

Bericht des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) vom 11. Januar 2024 zuhanden der SGK-S

« Klärung der Begriffe koordinierte Versorgungsnetze und integrierte Versorgungsnetze »

1 Einleitung

In Zukunft wird es mehr ältere Menschen und mehr Menschen mit (mehrfachen) chronischen Krankheiten geben. Bei deren Behandlung und Pflege sind meistens mehrere Ärztinnen und Ärzte, andere Gesundheitsfachpersonen, Spitäler und weitere Gesundheitseinrichtungen involviert. Deshalb ist eine zwischen den verschiedenen Behandelnden gut abgestimmte und koordinierte Versorgung wichtig. Denn eine lückenhafte Koordination führt zu Qualitätseinbussen, zu mehr unnötigen Behandlungen und zu überflüssigen Kosten.

Der Bundesrat hat den Handlungsbedarf in diesem Bereich erkannt. In seiner Strategie Gesundheit 2030 hat er sich zum Ziel gesetzt, die koordinierte Versorgung zu verstärken (Ziel 5, Stossrichtung 5.1). Der Expertenbericht «Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» im Auftrag des EDI nennt zudem die Stärkung der koordinierten Versorgung (M10) als wirksame und effiziente Massnahme zur Kostendämpfung.¹

2 Netzwerke zur koordinierten Versorgung

Um eine koordinierte, interprofessionelle, den Patientenbedürfnissen entsprechende medizinische und pflegerische Behandlung über die ganze Versorgungskette hinweg anzubieten, braucht es einen verbindlichen Zusammenschluss oder eine verbindliche Zusammenarbeit von Gesundheitsfachpersonen unterschiedlicher Berufe.

In den letzten Jahren sind in der Schweiz eine Vielzahl von konkreten Initiativen und Projekten zur Verbesserung der Koordination der Versorgung entstanden. Allerdings handelt es sich dabei meist um eher punktuelle bzw. regional beschränkte Initiativen und Projekte.² Es stellt sich somit die Frage, mit welchen Massnahmen eine flächendeckende Verbesserung der Koordination der Versorgung erreicht werden kann. Dabei stellt sich die Frage der besseren Zusammenarbeit nicht nur an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung, sondern auch innerhalb der ambulanten Versorgung selbst.

Die Hausarztpraxen stellen für die ältere Wohnbevölkerung meistens den wichtigsten Kontaktpunkt mit der Gesundheitsversorgung dar. In der Schweiz verfügen 97,3% der Wohnbevölkerung über 65 Jahre über eine Hausärztin beziehungsweise einen Hausarzt, welche sie normalerweise für ihre medizinische Versorgung aufsuchen.³ Dabei haben 44,5% innerhalb eines Jahres zwei bis drei Ärztinnen bzw. Ärzte und 18,4% vier oder mehr Ärztinnen und

¹ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/kostendaempfung-kv.html#-97516228>

² [Soins intégrés en Suisse, Obsan Dossier 57, 2017](#)

³ Pahud, O. (2021). Erfahrungen der Wohnbevölkerung ab 65 Jahren mit dem Gesundheitssystem – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2021 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund (CWF) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Bericht 07/2021), S. 31 [IHP-Befragungen: ältere Wohnbevölkerung \(admin.ch\)](#)



Ärzte konsultiert. Dies verdeutlicht die Wichtigkeit einer zentralen Koordinationsstelle, welche in der Schweiz in vielen Fällen durch die Hausarztpraxen ausgeübt wird.⁴ 17,7% der befragten Wohnbevölkerung über 65 Jahre gibt an, dass sie mindestens ein Koordinationsproblem zwischen Hausarztpraxis und Spezialarztpraxis festgestellt hat.⁵

Auch die Spitex nimmt eine wichtige Scharnierfunktion zwischen dem verordnenden Arzt bzw. der Ärztin und der Patientin, dem Patienten wahr. Eine nationale Studie zur Koordination und Qualität in der Spitex zeigt, dass es Koordinationslücken gibt, insbesondere wenn verschiedene Leistungserbringer in die Versorgung involviert sind, z. B. wenn Patientinnen/Patienten ins Spital eintreten oder wieder nach Hause zurückkehren.⁶

Um die Koordination insbesondere in der ambulanten Grundversorgung zu stärken, hat der Bundesrat im Rahmen der Massnahmen zur Kostendämpfung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP (Paket 2) die Massnahme «Netzwerke zur koordinierten Versorgung (NkV)» ausgearbeitet. Diese Massnahme sieht vor, dass sich Gesundheitsfachpersonen zu einem interprofessionellen und interdisziplinären Betreuungsteam zusammenschliessen können. Dieses koordiniert ärztliche, pflegerische und therapeutische Leistungen und erbringt sie «aus einer Hand». Für Zusatzkosten, die durch die Koordination komplexer Fälle entstehen, können NkV und Versicherer Vereinbarungen aushandeln. Um diese Massnahme umzusetzen, müssen im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) die rechtlichen Grundlagen geschaffen werden.

2.1 Begrifflichkeiten

Es gibt keine einheitliche Definition für koordinierte, integrierte oder vernetzte Versorgung. Die Begriffe werden in aller Regel synonym verwendet. Das BAG verwendet seit 2015 den Begriff der koordinierten Versorgung – dies vor dem Hintergrund der Managed-Care-Vorlage von 2012, mit der der Bundesrat vorschlug, Anforderungen an ein *Versicherungsmodell der integrierten Versorgung* im KVG festzulegen. Unter koordinierter Versorgung werden Versorgungsmodelle verstanden, die sich durch die strukturierte und verbindliche Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer und Professionen über den ganzen Behandlungspfad auszeichnen. Eine Bezugsperson dient den Patientinnen und Patienten als Behandlungskoordinatorin und erste Ansprechpartnerin. Weitere zentrale Elemente sind eine elektronische Krankengeschichte mit Zugriffsmöglichkeit für alle beteiligten Gesundheitsfachpersonen sowie standardisierte Protokolle und Behandlungspfade, welche eine strukturierte Entscheidungsfindung ermöglichen sollen.⁷

2.2 Parlamentarische Beratung

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) hat am 10. und 11. November 2022 die Beratung des zweiten Massnahmenpakets zur Kostendämpfung (22.062) aufgenommen. Da der vom Bundesrat vorgeschlagene Ansatz zur Förderung von «Netzwerken zur koordinierten Versorgung» bei vielen Akteuren auf Ablehnung stiess,

⁴ Ebd.

⁵ Ebd., S. 34

⁶ Martins, T., Möckli, N., Zúñiga, F. et al. (2023). SPOTnat – Spitex Koordination und Qualität – eine nationale Studie. Nationaler Bericht. Universität Basel. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7843008>

⁷ Vgl. dazu z.B. [GDK 2019 «Impulse für die integrierte Versorgung. Ein Leitfaden»](#)

erteilte sie der Verwaltung den Auftrag, an einem Runden Tisch mit den betroffenen Akteuren und den Kantonen eine zukunftsfähige Lösung zu erarbeiten. Die Diskussionen am runden Tisch fanden am 20. Januar 2023, am 17. Februar 2023 und am 17. März 2023 statt.⁸

Auf der Basis der Diskussionen an den runden Tischen sowie den von den Teilnehmenden erhaltenen Rückmeldungen, hat das BAG einen Vorschlag für eine stark vereinfachte Fassung von Artikel 37a E-KVG erarbeitet (Vorschlag der Verwaltung; vgl. Anhang 1). Mit der neuen Formulierung, gemäss welcher die Netzwerke nicht zwingend von einer Ärztin oder einem Arzt geleitet werden und auch über keinen kantonalen Leistungsauftrag verfügen müssen, soll – wie von der Kommission gefordert – eine grösstmögliche Flexibilität in Bezug auf die Zusammensetzung der Leistungserbringer im Netzwerk und der Leitung des Netzwerks ermöglicht werden. Dieser Vorschlag stellte jedoch nicht die von der Kommission geforderte mehrheitsfähige Lösung dar, da eine Mehrheit der am runden Tisch teilnehmenden Organisationen die gesetzliche Verankerung eines neuen Leistungserbringers grundsätzlich ablehnt.

Am 28. April 2023 hat die SGK-N die Detailberatung des zweiten Kostendämpfungspaketes ([22.062](#)) aufgenommen. Sie lehnte die Schaffung eines neuen Leistungserbringers «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» mit 16 zu 9 Stimmen ab. Sie sprach sich auch gegen einen Kompromissantrag aus (Minderheitsantrag Maillard), der den Vorschlag der Verwaltung aufnahm. Die SGK-N schlug stattdessen vor, die bestehenden Regelungen bezüglich der besonderen Versicherungsformen sowie der Datennutzung durch die Versicherer anzupassen und so eine bessere Koordination zu ermöglichen.

Am 28. September 2023 hat der Nationalrat das zweite Kostendämpfungspaket beraten und dem Antrag der Mehrheit mit 117 zu 67 Stimmen zugestimmt.

2.3 Stand der Diskussion

Grundsätzlich sind sich alle Akteure und auch der Nationalrat einig, dass die bestehende Fragmentierung der Leistungserbringung je nach Berufsgruppe überwunden und die Koordination der Versorgung, insbesondere im ambulanten Bereich gefördert werden muss. Es besteht ebenfalls Konsens, dass insbesondere ältere, chronisch und mehrfachkranke Personen von einer koordinierten, interprofessionellen Versorgung profitieren. Bezüglich der dazu notwendigen Massnahmen gehen die Haltungen jedoch auseinander.

Kritikpunkt 1: Die bestehenden Regelungen reichen aus; es braucht keinen neuen Leistungserbringer.

Im ambulanten Bereich gibt es aktuell *keine Möglichkeit*, in einem interprofessionellen Behandlungsteam mit klar definierten Verantwortlichkeiten zusammenzuarbeiten und gegenüber der OKP als ein Leistungserbringer aufzutreten: Im ambulanten Bereich verfügt jede Berufsgruppe von Gesundheitsfachpersonen bzw. ihre Organisation über spezifische Zulassungsvoraussetzungen. Daraus folgt eine klare organisatorische Trennung zwischen den Gesundheitsberufen: Leistungserbringer, in denen verschiedene Gesundheitsberufe zusammenarbeiten, sind heute nicht möglich.

Es kann im ambulanten Bereich zudem auch keine Arbeitgeber-Arbeitnehmer-Beziehungen zwischen den verschiedenen Berufen geben, die für die Abrechnung zu Lasten der OKP nutzbar wären. So kann z.B. eine Ärztin weder einen Physiotherapeuten noch eine Pflegefachperson einstellen und deren Leistungen abrechnen. Personen, die einer Berufsgruppe

⁸ Vgl. [Bericht des Bundesamtes für Gesundheit vom 11. April 2023 zuhanden der SGK-N «Netzwerke zur koordinierten Versorgung»](#)

gemäss Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe e KVG angehören und auf ärztliche Anordnung Leistungen zulasten der OKP erbringen können, fallen nicht unter die die vom Bundesgericht unter dem Begriff der «angestellten nichtärztlichen Medizinalpersonen» zusammengefassten Berufsgruppen.⁹ Deren Leistungen können folglich nicht als ärztliche Leistungen einem Arzt oder einer Ärztin zugerechnet und in dessen oder deren Namen der OKP in Rechnung gestellt werden.

Fazit: Ohne neuen Leistungserbringer muss die verbindliche Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen im ambulanten Bereich vertraglich zwischen den einzelnen Organisationen geregelt werden.

Kritikpunkt 2: Der neue Leistungserbringer bringt nur bürokratischen Aufwand und ist ein Eingriff in die Organisationsfreiheit.

Die vorgeschlagenen gesetzlichen Regelungen zu den Netzwerken zur koordinierten Versorgung (Entwurf des Bundesrates und insbesondere der Vorschlag der Verwaltung) enthalten nur sehr wenige Vorgaben, wie ein Netzwerk zur koordinierten Versorgung organisiert sein muss. Es kann als Einrichtung «unter einem Dach» oder als regionales Netzwerk ausgestaltet werden. Die unterschiedlichen Gesundheitsfachpersonen können sich innerhalb des Netzwerkes in Abhängigkeit der vorhandenen Fachbereiche und Kompetenzen flexibel organisieren und die Arbeit untereinander aufteilen.

Fazit: Der bürokratische Aufwand ist – insbesondere beim Vorschlag der Verwaltung – nicht höher als bei einer vertraglichen Regelung zwischen den Leistungserbringern und die Organisationsfreiheit bleibt weiterhin gewahrt.

Kritikpunkt 3: Die Netzwerke müssen nicht zwingend von einer Ärztin oder einem Arzt geleitet werden.

Mit dem Vorschlag der Verwaltung entfällt dieser Kritikpunkt. Die medizinische Verantwortung muss jedoch immer bei einem Arzt oder einer Ärztin liegen, wie dies heute in den Spitälern der Fall ist. Zudem ist der in Buchstabe a aufgeführte Verweis auf Artikel 37 Absatz 1 KVG insofern relevant, als dass die besonderen Zulassungsvoraussetzungen für Ärztinnen und Ärzte auch für die in den Netzwerken zur koordinierten Versorgung tätigen Ärztinnen und Ärzten gelten müssen.

Fazit: Mit dem Vorschlag der Verwaltung entfällt dieser Kritikpunkt.

Kritikpunkt 4: Es könnte zu einer Mengenausweitung kommen.

Die Voraussetzungen für die Kostenübernahme, der Umfang der Leistungen wie auch die im KVG als Leistungserbringer anerkannten Berufsgruppen gelten unverändert auch für die Netzwerke zur koordinierten Versorgung. Die Erstattung der Leistungen erfolgt unter Berücksichtigung der WZW-Kriterien entweder nach bereits geltenden Tarifen oder nach neu vereinbarten Tarifverträgen. Die vorgeschlagenen gesetzlichen Regelungen (Entwurf des Bundesrates wie Vorschlag der Verwaltung) sehen keine zusätzlichen Leistungen vor, die von den Netzwerken erbracht werden können. Einzig für sehr komplexe Fälle soll mit den Versicherern vertraglich eine Entschädigung des Koordinationsaufwandes vereinbart werden können. Die Vergütung dieses Zusatzaufwandes für die Koordination ist dann gerechtfertigt, wenn die Koordination darüber hinausgeht, was normalerweise von den Leistungserbringern erwartet werden darf. In der Wahl der geeigneten Form der Vergütung sind die Vertragspartner dabei frei. Bei den Verträgen nach Artikel 48a E-KVG handelt es sich nicht um Tarifverträge im eigentlichen Sinne. Es ist eine Aufgabe der Versicherer im Rahmen der Rechnungskontrolle, sicherzustellen, dass es nicht zu einer Mengenausweitung kommt. Den

⁹ [Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-7498/2008 vom 31. August 2012, E. 7.7.1.](#)

Versicherern ist es aber unbenommen, mit einem solchen Netzwerk einen Tarifvertrag abzuschliessen, der eine Form der Budgetverantwortung enthält. Zudem würde auch für diese Tarifverträge der neue Artikel 47c KVG zur Überwachung der Kosten¹⁰ gelten.

Fazit: Leistungserbringer und Versicherer haben es in der Hand, dafür besorgt zu sein, dass keine ungerechtfertigte Mengenausweitung erfolgt.

Kritikpunkt 5: Die Versicherer wollen keinen Vertragszwang mit den Netzwerken zur koordinierten Versorgung

In einem Netzwerk zur koordinierten Versorgung schliessen sich Gesundheitsfachpersonen verschiedener Berufe zusammen, die alle für sich bereits über eine Zulassung verfügen. Der Vertragszwang ist eine Voraussetzung, um eine flächendeckende Verbesserung der Koordination der Versorgung im ambulanten Bereich zu erreichen. Ohne Vertragszwang wird der Mehrwert eines neuen Leistungserbringers und damit einer neuen Form der Versorgung gegenüber den AVM in Frage gestellt. Müssen Versicherte erklären, sich einschränken zu wollen, ist dies eine grössere Hürde als eine faktische Einschränkung durch die Wahl des Netzwerkes.

Fazit: Ohne einen Vertragszwang, wie er für alle Leistungserbringer gilt, ist die Verbesserung der Koordination in der Versorgung gefährdet.

Kritikpunkt 6: Die Koordination wird bereits mit den umgesetzten und anstehenden Reformen deutlich verbessert

Die Einführung der einheitlichen Finanzierung (EFAS) führt dazu, dass die Versicherer in allen Bereichen den Anreiz haben, kostensparendes Verhalten tariflich zu fördern. Dies umfasst auch eine gute Koordination der Behandlung, weil dadurch Doppelspurigkeiten, Fehlversorgung oder Hospitalisierungen vermieden werden können. Die Einführung von EFAS ändert aber nichts an der Tatsache, dass es heute im ambulanten Bereich *keine Möglichkeit* gibt, in einem interprofessionellen Behandlungsteam mit klar definierten Verantwortlichkeiten zusammenzuarbeiten und gegenüber der OKP als ein Leistungserbringer aufzutreten. Die beiden Massnahmen würden sich daher gut ergänzen. Netzwerke zur koordinierten Versorgung würden von einer einheitlichen Finanzierung profitieren, weil ihr Nutzen namentlich durch die Vermeidung von Hospitalisationen viel eher prämienvirksam wird.

Auch die beim Bundesrat kürzlich eingereichten neuen Tarifstrukturen im ärztlichen Bereich (Tardoc und Pauschalen) werden nicht zu einer Verbesserung der Koordination im ambulanten Bereich beitragen, da sie nur ärztliche Leistungen umfasst.

Fazit: Die laufenden Revisionen können die Bildung von Netzwerken zur koordinierten Versorgung unterstützen, ändern jedoch nichts an den Zulassungsregeln im ambulanten Bereich.

Kritikpunkt 7: Die koordinierte Versorgung kann über alternative Versicherungsmodelle (AVM) ausreichend gefördert werden

Im Jahr 2022 haben sich 77 Prozent aller Versicherten für ein AVM entschieden.¹¹ Die Vielfalt bei den über 160 AVM, die heute auf dem Markt sind, ist jedoch gross. Sie reichen von der Vorgabe einer oder mehrerer erster Anlaufstellen über Telefon- oder – als neuere Erscheinung – App-Modelle, die den Behandlungspfad vorbestimmen, die Arztwahl aber freilassen, bis hin zu AVM mit vielen Einschränkungen (z.B. vordefinierte Ärztinnen/Ärzte oder Ärztenetzwerke mit oder ohne Vertrag, verbindlich vorgegebener Behandlungspfad usw.).

¹⁰ Änderung vom 30. September 2022 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1b (BBl 2022 24905), tritt per 1. Januar 2024 in Kraft.

¹¹ KVG-Statistik 2022, Tabelle 7.07, EFIND

Wie eine differenzierte Betrachtung zeigt, sind AVM jedoch genau bei den Personen, deren Gesundheitszustand potenziell hohe Kosten und einen hohen Koordinationsbedarf zwischen den Leistungserbringern verursacht, weniger verbreitet resp. stossen offenbar an Grenzen bezüglich Akzeptanz, wobei die genauen Gründe für die tiefere Zustimmung bislang in keiner Studie untersucht worden sind. Analysen der Aufsichtsdaten¹² zeigen: Je älter eine Person ist, desto weniger ist sie in einem AVM versichert (nur ca. 60% der über 65-Jährigen gegenüber 77% aller Versicherten). Bei einer Befragung 2021 gaben 3.5% der Wohnbevölkerung über 65 Jahre an, dass sie in einem HMO-Modell versichert sind. 47.1% haben ein Hausarztmodell, 42.1% das Standardmodell, 4.6% ein Telefonmodell.¹³ Je älter die Versicherten sind, desto weniger häufig sind sie in einem AVM versichert. Das deckt sich auch mit einer Befragung von 1258 Klientinnen und Klienten der Spitex. 0.9% gaben an, in einem HMO-Modell versichert zu sein, 58.4% haben das Standardmodell und 36.2% ein Hausarztmodell.¹⁴ Aus den Aufsichtsdaten lässt sich weiter herauslesen: Versicherte mit hohen Kosten sind weniger häufig in einem AVM versichert. Versicherte, die bestimmte Medikamente beziehen (mit einem PCG-Flag), wählen rund halb so oft ein AVM (unabhängig von den Kosten). Und Versicherte mit einem Spitalaufenthalt im Vorjahr entscheiden sich rund halb so oft für ein AVM wie die Vergleichsgruppe.

Fazit: Bei vielen AVM handelt es sich primär um Gatekeeping-Modelle, welche insbesondere die erste Anlaufstelle verbindlich definieren und so den Zugang zu Spezialistinnen und Spezialisten einschränken. Eine bessere Koordination im Falle einer chronischen Erkrankung sind nur selten Gegenstand des Versicherungsmodells. Und die AVM sind genau bei Personen, deren Gesundheitszustand potentiell hohe Kosten und einen hohen Koordinationsbedarf verursachen, deutlich weniger verbreitet.

2.4 Kostenauswirkungen

Das Beratungsbüro Infrac analysierte im Auftrag des BAG die Auswirkungen der Kostendämpfungsmassnahmen¹⁵: Das Kosteneinsparpotenzial der Netzwerke zur koordinierten Versorgung hängt von der Anzahl der Netzwerke ab, wie auch von der Anzahl Patienten und Patientinnen, die künftig in einem Netzwerk zur koordinierten Versorgung behandelt werden. Eine Beurteilung des Aufwands zur Schaffung eines Netzwerkes zur koordinierten Versorgung wie auch dessen Kosteneinsparpotenzial ist aufgrund fehlender empirischer Daten schwierig. Basierend auf einer groben Schätzung geht Infrac von einem Kosteneinsparpotenzial in der Höhe von rund 250 Millionen Franken pro Jahr für die Bevölkerungsgruppe ab 65 Jahren mit Multimorbidität aus.

2.5 Fazit

Das KVG schafft Raum für ärztliche Netzwerke, ist aber für interprofessionelle Angebote und die Koordination über die verschiedenen Leistungserbringer hinweg zu starr. Dies insbesondere deshalb, weil die aktuell für den ambulanten Bereich geltenden Zulassungsregeln es den verschiedenen Berufsgruppen nicht erlauben, sich zu einem interprofessionellen

¹² EFIND

¹³ Pahud, O. (2021). Erfahrungen der Wohnbevölkerung ab 65 Jahren mit dem Gesundheitssystem – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2021 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund (CWF) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Bericht 07/2021).

¹⁴ Martins, T., Möckli, N., Zúñiga, F. et al. (2023). SPOTnat – Spitex Koordination und Qualität – eine nationale Studie. Nationaler Bericht. Universität Basel, S. 126. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7843008>

¹⁵ Bericht des Bundesamtes für Gesundheit vom 11. April 2023 zuhanden der SGK-N zur Studie von Infrac vom 11. April 2023 «Auswirkungen der Kostendämpfungsmassnahmen – Paket 2

Team zusammenzuschliessen, um gemeinsam effiziente, zweckmässige und wirtschaftliche ambulante Behandlungsprozesse zu entwickeln und aus einer Hand anzubieten.

Mit dem Vorschlag der Verwaltung wird der ursprüngliche Entwurf des Bundesrates dahingehend vereinfacht, dass eine grösstmögliche Flexibilität in Bezug auf die Zusammensetzung der Leistungserbringer im Netzwerk und der betrieblichen Leitung des Netzwerks ermöglicht werden

Gestrichen wurde zudem die bislang in Artikel 37a Absatz 2 festgelegte Kompetenz des Bundesrates, die Mindestanforderungen an die Verträge zwischen den Netzwerken zur koordinierten Versorgung und weiteren Leistungserbringern festzulegen. Zudem soll darauf verzichtet werden, dass ein kantonaler Leistungsauftrag eine Zulassungsvoraussetzung darstellt (Streichung von Abs. 1 Bst. h sowie Abs. 3).

Die vom Nationalrat und in der Zwischenzeit auch von der SGK-S vorgeschlagene alternative Lösung der verbesserten Datennutzung durch die Versicherer ist sinnvoll, trägt aber nicht zu einer Verbesserung der Koordination der Leistungserbringung im ambulanten Bereich bei, da die bestehende organisatorische Trennung der einzelnen Gesundheitsberufe nicht überwunden wird.

Den zudem vom Nationalrat vorgeschlagenen Alternativen in Form von Anpassungen der besonderen Versicherungsformen steht der Bundesrat aus inhaltlichen Gründen sehr kritisch gegenüber (vgl. dazu Ziffer 3 des vorliegenden Berichtes). Zudem ist er auch überzeugt, dass diese nicht zu einer Verbesserung der Koordination beitragen.

3 Ausführungen zu den Motionen 23.3502 und 23.3504

3.1 Motion 23.3502 SGK-N Stärkung der koordinierten Versorgung durch Kostenvahrheit der Versicherungsmodelle im KVG

Weiterhin sinnvolle Berechnungsmethodik bei den Modellrabatten

Das BAG hat keine Hinweise auf systematisch instabile Berechnungsergebnisse, auch nicht von Versicherern. Bei der Berechnung der Modellrabatte werden als Vergleichskollektiv zudem nicht nur die Versicherten mit der ordentlichen Versicherung, sondern auch diejenigen mit Wahlfranchisen und/oder diejenigen ohne Unfalldeckung betrachtet. Dieses Kollektiv – Basisversicherung genannt – hat immer noch rund 2 Millionen Versicherte.

Um hier jedoch mehr Gewissheit zu haben, hat das BAG 2023 das Unternehmen PwC mit einer Untersuchung beauftragt¹⁶. PwC kommt zum Schluss, dass die derzeitige Berechnungsmethodik sinnvoll ist. Der jetzige Ansatz kann gemäss PwC bei Bedarf verfeinert werden, sodass er auch bei deutlich weniger Basisversicherten noch stabile Ergebnisse liefert. Es besteht also keine Notwendigkeit für eine grundlegende Systemänderung.

Starke Zunahme der Anzahl kleiner Versichertenkollektive

Gemäss Motion würde jedes Modell eines Versicherers ein eigenes Kollektiv bilden. Das Prinzip der Kostendeckung pro Kanton erfordert jedoch, dass das BAG die Prämieingabe eines Versicherers gesamthaft auf Stufe Kanton prüft. Das bedeutet, dass jedes Modell pro Kanton ein Kollektiv bilden müsste. Die Zahl der sehr kleinen Kollektive mit maximal 300 Versicherten würde stark ansteigen (von 200 auf über 1600). Diese Kollektive würden am Total aller Modelle und der Basisversicherung je Kanton und Versicherer statt wie bisher ca. ein Viertel, neu rund die Hälfte ausmachen. Zu Details siehe Anhang 2 (Anzahl Kollektive).

¹⁶ vgl. [Schlussbericht](#) auf der BAG-Homepage unter Forschungsberichte Kranken- und Unfallversicherung

Betrachtet man statt der Anzahl sehr kleiner kantonaler Kollektive die darin enthaltene Anzahl Versicherten, lässt sich Folgendes sagen: Die Anzahl Personen in sehr kleinen Kollektiven stieg von rund 17'000 (entspricht der Bevölkerung von AI) auf rund 120'000 (entspricht der Bevölkerung von UR, OW und NW). In einigen Kantonen (AI, AR, GL, JU, NW, OW, SH, UR) wären mehr als 5% der Bevölkerung in sehr kleinen Kollektiven versichert. Diese können mangels Aussagekraft nicht auf Kostendeckung hin überprüft werden. Unerwünschte Prämienschwankungen kämen viel häufiger vor.

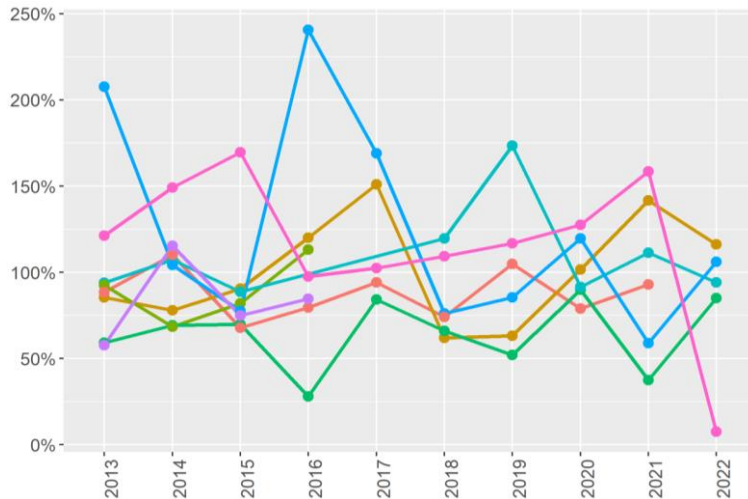


Abbildung: Verlauf der Combined Ratio für Versichertenkollektive mit weniger als 300 Versicherten am Beispiel von 8 Kollektiven im Kanton Wallis.

Gruppieren von Modellen stellt keinen Ausweg dar

Die Herausforderung kleiner kantonaler Modellbestände lässt sich nicht durch Zusammenlegen von Modellen entschärfen. Das Zusammenfassen von Modellen würde eine Standardisierung der besonderen Versicherungsformen und somit eine gesetzliche Definition voraussetzen, was die Ausgestaltungsfreiheit der Versicherer drastisch einschränken und der aktuellen Innovations- und Diversifizierungstendenz widersprechen würde.

Wegfall der Berücksichtigung der Erfahrungszahlen von fünf vergangenen Rechnungsjahren bei Modellrabatten

Bei der Prämiengenehmigung gilt die Kostendeckung je Kanton für das Prämienjahr. Der für das Prämienjahr maximal erlaubte Modellrabattsatz wird dabei mittels Erfahrungszahlen von fünf Rechnungsjahren (Ist-Zahlen) berechnet, was die Berechnungsergebnisse robuster macht. Diese Berücksichtigung der Erfahrungszahlen von den vergangenen Jahren fiel bei der Motion weg. Für das Prämienjahr müsste die Kostendeckung nämlich nicht nur je Kanton, sondern zusätzlich noch nach Modell eingehalten werden. Dadurch würden die Prämienschwankungen im Vergleich zu heute stark zunehmen.

Weniger Freiheit für die Versicherer bei der Prämienfestsetzung

Die Versicherer verfügen über viel Spielraum beim Festlegen des Modellrabatts. Sie können ihn z.B. nach Merkmalen wie Altersgruppen (Kinder, junge Erwachsene, Erwachsene), Kanton, Prämienregion, Franchise, etc. differenzieren, solange der maximal erlaubte Modellrabatt im Durchschnitt (mit den Beständen gewichtet) über die ganze Schweiz eingehalten wird. Der gewährte Rabatt kann so in einem Kanton sehr viel höher sein als in einem anderen, wobei die Kostendeckung über die gesamten Prämien in einem Kanton dennoch gewährleistet ist. Dieser Handlungsspielraum für die Versicherer würde bei der Umsetzung der Motion wegfallen, weil jedes einzelne Modell kostendeckend sein müsste.

Voraussichtlich keine sinkenden Modellprämien

Der vom BAG berechnete maximal erlaubte Rabatt je Modell wird auf Stufe Schweiz oftmals bei weitem nicht ausgeschöpft. Dies u.a. deshalb, weil die Versicherungsformen (z.B. Modelle) gemäss rechtlicher Anforderung einen gleichmässigen Beitrag an die Reserven liefern müssen (Art. 101 c KVV). Dabei muss neben den Leistungen u.a. auch der Risikoausgleich miteinbezogen werden. Zudem möchten die Versicherer erforderliche Rabattanpassungen von Jahr zu Jahr – und damit grössere Prämienschwankungen – möglichst vermeiden. Auch deshalb wird oftmals der maximal mögliche Rabatt nicht ausgeschöpft.

Die Änderung der Prämienberechnung gemäss Motion bewirkt zudem per se keine Kosteneinsparung, weil sie die Leistungen nicht beeinflusst. Käme es wider Erwarten punktuell zu höheren Modellrabatten, müsste dies durch eine Prämienerhöhung bei der Basisversicherung kompensiert werden. Da in dieser vermehrt vulnerable Personen versichert sind, wären davon v.a. ältere Versicherte und Chronisch-Kranke betroffen.

Steigende Regulierungs- und Verwaltungskosten

Eine Kostendeckung je Modell und Kanton würde dazu führen, dass nicht total rd. 730 Risikokollektive, sondern rund 3'300 Versichertenkollektive auf Kostendeckung hin überprüft werden müssten. Dies hätte einen erheblichen administrativen Mehraufwand und damit auch einen Ressourcenmehrbedarf bei den Versicherern und der Aufsichtsbehörde zur Folge. Der jetzige Berechnungsansatz ist für die Versicherer gut nachvollziehbar. Die Berechnungsschritte sind zudem für alle Modelle dieselben. Durch die kleineren Kollektive würde der Kostenverlauf volatiler. Dadurch würden starke Prämienschwankungen von Jahr zu Jahr zunehmen. Dies könnte stärkere Wechselbewegungen auslösen, was zu höheren Schwankungen der Prämieinnahmen führen könnte.

Position der Versicherer

Die Versicherer brachten bei ihrer Anhörung vor der SGK-S am 12. Oktober 2023 ihre Skepsis gegenüber der Motion zum Ausdruck. Ihrer Meinung nach würde es noch schwieriger werden, eine korrekte Prämie zu berechnen und Prämienschwankungen zu vermeiden. Sie sehen daher administrative Zusatzaufwände, aber keinen Mehrnutzen mit der Motion.

3.2 Motion 23.3504 SGK-N Stärkung der koordinierten Versorgung durch Mehrjahresverträge im KVG

Weniger Prämieinnahmen ohne Kostensenkung

Um die Attraktivität von Mehrjahresverträgen zu gewährleisten, muss der Rabatt für diese Verträge höher sein als der für Jahresverträge. Versicherte, die keine oder nur geringe Kosten haben, werden sicherlich zu den am Abschluss eines Mehrjahresvertrags interessierten Personen gehören, um ihre Prämie zu senken. Bei diesen Versicherten ist es kaum möglich, Einsparungen zu erzielen. Die Umsetzung der Motion würde also zu einem Rückgang der Prämieinnahmen führen, ohne die Kosten zu senken. Das Defizit müsste von den anderen Versicherten ausgeglichen werden, insbesondere von denjenigen mit der ordentlichen Franchise, also vor allem von älteren und chronisch kranken Menschen.

Prämienfestsetzung

Weder aus dem Text der Motion noch aus den Diskussionen im NR geht hervor, wie die Prämien für mehrjährige Verträge berechnet werden sollen. Muss der Versicherer eine Prämie im Voraus für die gesamte Vertragsdauer festlegen oder muss er jedes Jahr eine neue Prämie festlegen?

Für die Versicherer ist es keine leichte Aufgabe, die Prämien für das nächste Jahr festzulegen. Dabei stützen sie sich nicht nur auf die nachgewiesenen Kosten zu Beginn des laufenden Jahres (A), sondern auch auf die Hochrechnungen für den Rest des Jahres A und die Prognosen für das Folgejahr A+1, wobei die beiden letztgenannten Elemente per Definition unsicher sind. Von den Versicherern zu erwarten, dass sie die Kostenentwicklung für mehrere Jahre (A+1, A+2, A+3 ...) vorhersehen, erhöht das Risiko erheblich, dass die Prämien in den Jahren A+2 und A+3 nicht den Kosten in diesen Jahren entsprechen. Ausserdem: Wie soll ein Versicherer, der sich in finanziellen Schwierigkeiten befindet, seine Situation verbessern, wenn die Prämien im Voraus und für mehrere Jahre festgelegt werden? Wenn der Versicherer hingegen jedes Jahr eine neue Prämie festlegt, wird vom Versicherten erwartet, dass er sich für mehrere Jahre verpflichtet, obwohl ein wesentlicher Bestandteil des Vertrags (die Prämie) für die künftigen Jahre nicht bekannt ist. Der Versicherer könnte für das erste Jahr eine günstige Prämie festsetzen, um Versicherte «anzulocken», und die Prämie in den Folgejahren erhöhen.

Vorzeitige Kündigung des Vertrags oder Wechsel des Versicherers

Wenn der Versicherer jedes Jahr eine neue Prämie festsetzt oder einseitig seine allgemeinen Versicherungsbedingungen ändert, muss die Möglichkeit einer vorzeitigen Vertragskündigung vorgesehen werden. Dies aus dem Grund, dass der Versicherte nicht an einen Vertrag gebunden ist, dessen Bedingungen sich so geändert haben, dass der Vertrag nicht mehr aufrecht erhalten werden kann. Welche Prämienenerhöhung oder welche Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen rechtfertigen eine vorzeitige Kündigung? Es wird nicht einfach sein, diese Fragen zu beantworten.

Es ist möglich, das Versicherungsmodell beizubehalten und gleichzeitig den Wechsel des Versicherers zuzulassen. Diese Variante setzt jedoch die Definition von Modellen voraus, die als vergleichbar gelten, und damit eine Standardisierung der Versicherungsformen. Dies schränkt die Freiheit der Versicherer drastisch ein und widerspricht dem aktuellen Trend zur Innovation und Diversifizierung der Modelle.

Vervielfachung von Versicherungsmodellen

Da das Angebot von Mehrjahresverträgen freiwillig ist, werden neben den Mehrjahresverträgen auch Jahresverträge bestehen bleiben. Dies führt zu einer Vervielfachung der Modelle. Die Versicherten werden zwischen noch mehr Modellen wählen können. Dadurch wird es noch komplizierter, den Unterschied zwischen allen zur Verfügung stehenden Modellen zu erkennen.

Position der SGK-N zu formgebundenen Mehrjahresverträgen im Rahmen der parlamentarischen Initiative 15.468

Die SGK-N hat bereits die Möglichkeit geprüft, für besondere Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer mehrjährige Verträge vorzusehen. Sie hat diese Lösung verworfen (siehe Bericht der SGK-N vom 19. April 2018 BBl 2018 3451).

Anhang 1: Vorschlag der Verwaltung vom 11. April 2023 zur Neuformulierung von Artikel 37a und Artikel 48a E-KVG

Art. 37a Netzwerke zur koordinierten Versorgung: besondere Voraussetzungen

¹ Netzwerke zur koordinierten Versorgung müssen folgende Voraussetzungen erfüllen:

- a. ~~Sie werden von einem Arzt oder einer Ärztin geleitet, der oder die die Voraussetzungen nach Artikel 37 Absatz 1 erfüllt.~~ Sie verfügen über eine ausreichende Anzahl Ärzte und Ärztinnen, die die Voraussetzungen nach Artikel 37 Absatz 1 erfüllen.
- b. Sie verfügen über das erforderliche Fachpersonal.
- ~~b.c.~~ Sie erbringen Leistungen nach den Artikeln 25–31 ambulant und koordiniert.
- ~~e.d.~~ Sie haben ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt in Bezug auf Ort und Zeit der Eingriffe, in Bezug auf die erbrachten Leistungen und in Bezug auf die Patienten und Patientinnen, denen die Leistungen zukommen, beschränkt.
- ~~d.~~ Sie verfügen über eine ausreichende Anzahl Ärzte und Ärztinnen, die die Voraussetzungen nach Artikel 37 Absatz 1 erfüllen.
- ~~e.~~ Sie verfügen über das erforderliche Fachpersonal.
- ~~f.e.~~ Sie stellen die Koordination mit weiteren Leistungserbringern über die ganze Versorgungskette hinweg sicher.
- ~~g.f.~~ Sie sind einer zertifizierten Gemeinschaft oder einer zertifizierten Stammgemeinschaft nach dem Bundesgesetz vom 19. Juni 2015 über das elektronische Patientendossier angeschlossen.
- ~~h.~~ Sie verfügen über einen kantonalen Leistungsauftrag.

² Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung schliessen mit weiteren Leistungserbringern Verträge ab, die insbesondere die Zusammenarbeit, den Datenaustausch, die Qualitätssicherung und die Koordination regeln. ~~Der Bundesrat kann die Mindestanforderungen an die Verträge festlegen.~~

³ ~~Der Kanton legt im Leistungsauftrag nach Absatz 1 Buchstabe h insbesondere die vom Netzwerk zu erbringenden Leistungen sowie den zeitlichen und örtlichen Tätigkeitsbereich fest. Umfasst der Tätigkeitsbereich des Netzwerks mehr als einen Kanton, so sprechen sich die betreffenden Kantone ab und legen einen gemeinsamen Leistungsauftrag fest.~~

Art. 48a Verträge über die Finanzierung der Zusatzkosten in Netzwerken zur koordinierten Versorgung

¹ Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung schliessen mit den Versicherern oder deren Verbänden Verträge ab, die die Finanzierung der Zusatzkosten aufgrund der Koordination komplexer Fälle regeln.

² ~~Die Verträge müssen den Umfang der kantonalen Leistungsaufträge berücksichtigen.~~

²² Artikel 46 Absatz 4 gilt für diese Verträge nicht.

⁴³ Der Bundesrat kann die Mindestanforderungen an die Verträge festlegen.



Anhang 2: Anzahl der Kollektive (Quelle: Aufsichtsdaten, Datenstand 2023)

	Aktuelle Situation					Bei Umsetzung Motion					Anzahl Versicherte im Kanton
	Anzahl RK	Anzahl kleine RK	Anteil kleine RK	Anzahl Personen in kleinen RK	Anteil Personen in kleinen RK	Anzahl RK	Anzahl kleine RK	Anteil kleine RK	Anzahl Personen in kleinen RK	Anteil Personen in kleinen RK	
AG	31	3	10%	271	0.04%	138	30	22%	2'913	0.40%	725'537
AI	27	20	74%	1'409	8.45%	124	109	88%	2'834	16.99%	16'680
AR	27	10	37%	823	1.45%	126	90	71%	5'309	9.34%	56'866
BE	30	3	10%	121	0.01%	139	27	19%	2'610	0.25%	1'061'042
BL	26	3	12%	459	0.15%	128	46	36%	3'532	1.19%	297'795
BS	26	8	31%	545	0.28%	127	60	47%	2'357	1.21%	195'436
FR	26	7	27%	963	0.28%	122	51	42%	4'669	1.37%	339'559
GE	24	6	25%	343	0.07%	113	46	41%	3'608	0.75%	480'880
GL	30	14	47%	1'459	3.44%	123	93	76%	4'631	10.93%	42'374
GR	29	6	21%	971	0.47%	127	67	53%	6'134	2.94%	208'585
JU	24	8	33%	587	0.79%	105	70	67%	4'001	5.36%	74'621
LU	29	5	17%	585	0.14%	134	45	34%	3'944	0.91%	431'654
NE	24	5	21%	137	0.08%	109	63	58%	5'622	3.13%	179'573
NW	29	12	41%	1'115	2.49%	128	104	81%	6'748	15.08%	44'758
OW	29	12	41%	803	2.04%	125	103	82%	5'576	14.17%	39'360
SG	29	4	14%	323	0.06%	133	42	32%	5'399	1.01%	533'260
SH	26	7	27%	644	0.75%	124	77	62%	5'972	6.91%	86'414
SO	28	4	14%	586	0.20%	135	58	43%	6'416	2.23%	287'295
SZ	32	7	22%	625	0.37%	138	75	54%	5'699	3.41%	167'298
TG	27	5	19%	478	0.16%	128	47	37%	4'195	1.42%	294'535
TI	24	3	13%	202	0.06%	109	39	36%	3'472	0.98%	355'271
UR	29	17	59%	1'279	3.37%	130	112	86%	6'611	17.44%	37'914
VD	24	4	17%	313	0.04%	113	34	30%	3'669	0.44%	829'543
VS	31	6	19%	320	0.09%	138	58	42%	3'631	0.98%	370'040
ZG	30	12	40%	1'303	0.98%	134	79	59%	5'511	4.15%	132'660
ZH	31	2	6%	91	0.01%	138	25	18%	3'219	0.20%	1'592'714
CH	731	196	27%	16'794	0.19%	3297	1653	50%	118'323	1.33%	8'903'818

RK = Risikokollektiv; klein = Bestand mit max. 300 Versicherten;

