



**curafutura**

Die innovativen Krankenversicherer  
Les assureurs-maladie innovants  
Gli assicuratori-malattia innovativi



Im Fokus

**«Gleiche Finanzierung von stationären und ambulanten Spitalleistungen»**

Motion 13.3213

## DARUM GEHT ES

Die Motion 13.3213 verlangt eine Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG), «die für Spitalleistungen eine gleiche Finanzierung vorsieht, unabhängig davon, ob sie stationär oder ambulant erbracht werden». Die angestrebte «gleiche Finanzierung der Spitalleistungen» bezieht sich sowohl auf den Vergütungsteiler (heute: dual-fix bei stationären Leistungen und monistisch bei ambulanten Leistungen) als auch auf die Tarifstruktur. Hier sollen für ambulante Leistungen ebenfalls DRG, aber ohne Übernachtungspauschalen, zur Anwendung gelangen.

## DIE HALTUNG VON CURAFUTURA

curafutura lehnt die Motion ab. Die Ausdehnung der dual-fixen-Finanzierung auf ambulante Leistungen im Spital **führt ausschliesslich zu einer Verlagerung der Fehlanreize** statt zu deren Eliminierung. Sie hat zudem eine **systematische Benachteiligung von Ärztinnen und Ärzten in freier Praxis** zur Folge. Weil die für eine Umsetzung der Motion notwendige Abgrenzung der ambulanten Leistungen (Spital Ja/Nein) nicht in sachgerechter Weise vorgenommen werden kann, werden ferner **willkürliche Leistungszuteilungen und eine «Verbürokratisierung» der Leistungserbringung** die Folge sein.

## BEGRÜNDUNG

### (1) Fehlanreize: Problemverschiebung statt Problemlösung

Eine Mitfinanzierung aller Spitalleistungen durch die Kantone wird die bestehenden Fehlanreize der ungleichen Leistungsfinanzierung nicht eliminieren, sondern lediglich verschieben. Die Fehlanreize lägen nicht mehr zwischen stationären und ambulanten Leistungen, sondern neu zwischen Spitalambulatorium und privatärztlicher Praxis. Damit wird kein Problem gelöst. Die aufgrund der ungleichen Leistungsfinanzierung bestehenden Fehlanreize können einzig durch eine gleiche Finanzierung **sämtlicher** Leistungen behoben werden.

### (2) Unmöglichkeit der Abgrenzung und Paradigmenwechsel im KVG

Mit der Motion ist die Idee verbunden, dass alle ambulanten Leistungen trennscharf entweder einem «Spital» oder der «freien Praxis» zugeordnet werden können. Diese Vorstellung ist realitätsfremd. Es gibt keine Kriterien, die eine solche Trennschärfe ermöglichen. Sollten dennoch künstlich Kriterien aufgestellt werden, dann wird dies essenzielle Auswirkungen weit über die Frage der (ungleichen) Finanzierung hinaus haben.



**curafutura**

Die innovativen Krankenversicherer  
Les assureurs-maladie innovants  
Gli assicuratori-malattia innovativi

Entscheidend ist folgender Sachverhalt: Das KVG regelt die Übernahme von *Leistungen* durch die Obligatorische Krankenpflegeversicherung nach den Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW). Das KVG finanziert damit implizit keine *Strukturen* der Leistungserbringung. Es delegiert die Frage, welche Strukturen für die Erbringung einer ambulanten Leistung notwendig sind, auf die Ebene der Tarife (vgl. Ziffer 4).

Bezüglich der Frage, wann eine Leistung dual-fix durch die Kantone mitvergütet wird, kennt das KVG so dann einfache Abgrenzungskriterien<sup>1</sup>. Jede Behandlung, die nicht die Kriterien eines stationären Aufenthalts erfüllt, gilt per Definition als ambulant. Es ist hierbei unerheblich, ob die ambulante Leistung innerhalb oder ausserhalb einer Spitalstruktur erbracht wird. Gemäss Definition des KVG können faktisch alle ambulanten Leistungen ausserhalb eines Spitals erbracht werden. Inwieweit dies sinnvoll und erwünscht ist, hängt insbesondere von der medizinischen Entwicklung und von Versorgungsaspekten ab.

Die Umsetzung der Motion käme letztlich einem **Paradigmenwechsel** in der Krankenversicherung gleich: Die Vergütung gewisser Leistungen würde sich nicht mehr nach den WZW-Kriterien richten, sondern nach dem Ort der Leistungserbringung. In einem bürokratischen Prozess müssten jene Leistungen bezeichnet werden, die nur noch in einem Spital erbracht werden dürfen.

### **(3) Unzulässiger Eingriff in die Autonomie der Leistungserbringer**

Durch die Zuteilung von Leistungen in die eine oder andere Leistungserbringungsstruktur wird die Autonomie der Leistungserbringer substanziell eingeschränkt. Die Folge wären langwierige Debatten über die korrekte Leistungszuteilung und eine Einflussnahme auf die Versorgungsstrukturen. So müssten privat geführte Praxen in Spitälern geschlossen oder ausgelagert werden. Auch würden neue Leistungserbringungsstrukturen alleine zwecks Umgehung der Leistungszuteilungen erstellt. Spitalbetreiber könnten sich veranlasst sehen, baulich und juristisch separierte Ambulatorien auf oder neben dem Spitalgelände zu erstellen. Es ist unsinnig, solche Entwicklungen in Kauf zu nehmen, zumal mit der Vorlage nicht einmal die formulierten Ziele (Abbau der Fehlanreize) erreicht werden.

### **(4) Diskriminierung innerhalb der Ärzteschaft**

Leistungen in Arztpraxen würden weiterhin monistisch, spitalambulante hingegen neu dual-fix finanziert. Diese ungleiche Finanzierung ambulanter Leistungen brächte eine zweifache Diskriminierung von Ärztinnen und Ärzten in freier Praxis mit sich. Zum einen würden spitalambulante Leistungen durch den Kanton subventioniert. Zum anderen ginge mit der Ausdehnung der dual-fixen-Finanzierung auch eine kantonale Planung des spitalambulanten Bereichs einher. Beides führt zu einer systematischen Diskriminierung der Ärztinnen und Ärzte in freier Praxis.

---

<sup>1</sup> Eine Behandlung gilt als stationär und wird dual-fix finanziert, wenn sie eines der folgenden Kriterien erfüllt: Aufenthalt länger als 24 Stunden; Aufenthalt über Nacht; Überweisung; Todesfall.



**curafutura**

Die innovativen Krankenversicherer  
Les assureurs-maladie innovants  
Gli assicuratori-malattia innovativi

## **(5) Unsachgemässe Verbindung zu Tarifstrukturen**

Die Motion bringt eine sachlich unhaltbare Vermischung von Finanzierungsart (monistisch / dual-fix) und Tarifstrukturen mit sich.

- Die Finanzierungsart dreht sich um die Frage, aus welchen *Quellen* eine Leistung finanziert wird.
- Tarifstrukturen hingegen beschäftigen sich mit der sachgerechten *Zuweisung* der Mittel auf die einzelnen Leistungen.

Damit bewegen sich die beiden Fragestellungen auf unterschiedlichen Ebenen der Finanzierungsarchitektur. Selbst wenn Tarifstrukturen ohne jegliche Fehlanreize ausgestaltet werden könnten, wären sie ungeeignet, die Folgen einer ungleichen Finanzierung auszugleichen. Finanzierungsart und Tarifstrukturen sind zwingend separat voneinander zu betrachten.

Bern, November 2015