



curafutura

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

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 165
3003 Bern

per e-Mail: Abteilung-Leistungen@bag.admin.ch

Bern, 22. September 2014

Vernehmlassung zur Teilrevision des KVG betreffend Steuerung des ambulanten Bereichs

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit zur Stellungnahme in der Vernehmlassung der Teilrevision des KVG betreffend die Steuerung des ambulanten Bereichs. curafutura und deren Mitglieder CSS, Helsana, sanitas und KPT lehnen die vorgeschlagene Teilrevision des KVG gesamthaft ab. Gerne erläutern wir Ihnen unsere Beweggründe nachfolgend ausführlich.

1. Vorbemerkungen

curafutura legt Wert auf die Feststellung, dass die vorliegende Lösung nicht – wie vom BAG kommuniziert – an den genannten **Runden Tischen** diskutiert wurde. Zwar hat ein entsprechender Austausch über allgemeine Regulierungsvorschläge stattgefunden, doch kann aus diesen Veranstaltungen unseres Erachtens mitnichten eine breite Zustimmung zum nun vorgelegten Entwurf suggeriert werden. curafutura hat ihrerseits mit Schreiben vom 21. Februar 2014 detailliert zu den damaligen Vorschlägen Stellung genommen und eine ambulante Planung abgelehnt (Beilage 1).

curafutura stellt fest, dass die Vorlage **keine nennenswerte Problemanalyse** aufweist. Es wird weder erörtert, wo und in welchem Ausmass eine Unter- oder Überversorgung überhaupt besteht, noch auf welchen Methoden diese ermittelt worden wäre respektive zu ermitteln ist. Im Weiteren findet sich – mit Ausnahme von wenigen Worten zur Entwicklung der ZSR-Nummern – **keine Wirkungsanalyse** zum aktuell bestehenden Regime der Zulassungsbeschränkung.

Sowohl anlässlich der Runden Tische wie auch in der derzeitigen medialen Berichterstattung dominiert das Thema der Gefahr der medizinischen Unterversorgung als Folge eines **Mangels an genügend ausgebildeten medizinischen und pflegerischen Fachkräften**. Trifft diese Feststellung zu, so wird die nun präsentierte Vorlage in keiner Art und Weise die drohende Unterversorgung zu beheben helfen. Sie schießt in dieser Hinsicht konsequent am Ziel vorbei.

Bezeichnenderweise **fehlt eine eigentliche Zielformulierung** in der Vorlage. Zu den Zielen wird in den Erläuterungen lediglich ausgeführt:



curafutura

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

- „Die hier erläuterte Revisionsvorlage hat zum Ziel, die Leistungserbringung noch stärker auf die Bedürfnisse der Versicherten auszurichten. Die Vorlage erfüllt Ziel 4.2 der Strategie Gesundheit 2020, mit dem die gesundheitspolitische Steuerung verbessert werden soll.“
- „Eines der Ziele ist, dass sich die Kantone untereinander koordinieren oder zumindest die Vorkehrungen von Nachbarkantonen beachten, bevor sie von ihrer Kompetenz Gebrauch machen und Massnahmen treffen.“
- „Die Regulierung des ambulanten Sektors soll die Tätigkeit der Spitäler genauer definieren, mit dem Ziel, die Koordination unter den Spitälern und mit dem ambulanten Bereich ausserhalb der Spitäler zu verbessern.“

In Anbetracht der Auswirkungen, die mit dieser Vorlage einhergehen würden, mangelt es der Botschaft an einer Problemdefinition und -analyse. Die „formulierten“ Ziele selbst schwanken zwischen Selbstzweck (Punkt 1) und Prinzip Hoffnung (Punkte 2 und 3).

2. Flächendeckende ambulante Planung als absehbare Konsequenz

Massnahmen zur Steuerung des Angebots müssen stets auf einer entsprechenden Planung beruhen. Die Entwicklung, welche mit der Erteilung der Planungskompetenz angestossen wird, lässt sich anhand der Geschichte der Spitalplanung gut nachzeichnen:

- In einem ersten Schritt wird eine kapazitätsorientierte Planung Einzug halten. Während dies im Spitalbereich lange Zeit über die Spitalbetten erfolgte, wird der ambulante Bereich über die Anzahl Leistungserbringer „gesteuert“. Dies entspricht weitgehend dem heutigen Regime der Zulassungsbeschränkung.
- Durch die Beschränkung des Tätigkeitsumfangs findet eine „Verfeinerung“ der Planung statt. Neu wird ein Kanton durch die „Aufteilung einer Zulassung“ direkt auf die Arbeitspensen der ambulanten Leistungserbringer Einfluss nehmen können. Allein dieser Umstand hat weitreichende Konsequenzen, denn bei Zuteilung des Tätigkeitsumfangs (Art. 40a Abs. 2) muss eine Überschreitung desselben auch sanktioniert werden können. Der Tätigkeitsumfang muss somit nicht nur monitorisiert werden, sondern es müssen auch Wege gefunden werden, um eine überschüssende Leistungserbringung nicht mehr zu Lasten der OKP zu finanzieren. In der heute geltenden monistischen Finanzierung ambulanter Leistungen verursacht dies unlösbare Probleme. So kann nicht bestimmt werden, ob die frühere Leistung (finanziert durch Versicherer A) oder die spätere Leistung (finanziert durch Versicherer B) „überschüssend“ war und welcher Versicherer die Rechnungsvergütung – sofern bereits erfolgt – zurück erhält. Sodann ist zu berücksichtigen, dass die Leistung im Rahmen der Kostenbeteiligung des Patienten stattgefunden haben kann. Konsequenterweise müsste der Leistungserbringer den Rechnungsbetrag dann dem Patienten zurückerstatten (nach Verfügung durch den Kanton). Dies hätte den absurden Nebeneffekt, dass der Patient die Leistung gratis bezogen hätte. Die offensichtlichen Umsetzungsschwierigkeiten bei der Zuteilung des Tätigkeitsumfangs dürften dazu führen, dass bald in ein System mit Festlegung von Maximalmengen übergegangen wird.
- Es ist naheliegend, dass eine ambulante Planung und Steuerung letztlich untrennbar mit einer dualen Finanzierung verbunden sein muss, denn die Überwachung der Einhaltung des kantonal bestimmten Tätigkeitsumfangs kann nicht den Krankenversicherern auferlegt werden. Von diesem Zustand ist es nur ein kleiner Schritt hin zu einer umfassenden leistungsorientierten Planung, die – begünstigt durch das verbreitete System der Einzelleistungsvergütung – auch ohne Weiteres zu etablieren wäre.



curafutura

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

- Für die Leistungserbringer resultiert daraus der weitgehende Verlust der freiberuflichen Tätigkeit, in verkappter Weise aber auch die Aufhebung des Vertragszwangs (vgl. Art. 40a Abs. 1). curafutura hält diesen Umstand durchaus für bemerkenswert, denn in den Erläuterungen selber wird die Aufhebung des Vertragszwangs als nicht mehrheitsfähig beschrieben. Pikant daran ist, dass die kantonale Zulassungsverweigerung die viel härtere Massnahme darstellt als die Aufhebung des Vertragszwangs. Dasselbe gilt für die Regulierung des Tätigkeitsumfangs.

Es ist aus unserer Sicht somit geradezu unvermeidbar, dass am Ende des Prozesses eine ausufernde Planung im gesamten ambulanten Bereich provoziert wird. Besonders bedenklich ist hierbei der Umstand, dass die Kantone als Planer die Konsequenzen ihrer Entscheide nicht selber zu finanzieren haben.

An dieser Stelle gilt es auch auf die Erfahrungen der Spitalplanung zu verweisen. Auch diese hat sich gemäss Gesetz u.a. an Qualitätskriterien zu orientieren. Es braucht nicht weiter ausgeführt zu werden, dass die Berücksichtigung dieser Qualitätskriterien bestenfalls in marginaler Weise stattfindet, die Spitalplanungen aber trotzdem als sehr weitgehend bezeichnet werden können.

Fazit: Die Vorlage bringt eine Abkehr vom Konzept der „Notmassnahme“, wie sie die Zulassungsbeschränkung darstellt, hin zu einer umfassenden ambulanten Planung ohne Finanzierungsverantwortung durch die Kantone. Dabei sind weder Notwendigkeit noch Nutzen einer solchen umfassenden kantonalen Steuerung dargelegt, geschweige denn erwiesen.

3. Ordnungspolitische Bankrotterklärung

a. Planung: vom „Notnagel“ zum gesundheitspolitischen Standard?

Die nationale Gesetzgebung über die Krankenversicherung regelt unter anderem, welche Leistungen von ihr übernommen werden. Durch den verfassungsmässigen **Grundsatz der Subsidiarität** ergibt sich, dass die Leistungen im Wettbewerb unter Leistungserbringern erbracht werden und der Staat nur regulierend eingreifen soll, wenn diese „Selbstregulierung“ zu unerwünschten Ergebnissen führt. Als unerwünscht sind in erster Linie eine quantitativ oder qualitativ **ungenügende medizinische Versorgung** (Unterversorgung) oder **überhöhte Preise** (bspw. durch Monopole) zu bezeichnen. Eine **Übersversorgung** ist zwar ebenso unerwünscht, doch ist sie nicht die Folge eines Marktversagens, sondern eines Regulierungsversagens.

- Unbestritten ist die Notwendigkeit einer „Minimalplanung“ zur Feststellung und Eliminierung einer Unterversorgung. Die entsprechenden Kompetenzen bestehen bereits heute vollumfänglich, ungeachtet der Regeln der sozialen Krankenversicherung.
- Auch was über diese Minimalplanung hinausgeht, sollte die soziale Krankenversicherung per se nicht tangieren, da dies für die Finanzierung einer Leistung weiterhin irrelevant ist. Dies gilt auch unter Beachtung der WZW-Kriterien, die aus Sicht der Krankenversicherung an die Leistung gebunden sind und nicht an die Planung der Leistungserbringung.
- Man kann zwar der Ansicht sein, dass im Rahmen einer dualen Finanzierung von stationär erbrachten Leistungen dem Kanton als Mitfinanzierer ein Instrument zur Steuerung der (finanziellen Auswirkungen der Mitfinanzierung von) Leistungen in die Hand zu geben ist. Richtig „sinnvoll“ wäre ein solches Instrument indessen nur in einem System mit Leistungsrationierung. Wenn nämlich die Folge der entsprechenden Planung jene ist, dass sich ein Patient notgedrungen einfach ausserkantonale behandeln lassen muss, und der Wohnkanton seinen Kostenanteil damit weitgehend trotz entsprechender Planung zu



curafutura

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

entrichten hat, erweist sich das Instrument bezüglich seines Ziels faktisch als weitgehend unwirksam (vgl. dazu pointiert BGER zur Spitalplanung im Kanton Tessin, Urteil 2C-796/2011).

Somit kann durchaus die Aussage gemacht werden, dass die derzeit bestehende (Spital-)Planung den Kantonen zwar als Hilfsmittel zugestanden worden ist, sich diese aber längst von ihrem zugedachten Sinne entfernt hat (was allerdings auch auf die sehr weitgehenden Verordnungsbestimmungen zur Spitalplanung zurückzuführen ist). Stattdessen führt die stationäre Spitalplanung in erster Linie zu einer Zementierung kantonaler Versorgungsstrukturen und einer Verhinderung des angestrebten Wettbewerbs.

In Anbetracht der Erfahrungen aus der Spitalplanung ist es nicht nachvollziehbar, welche Beweggründe dazu führen sollen, den „Notnagel“ auch im ambulanten Bereich zum Standard zu erheben.

b. Massnahmen bei Überversorgung / Erteilung und Entzug der Zulassung durch den Kanton statt durch den Bund (Art. 40a)

Derzeit gilt, mit Einschränkung von Art. 55a KVG, dass die gesundheitspolizeiliche Zulassung (Berufsausübungsbewilligung) den Kantonen obliegt und die Abrechnungszulassung zur OKP den Bestimmungen des KVG unterliegt. Diese klare Zuordnung würde nun aufgehoben. Erachtet ein Kanton die ambulante Versorgungssituation als „unangemessen“, fällt ihm eine nicht näher ausgeführte Möglichkeit zu, die (Abrechnungs-) Zulassungen zu beschränken, nicht zu erteilen, zu entziehen und an Bedingungen zu knüpfen. Dabei ist nicht nur unklar, was unter einer (un-)angemessenen Versorgung zu verstehen ist, den Kantonen wird auch die Kompetenz zugestanden „zusätzliche Kriterien zu verwenden, die ihren Besonderheiten Rechnung tragen“.

Im Endeffekt wird dies nichts anderes bedeuten als eine konsequente Verlagerung der Zulassungskompetenz vom Bund an die Kantone. curafutura ist der Ansicht, dass der Bund als „Eigner“ der Krankenversicherung damit ohne Not ein essenzielles Gestaltungselement der OKP aus den Händen gibt.

c. Massnahmen bei Unterversorgung (Art. 40b)

Wie bereits weiter oben erwähnt, steht der Ergreifung von Massnahmen durch einen Kanton im Falle einer Unterversorgung bereits heute nichts im Wege, solange diese nicht mit den Bestimmungen des KVG kollidieren. Er kann seine Unterstützung ohne Weiteres auch an Bedingungen knüpfen, bspw. die Sicherstellung der Erreichbarkeit oder des Notfalldienstes. Insoweit ist diese Bestimmung gänzlich unnötig.

Die Aufnahme dieser Bestimmung im KVG ist aber alles andere als wirkungslos. Sie führt nämlich dazu, dass dem Leistungserbringer neben Tätigkeitsumfang, Leistungsspektrum u.dgl. auch die Teilnahme an integrierten Versorgungsmodellen auferlegt werden kann. Solange es sich hier nicht um rein staatliche Modelle handelt, ist der Bereich der alternativen Versicherungsmodelle, also Vertragsmodelle mit den Krankenversicherern, betroffen. Aus Sicht der Krankenversicherung ist davon auszugehen, dass sich die Kantone damit in unbestimmter Ausprägung in die Modelle der integrierten Versorgung einmischen werden. Dadurch wird ein weiteres wichtiges Element der Krankenversicherung dem Steuerungseinfluss der Kantone unterstellt, was die Vertrags- und Tarifautonomie infrage stellt.



d. Umsetzung (Art. 40c)

curafutura bezweifelt, dass der Bund *klare und sachgerechte Kriterien* zur Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung im ambulanten Bereich wird festlegen können (*Absatz 1*), zumal solche heute nicht bestehen und den Erläuterungen diesbezüglich auch keine Konkretisierung zu entnehmen ist. Sie führen im Ergebnis lediglich aus, dass „*die Kantone zusätzliche Kriterien anwenden können, die ihren Besonderheiten Rechnung tragen*“. Bezüglich der Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung verfügen die Kantone nach Ansicht von curafutura damit faktisch über einen Freipass.

Bei der ambulanten Steuerung besteht eindeutig die *Gefahr der Bevorzugung der kantonseigenen Spitalambulatorien* und somit von Wettbewerbsverzerrungen. Die Kantone als Mitfinanzierer der entsprechenden Infrastruktur haben ein klares Interesse, diese mit einem optimalen Tätigkeitsumfang auszustatten. Dies kann zu Lasten der übrigen ambulanten Leistungserbringer erfolgen (*Absatz 2*).

Aufgrund der Tatsache, dass bereits der Koordination der Spitalplanungen klare (Kantons-) Grenzen gesetzt sind, lässt die Vorgabe zur „*Koordination der Beurteilung der Angemessenheit*“ (*Absatz 3*) kaum zählbare Ergebnisse erhoffen.

Die vorgesehene „*Anhörungs*“-Kommission (*Absatz 4*) zur Beurteilung der Angemessenheit und der Massnahmen ist zwar zu begrüßen. Inwieweit von einer solchen Kommission tatsächlich eine „*Förderung einvernehmlicher Massnahmen*“, eine „*Erhöhung der Transparenz*“ und in der Folge eine disziplinierende Wirkung auf den Planungs- und Steuerungsprozess erhofft werden dürfen, verbleibt allerdings im Reich der Spekulationen.

Bezeichnend für die Vorlage ist der Umstand, dass der Bund eine *umfassende Datenerhebungskompetenz* zugestanden erhält (*Absatz 5*). Wir stellen auch hier ernüchtert fest, dass überhaupt keine konkreten Vorstellungen über die benötigte Datenlage bestehen – was aber wiederum einhergeht mit der aktuellen Inexistenz von nachvollziehbaren Kriterien.

Der guten Ordnung halber halten wir fest, dass die Verbände der Versicherer und Leistungserbringer nicht zu Datenlieferungen verpflichtet werden können (zumindest solange sie nicht über gesetzliche Datenerhebungsaufträge verfügen). Selbstverständlich wäre curafutura aber zur Zusammenarbeit bereit, soweit sie von ihren Mitgliedern mit den entsprechenden Daten und Kompetenzen ausgestattet wird.

Fazit: Die Massnahmen wie auch deren Umsetzung sind eine Ansammlung völlig offen formulierter Kompetenzen für die Kantone, betreffend Datenlieferungen auch für den Bund. Der Gesetzesvorlage kommt faktisch der Charakter einer Blankovollmacht für die Kantone zur Steuerung und Planung im ambulanten Bereich zu.

4. Art. 55b: Inakzeptabler und systemwidriger Eingriff in die Tarifautonomie

curafutura lehnt die Kompetenz zur Tarifsenkung entschieden ab. Es kann nicht angehen, dass die stets von den Behörden genehmigten oder festgesetzten Tarife aufgrund der nachträglich festgestellten Kostenentwicklung angepasst werden können. Dies widerspricht dem Grundsatz der Rechtssicherheit und führt unweigerlich zur Frage nach der Qualität von Genehmigungs- und Festsetzungsentscheiden. Sie ist auch konträrkologisch zur Möglichkeit einer sinnvollen Verlagerung von Leistungen unter den „ambulanten Sektoren“, aber auch zwischen stationärem und ambulanten Bereich.



curafutura

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

Gleichzeitig reiht sich dieser Vorschlag nahtlos in die bestehende Tendenz der zunehmenden behördlichen Regulierung der sozialen Krankenversicherung ein. Darunter verstehen wir den Hang zur nachträglichen behördlichen Korrektur von bereits vorgängig behördlich genehmigten Sachverhalten. Es hat nicht mehr viel mit dem Grundgedanken eines regulierten Wettbewerbs zu tun, wenn zunehmend nicht mehr die Rahmenbedingungen des Wettbewerbs festgelegt, sondern dessen Ergebnisse reguliert werden. Wir fordern eine Rückbesinnung auf das Wesen des regulierten Wettbewerbs und die Abkehr von der herrschenden Konzeptlosigkeit in der Regulierung der Krankenversicherung.

5. Würdigung / Kritik zu den Erläuterungen

Wir möchten unsere Irritation über die Vorlage als auch über die Inhalte des erläuternden Berichts nicht verschweigen. Unseres Erachtens steht von keiner Seite ein wahrnehmbarer Ruf nach einer breit angelegten ambulanten Planung und Steuerung überhaupt im Raum. Es ist auch in keiner Weise nachvollziehbar, weshalb eine ausserordentliche Massnahme zur Eindämmung der Kostenentwicklung (Zulassungsbeschränkung) mit einer umfassenden und ständigen Planung ersetzt werden soll. Für eine derart weitreichende Regulation fehlt schlicht der Nachweis der Notwendigkeit und Angemessenheit.

Aus dem Wortlaut der Erläuterungen kann auch mitnichten geschlossen werden, dass die Vorlage rein auf ausserordentliche Massnahmen bei Vorliegen einer substantziellen Unter- oder Überversorgung abzielen würde. Vielmehr bestätigen die Erläuterungen den Charakter der Vorlage als Abkehr vom Grundsatz der Subsidiarität und dem Primat des Wettbewerbs, hin zu einem Primat staatlicher Planung und Lenkung. So wird stipuliert: *„Zudem erfordern die zunehmende Komplexität und die gegenläufigen Interessen mehr Steuerung und Transparenz des Systems“*. Hierbei ist unbestritten, dass die Schaffung von Transparenz eine zentrale Herausforderung darstellt. Dass die in der Natur der Sache liegenden *gegenläufigen Interessen* und die weitgehend von der Regulierung selber geschaffene *zunehmende Komplexität* hingegen Gründe für (noch) *mehr Steuerung* darstellen, ist logisch hingegen nicht nachvollziehbar.

Der Umstand, dass die Kantone freiwillig eingreifen können, ändert daran nichts. So wird nach dem Sinn der Vorlage kein Kanton umhin kommen, *„den Versorgungsbedarf in Bezug auf die als optimal bestimmte Versorgungsqualität“* zu ermitteln. Hiervon sind *alle* ambulanten Leistungserbringer betroffen, soweit sie OKP-Leistungen erbringen.

Generell verkörpert die Botschaft einen nicht hinterfragten, etatistischen Ansatz. So wird ausgeführt: *„Das Gesundheitswesen soll um sie [die Bevölkerung] und ihre Bedürfnisse herum weiter entwickelt werden. Die Problematik des Versorgungsangebots konzentriert sich nicht mehr ausschliesslich auf die Kosten, sondern auch auf den optimalen Zugang der Versicherten zu den Leistungen, die sie effektiv benötigen. Ohne Regulierung des ambulanten Bereichs nehmen aber auch das Angebot und mit ihm die Menge an erbrachten Leistungen und dementsprechend die Kosten zulasten der OKP zu. Die optimale Organisation der Versorgung ist deshalb auch eine Massnahme, um den Anstieg der Gesundheitskosten einzudämmen.“*

- Auf welcher Basis gelangt der Bundesrat zur Ansicht, dass der Staat in der Lage ist, die Bedürfnisse der Bevölkerung besser zu kennen als diese selbst?
- Anhand welcher Erkenntnisse gelangt er zum Schluss, dass der Zugang der Versicherten nicht optimal sei und – kumulativ – eine staatliche Planung diesen supponierten Mangel besser beheben kann als andere (in dieser Botschaft gar nicht aufgeführte) Möglichkeiten?



curafutura

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

- Weshalb glaubt der Bundesrat, dass der Staat in der Lage ist zu bestimmen, welche Leistungen die Bevölkerung *effektiv* benötigt? Wie will er umgekehrt erkennen, welche Leistungen heute zwar erbracht, aber eigentlich gar nicht benötigt werden?
- Ist dem Bundesrat bewusst, dass das Phänomen der angebotsinduzierten Nachfrage ihren Nährboden in der bestehenden Regulierung hat, welche für die Leistungserbringer den Abnahmezwang durch die Krankenversicherung bringt (Vertragszwang), gekoppelt mit wenig ausgeprägten Anreizen zur Selbstverantwortung durch die Versicherten?
- Ist der Bundesrat anhand der Erfahrungen der Spitalfinanzierung und -planung tatsächlich der Ansicht, dass die „*optimale Organisation der Versorgung*“ zu einer Eindämmung der Kosten führt?

In der Auffassung von curafutura sind die Erläuterungen zur Botschaft nicht nur ungenügend begründet und unausgewogen, sie sind auch von einer Auffassung des Staats als „allwissende Instanz“ geprägt, welche eine Bevormundung der Bürger als in ihrem eigenen Interesse hinzunehmen bereit ist.

6. Würdigung der Studie „Angebotssteuerung im ambulanten Bereich“

Leider kann auch die seriöse und aufwändige Länderstudie „Angebotssteuerung im ambulanten Bereich“ wenig Klärendes beisteuern. Das liegt weniger an der Qualität der Studie als vielmehr am offenbar zugrunde liegenden Auftrag und den in der Studie einleitend erwähnten Zielen. Daraus ergeht nämlich, dass nur dauerhafte Lösungen zur Steuerung zu evaluieren sind, anstatt der Fragestellung nachzugehen, ob und unter welchen Gegebenheiten überhaupt eine Steuerung in Betracht zu ziehen ist. Zusammenfassend lässt sich aus der Studie nur der Schluss ableiten, dass zwar diverse Steuerungsmöglichkeiten existieren, diese aber allesamt mit substantziellen Nachteilen verbunden sind. Es verwundert folglich nicht, dass die Studie schlussendlich gar keine Empfehlungen abgibt.

7. Thema Vertragsfreiheit

curafutura bedauert, dass der Problematik des geltenden Vertragszwangs einmal mehr nicht genügend Platz eingeräumt wird. Vorab würde es zu klären gelten, welche Rolle einer Lockerung des Vertragszwangs in der Diskussion um die Zulassungssteuerung überhaupt zukommen kann. Wir sind dezidiert der Ansicht, dass die Ausgestaltung des Vertragswesens nicht eine Frage der Zulassung zu einem Markt, sondern der Interaktion unter den (zugelassenen) Marktteilnehmern darstellt. Es ist sowohl rechtsstaatlich wie auch ökonomisch im Grunde genommen absurd, die Zulassung von Leistungserbringern den Versicherern zu übertragen. Unseres Wissens steht diese Forderung aber auch gar nicht im Raum. Es ist folglich umso störender, dass das Thema der Lockerung des Vertragszwangs anhand einer untauglichen Fragestellung vom Tisch gewischt wird.

Vertragsfreiheit ist im Kontext von effizienten Märkten zu betrachten. Wenn Produzenten einer Leistung eine Abnahmegarantie vorfinden, erhöht dies nicht nur die produzierte Menge, sondern auch den Preis der Leistung, bspw. weil Intransparenz nicht ausreichend sanktioniert werden kann. Das sind einfache ökonomische Zusammenhänge, die auch im Gesundheitswesen gelten.

Andere Branchen sind viel kapitalintensiver und können dennoch im freien Markt bestehen. Das in der Studie (Ziffer 6) mehrfach erwähnte „Problem des Bestandesschutzes bei Vertragsfreiheit“ ist ein Phänomen regulierter Märkte und der gesundheitspolitischen Diskussionen. Erstens ist der Bestandesschutz nicht grundsätzlich gefährdet, nur weil ein Leistungserbringer von einem Versicherer nicht oder nur unter besse-



curafutura

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

ren Konditionen unter Vertrag genommen werden kann. Zweitens kann es nicht in einem generellen Interesse der Versicherten und Patienten liegen, unwirtschaftliche oder gar qualitativ ungenügende Leistungserbringer über die Sozialversicherung zu alimentieren. Das heutige differenzierte Angebot an Zahnarztpraxen zeigt eindrücklich, dass medizinischen Leistungen auch im freien Markt sowohl in qualitativer als auch quantitativer Hinsicht genügend erbracht werden können.

8. Förderung der integrierten Versorgung als Alternative

Bereits im Jahre 2012 fasste das Parlament eine Alternative zur Verlängerung des Zulassungsstopps ins Auge: Die Managed-Care-Vorlage wurde dann aber vom Souverän in einer Referendumsabstimmung abgelehnt. Trotz Ablehnung der Gesetzesrevision sind heute über 60 % der Versicherten in einem alternativen Versicherungsmodell mit eingeschränkter Arztwahl versichert und lassen sich durch ihren Arzt des Vertrauens oder einen Gatekeeper im Behandlungsfalle umfassend beraten und steuern. Der Gesetzgeber war damals der Meinung, mit der Ausbreitung der integrierten Versorgung könnte auf eine Nachfolgelösung des Zulassungsstopps verzichtet werden. Inzwischen wurde der Risikoausgleich noch einmal verbessert, und die Rahmenbedingungen für die Ausbreitung vielfältiger Steuerungsmodelle der integrierten Versorgung sind verbessert worden, so dass sich sowohl die Weiterführung des Zulassungsstopps wie auch eine Versorgungsplanung durch die Kantone erübrigt.

curafutura ist überzeugt, dass mit der Verbesserung des Risikoausgleichs nun der Wettbewerb um die besten Versicherungs- und Versorgungsmodelle im Sinne einer qualitativ hochstehenden Medizin lanciert ist. Dieser Dynamik sollte man eine Chance geben. Nur der Wettbewerb wird neue innovative Ansätze hervorbringen. Eine rigide Angebotsplanung verhindert jedoch den Zugang von jungen Fachkräften, ist ein negatives Signal im Hinblick auf den prognostizierten Mangel an Ärzten und Pflegepersonal und verhindert jede Innovation.

9. Fazit

curafutura lehnt die Vorlage über die Steuerung des ambulanten Bereichs entschieden ab. Unter dem wohlwollenden Deckmantel von Zugang, Qualität und Kosteneindämmung verkörpert sie einen unerhörten Eingriff in die soziale Krankenversicherung im Speziellen, aber auch in das Gesundheitswesen ganz allgemein.

curafutura ist erstaunt, dass der Bund willens zu sein scheint, seine Steuerungsmöglichkeiten über die soziale Krankenversicherung, deren Regulierung gemäss Verfassung ihm übertragen ist, weitgehend an die Kantone zu delegieren.

So weitreichend die Konsequenzen dieser Vorlage auch wären, ist doch auch festzuhalten, dass die Vorlage mutlos und ohne neue Ideen daher kommt. In gewisser Weise wird nämlich sowohl die Definition des Problems als auch dessen Lösung in Form einer Blankovollmacht an die Kantone delegiert. Elemente wie eine Lockerung des Vertragszwangs oder die Stärkung der Eigenverantwortung werden nicht einmal in Betracht gezogen.

In der Auffassung von curafutura missachtet der vorliegende Gesetzesentwurf den Grundsatz der Subsidiarität staatlichen Handelns und erklärt den staatlichen Eingriff zum Standard. Er ist nicht, wie man meinen könnte, das Pendant zur Planung im stationären Bereich, sondern die Vollendung der staatlichen Steuerung über den gesamten Bereich der Leistungserbringung.



curafutura

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

Gerne verweisen wir an dieser Stelle auf unser Schreiben vom 21. August 2014 in welchem wir die unseres Erachtens relevanten Eckpfeiler einer Lösung skizziert haben.

Freundliche Grüsse
curafutura

Reto Dietschi
Direktor

Beat Knuchel
Stv. Direktor

Beilage Schreiben curafutura vom 21. Februar 2014

Kopie Eidg. Departement des Innern EDI, Herr Bundesrat Alain Berset, Inselgasse 1, 3003 Bern