

## Integrierte Versorgung – Bereit zum Durchbruch

**Die integrierte Versorgung braucht einen festen Platz im schweizerischen Gesundheitswesen. Sie beinhaltet die Vernetzung der ärztlichen Leistungserbringer, damit die Versorgung der Patienten besser und günstig erfolgen kann.**

Die GDK möchte, dass das Potenzial der integrierten Versorgung effektiver genutzt wird. Dieses kommt in erster Linie den Patientinnen und Patienten zugute, welche so auf eine qualitativ hochstehende und abgestimmte Behandlung zählen können. Gleichzeitig schont die integrierte Versorgung Ressourcen: Sie entspricht einem zunehmenden Bedürfnis der Ärzte, sich Arbeit und Infrastruktur zu teilen, und vermeidet teure Mehrfachabklärungen.

Dass diese Art der Versorgung noch nicht sehr weit verbreitet ist, hängt mit der mangelnden gesetzlichen Förderung zusammen. Die GDK beantragte daher der nationalrätlichen Kommission im Rahmen der Vorlage zur KVG-Revision (Teil Managed Care) einen Fächer von ineinandergreifenden Regelungen zugunsten der integrierten Versorgung:

- Organisationen der integrierten Versorgung erfüllen klar definierte Kriterien. Sie verpflichten sich zur Qualitätssicherung und sollen so ausgestaltet sein, dass sie die Versorgung über die ganze Behandlungskette gewährleisten können. Zentraler Angelpunkt solcher Modelle ist der Grundversorger als erste Anlaufstelle und Koordinator.
- Die angeschlossenen Leistungserbringer werden am Sparpotenzial solcher Modelle beteiligt.
- Den anderen Teil der Effizienzgewinne erhalten die angeschlossenen Versicherten in Form von Prämienrabatten.
- Bei den Patientinnen und Patienten wird kein Selbstbehalt erhoben.
- Die Leistungserbringer schliessen mit den Versicherern einen gesamtschweizerisch gültigen Rahmen-Tarifvertrag ab. Diesem Tarifvertrag können sich

alle Organisationen der integrierten Versorgung anschliessen, wenn sie die erforderlichen Kriterien erfüllen.

- Die Versicherten können sich der Organisation ihrer Wahl anschliessen, unabhängig von ihrer Krankenkasse.

Heute sind integrierte Versorgungsmodelle spärlich vorhanden und vom Goodwill der Krankenversicherer abhängig. Letztere müssen jedoch befürchten, mit guten Versorgungsstrukturen «schlechte Risiken» anziehen. Wegen des ungenügenden Risikoausgleichs stellt eine Versichertenstruktur mit vielen schwer oder chronisch Erkrankten für die Kasse einen Wettbewerbsnachteil dar. Die von der GDK vorgeschlagene Entkopplung von den Kassen entlastet diese vom Risikoselektionsdruck. Dies verhilft der integrierten Versorgung zum Durchbruch. ■



Liebe Leserin, lieber Leser

Gegenwärtig ist die öffentliche Diskussion zur Krankenversicherung von der fiebrigen Suche nach Sofortmassnahmen zur Kosteneindämmung geprägt. Grund für den erwarteten Prämienschub ist nicht etwa eine «Kostenexplosion», sondern gesamtschweizerisch

## Krankenversicherung – Stunde der Wahrheit

Editorial

zu tiefe Prämien in den Jahren 2008 und 2009 sowie Verluste an den Finanzmärkten. Über das Ausmass besteht allerdings noch grosse Unsicherheit.

Der Gesetzgeber wird in der Sommersession aufgerufen sein, «Sofortmassnahmen» zu beschliessen. Diese Massnahmen sollen aber nicht blosse Kostenverschiebungen zu den

Patienten sein. Neue Finanzierungsquellen zu finden, ist zwar kurzfristig nötig, genügt jedoch nicht.

Wichtiger bleiben echte Reformen. Diese setzen bei der integrierten Versorgung im Interesse der Patientinnen und Patienten an. Damit sie sich durchsetzen können, müssen sie der Risikoselektion entzogen werden. Die GDK hat dazu

der SGK des Nationalrates einen Vorschlag unterbreitet, der zugleich die Grundversorgung stärkt.

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

# Dringliche Massnahmen im KVG – Nach der Banken- die Kassenkrise?

**Seit Anfang Jahr läuten die Krankenversicherer die Alarmglocken. Sie warnen vor Prämien erhöhungen im Umfang von 10 bis 20 Prozent und verlangen teilweise drastische Sofortmassnahmen. Was ist zu tun?**

Ende 2007 lagen die Reservenbestände 1.1 Mrd. CHF über dem gesetzlichen Minimum. Bis Ende 2009 scheint das BAG damit zu rechnen, dass sie mit knapp 9% nunmehr darunter liegen. Doch unterliegen alle Schätzungen noch starken Unsicherheiten, sogar was das Jahr 2008 anbelangt. Wie kam es dazu?

Als erstes ist festzustellen, dass die Kosten im Vergleich zu den letzten Jahren nicht übermässig steigen dürften. Hingegen wurden 2008 und 2009 die Prämien nicht entsprechend der Kostenentwicklung angepasst. Damit besteht für 2010 voraussichtlich ein Nachholbedarf. Gleichzeitig setzen den Kassen offenbar Verluste an den Finanzmärkten in bisher unbekannter Höhe zu.

Die unmittelbaren Lehren daraus sind folgende:

1. Es braucht eine der Kostenentwicklung entsprechende Prämienpolitik.
2. Die Anlagevorschriften müssen revidiert werden, damit sie für eine Sozialversi-

cherung angemessen sind. So ist heute etwa der Aktienanteil nicht limitiert.

3. Der Wettbewerb unter den Versicherern ist ein solcher um gute Risiken. Marktanteilsstrategien können somit rasch zu Unterdeckungen führen. Daher braucht es eine starke Aufsichtsbehörde.

Der Bundesrat beantragt dem Parlament in der Sommersession dringliche Massnahmen zur Revision der Krankenversicherung, um einen Teil der absehbaren Prämien erhöhungen zu vermeiden.

Die GDK schlägt vor, den Prämien Schub kurzfristig mit leicht tieferen gesetzlichen Mindestreserven abzufedern. Der Nachholbedarf wird so auf ein paar Jahre verteilt.

Des Weiteren soll die Aufsichtsbehörde keine übermässigen Prämienrabatte bei wählbaren Franchisen mehr tolerieren. Solche Rabatte stellen ein Element der Risikoselektion dar, eine unerwünschte Form des Wettbewerbs. Die gewährten langjährigen Rabatte stehen in keinem Verhältnis zum finanziellen Risiko eines Versicherten.

Entsprechend fehlen in der Krankenversicherung Beiträge der Gesunden, was prämiertreibend wirkt.

Soweit die Finanzierungsseite. Zur Entlastung der Krankenversicherung schlägt die GDK folgende Massnahmen vor:

- Förderung der integrierten Versorgung (S. 1);
- Nahtlose Nachfolgeregelung zur Zulassungsbeschränkung unter Einbezug der ambulanten Leistungen am Spital gewährleisten; letztere weisen ein hohes Wachstum auf;
- Preissenkungen bei den Medikamenten;
- Tarife für ambulante Leistungen: Aufwertung der konsiliarischen gegenüber den technischen Leistungen.

Die Vorschläge des Bundesrates lagen bei Redaktionsschluss noch nicht vor. Die GDK wird sich dazu noch äussern. ■

## Förderung der Hausarztmedizin

**Die Kantone setzen sich für eine qualitativ hochstehende Hausarztmedizin ein. Dazu sind griffige Massnahmen zu ihrer Förderung nötig.**

Angesichts des drohenden Hausärztemangels vor allem in ländlichen Gebieten und den zum Teil schwierigen Arbeitsbedingungen der Hausärzte setzen sich die Kantone, zusätzlich zu einer integrierten Versorgung, schon heute für folgende Massnahmen ein:

- Praxisassistenten: Aktuell finanzieren fast alle Kantone Programme zur Praxisassistenten. Dadurch sollen angehende Hausärztinnen und -ärzte ihr künftiges Arbeitsgebiet eins zu eins kennen lernen.
- Institute für Hausarztmedizin: In Bezug auf die Ausbildung junger Hausärztinnen und -ärzte begrüsst die GDK die erst seit wenigen Jahren bestehenden Institute für Hausarztmedizin an fast allen medizinischen Fakultäten.

- Notfalldienst: Für bessere Arbeitsbedingungen der Hausärzte setzen sich die Kantone vor allem beim Notfalldienst ein. Speziell in ländlichen Gebieten sind die Hausärzte stark durch den Notfalldienst belastet. Die Belastung wird angesichts des drohenden Hausärztemangels noch steigen. Die GDK empfiehlt deshalb z.B. die Einführung einer Telefontriage oder die Neuorganisation der Notfalldienst-rays.

Für die längerfristige Besserstellung der Situation der Grundversorger sind auch Diskussionen innerhalb der Ärzteschaft selbst über Bildungs-Curricula und Entschädigungssysteme nötig.

Die GDK setzt sich ausserdem für eine nahtlose Nachfolgeregelung zur Zulassungs-

beschränkung ein, die die Grundversorger stärkt (S. 4). Langfristig schlagen GDK und FMH eine Nachfolgeregelung vor, die den Kantonen bei Unter- oder Überversorgung im ärztlichen Angebot ermöglicht, Massnahmen zugunsten einer ausreichenden und günstigen Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung zu ergreifen. ■

### WEITERFÜHRENDE UNTERLAGEN:

- [www.gdk-cds.ch/251.0.html](http://www.gdk-cds.ch/251.0.html)
- [www.gdk-cds.ch/411.0.html](http://www.gdk-cds.ch/411.0.html)

# Leistungssistierung – Silberstreifen am Horizont

**Das Problem unbezahlter Prämien und sistierter Leistungen in der Krankenversicherung erfordert eine Änderung des KVG. Die GDK begrüsst deshalb die positive Aufnahme eines entsprechenden Regelungsvorschlags durch die SGK-N.**

Seit Anfang 2006 schieben die Versicherer ihre Leistungen bereits dann auf, wenn sie im Betreibungsverfahren ein Fortsetzungsbegehren gestellt haben. Früher konnten die Versicherer ihre Leistungen erst sistieren, wenn ein Verlustschein vorlag. Die geltende Regelung hat schwerwiegende Folgen: Heute sind ungefähr 150 000 Personen von einer Leistungssistierung betroffen. Sie verfügen – trotz gesetzlichem Versicherungsobligatorium – faktisch über keinen Krankenversicherungsschutz. Gleichzeitig bleiben Rechnungen der Leistungserbringer unbezahlt. Die GDK setzt sich daher für eine Gesetzesänderung ein und suchte das Gespräch mit dem Versichererverband santésuisse.

Eine Einigung über den Grundsatz konnte bereits am 23.10.2008 erzielt werden. Demnach sollen die Kantone uneinbringliche Prämien und Kostenbeteiligungen pauschal zu 85% vergüten. Im Gegenzug entfällt die Leistungssistierung.

Da sich GDK und santésuisse aber nicht in allen (Detail-)Fragen finden konnten, setzte sich der Departementsvorsteher des EDI für eine Einigung ein. Dem Vorschlag zur Regelung uneinbringlicher Prämien, der nun der SGK-N vorliegt, stimmte der Vorstand der GDK im Interesse einer möglichst baldigen Problemlösung zu.

Die SGK-N hat diesen Vorschlag angenommen: Sie will mithelfen, das Problem der unbezahlten Prämien und der sistierten

Leistungen in der Krankenversicherung zu lösen.

Der Zwang für die Versicherten, die Prämien und Kostenbeteiligungen zu bezahlen, bleibt freilich auch mit der vorgeschlagenen Gesetzesrevision bestehen: Säumige Versicherte werden betrieben und bei Zahlungsfähigkeit zur Zahlung gezwungen. Die öffentliche Hand würde erst einspringen, wenn die Zahlungsunfähigkeit mittels Verlustschein belegt ist. Der Verlustschein erlaubt der Kasse, die Forderungen weiterhin einzutreiben. ■



Konkret

## Gesundheitspersonal Bedarf sichern

**Die von der GDK in Auftrag gegebene Studie des Obsan zum aktuellen Personalbestand und zur Bedarfsentwicklung in den Gesundheitsberufen enthält besorgniserregende Prognosen: Bis im Jahr 2020 benötigen die Institutionen im Gesundheitswesen 25 000 zusätzliche Fachkräfte. Die GDK reagiert mit einem Versorgungsbericht.**

Mit dem Obsan-Bericht wurde zum ersten Mal eine Bestandesaufnahme der aktuell beschäftigten Gesundheitsfachpersonen in allen Versorgungsbereichen erstellt. Der Personalbestand wird pro Institutionstyp nach Tätigkeitsbereich und Ausbildungsstufe, sowie – wo vorhanden – nach den Kriterien Geschlecht, Alter und Nationalität dargestellt. Im zweiten Teil werden modellgestützte Prognosen zur Bedarfsentwicklung gemacht. Demnach könnte der Bedarf an Gesundheitspersonal um durchschnittlich 13 Prozent

zunehmen. Aufgrund der demographischen Entwicklung nimmt der Personalbedarf in den Alters- und Pflegeheimen am stärksten zu. Zusätzlich müssen bis 2020 mindestens 60 000 Gesundheitsfachleute aufgrund von Pensionierung ersetzt werden.

Die GDK will auf diese Entwicklung reagieren. Zusammen mit der OdASanté, dem Branchenverband für die Berufsbildung im Gesundheitswesen, hat sie einen nationalen Versorgungsbericht zu den Gesundheitsberufen, mit Hauptgewicht Pflege und Betreuung, in Auftrag gegeben. Dieser soll den Obsan-Bericht vervollständigen und interpretieren, Mass-

nahmen zur längerfristigen Personalsicherung aufzeigen und Empfehlungen zur Umsetzung an die verschiedenen Akteure abgeben. Im Vordergrund stehen strukturelle und finanzielle Massnahmen zur Ausschöpfung des Ausbildungspotenzials in den Betrieben, Massnahmen zum Personalerhalt sowie zur Rekrutierung von Wiedereinsteigerinnen und von Personen für Erstausbildungen.

*Heidi Hanselmann,  
Gesundheitsdirektorin  
Kanton St. Gallen,  
Vorstandsmitglied GDK*

# SwissDRG: Vorbereitungen auf **Hochturen**

**Ab 2012 werden stationäre Behandlungen via SwissDRG-Fallpauschalen abgegolten. Muss sich die Medizin nun der Ökonomie unterordnen? Wie kann die Behandlungsqualität sichergestellt werden?**

**A**b 1.1.2012 gilt für stationäre Behandlungen eine neue leistungsbezogene Tarifstruktur. Mit der Einführung und Weiterentwicklung der Tarifstruktur wurde die von den Tarifpartnern und Kantonen getragene SwissDRG AG beauftragt. Die neue Tarifstruktur ist gemäss KVG per 30.6.2009 dem Bundesrat zur Genehmigung zu unterbreiten. Der Bundesrat überprüft zum Beispiel die Einhaltung des Prinzips der Wirtschaftlichkeit. Dazu werden die Tarifpartner Schätzungen über Auswirkungen der Anwendung der neuen Tarifstruktur, der SwissDRG Fallpauschalen, vornehmen müssen. Sie liefern Instrumente zur Überwachung der Entwicklung der Kosten und der Leistungsmengen und schlagen dem Bundesrat die für die Gewährleistung der Qualität notwendigen Instrumente und Massnahmen vor. Die Leistungserbringer sind verpflichtet, die dazu notwendigen Kosten- und Leistungsdaten zu liefern. ■



**SGK-N**

Wir sind inmitten einer tiefen Reform: Fallpauschale, dualfixe Finanzierung und Qualitätsvergleiche werden die «Spitallandschaft» in Bewegung bringen. Die ökonomische Rationalität versucht, Qualitäts- und Kostentoptimierung auch in diesen sensiblen Bereich einzuführen. Versucht, eben. Die Skeptiker, v. a. unter Ärzten und Patienten, sind nämlich zahlreich. Die Erfahrungen in Deutschland lassen befürchten, dass es keine Kostenoptimierung, sondern eine Ersparnis «auf dem Buckel der Patienten» ist. Wie kann dies verhindert werden? Indem die Einführung des SwissDRG-Systems mit einer wissenschaftlichen Forschung begleitet wird. Aber wer ist zuständig? Der Bundesrat hat auf meinen Vorstoss (Motion 08.3742) geantwortet, dass er von den Tarifpartnern einen Vorschlag über die erforderlichen Begleitmassnahmen wünscht. Die FMH bereitet z. Z. ein Konzept für die Begleitforschung vor. Und was machen Kantone und Versicherer? Zudem verweist der Bundesrat auf das BAG, das Durchführung und Wirkungen des KVG zu prüfen hat. Mal schauen...

*Dr. med. Ignazio Cassis,  
Nationalrat FDP*



**GDK**

Im Zusammenhang mit SwissDRG sind oft Befürchtungen von Unterfinanzierung, Personalreduktion, Leistungsabbau und Qualitätsverlust zu hören. Die SwissDRG AG hat bereits flankierende Massnahmen zur Vermeidung solch unerwünschter Anreize und Instrumente zur Qualitätssicherung definiert. Die Abrechnungsregeln enthalten eine Reihe von Massnahmen, welche die Abgeltung bei Wiedereintritten ins Spital, bei Verlegung oder Rückverlegung regeln. Sie wirken so einer künstlichen Fallgenerierung entgegen und garantieren, dass Patienten solange wie notwendig behandelt werden. Eine einheitliche Kodierkontrolle stellt die korrekte Leistungserfassung sicher, und eine statistische Auswertung von Struktur- und Leistungsdaten als Monitoring deckt unerwünschte Auswirkungen auf. Zusätzlich wird auf bestehende, in der Qualitätsmessung tätige Institutionen abgestützt. Ein jährliches Antragsverfahren und eine jährliche Überprüfung und Weiterentwicklung des Systems sind garantiert.

*Dr. Carlo Conti, Gesundheitsdirektor  
Kanton Basel-Stadt, Vize-Präsident GDK  
und Präsident VR SwissDRG AG*

## Zulassungsstopp

### **Nahtlose Regelung sichern**

**D**ie Zulassungsbeschränkung für Leistungserbringer in freier Praxis läuft Ende 2009 aus. Eine zeitlich befristete Nachfolgeregelung soll im Sommer verabschiedet werden. Denn ohne nahtlose Nachfolgeregelung droht ein Kostenschub in der Grundversicherung, der zu den aktuellen Sparbestrebungen quer in der Landschaft stände.

Im selben Atemzug lässt sich ein weiteres Problem angehen: Heute kann die Beschränkung umgangen werden, indem ein Arzt über das Spital abrechnet. Dies ist mit ein Grund für den Kostenschub im spitalambulanten Bereich. Dieses Schlupfloch zu stopfen, ist zugleich ein Beitrag zur Kosteneindämmung.

## 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