

## Präventionsgesetz – Yes, we can ...

**Das PräVG wird die strategische Koordination der Anstrengungen gewährleisten, die Bund und Kantone im Bereich der Prävention unternehmen. Nachdem die meisten umstrittenen Punkte geklärt werden konnten, unterstützt die GDK das neue Gesetz.**

Seit 1984, als das Präventionsgesetz scheiterte, hat sich das politische Umfeld in verschiedener Hinsicht verändert. Zum einen haben wissenschaftlich belegte Fakten die früheren Hypothesen abgelöst. Zum anderen zeigt die Verteilung der Zuständigkeiten auf verschiedene Akteure und Ebenen die Grenzen des heutigen Systems auf. Deshalb sprach sich 2009 eine sehr deutliche Mehrheit der Kantone im Rahmen der Vernehmlassung zur neuen Fassung des Bundesgesetzes über Prävention und Gesundheitsförderung (PräVG) für die Vorlage aus.

Mit dem PräVG erhalten Bund, Kantone und weitere Organisationen neue Steuerungsinstrumente (nationale Strategie und Gesundheitsziele), mit denen sich die Präventionsaktivitäten in der Schweiz besser koordinieren lassen. Die nationalen Ziele

werden von Bund und Kantonen partnerschaftlich festgelegt. Damit wird es für die Kantone möglich, konkrete, praxisnahe Präventionsmassnahmen auf interkantonal oder gar nationaler Ebene koordiniert umzusetzen. Der Bund wird diese Umsetzung in methodischer und finanzieller Hinsicht unterstützen und fördern. Des Weiteren legt das neue Gesetz die Grundlage für diagnosebezogene Register, welche die Forschungsmöglichkeiten in der Schweiz verbessern.

Im PräVG ist auch der Aufbau eines Schweizerischen Instituts für Prävention und Gesundheitsförderung vorgesehen. Zweifellos besteht in der Schweiz Bedarf nach einem führenden Fachzentrum, das methodische und fachliche Unterstützung im Präventionsbereich bieten, die qualitativen und quantitativen statistischen Daten

auf nationaler Ebene erheben und auswerten sowie die Informationen über die «gute Praxis» weiterverbreiten würde. Die Errichtung des Instituts ist aber keine zwingende Notwendigkeit. Insbesondere soll das Gesetz nicht an dieser Frage scheitern. Ohne Institut wären aber Aufgaben und Steuerung der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz entsprechend zu überdenken.

Prävention stellt eine pragmatische Möglichkeit dar, um die Krankheitskosten zu stabilisieren und die Auswirkungen der chronischen Krankheiten zu mildern, von denen die alternde Bevölkerung zunehmend betroffen ist. Die GDK möchte deshalb die Stellung der Prävention in der Gesundheitslandschaft Schweiz stärken und spricht sich somit für dieses neue Gesetz aus. ■



Editorial

### Nägel mit Köpfen

Liebe Leserin, lieber Leser

Das Parlament wird im Frühjahr voraussichtlich Sofortmassnahmen zur Kosteneindämmung in der Krankenversicherung verabschieden. Die kurzfristigen Massnahmen stehen aber in keinem Verhältnis zu den Kosten, welche allein schon durch das aus-

lösende Prämiendebakel verursacht wurden: 1.2 Mio. Versicherte haben ihre Kasse gewechselt. Bei Administrativ- und Maklerkosten von 400 CHF pro Wechsel ergibt dies allein Mehrkosten von 480 Mio. CHF. Das System führt sich damit selber zunehmend ad absurdum. Gleichzeitig droht der Wettbe-

werb der Kassen um gute Risiken echte Reformen zu behindern. Die Vorlage zu Managed Care wäre das nächste Opfer, wenn es nicht gelingt, hier die Risikoselektion zu durchbrechen. Dazu braucht es die Vertragspflicht der Versicherer mit qualifizierten Versorgungsnetzen. Auch in der Prävention braucht es Mut zur Tat. Ziel

sind weder Aktionismus noch Bevormundung, sondern eine Koordination von Bund und Kantonen, um mit Sachverstand gezielt vorzugehen, wo Wirkungspotenzial vorhanden ist.

*Staatsrat Pierre-Yves Maillard, Präsident der GDK, Gesundheitsdirektor Kanton Waadt*

# Ein klarer Rahmen für Managed Care

**Managed Care ist Hoffnungsträger für höchstes Wirkungspotenzial der KVG-Revisionen. Doch nur zentrale Weichenstellungen vermögen einer echten Vernetzung den Weg zu bereiten.**

**B**ekanntlich geht es bei der Vorlage Managed Care darum, das Verhalten der Patienten bei der Inanspruchnahme von Leistungen zu steuern. Die gleichzeitige Vernetzung der Leistungserbringer ist wesentlich, damit die Patienten qualitativ gut und erst noch kostengünstig versorgt werden können.

Soll diese Versicherungsform zum normalen, d.h. weit verbreiteten Modell avancieren, müssen drei zentrale Elemente gleichzeitig reguliert werden:

1. Attraktive Ausgestaltung aus Sicht der Versicherten sowie auch der Patienten.
2. Attraktive Rahmenbedingungen, aber auch klare Anforderungen an die zu för-

dernden Angebote, um sie von anderen Formen zu unterscheiden.

3. Rahmenbedingungen und Anforderungen an Versicherer. Zentrales Element ist die Vertragspflicht der Kassen mit den Netzwerken, welche die gesetzlichen Anforderungen erfüllen.

Gerade die Vertragspflicht für Kassen ist elementar: Denn heute können die Kassen Risiken vermeiden, indem sie Versorgungsnetze für schwer und chronisch Kranke nicht unter Vertrag nehmen. Die oft gehörte Entgegnung, dass alle Versicherer ihre Patienten gut versorgen wollten, greift natürlich zu kurz: Bei der Risikoselektion geht es ja um relative Wettbewerbsvorteile. Auch macht

es keinen Sinn, wenn der Gesetzgeber definiert, welche Anforderungen die Versorgungsnetze erfüllen müssen, um dann wiederum jeder Kasse ein Ausscheren zu ermöglichen.

Die drei genannten Elemente sind nun in Gesetzesregelungen zu definieren, um ein möglichst flächendeckendes Angebot an echten Netzwerken zu fördern, welches auf die entsprechende Nachfrage stösst. Den Status quo weiterzuführen reicht nicht. Im Gegenteil: Die heutigen Modelle müssen aus der Pionierphase herausgeführt werden, um sie als Standard zu etablieren und ihr Nutzenpotenzial breit zu realisieren. ■

## Kosteneindämmung – Fundiert handeln

**In Rekordzeit lag die Botschaft zur Eindämmung der Kostenentwicklung vor. Kurz vor Abschluss der Vorlage macht sich Ernüchterung breit – nicht zu Unrecht.**

**D**er Gesetzgeber war zum Handeln aufgerufen, als im Frühjahr 2009 absehbar wurde, dass die Prämien der Krankenversicherung 2010 massiv steigen würden. Der Bundesrat legte einen bunten Strauss von Massnahmen vor, denen nur etwas gemein war, nämlich das Ziel der Kostensenkung. Bald schon machte sich Ernüchterung breit, einerseits als klar wurde, dass die Massnahmen für die Prämien 2010 zu spät kommen würden. Andererseits bleibt nun von den vielen Vorschlägen nur ein kleiner Teil übrig. Besonders bitter ist dabei, dass sich die Kassenvertreter im Parlament Massnahmen im spitalambulanten Bereich, der besonders hohe Wachstumsraten kennt, widersetzen.

Belastend für das Reformprojekt ist auch sein Auslöser: Die massiven Prämien-erhöhungen sind nicht primär Ausdruck der Kostenentwicklung, sondern der Prämien-

gestaltung. D.h. es bestand akuter Nachholbedarf bei den Prämien, weil diese in den letzten beiden Jahren zu tief angesetzt wurden. Diese Situation ist in allererster Linie auf die Prämienpolitik der Krankenversicherer selber zurückzuführen, welche notwendige Prämienanpassungen aus Marktanteilsüberlegungen hinausgezögert hatten. Dadurch wurde ein derartiger politischer Druck aufgebaut, dass sich das Parlament zum Handeln praktisch genötigt sah. Schuldzuweisungen an die Aufsichtsbehörde sind hingegen verfehlt: Ihre Interventionen zur Prämienenkung waren punktuell, dort auch gerechtfertigt und überdies marginal.

Die Hintergründe der laufenden KVG-Revision führen somit Systemmängel klar vor Augen. Der zweckfremde und schädliche Wettbewerb um «gute Risiken» führt zu unerwünschten Marktsegmentierungen nicht nur auf der Zeitachse, sondern auch kanto-

nal (was zu verzerrten Reservenbeständen geführt hat) und sogar nach Risikostruktur, was sich deutlich in den Billigkassen und in übermässigen Rabatten für wählbare Franchisen manifestiert. Diese Segmentierung schwächt das Prämienaufkommen und zeitigt Kosten: Der massive Kassenwechsel von 1.2 Mio. Versicherten 2009 dürfte Kosten von ca. 480 Mio. CHF verursacht haben.

Deshalb ist auch die Aufsicht zu stärken. Im Umlageverfahren müssen die Prämien den Kosten folgen. Diesen einfachen Grundsatz muss die Aufsicht durchsetzen können. Weiter sind sinnlose Formen der Marktsegmentierung gesetzlich deutlich zurückzubinden. Sonst bleibt Risikoselektion die einzige Wettbewerbsform, und das Parlament wird sich bald wieder genötigt sehen, für die Versicherten die Kastanien aus dem Feuer zu holen. ■

# Stichwort SwissDRG – Spitaltarife

**Ab 2012 werden stationäre Leistungen nach der einheitlichen Tarifstruktur SwissDRG finanziert. Auf dieser Basis fussen alsdann die Spitaltarife. Diesbezüglich stellen sich ein paar knifflige Aufgaben.**

Die Tarifierung erfolgt auch mit der neuen Spitalfinanzierung wie heute: Die Tarifpartner, d.h. die Versicherer und die Leistungserbringer, verhandeln die Tarife. Bevor der Kanton diese genehmigt, kann die Preisüberwachung Stellung nehmen. Einigen sich die Tarifpartner nicht, setzt der Kanton den Tarif fest. Die kantonalen Entscheide sind beim Bundesverwaltungsgericht anfechtbar.

Mit SwissDRG wird nun die Basis für die Tariffindung transparenter: Den Diagnosen und Prozeduren sind ihre spezifischen Kostengewichte hinterlegt. Das durchschnittliche Fallgewicht liegt definitionsgemäss bei 1.0. Dividiert man die relevanten Kosten eines Spitals durch die

Fälle und deren jeweilige Kostengewichte, resultieren die Kosten eines Falls beim Standardkostengewicht von 1.0. Wichtig ist, dass die Tarifsstruktur die relevanten Kostengewichte unter Berücksichtigung der Komplexität der Behandlung richtig widerspiegelt.

Auf dieser Kostenbasis sind alsdann die Tarife zu verhandeln. Komplex ist dabei die Ermittlung der relevanten Kosten. So sind insbesondere Kosten für universitäre Lehre und Forschung, für ambulante Leistungen, Langzeitpatienten, Psychiatrie und Rehabilitation auszuscheiden. Umgekehrt werden neu die relevanten Anlagenutzungskosten einbezogen. Je nach Stand der Investitionen, nach Nutzungsbedingungen und

Preisdifferenzen etwa bei der Nutzung von Boden und Gebäuden, dürften diese von Spital zu Spital höchst unterschiedlich sein, was den Vergleich erschwert.

Insbesondere im Übergang wird deshalb eine gerechte und gleichzeitig möglichst praktikable Lösung zu finden sein, damit Kosten und Tarife nicht willkürlich auseinanderklaffen, aber dennoch die angestrebten Effizienzsteigerungen erzielt werden können. Die GDK bereitet derzeit ein Modell für den gesetzlich vorgesehenen Betriebsvergleich vor. Gefordert werden letztlich alle Partner sein, die Tarifierung sinnvoll zu gestalten. ■



Konkret

## Nationaler Versorgungsbericht Gesundheitspersonal

**In der Schweiz werden heute nur zwei Drittel des jährlichen Bedarfs an Gesundheitspersonal ausgebildet. Zu diesem Schluss kommt der Nationale Versorgungsbericht, der von GDK und OdASanté erarbeitet und im Dezember veröffentlicht wurde. Die Ausbildungstätigkeit muss daher gefördert und Massnahmen zur Personalerhaltung müssen verstärkt werden.**

In den nicht-universitären Gesundheitsberufen werden durchschnittlich nur zwei Drittel des Bedarfs ausgebildet. Bei den Diplombildungen (Tertiärstufe) in der Pflege erreichen die heutigen Abschlusszahlen gar nur 52 % des geschätzten Bedarfs. Insgesamt fehlen jährlich rund 4500 Gesundheitsfachpersonen. Die Gesundheitsversorgung kann heute nur dank der Rekrutierung von Personal aus dem Ausland gewährleistet werden. Die Hauptursache für den hohen Bedarf nach beruflichem Nachwuchs liegt bei der tiefen

Berufsverweildauer des Gesundheitspersonals. Die Zahl der Gesundheitsfachpersonen, die jährlich aus dem Gesundheitsbereich ausscheiden, ist erfahrungsgemäss hoch. Die steigende Nachfrage nach pflegerischen, therapeutischen und medizinisch-technischen Leistungen verschärft die Situation zusätzlich. Die Umsetzung der im Bericht vorgeschlagenen Massnahmen muss deshalb rasch und auf allen Ebenen erfolgen. Auf nationaler Ebene steht die Steuerung und Finanzierungsregelung der betrieblichen Ausbildung im Vordergrund. Die Regelung muss positive Anreize für die Ausbildungs-

tätigkeit setzen und die Notwendigkeit der Ausbildung in allen Versorgungsbereichen anerkennen und fördern. Auf der betrieblichen Ebene sind vorab verstärkte Massnahmen zur Personalerhaltung gefragt. Dies beinhaltet unter anderem eine angemessene Arbeitsbelastung, gerechte Arbeitsverteilung und Arbeitszeitmodelle, welche die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ermöglichen.

*Staatsrätin Gisèle Ory,  
Gesundheitsdirektorin  
Kanton Neuenburg,  
Mitglied GDK*

# Das Präventionsgesetz

## aus Sicht der Kantone

**Aus Sicht der GDK stellt das PräVG eine Chance für die Prävention und für eine verstärkte Zusammenarbeit von Bund und Kantonen dar. Besonders die gemeinsame Festlegung der Strategie ist von Vorteil.**

Von jedem Franken, der in der Schweiz für die Gesundheit ausgegeben wird, fliessen 98 Rappen in die kurative ambulante oder stationäre Medizin. Nur 2.2% sind für die Prävention von Krankheiten und für die Gesundheitsförderung bestimmt. Da für die Prävention somit nur bescheidene Mittel zur Verfügung stehen, müssen diese möglichst wirksam und gezielt eingesetzt werden. Doch im Präventionsbereich sind Doppelspurigkeiten und mangelnde Effizienz noch immer verbreitet. Hier soll das Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung (PrävG) Abhilfe schaffen.

Während der gesamten Vorbereitungsarbeiten für diese Vorlage wurden die Kantone einbezogen und angehört, und die meisten ihrer Forderungen wurden berücksichtigt. Der vorliegende Entwurf stellt somit eine gute Basis dar. ■



### PARLAMENT

Das PräVG ist für die Diskussion im Parlament bereit... wenn dieses überhaupt will! Die Generschaft macht Druck für ein Nicht-Eintreten. Obwohl das Thema seit den Sechzigerjahren auf der politischen Agenda steht, bleibt der Ausgang auch 2010 ungewiss.

Das Ziel ist nicht die Erhöhung der für die Prävention verfügbaren Mittel (ca. 1.3 von 60 Mia. CHF der Gesundheitsausgaben), sondern deren effizientere Verwendung! Das PräVG klärt die Rollen und Verantwortlichkeiten, definiert die Finanzierung, bestimmt jedoch nicht die Programme. Es sieht vor allem eine strukturelle Vereinfachung vor: Statt dem BAG, der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz und dem Tabakpräventionsfonds wird künftig eine einzige Struktur für die Zuweisung der rund 60 Mio. CHF zuständig sein, welche heute den drei Organisationen zukommen. Der Bund wird, unter Beizug der Kantone, die nationale Strategie und die Gesundheitsziele definieren.

Die GDK unterstützt das PräVG. Die geschlossene Unterstützung der Kantone ist notwendig, damit das Gesetz eine Chance hat.

*Dr. Ignazio Cassis, Nationalrat FDP,  
Vize-Präsident FMH*



### GDK

Im Bereich der Prävention sind die Zuständigkeiten auf verschiedene Akteure und Stufen verteilt, was die Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. Dies zeigt die OECD in ihrer Evaluation zum schweizerischen Gesundheitssystem sehr gut auf. Zudem wirkt sich das Fehlen einer gemeinsamen Strategie negativ auf die Umsetzung und auf den angemessenen Einsatz der Mittel aus. Mit dem PräVG erhalten die Kantone die Chance, auf strategischer Ebene mitzuwirken: Die Entwicklung der nationalen Programme und die Festlegung der Gesundheitsziele für die Schweiz werden von nun an in enger Koordination erfolgen. Das PräVG gewährleistet auch mehr finanzielle Mittel für Kantone, die die Programme bei den Zielgruppen entsprechend den lokalen Bedürfnissen umsetzen. Ausserdem ermöglicht es dieses Gesetz, die Schweiz mit modernen Steuerungs- und Koordinationsinstrumenten auszustatten und bestehende Lücken zu schliessen, vor allem im Bereich der chronischen und psychischen Erkrankungen. Da die Präventionsaktivitäten in der Schweiz dringend koordiniert werden müssen, unterstützt die GDK das neue Gesetz grundsätzlich.

Regierungsrat Dr. Thomas Heiniger,  
Gesundheitsdirektor Kanton Zürich,  
Vorstandsmitglied GDK

## Unbezahlte Prämien

### Neue Regelung in Sicht

Die problematische Leistungs-sistierung bei unbezahlten Prämien soll ersetzt werden. Das Parlament hat das Angebot der GDK aufgenommen: Die Kantone übernehmen – wenn auch wenig begeistert – 85% der mittels Verlustschein attestierten Ausstände der Kassen. Wichtigste Differenz: Gemäss Nationalrat sollen die Leistungen dennoch

sistiert werden können. Der Ständerat hat hier eine zwingend nötige Präzisierung vorgenommen: Wenn schon, kann nur der (zahlungspflichtige) Kanton die Sistierung einführen. Und: Nachträgliche Zahlungen der Versicherten sollen zur Hälfte dem Kanton rückvergütet werden.

## Impressum

Herausgeberin und Redaktion:  
GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren

Speichergasse 6  
Postfach 684  
3000 Bern 7  
www.gdk-cds.ch



Abonnemente:  
Tel. 031 356 20 20 oder  
office@gdk-cds.ch