

Das KVG bietet viel mehr Möglichkeiten als vielfach angenommen

Ungeahnte Handlungsspielräume vorteilhaft nutzen

«Der Tarif macht die Leistung», haben schon einige Gesundheitsökonominnen zu Protokoll gegeben. In der Tat: Die Finanzierungsart ist vielfach auslösendes Moment für ein bestimmtes medizinisches Verhalten, für die Wahl der Therapie und namentlich für den Entscheid für ambulante oder stationäre Eingriffe, obwohl – Studien, wie jüngst eine von PwC, beweisen es – das Erstere viel mehr Sinn machen würde.

Wenn die Anreize falsch gesetzt sind oder sich aufgrund unterschiedlicher Kostenverteiler, im Speziellen zwischen Krankenversicherern und Kantonen, suboptimale Therapieentscheide mit zu hohen Kosten ergeben, kann das eigentlich niemandem gleichgültig sein, zumindest dann nicht, wenn statt Partikularinteressen ein volkswirtschaftliches Gewissen vorhanden ist. In einer höchst spannenden Tagung des Instituts für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis (IRP) der Universität St. Gallen gingen Experten Ursachen und Wirkungen der aktuellen Fehlallokation von Ressourcen genauer auf den Grund.

Wo liegen die Gründe für wenig Bewegung im Optimieren des KVG?

Prof. Dr. iur. Ueli Kieser, IRP, betrachtete wichtige Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen

KVG, IVG und UVG. Die Basis für das Abgelten erbrachter Leistungen liege immer bei einem Tarif. Und diese sind verschieden: Zeittarif, Einzelleistungstarif oder geregelter Pauschaltarif.

Hier müsse eine sachgerechte Auswahl stattfinden. Eine Tarifvielfalt im Sozialversicherungsrecht müsse nicht automatisch negativ sein, der Blick müsse allerdings auf eine kohärente Finanzierung der Leistungen gerichtet sein. Es bestehe zudem ein teilweise erheblicher Bedarf an Forschung und kohärenter Rechtsetzung.

Die Kostenentwicklung von Leistungsentgelten kann sich im Laufe der Zeit merklich ändern. Dies aufgrund der Häufigkeit eines Risikoeintritts, der Höhe der Vergütung, Veränderungen in der Kostenbeteiligung sowie sich wandelnder Leistungsansprüche.

Bei Invaliditätsfällen werden gemäss IVG zur Steuerung die Kosten der einzelnen Leistungen beschränkt. Es erfolgt hingegen keine Beschränkung der Gesamtkosten der Eingliederungsmassnahmen. Die Durchführung der IV ist zudem auch im vertragslosen Zustand gewährleistet.

Gemäss UVG regeln die Versicherer vertraglich die Tarife für Medizinalpersonen, Hilfspersonen, Spitälern, Kuranstalten sowie Transport- und Rettungsunternehmen.

In der Krankenversicherung (KVG) schliesslich gilt, dass sich der Kostenträger auszeichnet durch eine zugesicherte Leistung beim Eintritt des befürchteten Ereignisses. Der Finanzierungsbedarf wird durch eine Anpassung der «Gegenleistung» gedeckt, die Prämien der Versicherten und teilweise via Beteiligung der Kantone, im Speziellen im Rahmen der Prämienverbilligung. Die Beeinflussung der Kosten findet hier durch die Definition von Pflichtleistungen, Listen, vertrauensärztlichen Prüfungen, das Überprüfen der WZW-Kriterien und generell Wirtschaftlichkeitsprüfungen statt. Steuerungsinstrumente sind im Weiteren Globalbudgets für Spitäler und Pflegeheime, Tariffestsetzungen durch die Genehmigungsbehörde, beispielsweise den Regierungsrat eines Kantons, oder Zulassungsbeschränkungen für Leistungserbringer.

Ein Dickicht von Massnahmen

Viele Steuerungsmöglichkeiten im KVG – für diesen Bereich betragen die OKP-Leistungen aktuell rund 26 Milliarden Franken jährlich – bedeuten allerdings auch viele Köche, die bekanntlich den Brei verderben. Darunter leidet die Transparenz. Es besteht auch die Gefahr widersprüchlicher Ziele: qualitativ hochstehende Versorgung versus Kostengünstigkeit. Unklarheit schliesslich ist bezüglich der Effektivität einzelner Massnahmen oder Bündeln davon denkbar.



Es gelte also, so Prof. Kieser, sorgfältig abzuwägen, welche Steuerungsinstrumente zum Einsatz gelangen. Das treffe gerade auch deshalb zu, weil in der Krankenversicherung – anders als bei IVG und UVG – die Kostenentwicklung auch seitens der versicherten Personen steuerbar sei. Vielfältige Versicherungsmodelle seien Ausdruck davon. Auch die Ausgestaltung der Finanzierung könne eine unterschiedliche Mischform zwischen Kopfbeiträgen, Lohnprozenten und Steuermitteln sein.

Grosse Herausforderungen für die einzelnen Akteure

Markt herrscht im Gesundheitswesen nur teilweise, Und eine Tatsache sei es, so Gesundheitsökonom Dr. Willy Oggier, dass sowohl der Staat als auch private Marktmacher zwar eine wichtige Funktion hätten, beide aber manchmal Fehler machen, indem sie entweder zu langsam oder nicht entschlossen genug oder gar überstürzt regulieren. Wettbewerb werde ausserdem von fast allen als förderlich für gute innovative Leistungen betrachtet. «Ist man aber auf dem Markt in einer guten Position, gehört es gerade zum Wettbewerb, sich Konkurrenz fernzuhalten. Wenn sich also die Möglichkeit ergibt, wird versucht, den Wettbewerb zu verringern. Wer aber den Handlungsspielraum als Akteur auf Leistungserbringer- und/oder Versicherer-Seite nicht nutzt, darf sich nicht wundern, wenn der Staat dann zu Recht interveniert.»

Dieser ersten Folgerung schlossen sich acht weitere an:

- Der Staat sollte sachgerecht intervenieren, keine Interventionen nach dem Billig-Preis-Prinzip.
- Statt das VVG vom KVG her zu denken, müsse es bezüglich der Marktmacht genau umgekehrt sein. Die Marktmacht im VVG sei zu beschränken.
- Wenn relevante Marktanteile KVG-getrieben entstünden, etwa durch Fusionen, sollte den entsprechenden Unternehmen über Spitalisten-Aufnahme-Kriterien untersagt werden, direkt oder indirekt im VVG-Bereich tätig zu werden.
- Wettbewerbsverzerrungen vermeiden durch vollkommene Transparenz über die geleisteten Beiträge für sog. Gemeinwirtschaftliche Leistungen
- Angesichts der Tarifstruktur-Verbesserungen bei SwissDRG und der erhöhten Anzahl Zusatzentgelte sei eine höhere Baserate für universitäre Einrichtungen nicht mehr gerechtfertigt. Vielmehr gelte es, die Versorgung im ländlichen Raum sicherzustellen.



- Versicherer sollten vermehrt Qualitäts- statt Wirtschaftlichkeits-Kriterien steuern helfen.
- Bevor über reine Kostenumverteilungen zwischen Finanzquellen nachgedacht werde, müssten die Rahmenbedingungen geklärt sein.
- Und last, but not least sei die Frage zu beantworten, weshalb eigentlich Versicherte, Patienten und Angehörige kaum eine Rolle spielten – ausser beim Zahlen.

Einheitliche Finanzierung ambulant-stationär

Für eine einheitliche Finanzierung ambulanter wie stationärer Leistungen trat Philomena Colatrella, CEO der CSS Krankenversicherung, ein, denn «wir brauchen Lösungen für die Zukunft. Die vorhandenen Handlungsspielräume werden von den Versicherern heute noch zu wenig oder gar nicht genutzt. Die Umsetzung scheitert häufig an der faktischen Übermacht der Leistungserbringer. Systematische Kontrollen aller Leistungserbringer sind zudem aufgrund der Masse unmöglich.»

Die Fehlanreize zu verstärkten stationären Eingriffen, wo es auch ambulant ginge, wirkten negativ auf die Kostenentwicklung. Anzustreben sei daher eine einheitliche Finanzierung. Hier könnte ein einheitlicher Kostenteiler zwischen Krankenversicherern und Kantonen festgelegt werden (beispielsweise 75/25), die Versicherer würden die Leistungen überprüfen und sämtliche gerechtfertigten Leistungen vergüten. Bei diesem sog. EFAS-Modell würden innerhalb eines jährlich wiederkehrenden Ablaufprozesses

die kantonalen Beiträge definiert, die Kantone würden in eine gemeinsame Einrichtung einzahlen, die das erhaltene Geld den Krankenversicherern risikobasiert zuteilt, und die Kassen würden schliesslich die Kosten decken.

Nach Auffassung Philomena Colatrellas wäre für diese Neuregelung keine Verfassungsänderung nötig, bloss eine konsequente Interpretation des KVG.

Ambulante Pauschalen

Verena Nold, Direktorin santésuisse, plädierte für ambulante Pauschalen (Lesen Sie zu diesem Thema auch die ausführliche Betrachtung von PricewaterhouseCoopers zu Zero-Night-DRGs in diesem Magazin).

Die erfahrene Expertin bemängelte an den heute vielfach eingesetzten Zeittarifen, dass hier ein Anreiz zur Ausdehnung der Behandlungszeit bestehe und ein grosser Zeitaufwand nichts über die Behandlungsqualität aussage. Ausserdem sei die WZW-Kontrolle sehr aufwändig. Bei Einzelleistungstarifen könnten zwar alle Leistungen individuell abgebildet werden. Hingegen böten auch diese Tarife Anreize zur Mengenausweitung.

Besser seien ambulante Pauschalen. Nold: «Diese müssen ein Bündel von Handlungsleistungen prozessbezogen und sachgerecht abdecken. Eine Pauschale kann je nach Ausgestaltung Leistungen aus mehreren Tarifen zusammenfassen (Tarmed, Verbrauchsmaterial,

Laboranalysen). Der Geltungsbereich kann kanton- oder gesamtschweizerisch sein. Er kann pro ärztliche Fachspezialität verhandelt werden. Effizienzgewinne der Leistungserbringer sind möglich. Der Pauschalentarif ist daher sowohl für Leistungserbringer als auch Kostenträger die beste Tarifvariante.» Die santésuisse-Direktorin begrüsst insbesondere das gemeinsame Projekt von santésuisse und dem Verband der invasiv tätigen Ärzte fmCh für eine Tarifunion zum Bilden ambulanter Tageseingriffspauschalen (Zero-Night-DRGs).

Ihr Fazit: «Die Anreize der Einzelleistungstarifstruktur führen dazu, dass viele Leistungserbringer mehr Tarifpositionen abrechnen als aus wirtschaftlicher Sicht nötig wäre. Die Pauschalisierung der Leistungen führt dazu, dass nur noch diejenigen Kosten entschädigt werden, welche für eine wirtschaftliche und zweckmässige Durchführung einer Leistung erforderlich sind. Die möglichen Kosteneinsparungen berechnen sich aus dem Vergleich des Preises für die kalkulierten Pauschale und den Rechnungsbeträgen von Individualrechnungen.»

Chancen bei Weiten nicht ausgeschöpft

Hart ins Gericht mit aus seiner Sicht zu wenig initiativen Krankenversicherern ging Dr. iur. Markus Moser, Berater im Gesundheitswesen, Niederwangen. Kosteneindämmung, mehr Transparenz bezüglich der Leistungen und deren Qualität sowie stärkerer Wettbewerb mit mehr Nutzen der vorhandenen Gestaltungsfreiheit des KVG – allesamt Ziele der seinerzeitigen Gesetzesrevision – seien nicht befriedigend gelöst: «Es besteht eine völlige Fixierung auf den Tarmed, andere Tarifmodelle existieren praktisch nicht. Dabei sind die Mängel des Tarmed offenkundig. Er beinhaltet veraltete betriebswirtschaftliche Erhebungen und sorgt für ein Ungleichgewicht in der medizinischen Versorgung.» – Die Gründe dafür sieht Moser in der fehlenden Organisation zur Überprüfung der Tarifstruktur und dem Fakt, dass der Grundsatz der Kostenneutralität ein Hindernis bedeute.

Der Experte rät daher, einerseits die Handlungsspielräume auf der Basis des Tarmed zu nutzen. Das heisse keine Fixierung auf Verbandsverträge

innerhalb eines Kantons, unterschiedliche Tarifverträge nach Fachrichtungen und Versorgungsmodellen. Die zu starke Fixierung auf den Tarmed sei zweitens aufzugeben. Hier pflichtet er Verena Nold bei: «Das bedeutet Behandlungspauschalen statt Einzelleistungsvergütung für bestimmte ambulante Behandlungen wie beispielsweise chirurgische Eingriffe.»

In Zukunft erwartet Moser, dass die Versicherer die vorhandenen Handlungsspielräume kreativ und offensiv wahrnehmen, obwohl zu befürchten sei, dass der Gesetzgeber interveniert und dazu neigt, diese Handlungsspielräume wieder einzuschränken. Er schätzt allerdings, dass die Kantone, die unter einem gewaltigen Kostendruck leiden aufgrund noch bestehender Fehlanreize zu unnötigen stationären Eingriffen, die Initiative ergreifen und zu einem wichtigen Treiber der Kosteneindämmung werden: «Eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Behandlungen könnte hier eine neue Dynamik auslösen.»

Text: Dr. Hans Balmer



VebeGo Santé

So individuell wie Ihre Bedürfnisse



VebeGo Santé unterstützt Sie in der erfolgreichen Ausführung Ihres Kerngeschäfts im Gesundheitswesen. Wir bieten eine breit abgestützte Beratungsunterstützung und diverse Supportdienstleistungen. Denn VebeGo Santé steht sowohl für den Blick fürs Ganze als auch für den Blick fürs Detail – und sorgt mit dem VebeGo Santé-Modell für nachhaltige Qualität.