

Standpunkt

Magazin zur Gesundheitspolitik
von Helsana

Nr. 1/2022

A photograph of a hand holding an open brown leather wallet. Numerous coins, drawn in a chalk-like style, are floating in the air around the wallet, creating a sense of motion and abundance. The background is a dark, textured surface.

Das liebe Geld

Helsana
Engagiert für das Leben.



Editorial

Die Kosten der Grundversicherung – ein heisses Thema, das manches Gemüt erhitzt. Wichtige Grossreformen wie die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS), der neue Arzttarif TARDOC oder die Kostendämpfungspakete des Bundes sind am Laufen. Und weitere Massnahmen zur Kostensenkung sind geplant – doch gehen sie in die richtige Richtung?

Der Bundesrat möchte in der Grundversicherung Zielvorgaben für das Kostenwachstum einführen. Dieser Plan ist brandgefährlich, denn die Zielvorgabe ist unspezifisch und richtet sich gegen alle medizinischen Leistungen – auch notwendige (Seite 4).

50 Franken sollen fällig werden, wenn man die Notfallpforte eines Spitals aufsucht. Eine fragliche Massnahme mit viel Aufwand für Leistungserbringer. Denn das Hauptproblem liegt nicht bei den klassischen Notfallpforten der Spitäler (Seite 6).

Seit einem Jahr ist die Branchenvereinbarung über die Qualität der Beratung und die Entschädigung an externe Vermittler in Kraft. Diese Selbstregulierung funktioniert. Es besteht also kein Anlass, bei dem Gesetz zur Allgemeinverbindlichkeitserklärung unnötige, gar schädliche Regulierungen zu beschliessen (Seite 8).

Hätte man zwischen 2015 und 2020 Biologika konsequent durch Biosimilars ersetzt, hätte man rund 275 Millionen Franken eingespart.

Um das enorme Sparpotenzial bei den Medikamentenkosten zu nutzen, braucht es Reformen wie die Einführung preisunabhängiger Margen und die Gleichstellung der Biosimilars mit den Generika (Seite 12).

Bei älteren Patientinnen und Patienten mit höherer Krankheitslast und Betreuungsbedarf besteht eine stärkere Nachfrage nach häuslicher medizinischer Versorgung. Da wir immer älter werden, wird die Nachfrage weiter steigen. In Anbetracht des rückläufigen Trends der Hausbesuche scheint das Schweizer Gesundheitssystem mit einer potenziellen Versorgungslücke konfrontiert zu sein (Seite 14).

Eins ist klar: Geld und Versorgung hängen zusammen. Setzt man zu wenig Geld ein, leidet die Versorgung, nimmt man zu viel Geld in die Hand, verschwendet man es. Die Versorgung wird so nicht besser, zu viel Geld kann sogar schaden. Wo liegt nun aber das richtige Verhältnis von beidem? Die Frage ist nicht leicht zu beantworten, denn es ist immerzu eine Suche nach der richtigen Lösung für die Zukunft. Und die ist bekanntlich unsicher. Was wir aber wissen: Die Tarifpartner sind weit näher am Versorgungsgeschehen dran als die Behörden. Also sind sie am Zug.

Ich wünsche eine anregende Lektüre.

Wolfram Strüwe
Leiter Gesundheitspolitik &
Unternehmenskommunikation

Inhalte

Mit **Zielvorgaben** will der Bundesrat das Kostenwachstum in der Grundversicherung deckeln. Verkommen die Kostenziele nicht zu einer Alibiübung, wird ein fragwürdiger politischer Bazar entstehen. Die Folge: Notwendige Leistungen werden vorenthalten, da sie nicht mehr finanzierbar sind. → **Seite 4**

Den Hebel bei den ambulanten Kosten der Spitäler anzusetzen ist richtig, denn sie haben sich seit 1998 fast verfünffacht. Die **Bagatellgebühr von 50 Franken** für das Aufsuchen einer Spitalnotfallpforte ist aber eine fragliche Massnahme. Sie setzt am falschen Ort an und erhöht die Bürokratie. → **Seite 6**



Sandro Mannino
Mitglied der Geschäftsleitung,
Leiter Kunde & Markt

Ein Jahr Erfahrung mit der Branchenvereinbarung Vermittler zeigt: Es klappt mit der Selbstregulierung. Regulierungen beim Gesetz zur Allgemeinverbindlichkeitserklärung sind also nicht nur unnötig, sondern auch schädlich. → **Seite 8**

KURZ & KNAPP

→ **Seite 10**



Die konsequente Nutzung von **Generika und Biosimilars** führt zu grossen Einsparungen – und wirkt Lieferengpässen entgegen. Denn werden die erforderlichen Reformen umgesetzt, wird der Schweizer Markt für Hersteller entsprechender Medikamente attraktiver. → **Seite 12**

Eine potenzielle Versorgungslücke

droht dem Schweizer Gesundheitssystem: Wegen der demografischen Entwicklung wird die Nachfrage älterer Patientinnen und Patienten nach Hausarztbesuchen zunehmen. Demgegenüber steht der Trend abnehmender Hausbesuche. → **Seite 14**

Herausgeber

Helsana-Gruppe, Gesundheitspolitik
Postfach, 8081 Zürich
Telefon +41 58 340 12 12
public.relations@helsana.ch
helsana.ch/standpunkt

Redaktion Can Arikan, Diana Knecht, Wolfram Strüwe

Gestaltung eigelb – Atelier für Gestaltung, Basel

Übersetzung Supertext AG

Bildnachweis Cover: photocase.de (Helior),

Seiten 2-4, 6, 8, 12, 14: Gian Marco Castelberg

Redaktionsschluss Januar 2022

Kostenziele sind weltfremd und schädlich



Kostenziele kommen einem politisch ausgehandelten Budget gleich und sind in ihrer Höhe immer falsch, weil sie auf Prognosen beruhen. Die geforderte Zielvorgabe richtet sich potenziell gegen alle medizinischen Leistungen – auch notwendige.

von Mathias Früh, Leiter Gesundheitspolitik & Public Affairs

Der 2017 veröffentlichte Expertenbericht des Eidgenössischen Departement des Inneren (EDI) sieht für die wichtigsten Kostenblöcke der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) Globalzielvorgaben vor. Zudem hat «die Mitte» die Kostenbremse-Initiative eingereicht. Trotz heftiger Kritik hat der Bundesrat die Zielvorgabe als indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative vorgeschlagen.

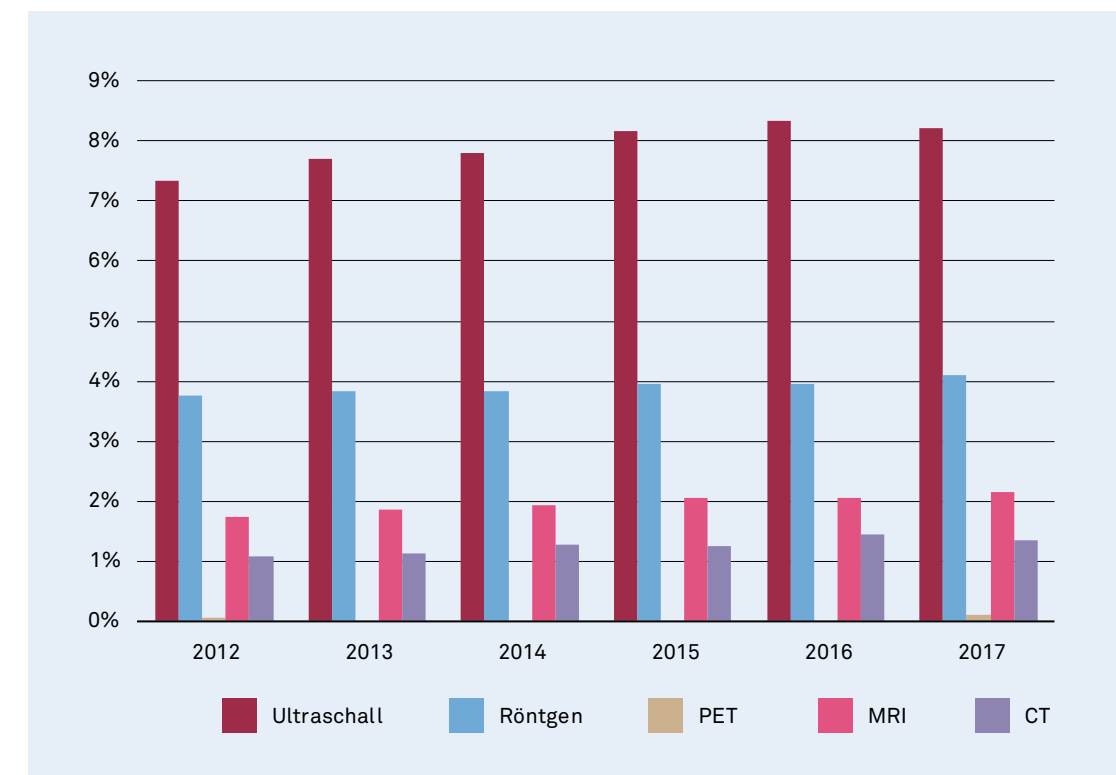
Leidtragende sind Patienten und Versicherte

Die Pläne des Bundesrates, in der OKP eine Zielvorgabe für das Kostenwachstum einzuführen, sind brandgefährlich. Mit Zielvorgaben sollen medizinisch nicht notwendige Leistungen reduziert werden, ohne medizinisch notwendige Leistungen einzuschränken. Die Zielvorgabe ist aber unspezifisch und richtet sich potenziell gleichermassen gegen alle medizinischen Leistungen.

Die medizinische Versorgung muss unter Beachtung der WZW-Vorgaben – Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit – ausschliesslich medizinisch begründet bleiben und darf nicht durch politische Vorgaben übersteuert werden. Bund und Kantone sollen nun aber genau dies tun: das jährliche Kostenwachstum in den einzelnen Bereichen der Grundversicherung festlegen. Wenn die Kostenziele wirken und nicht zu einer Alibiübung verkommen sollen, wird ein fragwürdiger politischer Bazar entstehen. Er führt dazu, dass notwendige Leistungen vorenthalten werden, da sie nicht mehr finanzierbar sind. Es wäre Augenwischerei, der Schweizer Bevölkerung zu versprechen, ihr Leistungsanspruch in der Krankenversicherung würde in jedem Fall bestehen bleiben, wenn die Kosten gedeckelt werden.

Die Abbildung verdeutlicht dies. Es sind die Anteile von zweiten bildgebenden

Anteil von zweiten bildgebenden Verfahren innert Wochenfrist



Quelle: Mengenreport Helsana (2019)

Verfahren innert Wochenfrist dargestellt. Im Jahr 2017 wurden beispielsweise in diesem Zeitraum bei gut 8 Prozent aller Ultraschalluntersuchungen zwei Ultraschalls beim gleichen Patienten durchgeführt. Niemand wird leugnen können, dass in diesem Prozentsatz auch nicht notwendige Zweitaufnahmen enthalten sind, die also lediglich Kosten generieren ohne einen nachweislichen Nutzen abzuwerfen. Man kann aber ebenso nicht leugnen, dass man der Eliminierung dieser unnötigen Leistungen mit einem Kostenziel nicht beikommen kann.

Erfolge der KVG-Teilrevision abwarten

Das Ziel, Ineffizienzen in der Leistungserbringung möglichst rasch zu beseitigen, ist nachvollziehbar und erwünscht. Die Ineffizienzen müssen aber erst identifiziert werden, ehe dagegen angegangen werden kann. Mit dem gleichen Ziel hat das Parlament bereits 2019 die Teilrevision «Stärkung von Qualität und Wirtschaft-

lichkeit» des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) verabschiedet. Seit der Teilrevision ist der Bundesrat verpflichtet, jeweils für vier Jahre Ziele zur Sicherung und Förderung der Leistungsqualität festzulegen. Der Grundsatz, dass Leistungen in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbracht werden müssen, steht seit 1996 im Gesetz. Die neuen Bestimmungen sind erst seit wenigen Monaten in Kraft. Erfahrungen im medizinischen Alltag konnten folglich noch nicht gesammelt werden. Es macht daher wenig Sinn für dasselbe politische Ziel neue Gesetzesrevisionen in Angriff zu nehmen, wenn noch keine Erfahrungen mit den hoffentlich klug umgesetzten neuen gesetzlichen Bestimmungen der Qualitätsvorlage vorliegen.

Kostenziel bereits erfüllt

Der EDI-Expertenbericht enthält auch eine Empfehlung zum jährlichen Kostenwachstum. Die Experten halten

längerfristig einen Wert von 2,7 Prozent für angemessen. Diese Expertise erstaut, haben die Nettoversicherungsleistungen der letzten Dekade pro Kopf und Jahr doch durchschnittlich nur um 2,5 Prozent zugenommen. Die Zukunft ist also längst Realität, die Kostenziele sogar bereits übererfüllt.

So fragt man sich denn auch, woher der gesetzgeberische Aktivismus in der Krankenversicherung kommt. Auch wenn im kommenden Jahr Wahlen sind und man politische Handlungsfähigkeit zeigen will, drängt sich der Verdacht auf, dass mit diesem Regulierungsvorschlag nur die Verantwortlichkeiten im Gesundheitswesen verschoben werden sollen. Weg von den Tarifpartnern, hin zu den Behörden. Ob unser Gesundheitswesen dadurch besser und effizienter wird, darf mit Recht bezweifelt werden.

Kann das gut gehen?



Die Kosten im ambulanten Spitalbereich stiegen in den vergangenen Jahren überproportional stark an. Das eidgenössische Parlament beabsichtigt eine Regelung zu erlassen, dass beim Aufsuchen eines Spitalambulatoriums eine Gebühr von 50 Franken fällig werden soll. Der Nutzen dieser Massnahme ist fraglich und bedeutet für Leistungserbringer viel Papierarbeit.

von Manuel Elmiger, Gesundheitspolitik & Public Affairs

Die Kosten der Grundversicherung erhitzen regelmässig die Gemüter. Neben wichtigen Grossreformen, wie etwa die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS), dem neuen Arzttarif TARDOC und den Kostendämpfungspaketen des Bundes, sollen auch weitere Massnahmen wie eine Bagatellgebühr in Spitalambulatorien das Kostenwachstum und die Belastung der Kapazitäten bremsen. Meist sind dafür weitreichende regulatorische Eingriffe nötig und teilweise besteht die Gefahr, dass das heute gut funktionierende System unnötigerweise auf den Kopf gestellt wird. Wieso also nicht den Hebel bei den ambulanten Kosten der Spitäler ansetzen, welche sich seit 1998 fast verfünffacht haben?

Die vom Parlament angenommene Initiative 17.480 sieht vor: «Die gesetzlichen Regelungen sind so anzupassen, dass alle Patienten, die eine Spitalnotfallpforte auf-

suchen, vor Ort eine Gebühr von beispielsweise 50 Franken bezahlen müssen. Diese ist nicht an die Franchise oder Kostenbeteiligung anrechenbar. Ausgenommen werden von dieser Gebühr Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren sowie alle Patienten mit ärztlicher Zuweisung oder einer nachfolgenden stationären Behandlung.» Die Kommission für Gesundheit und Soziales des Nationalrats (SKG-N) muss nun einen Umsetzungsvorschlag erarbeiten.

Die klassische «Notfallpforte» ist nicht das Hauptproblem

Die Herausforderung dieses Vorhabens: Die klassischen Notfallportale der Spitäler sind nicht das eigentliche Problem. Denn dort wird seit jeher zwischen leichten und schweren Fällen triagiert. Bagatellen haben in diesem Setting keinen Platz und führen nicht zu einer Überlastung der Kapazitäten für «echte» Notfälle. Darum müsste eine allfällige Regelung für den

gesamten spitalambulantem Bereich eingeführt werden.

Die Herausforderung beginnt da, wo Spitäler für die breite Öffentlichkeit zugängliche ambulante Walk-in-Angebote bereitstellen. Entweder direkt angegliedert ans Spital oder auch als örtlich unabhängige respektive eigenständige Einrichtung. Bagatellen landen so im Normalfall eher in einer Art Gemeinschaftspraxis im Spital oder in einer Notfallaufnahme «light». Je nach Dringlichkeit sind die Wartezeiten entsprechend lang. Die Kosten für die Grundversicherung sind aber aufgrund des direkten und unkomplizierten Zugangs zur teuren Spitalinfrastruktur hoch – unter anderem wegen dem grösseren Angebot an bildgebender Diagnostik und Labor sowie spezialisierten Ärzten für zusätzliche Abklärungen. Die Leistungserbringung ist damit im Vergleich zu klassischen Grundversorgern – wie beispielsweise die

Hausärztin – für die gleiche medizinische Fragestellung in der Regel deutlich teurer. Und für Patienten besteht nicht automatisch ein Mehrnutzen.

Keine Definition für «Bagatellen»

Bagatellfälle sind weder medizinisch noch tariflich definiert. Die konservative Schätzung aus dem Helsana-Report «Mengenentwicklungen in der Grundversicherung» mit einer sehr groben Bagatell-Definition zeigt: Im Jahr 2017 handelte es sich in 12 bis 24 Prozent der Fälle um Bagatellen. Warum sich diese hypothetische Quote je nach Kanton stark unterscheidet, wurde nicht untersucht. Es könnte beispielsweise mit den Angebotsstrukturen der Spitäler, dem Verstärkungsgrad oder der Einstellung der Bevölkerung gegenüber der Grundversorgung zu tun haben.

Sind Bagatellen objektiv nicht definierbar und soll neben Franchise und Selbstbehalt eine zusätzliche Extraabgabe verlangt werden, müsste diese Regelung konsequenterweise für alle Behandlungen im spitalambulantem Bereich gelten. Als zusätzliche und nicht versicherbare Gebühr für die Patienten; sozusagen als Strafe oder Sanktion dafür, dass die Leistung potenziell im falschen Setting nachgefragt wurde. Aber wohin würde dies die solidarisch getragene Grundversicherung führen?

Ausnahmen öffnen Tür und Tor für Bürokratie und Missbrauch

Ohne klare Erkennbarkeit von Bagatellen braucht es Regelungen, um den Zugang für alle Bevölkerungsgruppen weiterhin zu gewährleisten. Somit muss zwingend eine nicht zuverlässig objektivierbare

Einschätzung über die Notfallwürdigkeit durch eine Fachperson erfolgen. Besteht die Sorge, dass ein Patient oder eine Patientin die Gebühr nicht bezahlt, entsteht der Anreiz, dass ein Normalfall auf dem Papier als Notfall eingestuft wird. Ausserdem ziehen Ausnahmeregelungen administrative Mehraufwände für die Leistungserbringer mit sich, weil zusätzliche Instrumente für die Rechtfertigung notwendig sind. Beispielsweise Checklisten, die Erfassung über zusätzliche Tarifiziffern oder Beschwerdestellen.

Ob mit der Einführung einer Bagatellgebühr die Überlastung der Infrastruktur, die Wartezeiten oder die Belastung des

Personals verringert werden, bleibt mehr als fraglich. Der Zugang zu spitalambulantem Angeboten sollte auch aus ethischen Überlegungen nicht beschränkt werden. Die aktuelle Problematik objektiv nicht dringlicher medizinischer Anliegen darf nicht auch noch mit einer bürokratischen Gebühr verkompliziert werden. Viel zielführender als eine «Strafgebühr» ist folgendes: Informationen an die Patientinnen und Patienten sowie die Förderung der integrierten Versorgung und alternativer Versicherungsmodelle mit Erstzugang über Telemedizin oder Hausarzt. Zudem haben es auch die Kantone als Spitalbesitzer in der Hand, das Leistungsangebot entsprechend auszugestalten.

Die Position von Helsana

- Unnötige Behandlungen sollten vermieden und jede Leistung vom richtigen Leistungserbringer erbracht werden.
- Die Sinnhaftigkeit einer Bagatellgebühr in Spitalambulatorien muss reevaluiert werden (im Sinne «nicht eintreten»).
- Sollte das Parlament die Einführung einer Bagatellgebühr für spitalambulante Leistungen weiterverfolgen, dann müssen folgende Grundsätze beachtet werden:
 - Anwendung für gesamten spitalambulantem Bereich (anstelle von «Notfallpforte»)
 - Nur wenige und eng definierte Ausnahmen (das heisst ärztliche Zuweisung, nachfolgender stationärer Aufenthalt, Kinder und Jugendliche und Schwangerschaft)
 - Unbürokratische Abwicklung vor Ort und direkt zwischen Leistungserbringer und Patient
 - Als zusätzliche Gebühr für die Versicherten («out-of-pocket» und unabhängig von der Kostenbeteiligung der Grundversicherung resp. des KVG/UVG)

Selbstregulierung: Klappt doch!



Seit einem Jahr ist die Branchenvereinbarung über die Qualität der Beratung und die Entschädigung an externe Vermittler in Kraft. Diese Selbstregulierung der Krankenversicherer funktioniert. Es besteht also kein Anlass, bei dem Gesetz zur Allgemeinverbindlichkeitserklärung unnötige, gar schädliche Regulierungen zu beschliessen.

von Sandro Mannino, Mitglied der Geschäftsleitung, Leiter Kunde & Markt

Es ist in allen Lebensbereichen das Gleiche: Tauchen Probleme auf, sollte man sie lösen, denn sonst kriegt man Ärger. Da gibt es dann zwei Lösungswege. Entweder man ruft nach anderen, die das für einen erledigen oder man nimmt es selbst an die Hand. Bei der Frage, wie in der Krankenversicherung unerwünschte Telefonanrufe eingedämmt und die Qualität der Beratung durch externe Vermittler erhöht werden können, hat die Branche den zweiten Weg gewählt. Seit 2021 ist eine Branchenvereinbarung in Kraft, die insbesondere mit den folgenden Massnahmen die Probleme angeht:

1. **Verbot der Kaltakquise**, sodass unerwünschte Telefonanrufe vermieden werden. Zudem sind die Provisionen in der Grund- und Zusatzversicherung begrenzt.
2. **Einhaltung umfassender Qualitätsstandards**, um die Beratung der Kundinnen und Kunden transparenter und besser zu machen.
3. **Verhängung von Sanktionen**, falls die Vorgaben der Branchenvereinbarung nicht eingehalten werden.

In der Branchenvereinbarung haben sich die Krankenversicherer zudem verpflichtet, nur noch mit externen Vermittlern zusammenzuarbeiten, welche dies gewährleisten. Nach einem Jahr zeigt sich, dass die Selbstregulierung funktioniert (vgl. Box). Mit fehlbaren Vermittlern wird die Zusammenarbeit eingestellt.

Selbstregulierung braucht Allgemeinverbindlichkeit

Der Beitritt zur Branchenvereinbarung erfolgt freiwillig. Um einen fairen Wettbewerb unter den Krankenversicherern zu gewährleisten, muss sie für alle gelten. Dies ist nur über ein entsprechendes Gesetz möglich, durch welches der Bundesrat die Branchenvereinbarung für allgemeinverbindlich erklären kann, sofern gewisse Bedingungen erfüllt sind.

Ziel einer solchen neuen Regulierung soll aus der Sicht der Krankenversicherer nur sein, dass eine funktionierende Selbstregulierung durch den Bundesrat für allgemeinverbindlich erklärt werden kann. Es darf nur so viel geregelt werden, wie es zu regeln gilt. Die Vorlage ist nun im

Parlament. Die bundesrätliche Botschaft folgt aber nicht diesem Gebot; sie schiesst weit über das regulatorisch Notwendige hinaus:

- **Umfassende Vermittlerdefinition:** Neben den externen Vermittlern sollen auch die versicherungsinternen Mitarbeitenden dem neuen Gesetz unterstellt werden. Die sind aber gar nicht das Problem. Zudem unterliegen sie ganz anderen Regularien und Kontrollen. Es würden auch zahlreiche Abgrenzungsprobleme entstehen. Die Regelung bietet also keinerlei Mehrwert, um das eigentliche Problem zu lösen.
- **Sanktionen:** Die Krankenversicherer haben in ihrer freiwilligen Vereinbarung bereits ein Sanktionssystem vereinbart, welches fehlbaren Versicherern in der Grundversicherung Bussen bis zu 100'000 Franken und in der Zusatzversicherung bis zu 500'000 Franken auferlegt. Zudem kann ein fehlbarer Versicherer öffentlich bekannt gemacht werden.

Der Bundesrat möchte nun aber Verstösse gegen die Branchenvereinbarung mit neuen aufsichtsrechtlichen und sogar strafrechtlichen Bestimmungen massiv verschärfen. Dafür sollen die Kompetenzen der Aufsichtsbehörden erweitert werden. Der FINMA soll beispielsweise erlaubt werden, unter anderem die Genehmigung von Tarifen zu verweigern. Das ist rechtsstaatlich nicht gerechtfertigt, zumal kein sachlicher Zusammenhang zwischen Tatbestand und Massnahme besteht.

Augenmass bewahren

Der Auftrag an den Bundesrat, ein Gesetz über die Regulierung der Versicherungsvermittlertätigkeit auszuarbeiten, kommt aus dem Parlament. Es wollte eine massvolle Regulierung. Wenn der Bundesrat nun nicht auftragsgemäss gehandelt hat, ist es am Parlament, die Vorlage in der Weise anzupassen, dass sie wieder dem Auftrag entspricht.



Der Jurist Lucius Dürr präsidiert die Aufsichtskommission, wie sie in der Sanktions- und Verfahrensordnung vorgesehen ist. Er war von 2002 bis 2016 Direktor des Schweizerischen Versicherungsverbandes (SVV) und kennt die Versicherungsbranche aus dem Effeff. Lucius Dürr im Interview zu seiner neuen Aufgabe:

Herr Dürr: Wieso tun Sie sich das an und geniessen nicht Ihren wohlverdienten Ruhestand?

Das Pensionsalter erreicht zu haben, heisst ja nun nicht Stillstand. Jetzt kann ich mir die Themen sogar aussuchen! Das ist das Schöne an dieser Lebensphase. Ich habe mich gefreut, als man mich bat, das Präsidium der Aufsichtskommission zu übernehmen. Die Versicherungswirtschaft liegt mir immer noch am Herzen und wenn ich helfen kann, helfe ich gerne. Und in der Krankenversicherung besteht bei der Beratungsqualität und den Vergütungen externer Vermittler definitiv Handlungsbedarf.

Welcher Art?

Die Beratungsqualität ist häufig nicht so, wie man sie erwarten darf. Grundlegende Verhaltensregeln werden da manchmal missachtet. Und dann sind da natürlich die Telefonanrufe oder die Missachtung des Sterncheneintrags im Telefonbuch, welche die Leute nerven. Dagegen sind die Krankenversicherer nun gemeinsam vorgegangen. Für mich ein Novum, das zeigt, dass sie es ernst meinen.

Was genau macht die Aufsichtskommission?

Die Krankenversicherer wollen eben ihren Worten auch

Taten folgen lassen, also die Beratungsqualität verbessern und exzessiven Vermittlerentschädigungen den Garaus machen. Die bisherigen Branchenvereinbarungen waren da zahnlos. Die neunköpfige Aufsichtskommission prüft auf Antrag von Betroffenen, ob eine Verletzung der Vereinbarung vorliegt. Sie führt eine Untersuchung durch und spricht bei erhärtetem Verdacht respektive bei Vorliegen eines Verstosses Sanktionen aus. Die Sanktionen sind alles andere als zahnlos.

Ihr Zwischenfazit nach einem Jahr?

Die Zahl von 110 Verstossmeldungen liegt unter den in den Vorjahren bei den Verbänden curafutura und santé-suisse eingereichten Anträgen. Diese erhielten 2020 rund 300 Verstossmeldungen, was einer Abnahme im Jahre 2021 von rund 60 Prozent entspricht. Dieser Rückgang ist für mich ein Indiz, dass die Branchenvereinbarung erste Früchte trägt und die Selbstregulierung funktioniert. Wir haben bereits Sanktionen ausgesprochen. Zudem helfen wir den Krankenversicherern bei der Interpretation der Vereinbarung.

Was wünschen Sie sich hier für die Zukunft?

Dass die Branchenvereinbarung und damit die Selbstregulierung weiter von Erfolg gekrönt sein wird. Dank des Willens der Krankenversicherer und der Qualität und des grossen Engagements der Aufsichtskommission wird dies zweifellos der Fall sein. Es ist deshalb wichtig, dass sich all jene Versicherten an uns wenden, die einen Verstoß gegen die Vereinbarung vermuten. Nur so können wir aktiv werden. Uns erreicht man über die üblichen Wege, also Telefon, Brief oder Internet.

KURZ & KNAPP



EcoVadis – Auszeichnungen für Helsana-Gruppe

Helsana und ihre Tochtergesellschaft Health Medical Services AG (HMS) wurden beim diesjährigen Nachhaltigkeitsrating von EcoVadis mit Silber und Gold ausgezeichnet. Mit den Auszeichnungen wird insbesondere das Engagement in den Bereichen Ethik und Soziales gewürdigt. EcoVadis ist der weltweit grösste Anbieter von Nachhaltigkeitsratings für Unternehmen. Bewertet werden die Rahmenbedingungen und Massnahmen der Unternehmen in folgenden Dimensionen: Umwelt, Arbeits- und Menschenrechte, Ethik sowie nachhaltige Beschaffung.

Revision des Versicherungsaufsichtsgesetzes

Der Ständerat hat in der Wintersession die Revision des Versicherungsaufsichtsgesetzes behandelt. Er ist dem Nationalrat in vielen Punkten gefolgt, bei Artikel 31b hat er allerdings mit dem Stichtagsentscheid des Präsidenten eine Differenz geschaffen. Der Rat will das Kartellgesetz im Bereich der Krankenzu-

satzversicherung nicht ausser Kraft setzen. Gut so, denn ein solch gewichtiger Eingriff in die Wettbewerbsordnung würde kein einziges Problem lösen, nur neue schaffen. Es bleibt zu hoffen, dass der Erstrat nun seine Meinung ändert.



TARDOC Nachreichung

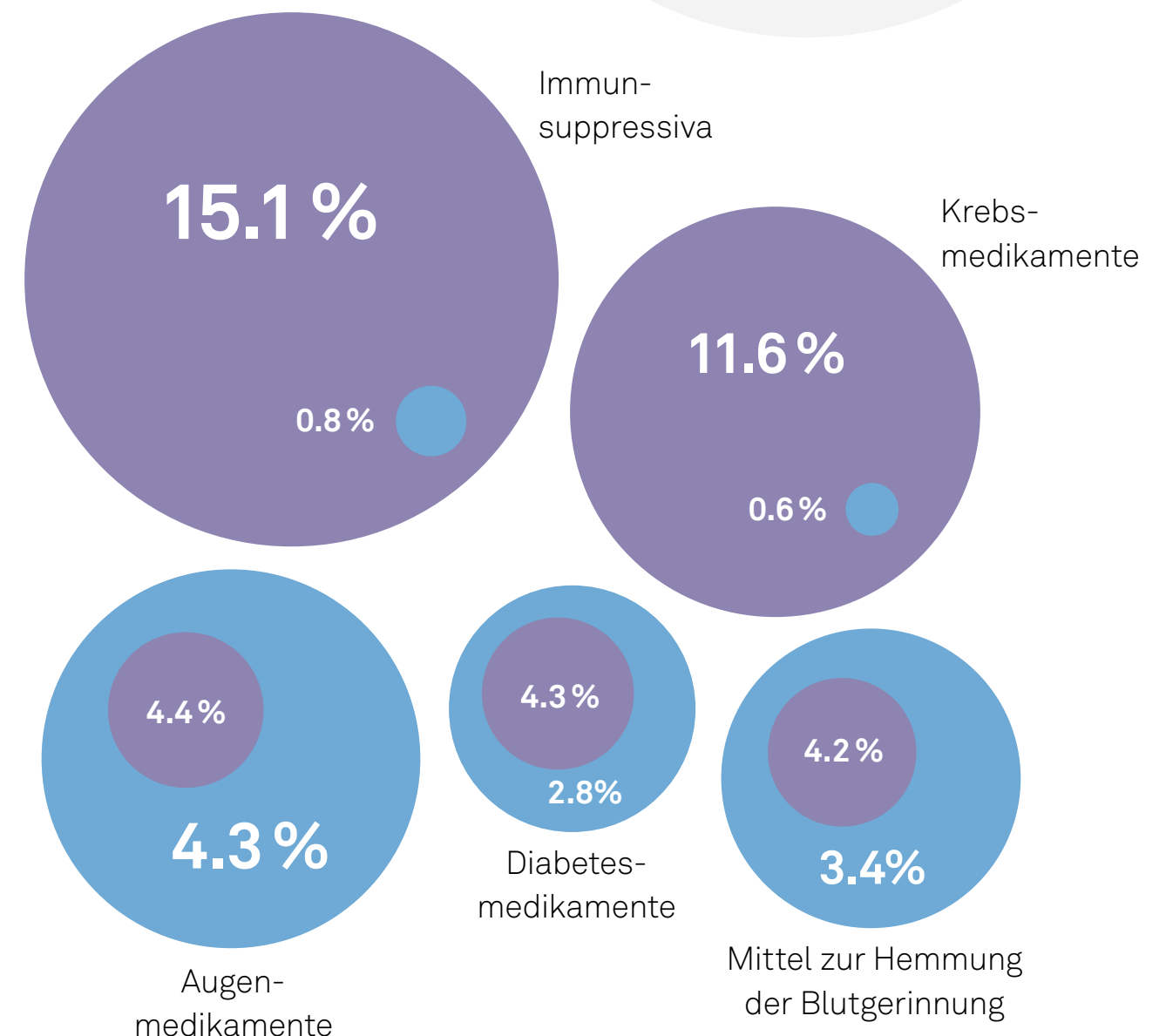
Die Tarifpartner curafutura einschliesslich SWICA sowie der Ärzteverband FMH haben die substanziell überarbeitete ambulante Arzttarifstruktur TARDOC beim Bundesrat zur Genehmigung nachgereicht. Im Sommer hatte der Bundesrat den Tarifpartnern verschiedene Auflagen zur materiellen Überarbeitung gemacht. Diese Auflagen haben sie fristgerecht umgesetzt. In der überarbeiteten TARDOC-Version ist die Kostenneutralität verlängert, der Tarif vereinfacht und die Transparenz erhöht worden. Damit kann der Bundesrat den längst veralteten TARMED endlich ersetzen.

Arzneimittel
7 700 000 000
FRANKEN
MEDIKAMENTENKOSTEN
ZU LASTEN DER
GRUNDVERSICHERUNG

Die zwei umsatzstärksten Arzneimittelgruppen sind 2020 für 26,7 Prozent der gesamten Arzneimittelkosten verantwortlich – aber nur für 1,4 Prozent der abgegebenen Menge.

Kosten
 Anteil an den Medikamentenkosten 2020 in %

Bezüge
 Anteil an Totalbezügen 2020 in %



Auch ohne neue Gesetze Kosten sparen



2020 beliefen sich die Medikamentenkosten zu Lasten der Grundversicherung auf über 7,7 Milliarden Franken. Grosses Einsparpotenzial bleibt ungenutzt und der Schweizer Markt für Hersteller von Generika und Biosimilars weiterhin unattraktiv.

von Mathias Früh, Leiter Gesundheitspolitik & Public Affairs

Die Medikamentenkosten zu Lasten der Grundversicherung haben einen neuen Höchststand erreicht: Allein Immunsuppressiva verursachten 2020 absolute Kosten von 1'167 Millionen Franken. Auch hinsichtlich Pro-Kopf-Kosten liegen die Immunsuppressiva mit 10'250 Franken an erster Stelle. An zweiter Stelle stehen die Krebsmedikamente mit 898 Millionen Franken und einer Kostensteigerung von +10,5 Prozent gegenüber Vorjahr. Sie verzeichneten mit einem Plus von 93 Millionen Franken auch das grösste absolute Kostenwachstum aller Arzneimittelgruppen zwischen 2019 und 2020. Dieser markante Zuwachs ist vor allem auf den monoklonalen Antikörper «Pembrolizumab» zurückzuführen, welcher allein über die letzten beiden Jahre ein Kostenwachstum von rund 80 Millionen Franken verursacht hat.

Die durchschnittlichen Kosten pro Kopf und Jahr liegen hier bei über 36'000

Franken. Deshalb führen bereits kleine Mengenänderungen, beispielsweise durch Indikationserweiterungen, zu einer sehr grossen finanziellen Belastung des Gesundheitssystems. Diesen Effekt sollten die Behörden berücksichtigen, wenn sie die Preise festsetzen.

Die geltende Margenverordnung begünstigt Versorgungsengpässe

Wer hörte nicht schon einmal in der Apotheke ein «Das ist momentan leider nicht lieferbar»? Oftmals wird rasch eine alternative Lösung gefunden, doch in einigen Fällen führt das fehlende Präparat zu schwierigen Situationen bis hin zu gesundheitlichen Problemen. Bereits im Jahr 2019, also vor der Covid-19-Pandemie, herrschten Lieferengpässe: Betroffen waren insgesamt 673 Produkte von 371 Wirkstoffen der Kategorie der verschreibungspflichtigen Medikamente aus der Spezialitätenliste (SL). Dies entspricht knapp einem Drittel aller in der

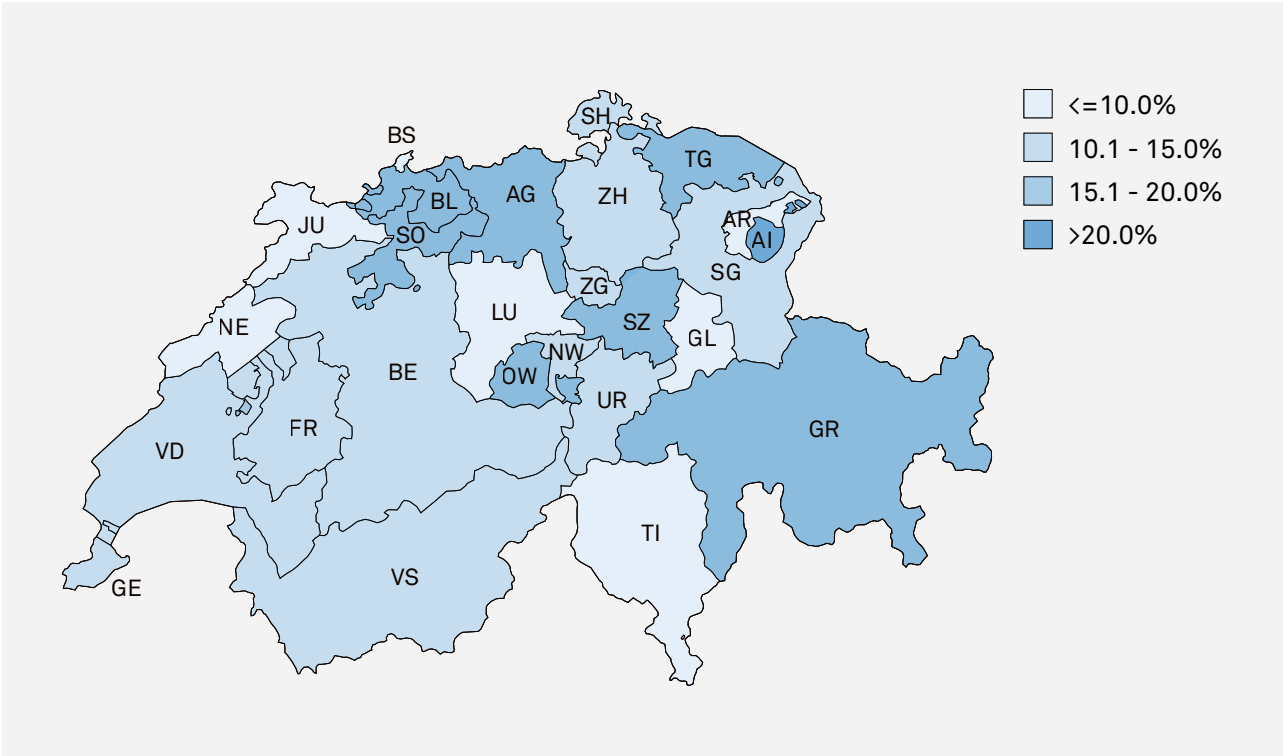
SL enthaltenen Wirkstoffe dieser Abgabekategorien.

Da der Schweizer Markt relativ klein ist, ist dieser oft einer der ersten, der unter Lieferengpässen leidet. Die heute geltenden preisabhängigen Vertriebsmargen verstärken dieses Problem zusätzlich. Wenn die Marge von der Preishöhe eines Medikaments abhängig ist, heisst das de facto, dass vermehrt teurere Originalmedikamente abgegeben werden. Dieser Fehlanreiz ist die Hauptursache, weshalb sich günstige Generika und Biosimilars in der Schweiz kaum durchsetzen. Dies macht den ohnehin schon kleinen Schweizer Markt für Hersteller von Generika und Biosimilars noch unattraktiver und erhöht damit das Risiko eines kritischen Versorgungsengpasses.

Enormes Einsparpotenzial bleibt ungenutzt

Die konsequente Nutzung von Generika

Biosimilar-Quote nach Kanton



Quelle: Helsana, Hochrechnung für die gesamte Schweiz (2020)

und Biosimilars führt zu grossen Einsparungen. Deshalb besteht dringender Handlungsbedarf – vor allem bei den Biologika. Diese sind mittels biotechnologischer Verfahren hergestellte Arzneimittel. Nach Ablauf ihres Patentschutzes können andere Hersteller entsprechende Nachahmerprodukte auf den Markt bringen, sogenannte Biosimilars.

Bis Ende 2020 waren in der Schweiz 31 Biosimilars zugelassen. Der Markturnsatz aller Biologika, für welche Biosimilars verfügbar waren, betrug im Jahr 2020 insgesamt 474 Millionen Franken. Lediglich 70 Millionen Franken oder 14,8 Prozent davon entfielen auf die Biosimilars. Das Sparpotenzial wurde auch nach über zehn Jahren seit der Einführung des ersten Biosimilars bei weitem nicht ausgeschöpft. Deutlich wird dies insbesondere im Vergleich mit dem Biosimilar-Markt in Deutschland. Dort betrug beispielsweise der Biosimilar-Anteil des Wirkstoffs Infi-

ximab im Jahr 2020 satte 70,4 Prozent, wohingegen die Biosimilars von Infiximab in der Schweiz nur gerade einen Anteil von 27,9 Prozent aller Bezüge ausmachten.

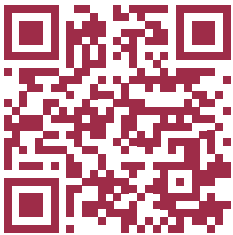
Durch den konsequenten Ersatz von Biologika durch Biosimilars hätten zwischen 2015 und 2020 rund 275 Millionen Franken eingespart werden können. Allein für Infiximab ist so ein Einsparpotenzial von fast 150 Millionen Franken nicht realisiert worden.

Margenordnung muss Originale und Nachahmerpräparate gleichsetzen

Um dieses enorme Einsparpotenzial realisieren zu können, muss endlich der entscheidende Fehlanreiz bei der Medikamentenabgabe beseitigt werden: Die Leistungserbringer dürfen nicht mehr verdienen, wenn sie teurere Medikamente abgeben. Zu den zwingenden Reformen gehören die Einführung preisunabhängiger Margen, also Fixmargen, und die

Gleichstellung der Biosimilars mit den Generika. Die Reformen würden wichtige Anreize setzen, damit sie verschrieben werden und dieser Missstand endlich behoben wird.

Beides, also die Regeln für die Margenverordnung wie auch jene für die Festsetzung der Medikamentenpreise, können auf Verordnungsstufe geregelt werden. Ergo könnten sehr rasch hohe Einsparungen realisiert werden, ohne ein langwieriges und ungewisses Gesetzgebungsverfahren zu durchlaufen. Es liegt in der Hand des Bundesrates, die Verordnung entsprechend anzupassen.



[helsana.ch/
arnzeimittelreport2021](https://helsana.ch/arnzeimittelreport2021)

Immer weniger Hausbesuche trotz zunehmendem Bedarf



Besonders betagte Patientinnen und Patienten haben grossen Bedarf an Hausbesuchen von Hausärzten. Da die Gesellschaft immer älter wird, steigt die Nachfrage. Hausbesuche sind aber rückläufig – dies kann zu einer Versorgungslücke führen.

von PD Dr. Carola A. Huber und Dr. Sereina Graber, Gesundheitswissenschaften

Hausbesuche von der Hausärztin oder dem Hausarzt sind in der Schweiz nach wie vor ein wichtiger Bestandteil der medizinischen Versorgung. Gemäss internationalen Studien haben besonders ältere und gebrechliche Patientinnen und Patienten – häufig mit Wohnsitz in ländlicheren Gegenden – einen grossen Bedarf an solchen Besuchen. Hausärztinnen und Hausärzte erachten Hausbesuche hierzulande als sehr wichtig und in vielen Fällen sogar als unersetzlich: sowohl bei der Versorgung von Akutereignissen als auch bei der Betreuung von chronisch Erkrankten. Die demografische Entwicklung zeigt, dass die Gesellschaft immer älter wird. Damit verbunden sind eine zunehmende Gebrechlichkeit und eingeschränkte Mobilität. Deshalb wird die Nachfrage nach Hausbesuchen ansteigen. Jedoch ist die Anzahl Hausbesuche von Haus-

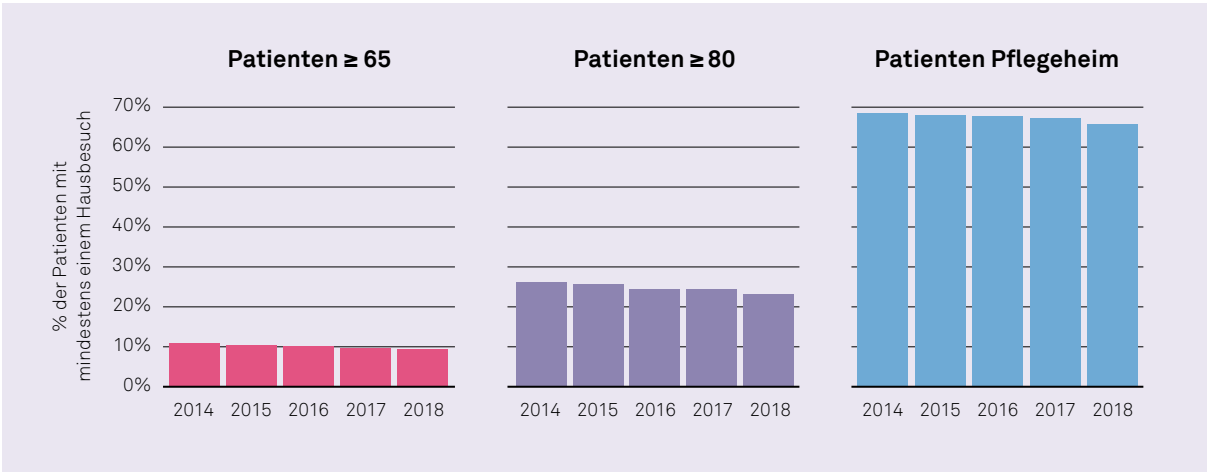
ärztinnen und Hausärzten in den letzten Jahrzehnten in vielen westlichen Ländern rückläufig.

Bis anhin fehlte in der Schweiz ein Überblick über die Entwicklung der letzten Jahre als auch zur aktuellen Situation bei den Hausbesuchen. Helsana-Gesundheitswissenschaften hat in Zusammenarbeit mit dem Institut für Hausarztmedizin der Universität Zürich eine entsprechende Studie anhand von aktuellen Daten für die Schweiz durchgeführt¹. Untersucht wurden die Daten von Patientinnen und Patienten über 65 Jahre, über 80 Jahre sowie Personen mit Aufenthalt im Pflegeheim. In allen Gruppen zeigte sich eine leichte, aber stetige Abnahme der Hausbesuche über die Jahre 2014 bis 2018. Vermutlich hängt dieser Rückgang mit Gründen wie Zeitmangel, unzureichender

«Die demografische Entwicklung zeigt, dass die Gesellschaft immer älter wird. Deshalb wird die Nachfrage nach Hausbesuchen ansteigen.»

Anteil der Patienten mit mindestens einem Hausbesuch im Verhältnis zur Gesamtzahl der Patienten pro Jahr

Für Patienten >= 65, >= 80 und Patienten mit Aufenthalt im Pflegeheim



Quelle: ¹Neuner-Jehle S, Graber SM, Keizer E, Huber CA, Blozik E, Rosemann T, Senn O (2021): Time trends in general practitioners' home visits for older patients: a retrospective cross-sectional study from Switzerland. Swiss Medical Weekly 151: w20539

Vergütung, fehlender Ausstattung oder auch Sicherheitsbedenken zusammen. Neuste organisatorische Entwicklungen in der medizinischen Versorgung, wie verbesserte Transportmöglichkeiten oder telemedizinische Beratung, sind weitere mögliche Gründe für den beobachteten Rückgang.

Die Ergebnisse der Studie deuten darauf hin, dass besonders bei älteren Patientinnen und Patienten mit höherer Krankheitslast und Betreuungsbedarf eine stärkere Nachfrage nach häuslicher

medizinischer Versorgung besteht. In Betracht des rückläufigen Trends der Hausbesuche scheint somit auch das Schweizer Gesundheitssystem mit einer potenziellen Versorgungslücke konfrontiert zu sein.

Häufig hört man die Meinung, dass zusätzliches Gesundheitspersonal – beispielsweise Pflegefachkräfte mit erweiterten Kompetenzen – oder eine bessere Vergütung dieser Leistungen die Versorgungslücke schliessen könnten. Dies muss nun genauer untersucht und abgeklärt werden.



«Die Investitionen in die Digitalisierung unserer Leistungsabwicklung zahlen sich aus. 2021 sind rund 24 Millionen Forderungsbelege bei uns eingetroffen. Fast 90 Prozent davon haben wir vollautomatisch geprüft, verarbeitet und abgerechnet. 19 Millionen dieser Belege haben uns elektronisch erreicht. Das Volumen der elektronischen Rechnungen hat sich in den letzten 10 Jahren verdreifacht. Die manuelle Bearbeitung hat sich trotz einer massiven Belegzunahme um fast 40 Prozent reduziert.»

Urs Zellweger
Leiter Engineering & Performance

Helsana-Gruppe

Postfach
8081 Zürich
helsana.ch

Zur Helsana-Gruppe gehören Helsana Versicherungen AG,
Helsana Zusatzversicherungen AG und Helsana Unfall AG.