausserdem die Idee aus dem Nationalrat, den Finanzierungsanteil der OKP für Vertragsspitaler ausserhalb der kantonalen Spitalplanung zu erhöhen, was die Zusatzversicherungen entlasten würde. Hierbei befürchtet der Bundesrat allerdings in seiner Beurteilung, dass durch die dadurch stattfindende Attraktivitätssteigerung im VVG-Bereich weiterhin Fehlanreize Richtung stationäre Eingriffe bestünden. Ausserdem würde der erwünschte Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern «weiterhin ins Leere greifen, wenn die Möglichkeiten zur Mengenausweitung nicht begrenzt

werden. Dies gefährdet das Anliegen der Dämpfung der Kostenentwicklung in der OKP. Von einer einheitlichen Finanzierung sollte keine Gefahr für eine Prämiensteigerung im Übergang und eine im Anschluss daran verstärkte Kostenzunahme in der OKP ausgehen.» – Es wird also spannend sein, die weitere Ausarbeitung der definitiven EFAS-Lösung zu beobachten.

Zülig vorwärts machen

Ständerat Josef Dittli, Präsident des Krankenversicherungsverbands curafutura, plädierte an der KVG-Tagung für ein züliges Weitermachen. Als Herausforderungen für den Systemwandel bezeichnete er die Definition der Pflegeleistungen in Abgrenzung zu Betreuungsleistungen, das Ermitteln des Pflegebedarfs und das Erteilen der Pflegestufen ambulant und stationär, das Harmonisieren der Vergütungsregeln ambulant und stationär, die Kostentransparenz der Pflegeleistungen, die Abgeltung der MiGeL in der Pflege sowie die Definition und Stabilisierung der Anteile verschiedener Kostenträger.

Sein Fazit: «Die EFAS ist wichtig, aber nicht um jeden Preis. Es soll keine Verzögerung der EFAS-Vorlage durch Einbezug der Pflegefinanzierung eintreten, die EFAS ist im Akutbereich rasch umzusetzen, wir brauchen eine Auslegung zu möglichen zukünftigen Pflegefinanzierungsmodellen und wir müssen die Ziele der Pflegefinanzierung, die seit 2011 gültig ist, berücksichtigen. Das bedeutet: keine Mehrbelastung der OKP.»

Es bestehen gewichtige offene Fragen

Gesundheitsökonom Dr. oec. HSG Willy Oggier, der die Tagung virtuos moderierte, sieht etliche

offene Fragen, die einer Klärung bedürfen. Für ihn sind es die Rollenkonflikte der Kantone wie auch der Krankenversicherer, die wettbewerbsverzerrende Wirkung der Finanzierung Gemeinwirtschaftlicher Leistungen, das Fehlen des Begriffs «teilstationär», der Versuch, EFAS mit einer Koppelung von Zulassungsbegrenzungen zu realisieren, der vorgeschlagene Einbezug der Langzeitpflege, die noch zu wenig klare qualitative Definition des Begriffs «Rehabilitation» und die immer noch diskutierten Anregungen fürs Einführen von Globalbudgets.

Defizitdeckung durch die Hintertür

Entsprechend stellte er einige «freche» Hypothesen auf: «Die Vorlage führt nicht zu einer einheitlichen Finanzierung, sondern zu einer Wiedereinführung der Defizitdeckung bei öffentlichen Spitälern durch die Hintertür, wenn das Geld nicht reicht.

Wenn Vertragsspitaler mehr Grundversicherungs-Gelder bekommen, wird das System qualitativ schlechter und ineffizienter. Gewinner sind dann die Verwaltungsräte der Krankenversicherer, die zusätzliche Boni auf Kosten der Zusatzversicherten einheimen.

Die vorgeschlagene Variante ist gar keine einheitliche Finanzierung, sondern schafft nur neue Schnittstellen, insbesondere zur Langzeitpflege. Wer dies will, will eigentlich keine Lösung innerhalb des KVG. Schliesslich führt die Koppelung mit dem Zulassungsstopp zu einem weiteren Schritt Richtung Staatsmedizin. – Die Vorlage hat nicht die gewünschten Effekte bezüglich der integrierten Versorgung. Für Rehabilitations- und Psychiatrische Kliniken ist sie durch den Nicht-Einbezug der Langzeitpflege sogar schädlich.»

Problematischer Finanzierungsvorschlag für Vertragsspitäler

Die in Aussicht genommene Revision zielt darauf ab, dass die Kantone sowohl die ambulanten wie auch die stationären Leistungen analog mitfinanzieren, wobei insgesamt der totale kantonale Beitrag an die neue gemeinsame Finanzierung nicht höher ausfallen soll als der heutige Beitrag an die stationäre Behandlung. Dies würde mit sich bringen, dass der kantonale Beitrag an die stationären Leistungen von heute 55% auf neu 25.5% absinken würde und dafür sowohl für stationäre wie neu auch für ambulante Leistungen gewährt würde.

Diese debattierte Änderung kann nun aber Auswirkungen auf die Vertragsspitäler haben. Wenn nämlich die Versicherer Vertragsspitalern aus Mitteln der Krankenversicherung weiterhin denjenigen Anteil vergüten, welcher von ihnen nach Berücksichtigung des Kantonsbeitrags effektiv getragen wird, ergibt sich ein höherer Anteil der Finanzierung von Vertragsspitalern. Anstelle des bisherigen Ansatzes von 45% würde sich hier für die Krankenversicherer neu ein Ansatz von 74.5% ergeben.

Die Vertragsspitäler würden aus diesem Grund attraktiver werden, weil der allenfalls von den Patienten oder einer Zusatzversicherung zu übernehmende Anteil von maximal 55% auf höchstens 25.5% sinken würde. Gleichzeitig würde das eine Entlastung in der Kostenrechnung der Zusatzversicherungen auslösen. Das hätte wiederum Auswirkungen auf die kantonale Spitalplanung; Spitäler ausserhalb der Spitalliste wären nun plötzlich für VVG-Versicherte günstiger.

Prof. Dr. iur. Ueli Kieser, stv. Direktor am Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis der Universität St. Gallen, zog daraus den Schluss, dass «diese indirekte Auswirkung der EFAS aus prinzipiellen Überlegungen abzulehnen ist. Bei einer Neuregelung ist deshalb einzig für Vertragsspitäler der bisherige Finanzierungsschlüssel beizubehalten.» – Summa summarum ergibt sich für ihn: «Der Umbau der Krankenversicherung muss in kleinen Etappen erfolgen. Die einzelnen Etappen müssen im Gesamtkonzept schlüssig und folgerichtig sein. Beim Umbau müssen die wesentlichen Ziele feststehen. Zentral ist die Verteilung der Kompetenzen zwischen Bund, Kantonen, Vertragspartnern und Versicherten.»

Wettbewerb und Qualität fördern

Für klare Verhältnisse treten auch die Schweizer Privatspitäler ein. National Dr. Beat Walti, Präsident der Privatkliniken Schweiz (PKS) forderte drei Tests zur Wertung der EFAS-Vorschläge: Qualität/Kosten, Fairness und Governance.

Bei den Qualitätskriterien geht es für ihn um die Eignung, die therapeutische Leistungsqualität der Gesundheitsdienstleister bei bester Kosteneffizienz zu fördern. Das bedeute Outcome- statt Input-Steuerung sowie Kostendämpfung durch Anreize und Qualitätswettbewerb statt durch Bürokratie.

Bei der Fairness sieht der Parlamentarier das Fördern fairer Wettbewerbsbedingungen für alle Leistungserbringer und Versicherer. Er fordert, den Vertragszwang für Versicherer zu lockern und staatliche Kontrollen zu verhin-

dern, eine Ausschreibungspflicht für Gemeinwirtschaftliche Leistungen und EFAS «pur» statt eine Kombination von Finanzierungsanreiz stationär (bisher) und AVOS-Bürokratie (Zwang zur Ambulantisierung).

Im Governance-Test sei die inakzeptable Vielfachrolle der Kantone zu hinterfragen. Walti befürwortet, dass die öffentliche Hand Eigentümerin öffentlicher Institutionen und damit verantwortliche Leistungserbringerin bleibt, aber alle übrigen Verantwortungen – insbesondere Regulierung, Aufsicht, Gesundheitspolizei und Schiedsrichter in Tarifverhandlungen – abgibt. Staatliche Beteiligungen an Leistungserbringern sollen veräussert oder strukturell verselbstständigt werden. Die Einflussnahme auf die Führung müsse nach einer Übergangsfrist verboten werden.

Wie steht es bei der Restkostenübernahme in der Pflege?

Preisüberwacher Dr. Stefan Meierhans beleuchtete die Problematik der Restfinanzierung in der Pflege wie sie sich aus einem Bundesgerichtsentscheid ergibt. In der Neuordnung ist vorgesehen, dass «der versicherten Person von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20% des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags überwält werden dürfen. Die Kantone regeln die Restfinanzierung.»

Hier liege der Hase aber effektiv begraben. Das Hauptproblem bestünde darin, dass in der Pflege bei Normkosten rund die Hälfte davon unterfinanziert und somit ungedeckte Restkosten

Excellence Leadership

SWISS EXCELLENCE FORUM
Network to Success

Vernetzt denken, ganzheitlich führen, Zukunft gestalten

Im Fokus der Business Excellence Führungsausbildung steht die systematische Verbesserung der Wettbewerbsstärke auf der Basis des EFQM Modells.

Seminarstart: 11. März 2020 – Jetzt anmelden.

www.swiss-excellence-forum.ch Telefon +41 41 229 30 40





Bis eine definitive EFAS-Lösung auf dem Tisch liegt, sind noch viel Geduld, Verhandlungsgeschick und Kompromissbereitschaft gefordert.

seien. Die Heime sind aufgrund ihrer meist schwachen Eigenfinanzierung nicht in der Lage, dies selber zu decken. Deshalb würde wohl eine Überwälzung auf die Pflegebedürftigen resp. Ergänzungsleistungen entstehen. Was aufgrund der 20%-Grenze übrig bleibt, würde für die Kantone und Gemeinden zum Übernehmen bleiben. «Erfolgt damit eine Defizitgarantie für alle Pflegeheime?» fragte Meierhans.

Beängstigend ist dabei, dass es auch sechs Jahre nach Einführung der Neuen Pflegefinanzierung immer noch kein national einheitliches Instrument zur Messung des Pflegeaufwands gibt. Im Vergleich zu den Spitälern fehlen bei den Heimen detaillierte, verbindliche Vorgaben zur Kostenermittlung. Meierhans: «Ohne einheitliche Kostenermittlung sind jedoch Wirtschaftlichkeitsvergleiche unter den Heimen (Benchmarking) nicht möglich.» Ein Lösungsvorschlag besteht möglicherweise in einer bundesrechtlichen Bestimmung, die nur ein einziges nationales System zur Pflegebedarfserfassung vorsieht.

Kein Kurswechsel in der Pflegefinanzierung

Angesichts dieser Unsicherheiten «lehnt santésuisse einen Kurswechsel in der Pflegefinanzierung ab», lautet daher die Folgerung von Verena Nold, Direktorin dieses Krankenversicherungsverbands.

«Schnellschüsse sind zu vermeiden. Die Kantone und Gemeinden müssen ihre Rolle als Restfinanzierer wahrnehmen. «Restfinanzierer» sind mehr als Kostenträger. Die Gemeinwesen können einen grossen Gestaltungsspielraum bei der Langzeitpflege nutzen. Sie erlassen eine Pflegeheimliste und sind für das Spitex-Angebot verantwortlich. Sie beeinflussen damit auch den Mix zwischen stationärer und ambulanter Pflege. Sie können zudem Vorgaben hinsichtlich der Effizienz aufstellen.»

Es gelte zu verhindern, dass die Gemeinwesen und damit die SteuerzahlerInnen am Ende für einen Grossteil der Kosten aufkommen müssen. «Die Lösung darf nicht darin bestehen, die Grundversicherung noch mehr zu belasten. Eine auf Kapitaldeckung beruhende, individuelle Vorsorgelösung könnte sich hingegen als politisch und gesellschaftlich mehrheitsfähig erweisen.»

Konzepte statt Kosmetik

Für grundsätzliche, nachhaltige Lösungen steht auch Dr. Daniel Höchli, Direktor CURAVIVA Schweiz: «Wir brauchen keine Kosmetik, wir müssen die Langzeitpflege neu konzipieren. Die Betroffenen müssen im Zentrum stehen.»

Höchli sieht als Voraussetzungen für eine taugliche EFAS-Pflegelösung folgende Voraussetzungen, die erfüllt sein sollen:

- Harmonisierte Vergütungsregeln für ambulante, intermediäre und stationäre Pflege
- Einheitliche Abrechnungssysteme im ambulanten und stationären Bereich
- Kostentransparenz: lückenlose Definition der Pflegeleistungen ohne Interpretationsspielraum für Restfinanzierer
- Kostenwahrheit: Gewährleistung eines sachgerechten und datenbasierten Festlegens von Tarifen und Preisen
- Verbindliche Prozesse zum Klären von Fragen der Tarifstruktur
- Schliesslich müsse auch ein neuer Ansatz für die Kostenbeteiligung der Pflegebedürftigen festgelegt werden.

Die Kantone spielen eine entscheidende Rolle

Michael Jordi, Zentralsekretär der Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, unterstrich, wie wichtig die EFAS ist: «Die Zukunft hat schon begonnen. Die Versorgung wird vielfältiger, durchlässiger und vernetzter. Es gilt nicht nur «ambulant vor stationär», sondern auch «ambulant und stationär». Eine Integrierte Versorgung fordert ausserdem ein einheitliches Finanzierungssystem ohne Finanzierungsbarrieren. Es ist zudem der Lage auf dem Arbeitsmarkt Rechnung zu tragen. Dabei steht der Skill- und Grade-Mix von Mitarbeitenden im Gesundheitswesen im Fokus.»

Bei der Ausgestaltung einer Pflegeversicherung hänge viel von den Zielsetzungen ab: Kapitaldeckungsverfahren? Freiwilliges oder obligatorisches Sparen? – Kapitalumlageverfahren? Kopfprämie oder risikoorientierte Prämie? – Nur für Pflegeleistungen? Inklusive Hotellerie? Inklusive Betreuung?

Für eine Beurteilung, ob eine Pflegeversicherung sinnvoll sei und wie diese ausgestaltet sein müsste, bedürfe es einer eingehenden Diskussion der angestrebten Ziele und deren Gewichtung. Generell gehe es bei der EFAS darum, tragfähige Lösungen zu präsentieren – «und das geht nur mit den Kantonen.»

Anforderungen der Kantone nicht erfüllt

Regierungsrat Dr. Lukas Engelberger, Gesundheitsdirektor Basel-Stadt, kritisierte die Vorlage der nationalrätlichen Gesundheitskommission hart: «Diese Vorlage erfüllt die Anforderungen der Kantone nicht. Es besteht kein Einbezug von Pflegeheimen und Spitex, es ist keine zeitnahe Rechnungskontrolle möglich und es besteht kein Einbezug der Kantone in ambulante Tariforganisationen. Durch die Attraktivitätssteigerung der

Vertragsspitäler wird die kantonale Spitalplanung unterwandert. Die Kontrolle «ambulant vor stationär» wird erschwert, ebenso kantonale Hochrechnungen und Budgetierungen. Die Steuerungsmöglichkeiten der Kantone werden durch die ebenfalls vorgeschlagene Zulassungsverordnung im Rahmen der EFAS verzögert, Fehlanreize im VVG sind nicht adressiert und es erfolgt keine Stärkung der Integrierten Versorgung.»

Aufgrund dieses «starken Tobaks» fordert der Gesundheitsdirektor, dass die Verknüpfung von EFAS und Zulassungssteuerung aufzuheben sei. Das Finanzierungsmodell müsse alle KVG-Leistungen inklusive Pflege umfassen, tripartite nationale Tarifstrukturorganisationen seien gesetzlich vorzuschreiben, die Kostenneutralität im Übergang müsse für jeden Kanton und Versicherer gewährleistet sein und es gelte, Bestimmungen zur Transparenz über die Rechnungskontrolle zu erlassen.

Wie soll der Schuh entlastet werden?

Die höchst spannende KVG-Tagung zeigte eines deutlich: Der Schuh drückt ganz gewaltig. Zu unterschiedlich wirken die verschiedenen Mei-

nungen und Intuitionen der Stakeholder, um kurzfristig zu einer akzeptablen und breit getragenen EFAS-Lösung zu gelangen. Fast erscheint es zudem, dass jeder zögert, den ersten Zug zu tun und vielmehr taktisch abwartet, ob und wie sich etwas von selber bewegt.

Drôle de guerre?

Das ist die klassische Situation – sofern der Vergleich erlaubt ist – eines «drôle de guerre». Das weiter starke Kostenwachstum, bei allerdings positiverweise stagnierenden stationären Aufwendungen, die Notwendigkeit zu verstärkter Vernetzung der Leistungserbringer und zum Fördern der Integrierten Versorgung sind allerdings deutliche Zeichen, die es zu erkennen gälte.

Handeln ist angezeigt. Und guteidgenössische Kompromisse waren bislang immer eine Stärke unseres Landes und auch des Parlaments. Jetzt, nachdem gewählt wurde und zahlreiche neue (unverbrauchte) Köpfe bestimmt worden sind, ist hoffentlich Optimismus am Platz – Bahn frei für eine gescheite und mehrheitsfähige EFAS!



Befundung auf höchstem Niveau – RadiForce.

EIZO steht für erstklassige Monitore für den professionellen und zuverlässigen Einsatz. In der digitalen Mammografie kommt es bei der Diagnose auf die Wiedergabe feinsten Details an. Für eine originalgetreue Darstellung von Bildern aus Mammografie und Brust-Tomosynthese eignen sich die MammoDuo-Modelle perfekt.

Die Modelle RX560-MD und GX560-MD bestehen aus zwei Monitoren, die nebeneinander auf einem speziell konzipierten Standfuss angeordnet sind.

Für jeden Anspruch das passende Modell.

5 5-JAHRE SWISS GARANTIE Mehr dazu auf eizo.ch

