

Podium 2006: Spitalfinanzierung und Ärztenetzwerke

Warum werden heute ambulante Behandlungen durch die Krankenversicherungen allein vergütet, stationäre Behandlungen jedoch finanziell hälftig von den Kantonen und den Versicherern getragen?

Dr. Max-Albrecht Fischer, Präsident von med-swiss.net, begrüsst die Podiumsteilnehmer:

- **Ständerätin Erika Forster-Vanini**, Präsidentin der parlamentarischen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
- **Nationalrätin Ruth Humbel Näf**, Mitglied der parlamentarischen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates, Mitglied der Geschäftsleitung SantéSuisse
- **Semya Ayoubi**, Mitarbeiterin Bereich Gesundheitsökonomie, Gesundheitsdirektorenkonferenz
- **Dr. med. Georg Ruffin**, CEO Kantonsspital Aarau
- **Dr. med. Jürg Vontobel**, Departementsleiter Leistungsmanagement Versicherung Concordia

Die Voten der Teilnehmenden

Max-Albrecht Fischer schildert in seiner Einleitung zum Thema die momentane Problematik für die Ärztenetzwerke. Wenn Patientinnen und Patienten Hospitalisationen durch qualitätsbewusste ambulante Behandlungen erspart werden können, sinken die Kosten massiv. Mit dem heutigen dualen Abrechnungssystem profitieren die Kantone mit rund 50 Prozent der Kosten. Die Einsparung verbleibt damit nicht im Versicherungssystem. Den Versicherungen und insbesondere den mit Budgetmitverantwortung arbeitenden Ärztenetzwerken bleibt das Nachsehen. Für die Ärztenetzwerke sind deshalb Reformen in diesem Bereich von zentraler Bedeutung. Die Kantone profitieren von der Netzwerkarbeit zu rund 50 Prozent, beteiligen sich aber kaum an der Netzwerkförderung.

Erika Forster-Vannini erläutert den ursprünglichen Vorschlag der vorberatenden Kommission. Sie beabsichtigt, mit dem Modell die folgenden Ziele zu erreichen: Gleichbehandlung des ambulanten und stationären Sektors, Gleichbehandlung der öffentlichen und privaten Spitäler, Gleichbehandlung aller Versicherten, Finanzierung zu 70 Prozent durch die Versicherer und zu 30 Prozent durch die Kantone sowie eine monistische Kostenvergütung der Leistungserbringer durch die Versicherer. Obwohl das Modell mit der Gesundheitsdirektion vorbesprochen worden sei, wurde es in einer zweiten Stellungnahme von den Kantonsvertretern mit der folgenden Begründung abgelehnt: Die Kantone wollen die Spitalisten mit grösstmöglicher Autonomie selber gestalten, eine schweizerische Durchschnittsprämie sei kein Ziel, für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) sei den Kantonen eine maximale Belastung von 55 Prozent zumutbar. Daraufhin habe die vorberatende Kommission ein deutlich reduziertes Modell ausgearbeitet: Hauptgewicht erhalten Fallpauschalen (DRG: diagnosis related groups), die Kantone werden aufgefordert, eine einheitliche Spitalliste zu erstellen (öffentliche und private Spitäler, Vertragsspitäler bei Bedarf), der Mindestfinanzierungsgrad für die Kantone beträgt 60 Prozent, der Risikoausgleich ist zu verbessern und damit die Anreize für ein Care-Management zu verstärken. Neben der Spitalfinanzierung wird der Ständerat demnächst das Thema Managed Care bearbeiten: Es sollen finanzielle Anreize für Leistungserbringer, Prämienzahler und Versicherer geschaffen werden, der Netzwerkeintritt für Versicherte soll gefördert werden, und Managed Care soll Vorrang vor der allfälligen Lockerung des Kontrahierungszwangs haben. Die Netzwerkform ist offen, auch sehr umfassende Netzwerke (inklusive Spitäler und nicht ärztliche Leistungserbringer) seien denkbar, die Teilnahme am Care-Management soll prinzipiell freiwillig bleiben.

Semya Ayoubi begründet, wieso die Gesundheitsdirektorenkonferenz das monistische Vergütungsmodell ablehnt: Der Grundsatz der «fiskalischen Äquivalenz» («Wer zahlt, befiehlt») gelte auch für die Kantonsbeiträge. Die Kantone wollen den ambulanten Bereich weder mitfinanzieren noch mitplanen, als zahlende Instanz hätten die Kantone die Pflicht, adäquate Instrumente zur Kostensteuerung vorzusehen, und die Kantone lehnen eine Verschiebung der heutigen Finanzierungsanteile ab. Als Gegenvorschlag befürworten die Kantone eine Förderung der Fallpauschalenfinanzierung (DRG), damit die Spitäler verglichen werden können. Anschliessend sei eine fundierte Modelldiskussion (Modell Ständerat, Modell GDK) notwendig. Es sei der GDK bewusst, dass das Gewinnpotenzial für Netzwerke reduziert ist, aber bei einer monistischen Finanzierung sei das Risiko für die Ärztenetzwerke grösser.

Ruth Humbel Näf rückt die finanzielle Transparenz und die der Qualität in den Vordergrund: Erst durch einheitliche Systeme werden Preis- und Qualitätsvergleiche möglich. Sie ist der Meinung, dass die Spitalplanung kantonsübergreifend geregelt werden müsste, und dass stationäre und ambulante Leistungen gleich finanziert werden.

Georg Ruffin zählt die grundsätzlichen Voraussetzungen für das Gelingen des Care-Management auf: Transparenz bezüglich Prozessen, Kosten und Qualität; Kooperation im Sinne einer Vernetzung der Leistungserbringer und Versicherer; tarifliche, finanzielle und strukturelle Anreizsysteme und Wettbewerb unter den Versorgungsnetzen.

Jürg Vontobel bedauert, dass die Idee der monistischen Finanzierung von den Kantonen abgelehnt wurde. Dies wäre ein Beitrag zur geforderten Transparenz gewesen. Fallpauschalen (DRG) müssten unbedingt mit einem Qualitätsmanagement verbunden werden, sonst würde die Behandlungsqualität durch Unterversorgung leiden.

Podiumsdiskussion

Max-Albrecht Fischer: Die Argumentation der Gesundheitsdirektoren sei schwach: Das Prinzip «Wer zahlt, befiehlt» gelte zum Beispiel auf kommunaler Ebene gar nicht. Nötig sei eine kantonsübergreifende Lösung der anstehenden Problematik.

Georg Ruffin: Auch die Spitäler würden einen einheitlichen Zahlungspartner bevorzugen.

Semya Ayoubi: Neben den Gesundheitsdirektoren seien auch die kantonalen Finanzdirektoren und die Konferenz der Kantonsregierungen der Meinung, dass das jetzige duale System beibehalten werden soll. Im neuen Modell sei nicht klar, wer die Steuergelder wie verteilt, und wer das Gesundheitswesen denn wirklich steuert. Die Kantone vermessen Transparenz bei den Versicherern.

Ruth Humbel Näf: Die Kantone hätten auch bei der monistischen Kostenvergütung immer noch einen grossen Einfluss; nach wie vor können sie mit der Spitalplanung, den Leistungsaufträgen und der Tarifgestaltung das Angebot gemäss Bedarf steuern. Transparenz bedeute aber auf jeden Fall bessere Planungsqualität.

Semya Ayoubi: Die Transparenz sei auch ohne Monistik realisierbar.

Alle Podiumsteilnehmer sind sich einig, dass ein fairer Risikoausgleich eine unabdingbare Voraussetzung für den Erfolg des **Care-Managements** darstellt.

Publikumsfragen

Der Geschäftsleiter eines Ärztenetzwerkes mit ausbezahltem Budget erkundigt sich angesichts der durch die Netzwerke generierten Einsparungen zugunsten der Kantone nach einer allfälligen Vergütung der Kantone an die Netzwerke.

Semya Ayoubi antwortet, dass die Gesundheitsdirektoren über solche Vergütungen bisher kaum vertieft diskutiert hätten. Ein weiterer Netzwerkvertreter schlägt einen reduzierten Selbstbehalt für MC-Patienten vor, analog der neuen Handhabung für die Vergütung der Generika. Erika Forster-Vanini hält diesen Anreiz für sehr wertvoll.

Erika Forster-Vanini stellt dem Publikum die Frage, ob jemand anschaulich den Begriff Managed Care umschreiben könne. Der Vertreter der BlueCare AG vergleicht Managed Care mit dem Zürcher Verkehrsverbund. Früher sei für jedes öffentliche Verkehrsmittel ein separates Billett nötig gewesen. Heute können mehrere Verkehrsmittel mit einem einzigen Billett benutzt werden, das der Kunde selbst zusammengestellt hat, so wie es ihm am besten dient.

Max-Albrecht Fischer dankt den Podiumsteilnehmern und dem Publikum für das rege Interesse und beschliesst die Veranstaltung mit dem Wunsch nach einem neuen Napoleon, der für drei Jahre kommen sollte und mit dem Kantönlichegeist aufräumen müsste.

Das Podium 2006 fand am 31. August 2006 im Landesmuseum Zürich statt.

Jörg Fritschi
Aktuar med-swiss.net

