

GESUNDHEITSPOLITIK SCHWEIZ

# Ein Trauerspiel

 Medinside | 14.08.2023

Was ist aus den 38 vorgeschlagenen Massnahmen der Expertengruppe Diener geworden? Der Gesundheitsökonom Heinz Locher kommentiert, was seither geschehen ist.

## Claude Chatelain

Gross waren die Erwartungen an die 14-köpfige Expertengruppe unter der Leitung der früheren GLP-Ständerätin Verena Diener. Der Gesamtbundesrat hatte sie eingesetzt. Sie hatte den Auftrag, nationale und internationale Erfahrungen auszuwerten, um Kostendämpfungsmassnahmen vorzuschlagen.

Im Herbst 2017 war es soweit: Die Expertengruppe formulierte 38 Massnahmen. Mit dabei in der Gruppe war auch der Berner Gesundheitsökonom Heinz Locher. Der 79-Jährige erklärt in seiner unverblühten Art, was aus den vorgeschlagenen Massnahmen geworden ist.

Doch zuerst zu einer Massnahme, die im Expertenbericht fehlt. Nennen wir sie M00: «Einhaltung gesetzlicher Bestimmungen. Die Gesetzgebung ist verbindlich und inskünftig einzuhalten. Ihre Missachtung wird sanktioniert.»

Wie Heinz Locher gegenüber Medinside erklärt, hätte diese wohl revolutionärste Massnahme einschneidende Konsequenzen haben können. Als Beispiel nennt er: «Keine Spitaltarifverträge mehr ohne wirksame Qualitätssicherungsmassnahmen.»

## M01: Verbindliche Zielvorgabe für das OKP-Wachstum

Heute existiert in der Schweiz keine Steuerung der Kostenentwicklung. Gleichzeitig ist zu konstatieren, dass die Gesundheitskosten in der Schweiz höher sind als in den meisten anderen Ländern und auch überdurchschnittlich rasch wachsen.

**Heinz Locher:** «Der grosse Aufreger. Allseitig zu einer Popanz aufgebauscht. Der Vorschlag hat das vorherrschende System der kollektiven Verantwortungslosigkeit entlarvt.»

## M02: Einführung eines «Experimentierartikels» im KVG

Damit soll eine klare rechtliche Grundlage für die Durchführung von innovativen Pilotprojekten geschaffen werden, mit denen insbesondere Massnahmen zur Eindämmung des Kostenwachstums geprüft werden können.

**Locher:** «Vom BAG durch eine Vielzahl von Auflagen inhaltlicher und prozeduraler Art sofort 'abgetötet'. Kurzfassung der diesbezüglichen Verordnungsbestimmungen: Pilotprojekte werden nur zugelassen, wenn sie nichts verändern.»

## M03 Aufnahme von Spitälern auf die Spitalliste in Abhängigkeit von 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, mögliche Fehlanreize zur Mengenausweitung und zur damit potenziell einhergehenden Patientenselektion bei Ärzten zu reduzieren.

**Locher:** Kantone: «Kä Luscht». Sehr schade.

## M04: Schaffung notwendiger Transparenz

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

**Locher:** «Verantwortungslose kollektive Arbeitsverweigerung seitens Behörden, Krankenversicherer und Leistungserbringer.»

## 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.

**Locher:** «Ein Trauerspiel»

## M06: Stärkung der Gesundheitskompetenz und Informiertheit der Patientinnen und Patienten

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.

**Locher:** «Versand von Rechnungskopien als Übersprungshandlung. Dabei wären nationale Kampagnen erforderlich.»

## M07: Verlagerung von stationär zu ambulant

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.

**Locher:** Wann kommt EFAS? (e=eternel?)

## M08: Stärkung von HTA

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

**Locher:** «Der fehlende systematische Einsatz dieses aussagekräftigen Instruments ist ein schwerwiegendes Versagen der zuständigen Bundesbehörden.»

## M09: Rechnungskontrolle stärken

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

**Locher:** «Work in Progress» - zu zaghaft

## 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.

**Locher:** «Verdienstvolle Einzelinitiativen «bottom-up», keine Flächenwirkung, tariflich nicht gefördert, Pioniere beklatscht und im Stich gelassen.»

## M11: Medizinische Boards / Indikationsboards

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

**Locher:** «Ein weiterer Bereich des Systemversagens. Die Koppelung dieses Instruments mit Tarifverträgen (ohne Board keine Vergütung) wäre einfach herzustellen.»

## M12: Förderung von Behandlungsleitlinien

Durch die verstärkte Anwendung von Behandlungsleitlinien sollen die Indikationsqualität und die interdisziplinäre Koordination verbessert und damit Über-, Unter- und Fehlversorgung vermieden werden.

**Locher:** «Auch dieses wichtige Instrument wird unverständlicherweise viel zu wenig eingesetzt. Nebst individuellen Besonderheiten gibt es auch allgemein geltende Erkenntnisse. Nicht jede Behandlung stellt von A-Z eine Einzelanfertigung dar.»

## 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.

**Locher:** «Auch hier findet unverständlicherweise keine Intensivierung statt.»

## M14: Regionale Spitalversorgungsplanung

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

**Locher:** Positive (Rennaz VD/VS) und negative Beispiele (Ostschweiz).

## 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.

**Locher:** «Ein Trauerspiel. Der Tardoc ist im übrigen aus gesundheitsökonomischer Sicht ebenso mit Mängeln behaftet wie der Tarmed (lediglich «Elektrifizierung des status quo».)»

## 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.

**Locher:** «Kein Fortschritt. Überfordert offenbar die Akteure. Vergleiche Massnahme 18.»

## 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.

**Locher:** «Übersteuert durch die Kontroverse über die CE-Thematik.»

## 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.

**Locher:** «Ideenlosigkeit, Mutlosigkeit. Dominanz der «culture du courant normal»

## M19: Qualität stärken

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.

**Locher:** «Umsetzung auf betrieblicher Ebene verschiedenenorts als unternehmerischer Entscheid im Gange.»

## M20: Angebotsinduzierte Nachfrage reduzieren

Verringerung der Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen, indem die Ärztedichte und Fachärzte pro 1000 beziehungsweise 10'000 Einwohnerinnen und Einwohner) stabilisiert oder reduziert wird.

**Locher:** «Umsetzung durch gesetzgeberischen Pfusch, zum Beispiel Hausärzte in peripheren Gegenden, und Fachkräftemangel beeinträchtigt.»

## 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 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.

**Locher:** «Ein Trauerspiel- wäre einfach umsetzbar. Ein offenbar nötiger Heimatschutz.»

## M22: Einführung eines Festbetragssystems /Referenzpreissystems:

Wie in Deutschland soll auch in der Schweiz ein Referenzpreissystem eingeführt werden.

**Locher:** «Sorgfältiges Abklären möglicher Auswirkungen auf die Produktionsstruktur und damit die Versorgungssicherheit erforderlich.»

## 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.

**Locher:** «Daueraufgabe»

## 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 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.

**Locher:** «Die akute Gefährdung der Versorgungssicherheit spricht gegen diese Massnahme. Vergleiche Massnahme 30. »

## M25: Tarifstruktur aktuell halten

Die Tarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen, der 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.

**Locher:** «Umgesetzt»

## M26: Einheitliche Finanzierung pauschalisierter Leistungen im spitalambulanten 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.

**Locher:** «Finanzierungsseitig erforderliche Voraussetzungen fehlen, der Entscheid im Einzelfall soll aus medizinischer Sicht zusammen mit den Patienten getroffen werden.»

## M27: Verpflichtung zu Gatekeeping

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, zum Beispiel durch Vermeidung von unnötiger oder mehrfacher Untersuchung im Rahmen von Weiterweisungen.

**Locher:** «Wie die in der Zwischenzeit gemachten Erfahrungen zeigen, stellen freiwillig gewählte Hausarztmodelle mit Budgetmitverantwortung einen zweckmässigeren Weg dar (bottom-up und nicht top-down). Vergleiche M37.»

## M28: Missbräuchliche Zusatzversicherungstarife verhindern

Die Höhe von Zusatzversicherungstarifen beschränken beziehungsweise missbräuchliche Tarife verhindern.

**Locher:** «Der zweite grosse Aufreger! Endlich hat die Finma gehandelt. Das zu Tage getretene Ausmass an Quersubventionierungen ist erheblich, der bereits eingetretene Flurschaden bei den OKP-Baserates ebenso.»

## 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

**Locher:** «Im Vordergrund steht heute die Versorgungssicherheit. Der Auslandpreisvergleich erscheint zunehmend als problematisch (vgl. M 30)»

## 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.

**Locher:** «Es stellt sich zunehmend die Frage, ob bei Generika nicht das europäische Preisniveau zu niedrig ist (und nicht das schweizerische zu hoch).»

## 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.

**Locher:** «Nicht nachvollziehbare Passivität»

## 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 Kosten eingespart werden.

**Locher:** «Durch die europapolitische Situation und die Versorgungsproblematik übersteuert. Was nützen «billige» Arzneimittel, die es gar nicht mehr gibt, weil die Produktion eingestellt worden ist?»

## M33: Einführung eines Beschwerderechts

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.

**Locher:** «Auch hier fehlendes Engagement»

## M34: Schaffung nationales Tarifbüro, analog SwissDRG

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.

**Locher:** «Umgesetzt, aber: eine einheitliche Regelung entlang der Therapiekette erforderlich. Keine Tarifsilos bilden. Innovationen nicht erkennbar.»

## M35: Schaffung einer unabhängigen Rechnungskontrollbehörde

Die Schaffung einer unabhängigen Rechnungskontrollbehörde ist in Betracht zu ziehen, falls sich eine Intensivierung der bestehenden Rechnungsprüfung und WZW-Kontrolle der Krankenversicherer als zu wenig wirksam erweist.

**Locher:** «Keine Bereitschaft zum Handeln erkennbar»

## 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.

**Locher:** «Weit und breit nichts ersichtlich.»

## M37: Festsetzung einer Budgetvorgabe im ambulanten Bereich

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

**Locher:** «Wie die in der Zwischenzeit gemachten Erfahrungen zeigen, stellen freiwillig gewählte Hausarztmodelle mit Budgetmitverantwortung einen zweckmässigeren Weg dar (bottom-up und nicht top-down). Vgl. M 27.»



## M38: Keine doppelte Freiwilligkeit beim EPD

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.

**Locher:** «Ein Trauerspiel. Benchmark: Zahlungsverkehr im e-Banking.»

### Die Grundelemente des KVG

- obligatorische Krankenpflegeversicherung für alle (Grundversicherung) - Zusatzversicherungen möglich
- positiv formuliertes bzw. mit operationellen Kriterien umschriebenes Leistungspaket mit «Preisschild» für jede Leistung
- Numerus Clausus bei der Zulassung von Gesundheitsberufen
- Mehrzahl von im Wettbewerb untereinander stehenden Krankenversicherern
- Mehrzahl von Leistungserbringern
- Tarifverträge als Kerngehalt des KVG
- in Einzelbereichen staatliche Tarife (z.B. für Medikamente)
- Zulassung von Verbandsverträgen
- Geteilte bzw. gestufte Governance durch Bund und Kantone, zum Beispiel bezüglich der Zulassung von Leistungserbringern
- Tarifgenehmigungspflicht
- Verfahren bei Nichtzustandekommen eines Tarifvertrags
- Risikoausgleich (ursprünglich auf zehn Jahre befristet).