

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

# Auswirkungen der Kostendämpfungsmaßnahmen – Paket 2

Schlussbericht  
Zürich, 11. April 2023

Anna Vettori, Leroy Ramseier, Stephan Hammer, Claudine Morier, Thomas von Stockar

# **Impressum**

## **Auswirkungen der Kostendämpfungsmassnahmen – Paket 2**

Schlussbericht

Zürich, 11. April 2023

INFRAS\_Auswirkungen\_Kostendämpfungsmassnahmen\_DE\_FR\_20230411.docx

### **Auftraggeber**

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung

### **Studienverantwortliche**

Karin Schatzmann

Schwarzenburgstrasse 157, 3003 Bern

Tel. +41 58 462 11 16

E-Mail: [karin.schatzmann@bag.admin.ch](mailto:karin.schatzmann@bag.admin.ch)

### **Autorinnen und Autoren**

Anna Vettori, Leroy Ramseier, Stephan Hammer, Claudine Morier, Thomas von Stokar

INFRAS, Binzstrasse 23, 8045 Zürich

Tel. +41 44 205 95 95

[info@infras.ch](mailto:info@infras.ch)

## Inhalt

<b>Zusammenfassung</b>	<b>5</b>
Ausgangslage, Ziel und Methodik	5
Ergebnisse im Überblick	5
Fazit je Massnahme	9
Unbestrittene und umstrittene Aspekte	13
<b>Résumé</b>	<b>15</b>
Situation initiale, objectif et méthode	15
Aperçu des résultats	15
Conclusion par mesure	19
Aspects contestés et non controversés	23
<b>1. Einleitung</b>	<b>25</b>
1.1. Ausgangslage	25
1.2. Ziel und zu untersuchende Massnahmen	25
1.3. Methodisches Vorgehen	26
1.4. Aufbau des Berichts	26
<b>2. Preismodelle</b>	<b>28</b>
2.1. Ausgangslage	28
2.2. Auswirkungen	31
2.3. Fazit	39
<b>3. Differenzierte WZW-Prüfung</b>	<b>41</b>
3.1. Ausgangslage	41
3.2. Auswirkungen	43
3.3. Fazit	47
<b>4. Netzwerke zur koordinierten Versorgung</b>	<b>49</b>
4.1. Ausgangslage	49
4.2. Auswirkungen	52
4.3. Netzwerke in Österreich	62
4.4. Fazit	64

<b>5.</b>	<b>Faire Referenztarife</b>	<b>66</b>
5.1.	Ausgangslage	66
5.2.	Auswirkungen	68
5.3.	Fazit	75
<b>6.</b>	<b>Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker</b>	<b>77</b>
6.1.	Ausgangslage	77
6.2.	Auswirkungen	77
6.3.	Fazit	89
<b>7.</b>	<b>Elektronische Rechnungsübermittlung</b>	<b>91</b>
7.1.	Ausgangslage	91
7.2.	Auswirkungen	93
7.3.	Fazit	100
<b>8.</b>	<b>Synthese</b>	<b>101</b>
8.1.	Bilanz der Auswirkungen	101
8.2.	Fazit «Preismodelle»	106
8.3.	Fazit «Differenzierte WZW-Prüfung»	108
8.4.	Fazit «Netzwerke zur koordinierten Versorgung»	110
8.5.	Fazit «Faire Referenztarife»	112
8.6.	Fazit «Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker»	114
8.7.	Fazit «Elektronische Rechnungsübermittlung»	116
<b>Annex</b>		<b>118</b>
	Befragte Personen	118
	Netzwerke zur koordinierten Versorgung: Ergänzende Informationen zu den Primärversorgungseinheiten in Österreich	120
<b>Tabellenverzeichnis</b>		<b>126</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b>		<b>127</b>
<b>Literatur</b>		<b>128</b>

## Zusammenfassung

### Ausgangslage, Ziel und Methodik

Mit der Botschaft zum zweiten Kostendämpfungspaket (Bundesrat 2022b) schlägt der Bundesrat eine Reihe von Massnahmen vor, welche die Kostenentwicklung in der OKP dämpfen sollen. In Bezug auf mögliche Kosteneinsparungen bleibt die Botschaft aber vage. Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) hat deshalb die Verwaltung beauftragt, die Vorlage mit einer Regulierungsfolgeabschätzung (RFA) zu ergänzen. Vor diesem Hintergrund hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) INFRAS gebeten, die Auswirkungen der Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2 zu untersuchen und das ungefähre Kosteneinsparpotenzial der einzelnen Massnahmen aufzuzeigen. Untersucht werden die sechs im Paket 2 enthaltenen Massnahmen:

1. Preismodelle und Rückerstattungen, inkl. Ausnahme vom Zugang zu amtlichen Dokumenten betreffend die Höhe, Berechnung und Modalitäten von Rückerstattungen
2. Differenzierte WZW-Prüfung nach Artikel 32 KVG
3. Netzwerke zur koordinierten Versorgung
4. Faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl
5. Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker
6. Elektronische Rechnungsübermittlung

Die Analyse der Auswirkungen basiert im Wesentlichen auf den Ergebnissen qualitativer Interviews mit insgesamt 23 VertreterInnen von Versicherern, Pharmaindustrie, Behörden, Leistungserbringern etc. sowie ergänzenden Gesprächen mit den Fachabteilungen des BAG und der Auswertung relevanter Dokumente und bestehender Datenauswertungen. Die Untersuchung fand zwischen Anfang Januar und Mitte April 2023 statt.

### Ergebnisse im Überblick

Die folgende Tabelle fasst die Ergebnisse zu den Auswirkungen und insbesondere zum Kosteneinsparpotenzial bei der OKP und zu möglichen Zusatzkosten auf Seiten der betroffenen Akteure zusammen:

Tabelle 1: Bilanz der Auswirkungen

<b>Preismodelle:</b> Preismodelle weiterhin erlaubt, grössere Vertraulichkeit		
<b>Hauptwirkungen</b>	<b>Kosteneinsparpotenzial, Zusatzkosten</b>	<b>Weitere Aspekte</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schneller Zugang zu neuen, innovativen Medikamenten</li> <li>▪ Tiefere Preise bei teuren Innovationen</li> <li>▪ Versicherer: Mehraufwand für Abwicklung Preismodelle (Lösungen in Arbeit)</li> <li>▪ Bei strikter Vertraulichkeit unvollständige Information bei Leistungserbringern und PatientInnen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ OKP: Kosteneinsparpotenzial im Sinne von Rückzahlungen an Versicherer wie bislang jährlich ca. 200 Mio. CHF</li> <li>▪ Versicherer: Zusatzkosten: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aufwand für Abwicklung: ca. 4 Mio. CHF/a</li> <li>▪ Vertriebsmargen: n.a.</li> <li>▪ MWST: ca. 4.5 Mio. CHF/a</li> </ul> </li> <li>▪ Pharmafirmen: keine relevanten Zusatzkosten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alternative: Einkaufsgemeinschaft CH und andere Länder</li> </ul>
<b>Differenzierte WZW-Prüfung:</b> Günstige und umsatzschwache Arzneimittel weniger häufig überprüfen, teurere und günstige umsatzstarke Arzneimittel häufiger überprüfen		
<b>Hauptwirkungen</b>	<b>Kosteneinsparpotenzial, Zusatzkosten</b>	<b>Weitere Aspekte</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Versorgungssicherheit besser gewährleistet, weil günstige, umsatzschwache Arzneimittelgruppen im Markt bleiben</li> <li>▪ Fristgerechtere Umsetzung von WZW-Prüfungen auf Seiten BAG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ OKP: Einsparungen zugunsten der OKP bisher ca. 80 Mio. CHF/a <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ allenfalls leicht weniger Einsparungen zugunsten der OKP, wenn günstige, umsatzschwache Arzneimittelgruppen weniger häufig überprüft</li> <li>▪ keine wesentliche Veränderung der Einsparungen zugunsten der OKP, wenn teure und günstige, umsatzstarke häufiger überprüft</li> </ul> </li> <li>▪ BAG: keine grösseren Mehr-/Minderaufwendungen</li> <li>▪ Pharmafirmen: Weniger Aufwand für Pharmafirmen, wenn weniger häufig überprüft, Mehraufwand, falls häufiger überprüft</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Umsatzschwelle als Kriterium für weniger häufige Überprüfung</li> </ul>

**Netzwerke zur koordinierten Versorgung (NkV):** Netzwerke als Leistungserbringer möglich, Zulassung durch Kantone über Leistungsauftrag

Hauptwirkungen	Kosteneinsparpotenzial, Zusatzkosten	Weitere Aspekte
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bildung von NkV</li> <li>▪ Bessere Behandlungsqualität (für Managed Care und koordinierte Versorgung empirisch belegt)</li> <li>▪ Attraktive Arbeitsbedingungen (nicht untersucht)</li> <li>▪ Risiko von zusätzlichen Mengenausweitungen gering, weil Leistungsauftrag der Kantone</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ OKP: Potenzial für Kosteneinsparungen jährlich 250 Mio. CHF und mehr</li> <li>▪ OKP: Zusatzkosten für Entschädigung der Koordination komplexer Fälle</li> <li>▪ Leistungserbringer: evtl. sehr hoher Aufwand für Bildung von NkV und Abwicklung von Fällen über NkV</li> <li>▪ Leistungserbringer: Entschädigung für Koordination komplexer Fälle</li> <li>▪ Kantone: moderater Aufwand für Erteilung Leistungsaufträge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evtl. Anschubfinanzierung als Anreiz für Bildung von NkV</li> <li>▪ Beispiel Österreich: Bildung von 40 Primärversorgungsnetzen in 5 Jahren</li> </ul>

**Faire Referenztarife:** Festlegung Referenztarife für ausserkantonale Wahlbehandlungen nach den höchsten Tarifen für eine vergleichbare Leistung in einem Spital im Wohnkanton

Hauptwirkungen	Kosteneinsparpotenzial, Zusatzkosten	Weitere Aspekte
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Höhere Referenztarife in den meisten Kantonen</li> <li>▪ Grössere Wahlfreiheit der PatientInnen bei ausserkantonalen Spitälern</li> <li>▪ Geringe Zunahme der interkantonalen Patientenströme</li> <li>▪ Tendenziell bessere Versorgungsqualität</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ OKP und Kantone: leicht höhere Anteile der Vergütung ausserkantonomer Hospitalisierungen (jedoch nahezu vernachlässigbar)</li> <li>▪ PatientInnen und Zusatzversicherungen: geringfügige Entlastung bei ausserkantonomer Hospitalisierungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Optimale Ausgestaltung (Höhe, Differenzierung) abhängig von Gewichtung Wahlfreiheit und Spitalwettbewerb ggü. Kostensteigerung bei OKP und Kantonen</li> </ul>

**Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker: Impfungen, Stuhltests und Beratungsleistungen in Apotheken zulasten OKP**

Hauptwirkungen	Kosteneinsparpotenzial, Zusatzkosten	Weitere Aspekte
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evtl. leichte Verlagerung von Impfungen von Arztpraxen in Apotheken</li> <li>▪ Evtl. leichter Zuwachs bei Durchimpfung</li> <li>▪ Leicht höhere Teilnahme an Screening-Programmen</li> <li>▪ Kosteneffektivität der pharmazeutischen Beratungsleistungen empirisch belegt (teilweise auch kostensparend)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ OKP: Zusatzkosten für <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Impfungen ca. 20 Mio. CHF/a (könnten ein paar Mio. CHF höher oder tiefer ausfallen, weil stark variierende Angaben zu Anzahl Impfungen)</li> <li>▪ Beratungsleistungen Stuhltest: ca. 2.5 bis 4 Mio. CHF/a <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ pharmazeutische Beratungsleistungen: nicht quantifizierbar</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>▪ Versicherte: Entlastung durch Verlagerung Impfkosten und Beratungskosten Stuhltest auf OKP</li> <li>▪ Kantone: Entlastung durch Verlagerung Impfkosten und Beratungskosten Stuhltest (ca. 2.5 Mio. CHF/a) auf OKP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kostenwirksamkeit von Stuhltests belegt</li> <li>▪ Kostenwirksamkeit von Beratungsleistungen belegt</li> </ul>

**Elektronische Rechnungsübermittlung: Verpflichtung der Leistungserbringer im stationären und ambulanten Bereich, Rechnungen elektronisch zu übermitteln**

Hauptwirkungen	Kosteneinsparpotenzial, Zusatzkosten	Weitere Aspekte
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leistungserbringer und Versicherer: Zusätzlicher Aufwand für Standardisierung elektronische Rechnungsstellung</li> <li>▪ Versicherer: weniger Aufwand für digitale Erfassung von Rechnungen</li> <li>▪ Leistungserbringer: weniger Aufwand für Druck und Versand der Rechnungen</li> <li>▪ Versicherer: Keine Auswirkungen auf Rechnungskontrolle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leistungserbringer und Versicherer: Zusatzkosten für Standardisierung und Infrastruktur, längerfristig durch Einsparungen bei Leistungserbringern und Versicherern kompensiert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grosses Kosteneinsparpotenzial durch Standardisierung und Automatisierung der vor- und nachgelagerten Prozesse (Kostensicherung, Klärung von Rückfragen, Mahnwesen etc.)</li> </ul>

Tabelle INFRAS.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass vor allem die Netzwerke zur koordinierten Versorgung bei der OKP zu relevanten zusätzlichen Kosteneinsparungen in der Höhe von 250 Mio. CHF pro Jahr und mehr führen dürften. Allerdings bestehen Befürchtungen, dass der Aufwand der Leistungserbringer für die Bildung von NkV und die Abwicklung von Fällen über die NkV sehr hoch ausfallen könnte.

Bei den Preismodellen ist mit der KVG-Änderung bei der OKP wie bisher ein Kosteneinsparpotenzial im Sinne von Rückzahlungen an Versicherer in der Höhe von jährlich ca. 200 Mio. CHF möglich. Ohne Preismodelle würden neue teure Arzneimittel zu einem höheren Preis oder verzögert auf den Schweizer Markt gelangen.

Bei der differenzierten WZW-Prüfung dürfte die KVG-Änderung dazu führen, dass allenfalls leichte Einbussen bei den Preissenkungen in Kauf genommen werden müssen. Dafür verbessert sich die Versorgungssicherheit deutlich, weil ältere günstige Arzneimittel im Markt bleiben.

Die Leistungen der ApothekerInnen in Form von Impfungen und Beratungsleistungen für Stuhltests dürften bei der OKP zu Zusatzkosten in der Höhe von ca. 24 Mio. CHF pro Jahr führen. Dafür würden SelbstzahlerInnen und Kantone entlastet. Die Zusatzkosten und allfälligen Kosteneinsparungen von pharmazeutischen Leistungen konnten nicht ermittelt werden. Die meisten Analysen zeigen aber, dass diese Leistungen kosteneffektiv oder teilweise kostensparend sind.

Bei den fairen Referenztarifen und der elektronischen Rechnungsübermittlung dürften die Auswirkungen auf die OKP gering ausfallen.

Inwieweit allfällige Zusatzkosten auf Seiten OKP Auswirkungen auf die Prämien der Versicherten haben, wurde nicht untersucht.

## Fazit je Massnahme

### **Preismodelle**

Die Massnahme «Preismodelle» festigt die gesetzlichen Grundlagen einerseits für Preismodelle und andererseits dafür, dass die Angaben in Preismodellen der Vertraulichkeit unterliegen.

Preismodelle können mit grosser Wahrscheinlichkeit den Zugang zu neuen Medikamenten verbessern. Alle Akteure sehen aufgrund der Marktsituation und der internationalen Gegebenheiten die Notwendigkeit von Preismodellen, um den Zugang vor allem von Arzneimitteln im Hochpreissegment zu gewährleisten. Ohne Preismodelle wären diese Arzneimittel nur zu einem höheren Preis oder zeitlich verzögert in der Schweiz verfügbar. Die Vertraulichkeit ist ein wichtiges Element von Preismodellen. Die Ausgestaltung ist unter den befragten Akteuren umstritten. In der Regel werden Preismodelle heute semi-transparent umgesetzt, d.h. nicht nur die ZulassungsinhaberIn und das BAG sind informiert über die effektiven Preise, sondern auch weitere Akteure, wie bspw. die Versicherer.

Es ist davon auszugehen, dass mit Preismodellen bei hochpreisigen, innovativen Arzneimitteln tiefere Preise zu erreichen sind als ohne Preismodelle. Heute finden Preismodelle vor allem in der Onkologie und bei seltenen Krankheiten Anwendung. Dank diesen Preismodellen fällt der Preis der betreffenden Arzneimittel um rund 20% bis 60% tiefer aus. Das BAG schätzt

das gesamte Volumen der Rückzahlungen im Rahmen von Preismodellen auf 200 Mio. CHF. Ohne die Preismodelle würden die Gesamtkosten für diese Arzneimittel um einen Betrag in dieser Grössenordnung höher liegen, da die effektiv vergüteten Preise im Bereich der publizierten Preise im Ausland festgelegt werden müssten. Wenn ohne Preismodelle der höhere Preis gemäss Spezialitätenliste vergütet werden müsste, dann entspricht die Rückzahlung einer Preissenkung, die sich als Kosteneinsparung bezeichnen lassen würde. Unter den Akteuren ist aber umstritten, inwieweit es sich dabei um Einsparungen handelt.

Der Aufwand auf Seiten der Versicherer für die Umsetzung der Preismodelle wird auf ca. 4 Mio. CHF pro Jahr geschätzt. Zusätzlich kämen höhere Vertriebsmargen und Mehrausgaben bei der MWST in der Höhe von ca. 4.5 Mio. CHF pro Jahr hinzu. Eine Arbeitsgruppe unter Führung des BAG arbeitet an digitalen Lösungen, um den administrativen Aufwand zu reduzieren.

Um Unsicherheiten bei der Wirksamkeit bzw. beim Nutzen von Arzneimitteln besser berücksichtigen zu können, würden diverse Akteure dynamische «Pay-for-Performance»-Preismodelle oder Volumenmodelle einsetzen.

### **Differenzierte WZW-Prüfung**

Arzneimittel, die auf der SL gelistet sind, müssen heute gemäss KVG in gleichbleibender Tiefe regelmässig auf Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit überprüft werden (WZW-Prüfung). Die Massnahme «Differenzierte WZW-Prüfung nach Artikel 32 KVG » sieht vor, dass der Bundesrat in einer Verordnung festlegen würde, welche Produkte mit welcher Häufigkeit und in welcher Tiefe auf die WZW-Kriterien überprüft werden sollen.

Würde ein Umsatzschwellenwert von 1 Mio. CHF eingeführt, wären basierend auf Angaben des BAG noch bei einem Drittel der 2021 überprüften Originalpräparaten Preissenkungen verfügbar worden. Damit hätten aber immer noch 94% der Gesamteinsparungen erreicht werden können. Durch eine gezieltere Überprüfung von Arzneimitteln basierend auf festgelegten Schwellenwerten könnte damit die Anzahl überprüfter Produkte erheblich verringert werden, ohne dabei relevante Einbussen bei den Gesamteinsparungen hinnehmen zu müssen. Teure Arzneimittel und günstige Arzneimittel, die mit einem grossen Volumen trotzdem noch einen hohen Umsatz erzielen, würden weiterhin überprüft. Bei älteren, eher günstigen und umsatzschwachen Arzneimitteln würden dagegen weitere Preissenkungen verhindert. Das Risiko, dass die Zulassungsinhaberin das Arzneimittel vom Markt zurückzieht, würde sinken. Dadurch würde wiederum die Versorgungssicherheit profitieren.

### **Netzwerke zur koordinierten Versorgung**

In der Schweiz gibt es bislang nur wenige multidisziplinäre integrierte Netzwerke. Die bestehenden Ärztenetzwerke decken noch nicht die gesamte Versorgungskette ab. Die Massnahme

«Netzwerke zur koordinierten Versorgung»(NkV) sieht deshalb vor, dass sich Gesundheitsfachpersonen zu einem interprofessionellen und interdisziplinären Betreuungsteam zusammenschliessen können. NkV würden ärztliche, pflegerische und therapeutische Leistungen koordinieren und «aus einer Hand» erbringen. Sie träten gegenüber den Versicherern als ein Leistungserbringer auf. Die Koordination komplexer Fälle würde über einen Koordinationstarif entschädigt. Die Zulassung eines NkV würde ausserdem einen kantonalen Leistungsauftrag voraussetzen.

Eine koordinierte Versorgung würde dazu beitragen, unnötige Leistungen zu vermeiden und die Behandlungsqualität zu erhöhen. Daneben könnten auch Kosteneinsparungen erwartet werden. Die Schätzung des BAG geht von mehreren hundert Millionen Franken aus und basiert darauf, dass ältere Menschen mit Multimorbidität am meisten von NkV profitieren könnten, aber erst 3.5% ein HMO-Modell gewählt haben. Eine grobe Schätzung basierend auf den KVG-pflichtigen Kosten für die Bevölkerung ab 65 Jahren mit Multimorbidität (ca. 10 Mrd. CHF, eher unterschätzt) und einem Schätzwert für das Effizienzpotenzial infolge mangelnder Koordination von 2-3% ergibt ein Kosteneinsparpotenzial von 250 Mio. CHF. Die effektiven Kosteneinsparungen hängen schlussendlich davon ab, wie viele NkV entstehen und wie viele PatientInnen künftig in einem solchen Netzwerk behandelt werden.

Den möglichen Kosteneinsparungen steht der Aufwand für den Aufbau und die Abwicklung von Fällen über NkV gegenüber. Dieser Punkt ist bei den befragten InterviewpartnerInnen sehr umstritten. Ein wichtiger Faktor dürfte auch der Tarif sein, mit welchem die Zusatzkosten, die durch die Koordination von komplexen Fällen entstehen, finanziert werden. Ist er zu gering, würde der Aufbau von NkV behindert. Allenfalls wäre eine Anschubfinanzierung wie in Österreich denkbar.

### **Faire Referenztarife**

Die Massnahme «Faire Referenztarife» sieht vor, dass sich die Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen nach dem höchsten Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital richten, das die Behandlung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt.

Eine klarere Regelung der Festsetzung der Referenztarife ist zweckmässig. Damit könnten im Sinne des Gesetzgebers insbesondere auffallend tiefe Referenztarife verhindert und entsprechende Hürden für den interkantonalen Wettbewerb zwischen den Spitälern abgebaut werden.

Mit der Massnahme «Faire Referenztarife» müssten die Referenztarife der meisten Kantone erhöht werden. Dies würde die Wahlfreiheit der PatientInnen bei ausserkantonalen Spitälern verbessern. Die Auswirkungen der «Fairen Referenztarife» auf die Kostenentwicklung und

die Qualität schätzen wir jedoch als sehr gering ein, insbesondere weil die Massnahme nur zu einer geringen Zunahme der interkantonalen Patientenströme führen dürfte. Die Massnahme könnte jedoch tendenziell dazu führen, dass sich die von der OKP und den Kantonen zu tragenden Anteile der Vergütung der ausserkantonalen Hospitalisierungen leicht erhöhen würden. Insgesamt dürfte dieser Effekt jedoch nahezu vernachlässigbar sein. Die optimale Umsetzung des Referenztarifs (Höhe und Differenzierung) hängt davon ab, wie die Wahlfreiheit der PatientInnen und der Wettbewerb zwischen den Spitälern gegenüber der Möglichkeit einer sehr geringen Kostensteigerung in der OKP (und für die Kantone) gewichtet werden.

### **Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker**

Die Massnahme «Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker» sieht vor, dass Apothekerinnen und Apotheker Impfungen, Beratungsleistungen zu Stuhltests sowie zusätzliche pharmazeutische Beratungsleistungen zulasten der OKP durchführen können.

Da heute schon viele Grippe- und FSME-Impfungen in Apotheken stattfinden, würden durch die KVG-Anpassung die Kosten von den Selbstzahlern und Kantonen zur OKP verlagert. Basierend auf groben Schätzungen würde die OKP nach der KVG-Anpassung neu mit ca. 20 Mio. CHF pro Jahr belastet. Die tatsächliche Anzahl jährlich verabreichter Impfungen kann jedoch stark variieren. Entsprechend können die erwartbaren Kosten zulasten der OKP höher oder tiefer ausfallen.

Die Übernahme der Beratungsleistungen von Apothekerinnen und Apothekern im Zusammenhang mit einem Stuhltest würde die OKP neu mit ca. 2.5 bis 4 Mio. CHF pro Jahr belasten. Dabei handelt es sich teilweise um eine Kostenverlagerung von den Kantonen zur OKP. Die Kantone würden durch die Kostenverschiebung im Umfang von rund 2.5 Mio. CHF pro Jahr entlastet.

Zu den pharmazeutische Beratungsleistungen zur Optimierung der Arzneimitteltherapie und der Therapietreue (als «Medication Review», «Medication Reconciliation» und «Adherence» bezeichnet), war keine Schätzung bzgl. der Auswirkungen auf die Kosten möglich, da die konkreten Leistungsparameter (Leistungsumfang, Zielgruppe, Zeitpunkt im Behandlungsprozess, Mengengerüst und Limitierungen) noch nicht definiert sind. Wissenschaftliche Studien aus dem Ausland zeigen jedoch, dass Beratungsleistungen abhängig vom Setting kosteneffektiv, teilweise auch kostensparend sind.

### **Elektronische Rechnungsübermittlung**

Die Massnahme «Elektronische Rechnungsübermittlung» sieht vor, dass sämtliche Leistungserbringer im stationären und im ambulanten Bereich verpflichtet werden, ihre Rechnungen

künftig in elektronischer Form zu übermitteln, unabhängig davon, ob der Versicherer («Tiers payant») oder die versicherte Person («Tiers garant») die Vergütung der Leistung schuldet.

Die Rechnungen werden bereits heute grösstenteils elektronisch übermittelt. Die Verpflichtung zur vollständigen elektronischen Übermittlung der Rechnungen würde zu Herausforderungen bei gewissen Leistungserbringern (v.a. im ambulanten Bereich) und bei der Übermittlung elektronischer Rechnungskopien an die Versicherten führen. Das Kosteneinsparpotenzial der elektronischen Rechnungsübermittlung dürfte gering und insgesamt vernachlässigbar sein. Durch eine vollständige Automatisierung des gesamten Prozesses könnten erheblich höhere Kosteneinsparungen erzielt werden. Die elektronische Rechnungsübermittlung kann als Teil der Automatisierung des gesamten Prozesses verstanden werden.

## Unbestrittene und umstrittene Aspekte

Die Ergebnisse zeigen grössere Unterschiede in Bezug auf das zu erwartende Kosteneinsparungspotenzial. Grössere Kosteneinsparungen von über CHF 100 Mio. sind eigentlich nur bei den NkV zu erwarten. Allerdings ist diese Massnahme auch am stärksten umstritten, wobei der Nutzen koordinierter Versorgung nicht in Frage gestellt wird. Zahlreiche Studien belegen positive Effekte auf die Behandlungsqualität und die Gesundheitskosten. Kritisch beurteilt wird die Umsetzung. Vor allem von Seiten der Leistungserbringer werden die Organisation und der Aufwand für die Abwicklung von Fällen über ein NkV als zu kompliziert bemängelt. Deshalb würde das Modell nicht funktionieren. Evtl. könnte das Beispiel Österreich dienen, da sind über die letzten Jahre rund 40 Primärversorgungseinheiten entstanden, die in eine ähnliche Richtung zielen wie NkV.

Die Massnahme zu den Preismodellen ist bei den Akteuren mehrheitlich unbestritten. Von Seiten der Versicherer und der Leistungserbringer werden sie wegen der Intransparenz nicht gern gesehen, aber grundsätzlich sehen alle Akteure die Notwendigkeit für Preismodelle, um den schnellen Zugang zu neuen innovativen Preismodellen zu gewährleisten. Umstritten sind bei den Preismodellen denn auch vor allem die Vertraulichkeit und der Aufwand auf Seiten der Versicherer. Auch zu der Frage, ob es sich bei den Rückerstattungen um Kosteneinsparungen oder eben einfach um Rückerstattungen handelt, gibt es unterschiedliche Ansichten zwischen den Akteuren. Zu berücksichtigen ist zudem, dass sich das von den Akteuren erwähnte Rückerstattungsvolumen auf heute realisierte Rückerstattungen bezieht. Ohne die Möglichkeit von vertraulichen Preismodellen ist davon auszugehen, dass die fraglichen Arzneimittel zum Preis gemäss SL vergütet würden. Aufgrund der KVG-Anpassung dürften in Zukunft vermehrt Arzneimittel mit Preismodellen hinzukommen, in welchem Umfang ist aber nicht bekannt. Ohne Preismodelle bestünde die Gefahr, dass Pharmafirmen erst verzögert die Zulassung für neue innovative Arzneimittel beantragen würden.

Die Massnahme zur differenzierten WZW-Prüfung ist praktisch unbestritten. Günstige umsatzschwache Arzneimittel sollen nicht mehr so häufig überprüft werden. Dadurch ergäben sich allenfalls leicht weniger Einsparungen zu Gunsten der OKP. Als Kriterium für eine Differenzierung wird von verschiedenen Akteuren der Umsatz bevorzugt. Einig sind sich die Akteure auch darin, dass eine jährliche Überprüfung keine grössere Preissenkung ermöglichen würde. Die jährliche Preissenkung wäre dann einfach etwa ein Drittel der Preissenkung bei einem dreijährigen Zyklus. Umstritten ist einzig eine mögliche Verkürzung des Überprüfungszyklus auf ein Jahr. Dies würde auf Seiten der Pharmaindustrie zu Mehraufwand und Planungsunsicherheit führen.

Die Massnahmen zu den Referenztarifen, den Leistungen der ApothekerInnen und der elektronischen Rechnungsübermittlung sind praktisch unbestritten. Bei den Referenztarifen war unbestritten, dass es eine Präzisierung braucht. Die Befragten waren jedoch nicht der Ansicht, dass jeweils der höchste Tarif als Referenztarif gewählt werden sollte. Auch die Massnahme zu der elektronischen Rechnungsübermittlung ist grösstenteils unbestritten. In den Interviews wurde jedoch auf die Herausforderung einer datenschutzkonformen Übermittlung an die Versicherten und den Anpassungsaufwand bei der sehr kleinen Gruppe von Leistungserbringern, deren Rechnungen heute von den Versicherern manuell erfasst werden, hingewiesen. Zudem meinten die Befragten, dass erst eine weitergehende Standardisierung und Automatisierung des gesamten Prozesses kostenmässig etwas bringen würde.

## Résumé

### Situation initiale, objectif et méthode

Dans son message sur le deuxième volet de mesures visant à maîtriser les coûts (Conseil fédéral 2022b), le Conseil fédéral propose une série de mesures dont l'objectif est de freiner l'évolution des coûts dans l'AOS. Le message reste toutefois vague en ce qui concerne les économies de coûts possibles. La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) a donc chargé l'administration de compléter le projet par une analyse d'impact de la réglementation (AIR). Dans ce contexte, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a demandé à INFRAS d'étudier l'impact du deuxième volet de mesures visant à maîtriser les coûts et de montrer le potentiel approximatif d'économies de coûts de chaque mesure. Les six mesures contenues dans ce deuxième volet seront donc examinées:

1. Modèles de prix et remboursements, y compris l'exception à l'accès aux documents officiels concernant le montant, le calcul et les modalités des restitutions
2. Réexamen différencié des critères EAE prévus à l'art. 32 LAMal
3. Réseaux de soins coordonnés
4. Tarifs de référence équitables pour un libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse
5. Prestations fournies par les pharmaciennes et pharmaciens
6. Transmission électronique des factures

L'analyse des répercussions se base sur les résultats d'entretiens qualitatifs avec 23 représentantes et représentants des assureurs, de l'industrie pharmaceutique, des autorités, des fournisseurs de prestations, etc., sur des entretiens complémentaires avec les départements spécialisés de l'OFSP ainsi que sur l'évaluation de documents pertinents et d'analyses de données existantes. L'analyse a eu lieu entre début janvier et mi-avril 2023.

### Aperçu des résultats

Le tableau suivant résume les résultats concernant les effets, notamment le potentiel d'économie dans l'AOS et les éventuels coûts supplémentaires supportés par les acteurs concernés:

Table 2: Bilan des répercussions

<b>Modèles de prix:</b> les modèles de prix restent autorisés, plus grande confidentialité		
<b>Effets principaux</b>	<b>Potentiel d'économies, coûts supplémentaires</b>	<b>Autres aspects</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Accès plus rapide à des médicaments nouveaux et innovants</li> <li>▪ Prix plus bas pour les innovations onéreuses</li> <li>▪ Assureurs: surcroît de travail pour le traitement des modèles de prix (solutions en cours d'élaboration)</li> <li>▪ En cas de confidentialité stricte, informations incomplètes chez les fournisseurs de prestations et les patientes et patients</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ AOS: potentiel d'économies de coûts dans le sens de remboursements aux assureurs, comme jusqu'à maintenant env. CHF 200 mio/an</li> <li>▪ Assureurs: frais supplémentaires: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Charge de la mise en œuvre: env. CHF 4 mio/an</li> <li>▪ Marges de distribution: n.a.</li> <li>▪ TVA: env. CHF 4.5 mio/an</li> </ul> </li> <li>▪ Entreprises pharmaceutiques: pas de frais supplémentaires pertinents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alternative: communauté d'achats Suisse et autres pays</li> </ul>
<b>Réexamen différencié des critères EAE:</b> contrôler moins souvent les médicaments bon marché et à faible chiffre d'affaires, contrôler plus souvent les médicaments plus chers et à fort chiffre d'affaires		
<b>Effets principaux</b>	<b>Potentiel d'économies, coûts supplémentaires</b>	<b>Autres aspects</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Meilleure garantie de la sécurité de l'approvisionnement, car les groupes de médicaments bon marché et à faible chiffre d'affaires restent sur le marché</li> <li>▪ Mise en œuvre plus rapide des contrôles EAE par l'OFSP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ AOS: économies en faveur de l'AOS jusqu'à maintenant env. CHF 80 mio/an <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tout au plus, légère diminution des économies en faveur de l'AOS si les groupes de médicaments bon marché et à faible chiffre d'affaires sont contrôlés moins souvent</li> <li>▪ Pas de modification notable des économies en faveur de l'AOS si les groupes de médicaments onéreux et groupes de médicaments bon marché à fort chiffre d'affaires sont contrôlés plus souvent</li> </ul> </li> <li>▪ OFSP: pas de charges supplémentaires/baisse des charges importantes</li> <li>▪ Entreprises pharmaceutiques: charge plus faible si les contrôles sont moins fréquents, charge supplémentaire si les contrôles sont plus fréquents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Seuil de chiffre d'affaires comme critère pour des contrôles moins fréquents</li> </ul>

**Réseaux de soins coordonnés:** réseaux possibles en tant que fournisseurs de prestations, autorisation par les cantons via un mandat de prestations

Effets principaux	Potentiel d'économies, coûts supplémentaires	Autres aspects
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Formation de réseaux de soins coordonnés</li> <li>▪ Meilleure qualité des traitements (prouvée de manière empirique pour le managed care et les soins coordonnés)</li> <li>▪ Conditions de travail attrayantes (aspect non examiné)</li> <li>▪ Faible risque d'augmentation supplémentaire des volumes, car mandat de prestations des cantons</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ AOS: potentiel d'économies de coûts CHF 250 mio et plus par an</li> <li>▪ AOS: coûts supplémentaires pour l'indemnisation de la coordination de cas complexes</li> <li>▪ Fournisseurs de prestations: charge de travail éventuellement très élevée pour la constitution de réseaux de soins coordonnés et le traitement des cas par le biais de ces mêmes réseaux</li> <li>▪ Fournisseurs de prestations: indemnisation de la coordination de cas complexes</li> <li>▪ Cantons: charge modérée pour l'attribution de mandats de prestations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Éventuellement financement de départ comme incitation à la création de réseaux de soins coordonnés</li> <li>▪ Exemple de l'Autriche: création de 40 réseaux de soins de premier recours en cinq ans</li> </ul>

**Tarifs de référence équitables:** fixation des tarifs de référence pour les traitements hors canton choisi par l'assuré selon les tarifs les plus élevés pour une prestation comparable dans un hôpital du canton de résidence

Effets principaux	Potentiel d'économies, coûts supplémentaires	Autres aspects
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tarifs de référence plus élevés dans la plupart des cantons</li> <li>▪ Plus grande liberté de choix pour les patientes et patients en ce qui concerne les hôpitaux hors canton</li> <li>▪ Faible augmentation des flux intercantonaux de patientes et patients</li> <li>▪ Tendance à une meilleure qualité des soins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ AOS et cantons: parts légèrement plus élevées du remboursement des hospitalisations hors canton (mais presque négligeables)</li> <li>▪ Patientes et assurances complémentaires: léger allègement en cas d'hospitalisations hors canton</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La conception optimale (montant, différenciation) dépend de la pondération du libre choix et de la concurrence hospitalière par rapport à l'augmentation des coûts de l'AOS et des cantons.</li> </ul>

**Prestations des pharmaciennes et pharmaciens:** vaccinations, tests de selles et prestations de conseil en pharmacie à la charge de l'AOS

Effets principaux	Potentiel d'économies, coûts supplémentaires	Autres aspects
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Léger transfert éventuel des vaccinations des cabinets médicaux vers les pharmacies</li> <li>▪ Légère augmentation éventuelle de la couverture vaccinale</li> <li>▪ Légère augmentation de la participation aux programmes de dépistage</li> <li>▪ Coût-efficacité des prestations de conseil pharmaceutique prouvée empiriquement (entraînant parfois des économies)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ AOS: coûts supplémentaires pour les: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ vaccins env. CHF 20 /an (+ ou - quelques millions, car les indications du nombre de vaccins varient fortement)</li> <li>▪ prestations de conseil tests de selles: env. CHF 2.5 à 4 mio/an</li> <li>▪ prestations de conseil pharmaceutiques: non quantifiable</li> </ul> </li> <li>▪ Personnes assurées: allègement par le transfert des coûts de vaccination et des frais de conseil pour les tests des selles à l'AOS</li> <li>▪ Cantons: allègement par le transfert des coûts de vaccination et de conseil pour les tests des selles (env. CHF 2.5 mio/an) à l'AOS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Efficacité des coûts des tests des selles prouvée</li> <li>▪ Efficacité des coûts des prestations de conseil prouvée</li> </ul>

**Transmission électronique des factures:** dans les domaines stationnaire et ambulatoire, obligation des fournisseurs de prestations de transmettre les factures par voie électronique

Effets principaux	Potentiel d'économies, coûts supplémentaires	Autres aspects
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fournisseurs de prestations et assureurs: charge supplémentaire pour la standardisation de la facturation électronique</li> <li>▪ Assureurs: charge amoindrie pour la saisie numérique des factures</li> <li>▪ Fournisseurs de prestations: charge amoindrie pour l'impression et l'envoi des factures</li> <li>▪ Assureurs: pas de répercussions sur le contrôle des factures</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fournisseurs de prestations et assureurs: coûts supplémentaires pour la standardisation et l'infrastructure, compensés à long terme par les économies réalisées par les fournisseurs de prestations et les assureurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Important potentiel d'économies grâce à la standardisation et à l'automatisation des processus en amont et en aval (garantie des coûts, réponses aux demandes de précisions, rappels, etc.)</li> </ul>

Tabelle INFRAS.

En résumé, ce sont surtout les réseaux de soins coordonnés qui devraient permettre à l'AOS de réaliser des économies supplémentaires pertinentes de l'ordre de CHF 250 mio/an, voire plus. Il existe toutefois des craintes que la charge de travail des fournisseurs de prestations pour la

constitution des réseaux de soins coordonnés et le traitement des cas par le biais de ces réseaux soit très élevée.

En ce qui concerne les modèles de prix, la modification de la LAMal devrait permettre à l'AOS de réaliser, comme jusqu'à présent, un potentiel d'économies sous forme de remboursements aux assureurs à hauteur d'environ CHF 200 mio/an. Sans modèles de prix, les nouveaux médicaments coûteux arriveraient sur le marché suisse à un prix plus élevé ou avec du retard.

En ce qui concerne l'examen EAE différencié, la modification de la LAMal devrait entraîner tout au plus de légères baisses de prix. En revanche, la sécurité de l'approvisionnement sera nettement améliorée, car les anciens médicaments bon marché resteront sur le marché.

Les prestations des pharmaciennes et pharmaciens sous forme de vaccinations et de conseils pour les tests des selles devraient entraîner des coûts supplémentaires de l'ordre de CHF 24 mio/an pour l'AOS. En contrepartie, les personnes finançant elles-mêmes et les cantons seraient déchargés. Les coûts supplémentaires et les éventuelles économies de coûts des prestations pharmaceutiques n'ont pas pu être déterminés. La plupart des analyses montrent toutefois que ces prestations sont rentables ou permettent d'effectuer des économies.

En ce qui concerne les tarifs de référence équitables et la transmission électronique des factures, l'impact sur l'AOS devrait être faible.

Il n'a pas été étudié dans quelle mesure d'éventuels coûts supplémentaires à la charge de l'AOS auraient des répercussions sur les primes d'assurance maladie.

## Conclusion par mesure

### Modèles de prix

La mesure «Modèles de prix» consolide la base légale pour les modèles de prix et pour que les informations contenues dans les modèles de prix soient soumises à la confidentialité.

Les modèles de prix peuvent très probablement améliorer l'accès aux nouveaux médicaments. En raison de la situation du marché et du contexte international, tous les acteurs considèrent que les modèles de prix sont nécessaires pour garantir l'accès, surtout aux médicaments présentant un prix élevé. Sans modèles de prix, ces médicaments ne seraient disponibles en Suisse qu'à un prix plus élevé ou avec du retard. La confidentialité représente un aspect important des modèles de prix. Sa conception est controversée parmi les acteurs interrogés. En règle générale, les modèles de prix sont aujourd'hui mis en œuvre de manière semi-transparente. Cela signifie que non seulement l'OFSP et le titulaire de l'autorisation sont informés des prix effectifs, mais aussi d'autres acteurs, comme les assureurs.

On peut s'attendre à ce que les modèles de prix permettent d'atteindre des prix plus bas que l'absence de tels modèles pour les médicaments innovants à prix élevé. Aujourd'hui, les

modèles de prix s'appliquent surtout en oncologie et pour les maladies rares. Grâce à eux, le prix des médicaments concernés est inférieur d'environ 20 à 60%. L'OFSP estime le volume total des remboursements dans le cadre des modèles de prix à CHF 200 mio. Sans les modèles de prix, le coût total de ces médicaments serait supérieur d'un montant de cet ordre de grandeur, car les prix effectivement remboursés devraient être fixés dans la fourchette des prix publiés à l'étranger. Si, en l'absence de modèles de prix, le prix plus élevé selon la liste des spécialités devait être remboursé, ce remboursement correspondrait alors à une baisse de prix qui pourrait être qualifiée d'économie de coûts. Parmi les acteurs interrogés, la question de savoir dans quelle mesure il s'agit d'économies est toutefois controversée.

Pour les assureurs, les coûts pour la mise en œuvre des modèles de prix sont estimés à environ CHF 4 mio/an. S'y ajouteraient des marges de distribution plus élevées et des dépenses supplémentaires en matière de TVA d'un montant d'environ CHF 4.5 mio/an. Un groupe de travail dirigé par l'OFSP travaille sur des solutions numériques afin de réduire la charge administrative.

Afin de mieux tenir compte des incertitudes concernant l'efficacité ou l'utilité des médicaments, divers acteurs utiliseraient des modèles de prix dynamiques «pay for performance» ou des modèles basés sur le volume.

### **Examen EAE différencié**

Selon la LAMal, les médicaments figurant sur la liste des spécialités doivent aujourd'hui faire l'objet d'un examen régulier identique quant à leur efficacité, adéquation et économicité (critères EAE). La mesure «Examen différencié des critères EAE prévus à l'art. 32 LAMal» prévoit que le Conseil fédéral définisse, dans une ordonnance, quels produits doivent être soumis à un examen EAE, à quelle fréquence et à quel niveau.

Si un seuil de chiffre d'affaires de 1 million de CHF était introduit, un tiers des préparations originales contrôlées en 2021 auraient encore fait l'objet de baisses de prix, selon les données de l'OFSP. Cela aurait tout de même permis d'atteindre 94% des économies totales. Un contrôle plus ciblé des médicaments, basé sur des valeurs seuils définies, permettrait ainsi de réduire considérablement le nombre de produits contrôlés, sans pour autant entraîner une baisse significative des économies globales. Un contrôle aurait encore lieu pour les médicaments chers et les médicaments bon marché qui génèrent malgré tout un chiffre d'affaires élevé avec un volume important. On éviterait en revanche de nouvelles baisses de prix pour les médicaments plus anciens, plutôt bon marché et à faible chiffre d'affaires. Le risque que le titulaire de l'autorisation retire le médicament du marché diminuerait. La sécurité de l'approvisionnement s'en trouverait renforcée.

### Réseaux de soins coordonnés

La Suisse ne connaît pour l'instant que peu de réseaux de soins coordonnés multidisciplinaires. Les réseaux de médecins actuels ne couvrent pas encore l'ensemble de la chaîne de soins. La mesure «Réseaux de soins coordonnés» prévoit donc que les professionnels de la santé puissent s'associer pour former une équipe de prise en charge interprofessionnelle et interdisciplinaire. Les réseaux de soins coordonneraient les prestations médicales, de soins et thérapeutiques et les fourniraient d'un seul tenant. Ils agiraient envers les assureurs comme un seul fournisseur de prestations. Un tarif de coordination permettrait d'indemniser la coordination de cas complexes. L'admission d'un tel réseau nécessiterait en outre un mandat de prestations cantonal.

Une prise en charge coordonnée contribuerait à éviter les prestations inutiles et à améliorer la qualité des traitements. Des économies de coûts seraient également attendues. L'estimation de l'OFSP porte sur plusieurs centaines de millions de francs et se base sur le fait que ce sont les personnes âgées souffrant de multimorbidité qui pourraient le plus profiter de ces réseaux, sachant que seules 3,5% d'entre elles ont choisi un modèle HMO. Une estimation basée sur les coûts soumis à la LAMal pour la population âgée de 65 ans et plus souffrant de multimorbidité (env. CHF 10 mia, mais certainement plus) et une estimation du potentiel d'efficacité dû au manque de coordination de 2 à 3% indiquent un potentiel d'économies de l'ordre de CHF 250 mio. Les économies de coûts effectives dépendent en fin de compte du nombre de réseaux créés et du nombre de patientes et patients traités à l'avenir dans de tels réseaux.

Les économies possibles sont contrebalancées par le travail nécessaire à la mise en place et au traitement des cas via les réseaux. Parmi les personnes interrogées, ce point est fortement controversé. Le tarif permettant de financer les coûts supplémentaires engendrés par la coordination des cas complexes devrait également être un facteur important. S'il est trop faible, la mise en place des réseaux s'en verrait entravée. Un financement de départ, comme en Autriche, serait éventuellement à considérer.

### Tarifs de référence équitables

La mesure «Tarifs de référence équitables» prévoit que les tarifs de référence pour les traitements hospitaliers dans un établissement hors canton choisi par l'assuré se basent sur le tarif le plus élevé pour un traitement comparable dans un hôpital figurant sur la liste des hôpitaux du canton de résidence et fournissant le traitement avec la qualité nécessaire de manière efficace et avantageuse.

Une réglementation plus claire de la fixation des tarifs de référence est opportune. Cela permettrait notamment d'éviter, dans l'esprit du législateur, des tarifs de référence

extrêmement bas et de supprimer les obstacles correspondants à la concurrence intercantonale entre les hôpitaux.

La mesure «Tarifs de référence équitables» entraînerait une hausse de ces mêmes tarifs dans la plupart des cantons. Cela améliorerait la liberté de choix des patientes et des patients dans les hôpitaux hors canton. Nous estimons toutefois que les tarifs de référence équitables n'auraient qu'un faible impact sur l'évolution des coûts et la qualité, notamment du fait que la mesure ne devrait entraîner qu'une faible augmentation des flux de patients intercantonaux. La mesure pourrait toutefois mener à une légère augmentation des parts de remboursement des hospitalisations hors canton à la charge de l'AOS et des cantons. Dans l'ensemble, cet effet devrait toutefois être presque négligeable. La mise en œuvre optimale du tarif de référence (niveau et différenciation) dépend de l'importance accordée à la liberté de choix des patientes et des patients et à la concurrence entre les hôpitaux par rapport à la possibilité d'une très faible augmentation des coûts dans l'AOS (et pour les cantons).

### **Prestations fournies par les pharmaciennes et pharmaciens**

La mesure «Prestations des pharmaciennes et pharmaciens» prévoit que les pharmaciennes et pharmaciens puissent effectuer des vaccinations, des prestations de conseil sur les tests des selles ainsi que des prestations de conseil pharmaceutique supplémentaires à la charge de l'AOS.

Comme les vaccinations contre la grippe et l'encéphalite à tiques s'effectuent aujourd'hui déjà souvent dans les pharmacies, l'adaptation de la LAMal transférerait les coûts des cantons et des personnes finançant elles-mêmes à l'AOS. Sur la base d'estimations approximatives, l'AOS supporterait une charge supplémentaire d'environ CHF 20 mio/an après l'adaptation de la LAMal. Le nombre réel de vaccins administrés chaque année peut toutefois fortement varier. En conséquence, les coûts prévisibles à la charge de l'AOS peuvent être plus ou moins élevés.

La prise en charge des prestations de conseil des pharmaciennes et pharmaciens en rapport avec un test des selles représenterait une nouvelle charge d'environ CHF 2.5 à 4 mio par an pour l'AOS. Il s'agit en partie d'un transfert de coûts des cantons vers l'AOS, qui déchargerait les cantons d'un montant d'environ CHF 2.5 mio par an.

En ce qui concerne les prestations de conseil pharmaceutique visant à optimiser la thérapie médicamenteuse et l'observance du traitement (appelées «medication review», «medication reconciliation» et «adherence»), il n'a pas été possible d'estimer les répercussions sur les coûts; en effet, les paramètres concrets des prestations (étendue des prestations, groupe cible, moment dans le processus de traitement, volumes et limitations) ne sont pas encore définis. Des études scientifiques menées à l'étranger montrent toutefois que les prestations de conseil sont rentables, et peuvent mener à des économies, en fonction du cadre choisi.

### **Transmission électronique des factures**

La mesure «Transmission électronique des factures» prévoit que tous les fournisseurs de prestations dans les domaines stationnaire et ambulatoire soient tenus de transmettre leurs factures sous forme électronique, et ce, que le remboursement de la prestation incombe à l'assureur (système du tiers payant) ou à la personne assurée (système du tiers garant).

Aujourd'hui déjà, les factures sont en grande partie transmises par voie électronique. L'obligation de transmission entièrement électronique des factures pourrait représenter un défi pour certains fournisseurs de prestations (surtout dans le domaine ambulatoire) et pour la transmission de copies électroniques des factures aux assurés. Le potentiel d'économies que présente la transmission électronique des factures devrait être faible et globalement négligeable. Une automatisation complète de l'ensemble du processus permettrait de réaliser des économies nettement plus importantes. La transmission électronique des factures peut être considérée comme une partie de l'automatisation de tout le processus.

### **Aspects contestés et non controversés**

Les résultats montrent de grandes différences en ce qui concerne le potentiel d'économies de coûts attendu. Des économies plus importantes, supérieures à CHF 100 mio, ne sont attendues que pour les réseaux de soins coordonnés. Toutefois et bien que l'utilité des soins coordonnés ne soit pas remise en question, cette mesure est aussi la plus controversée. De nombreuses études démontrent des effets positifs sur la qualité des traitements et les coûts de la santé. En revanche, sa mise en œuvre est critiquée. Les fournisseurs de prestations, en particulier, critiquent l'organisation et la charge de travail pour le traitement des cas via un tel réseau, jugées trop complexes. À leurs yeux, le modèle ne fonctionnerait donc pas. On pourrait éventuellement s'inspirer de l'Autriche, où une quarantaine d'unités de soins de premier recours ont été créées au cours des dernières années et qui vont dans le même sens que les réseaux de soins coordonnés.

La mesure relative aux modèles de prix n'est pas contestée par la majorité des acteurs. Les assureurs et les fournisseurs de prestations sont critiques de ces modèles en raison de leur manque de transparence; mais sur le principe, tous les acteurs comprennent que ces modèles sont nécessaires pour garantir un accès rapide à de nouveaux modèles de prix innovants. Les modèles sont surtout controversés en ce qui concerne la confidentialité et les coûts pour les assureurs. Les avis divergent également sur la question de savoir si les remboursements représentent des économies de coûts ou simplement des remboursements. Il faut en outre tenir compte du fait que le volume des remboursements mentionné par les acteurs se réfère à des remboursements réalisés aujourd'hui. Sans la possibilité de modèles de prix confidentiels, il faut partir du principe que les médicaments en question seraient remboursés selon le prix

indiqué dans la liste des spécialités. En raison de l'adaptation de la LAMal, davantage de médicaments avec des modèles de prix devraient s'y ajouter, mais on ignore dans quelle mesure. Sans modèles de prix, le risque existe que les entreprises pharmaceutiques tardent à demander l'autorisation de mise sur le marché de médicaments innovants.

La mesure relative à l'examen EAE différencié est pratiquement incontestée. Les médicaments bon marché à faible chiffre d'affaires ne doivent plus être contrôlés aussi souvent. Cela pourrait entraîner une légère baisse des économies dans l'AOS. Différents acteurs privilégient le chiffre d'affaires comme critère de différenciation. Les acteurs sont également d'accord sur le fait qu'un contrôle annuel ne permettrait pas une baisse de prix plus importante. La baisse de prix annuelle représenterait alors simplement environ un tiers de la baisse de prix pour un cycle de trois ans. Le seul point controversé est la possibilité de raccourcir le cycle de révision à un an. Du côté de l'industrie pharmaceutique, cela entraînerait un surcroît de travail et une incertitude en matière de planification.

Les mesures relatives aux tarifs de référence, aux prestations des pharmaciennes et pharmaciens et à la transmission électronique des factures sont pratiquement incontestées. En ce qui concerne les tarifs de référence, personne n'a contesté la nécessité de les préciser. Les personnes interrogées n'estimaient toutefois pas que le tarif le plus élevé devait être choisi comme tarif de référence. La mesure relative à la transmission électronique des factures n'est pas non plus contestée sur le fond. Lors des entretiens, les personnes interrogées ont toutefois souligné le défi que représente une transmission conforme à la protection des données aux assurés, ainsi que la charge de travail pour le très faible nombre de fournisseurs de prestations dont les assureurs saisissent manuellement les factures. Enfin, les personnes interrogées ont estimé que seules une standardisation et une automatisation plus poussées de l'ensemble du processus seraient bénéfiques en termes de coûts.

## 1. Einleitung

### 1.1. Ausgangslage

Seit Jahren steigen die Krankenkassenprämien immer weiter an. Gerade für Haushalte mit geringen Einkommen stellen sie eine immer grössere Belastung dar. 2020 hat Die Mitte-Partei deshalb eine Initiative eingereicht, die sicherstellen soll, dass die Gesundheit in der Schweiz für alle zugänglich und tragbar bleibt. Die Initiative sieht u.a. die Einführung einer Kostenbremse, Tarif- und Preissenkungen sowie eine konsequente Digitalisierung im Gesundheitswesen vor.

Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) hat als Antwort auf die Initiative einen indirekten Gegenvorschlag ausgearbeitet, der dazu beitragen soll, die Kostenentwicklung in der OKP einzudämmen. Vor diesem Hintergrund hat der Bundesrat am 7. September 2022 die Botschaft zum zweiten Kostendämpfungspaket verabschiedet.

In einem Bericht an die Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-N) kommt das BAG zum Schluss, dass mit diesem zweiten Kostendämpfungspaket jährliche Einsparungen im dreistelligen Millionenbereich nicht unplausibel seien. Die SGK-N hat daraufhin die Verwaltung beauftragt, die Vorlage mit einer Regulierungsfolgenabschätzung (RFA) zu ergänzen. Vor diesem Hintergrund hat das BAG INFRAS mit Pflichtenheft vom 5.12.2022 um Unterstützung angefragt.

### 1.2. Ziel und zu untersuchende Massnahmen

Ziel des Mandats ist es, die Auswirkungen der Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2 zu untersuchen.<sup>1</sup> Gestützt auf zu treffende Annahmen ist das ungefähre Kosteneinsparpotenzial der einzelnen Massnahmen aufzuzeigen. Gegenstand der Wirkungsanalyse sind die im Paket 2 enthaltenen sechs Massnahmen:

1. Preismodelle und Rückerstattungen, inkl. Ausnahme vom Zugang zu amtlichen Dokumenten betreffend die Höhe, Berechnung und Modalitäten von Rückerstattungen
2. Differenzierte WZW-Prüfung nach Artikel 32 KVG
3. Netzwerke zur koordinierten Versorgung
4. Faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl
5. Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker
6. Elektronische Rechnungsübermittlung

Gestützt auf die Ergebnisse wird das BAG einen Verwaltungsbericht zuhanden der SGK-N erstellen.

---

<sup>1</sup> In Anbetracht des engen Zeitplans wurde darauf verzichtet, eine umfassende Regulierungsfolgenabschätzung durchzuführen.

### 1.3. Methodisches Vorgehen

Die Analyse der Auswirkungen basiert im Wesentlichen auf einer Auswertung relevanter Dokumente und bestehender Datenauswertungen sowie den Ergebnissen qualitativer Interviews.

Hauptmethode waren qualitative Interviews, für die zwischen Januar und März 2023 insgesamt 23 VertreterInnen von Versicherern, Pharmaindustrie, Behörden, Leistungserbringern etc. befragt wurden (Liste mit allen Befragten siehe Anhang). Die Auswahl der Befragten wurde in Absprache mit dem BAG festgelegt. Die Interviews wurden entlang eines akteurspezifischen Gesprächsleitfadens geführt, zusammenfassend protokolliert und entlang der Fragestellungen ausgewertet (mit einer Person wurde ausschliesslich schriftlich kommuniziert). Weitere Gespräche fanden mit den Fachabteilungen des BAG statt.

Im Rahmen der Dokumentenanalysen ausgewertet wurden u.a. Unterlagen zu den Kostendämpfungsmassnahmen – Paket 2, u.a. die Botschaft des Bundesrates (Bundesrat 2022b), ergänzende Dokumente des BAG (BAG 2022b) sowie diverse Studien zu den untersuchten Themen, u.a. zu Arzneimitteln (Twerenbold et al. 2022), zur Kostenwirksamkeit von koordinierter Versorgung (z.B. Brüngger et al. 2014), zu den Beratungsleistungen von ApothekerInnen (z.B. Elliot 2017) etc. Die ausgewerteten Dokumente sind im Literaturverzeichnis aufgeführt.

Daneben wurden bestehende Datenauswertungen verwendet, u.a. vom BAG zum Kosteneinsparpotenzial infolge von Preissenkungen bei Preismodellen und bei differenzierten WZW-Prüfungen (beides unveröffentlicht) und vom BFS zu ausserkantonalen Hospitalisierungen (BFS 2018).

#### **Grenzen der Untersuchung**

Die Untersuchung wurde zwischen Anfang Januar und Ende März 2023 durchgeführt. In diesem Zeitrahmen konnte nur eine beschränkte Anzahl von Akteuren befragt werden. Es konnten auch nicht alle Aspekte vertieft untersucht werden. Bei der Interpretation der Ergebnisse zu den ausgewiesenen Kosteneinsparpotenzialen und Zusatzkosten ist zu berücksichtigen, dass es sich z.T. um grobe Schätzungen handelt. Wir erachten die Ergebnisse aber insofern als aussagekräftig und solide, als die Grundlagen und Annahmen auf Expertenaussagen und Literaturangaben beruhen.

### 1.4. Aufbau des Berichts

In den Kapiteln 2-0 werden die sechs Massnahmen aus dem Kostendämpfungspaket auf ihre Auswirkungen untersucht. In der Ausgangslage werden jeweils kurz die Situation heute und der Inhalt der Massnahme beschrieben. Anschliessend werden die Auswirkungen auf die betroffenen Akteure aufgezeigt und insbesondere das Kosteneinsparpotenzial bei der OKP und allfällige

Zusatzkosten bei den Akteuren dargestellt. Die Kapitel zu den Massnahmen schliessen mit einem kurzen Fazit mit den wichtigsten Ergebnissen.

Kapitel 8 «Synthese» enthält eine Übersicht über die Analyseergebnisse und eine Zusammenfassung der wichtigsten Aspekte und Ergebnisse je Massnahme.

## 2. Preismodelle

### 2.1. Ausgangslage

#### Situation heute

Damit ein Arzneimittel in der Schweiz von der OKP vergütet wird, braucht es zunächst eine Zulassung von Swissmedic. Von VertreterInnen einzelner Pharmaunternehmen wurde in der vorliegenden Untersuchung berichtet, dass bei neuen Arzneimitteln heute die meisten internationalen Pharmaunternehmen zuerst in den USA eine Marktzulassung (Food and Drug Administration FDA) beantragen, dann in Europa (Europäische Arzneimittel-Agentur EMA) und schliesslich in der Schweiz (Swissmedic). Der Preis des Medikaments wird parallel oder nach der Zulassung durch Swissmedic vom BAG mit der ZulassungsinhaberIn verhandelt und in der Spezialitätenliste (SL) festgesetzt. Zur Preisfestsetzung stehen dem BAG zwei Instrumente zur Verfügung: der Auslandpreisvergleich (APV) und der therapeutische Quervergleich (TQV):

- Beim **APV** wird der Preis des Arzneimittels mit dem Durchschnitt der Preise desselben Arzneimittels in den Referenzländern Deutschland, Dänemark, Grossbritannien, den Niederlanden, Frankreich, Österreich, Belgien, Finnland und Schweden verglichen.
- Beim **TQV** wird der Preis des Arzneimittels mit dem Preis anderer Arzneimittel in der Schweiz verglichen, die zur Behandlung derselben Krankheit eingesetzt werden. Dabei werden je nach Therapie die Tagestherapiekosten (z.B. bei Antidiabetika) oder die Kosten für die gesamte Kur resp. Therapie (z.B. bei Antibiotika, Krebstherapien) berücksichtigt. Stellt ein Arzneimittel einen bedeutenden therapeutischen Durchbruch dar, kann das BAG einen Innovationszuschlag (max. 20%) gewähren.

Nach der Durchführung der beiden Preisvergleiche werden für die Preisbildung beide Ergebnisse zu je 50% gewichtet<sup>2</sup>. Gleichzeitig referenzieren zurzeit mehr als 20 Länder ihre Arzneimittelpreise direkt auf die Schweiz. Dazu kommen weitere 40 Länder, die ihre Preise indirekt auf die Schweizer Preise abstimmen. Preisänderungen in der Schweiz führen deshalb für die ZulassungsinhaberInnen auch immer zu direkten wirtschaftlichen Konsequenzen in anderen Ländern.

Der Bundesrat weist in seiner Botschaft (2022b) darauf hin, dass die Vergütung von Arzneimitteln immer komplexer wird und sich ausserdem das Risiko erhöht, dass Therapien vergütet

---

<sup>2</sup> Informationen zum Preisfestsetzungsverfahren des BAG entstammen dem *Faktenblatt 2017. Arzneimittel: Preisfestsetzung von Originalpräparaten*; Gefunden auf: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/preisfestsetzung-arzneimittel-verguetung-arzneimittel-im-einzelfall.html>

werden, die anfangs zwar vielversprechende Resultate erzielen, sich langfristig aber als weniger wirksam als gedacht herausstellen (Bundesrat 2022b).

Um auf solche Unsicherheiten bei der Marktzulassung von Arzneimittelprodukten zu reagieren, haben sich im internationalen Vergleich verschiedene neuartige Zulassungsmodelle entwickelt, sogenannte «Managed Entry Agreements (MEA)». Sie sollen auch dazu beitragen, Arzneimittel möglichst günstig einzukaufen, damit die Sozialversicherungssysteme angesichts der steigenden Kosten nicht zu stark belastet werden. MEA, welche sich spezifisch auf die Preisbildung von Arzneimittelprodukten oder Kosten beziehen, werden vom Bundesrat in seiner Botschaft als Preismodelle bezeichnet.

### **Massnahme «Preismodelle»**

Der Bundesrat beschreibt in seiner Botschaft Preismodelle so, dass in der Regel der Versicherer in einem ersten Schritt dem Leistungserbringer den Publikumspreis eines Produktes vergütet (= Vorleistung). In einem zweiten Schritt erfolgt eine Rückerstattung von der Zulassungsinhaberin des Produktes an den Versicherer (oder in Ausnahmefällen an eine gemeinsame Einrichtung KVG). Die Höhe dieser Rückerstattung wird in der Schweiz zwischen der Zulassungsinhaberin des Produktes und dem BAG verhandelt (Bundesrat 2022). Wie hoch diese ist, bleibt jedoch vielfach vertraulich, so dass der öffentlich deklarierte Preis lediglich einen intransparenten «Schaufensterpreis» darstellt und nicht den effektiv vergüteten Preis.

Weltweit kennen verschiedene Länder Preismodelle. Besonders die vertraulichen Preismodelle gehören bereits vielerorts zur gängigen Praxis bei der Preisfindung von neuen Arzneimitteln. In der Schweiz ist es basierend auf den bestehenden rechtlichen Grundlagen (vgl. Art. 33 Abs. 2 und 3 KVG, Art. 65 Abs. 5 und Art. 73 KVV) heute schon möglich, Preismodelle anzuwenden. Mit Blick auf die Sicherstellung von Rechtssicherheit und Durchsetzbarkeit sollen jedoch die rechtlichen Grundlagen für Preismodelle auf Gesetzesstufe gefestigt werden. Gemäss Botschaft sollen mit der Gesetzesanpassung primär folgende Aspekte geregelt werden:

- Erstens sollen die rechtlichen Grundlagen gefestigt werden, die es dem BAG ermöglichen, bei der Preisfestsetzung Rückerstattungen auf dem Höchstpreis der SL festzulegen.
- Zweitens werden die rechtlichen Grundlagen für Rückzahlungen an die gemeinsame Einrichtung KVG gelegt.
- Drittens soll durch eine neue Ausnahmebestimmung der Geltungsbereich des Bundesgesetzes über das Öffentlichkeitsprinzip der Verwaltung (BGÖ) soweit eingeschränkt werden, als dies im Interesse einer Gesundheitsversorgung von hoher Qualität zu möglichst günstigen Kosten erforderlich ist. Dabei soll lediglich der Zugang zu Informationen hinsichtlich der Höhe, der Berechnung und der Modalitäten von Rückerstattungen verweigert werden. Ohne diese Gesetzesanpassung könnten keine vertraulichen Preismodelle implementiert werden.

### Fragen und erwartete Wirkungen

Unter Berücksichtigung des übergeordneten Ziels der Abschätzung des Kosteneinsparpotenzials der Massnahmen und der spezifischen Fragen des BAG zur Massnahme «Preismodelle» stellen sich folgende Fragen:

- Wozu braucht es Preismodelle? Was wäre, wenn es keine Preismodelle gäbe? Gibt es Alternativen zu den Preismodellen?
- Wie hoch ist das Potenzial für Rückerstattungen bei Preismodellen?
- Wie hoch ist der Zusatzaufwand für Versicherer, Leistungserbringer und Pharmaunternehmen bei der Abwicklung von Preismodellen?
- Inwieweit braucht es die Vertraulichkeit bei Preismodellen?

Gestützt auf die Botschaft des Bundesrates (2022b) werden von der Massnahme «Preismodelle» folgende Wirkungen erwartet:

- Der Zugang zu neuen, innovativen und meist hochpreisigen Arzneimitteln wird in der Schweiz durch die vermehrte Anwendung von Preismodellen verbessert.
- Durch vertrauliche Preismodelle können tiefere Preise für neue Arzneimittel verhandelt werden. Die Vertraulichkeit ist nötig, weil andere Länder ihrerseits die Preise auf die Schweiz referenzieren.
- Durch den Einsatz von Preismodellen können bei der Vergütung von Arzneimitteln Kosten im dreistelligen Millionenbereich eingespart werden.

Die Hauptwirkung der Gesetzesanpassung besteht gemäss Botschaft in einem verbesserten Zugang zu innovativen Arzneimitteln sowie der Möglichkeit, diese preiswert zu erwerben (Bundesrat 2022b). Preismodelle seien in der Schweiz vor allem deshalb erforderlich, weil sich die entsprechende Vergütungspraxis international bereits durchgesetzt hat. D.h. jedes Land verhandelt die effektiv vergüteten Preise individuell auf vertraulicher Basis mit den Zulassungsinhaberinnen. Durch die oftmals vertraulichen Preismodelle im Ausland ist für das BAG nicht mehr ersichtlich, wie viel in den einzelnen Ländern für gewisse Produkte effektiv vergütet wird. In der Folge ist es für das BAG kaum mehr möglich, einen realitätsgetreuen Auslandspreisvergleich (APV) durchzuführen. Für die eigene Preisfindung neu zugelassener Produkte muss sich die Schweiz deshalb vermehrt an zu hohen ausländischen «Schaufensterpreisen» orientieren.

Aus diesem Grund sind laut Bundesrat tiefere Preise von Arzneimittelprodukten vor allem durch vertrauliche Preismodelle zu erwarten (Bundesrat 2022b). Wie eingehend bereits erläutert, ist die Schweiz selbst auch ein Referenzland für die Preisbildung im Ausland. Ohne Preismodelle wird deshalb befürchtet, dass international tätige Pharmaunternehmen lieber darauf verzichten, neue Produkte in der Schweiz anzubieten, als dies zu einem tiefen, öffentlich

einsehbaren Preis zu tun. Insbesondere auch deshalb, weil der Schweizer Markt international gesehen nur sehr klein ist und grosse Pharmaunternehmen nicht auf einen Markteintritt in der Schweiz angewiesen sind. Damit die Preismodelle ihre gewünschte Wirkung entfalten können, wird bei hochpreisigen Innovationen die Lösung des Problems vom Bundesrat deshalb vor allem in den vertraulichen Preismodellen gesehen, weil die Vertraulichkeit Voraussetzung ist, um mit den Zulassungsinhaberinnen preiswerte Preise auszuhandeln. Dadurch, dass die effektiv vergüteten Preise nicht öffentlich einsehbar seien, sondern nur die überhöhten «Schaufensterpreise», würden die Pharmaunternehmen auch keine preislichen Konsequenzen in denjenigen Ländern erwarten müssen, in denen der Schweizer Preis als Referenz dient. Für den Bundesrat ist deshalb klar, dass auch in der Schweiz das mit der Preisfestsetzung beauftragte BAG zukünftig vermehrt vertrauliche Preismodelle anwenden muss, um den Zugang und die Wirtschaftlichkeit neuer Arzneimittelprodukte weiterhin zu gewährleisten (Bundesrat 2022).

Die nachfolgende Analyse der Auswirkungen der Massnahme «Preismodelle» basiert im Wesentlichen auf den Ergebnissen qualitativer Interviews mit neun ExpertInnen (VertreterInnen der Versicherer, Kantone, Pharmaindustrie und Wissenschaft), dem Austausch mit der Fachabteilung des BAG und einer Auswertung relevanter Dokumente.

## 2.2. Auswirkungen

Die Implementation von Preismodellen betrifft unterschiedliche Akteure: Verhandelt werden die Preismodelle zunächst zwischen den Zulassungsinhaberinnen aus der Pharmaindustrie und dem BAG. Wird eine Einigung erreicht, werden die Preismodelle primär von den Versicherern und den Leistungserbringern umgesetzt. In Bezug auf die Rückzahlungen sind jedoch auch die Pharmaunternehmen am Umsetzungsprozess beteiligt. Direkt betroffen von der Massnahme sind schliesslich auch die Versicherten und die PatientInnen, da es einerseits um eine Senkung der Gesundheitskosten und somit der Prämien geht und andererseits auch um den Zugang zu (innovativen) Medikamenten im Bedarfsfall. Weiter sind die Kantone betroffen, indem sie bei der Medikamentenabgabe im stationären Bereich ebenfalls Anspruch auf einen Teil der Rückzahlungen haben.

### 2.2.1. Braucht es Preismodelle?

Obwohl nicht alle Befragten (vertrauliche) Preismodelle befürworten, sind sich dennoch alle einig, dass wegen der aktuellen internationalen Situation Preismodelle vermehrt nötig sind, um den schnellen und preiswerten Zugang zu neuen Arzneimitteln in der Schweiz weiterhin zu gewährleisten. Preismodelle würden vor allem den Zugang von Arzneimitteln für die Onkologie und seltene Krankheiten verbessern, weil diese Bereiche geprägt seien durch hochpreisige Arzneimittel und stetige Innovationen.

Im Umkehrschluss waren sich auch alle Befragten einig, dass ohne Preismodelle der schnelle Zugang zu solchen Arzneimitteln in der Schweiz gefährdet ist. Zwar sei nicht ausgeschlossen, dass solche Arzneimittel auch ohne Preismodelle in der Schweiz auf den Markt kämen, allerdings zu höheren Preisen. Eine Mehrheit der befragten Personen befürchtet auch, dass die Schweiz ohne die Preismodelle zukünftig nicht mehr so rasch Zugang zu neuen Arzneimitteln hätte, weil die Pharmafirmen nach den USA und Europa zuerst andere Märkte bevorzugen würden. Die Zulassung in der Schweiz würde erst später beantragt. Begründet werden diese Überlegungen damit, dass die Schweiz selbst ein Referenzland für die Preisfestsetzung in anderen Ländern sei und die Pharmafirmen keine tiefen öffentlichen Preise akzeptieren würden. Hinzu käme, dass der Schweizer Markt mit rund 9 Mio. EinwohnerInnen im internationalen Vergleich nur sehr klein sei.

Neben Versorgungsengpässen im Inland kann dies gemäss diversen befragten Personen dazu führen, dass neue Produkte im nahen Ausland verfügbar sind, aber nicht in der Schweiz. Da es in solchen Fällen um lebenswichtige Arzneimittel gehen könnte, seien das BAG und das BWL als Verantwortliche für die Grundversorgung betroffen. Ausserdem bleibe auf der Patientenseite in den Bereichen der Onkologie und der seltenen Krankheiten oft nicht viel Zeit, auf Medikamente zu warten. Eine befragte Person hat diese Befürchtungen relativiert. Es sei aktuell offen, ob grosse Pharmaunternehmen ohne Preismodelle tatsächlich auf eine Zulassung in der Schweiz verzichten würden, da solche Entscheidungen immer auch mit ethischen und moralischen Grundsätzen verbunden seien.

### **Beitrag von Preismodellen zur Berücksichtigung von Nutzenaspekten bei der Preisfestsetzung**

In den Interviews wurde von verschiedenen Akteuren die Ansicht vertreten, dass im heutigen Preisfestsetzungsverfahren durch APV und TQV die effektive Wirksamkeit eines neuen Arzneimittels kaum berücksichtigt werde. Dieses Problem lasse sich auch nicht durch ein Preismodell mit einem festen Preisabschlag und anschliessender Rückerstattung lösen.

Verschiedene Akteure, darunter vor allem Pharmavertreter, sprachen sich für Preismodelle mit dynamischer Vergütung aus, sogenannte **Vorleistungs- oder «Pay-for-Performance»-Modelle**. Der Vorteil dieser Modelle sei, dass die Wirksamkeit nach einer gewissen Zeit evaluiert werde und sich der Preis basierend auf der Wirksamkeit dynamisch verändern könne:

- Erweise sich ein Arzneimittel als weniger wirksam als gedacht, würde der Preis des entsprechenden Arzneimittels sinken.
- Analog sei auch denkbar, dass der Preis eines Arzneimittels bei grosser Wirksamkeit zu einem späteren Zeitpunkt steige.

Bei den Vorleistungsmodellen weist das BAG darauf hin, dass bei einem Vorleistungsmodell, bei dem initial der Schaufensterpreis bezahlt wird, die Beweislast für den Wirksamkeitsnachweis in Richtung BAG verschoben würde. D.h. die Beweislast würde umgekehrt und das BAG müsste dann die Preissenkungen durchsetzen. Die Pharmafirmen hingegen würden damit eine Preisgarantie erhalten und hätten dadurch keinen Anreiz mehr, rasch Preise zu verhandeln. Das BAG befürchtet, dass langwierige Beschwerdeverfahren die Folge wären. Im Vergleich zum Vorleistungsmodell mit einem tiefen Initialpreis, bei dem die Pharmafirmen in Vorleistung gehen müssten, würde das Kosteneinsparpotenzial in Form von Preissenkungen weniger gross ausfallen. Gemäss BAG gibt es noch weitere Ansätze zur raschen Vergütung von Medikamenten mit hohem medizinischem Bedarf. Dazu zählen insbesondere Modelle mit niedrigem Initialpreis, wie der Ansatz von Curafutura und Roche, der basierend auf der [Motion 19.3703 Dittli](#) erarbeitet wird. Das BAG würde solche Modelle bevorzugen.

Das BAG weist ausserdem darauf hin, dass «Pay-for-Performance»-Modelle in der Schweiz bisher nur selten umgesetzt würden und wenn dann ohne Einbezug der Leistungserbringer. Die Modelle entsprächen mehr einem Vorleistungsmodell, bei dem das Arzneimittel befristet zugelassen werde und das Pharmaunternehmen fix die ersten zwei Zyklen kostenlos zur Verfügung stellen müsse (2 Zyklen sind die Zeit bis zur Bestätigung des Ansprechens). Würde die Therapie hingegen nach einer definierten Anzahl Zyklen nicht mehr fortgesetzt, dann würde eine Rückerstattung gezahlt.

Eine weitere Möglichkeit seien Volumenmodellen, bei welchen bei der Zulassung zunächst ein Schwellenwert bzgl. des Umsatzvolumens definiert wird. Wird dieser Schwellenwert erreicht, weil das Arzneimittel wirksam sei und die Menge steigt, würde der Preis gesenkt.

Grundsätzlich wurden die Vorteile solcher innovativen und dynamischen Vergütungsmethoden von den meisten befragten Akteuren geteilt. Allerdings wurde insbesondere die praktische Umsetzbarkeit solcher Modelle auch teilweise mit Skepsis betrachtet. Vertreter von Versicherern, Leistungserbringern und ein weiterer Akteur beurteilen es als schwierig zu definieren, ab welchem klinischen Verlauf ein Arzneimittelprodukt als wirksam und die «Performance» somit als gut erachtet werden könne. Einerseits könne man im Bereich der Onkologie, in welchem die Preismodelle vor allem relevant sind, die Entwicklung des Krankheitsverlaufs nur etappenweise beurteilen. Zwischen diesen Etappen würden im Normalfall Jahre vergehen. Andererseits würden sich auch Fragen der Vergleichbarkeit stellen, also mit welchen Arzneimitteln der klinische Outcome eines neuen Produktes verglichen werden soll und mit welchen nicht. Schliesslich wurde auch eingewendet, dass sich bei solchen Modellen mit dynamischer Preisentwicklung auch die Frage stelle, ab welchem Zeitpunkt die Wirksamkeit eines Produktes auf den Preis wirken soll:

- Eine Variante wäre, dass zuerst ein hoher Preis gezahlt wird und zu einem späteren Zeitpunkt retrospektiv Rückzahlungen getätigt werden, falls das Produkt nur eine geringe Wirksamkeit aufweist. Bei dieser Variante muss allerdings der Versicherer in Vorleistungen, was aufgrund des fehlenden Evidenznachweises durch das Pharmaunternehmen fragwürdig ist.
- Bei der anderen Variante würde prospektiv die Wirksamkeit in den aktuellen Preis einfließen, so dass sich der Preis je nach Wirksamkeit des Produktes sukzessive verändert. Diese Variante sei gemäss VertreterInnen der Pharmaindustrie jedoch in solchen Fällen besonders schwierig umzusetzen, wo die Entwicklung eines Produktes viel Geld gekostet hat, das die Zulassungsinhaberinnen möglichst zeitnah wieder einspielen möchte. Die Variante widerspiegelt jedoch auch die im KVG verankerte Notwendigkeit, dass erst bei einem nachgewiesenen Wirksamkeitsnachweis ein höherer Preis gerechtfertigt ist. Vorher müsste das Pharmaunternehmen in Vorleistung gehen.

### **Zugangsgeschwindigkeit**

Ein mehrfach geäussertes Kritikpunkt im Zusammenhang mit der Umsetzung von Preismodellen betrifft die zeitliche Verzögerung zwischen der Zulassung neuer Arzneimittel durch Swissmedic und der Aufnahme in die Spezialitätenliste (SL). Die Versicherer und insbesondere auch der Arzneimittelreport 2022 der Helsana weisen darauf hin, dass es bei Medikamenten in Preismodellen bereits heute länger dauert von der Zulassung bis zur SL-Listung als dies bei neuen Medikamenten ohne Preismodell der Fall ist.<sup>3</sup> VertreterInnen der Pharmaindustrie sehen hier allerdings einen «selection bias», weil Preismodelle nur in hochkomplexen Fällen angewendet würden. Entsprechend sei es nicht überraschend, dass die Prozesse in solchen Fällen länger dauern würden als bei Medikamenten, bei denen sich der Preis mit der Standardberechnung aus APV und TQV relativ schnell berechnen liesse.

Die VertreterInnen der Pharmaindustrie argumentieren auch, dass ohne Preismodelle die Aufnahmeverfahren in die SL-Liste in komplexen Fällen noch viel länger dauern würden. Im schlechtesten Fall würde das Medikament gar nicht aufgenommen. Das BAG betont ebenfalls, dass ohne Preismodelle in einigen Fällen keine Lösung hätte erreicht werden können und die Gesuche nicht hätten abgeschlossen werden können. Preismodelle wären bspw. bei Kombinationen hochteurer Onkologika notwendig. In solchen Fällen müsse das BAG mit mehreren Pharmafirmen verhandeln, um wirtschaftliche Preise resp. Kosten erreichen zu können. Das BAG habe ausserdem eine Analyse erstellt, die zeige, dass in Bereichen, in denen der Einsatz von Preismodellen inzwischen operationalisiert werden konnte, die Preisfestsetzung mit und ohne Preismodelle gleich schnell vonstattengehe (z.B. im Bereich der Onkologie). In anderen Bereichen dauere es nach wie vor lange (z.B. im Bereich der seltenen Erkrankungen).

---

<sup>3</sup> Vgl. Helsana 2022, S. 82.

### 2.2.2. Auswirkungen auf die Arzneimittelkosten

In seiner Botschaft beschreibt der Bundesrat (2022b), dass durch die Preismodelle tiefere Medikamentenpreise verhandelt werden könnten. Gesamthaft führe das zu Kosteneinsparungen für das ganze Schweizer Gesundheitswesen. Sowohl der Bundesrat (2022b) als auch das BAG weisen darauf hin, dass die kostendämpfende Wirkung von Preismodellen davon abhängt, wie die Preismodelle und deren Vertraulichkeit konkret ausgestaltet und von den Akteuren umgesetzt werden. Entsprechend sei es zum jetzigen Zeitpunkt kaum möglich, Kostenfolgen und Einsparpotenzial von zukünftigen Preismodellen und Rückerstattungen zu quantifizieren.

Für die bereits laufenden Preismodelle kann das BAG das Volumen der Rückerstattungen angeben. Laut BAG bestanden Ende 2022 für rund 135 Indikationen verteilt auf 94 Arzneimittel Preismodelle (BAG 2022b). Unter Berücksichtigung des Volumens dieser Arzneimittel und deren Preise bzw. der geschuldeten Rückerstattungen liesse sich die Differenz zwischen den SL-Preisen und den tatsächlich von der OKP zu vergütenden Preisen mit über 200 Mio. CHF jährlich beziffern. Es sei deshalb davon auszugehen, dass ohne die umgesetzten Preismodelle die Gesamtkosten für Arzneimittel um einen Betrag in dieser Grössenordnung höher lägen, da die effektiv vergüteten Preise im Bereich der publizierten Preise im Ausland hätten festgelegt werden müssen.

Angaben zum Potenzial der Preismodelle finden sich auch im Arzneimittelreport 2022 von Helsana (Twerenbold et al. 2022). Mit Preismodellen sei im Jahr 2021 insgesamt eine Preissenkung von rund CHF 120 Mio. erreicht worden. Von einem Gesprächspartner auf Seiten der Pharmaindustrie wurden die Kosteneinsparungen durch Preismodelle in einer ähnlichen Grössenordnung erwartet. Von anderen GesprächspartnerInnen wurden diese teilweise noch höher eingeschätzt, in etwa in der Höhe der vom BAG geschätzten CHF 200 Mio. Genauer konnten aber auch die befragten Personen die erwartbaren Kosteneinsparungen nicht quantifizieren.

VertreterInnen der Versicherer und eine weitere befragte Person weisen darauf hin, dass die erzielten Preissenkungen nicht mit Kosteneinsparungen gleichgesetzt werden dürften. Es handle sich bei den Preissenkungen lediglich um Rückzahlungen. Zu berücksichtigen seien auch der administrative Aufwand der Versicherer für die Umsetzung der Preismodelle (siehe Abschnitt 2.2.3) und die höheren Vertriebsmargen, da diese auf dem überhöhten Publikumspreis und nicht auf dem Nettopreis festgelegt werden. Hinzu kämen schliesslich auch Mehrausgaben bei der MWST in der Höhe von ca. 4.5 Mio. CHF (Schätzung Helsana), welche nicht zurückgefordert werden können. Die Vertreter der Versicherer argumentieren, dass Preismodelle nur dann wirtschaftlich wären, wenn diese Mehrkosten in die Rückzahlungen eingerechnet würden.

### 2.2.3. Auswirkungen der Vertraulichkeit

Obwohl die Vertraulichkeit in bestimmten Preismodellen nicht von allen Stakeholdern befürwortet wird, werden sie aber in Anbetracht der aktuellen internationalen Marktmacht der Pharmaindustrie mehrheitlich als notwendig erachtet. Wie umfassend diese Vertraulichkeit konkret ausgestaltet sein soll, ist unter den befragten Akteuren jedoch umstritten.

Die VertreterInnen der Pharmaindustrie sprechen sich für eine möglichst umfassende Vertraulichkeit in den Preismodellen aus. Vertraulichkeit sei eine Grundvoraussetzung. Ohne vertrauliche Preise hätten international agierende Pharmafirmen u.U. kein Interesse daran, mit neuen Produkten auf den verhältnismässig kleinen Schweizer Markt einzutreten. Als Folge wäre der Zugang zu diesen Produkten für PatientInnen in der Schweiz gefährdet, es sei denn, das BAG wäre bereit, überhöhten «Schaufensterpreise» zu akzeptieren.

Im Grundsatz wurde diese Argumentation von den befragten Vertretern der Versicherer geteilt, jedoch braucht es aus ihrer Sicht keine vollständige Vertraulichkeit. Um die effektiv vergüteten Preise gegen aussen vertraulich zu halten, sei es nicht zwingend nötig, dass nur die Zulassungsinhaberin und das BAG über den effektiv vergüteten Preis eines neuen Produktes Kenntnis haben. Auch Leistungserbringer und Versicherer müssten über die Preise informiert sein. Gemäss BAG erhalten die Versicherer i.d.R. Einsicht in die Preismodelle. Dies sei eine Voraussetzung, dass sie überhaupt Rückerstattungen einfordern könnten. Nur in sehr seltenen Fällen (bspw. bei Volumengrenzen bei unsicherer Patientenzahl) würden sie nicht direkt Einsicht erhalten. In solchen Fällen würden die Rückerstattungen in die gemeinsame Einrichtung KVG einbezahlt.

Kritik an der Vertraulichkeit kommt vor allem von Seiten der Leistungserbringer. Der wichtige Kritikpunkt aus Ihrer Sicht ist die Intransparenz bei vollständiger Vertraulichkeit. Leistungserbringer und PatientInnen hätten dann keine Informationen dazu, wie viel bestimmte Medikamente und Therapien effektiv kosten würden. Gemäss KVG Art. 42 Abs. 3 müssten die Leistungserbringer bei der Verschreibung von Therapien nicht nur die Wirksamkeit, sondern auch Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit berücksichtigen. Verschiedene VertreterInnen von Leistungserbringern und Versicherer bemängeln, dass dies bei vollständiger Vertraulichkeit nicht mehr erfüllt werden könne. Aus Sicht BAG relativiert sich diese Problematik, da Preismodelle in der Regel zumindest den Versicherern gegenüber semi-transparent umgesetzt werden. Zudem wären die Preise bei Indikationen, in denen vergleichbar wirksame Arzneimittel mit Preismodellen vergütet werden, gerade dank Preismodellen etwa gleich hoch.

### 2.2.4. Auswirkungen auf den Aufwand von Pharmaindustrie und Versicherern

Zum Aufwand der beteiligten Akteure für die Umsetzung von Preismodellen gingen aus den durchgeführten Interviews unterschiedliche Meinungen hervor:

### **Aufwand auf Seiten der Pharmaindustrie**

Vertreter der Pharmaindustrie erachten die Umsetzbarkeit als unproblematisch. Was den Aufwand für die Abwicklung betreffe, so sei eine allfällige Abwicklung über eine Einzelfallvergütung nach Art. 71a-d KVV viel aufwendiger. Dieses Vorgehen würde allenfalls zum Einsatz kommen, wenn das Arzneimittel oder die Indikation infolge fehlender Preismodelle nicht in die SL aufgenommen würde.

### **Aufwand auf Seiten Versicherer**

Aus Sicht der Versicherer verursachen Preismodelle einen hohen administrativen Aufwand. Insbesondere die Prozesse der Rückerstattungen werden als sehr aufwändig eingeschätzt:

- Die Versicherer müssten die Rückerstattung immer proaktiv bei den Zulassungsinhaberinnen einfordern.
- Der Informationsfluss darüber, bei welchen Produkten Rückforderungen beantragt werden können, ist komplex. Es sei demnach anspruchsvoll, stets auf dem aktuellen Stand zu bleiben.
- Um informiert zu bleiben, müssten die Versicherungen zusätzliche Monitoring-Aufgaben übernehmen.

Eine befragte Person der Versicherer schätzt den gesamten Zusatzaufwand aller Versicherer auf rund 25 Vollzeitstellen (entspricht ca. 4 Mio. CHF Personalkosten pro Jahr)<sup>4</sup>.

Vertreter von Versicherern und Pharmaindustrie stimmen darin überein, dass die Abwicklung von Preismodellen noch verbessert werden müsste. Problematisch sei insbesondere, dass Versicherer und Leistungserbringer mit verschiedenen Systemen arbeiten würden, über welche die Abwicklungsprozesse laufen. Diese Systeme seien oft nicht kompatibel untereinander. Das Resultat sei, dass über den gesamten Prozess hinweg oftmals die gleichen Angaben mehrmals in verschiedenen Systemen erfasst werden müssten. Dies verursache für alle Beteiligten Zusatzaufwand.

Laut einem Vertreter der Versicherer wäre der Aufwand für die Versicherer deutlich geringer, wenn die Leistungserbringer mit einem Indikationscode direkt bei der Pharmafirma bestellen könnten und so den effektiven Preis des Preismodells berechnet bekämen. Auf diesem reduzierten Fabrikabgabepreis würde sich dann auch der Vertriebsanteil und die Verrechnungssteuer berechnen. Dieses Vorgehen würde es den Leistungserbringern auch erlauben, den PatientInnen eine gesetzeskonforme Rechnung (KVG Art. 43 Abs. 2) auszustellen. Der öffentlich einsehbare Listenpreis auf der SL sei dann immer noch ein Höchstpreis. Die Vertreter der

---

<sup>4</sup> Eigene Schätzung: Lohnkosten 160'000 CHF/Jahr und Vollzeitstelle.

Pharmaindustrie lehnen ein solches Vorgehen ab, weil der effektiv vergütete Preis nicht mehr ausreichend vertraulich sei.

#### **Exkurs: Aufwand für Pay-for-Performance-Modelle**

Eine befragte Person weist noch darauf hin, dass der Aufwand für die Abwicklung vor allem bei «Pay-for-Performance»-Modellen gross sei. Um die «Performance» erfassen und entsprechend vergüten zu können, müsse der bei diesen Preismodellen der Krankheitsverlauf der PatientInnen erfasst werden. Wie aufwändig diese Patientenverfolgung tatsächlich sei, hänge von der Krankheit ab: Es sei einfacher bei Krankheiten, wo bereits nach wenigen Monaten ersichtlich sei, ob sich der Krankheitsverlauf signifikant verbessere (bspw. Hepatitis C). Viel schwieriger werde es hingegen im onkologischen Bereich, weil sich da die Wirksamkeit nur etappenweise und teilweise erst nach einigen Jahren abschätzen liesse. Ähnlich argumentiert auch ein Vertreter der Leistungserbringer: In solchen Fällen jahrelang den Krankheitsverlauf zu dokumentieren sei sowohl für die Leistungserbringer wie auch für die betroffenen PatientInnen mit sehr hohem Aufwand verbunden.

Das BAG relativiert, dass solche Modelle auch einfach umsetzbar sind, wenn eine Zeitdauer bis zur festgelegten Kontrolle des Ansprechens (gemäss Swissmedic-Fachinformation) durch den Arzt definiert wird. Wird nach dieser Zeitdauer weiter therapiert, kann man davon ausgehen, dass die Therapie wirkt; denn kein Arzt resp. kein Patient nimmt z.B. ein Krebsmedikament bei fehlender Wirkung oder auftretenden Nebenwirkungen freiwillig weiter. Auf diese Weise kann der Aufwand für Leistungserbringer und Versicherer minimiert werden.

#### **Massnahmen zur Reduktion des Aufwands**

Alle befragten Akteure sind sich einig, dass eine effiziente Abwicklung von Preismodellen nur mit einem Ausbau der Digitalisierung einhergehen könne. In den Interviews wurde mehrfach erwähnt, dass möglichst einheitliche digitale Systeme zielführend wären, in die alle beteiligten Akteure des Abwicklungsprozesses direkt integriert wären und laufend Zugang zu den benötigten Informationen erhalten würden.

Gemäss BAG existiert bereits heute eine Arbeitsgruppe unter Führung des BAG, die Lösungen zur effizienten Abwicklung erarbeitet. Diese Arbeitsgruppe befasse sich spezifisch mit der technischen Umsetzung von Preismodellen. Nebst dem BAG sind an diesen Arbeitsgruppen ausserdem Versicherer, Pharmaunternehmen sowie auch private Anbieter von digitalen Abwicklungstools beteiligt.

### 2.2.5. Alternativen zu den Preismodellen

Ohne Preismodelle wäre der Zugang zu neuen Arzneimitteln insbesondere deshalb gefährdet, weil der Markt in der Schweiz zu klein ist und international agierende Pharmaunternehmen deshalb auch auf einen Markteintritt in der Schweiz verzichten könnten. Als eine mögliche Alternative zu Preismodellen haben zwei Akteure die Schaffung einer Einkaufsgemeinschaft der Schweiz mit anderen kleinen Ländern genannt. Dadurch könnte die Schweiz ihre Verhandlungsmacht stärken. Als potenzielle Partner werden die BeNeLux-Staaten und Irland genannt. Nicht ausgeschlossen ist gemäss BAG, dass diese Staaten für bestimmte Arzneimittel dann zwar gemeinsam beurteilen und verhandeln, jedoch dann alle ebenfalls wiederum Preismodelle umsetzen, damit Wirtschaftlichkeit und Zugang gewährt werden können.

Keine nachhaltige Alternative ist aus Sicht der befragten Personen eine Einzelfallvergütung gemäss Art. 71a-d KVV. Diese Lösung sei zu aufwendig.

## 2.3. Fazit

Die Massnahme «Preismodelle» festigt die gesetzlichen Grundlagen einerseits für Preismodelle und andererseits dafür, dass die Angaben in Preismodellen der Vertraulichkeit unterliegen.

Preismodelle können mit grosser Wahrscheinlichkeit den Zugang zu neuen Medikamenten verbessern. Alle Akteure sehen aufgrund der Marktsituation und der internationalen Gegebenheiten die Notwendigkeit von Preismodellen, um den Zugang vor allem von Arzneimitteln im Hochpreissegment zu gewährleisten. Ohne Preismodelle wären diese Arzneimittel nur zu einem höheren Preis oder zeitlich verzögert in der Schweiz verfügbar. Die Vertraulichkeit ist ein wichtiges Element von Preismodellen. Die Ausgestaltung ist unter den befragten Akteuren umstritten. In der Regel werden Preismodelle heute semi-transparent umgesetzt, d.h. nicht nur die ZulassungsinhaberIn und das BAG sind informiert über die effektiven Preise, sondern auch weitere Akteure, wie bspw. die Versicherer.

Es ist davon auszugehen, dass mit Preismodellen bei hochpreisigen, innovativen Arzneimitteln tiefere Preise zu erreichen sind als ohne Preismodelle. Heute finden Preismodelle vor allem in der Onkologie und bei seltenen Krankheiten Anwendung. Dank diesen Preismodellen fällt der Preis der betreffenden Arzneimittel um rund 20% bis 60% tiefer aus. Das BAG schätzt das gesamte Volumen der Rückzahlungen im Rahmen von Preismodellen auf 200 Mio. CHF. Ohne die Preismodelle würden die Gesamtkosten für diese Arzneimittel um einen Betrag in dieser Grössenordnung höher liegen, da die effektiv vergüteten Preise im Bereich der publizierten Preise im Ausland festgelegt werden müssten. Wenn ohne Preismodelle der höhere Preis gemäss Spezialitätenliste vergütet werden müsste, dann entspricht die Rückzahlung einer Preissenkung, die sich als Kosteneinsparung bezeichnen lassen würde. Unter den Akteuren ist aber umstritten, inwieweit es sich dabei um Einsparungen handelt.

Der Aufwand auf Seiten der Versicherer für die Umsetzung der Preismodelle wird auf ca. 4 Mio. CHF pro Jahr geschätzt. Zusätzlich kämen höhere Vertriebsmargen und Mehrausgaben bei der MWST in der Höhe von ca. 4.5 Mio. CHF pro Jahr hinzu. Eine Arbeitsgruppe unter Führung des BAG arbeitet an digitalen Lösungen, um den administrativen Aufwand zu reduzieren.

Um Unsicherheiten bei der Wirksamkeit bzw. beim Nutzen von Arzneimitteln besser berücksichtigen zu können, würden diverse Akteure dynamische «Pay-for-Performance»-Preismodelle oder Volumenmodelle einsetzen.

### 3. Differenzierte WZW-Prüfung

#### 3.1. Ausgangslage

##### **Stand heute**

In Art. 32 Abs. 2 des KVG ist vorgegeben, dass sämtliche Leistungen, die von der OKP vergütet werden, so auch die Arzneimittel, die auf der SL gelistet sind, in regelmässigem Turnus auf deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit geprüft werden müssen (WZW-Prüfung). Die drei WZW-Kriterien gehören zu den grundlegenden, kumulativ zu erfüllenden Voraussetzungen jeder Leistung zulasten der OKP. Heute erfolgt die Überprüfung aller durch die OKP vergüteten Arzneimittel in einem Dreijahreszyklus. Die Überprüfungen müssen dabei immer in gleicher Tiefe gemacht werden, unabhängig davon, ob es sich um die Erstaufnahme in die SL oder eine spätere Überprüfung handelt. Arzneimittel, welche bereits viele Jahre in der Schweiz erhältlich sind, müssten jedoch nicht mehr in dieser Tiefe überprüft werden. Vom Parlament kommt ausserdem die Forderung, dass zwischen Überprüfungen von teuren und günstigen Medikamenten unterschieden werden müsste. Heute kann der Bundesrat diese Unterscheidung auf Verordnungsstufe jedoch nicht vornehmen. Dazu bräuchte es eine Gesetzesänderung.

##### **Massnahme «Differenzierte WZW-Prüfung»**

Die Botschaft des Bundesrates sieht mit neu Artikel 32 Absatz 3 KVG eine differenzierte WZW-Prüfung vor, die den verschiedenen Leistungsarten und Lebenszyklen Rechnung trägt. Es sollen insbesondere nicht immer alle WZW-Kriterien in gleicher Tiefe geprüft werden. Bei der periodischen Überprüfung einer Leistung soll grundsätzlich dann eine vertiefte Prüfung der Kriterien erfolgen, wenn es bei einer Überprüfung Hinweise dafür gibt, dass die WZW-Kriterien nicht mehr erfüllt sind. Die vom Bundesrat vorgeschlagene Gesetzesänderung kommt einem Urteil des Bundesgerichts nach, welches festhielt, dass eine Differenzierung der WZW-Prüfung (v.a. bezüglich der Tiefe) eine Regelung auf Gesetzesstufe benötigt (BGE 142 V 26).

Basierend auf dem neuen Absatz 3 in Artikel 32 KVG würde in Zukunft der Bundesrat in der Verordnung festlegen, welche Leistungen in welcher Art und Weise, also in welcher Tiefe, in welchem Umfang und in welcher Häufigkeit evaluiert werden sollen.

##### **Fragen und erwartete Wirkungen**

Unter Berücksichtigung des übergeordneten Ziels, das Kosteneinsparpotenzial der Massnahmen abzuschätzen, und spezifischer Fragen des BAG haben wir die Auswirkungen der

Massnahme «Differenzierte WZW-Prüfung» auf die Arzneimittel untersucht. Im Vordergrund standen folgende Fragen:

- Was wären die Auswirkungen, wenn gewisse Medikamentengruppen weniger häufig als bisher überprüft würden? Was wären die Auswirkungen, wenn gewisse Medikamente/Medikamentengruppen künftig häufiger (z.B. jährlich) überprüft würden?
- Was wären geeignete Auswahlkriterien und welche Produktgruppen wären von einer differenzierten WZW-Prüfung betroffen?
- Wie hoch wäre das Einsparpotenzial der differenzierten WZW-Prüfung und was wären die Auswirkungen auf die Kosten des gesamten Gesundheitssystems?
- Was wäre der Aufwand für die Pharmafirmen und für das BAG, wenn eine differenzierte Prüfung möglich wäre?
- Was wären die Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit mit und ohne differenzierte WZW-Prüfung?

Gestützt auf die Botschaft des Bundesrates werden von der Massnahme «Differenzierte WZW-Prüfung» folgende Wirkungen auf die Arzneimittel und die Versorgungssicherheit erwartet:

- Dadurch, dass bereits günstige Arzneimittel weniger häufig und weniger intensiv überprüft werden, können bei diesen Arzneimitteln weitere Preissenkungen verhindert werden.
- Durch differenzierte WZW-Prüfungen bleiben günstige Arzneimittel für die Zulassungsinhaberinnen länger rentabel, und das Risiko, dass diese vom Markt zurückgezogen werden, sinkt.
- Durch die differenzierte WZW-Prüfung kann verhindert werden, dass günstige Arzneimittel von der SL gestrichen werden und durch teurere Alternativen ersetzt werden.
- Die differenzierte WZW-Prüfung erlaubt es, die Schwerpunkte der Überprüfungen in jenen Bereichen zu setzen, in denen ein Nutzen hinsichtlich der Versorgungssicherheit sowie der Kostendämpfung erwartet werden kann.

Die nachfolgende Analyse der Auswirkungen basiert im Wesentlichen auf den Ergebnissen qualitativer Interviews mit vier ExpertInnen (VertreterInnen der Versicherer, Pharmaindustrie und Behörden), dem Austausch mit der Fachabteilung des BAG und der Auswertung relevanter Dokumente und bestehender Datengrundlagen.

## 3.2. Auswirkungen

### 3.2.1. Auswahlkriterien und betroffene Arzneimittelgruppen

Mit der Massnahme «differenzierte WZW-Prüfung» würde dem Bundesrat die Kompetenz übertragen, festzulegen, wie und wann die periodische Überprüfung von Leistungen nach den Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) erfolgen soll. Nach welchen Kriterien der Bundesrat diese Überprüfungen genau festlegen will, wird in der Botschaft nicht weiter konkretisiert. In der vorliegenden Untersuchung wurden Akteure deshalb gefragt, welches geeignete Auswahlkriterien wären. Sowohl VertreterInnen der Pharmaindustrie als auch der Versicherer erachten den jährlichen Umsatz eines Produktes als sinnvollen Schwellenwert. Häufigkeit und Tiefe der Überprüfungen vom Preis eines Produktes abhängig zu machen, erachten die Befragten als nicht sinnvoll. Ein Umsatzschwellenwert hiesse, dass vor allem Arzneimittel mit einem grossen Budgetimpact geprüft würden: Teure Arzneimittel generell und günstige Arzneimittel mit einem grossen Volumen und hohem Umsatz würden weiterhin überprüft. Günstige Arzneimittel mit nur geringem Umsatz würden nur noch selten oder gar nicht mehr überprüft.

Diverse GesprächspartnerInnen sind der Ansicht, dass tiefpreisige Produkte mit geringen Umsätzen nur noch selten überprüft werden sollten, weil bei diesen das Risiko am grössten sei, dass sie aus der SL gestrichen würden. Es könne auch gänzlich auf eine Überprüfung verzichtet werden. Hingegen seien häufigere Überprüfungen sinnvoll bei teuren, innovativen Arzneimitteln, bei denen auch noch Unsicherheiten bezüglich der tatsächlichen Wirksamkeit bestünden.

### 3.2.2. Auswirkungen auf die Arzneimittelkosten

#### **Erzielte Preissenkungen 2021**

Auswertungen des BAG zu Preissenkungen bei Originalpräparaten zeigen, dass im Jahr 2021 bei 280 Präparaten Preissenkungen durchgesetzt wurden. Daraus resultierte eine Kosteneinsparung im Umfang von ca. 76 Mio. CHF. Für die vorherigen Jahre hat das BAG Einsparungen in einer ähnlichen Grössenordnung berechnet (2019: ca. 70 Mio. CHF; 2020: ca. 79 Mio. CHF). Die Angaben basieren auf Fabrikabgabepreisen, zudem wurden für diese Auswertung nur Preissenkungen bei Originalpräparaten berücksichtigt<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> Die hier dargestellten Einsparungen sind tiefer als die kommunizierten Einsparungen in den Medienmitteilungen des BAG. Gemäss BAG liegt dies einerseits daran, dass die kommunizierten Einsparungen auf Basis der Publikumspreise berechnet wurden und die vorliegende Zahl auf Fabrikabgabepreisen basiert. Andererseits basiert die vorliegende Zahl auf einer Auswertung, welche nur für die Originalpräparate vorgenommen wurde. Medial kommunizierte Einsparungen berücksichtigen auch die Ergebnisse der Überprüfung von Zweitanmeldepräparaten (bspw. Generika, Biosimilars, Co-Marketing).

Im Jahr 2020 wurden dieselben Präparate überprüft wie im Jahr 2017. Die Einsparungen 2020 waren aber geringer als 2017. Gemäss BAG lässt sich dies damit begründen, dass die Schweizer Preise einerseits mit den Preisen im Ausland verglichen werden. Sofern es nicht zu Preissenkungen im Ausland komme und die Wechselkurse stabil seien, würden sich die Schweizer Preise den ausländischen Preisen irgendwann soweit annähern, dass keine weiteren Einsparungen resultieren würden. Dasselbe gelte für den therapeutischen Quervergleich, wo das Arzneimittel mit anderen Präparaten in der Schweiz verglichen werde. Hier können zwar Preissenkungen der Vergleichspräparate zu neuen tieferen Preisen führen, aber auch bei diesem Vergleich hätten die Vergleichspräparate irgendwann alle etwa dasselbe Preisniveau.

Ein Vertreter der Versicherer weist noch darauf hin, dass das Potenzial für Preissenkungen dank neuen Arzneimitteln erhalten bliebe.

#### **Preissenkungen bei Umsatzschwellenwert**

In den Gesprächen wurde wie erwähnt ein Umsatzschwellenwert als Differenzierungskriterium vorgeschlagen. Gemäss einem Vertreter der Versicherer könnte ein Umsatzschwellenwert wie folgt konkretisiert werden:

- Produkte mit einem Umsatz > 1 Mio. CHF
- Produktgruppen mit einem Umsatz > 10 Mio. CHF
- die jährlich 400 ausgabenintensivsten Präparate (bzgl. OKP-Ausgaben)
- spezifische Wirkstoffe mit einem Umsatz >10 Mio. CHF

Nachfolgend werden die Auswirkungen der beiden ersten Vorschläge auf die Preissenkungen dargestellt.<sup>6</sup> Als Datengrundlage dient eine nicht publizierte Auswertung des BAG zu den Preissenkungen bei Originalpräparaten im Jahr 2021 auf Basis Fabrikabgabepreis.

Würden nur Produkte mit einem jährlichen Umsatz von über 1 Mio. CHF überprüft, wären noch bei 92 Originalpräparaten Preissenkungen verfügt worden (= 34% der effektiv 280 Originalpräparaten mit Preissenkungen). Damit wären aber noch immer 94% der Gesamteinsparungen durch Preissenkungen bei Originalpräparaten erreicht worden (vgl. Tabelle 1). Daraus lässt sich schliessen, dass mit diesem Schwellenwert im Jahr 2021 deutlich weniger Originalpräparate hätten überprüft werden müssen, um annähernd die gleichen Gesamteinsparungen zu erreichen.

Analog dazu wurde die Berechnung auch für den zweiten Schwellenwert von Arzneimitteln mit einem Umsatz von über 10 Mio. CHF durchgeführt. Wiederum basierend auf den Zahlen des BAG wird in Tabelle 1 ersichtlich, dass im Jahr 2021 noch bei 12 Originalpräparaten Preissenkungen verfügt worden wären. Die mit diesen Präparaten erreichten Preissenkungen

---

<sup>6</sup> Zu den ausgabenintensivsten Präparaten sowie zu Umsatzzahlen spezifischer Wirkstoffe liegen uns keine Angaben vor.

umfassten insgesamt 39 Mio. CHF, was im Jahr 2021 rund 52% der Gesamteinsparungen entsprach (vgl. Tabelle 1). Auch die Berechnung auf Basis dieses Schwellenwertes zeigt also, dass deutlich weniger Originalpräparate hätten überprüft werden müssen, um rund die Hälfte der Gesamteinsparungen im Jahr 2021 zu erreichen.

**Tabelle 3: Auswirkungen von Umsatzschwellenwerten auf die Preissenkungen 2021**

Vorgeschlagene Schwellenwerte für gezielte Überprüfungen	Anzahl Originalpräparate mit Preissenkungen	Anteil an effektiven Originalpräparaten mit Preissenkung	Einsparung	Anteil an effektiver Einsparung 2021
Produkte mit einem jährlichen Umsatz > 1 Mio. CHF	92	34%	ca. 71 Mio. CHF	94%
Produkte mit einem jährlichen Umsatz > 10 Mio. CHF	12	5%	ca. 39 Mio. CHF	52%

Tabelle INFRAS. Quelle: BAG.

Die Ergebnisse aus der Tabelle 1 zeigen, dass eine differenzierte WZW-Prüfung unter Berücksichtigung des Umsatzes durchaus sinnvoll sein kann. Durch eine gezieltere Überprüfung von Arzneimitteln basierend auf festgelegten Schwellenwerten könnte damit die Anzahl überprüfter Produkte erheblich verringert werden, ohne dabei relevante Einbussen bei den Gesamteinsparungen hinnehmen zu müssen.

### **Auswirkungen einer häufigeren Überprüfung**

Das BAG hält im Bericht an die SGK-N (BAG 2022b) fest, dass sehr teure Arzneimittel in bestimmten Fällen häufiger überprüft und ihre Preise enger überwacht werden sollen.

Auswertungen des BAG zeigen, dass aus der Überprüfung einer kleinen Selektion von teuren und/oder umsatzstarken Arzneimitteln, die ein jährliches Umsatzvolumen von mehr als 20 Mio. CHF ausmachen, 20 bis 50% der erzielten Einsparungen resultierten. Dies zeige, dass es sich lohne, bei den Überprüfungen mehr auf die teuren, umsatzstarken Präparate zu konzentrieren als auf die günstigen und umsatzschwachen.

In Bezug auf das Einsparpotenzial der Massnahme kritisieren VertreterInnen der Pharmaindustrie, dass mit vermehrten Prüfungen zwar Preissenkungen und somit Einsparungen erreicht werden könnten, diese im Verhältnis zum gesamten Kostenvolumen des Gesundheitswesens aber nur ein geringes Gewicht hätten. Weiter wurde argumentiert, dass eine höhere Frequenz nicht höhere Kosteneinsparungen generieren würde. Wenn heute bei einer dreijährlichen Überprüfung die Preise im Schnitt um 15% gesenkt werden könnten, dann sei bei einer jährlichen Überprüfung nur noch eine Preissenkung von einem Drittel, also von ca. 5% zu erreichen. Ein Vertreter der Versicherer weist allerdings darauf hin, dass dadurch auf mögliche

Preissenkungen infolge von Preisanpassungen im Ausland (z.B. aufgrund von Wechselkursänderungen) verzichtet würde. Das daraus resultierende Kosteneinsparpotenzial sei gross. Versicherer fordern denn auch ein Antrags- und Rekursrecht, das ihnen erlauben würde, sich bei der Preisfestsetzung und den Preisverhandlungen einzubringen.

Nach häufigen Überprüfungen seien gemäss Pharmafirmen nur mehr geringe Preissenkungen möglich. Würden in einer ersten Überprüfung noch relevante Preissenkungen erreicht, wären diese in den folgenden jährlichen Überprüfungen deutlich geringer. Eine jährliche Überprüfung würde jedoch den administrativen Aufwand deutlich erhöhen, weil für jede Überprüfung diverse Unterlagen geliefert werden müssten. Es sei deshalb nicht garantiert, dass durch häufigere Überprüfungen langfristig auch tatsächlich Kosteneinsparungen erreicht würden.

### 3.2.3. Auswirkungen auf den Aufwand von Zulassungsinhaberinnen und BAG

Gemäss Schätzung des BAG stehen der Sektion Arzneimittelüberprüfungen des BAG zur Durchführung aller Überprüfungen von Arzneimitteln zurzeit rund 12 Vollzeitstellen zur Verfügung (inkl. JuristInnen). Bei maximalen Kosten von rund 180'000 CHF pro Vollzeitstelle (Lohnklasse 24, inkl. Infrastruktur) ergeben sich damit Kosten in der Höhe von rund 2 Mio. CHF für die Überprüfung von Arzneimitteln.

Gemäss BAG seien grundsätzlich zum jetzigen Zeitpunkt zu wenig Ressourcen vorhanden, um alle Aufgaben zu erledigen. Beim Abschluss der dreijährlichen Überprüfung komme es deshalb jeweils zu Verzögerungen. Bei einer differenzierten WZW-Prüfung sind gemäss BAG keine Änderungen zu erwarten. Mit einem geringeren Umfang der Überprüfungen durch eine differenzierte WZW-Überprüfung wäre allerdings die fristgerechte Umsetzung der Überprüfungen besser möglich als heute.

Von Seiten Pharmaindustrie wird befürchtet, dass bei einer Einführung der differenzierten WZW-Prüfung nicht mehr klar sei, wann das BAG welche Produkte überprüft haben möchte. Dadurch würde die Planungssicherheit der Pharmafirmen leiden. Gemäss BAG müsste sich das BAG auch nach der geplanten Gesetzesänderung stets an die Vorgaben des Bundesrates halten. Der Bundesrat seinerseits sei bei der Definition der Vorgabe ebenfalls nicht frei, da die bundesrätliche Verordnungen dem Vernehmlassungsgesetz unterliegen würden.

### 3.2.4. Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit

Grundsätzlich sind sich alle befragten Akteure einig, dass eine wiederholte Überprüfung von sehr günstigen Arzneimitteln dazu führen könnte, dass sie für die Zulassungsinhaberin irgendwann nicht mehr rentabel sein würde. Hinzu käme zurzeit auch noch die Problematik steigender Rohstoffpreise. Die Folge könne sein, dass die Pharmafirmen die betroffenen Arzneimittel aus dem Schweizer Markt zurückziehen würden.

Gemäss BWL hat es im letzten Jahr etwa 20 Marktrückzüge bei den meldepflichtigen Wirkstoffen gegeben (Arzneimittel wird von SL gestrichen). Gefährdet im Sinne eines möglichen Rückzugs seien u.a. folgende Medikamentengruppen:

- Opioide
- Parkinsonmedikamente
- Gewisse Zytostatika
- Antidepressiva
- Antiepileptika
- Antipsychotika
- Schmerzmittel wie Paracetamol oder Ibuprofen
- Antiinfektiva
- Herz-Kreislauf Präparate
- Antihistaminika

Generell bestehe das Risiko von Marktrückzügen insbesondere bei Arzneimitteln mit einem Publikumspreis unter 20 CHF bzw. einem Fabrikabgabepreis unter 10 CHF. Besonders gefährdet seien auch Arzneimittel, welche nur in Spitälern eingesetzt werden, weil da auch noch hohe Preisrabatte fällig würden. Solche reinen Spitalpräparate sind oftmals nicht in der SL gelistet.

In vielen Fällen könnten zurückgezogene Arzneimittel nur durch teurere Alternativen ersetzt werden. Zur Veranschaulichung dieses Problems wurde von einem weiteren Gesprächspartner als Beispiel berichtet, dass bereits heute bei Antikoagulantien die Ablösung alter Medikamente (MARCOUMAR, SINTROM) durch neuere Produkte (XARELTO, ELIQUIS) beobachtet werden könne. Die Tagestherapiekosten würden bei MARCOUMAR bei 0.16 CHF, bei XARELTO hingegen bei 2.87 CHF liegen. Dieses Beispiel zeige, dass Alternativen zu älteren Produkten erheblich teurer sein können. Verschiedene InterviewpartnerInnen beurteilen deshalb eine differenzierte WZW-Prüfung als zweckmässig. Es wird erwartet, dass dadurch die Versorgungssicherheit bei niedrigpreisigen Arzneimitteln verbessert werden kann.

### 3.3. Fazit

Arzneimittel, die auf der SL gelistet sind, müssen heute gemäss KVG in gleichbleibender Tiefe regelmässig auf Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit überprüft werden (WZW-Prüfung). Die Massnahme «Differenzierte WZW-Prüfung nach Artikel 32 KVG» sieht vor, dass der Bundesrat in einer Verordnung festlegen würde, welche Produkte mit welcher Häufigkeit und in welcher Tiefe auf die WZW-Kriterien überprüft werden sollen.

Würde ein Umsatzschwellenwert von 1 Mio. CHF eingeführt, wären basierend auf Angaben des BAG noch bei einem Drittel der 2021 überprüften Originalpräparaten Preissenkungen

verfügt worden. Damit hätten aber immer noch 94% der Gesamteinsparungen erreicht werden können. Durch eine gezieltere Überprüfung von Arzneimitteln basierend auf festgelegten Schwellenwerten könnte damit die Anzahl überprüfter Produkte erheblich verringert werden, ohne dabei relevante Einbussen bei den Gesamteinsparungen hinnehmen zu müssen. Teure Arzneimittel und günstige Arzneimittel, die mit einem grossen Volumen trotzdem noch einen hohen Umsatz erzielen, würden weiterhin überprüft. Bei älteren, eher günstigen und umsatzschwachen Arzneimitteln würden dagegen weitere Preissenkungen verhindert. Das Risiko, dass die ZulassungsinhaberIn das Arzneimittel vom Markt zurückzieht, würde sinken. Dadurch würde wiederum die Versorgungssicherheit profitieren.

## 4. Netzwerke zur koordinierten Versorgung

### 4.1. Ausgangslage

#### Heutige Situation

Gemäss Bericht des BAG findet die koordinierte Versorgung in der Schweiz heute teilweise über die besonderen Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer statt (BAG 2022b). Zu nennen sind hier insbesondere diejenigen Modelle, die über ein reines Gatekeeping hinausgehen, insbesondere HMO-Modelle. Es sind bislang nur wenige multidisziplinäre integrierte Netzwerke entstanden.

Die meisten Netze sind als Gruppenpraxen organisiert, denen mehrere HausärztInnen angeschlossen sind. Die Integration von SpezialistInnen und weiteren ambulant und stationär tätigen Leistungserbringern ist noch nicht ausreichend entwickelt. Die Netzwerke decken damit noch nicht die gesamte Versorgungskette ab.

Das schweizerische Gesundheitssystem und seine Finanzierung sind im Wesentlichen auf die Behandlung akuter Fälle ausgelegt. Für die Behandlung von PatientInnen, die an mehreren chronischen Krankheiten leiden, werden zu wenig umfassend versorgt. Die Bedeutung der koordinierten Versorgung ist gemäss Botschaft des Bundesrates zu den Kostendämpfungsmassnahmen (Bundesrat 2022b) im Hinblick auf die demografische Entwicklung gross: In Zukunft wird es in der Schweiz mehr ältere Menschen geben und damit auch mehr Menschen, die an mehreren chronischen Krankheiten (Multimorbidität) leiden. Diese Menschen beanspruchen mehr Leistungen des Gesundheitssystems als der Durchschnitt der Bevölkerung. Insbesondere bei PatientInnen mit chronischen Krankheiten, die oftmals eine Multimorbidität aufweisen, ist es wichtig, dass die Versorgung koordiniert und gut aufeinander abgestimmt ist, da in der Regel mehrere ÄrztInnen und weitere Gesundheitsfachleute, Spitäler und Institutionen involviert sind.

#### Massnahme «Netzwerke zur koordinierten Versorgung»

Gemäss Botschaft zu den Kostendämpfungsmassnahmen (Bundesrat 2022b) ist ein Netzwerk zur koordinierten Versorgung (NkV) als Einrichtung definiert, die Leistungen nach den Artikeln 25-31 KVG ambulant und koordiniert erbringt und zusätzlich die Koordination über die ganze Versorgungskette mit weiteren Leistungserbringern ausserhalb des Netzes sicherstellt. Das Netzwerk zur koordinierten Versorgung erbringt – anders als die bestehenden Einrichtungen der ambulanten Krankenpflege durch ÄrztInnen nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben KVG – nicht nur ärztliche, sondern auch pflegerische und therapeutische Leistungen. Es besteht somit aus einem interprofessionellen und interdisziplinären Betreuungsteam.

Die Ausgestaltung der Netzwerke zur koordinierten Versorgung ist in der Botschaft wie folgt angedacht:

- Das NkV kann als Einrichtung «unter einem Dach» oder als regionales Netzwerk ausgestaltet werden.
- Es besteht mindestens aus einem Koordinationszentrum unter ärztlicher Leitung und weiteren angestellten Gesundheitsfachpersonen. Es rechnet alle von ihm erbrachten Leistungen gegenüber den Versicherern als ein einziger Leistungserbringer ab.
- Dem Koordinationszentrum können vertraglich weitere ambulant tätige oder stationäre Leistungserbringer angeschlossen sein (ApothekerInnen, Organisationen der ambulanten Krankenpflege und Hilfe zu Hause, PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen, ErnährungsberaterInnen, SpezialärztInnen, Pflegeheime, Spitäler usw.).
- Das Netzwerk zur koordinierten Versorgung kann PatientInnen, die eine Untersuchung oder Behandlung durch einen Leistungserbringer benötigen, der nicht dem Netzwerk zur koordinierten Versorgung angeschlossen ist, an alle weiteren, zugelassenen Leistungserbringer überweisen. Der Zugang zu diesen Netzen wird zudem allen offenstehen, unabhängig davon, welches Versicherungsmodell die PatientInnen gewählt haben.
- Die Finanzierung der Zusatzkosten, die durch die Koordination komplexer Fälle entstehen, ist in Vereinbarungen zwischen den Netzwerken zur koordinierten Versorgung und den Versicherern geregelt. Es geht darum, die mit der Komplexität bestimmter Fälle verbundenen besonderen Anforderungen zu berücksichtigen.
- Die Zulassung der Netzwerke zur koordinierten Versorgung setzt einen kantonalen Leistungsauftrag voraus, in dem insbesondere die zu erbringenden Leistungen und der zeitliche und örtliche Tätigkeitsbereich festgelegt sind. Diese kantonalen Leistungsaufträge müssen eine ideale und ausgewogene Abdeckung des Versorgungsangebots in allen Regionen und auch interregional ermöglichen. Ein Netzwerk zur koordinierten Versorgung kann mehrere Kantone abdecken. Die betroffenen Kantone müssen in diesem Fall deshalb einen gemeinsamen Leistungsauftrag für das Netzwerk festlegen.
- Die Netzwerke sind allen OKP-Versicherten zugänglich, unabhängig von der Versicherungsform, in der sie versichert sind.

Der Bundesrat wird Minimalstandards festlegen für:<sup>7</sup>

- die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Netzwerk zur koordinierten Versorgung angestellten Fachpersonals;
- die Verträge mit den ans Netzwerk angeschlossenen Leistungserbringern;

---

<sup>7</sup> Weitere Anforderungen werden noch allenfalls auf Verordnungsebene festgelegt.

- die Verträge zwischen den Netzwerken zur koordinierten Versorgung und den Versicherern oder deren Verbänden betreffend die Finanzierung der Zusatzkosten aufgrund der weitergehenden Koordination komplexer Fälle.

### **Fragen und erwarteten Auswirkungen**

Basierend auf dem Austausch mit dem BAG wurden für die vorliegende Untersuchung folgende Fragestellungen definiert:

- Welche Kosteneinsparungen sind gegenüber dem Status Quo zu erwarten, wenn die NkV wie in der Botschaft angedacht, umgesetzt würden? Status Quo bezeichnet den Zustand einer fragmentierten Versorgung, bei der die PatientInnen selber verschiedene Leistungserbringer koordinieren müssen, was zu Doppelspurigkeiten, aber auch zu Fehl- und Überversorgung führen kann.
- Welche Verbesserungen sind infolge der Massnahme zu erwarten, insbesondere in Bezug auf die Behandlung/Therapierung und die Koordination und die Lebensqualität der PatientInnen (z.B. weniger Leid)?
- Inwieweit könnten unerwünschte Wirkungen (z.B. Mengenausweitungen) auftreten?
- Wie sind koordinierte Versorgungsmodelle in Österreich organisiert? Welche Erkenntnisse könnten daraus für die Schweiz abgeleitet werden?

Gestützt auf die Ausführungen in der Botschaft werden von der Massnahme «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» folgende Wirkungen erwartet:

- Ältere Menschen, die oft an mehreren chronischen Krankheiten (Multimorbidität) leiden, profitieren am meisten von NkV.
- PatientInnen profitieren von den NkV, weil sie die Qualität der erbrachten Leistungen und des gesamten Behandlungsprozesses gewährleisten. Dank der Koordination werden Fehler und Doppelspurigkeiten verhindert, unnötige und überflüssige Behandlungen werden vermieden. PatientInnen erhalten leicht Zugang zu einer umfassenden, interprofessionellen und interdisziplinären Beratung zu den Behandlungsmöglichkeiten. Krankheits- oder krankheitsgruppenspezifische Netzwerke erlauben die Bündelung von Expertenwissen und damit insbesondere eine verbesserte Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer seltenen Krankheit. Die Übergänge von einer Einrichtung zur anderen (Spital, Pflegeheim, Rehabilitation, Spitex) werden besser koordiniert und das psychosoziale Umfeld der PatientInnen wird besser berücksichtigt.
- Die angemessene Betreuung einer Patientin oder eines Patienten wird durch das Versorgungsnetz und insbesondere durch das elektronische Patientendossier jederzeit gewährleistet. Schwere Fällen und chronische Krankheiten werden interprofessionell betreut.

- Von der Beteiligung an einem NkV profitieren auch die Gesundheitsfachpersonen:
  - Die Leistungserbringer in Randregionen können auf ein erweitertes Patientennetz und eine umfassendere Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern zurückgreifen.
  - Der Informationsaustausch wird vereinfacht.
  - Es ist möglich, mit einem Netzwerk zur koordinierten Versorgung zusammenzuarbeiten und gleichzeitig eine eigene Praxis zu betreiben.
  - Für die Gesundheitsfachpersonen reduziert sich der administrative Aufwand, da der grösste Teil der administrativen Arbeit vom Netz selbst geleistet wird. Dadurch können auch Synergien genutzt und Kosten reduziert werden.
  - Sie können einfacher Teilzeit arbeiten.
- Dank der Koordination bleiben die Gesundheitskosten besser unter Kontrolle, was die Prämienerwicklung positiv beeinflusst.
- Verschiedene nationale und internationale Studien und Reviews zeigen, dass eine integrierte und koordinierte Versorgung dazu beiträgt, die Behandlungsqualität zu verbessern und Kosten zu senken.

Die nachfolgende Analyse der Auswirkungen der Massnahme «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» basiert auf einer Auswertung relevanter Dokumente und den Ergebnissen qualitativer Interviews mit fünf ExpertInnen (Vertretende Gesundheitsorganisationen, Leistungserbringer, Kantone und Versicherer) sowie dem Austausch mit dem BAG.

## 4.2. Auswirkungen

Die Massnahme betrifft AllgemeinmedizinerInnen, Fachärztinnen, pflegerische und therapeutische Berufe, Versicherer und in geringerem Masse auch die Kantone. Die Versicherten werden die Begünstigten der Massnahme sein, insbesondere ältere Patientinnen, und/oder PatientInnen mit chronischen und mehreren Erkrankungen.

### 4.2.1. Bildung von NkV

Um die Auswirkungen auf die Gesundheitskosten durch die Einführung von NkV abschätzen zu können, haben wir versucht zu eruieren, inwieweit mit der Umsetzung der Massnahme überhaupt neue Netzwerke entstehen würden. Zusätzlich haben wir Einschätzungen zum Aufwand für die Bildung und den Betrieb von NkV erhoben.

#### **Bildung von Netzwerken zur koordinierten Versorgung**

Die Auswirkungen auf die Leistungserbringer werden von den befragten ExpertInnen unterschiedlich beurteilt:

Eine befragte Person geht davon aus, dass sich Netzwerke bilden werden, dass sie sich aber individuell organisieren werden. Da die Zulassungsvoraussetzungen für NkV nicht im Detail definiert wurden,<sup>8</sup> sei eine Vielfalt von Strukturen zu erwarten. Dies sollte es bestehenden hausarztorientierten Versorgungsformen (Gruppenpraxen, HMO, Ärztenetze usw.) erlauben, sich zu einem Netzwerk zur koordinierten Versorgung weiterzuentwickeln, ohne dass sie ihre Struktur von Grund auf ändern müssten. Die Vielfalt der möglichen Strukturen sollte es den Akteuren ermöglichen, sich auf die für sie am besten geeignete Weise zu organisieren, um ein Netzwerk zur koordinierten Versorgung aufzubauen, das sowohl den Bedürfnissen der betroffenen PatientInnen als auch ihren eigenen Bedürfnissen entspricht. Jedes Netzwerk werde dann selber entscheiden, wie es arbeiten möchte. Ob dabei alle involvierten Fachpersonen (ApothekerInnen, Organisationen der ambulanten Krankenpflege und Hilfe zu Hause, PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen, ErnährungsberaterInnen, SpezialärztInnen, Pflegeheime, Spitäler usw.) im Netzwerk angestellt sind oder ob gewisse in anderer Form vertraglich verbunden sind, hänge von der Struktur des Netzwerkes ab und nicht zuletzt davon, wie gewährleistet ist, dass das Netzwerk das erforderliche Fachpersonal aufweist. In der Regel dürfte dieses wie auch in einem Spital mit Anstellungsverhältnissen gewährleistet sein. Ein wesentlicher Unterschied zu bestehenden Netzwerken wäre, dass alle OKP-Versicherten unabhängig von der Versicherungsform, in der sie versichert sind, Netzwerke zur koordinierten Versorgung als Leistungserbringer wählen könnten.

Eine andere befragte Person geht grundsätzlich ebenfalls davon aus, dass sich NkV entwickeln könnten. Da die Gesetzesvorlage aber eine «kann»-Formulierung vorsieht, liesse sich nicht abschätzen, wie viele NkV schlussendlich entstehen werden. Eine Studie des OBSAN hätte aber gezeigt, dass es (zum damaligen Untersuchungszeitpunkt) gegen 170 grössere und kleinere Initiativen im Bereich der koordinierten Versorgung gab.<sup>9</sup> Diese lassen vermuten, dass auch NkV gegründet würden, die sich an den Bedürfnissen der PatientInnen und Leistungserbringer orientieren würden. Unterschiede könnte es evtl. zwischen den Sprachregionen geben. In der Romandie sei die Bedeutung staatlicher Organe höher, in der Deutschschweiz sei der Wettbewerb wichtiger. Entsprechend würden den Bedürfnissen angepasste Netzwerke entstehen. Die befragte Person erwartet auch, dass Leistungserbringer in mehreren Netzwerken teilnehmen könnten, vor allem wenn Netzwerke entstehen würden, die sich nur um bestimmte Arten von Krankheiten kümmern würden (z. B. Lungenkrankheiten oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen).

Eine andere befragte Person geht davon aus, dass ein NkV im Hinblick auf eine ideale Versorgung ungefähr 250 000 Personen abdecken könnte. Dies hiesse, dass idealerweise zwischen

<sup>8</sup> Zulassungsvoraussetzungen gemäss Artikel 37a Absatz 1 Entwurf KVG.

<sup>9</sup> Schusselé Fillietaz, S., Kohler, D., Berchtold, P. & Peytremann-Bridevaux, I. 2017: Soins intégrés en Suisse. Résultats de la 1re enquête (2015–2016) (Obsan Dossier 57). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

40-50 NkV entstehen sollten. Der Wert beruht gemäss der befragten Person auf der Annahme, dass die im NkV behandelten PatientInnen einen Durchschnitt über alle Krankheiten darstellen (nicht nur multimorbide oder chronisch kranke Patienten).

Noch eine andere befragte Person sieht die Gründung von NkV als unwahrscheinlich an. ÄrztInnen und Spitexorganisationen hätten generell keine Kapazitäten und würden deshalb nicht ein NkV organisieren wollen. Allenfalls könnten NkV im Zusammenhang mit Spitälern entstehen. Für bestehende Ärztenetzwerke sei der administrative Aufwand zu gross, wenn sie als NkV tätig sein möchten (siehe Abschnitt «Administrativer Aufwand»). Die befragte Person sieht generell keine Notwendigkeit für eine gesetzliche Regelung von NkV. Die Zusammenarbeit unter den Leistungserbringern würde nicht besser werden, wenn ÄrztInnen in NkV angestellt seien.<sup>10</sup> Ihrer Meinung nach würden andere Faktoren dazu führen, dass vermehrt Netzwerke entstehen würden (u.a. die Digitalisierung und die Präferenz junger ÄrztInnen, sich anstellen zu lassen, statt selbstständig tätig zu sein). Junge ÄrztInnen scheinen es vorzuziehen, in einer Gemeinschaftspraxis angestellt zu sein, da dies ihnen mehr Flexibilität bei den Arbeitszeiten bietet. Dies gilt insbesondere für Frauen, die mehr Teilzeit arbeiten. Der Health Policy Survey 2022 bestätigt diesen Trend.

Ausserdem gäbe es auch ohne gesetzliche Regelung schon Managed Care und Netzwerke.<sup>11</sup> Letztere würden auch Spitexorganisationen und Spitäler integrieren (z.B. Limmatspital, Medix Bern, Lindenhof-Gruppe). Auch die Koordination mit den Pflegeheimen sei schon ein Thema (im Sarganserland seien Spitexorganisation, Pflege und Psychiatrie integriert). In einem NkV würde dies nicht funktionieren, weil das Modell der NkV bedeuten würde, dass Mitarbeitende von Spitexorganisationen in grösseren Städten in mehreren NkV angestellt sein müssten.

Eine mögliche Anschubfinanzierung zur Gründung von NkV wird von den Befragten unterschiedlich beurteilt. Eine befragte Person würde eine Anschubfinanzierung begrüssen, weil der Aufbau einer NkV aufwendig ausfallen könnte. Eine andere befragte Person anerkennt, dass eine Anschubfinanzierung Anreize zur Bildung von NkV schaffen könnte. Es würden aber schnell hohe Kosten entstehen. Eine angemessene Entschädigung für die Koordination komplexer Fälle wäre aus Sicht dieser Person wirksamer.

### **Aufwand für Bildung eines NkV**

Gemäss mehreren befragten ExpertInnen wird die Gründung eines NkV mit einem gewissen Initialaufwand verbunden sein (geeignete Partner identifizieren, rechtliche und organisatorische

<sup>10</sup> Rechtlich sind diese HausärztInnen gemäss BAG selbstständig oder Angestellte der Netzwerke je nach Rechtsform der jeweiligen Praxen.

<sup>11</sup> Im Jahr 2020 praktizierten laut FMH-Statistik 38 500 ÄrztInnen in der Schweiz, 20'300 davon im ambulanten Sektor (Hostettler S., Kraft E. 2021). 33% arbeiten in Einzelpraxen und 67% in Gruppenpraxen (OBSAN 2023). Gemäss Medswiss.net sind 3'500 in Netze organisiert und ca. 1'000 weitere, die nicht Mitglieder sind (Einschätzung), was 22% aller ÄrztInnen entspricht.

Aspekte festlegen, Strukturen aufbauen usw.). Der Aufwand dafür dürfte vergleichbar sein mit dem Aufwand für bereits bestehende Netzwerkformen. Eine Grössenordnung für den Aufwand konnte die betreffende Person aber nicht angeben, da der Aufwand von vielen Faktoren abhängig sei (z.B. Anzahl und Variabilität angeschlossener Leistungserbringer, involvierte Disziplinen, betreute Patientenkollektive etc.).

### **Mögliche Zusatzkosten eines NkV**

Gemäss Botschaft des Bundesrates würde ein Netzwerk zur koordinierten Versorgung mindestens aus einem Koordinationszentrum unter ärztlicher Leitung und weiteren angestellten Gesundheitsfachpersonen bestehen (Bundesrat 2022b). Gemäss einer befragten Person könnte dies dazu führen, dass die NkV dafür zusätzliches Fachpersonal einstellen müsste. Die befragten Personen konnten keine Angaben zu den Kosten machen, die dadurch entstehen würden.

Gemäss einer befragten Person entstünde Leistungserbringern, die in mehreren NkV tätig seien, administrativer Aufwand, der nicht durch den für die Koordination komplexer Fälle vorgesehenen Tarif ausgeglichen wäre. Dies könne dazu führen, dass die HausärztInnen praktisch dazu gezwungen würden, nur an ausgewählten NkV teilzunehmen.

Eine andere befragte Person sieht einen grossen Aufwand darin, dass ÄrztInnen in NkV anders abrechnen müssten: Wenn ein Leistungserbringer eine Leistung im Rahmen des NkV erbringt, würde das NkV diese Leistung dem Versicherer in Rechnung stellen und gleichzeitig den Leistungserbringer bezahlen. Heute seien ÄrztInnen in Ärztenetzwerken eigenständig, sie hätten mit verschiedenen Versicherern Verträge. Wenn sie sich zusätzlich einem NkV anschliessen würden, dann müssten sie sich für ausgewählte Leistungen anstellen lassen. Die Leistungserbringer (ÄrztInnen, PhysiotherapeutInnen etc.) müssten also jeweils prüfen, ob sie den PatientInnen (Tiers garant), den Versicherern (Tiers payant) oder dem NkV eine Rechnung stellen müssen. Einen solchen Aufwand würden ÄrztInnen von Ärztenetzwerken nicht in Kauf nehmen wollen.

Eine weitere befragte Person sieht ebenfalls zusätzliche Kosten dadurch, dass die Behandlungen nicht an die Versicherer oder die Patienten abgerechnet werden, sondern über das Netzwerk. In der Anfangsphase könne es deshalb zusätzliche Bearbeitungskosten zwischen Leistungserbringer und Versicherern geben. Den befragten Personen war es jedoch nicht möglich, eine Grössenordnung für diese Zusatzkosten anzugeben.

Aufgrund von Dokumentenanalysen gehen wir davon aus, dass bei einem NkV im Vergleich zu nicht in Netzwerken zusammengeschlossenen Leistungserbringern zusätzliche (initiale) Kosten für die IT-Infrastruktur anfallen könnten. Eine OBSAN-Studie (Schusselé et. al 2017) hat gezeigt, dass die damals 170 Initiativen zur Integration der Gesundheitsversorgung im Durchschnitt fünf verschiedene Informationssysteme verwenden (elektronische Patientenakten,

Kommunikationssysteme zwischen Gesundheitsdienstleistern und Instrumente für den Austausch zwischen PatientInnen und Leistungserbringern).

### **Auswirkungen auf Einkommen und Umsatz der Leistungserbringer**

Eine befragte Person sieht die Schaffung von NkV als Chance für die Leistungserbringer. Andere Leistungserbringer könnten dagegen einen Einkommensverlust erleiden. Die Gründung von NkV würde eine Chance für HausärztInnen darstellen, da sie ihnen Zugang zu neuen PatientInnen verschaffen würden. Dies gelte auch für SpezialistInnen. Allerdings würden PatientInnen, die einem Netzwerk angehören, nicht mehr frei zu FachärztInnen gehen können. Dies könnte für die SpezialistInnen einen Einkommensrückgang bedeuten.

Dasselbe gelte für Spitäler, die heute von Aufenthalten profitieren, die aus mangelnder Koordination resultieren.

Zum Umfang möglicher Einkommens- und Umsatzeinbussen haben wir keine Angaben erhalten.

#### **4.2.2. Auswirkungen auf die Versicherer und Kantone**

Gemäss den befragten Personen fallen auf Seiten der Versicherer und der Kantone zusätzliche Kosten für NkV an. Diese werden nachfolgend kurz ausgeführt.

### **Zusatzkosten der Versicherer für die Entschädigung von Koordinationsleistungen**

Gemäss Botschaft würde die Finanzierung der Zusatzkosten, die durch die Koordination komplexer Fälle entstehen, in Vereinbarungen zwischen den NkV und den Versicherern geregelt. Bei den Versicherern fallen somit Zusatzkosten für die Tarifverhandlungen und für die Entschädigung der Koordinationsleistung an. Zu diesen Zusatzkosten haben wir nur vereinzelte Aussagen erhalten: Eine befragte Person weist darauf hin, dass die Tarifverhandlungen erfahrungsgemäss für alle Tarifpartner zeitaufwendig seien.

Eine andere befragte Person wünscht sich, dass Leistungserbringer auch ohne NkV einen Koordinationstarif für nicht medizinische Leistungen erhalten würden. Über die Tarifposition «Arbeit in Abwesenheit des Patienten» liesse sich bspw. bereits ein Teil des Koordinationsaufwands abrechnen.

Dennoch hätten die Leistungserbringer keinen Anreiz, diese Position umfassend zu nutzen, da die Versicherer ihre Wirtschaftlichkeit kontrollieren würden (z.B. die in An-/Abwesenheit investierte Zeit pro PatientIn). Einige Versicherer haben laut einer befragte Person Leistungsanreize geschaffen, z.B. ein Bonussystem, das Fälle belohnt, in denen das zuvor festgelegte Budget nicht erreicht wird, oder auch eine pauschale Vergütung für die Koordination (im Fall eines Versicherers hörten wir von einer Pauschale pro Person und Jahr).

### **Zusatzaufwand bei Versicherern für Anerkennung von NkV**

Den Versicherern entstünde des Weiteren Aufwand im Zusammenhang mit der Anerkennung der Netzwerke als neue Leistungserbringer. Nach Angaben einer befragten Person, müssten die Versicherer ihre Methoden der Rechnungskontrolle anpassen. Die Versicherer würden Vergleichsdatenbanken verwenden, um mögliche Fehler oder überhöhte Rechnungen zu identifizieren. Bisher seien die Leistungserbringer separat abgerechnet worden. Da NkV eine neue Art von Leistungserbringer darstellen würden, gäbe es für sie zu Beginn keine Vergleichsmöglichkeiten. Dieses Problem würde sich jedoch mit der Zeit lösen.

### **Zusatzaufwand bei Kantonen für Vergabe von Leistungsaufträgen**

Gemäss einer befragten Person entstehen den Kantonen Kosten bei der Vergabe der Leistungsaufträge. Sie müssten dabei prüfen, dass die Versorgung in allen Regionen und auch interregional ausgewogen abgedeckt werde. Der Aufwand konnte von der befragten Person jedoch nicht quantifiziert werden.

### **Weitere Einschätzungen der befragten Personen**

Die befragten Personen gehen nicht davon aus, dass die Kantone eine Planung erstellen werden, wie sie es im Rahmen der Spitäler tun. Falls sie jedoch eine solche Planung erarbeiten würden, dann könnten die Kosten bis zu 30 % der Kosten für eine Spitalplanung ausmachen (wobei keine konkreten Angaben zu den Kosten einer Spitalplanung gemacht werden konnten). Gemäss der befragten Person sei dies eine sehr grobe Schätzung, die zusätzlich von der Grösse des Kantons, der Anzahl der Leistungserbringer und der Patientenmobilität abhängt. Es wäre eventuell möglich, den Aufwand für die Erstellung eines Leistungsauftrags mit den Spitex-Organisationen, die in den meisten Kantonen mit Aufnahmepflicht bereits bestehen, zu vergleichen.

## **4.2.3. Auswirkungen auf Versorgungsqualität und Gesundheitskosten**

### **Versorgungsqualität**

Gemäss den befragten Personen sollten die NkV die Koordination mit weiteren Leistungserbringern ermöglichen, die bisher nicht koordiniert waren (PsychologInnen, PhysiotherapeutInnen, Apotheken, Pflegeheimen, Spitexorganisationen, usw.). Insbesondere chronisch Kranke mit Multimorbidität würden besser koordiniert, es würden weniger Untersuchungen (z.B. MRI) durchgeführt, ihre Medikamente würden besser aufeinander abgestimmt etc. Dadurch würden Komplikationen reduziert, die Lebensqualität der PatientInnen würde steigen und es gäbe weniger Leid.

Gemäss den befragten Personen gebe es unzählige Studien, welche zum Schluss gelangt sind, dass integrierte Versorgung zu Kosteneinsparungen führe. Die meisten würden sich aber auf bestimmte Krankheiten beziehen und liessen sich deshalb nicht 1:1 auf die NkV übertragen. Stellvertretend sei hier die Studie von Brüngger et al. 2014 erwähnt. Diese liefert Hinweise, dass die medizinische Versorgung in der Schweiz in den vorhandenen Managed-Care-Netzwerken besser koordiniert werde als im «ungesteuerten» Teil des Gesundheitswesens. Gerade bei den chronischen Erkrankungen und damit, wegen der demografischen Entwicklung, vor allem bei der älteren immer multimorbider werdenden Bevölkerung, biete diese Versorgungsform gewisse Effizienz- und Qualitätsvorteile. Die Studie stellt insbesondere fest, dass Managed-Care-Versicherte in Bezug auf verschiedene Indikatoren<sup>12</sup> besser abschneiden. So haben Managed-Care-Versicherte beispielsweise weniger Antibiotikaverschreibungen oder sie erhalten weniger lange Benzodiazepine verschrieben. Ältere Managed-Care-PatientInnen weisen zudem weniger häufig potenziell inadäquate Medikationen auf, bei denen Medikamente verschrieben werden, die gemeinsam eingenommen zu unerwünschten Nebenwirkungen führen können. Bagatellerkrankungen werden bei Managed-Care-Versicherten weniger häufig in Spitalambulatorien behandelt, was auf eine effizientere Behandlungsform schliessen lässt. Einzig bei den bildgebenden Verfahren zeigen sich keine Unterschiede zwischen Managed-Care- und Standard-Versicherten. Die Studie empfiehlt ausserdem, bei der vulnerablen Gruppe der von der Sozialhilfe unterstützten Personen eine verbesserte Koordination durch Ärztenetzwerke oder andere Koordinationsmassnahmen zu prüfen. Gemäss Studie sind SozialhilfeempfängerInnen deutlich leistungsintensiver als der Durchschnitt und verursachen auch höhere Gesundheitsausgaben als Versicherte, die nicht vom Sozialamt unterstützt werden.<sup>13</sup>

Die Studie von Widmer und Kohler (2015) zeigt, dass eine optimale koordinierte Versorgung für eine qualitativ hochstehende Versorgung über die Behandlungsketten hinweg von zentraler Bedeutung ist, weil insbesondere die Übergänge besonders anfällig für Koordinationsprobleme seien. Eine bessere Koordination bei PatientInnen nach einem Krankenhausaufenthalt habe die Rate der Rehospitalisierungen senken können.

Eine Studie von Camenzind und Petrini (2014) zeigt ausserdem, dass ältere Personen mit einer persönlichen Koordinationsstelle («Medical Home»)<sup>14</sup> besser versorgt würden (u.a. würden sie besser informiert, stärker in Entscheidungen einbezogen etc.).

---

<sup>12</sup> Qualitätsindikatoren (verschiedene Arten der Medikamentenverschreibung), Effizienzindikatoren (Häufigkeit von bildgebenden Verfahren und Behandlung von Bagatellerkrankungen) sowie Inanspruchnahme von Leistungen bei chronischen Krankheiten.

<sup>13</sup> Insgesamt verursachen sie jährlich durchschnittlich rund 1'700 CHF höhere Gesundheitsausgaben als Versicherte, die nicht vom Sozialamt unterstützt werden (Brüngger et al. 2014).

<sup>14</sup> Befragte mit «Medical Home» sind Personen, bei denen ein/eine ÄrztIn oder ein Gesundheitszentrum die medizinische Behandlung verlässlich koordiniert, die Krankengeschichte kennt und innert nützlicher Frist zur Verfügung steht.

Gemäss Botschaft können sich jegliche PatientInnen in einem NkV behandeln lassen, unabhängig vom gewählten Versicherungsmodell. D.h. es könnten sich auch PatientInnen mit geringfügigen Beschwerden in einem NkV behandeln lassen. Für diese PatientInnen sehen die befragten Personen keinen grossen Nutzen, sie sehen aber auch keine negativen Auswirkungen.

### **Weitere Einschätzungen der befragten Personen**

Eine befragte Person betont, dass der Zugang zu NkV im Hinblick auf die Wirksamkeit von NkV nicht an ein bestimmtes Versicherungsmodell gebunden werden dürfe. Dies sei wichtig, um eine Risikoselektion durch die Versicherer zu verhindern.

Eine andere befragte Person sprach an, dass eine bessere Koordination nur dann möglich ist, wenn die Freiheit des Patienten eingeschränkt wird. Wenn der/die PatientIn andere Leistungserbringer konsultiert, ohne seinen Arzt/seine Ärztin darüber zu informieren, könnte dies die Wirksamkeit der Koordination verringern und damit das mit der Vorlage angestrebte Einsparungspotenzial schmälern.

### **Auswirkungen auf die Gesundheitskosten**

Um die Grössenordnung möglicher Kosteneinsparungen von NkV abschätzen zu können, haben wir Studien zu Managed Care herangezogen:

- Gemäss Rocks et al. 2020 zeigen verschiedene nationale und internationale Studien und Reviews, dass eine integrierte und koordinierte Versorgung dazu beiträgt, die Behandlungsqualität zu verbessern und Kosten zu senken.
- Kauer (2017) untersucht die langfristigen Effekte von Managed Care-Modellen auf Kosteneinsparungen, Sterberate und die Nutzung der Leistungen. Die Studie kommt zum Schluss, dass die Kosteneinsparungen mit einem Managed Care-Modell erheblich und nachhaltig sind. Die Kosteneinsparungen seien dabei einerseits auf weniger Konsultationen und andererseits auf weniger Tage in Spitalbehandlung zurückzuführen. Das Einsparpotenzial wird auf 18% bis 51% beziffert. Lehman, Zweifel (2004) sprechen von 40% Kostenreduktion (in Kauer 2017 erwähnt).
- Die Studie von Brüngger et al. (2014) zeigt, dass bei Managed-Care-Versicherte für die Behandlung von ausgewählten Chronikergruppen deutlich geringere Gesundheitsausgaben anfallen.

### **Kosteneinsparpotenzial durch bessere Koordination**

Das BAG geht in seinem Bericht an die SGK-N von einem Einsparpotenzial in der Höhe von mehreren hundert Millionen CHF aus. Dieses Potenzial basiert auf folgender Überlegung: Ältere Menschen, die oft an mehreren chronischen Krankheiten (Multimorbidität) leiden, könnten

von Netzwerken zur koordinierten Versorgung am meisten profitieren. Bei der Schweizer Wohnbevölkerung über 65 Jahre haben aber nur 3.5% ein HMO-Modell gewählt. Wenn man berücksichtigt, dass Personen ab 60 Jahre rund die Hälfte der gesamten Gesundheitskosten in der Schweiz verursachen (43,6 Mrd. CHF von insgesamt 83,3 Mrd. CHF), kann davon ausgegangen werden, dass durch Netzwerke zur koordinierten Versorgung ein sehr grosses Einsparpotenzial in der Höhe von mehreren hundert Millionen Franken besteht.

Eine grobe Schätzung unsererseits ergibt eine ähnliche Grössenordnung. Wir sind dabei von folgender Überlegung ausgegangen:

- Die Gesundheitskosten der Bevölkerung ab 65 Jahre belaufen sich auf 38 Mrd. CHF.<sup>15</sup>
- Gemäss der IHP-Umfrage bei der älteren Bevölkerung (Pahud 2021) leiden 47% der Bevölkerung ab 65 Jahren an zwei oder mehr diagnostizierten chronischen Erkrankungen.<sup>16</sup> Die Gesundheitskosten der Bevölkerung ab 65 Jahren mit Multimorbidität betragen damit mindestens 18 Mrd. CHF (47% von 38 Mrd. CHF).
- Wenn wir davon ausgehen, dass die Kosten der KVG-pflichtigen Leistungen etwa 55% der gesamten Gesundheitskosten ausmachen,<sup>17</sup> dann belaufen sich die KVG-pflichtigen Kosten für die Bevölkerungsgruppe ab 65 Jahren mit Multimorbidität auf mindestens 10 Mrd. CHF (55% von 18 Mrd. CHF).
- Gemäss einer Studie von ZHAW/INFRAS (Brunner et al. 2019) beträgt das Effizienzpotenzial infolge mangelnder Koordination zwischen 2% und 3% der Kosten KVG-pflichtiger Leistungen in ausgewählten Leistungsbereichen.<sup>18</sup> Wenn wir davon ausgehen, dass vor allem Versicherte mit multimorbiden Erkrankungen einen Koordinationsbedarf haben, dann ergibt sich alleine für die Bevölkerung ab 65 Jahren mit Multimorbidität ein Einsparpotenzial von mindestens 250 Mio. CHF pro Jahr (2.5% von 10 Mrd. = 250 Mio. CHF/a).

Der Wert dürfte unterschätzt sein, weil Versicherte mit Multimorbidität überdurchschnittlich hohe Kosten haben dürften und weil er nicht die gesamte Bevölkerung berücksichtigt.

<sup>15</sup> BFS: Gesundheitskosten nach Altersklasse und Geschlecht, 2020, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/kosten-finanzierung/kosten.assetdetail.22324798.html>

<sup>16</sup> Pahud 2021.

<sup>17</sup> Brunner et al. 2019: Im Jahr 2016 lagen die Kosten der KVG-pflichtigen Leistungen bei 45.3 Mrd. CHF (5'500 CHF pro Kopf). Dies entspricht einem Anteil von 56% an den gesamten Gesundheitskosten in Höhe von 80.5 Mrd. CHF.

<sup>18</sup> Die berücksichtigten Leistungsbereiche sind stationäre Akutsomatik, stationäre Psychiatriebehandlung, ambulante Akutsomatik, ambulante ärztliche Behandlung, ambulante Psychiatrie- und Psychologiebehandlung, Laboranalysen, Radiologie, Medikamente und therapeutische Apparate. Die Bandbreite von 2-3% bezieht sich auf zwei Szenarien: Das Lower-Bound-Szenario schätzt das Einsparpotenzial durch besser koordinierte Versorgung, wenn alle Versicherten im Standard- und Bonusmodell in das am wenigsten restriktive MC-Modell Telmed ohne Budgetmitverantwortung von Ärzten wechseln. Das Upper-Bound-Szenario schätzt das Einsparpotenzial durch bessere Koordination in der Versorgung, wenn alle Versicherten in das restriktivste Versicherungsmodell, ein HMO-Modell mit Budgetmitverantwortung (mit entsprechender Franchisestufe), wechseln.

### **Auswirkungen auf die Menge der erbrachten Leistungen**

Eine der befragten Personen befürchtet, dass strikt profitorientierte NkV Mengenausweitung betreiben könnten, wenn die Abgeltung für die Koordination zu grosszügig ausgestaltet sei. Versicherten mit Bagatellerkrankungen bspw. könnten unnötige Leistungen verordnet werden. Evtl. sei es auch einfacher, eine Leistung bei einem Partner-Leistungserbringer des Netzwerks zu verordnen. Der Kanton, der den Leistungsauftrag vergibt, müsse deshalb die Möglichkeit haben, den Auftrag zu entziehen.

Eine andere Person erwartet keine Mengenausweitung und auch keine Überversorgung. Sie begründet dies damit, dass es nicht an Angeboten fehle, sondern an der Koordination. Eine andere Person weist darauf hin, dass heute schon Mengenausweitung betrieben werde. Ein Viertel aller Leistungen sei unnötig und es käme heute häufig zu Doppelspurigkeiten, u.a. wegen mangelnder Koordination. Mit den NkV werde sich diese Mengenausweitung eher reduzieren, weil besser koordiniert werde. Die Tatsache, dass die Kantone die Einrichtung von NkV genehmigen müssen, würde ebenfalls ein Überangebot verhindern. Es könne ausserdem davon ausgegangen werden, dass die Kantone ÄrztInnen, die keine Zulassung erhalten würden, nicht zu einem NkV zulassen würden.

### **Weitere Einschätzungen der Akteure zu den Kostenentwicklungen**

Eine befragte Person geht davon aus, dass NkV vor allem PatientInnen zugutekommen würden, die an mehreren chronischen Krankheiten leiden. Sie weist noch darauf hin, dass sich die Höhe der Abgeltung für Koordination auf die Kosteneinsparungen auswirken könnte. Ist die Abgeltung zu freizügig, wäre der Einspareffekt tiefer. Wäre sie aber zu tief, würde sich der Anreiz reduzieren, sich an einem NkV zu beteiligen. Dies würde dazu führen, dass keine oder nur sehr wenige Netzwerke entstehen.

Nach Ansicht einer befragten Person müssten NkV neben den pflegerischen und therapeutischen Leistungserbringern auch noch weitere Akteure einbeziehen. PatientInnen mit psychischen Problemen bspw. würden zusätzlich eine Koordination mit den Sozialdiensten oder den ArbeitgeberInnen erfordern. Auch sollten die Angehörigen von PatientInnen in die Behandlung einbezogen werden. Eine frühere Intervention durch frühzeitige Triage an die richtigen Netzwerk-Partner könnten eine Chronifizierung/Verschlimmerung der gesundheitlichen/sozialen Situationen verhindern. Eine Integration der sozio-ökonomischen Dimensionen würde es ermöglichen, komplexe Fälle besser zu begleiten, ihre Verschlimmerung zu verhindern und so die Kosten für die Gesellschaft und nicht nur für das Gesundheitssystem zu senken (längerer Arbeitsausfall, der sich auf die Sozialversicherungen auswirkt).

### 4.3. Netzwerke in Österreich

#### Hintergrund

2013 führte Österreich eine Reform der Gesundheitspolitik durch, welche die Gründung von Primärversorgungseinheiten (PVE) zum Ziel hatte. Das 2017 in Kraft getretene Bundesgesetz über die Primärversorgung enthält die wichtigsten Regelungen zu Anforderungen, zum Leistungsumfang und zur Gründung von PVE.

Mit der Einführung der neuen Primärversorgung werden bessere Ergebnisse bei der Behandlungsqualität assoziiert, sie soll ausserdem die PatientInnen in den Mittelpunkt stellen (z.B. im Hinblick auf längere Öffnungszeiten oder die Koordination der Versorgung). Die neue Primärversorgung berücksichtigt zudem die Bedürfnisse der jüngeren Generationen im Hinblick auf die Work-Life-Balance und die Arbeit im Team. Letztlich sollen die Verbesserungen durch die neue Primärversorgung auch nachhaltige, gesamtwirtschaftliche Effekte mit sich bringen (z.B. Reduktion der Krankenhausaufenthalte).<sup>19</sup>

Ziel war es bis 2021 75 Primärversorgungseinheiten in ganz Österreich umzusetzen und den Anteil der in den Primärversorgungseinheiten versorgten Bevölkerung zu erhöhen.<sup>20</sup>

#### Ausgestaltung/Organisation

Die Primärversorgungseinheit kann in Form eines Zentrums oder in Form eines Netzwerks aufgebaut sein.

- Zentrum: Mindestens drei ÄrztInnen für Allgemeinmedizin, die bisher Einzelordinationen betrieben haben, führen ihre Ordinationen an einen Standort zusammen. Eine PVE als Zentrum kann von einer Gruppenpraxis oder einem gemeinnützigen selbstständigen Ambulatorium betrieben werden. Gesellschafter einer Gruppenpraxis können ausschliesslich ÄrztInnen sein, Gesellschafter eines Trägers eines selbstständigen Ambulatoriums können auch Nicht-ÄrztInnen sein, wobei nur gemeinnützige Träger in Betracht kommen.
- Netzwerk: Beim Primärversorgungsnetzwerk behalten die ÄrztInnen ihren Ordinationsstandort, über dem Netzwerk wird als verbindende Klammer eine Form der Zusammenarbeit (z.B. ein Verein oder eine Gesellschaft) implementiert. Es kommen zwei Unterformen in Betracht:
  1. Sämtliche ÄrztInnen bleiben mit ihren Einzelordinationen mit Kassenvertrag selbstständige Einzelunternehmer. Über das gemeinsame «Dach» werden Personal- und Infrastrukturkosten geteilt und die Zusatzzahlungen der Sozialversicherungsträger vereinbart.

<sup>19</sup> Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger 2019: Monitoring der neuen Primärversorgung. Eine Machbarkeitsanalyse.

<sup>20</sup> Bevölkerung: 9,1 Mio. <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/bevoelkerungsstand/bevoelkerung-zu-jahres-/quartalsanfang>

2. Eine andere Variante ist die Schaffung einer Gruppenpraxis, die die ehemaligen Einzelordinationsstandorte disloziert mitbetreibt.

### Ähnlichkeiten und Unterschiede zur Schweiz

- In beiden Fällen können sich die Fachkräfte als Praxis unter einem Dach oder als Netzwerk organisieren, um multiprofessionellen und interdisziplinären Gesundheitsdienstleistungen anzubieten.
- Eine PVE muss von drei Allgemeinmediziner\*innen eröffnet werden. Diese Anforderung gibt es bei den NkV nicht.
- Eine PVE kann aus Praktikern bestehen, die von dem Zentrum oder dem Netzwerk angestellt sind, oder aus vertraglich gebundenen Selbstständigen gebildet werden.
- Bei einer PVE werden mehr und detailliertere Anforderungen an Organisation, Funktionsweise, Standort, Zusammensetzung, Zielgruppe, Umfang der Leistungen usw. gestellt als an eine NkV.
- Die Ziele einer PVE sind weiter gefasst: Es geht nicht nur darum, die Qualität der Versorgung zu verbessern und die Kosten durch eine bessere Koordination zu senken, sondern auch darum, die Dienstleistungen zu erweitern (bessere Zugänglichkeit) und die Lebensqualität der Pflegekräfte zu verbessern.
- Es steht ein Budget zur Verfügung, welches dazu verwendet werden kann, die Eröffnung von PVE finanziell zu unterstützen. Die Unterstützung erfolgt im Rahmen einer Anschubfinanzierung sowie weiteren Unterstützungsleistungen der öffentlichen Hand.

### Erste Erkenntnisse/Erfahrungen

Derzeit gibt es 39 Primärversorgungseinheiten (PVE) in sieben Bundesländern,<sup>21</sup> davon vor allem PV-Zentren (29) und nur wenige Netzwerke.<sup>22</sup> Da weniger PVE eröffnet wurden, als ursprünglich angestrebt, wurde 2022 eine zusätzliche Unterstützung von 100 Mio. Euro aus dem Europäischen Resilienzfonds gewährt, die zu den 200 Mio. Euro Haushaltsmitteln hinzukam, die mit der Verabschiedung des Gesetzes im Jahr 2017 zugewiesen wurden.<sup>23</sup> Die Rechtsgrundlage wurde ebenfalls angepasst, um die Gründung von PVE zu erleichtern. So soll es künftig auch möglich sein, spezialisierte Primärversorgungseinheiten für Kinder und Jugendliche zu betreiben. Für alle PVE soll zudem das Auswahlverfahren vereinfacht werden, damit die Gründung

<sup>21</sup> [https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.879327&portal=oegkvportal#:~:text=Prim%C3%A4rversorgungseinheiten%20in%20%C3%96sterreich,\(PVE\)%20in%20sieben%20Bundesl%C3%A4ndern.](https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.879327&portal=oegkvportal#:~:text=Prim%C3%A4rversorgungseinheiten%20in%20%C3%96sterreich,(PVE)%20in%20sieben%20Bundesl%C3%A4ndern.)

<sup>22</sup> Die Zahlen stammen aus der gleichen Organisation, die Gesundheitskasse, stimmen jedoch nicht überein (29 Zentren und 4 Netzwerke). Die Broschüre muss älter sein als die auf ihrer Seite angegebene Gesamtzahl: <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/load?contentid=10008.750982&version=1644482364>

<sup>23</sup> Österreichische Sozialversicherung 2018: Die Stärkung der Primärversorgung in Österreich – ein erster Zwischenstand. Soziale Sicherheit. 1/2018: <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.714441&version=1518433009>

für die ÄrztInnen schneller und unbürokratischer erfolgen kann. Die Aufgabenprofile der unterschiedlichen Gesundheitsberufe, die in den PVE-Teams zusammenarbeiten, wurde zudem geschärft und erweitert.<sup>24</sup>

Auf der Webseite des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz sind einige Expertenmeinungen aufgeführt.<sup>25</sup> Sie alle gehen in die Richtung einer höheren Zufriedenheit von PatientInnen und Fachkräften. Die Arbeit im Rahmen einer PVE würde eine bessere Work-Life-Balance ermöglichen, da die KollegInnen ihre Arbeitszeiten besser aufteilen können, was auch die Möglichkeit eines längeren Urlaubs biete.<sup>26</sup> Die bessere Zeitaufteilung ermögliche zudem längere und flexiblere Öffnungszeiten, was auch den PatientInnen zugutekomme. Ausserdem würde die/der PVE-ManagerIn die Fachkräfte bei der Administration entlasten, weshalb sie sich stärker auf die PatientInnen konzentrieren können. Ein Vertreter des grössten Versicherers (80% Marktanteil) weist schliesslich auf sichtbare Ergebnisse auf systemischer Ebene hin: «Die Evaluierungen einzelner PVE deuten in die Richtung, dass Spitalaufenthalte tatsächlich gesenkt werden können».

#### 4.4. Fazit

In der Schweiz gibt es bislang nur wenige multidisziplinäre integrierte Netzwerke. Die bestehenden Ärztenetzwerke decken noch nicht die gesamte Versorgungskette ab. Die Massnahme «Netzwerke zur koordinierten Versorgung»(NkV) sieht deshalb vor, dass sich Gesundheitsfachpersonen zu einem interprofessionellen und interdisziplinären Betreuungsteam zusammenschliessen können. NkV würden ärztliche, pflegerische und therapeutische Leistungen koordinieren und «aus einer Hand» erbringen. Sie träten gegenüber den Versicherern als ein Leistungserbringer auf. Die Koordination komplexer Fälle würde über einen Koordinationstarif entschädigt. Die Zulassung eines NkV würde ausserdem einen kantonalen Leistungsauftrag voraussetzen.

Eine koordinierte Versorgung würde dazu beitragen, unnötige Leistungen zu vermeiden und die Behandlungsqualität zu erhöhen. Daneben könnten auch Kosteneinsparungen erwartet werden. Die Schätzung des BAG geht von mehreren hundert Millionen Franken aus und basiert darauf, dass ältere Menschen mit Multimorbidität am meisten von NkV profitieren könnten, aber erst 3.5% ein HMO-Modell gewählt haben. Eine grobe Schätzung basierend auf den KVG-pflichtigen Kosten für die Bevölkerung ab 65 Jahren mit Multimorbidität (ca. 10 Mrd. CHF, eher unterschätzt) und einem Schätzwert für das Effizienzpotenzial infolge mangelnder Koordination von 2-3% ergibt ein Kosteneinsparpotenzial von 250 Mio. CHF. Die effektiven

---

<sup>24</sup> <https://www.vienna.at/primaerversorgung-in-oesterreich-soll-ausgebaut-werden/7269683>

<sup>25</sup> <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/gesundheitspolitik/expertenmeinungen.html>

<sup>26</sup> <https://www.xn--primversorgung-3kb.at/fragen-und-antworten-zur-primaerversorgung/>

Kosteneinsparungen hängen schlussendlich davon ab, wie viele NkV entstehen und wie viele PatientInnen künftig in einem solchen Netzwerk behandelt werden.

Den möglichen Kosteneinsparungen steht der Aufwand für den Aufbau und die Abwicklung von Fällen über NkV gegenüber. Dieser Punkt ist bei den befragten InterviewpartnerInnen sehr umstritten. Ein wichtiger Faktor dürfte auch der Tarif sein, mit welchem die Zusatzkosten, die durch die Koordination von komplexen Fällen entstehen, finanziert werden. Ist er zu gering, würde der Aufbau von NkV behindert. Allenfalls wäre eine Anschubfinanzierung wie in Österreich denkbar.

## 5. Faire Referenztarife

### 5.1. Ausgangslage

#### Heutige Situation

Seit dem 1. Januar 2012 können die Versicherten für die stationäre Behandlung unter den Spitälern, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jeder des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspitäler), frei wählen (sog. erweiterte Spitalwahl). Der Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilmässig höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt (vgl. Art. 41 Abs. 1bis KVG). Damit sind die Kantone verpflichtet, bei ausserkantonalen Wahlbehandlungen den Tarif eines ihrer Listenspitäler, das die betreffende Behandlung erbringt, als sog. Referenztarif heranzuziehen.<sup>27</sup> Wie dieser Referenztarif festzulegen ist, wenn mehrere Listenspitäler des Wohnkantons die betreffende Behandlung erbringen, regelt das KVG nicht. Die Festlegung des Referenztarifs liegt damit grundsätzlich im Ermessen der Kantone (Bundesrat 2022b).<sup>28</sup>

Die Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung (BAG 2019) ergab Hinweise, dass verschiedene Kantone Referenztarife festlegen, die sich am tiefsten Tarif eines Spitals aus der kantonalen Spitalliste orientieren und damit für den Versicherten unattraktiv sind. Die von den eidgenössischen Räten angenommenen Motion 18.3388 der SGK-N «Faire Referenztarife für eine schweizweite freie Spitalwahl»<sup>29</sup> hält fest, dass einige Referenztarife für ausserkantonale Behandlungen entgegen dem Willen des Parlaments so angesetzt seien, dass sie deutlich unter den real angewendeten Tarifen des Wohnkantons liegen. Damit könne die freie Spitalwahl nicht voll umgesetzt werden. Der angestrebte Wettbewerb zwischen den Spitälern werde untergraben. Der Bundesrat teilt diese Einschätzung, und erklärte sich mit der Annahme der Motion der SGK-N einverstanden (Bundesrat 2022b).

#### Massnahme «Faire Referenztarife»

Der Bundesrat erarbeitete zur Umsetzung der Motion 18.3388 im Rahmen des Kostendämpfungspakets 2 einen Vorschlag für eine präziserer Regelung zur Festlegung der Referenztarife

<sup>27</sup> Bei einer Behandlung in einem ausserkantonalen Spital, das auf der Spitalliste des entsprechenden Wohnkantons aufgeführt ist und bei ausserkantonalen Hospitalisierungen aus medizinischen Gründen (bei einem Notfall oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht in einem Listenspital des Wohnkantons angeboten werden (vgl. Art. 41 Abs. 3bis KVG) und eine Kostengutsprache vorliegt) wird der Referenztarif nicht benötigt (vgl. Bundesrat 2022a).

<sup>28</sup> Die GDK (2019) empfiehlt, dass für die Festlegung des Referenztarifs in der Regel ein mit den Patientenströmen gewichteter Tarif aus den relevanten Tarifen der Spitäler der Spitalliste des Wohnkantons der behandelten Person zur Anwendung kommt. Der Referenztarif soll nach Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation differenziert werden. Eine weitere Differenzierung – bspw. für Universitätsspitäler – ist gemäss Empfehlung der GDK möglich.

<sup>29</sup> Motion 18.3388 der SGK-N vom 18 Mai 2018 (vgl. <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20183388>).

durch die Kantone. Um zu tiefe Referenztarife zu verhindern, sollen sich die Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen nach dem Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital richten, das die Behandlung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt (Bundesrat 2022b). Die Versicherer und der Wohnkanton sollen die Vergütung anteilmässig nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals übernehmen.

In Absprache mit dem BAG gehen wir für die vorliegende Analyse davon aus, dass die Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen entsprechend der Motion 18.3388 neu grundsätzlich den höchsten Tarifen für eine vergleichbare Leistung in einem Spital auf der Spitalliste des jeweiligen Wohnkantons entsprechen würden. Zudem müssten die Referenztarife nach Spitaltyp differenziert werden (Annahme INFRAS: Differenzierung nach universitär und nicht-universitär). Ausserkantonale Behandlungen dürften jedoch höchstens zum Tarif des Standortspitals vergütet werden.

### **Fragen und erwartete Wirkungen**

Unter Berücksichtigung des übergeordneten Ziels der Abschätzung des Kosteneinsparpotenzials der Massnahmen und der spezifischen Fragen des BAG zur Massnahme «Faire Referenztarife» stellen sich folgende Fragen:

1. Inwiefern müssten die Referenztarife erhöht bzw. in ihrer Struktur angepasst werden?
2. Wie würden sich die höheren Referenztarife auf die Wahlfreiheit der PatientInnen und den interkantonalen Wettbewerb zwischen den Spitälern auswirken?
3. Wie würden sich die höheren Referenztarife auf die Anzahl ausserkantonomer Hospitalisierungen auswirken?
4. Wie würde sich die Veränderung bei den ausserkantonomer Hospitalisierungen auf die Kosten, die Tarife und die Qualität der Spitälern auswirken?
5. Welche Auswirkungen hätten die höheren Referenztarife auf die PatientInnen (inkl. Versorgungsqualität), die Versicherungen und die Kantone?

Gestützt auf die Ausführungen des Bundesrats (2022a, 2022b) und die Motion der SGK-N werden von der Massnahme «Faire Referenztarife» folgende Auswirkungen erwartet:

- Die höheren Referenztarife würden die freie Spitalwahl der PatientInnen verbessern. Damit würden auch die Bedingungen für den kantonsübergreifende Wettbewerb zwischen den Spitälern verbessert.
- Aufgrund der höheren Referenztarife würden sich mehr PatientInnen bei einer stationären Wahlbehandlung für ein ausserkantonales Spital entscheiden, das nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons, aber auf derjenigen des Standortkantons aufgeführt ist.

- Durch die Zunahme der ausserkantonalen Behandlungen in Spitälern, die im Vergleich zu den Spitälern auf der Spitalisten des Wohnkantons für dieselben Leistung günstiger wären, könnten die Kosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) sinken, wenn sich die für die Versorgung notwendige Kapazität innerhalb des Kantons reduzieren würde.
- Die Massnahme würde zu einem Anreiz für die Kantone führen, einzelnen Spitälern nicht höhere Tarife als für die Gewährleistung der Versorgung notwendig zuzugestehen, weil diese höheren Tarife auch jedem ausserkantonalen Spital gewährt werden müssten. Dies könnte ebenfalls zur Kostendämpfung beitragen.

Nachfolgende Analyse der Auswirkungen der Massnahme «Faire Referenztarife» basiert auf einer Auswertung relevanter Dokumente und Daten sowie den Ergebnissen qualitativer Interviews mit vier ExpertInnen (Vertretende der Kantone, der Versicherer sowie der öffentlichen und der privaten Spitäler).

## 5.2. Auswirkungen

### 5.2.1. Auswirkungen auf die Referenztarife

Zur Abschätzung der Auswirkungen der Massnahme «Faire Referenztarife» auf die von den Kantonen festzusetzenden Referenztarife gehen wir von der heutigen Situation aus. Die Auswertung der von den Kantonen für das Jahr 2023 (vereinzelt 2022) festgelegten Referenztarife für die Akutsomatik zeigt Folgendes:<sup>30</sup>

- Die meisten Kantone unterscheiden zwischen einem Referenztarif für Universitätsspitäler und einem Referenztarif für nicht-universitäre Spitäler. Teilweise differenzieren die Kantone nach weiteren Spitaltypen (z.B. Geburtshäusern und/oder Kinderspitäler) oder Leistungsgruppen. Mehrere Kantone (z.B. BS, GR, JU, NE, VS) legen einen einheitlichen Referenztarif fest.
- Knapp 60 Prozent der Kantone orientieren sich beim Referenztarif an einem mittleren Tarif, etwas über 40 Prozent am tiefsten Tarif der innerkantonalen Spitäler.<sup>31</sup> Einzelne Kantone geben explizit an, die Referenztarife aufgrund eines gewichteten Durchschnitts zu bestimmen.
- Die Referenztarife für die nicht-universitäre Spitäler bewegen sich in den meisten Kantonen zwischen CHF 9'500 und CHF 9'800. Die Referenztarife für Kinder- und Universitätsspitäler liegen in vielen Kantonen zwischen CHF 10'400 und CHF 10'800. In vier Kantonen (FR, NE, VS,

<sup>30</sup> Als Grundlage zu den von den Kantonen festgesetzten Referenztarifen verwendeten wir die Übersicht der GDK zu den kantonalen Spitalisten und Spitaltarifen, Stand 10. Februar 2023 (vgl. GDK 2023).

<sup>31</sup> Die ausserkantonalen Spitäler, die sich auf der Spitaliste des entsprechenden Kantons befinden, wurden bei diesem Vergleich nicht berücksichtigt.

TI) ist der Referenztarif in nicht-universitären Spitälern (teilweise ohne Differenzierung für universitäre Spitäler) mit zwischen CHF 8'800 und CHF 9'200 auffallend tief.

Bei der Einführung der Massnahme «Faire Referenztarife» müssten die Kantone die Referenztarife in etwa wie folgt erhöhen:<sup>32</sup>

- Die meisten Kantone müssten die Referenztarife für nicht-universitäre Spitäler um ca. CHF 20 bis CHF 300 erhöhen. Bei den vier Kantonen mit auffallend tiefen Referenztarifen würde die Erhöhung CHF 500 bis CHF 900 betragen.
- Die Kantone, die heute keinen spezifischen Referenztarif für universitäre Spitäler kennen, müssten einen entsprechenden Tarif einführen. Der Referenztarif müsste für diesen Spitaltyp um ca. CHF 500 bis CHF 1'500 erhöht werden.

### 5.2.2. Auswirkungen auf die Wahlfreiheit

#### **Auswirkungen der höheren Referenztarife auf die Wahlfreiheit der PatientInnen**

Die höheren und teilweise stärker differenzierten Referenztarife würden die Wahlfreiheit der PatientInnen grundsätzlich verbessern. Für PatientInnen (ohne Spitalzusatzversicherungen) würde die Wahl eines ausserkantonalen Spitals bis zur Höhe des Referenztarifs attraktiver, weil sie die bisher nicht vergüteten Kosten nicht mehr selbst tragen müssten. Die freie Spitalwahl würde insbesondere in Kantonen gestärkt, die auffallend tiefe Referenztarife aufweisen. Zudem würde die Wahlfreiheit in Kantonen verbessert, die heute noch keinen spezifischen Referenztarif für universitäre Spitäler kennen.

Wir teilen die Einschätzung des Bundesrats und der SGK-N, dass die grössere Wahlfreiheit der PatientInnen die Bedingungen für den kantonsübergreifenden Wettbewerb zwischen den Spitälern grundsätzlich verbessern würde.

### 5.2.3. Auswirkungen auf die ausserkantonalen Hospitalisierungen

#### **Charakteristiken der ausserkantonalen Hospitalisierungen**

Im Jahr 2021 liessen sich 1'431'775 in der Schweiz wohnhafte Personen in einem Spital in der Schweiz hospitalisieren (BFS 2022).<sup>33</sup> 262'714 PatientInnen (bzw. 18.4%) liessen sich ausserhalb

<sup>32</sup> Bei der Abschätzung der Erhöhung der Referenztarife verzichteten wir auf die Auswertung der Tarife der ausserkantonalen Spitäler, die sich auf der Spitalliste des jeweiligen Kantons befinden.

<sup>33</sup> Von den gesamtschweizerisch 1'431'775 Hospitalisierungen erfolgten 1'187'641 (bzw. 82.9%) in der Akutsomatik, 66'837 (bzw. 4.7%) in der Psychiatrie, 64'056 (bzw. 4.5%) in der Rehabilitation und 113'241 (bzw. 7.9%) in anderen Spezialkliniken (BFS 2022, Standardtabellen, eigene Berechnungen gestützt auf Tabelle B1 Herkunft der stationären Fälle nach Typ und Kanton des Krankenhauses 2021).

ihres Wohnkantons behandeln.<sup>34</sup> Der Anteil der ausserkantonalen Hospitalisierungen ist je nach Kanton sehr unterschiedlich.<sup>35</sup> In der Akutsomatik hat sich der Anteil der ausserkantonalen Hospitalisierungen der Schweizer Wohnbevölkerung in den letzten Jahren von 11.4 Prozent im Jahr 2011 auf 15.0 Prozent im Jahr 2021 erhöht.<sup>36</sup>

Die Charakteristiken der ausserkantonalen Hospitalisierungen in der Akutsomatik (vgl. BFS 2018) weisen darauf hin, dass die interkantonalen Patientenströme heute vor allem medizinisch entschieden werden. Rund ein Drittel der ausserkantonalen Hospitalisierung betreffen Notfälle. Bei den rund zwei Dritteln der geplanten ausserkantonalen Behandlungen dürfte es sich zu einem grossen Teil um (spezialisiertere) medizinische Leistungen handeln, die in einem ausserkantonalen Spital mit einem entsprechenden Leistungsauftrag erbracht werden. Darauf deuten insbesondere die Struktur der Import- (v.a. BE, BS, ZH) und Exportkantone (v.a. AG, BL, SO, FR, TG sowie viele kleinere Kantone) sowie der vergleichsweise hohe Anteil ausserkantonomaler Hospitalisierungen in Spezialkliniken hin (vgl. BFS 2018). Bei den übrigen geplanten ausserkantonalen Behandlungen dürften allfällige Tarif- bzw. Kostenunterschiede zu einem wesentlichen Teil durch Spitalzusatzversicherungen gedeckt worden sein.

Für unsere Analyse von besonderem Interesse ist, dass die ausserkantonalen Hospitalisierungen seit Einführung der erweiterten Spitalwahl im Jahr 2012 um 1.6 Prozentpunkte stärker zunahm (Periode 2012–2016) als die Jahre davor (Periode 2006–2011).<sup>37</sup> Die Zunahme ist vor allem auf geplante Eintritte von allgemeinversicherten Personen (inkl. allgemeine Spitalzusatzversicherung) aufgrund eines ärztlichen Entscheids zurückzuführen (vgl. BFS 2018). Dies deutet darauf hin, dass ein Teil dieser gestiegenen ausserkantonalen Hospitalisierungsrate (Versicherte ohne Spitalzusatzversicherung) auf die Einführung der erweiterten Spitalwahl zurückgeführt werden könnte (auch wenn dies empirisch nicht belegt werden konnte<sup>38</sup>). Die Anzahl der allgemeinversicherten PatientInnen, die sich aufgrund der erweiterten Spitalwahl allenfalls neu ausserkantonal behandeln liessen, dürfte jedoch sehr gering sein.<sup>39</sup>

<sup>34</sup> BFS 2022, Standardtabellen, eigene Berechnungen gestützt auf Tabelle B2 Hospitalisierungen nach Wohnkanton der PatientInnen und Kanton des Leistungserbringers 2021.

<sup>35</sup> In den Kantonen mit einem Universitätsspital (BE, BS, GE, VD, ZH), in einigen Grenzkantonen (GR, TI, VS) sowie im Kanton LU lag er unter dem schweizerischen Durchschnitt. In den Kantonen AG, FR; NE, SG TG betrug er zwischen 20% und 30%, in den 12 restlichen (v.a. kleineren) Kantonen über 30%.

<sup>36</sup> BFS, Standardtabellen, eigene Berechnungen gestützt auf Tabelle B1 Herkunft der stationären Fälle nach Typ und Kanton des Krankenhauses 2011 (BFS 2012) und 2021 (BFS 2023), Fälle Krankenhäuser für allgemeine Pflege.

<sup>37</sup> Aufgrund der Angaben zu den Wachstumsraten zu den Hospitalisierungen in der Schweiz insgesamt (jährlicher Durchschnitt von jeweils 1.9% über die Periode 2006–2011 und 2012–2016) und denjenigen für die ausserkantonalen Hospitalisierungen in den Jahren 2006–2011 (3.0%) bzw. 2012–2016 (4.6%) (BFS 2018) schliessen wir, dass die Anzahl ausserkantonomaler Hospitalisierungen in den Jahren 2012–2016 gegenüber den Jahren 2006–2011 um jährlich durchschnittlich 1.6% zunahm.

<sup>38</sup> Gemäss der Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung (BAG 2019) konnte empirisch nicht belegt werden, dass der stärkere Anstieg der Steigerungsraten der ausserkantonalen Hospitalisierungen (v.a. Akutsomatik und Psychiatrie) ab 2012 auf die erweiterte Spitalwahl zurückzuführen ist.

<sup>39</sup> Die Zunahme der ausserkantonalen Hospitalisierungsrate ab 2012 um 1.6% entspricht ca. 2'500–3'000 PatientInnen pro Jahr. Ein Teil dieser PatientInnen dürfte jedoch über eine Spitalzusatzversicherung (Spital allgemein ganze Schweiz) verfügen. Entsprechend ist der Anteil der allgemeinversicherten PatientInnen ohne Spitalzusatzversicherung geringer. (d.h. unter den 2'500–3'000 PatientInnen).

### Auswirkungen der höheren Referenztarife auf die ausserkantonalen Hospitalisierungen

Gestützt auf die Charakteristiken der ausserkantonalen Hospitalisierungen und die Einschätzung der befragten ExpertInnen schliessen wir, dass die höheren Referenztarife zu zusätzlichen ausserkantonalen Hospitalisierungen führen könnten, der zusätzliche Mengeneffekt jedoch gering sein dürfte:

- Erstens dürfte das Potenzial an zu hospitalisierenden PatientInnen, die aufgrund der höheren Referenztarife ihr Verhalten ändern und sich neu für ein ausserkantoniales Spital entscheiden könnten, vergleichsweise gering sein. Zum einen sind die Referenztarife bei ausserkantonalen Hospitalisierungen aus medizinischen Gründen (inkl. Notfällen<sup>40</sup>) nicht relevant. Zum andern verfügen rund 40 Prozent der Versicherten über eine Privat- oder Halbprivatversicherung oder eine Spitalzusatzversicherung<sup>41</sup>, die die freie Spitalwahl ohne zusätzliche Kosten gewährleisten.<sup>42</sup> Grob geschätzt beträgt das Potenzial der PatientInnen, die sich aufgrund der höheren Referenztarife bei einer stationären Wahlbehandlung zusätzlich ein ausserkantoniales Spital in Betracht ziehen könnten, 10–15 Prozent der insgesamt hospitalisierten PatientInnen.<sup>43</sup>
- Zweitens sind sich die befragten ExpertInnen einig, dass sich die PatientInnen bei der Wahl des Spitals in erster Linie von dessen angenommener Qualität (bzw. dessen Renommee) leiten lassen. Neben Meinungen von Verwandten und Bekannten seien dabei vor allem die Empfehlungen der HausärztInnen ausschlaggebend. Die Kosten einer Behandlung seien bei der Spitalwahl nachgelagert.<sup>44</sup> Relevant sei, ob die PatientInnen beim empfohlenen Spital einen Teil der Kosten selbst übernehmen müssen oder nicht. Je nach Höhe des Zuschlags, der Zahlungsbereitschaft der PatientInnen und der Qualität der alternativen Spitäler, für die sie keinen Zuschlag zahlen müssen, entscheiden sie sich für oder gegen das ausserkantonale Spital. Nach Einschätzung einer befragten Person dürfte der Anteil der PatientInnen, die bereit sind, den Aufschlag für ein ausserkantoniales Spital selbst zu tragen, nicht sehr hoch sein (sog. «Vollkostenmentalität»). Damit besteht bei höheren Referenztarifen durchaus ein gewisses Potenzial, dass sich mehr allgemeinversicherte PatientInnen für ein ausserkantoniales Spital entscheiden könnten. Während wir dieses Potenzial bei PatientInnen aus Kantonen,

<sup>40</sup> Im Jahr 2021 waren 43.6% der Hospitalisierungen Notfälle und 46.8% geplant (BFS 2022, Standardtabellen, Tabelle B3 Eintrittsart nach Typ und Kanton des Krankenhauses 2021).

<sup>41</sup> Im Jahr 2021 verfügten 50.1% über eine Spitalzusatzversicherung, davon 2.9% Spital privat, 7.0% Spital halbprivat, 30.0% Spital allgemein ganze Schweiz und 10.2% besondere Angebote (z.B. Flex-Versicherung mit Wahl der Abteilung) (BAG 2022, Tabelle T 9.03 KVG-Versicherer: Aufteilung der Versicherten nach Art der Spitalzusatzversicherungen ab 1996).

<sup>42</sup> Im Jahr 2021 waren 43.6% der Hospitalisierungen Notfälle und 46.8% geplant (BFS 2022, Standardtabellen, Tabelle B3 Eintrittsart nach Typ und Kanton des Krankenhauses 2021).

<sup>43</sup> Erstens ziehen wir von allen hospitalisierten PatientInnen den Anteil der heutigen ausserkantonalen Hospitalisierungen ab (18%). Bei den restlichen 82% nehmen wir an, dass etwas über 40% Notfälle betrifft und vom verbleibenden Anteil (33%) 40% eine Spitalzusatzversicherung haben.

<sup>44</sup> Gemäss den befragten ExpertInnen studieren die PatientInnen nicht die „Baserates“ der Spitäler. Zudem erfolge das Codieren der Behandlungen beim Spitalaustritt. Entsprechend sei das Kostengewicht der Fälle (DRG), mit dem die „Baserate“ zu multiplizieren ist, und damit der Preis einer Behandlung erst nach Austritt bekannt.

die sich bei den Referenztarifen an einem mittleren Tarif orientieren, als nicht sehr gross beurteilen, dürfte es bei vier Kantonen mit einem auffallend tiefen Referenztarif höher sein.

- Drittens ist gemäss den befragten ExpertInnen zu berücksichtigen, dass sich die PatientInnen grundsätzlich an ihrem Wohnort oder in dessen Umfeld behandeln lassen wollen. Aus diesem Grund gebe es vergleichsweise wenig ausserkantonale Wahlbehandlungen. Zudem werde insbesondere den Versicherten in Kantonen mit einem Universitätsspital eine «Vollversorgung» mit freier Spitalwahl im Kanton selbst (inkl. hochspezialisierte Medizin) geboten. Entsprechend hätten sie wenig Anreize, sich ausserkantonale Behandlungen zu lassen. Weiter sei bei höheren Referenztarifen für vergleichsweise einfache Behandlungen keine grosse Nachfrage nach ausserkantonalen Universitätsspitalern zu erwarten. Viele Kantone hätten Zentrumsspitäler mit einem grossen Leistungsspektrum. Bei höheren Referenztarifen erwarten die befragten ExpertInnen am ehesten in folgenden Fällen eine Zunahme von ausserkantonalen Behandlungen: Zum einen werden zusätzliche ausserkantonale Hospitalisierungen von PatientInnen erwartet, die aus sprachlichen Gründen, aufgrund des Arbeitsplatzes oder der geografischen Nähe zu einem Spital in einem anderen Kanton, die Behandlung in einem solchen vorziehen würden. Zum anderen sei denkbar, dass sich PatientInnen aus sog. «Exportkantonen» mit einem kantonsintern beschränkten Versorgungsangebot für spezialisierte (und hochspezialisierte) Eingriffe vermehrt für ein ausserkantonales Spital entscheiden würden. Zudem könnten PatientInnen bei zunehmenden Wartezeiten in Spitälern, die auf der Spitalliste des Wohnkantons sind, aufgrund der höheren Referenztarife einen verstärkten Anreiz haben, sich ausserkantonale Behandlungen zu lassen.

Aus unserer Sicht ist es plausibel anzunehmen, dass der zusätzliche Mengeneffekt bei den ausserkantonalen Hospitalisierungen aufgrund höherer Referenztarife geringer ausfallen würde als bei der Einführung der erweiterten Wahlfreiheit im Jahr 2012 (jährliche Zunahme um 1.6%). Gemäss einer befragten Person ist jedoch auch denkbar, dass sich über die Zeit gewisse dynamische Effekte ergeben könnten. Beispielsweise könnten neben Spezialkliniken auch Spitäler in kleineren Kantonen versuchen, über verstärkte Werbung ausserkantonale PatientInnen zu gewinnen.

#### 5.2.4. Auswirkungen der zusätzlichen ausserkantonalen Hospitalisierungen auf die Kosten, die Tarife und die Qualität der Spitäler

##### **Auswirkungen auf die Spitalkosten**

Gemäss Einschätzung der befragten ExpertInnen führen die höheren Referenztarife zu einem zusätzlichen Strom von PatientInnen aus Spitälern, die in der Grundversorgung tätig sind (v.a.

in Exportkantonen) zu Spitälern für allgemeine Pflege und spezialisierten Spitälern (v.a. in Importkantonen). Spitäler, die PatientInnen gewännen, könnten die Effizienz durch die Konzentration von Fällen verbessern, was grundsätzlich zu tieferen Kosten führen würde. Demgegenüber würde sich die Effizienz und damit tendenziell auch die Kostenentwicklung bei Spitälern, die PatientInnen verlieren, verschlechtern. Aufgrund der geringen Zunahme an ausserkantonalen Hospitalisierungen sei davon auszugehen, dass der Mengeneffekt bei den betroffenen Spitälern ebenfalls gering sei bzw. sich die positiven und die negativen Kosteneffekte in der Summe ausgleichen dürften. Gemäss einer befragten Person wäre allenfalls denkbar, dass einzelne spezialisierte Kliniken (z.B. für Hüftoperationen) von einem grösseren Zugewinn an PatientInnen und damit einem etwas grösseren Effizienz- und Kostenreduktionspotenzial profitieren würden. Gestützt auf diese Einschätzungen beurteilen wir den insgesamten Effekt auf die Kostenentwicklung der Spitäler als gering. Die befragten ExpertInnen sind sich zudem einig, dass der geringe Mengeneffekt nicht zu strukturellen Effekten wie der Streichung von Spitälern für Leistungsbereichen mit abnehmenden PatientInnen auf den Spitallisten oder gar Spitalschliessungen führen würde.

Der Effekt der zusätzlichen Patientenströme auf deren Spitalkosten dürfte auch aufgrund unterschiedlicher Kosten (bzw. Tarife) der betroffenen Spitäler gering sein. Bei höheren Referenztarifen hätten die PatientInnen einen Anreiz, in ein ausserkantonales Spital zu wechseln, dass qualitativ möglichst besser als (bzw. mindestens vergleichbar mit) innerkantonalen Spitälern und allenfalls etwas teurer als diese wäre.<sup>45</sup> Entsprechend gehen wir davon aus, dass die Kosten (bzw. Tarife) dieser Spitäler in einer ähnlichen Grössenordnung oder höher als die Kosten (bzw. Tarife) der innerkantonalen Spitäler liegen dürften. Die Anzahl der Fälle, in denen höhere Referenztarife dazu führen könnten, dass PatientInnen in ein ausserkantonales Spital wechseln, das im Vergleich zu den innerkantonalen Spitälern qualitativ mindestens vergleichbar (bzw. besser) wären und (deutlich) tiefere Kosten (bzw. Tarife) aufweisen würden, dürfte sehr klein sein.<sup>46</sup> Entsprechend gehen wir in der Summe davon aus, dass sich die Spitalkosten der zusätzlichen Patientenströme tendenziell leicht erhöhen könnten. Denkbar ist jedoch, dass qualitativ bessere Behandlungen tiefere Kosten nach dem Spitalaufenthalt zur Folge hätten (weniger Komplikationen, Rehospitalisierungen und Pflegeleistungen). Aufgrund des geringen Mengeneffekts bei den Patientenströmen, den geringen Auswirkungen auf deren Spitalkosten (tendenziell geringe Kostenerhöhung) und allfälligen Kostenreduktionen bei Behandlungen

<sup>45</sup> Wir gehen nicht davon aus, dass qualitativ gute Spitäler generell teurer sind (bzw. höhere «Baserates» haben). Aufgrund der höheren Referenztarife haben die PatientInnen jedoch die Möglichkeit, allenfalls ein etwas teureres ausserkantonales Spital zu wählen, ohne die Kostendifferenz selbst tragen zu müssen.

<sup>46</sup> Bspw. beträgt im Kanton Wallis der Referenztarif aktuell CHF 8'930. Würde die Massnahme «Faire Referenztarife» umgesetzt, müsste er auf ca. CHF 9'675 erhöht werden (höchster Tarif der Spitäler im Kanton Wallis). Würde sich eine Person neu in einer Klinik im Kanton Bern behandeln lassen, kämen mehrheitlich Tarife von CHF 9'600 bis 9'800 zum Zuge. Neu könnte sich eine allgemeinversicherte Person eine Behandlung in einer Klinik ohne Aufzahlung knapp leisten. Die Wahrscheinlichkeit, dass sie sich in einer Klinik behandeln liesse, die tiefere Tarife als die Spitäler im Kanton Wallis haben, wäre jedoch sehr klein.

nach den Spitalaufenthalten dürften die Auswirkungen auf die Kostenentwicklung der Spitalkosten insgesamt sehr gering bzw. vermutlich vernachlässigbar sein.

### **Auswirkungen auf die Tarife der Spitäler**

Gemäss den befragten ExpertInnen ist nicht zu erwarten, dass sich die höheren Referenztarife auf die Tarife der Spitäler auswirken würden:

- Aufgrund der geringen Kosteneffekte bei den betroffenen Spitälern sind kaum Änderungen der Tarife zu erwarten.
- Einen Einfluss der Kantone auf die Spitaltarife im Sinne einer Senkung einzelner hoher Tarife, um diese über die Referenztarife nicht auch ausserkantonalen Spitälern gewähren zu müssen, erachten die befragten ExpertInnen als unrealistisch. Die Tarife der Spitäler würden durch Verhandlungen zwischen den Spitälern und den Versicherern festgelegt (Verhandlungsprimat). Die Kantone genehmigten die ausgehandelten Tarife, wenn sie in einer gewissen Bandbreite liegen. Die Kantone würden nicht mit dem Argument von hohen Referenztarifen versuchen, einen oder mehrere hohen Spitaltarife zu senken.<sup>47</sup>

### **Auswirkungen auf die Qualität der Spitäler**

Die befragten ExpertInnen sind sich einig, dass der geringe zusätzliche Mengeneffekt die Qualität der Spitäler kaum beeinflussen würde. Gestützt darauf schliessen wir, dass entsprechende Effekte ebenfalls vernachlässigbar sind, zumindest kurzfristig. Gemäss den befragten ExpertInnen könnten die höheren Referenztarife jedoch dazu beitragen, dass die PatientInnen ihr Bewusstsein für die Qualität der Spitäler weiter schärfen, verstärkt «objektive» Qualitätsinformationen einfordern und die Nachfrage nach qualitativ «besseren» Spitälern erhöhen. Dies könnte allenfalls zu einem verstärkten Qualitätswettbewerb zwischen den Spitalern beitragen.

## 5.2.5. Auswirkungen auf die PatientInnen, die Versicherungen und die Kantone

### **Auswirkungen auf die PatientInnen**

Die PatientInnen, die sich aufgrund der höheren Referenztarife für eine ausserkantonale Behandlung entscheiden, würden tendenziell finanziell entlastet. Zum einen müssten sie allfällige Zusatzkosten nicht mehr selbst tragen. Zum anderen hätten sie einen Anreiz, die Spitalzusatzversicherungen abzubauen und dadurch Kosten zu reduzieren.

---

<sup>47</sup> Falls die Tarife von den Kantonen festgesetzt werden müssten, gehe es gemäss einer befragten Person i.d.R. um eine kleine Bandbreite, in der sich die Tarifpartner nicht einigen könnten. Zudem würden die meisten Festsetzungsverfahren Rekurse nach sich ziehen. Die Gerichte würden darauf achten, dass die Festsetzung gesetzeskonform und nicht nach den finanziellen Interessen der Festsetzungsbehörden erfolge.

Die höheren Referenztarife würden jedoch dazu führen, dass die Kantone und die OKP einen höheren Anteil der Spitalkosten übernehmen müssten. Sie hätten nicht nur bei PatientInnen, die sich neu für eine ausserkantonale Hospitalisierung entscheiden würden, sondern auch bei den PatientInnen, die eine allfällige Kostendifferenz über die Spitalzusatzversicherung gedeckt hätten, höhere Kosten zu tragen. Dies könnte sich theoretisch auf die Prämien der OKP und den Staatshaushalt kostentreibend auswirken.

Die befragten ExpertInnen bestätigen, dass die Zunahme der ausserkantonalen Behandlungen die Qualität der Versorgung der entsprechenden PatientInnen verbessern könnte.

### **Auswirkungen auf die Versicherungen**

Bei der OKP dürften die höheren Referenztarife zusätzliche Kosten zur Folge haben, jedoch in insgesamt nahezu vernachlässigbarem Ausmass. Diese Einschätzung wird auch von befragten ExpertInnen bestätigt. Bei höheren Referenztarifen müsste die OKP für ausserkantonal durchgeführte Fälle einen leicht höheren Anteil der Vergütung übernehmen als heute (inkl. Berücksichtigung von PatientInnen, die allfällige Zusatzkosten über eine Spitalzusatzversicherung gedeckt hätten).

Bei den Zusatzversicherungen wären unterschiedliche Effekte zu erwarten. Zum einen würden sie geringfügig entlastet, weil sie aufgrund der höheren Referenztarife einen kleineren Teil der eventuellen Zusatzkosten von ausserkantonalen Hospitalisierungen übernehmen müssten. Zum anderen könnten die Versicherten jedoch einen Anreiz haben, auf die entsprechenden Spitalzusatzversicherungen zu verzichten.

### **Auswirkungen auf die Kantone**

Gemeinsam mit der OKP müssten die Kantone – ebenfalls in insgesamt nahezu vernachlässigbarem Ausmass – bei höheren Referenztarifen einen leicht höheren Anteil der Vergütung von ausserkantonalen Hospitalisierungen übernehmen.

Gemäss einer befragten Person wäre es denkbar, dass sich eher protektionistische Kantone veranlasst sehen könnten, einerseits Referenztarife zu erhöhen, andererseits aber auch die interkantonale Zusammenarbeit im Rahmen der Spitalplanung auszubauen. Dadurch könnten sie den in ihrem Kanton wohnhaften PatientInnen eine grössere, jedoch von den Kantonen gemeinsam stärker gesteuerte Wahlfreiheit bieten.

## **5.3. Fazit**

Die Massnahme «Faire Referenztarife» sieht vor, dass sich die Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen nach dem höchsten Tarif für eine vergleichbare Behandlung

in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital richten, das die Behandlung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt.

Eine klarere Regelung der Festsetzung der Referenztarife ist zweckmässig. Damit könnten im Sinne des Gesetzgebers insbesondere auffallend tiefe Referenztarife verhindert und entsprechende Hürden für den interkantonalen Wettbewerb zwischen den Spitälern abgebaut werden.

Mit der Massnahme «Faire Referenztarife» müssten die Referenztarife der meisten Kantone erhöht werden. Dies würde die Wahlfreiheit der PatientInnen bei ausserkantonalen Spitälern verbessern. Die Auswirkungen der «Fairen Referenztarife» auf die Kostenentwicklung und die Qualität schätzen wir jedoch als sehr gering ein, insbesondere weil die Massnahme nur zu einer geringen Zunahme der interkantonalen Patientenströme führen dürfte. Die Massnahme könnte jedoch tendenziell dazu führen, dass sich die von der OKP und den Kantonen zu tragenden Anteile der Vergütung der ausserkantonalen Hospitalisierungen leicht erhöhen würden. Insgesamt dürfte dieser Effekt jedoch nahezu vernachlässigbar sein. Die optimale Umsetzung des Referenztarifs (Höhe und Differenzierung) hängt davon ab, wie die Wahlfreiheit der PatientInnen und der Wettbewerb zwischen den Spitälern gegenüber der Möglichkeit einer sehr geringen Kostensteigerung in der OKP (und für die Kantone) gewichtet werden.

## 6. Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker

### 6.1. Ausgangslage

#### **Stand heute und Massnahme «Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker»**

Aktuell beschränken sich die zulasten der OKP durchführbaren Leistungen von Apothekerinnen und Apothekern auf diejenigen im Zusammenhang mit einer Abgabe von Arzneimitteln (vgl. Art. 25 Abs. 2 Bst. h KVG). Die Botschaft «Massnahmen zur Kostendämpfung Paket 2» schlägt vor, dass Apothekerinnen und Apotheker auch Leistungen nach Artikel 26 KVG im Rahmen von Präventionsprogrammen zulasten der OKP durchführen können. Als Leistungen erwähnt werden in der Botschaft Stuhltests im Rahmen von Darmkrebsfrüherkennungsprogrammen oder Impfungen im Rahmen des nationalen Impfprogramms gemäss Impfplan des BAG. Weiter sollen auch mit einer Anpassung von Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe h Ziffer 2 E-KVG pharmazeutische Beratungsleistungen zur Optimierung der Arzneimitteltherapie und der Therapietreue, unabhängig von einer Arzneimittelabgabe, übernommen werden. Nachfolgend sind diese Leistungen und mögliche Auswirkungen auf die Kosten ausgeführt. Die Analyse basiert im Wesentlichen auf dem Austausch mit Leistungserbringern und den Fachabteilungen des BAG sowie einer Auswertung relevanter Dokumente.

### 6.2. Auswirkungen

#### 6.2.1. Auswirkungen von Impfungen auf die OKP

##### **Ausgangslage und Massnahme**

Seit 2015 dürfen Apothekerinnen und Apotheker impfen. Von den rund 1'800 Apotheken in der Schweiz können in über 1'200 Apotheken Impfungen durchgeführt werden. Die Bewilligung, welche Impfungen Apothekerinnen und Apotheker durchführen dürfen, erteilen die Kantone.

Das Angebot umfasst mehrheitlich Impfungen gegen Grippe und Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME), aber auch gegen andere Krankheiten wie beispielsweise Herpes Zoster, Hepatitis A und B und gegen Covid-19. Der Anteil Grippeimpfung an allen Impfungen in Apotheken betrug 2018 80% (B,S,S. 2018).

Zu den in Apotheken verimpften Grippe- und FSME-Impfungen liegen keine konsolidierten Angaben vor. Die von pharmaSuisse und BAG zur Verfügung gestellten Angaben weichen stark voneinander ab. Gemäss pharmaSuisse haben die Apotheken im Durchschnitt über die Jahre 2019-2022 pro Jahr 300'000 Grippeimpfungen und 130'000 FSME-Spritzen eingekauft. Gemäss pharmaSuisse wurde ein grosser Teil der eingekauften Impfstoffe weiterverkauft und nicht in der Apotheke verabreicht (oder sogar nicht geimpft). Wie gross dieser Anteil genau ist, ist nicht

bekannt. Das BAG hat uns deutlich höhere Zahlen basierend auf IQVIA-Verkaufszahlen angegeben. Demnach wurden in den Jahren 2019-2022 durchschnittlich pro Jahr rund 550'000 Packungen mit Grippe-Impfstoff und um die 200'000 Packungen mit FSME-Impfstoff an die Apotheken ausgeliefert.<sup>48</sup> Eine Packung kann eine oder auch mehrere Dosen enthalten. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung war es nicht möglich, die Zahl der Impfungen abschliessend zu klären. Wir stützen uns bei den Schätzungen deshalb auf die Durchschnittsangaben von pharmaSuisse, weisen aber darauf hin, dass die Angaben stark variieren könnten.

Die Kosten von Impfungen in Apotheken gehen zulasten der geimpften Personen oder bei kantonalen Gratisangeboten zulasten der Kantone. Die OKP übernimmt nur die Kosten von ärztlich durchgeführten Impfungen, in der Regel eingeschränkt auf die im Impfplan empfohlenen Personengruppen, welche ein erhöhtes Risiko einer schweren Erkrankung haben.

Gemäss Botschaft sollen die Apothekerinnen und Apotheker neu Impfungen im Rahmen des nationalen Impfprogramms gemäss Impfplan des BAG zulasten der OKP erbringen können.

### **Fragen und erwartete Wirkungen**

Mit der vorliegenden Untersuchung sollen Fragen nach den Auswirkungen auf die OKP beantwortet werden:

- Welche Kostenverlagerungen von Selbstzahlern (und Kantonen) zur OKP sind mit der Einführung von Impfungen in Apotheken zu erwarten?
- Welche Auswirkungen auf die Kosten sind infolge einer höheren Impfrate zu erwarten?
- Welche Auswirkungen auf die Kosten sind aufgrund unterschiedlicher Tarife bei Verschiebung von Impfungen aus Arztpraxen in Apotheken zu erwarten?

Die Auswirkungen auf die Gesellschaft im Sinne von volkswirtschaftlichen Kosten waren nicht Teil des Auftrags, da dazu komplexe Modellierungen notwendig wären, was in der kurzen Zeit nicht möglich war.

### **Tarifunterschiede**

Im Bericht des BAG an die SGK-N (BAG 2022b) wird allgemein davon ausgegangen, dass die Tarife für Impfungen in Apotheken tiefer sein werden als für Impfungen in Arztpraxen. Unter der Annahme von tieferen Tarifen könnten bei einer gewissen Verschiebung von bisher in Arztpraxen durchgeführten Impfungen zu Apothekenimpfungen Kosten gespart werden. Bisher gibt es laut BAG aber keine Belege, dass Impfungen in Apotheken günstiger sein werden als in den

---

<sup>48</sup> Gemäss IQVIA-Verkaufszahlen wurden in den Jahren 2019 – 2022 durchschnittlich rund 1.37 Mio. Packungen Grippe-Impfstoff und um die 700'000 Packungen FSME-Impfstoff pro Jahr umgesetzt. Etwa 40% (37-42%) der Grippe- und etwa 30% (28-33%) der FSME- Impfstoffpackungen wurden an Apotheken ausgeliefert, die restlichen gingen an Arztpraxen oder Spitäler.

Arztpraxen. Wir verzichten deshalb bei der Schätzung der Auswirkungen auf die Kosten darauf, einen möglichen Tarifunterschied zu berücksichtigen.

### Impfverhalten und Durchimpfung

Im Bericht des BAG an die SGK-N (BAG 2022b) wird eine Erhöhung der Impfquote aufgrund des zusätzlichen und einfacheren Zugangs in Apotheken erwähnt, was zwar zu zusätzlichen Kosten aber auch einer verbesserten Gesundheitsversorgung führen kann.

B,S,S. (2018) kommen in ihrer Studie zum Impfen in der Apotheke zum Schluss, dass die Einführung des Impfangebots in Apotheken insgesamt zu einer leichten Erhöhung der Durchimpfungsrate bei Grippe führt (1.7-2.5 %-Punkte).<sup>49</sup> Sie halten aber fest, dass es für grössere Verlagerungen von Arztpraxen zu Apotheken keine stichhaltigen Hinweise gibt.<sup>50</sup> Wir verzichten deshalb bei der Schätzung der Kostenfolgen darauf, eine Verlagerung zu berücksichtigen.

### Zusatzkosten für die OKP

Um die Zusatzkosten für die OKP aufzuzeigen, haben wir eine grobe Schätzung basierend auf Angaben von pharmaSuisse vorgenommen. Wir beschränken uns dabei auf Grippe- und FSME-Impfungen.

**Tabelle 4: Schätzung Zusatzkosten durch Impfungen in Apotheken zulasten OKP**

Angabe	Menge/Wert	Quelle/Bemerkungen
<b>Grippeimpfung</b>		
Anzahl Grippeimpfungen in Apotheken	ca. 300'000/a	Durchschnitt 2019-2022 (gemäss Angaben pharmaSuisse)
Kosten Grippeimpfung (Verimpfung und Impfstoff <sup>51</sup> ) in Apotheken	38 CHF/Impfung	Angaben pharmaSuisse B,S,S. 2018: Befragung bei den Apotheken <sup>52</sup>
Kosten für Grippeimpfungen	300'000 x 38 = <b>11.4 Mio. CHF/a</b>	

<sup>49</sup> B,S,S. 2018, S. 2.

<sup>50</sup> B,S,S. 2018, S. 1.

<sup>51</sup> Publikumspreise für Grippeimpfstoffe gemäss Spezialitätenliste (SL): Efluelda: Fabrikabgabepreis (FAP) 31.00 CHF, Publikumspreis (PP) 41.15 CHF, Fluarix Tetra: FAP 9.58 CHF, PP 19.20 CHF,

<sup>52</sup> B.S.S. 2018, S. 2: Die Befragung bei den Apotheken zeigt, dass die Grippeimpfung im Schnitt rund 38 Franken kostet.

Angabe	Menge/Wert	Quelle/Bemerkungen
<b>FSME-Impfung</b>		
Anzahl FSME-Impfungen in Apotheken	ca. 130'000/a	Durchschnitt 2019-2022 (gemäss Angaben pharmaSuisse)
Kosten Impfstoff FSME	47.35 CHF/Impfung	Publikumspreise <sup>53</sup> gemäss Spezialitätenliste Stand 1.3.2023
Kosten für Verimpfung (exkl. Impfstoff) in Apotheken	25 CHF/Impfung	Vorgeschlagener Tarif, vereinbart zwischen Einkaufsgemeinschaft HSK, CSS, SWICA und pharmaSuisse <sup>54</sup>
Kosten für FSME-Impfungen	130'000 x (47.35+25) = <b>9.4 Mio. CHF/a</b>	

Tabelle INFRAS.

Die Berechnungen in der obigen Tabelle zeigen, dass sich die Kosten für die Grippe- und FSME-Impfungen auf ca. 20 Mio. CHF pro Jahr belaufen werden. Mit der KVG-Anpassung würden damit zusätzlich 20 Mio. CHF für Impfungen in Apotheken neu von der OKP getragen und nicht mehr von den Selbstzahlern oder den Kantonen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass keine genauen Angaben zur Anzahl jährlich verabreichter Impfungen in den Apotheken vorliegen. Die tatsächliche Anzahl jährlich verabreichter Impfungen kann stark variieren, entsprechend können die erwartbaren Kosten zulasten der OKP höher oder tiefer ausfallen.

### Einschätzungen der Akteure

Versicherer und Apotheken sehen Impfungen in der Apotheke als niederschweligen Zugang zu Impfleistungen. Sie postulieren durch den vereinfachten Zugang eine höhere Durchimpfungsrate und somit eine bessere Volksgesundheit.

Das BAG geht davon aus, dass wenn Apotheken in Zukunft zulasten OKP impfen können, eine gewisse Verlagerung von bisher in Arztpraxen durchgeführten Impfungen zu Apotheken zu erwarten sei. Die Verlagerung werde aber nur die Erwachsenenimpfungen betreffen, da davon auszugehen sei, dass die Kinderimpfungen weiterhin im Rahmen der pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen gemacht würden und die kantonalen Bewilligungen für Apotheken auf Impfungen ab dem 16. Altersjahr beschränkt bleiben. Bei den Erwachsenenimpfungen ist gemäss BAG eine Verlagerung am ehesten bei den Impfungen gegen FSME, Grippe, Covid und schwächer bei Herpes Zoster zu erwarten. Die anderen Impfungen würden Nachholimpfungen betreffen, bei

<sup>53</sup> FSME Immun CC: FAP 27.00 CHF; PP 47.35, Encepur : FAP 27.00 CHF; PP 47.35 CHF.

<sup>54</sup> Die neue Tariflösung benötigt die Genehmigung des Bundesrates. <https://www.pharmasuisse.org/data/docs/de/50973/Medienmitteilung-Gemeinsam-f%C3%BCr-einfaches-Impfen-in-Apotheken-%E2%80%93-neu-ohne-Rezept-220912.pdf?v=1.0>, abgerufen am 16.3.2023. Gemäss BAG liegt die Lösung ausserhalb des geltenden Rechts (Art. 26 KVG), wonach nur ärztlich durchgeführte Impfungen durch die OKP übernommen werden.

denen die Indikationsstellung und Beratung komplexer sei. Hier erwartet das BAG, dass sie grösstenteils weiterhin durch Ärztinnen und Ärzte erfolgt.

Zusätzlich wird davon ausgegangen, dass die erwachsene Bevölkerung den Zugang zur Impfung in Apotheken einfacher wahrnimmt als in der Arztpraxis. Dadurch wird die Zahl der Impfungen absolut zunehmen. Die Impfwillingkeit hängt gemäss BAG aber von verschiedenen weiteren Faktoren ab.

Für einen relevanten Zusatzaufwand auf Seiten der Apotheken für die Durchführung der Impfungen liegen keine Angaben vor.

## 6.2.2. Auswirkungen von Stuhltests auf die OKP

### **Ausgangslage**

Gemäss Botschaft sollen Apothekerinnen und Apotheker auch Leistungen nach Artikel 26 KVG im Rahmen von Präventionsprogrammen zulasten der OKP durchführen können. Eine neue Leistung wäre die Durchführung von Stuhltests (sogenannte FIT-Tests) im Rahmen von Darmkrebs-Früherkennungsprogrammen.

Screening-Programme zur vorzeitigen Diagnostik von Darmkrebs existieren bereits heute in verschiedenen Kantonen der Schweiz. Im Rahmen einiger dieser kantonalen Programme werden auch bereits FIT-Tests in Apotheken angeboten. Die Kosten für die FIT-Tests werden durch die OKP übernommen. Bei den Aufwänden für die Beratung durch die ApothekerInnen bestehen jedoch kantonale Differenzen. In 14 Kantonen mit einem kantonalen Programm werden die Kosten für diese Beratungsleistung über das kantonale Programm durch die Kantone vergütet. In den anderen 12 Kantonen ohne Programme werden die Kosten für Stuhltest nur dann von der OKP übernommen, wenn sie ärztlich angeordnet werden.

Mit der KVG-Änderung im Rahmen des Kostendämpfungspakets 2 wird die gesetzliche Grundlage geschaffen, dass Stuhltests zum Darmkrebs-Screening in Zukunft schweizweit im Rahmen national oder kantonal organisierter Präventionsprogramme auch durch Apothekerinnen und Apotheker abgegeben werden können und die Kosten für die entsprechenden Beratungsaufwendungen von der OKP übernommen werden. Die Kostenübernahme der Apothekerleistung durch die Versicherungen wäre dann in der KLV festgelegt (Art. 12a-12e). Damit einhergehend kommt es zu einer Kostenverschiebung: In Kantonen mit Programm werden Kosten von den Kantonen zur OKP verlagert.

Für die konkrete Umsetzung der Massnahme kann der Bundesrat gemäss Botschaft Voraussetzungen für spezifische Qualifikationen von Apothekerinnen und Apothekern vorsehen (bspw. ein Fähigkeitsausweis nach dem Fähigkeitsprogramm FPH für Impfen und

Blutentnahme). Art und der Umfang der Stuhltests werden regelmässig vom EDI auf deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit geprüft.

### **Fragestellungen und erwartete Wirkungen**

Mit der vorliegenden Untersuchung soll vor allem die Frage nach den Auswirkungen auf die OKP beantwortet werden:

- Welche Kostenverlagerungen von den Kantonen und den Selbstzahlern zur OKP sind zu erwarten, wenn die Beratung von Apothekerinnen und Apothekern zu Stuhltests von der OKP übernommen wird?

Was die Wirkungen betrifft, so hält das BAG im Bericht an die SGK-N (BAG 2022b) fest, dass eine Kostenübernahme solcher Leistungen von ApothekerInnen durch die OKP den Zugang und somit den Nutzen der Früherkennungsprogramme verbessere.

### **Auswirkungen auf die OKP**

Um die Auswirkungen für die OKP aufzuzeigen, haben wir eine grobe Schätzung basierend auf Angaben von pharmaSuisse und BAG vorgenommen. Es handelt sich dabei um eine stark vereinfachte Schätzung. Es war innerhalb der kurzen Frist nicht möglich, eine ausführliche Wirtschaftlichkeitsprüfung durchzuführen. Wir sind deshalb pragmatisch von folgenden Überlegungen ausgegangen:

- Für die Apotheken ergeben sich aus der Neuregelung praktisch keine Auswirkungen, weil sie ihre Beratungsleistung im Zusammenhang mit Stuhltests weiterhin verrechnen können.
- Die Kosten für den Beratungsaufwand der Apothekerinnen und Apotheker im Zusammenhang mit den Stuhltests, die bislang von den Kantonen getragen wurden, gehen nun zulasten der OKP.
- Wenn weitere Kantone kantonale Programme mit Stuhltests in Apotheken einführen, kommt es zu einer Zunahme der durchgeführten Stuhltests sowie deren Kostenübernahme durch die OKP wie auch von Beratungsleistungen durch Apothekerinnen und Apotheker. Wie viele weitere Kantone solche Programme einführen werden, lässt sich zum aktuellen Zeitpunkt jedoch nicht abschätzen.
- Weitere Kosten infolge positiver Stuhltests (weitergehende Abklärungen, Therapien) werden nicht berücksichtigt.
- Zielgruppe der Stuhltests ist die Bevölkerung ohne Risikofaktoren im Alter zwischen 50 und 69 Jahren. Für diese Bevölkerungsgruppe ist es empfohlen, alle zwei Jahre einen Stuhltest zur Früherkennung von Darmkrebs durchzuführen. Für die Schätzung gehen wir vereinfacht von der Bevölkerung zwischen 50 und 69 Jahre aus.

- Gemäss Evaluation des Programms im Kanton VD (Brändle et al. 2022) beträgt die globale Teilnahmerate am kantonalen Darmkrebsprogramm ca. 24%, davon entscheidet sich die Hälfte (12%) für einen Stuhltest und die andere Hälfte für eine Koloskopie. D.h. 12% der Zielgruppe wählen den Stuhltest. Wir verwenden den Wert von 12%, um die Zahl der Personen zu schätzen, die einen Stuhltest in der Apotheke beziehen.
- Apothekerinnen und Apotheker wenden in der Regel 10 Min. für eine Beratung auf. Die Kosten dafür betragen 30 CHF.<sup>55</sup>

Bei den **Kantonen, die heute schon ein kantonales Programm durchführen**, haben wir sodann die Zahl der Personen geschätzt, die bislang an den Programmen teilgenommen haben. Basierend darauf können wir abschätzen, wie viele Beratungsleistungen in der Vergangenheit durchgeführt wurden. Daraus lassen sich die Kosten für die Beratungsleistungen berechnen, die in Zukunft von der OKP übernommen werden und nicht mehr von den Kantonen getragen werden müssen.

Betreffend die Kantone, die bisher noch kein kantonales Programm eingeführt haben, haben wir mit den gleichen Annahmen die Kostenfolgen ergänzt, falls alle Kantone entsprechende Programme einführen würden.

Die folgende Tabelle zeigt, welche Zusatzkosten bei der OKP zu erwarten sind, wenn die Beratungsleistung von Apothekerinnen und Apothekern für Stuhltests in Kantonen mit Darmkrebs-Früherkennungsprogramm neu von der OKP vergütet wird und nicht mehr von den Kantonen bezahlt werden muss.

---

<sup>55</sup> <https://www.sunstore.ch/de/check-up/darmkrebsvorsorge><https://www.sunstore.ch/de/check-up/darmkrebsvorsorge>

**Tabelle 5: Zu erwartende Zusatzkosten für die OKP infolge der Vergütung der Beratungsleistung von ApothekerInnen für Stuhltests in Kantonen mit Darmkrebs-Früherkennungsprogramm**

Parameter	Menge / Wert	Bemerkung / Quelle
Bevölkerung in Kantonen mit Darmkrebs-Früherkennungsprogramm (= BE, BL, BS, FR, GE, GR, JU, LU, NE, SG, TI, UR, VD, VS)	1.4 Mio.	BFS Demografische Bilanz nach Alter und Kanton: <a href="https://www.pxweb.bfs.ad-min.ch/pxweb/de/">https://www.pxweb.bfs.ad-min.ch/pxweb/de/</a> Stand 31.12.2021 swiss cancer screening: <a href="https://www.swisscancerscreening.ch/angebote-in-ihrem-kanton">https://www.swisscancerscreening.ch/angebote-in-ihrem-kanton</a>
Theoretische Anzahl Stuhltests, falls diese Personen alle 2 Jahre einen Stuhltest durchführen würden	1.4 Mio. / 2 = 700'000	Empfehlung: Stuhltest alle 2 Jahre wiederholen. Annahme: Empfehlung für Wiederholung wird eingehalten
Personen in diesen Kantonen, die erfahrungsgemäss Stuhltest in Apotheke beziehen	12% x 700'000 = 84'000	Wert von 12% gemäss Evaluation Kt. VD (Brändle et al. 2022)
Kosten für Beratungsaufwand durch ApothekerInnen (10 Min.)	30 CHF	<a href="https://www.sunstore.ch/de/check-up/darmkrebsvorsorge">https://www.sunstore.ch/de/check-up/darmkrebsvorsorge</a> <a href="https://www.sunstore.ch/de/check-up/darmkrebsvorsorge">https://www.sunstore.ch/de/check-up/darmkrebsvorsorge</a>
Zusatzkosten für Beratungsleistung der ApothekerInnen zulasten der OKP in Kantonen mit Darmkrebs-Früherkennungsprogrammen	84'000 x 30 CHF = <b>2.5 Mio. CHF/a</b>	

Tabelle INFRAS.

Die Zusatzkosten für die OKP betragen also ca. 2.5 Mio. CHF pro Jahr. Unter den obigen Annahmen handelt es sich dabei die Verlagerung von den Kantonen zur OKP. Würden die restlichen Kantone auch Darmkrebs-Screening-Programme einführen, dann würden zusätzliche Kosten zulasten der OKP von ca. 1.6 Mio. CHF pro Jahr entstehen.

Die Übernahme der Kosten für Beratungsleistungen bei Stuhltest durch die Apothekerinnen und Apotheker zulasten der OKP würde also dazu führen, dass die OKP mit insgesamt zusätzlich rund 2.5 bis 4 Mio. CHF belastet würde.<sup>56</sup>

Wenn die Apothekerleistungen ausgedehnt werden, führt dies zu einer wahrscheinlich leicht höheren Teilnehmerate am Screening. Die weitergehenden Folgeeffekte auf die Krankheitskosten wurden nicht untersucht, es ist jedoch belegt, dass Früherkennung dazu führt, dass Darmkrebserkrankungen in einem früheren Stadium entdeckt werden. Die Folgen auf die Gesundheitskosten würden sich aus der Vermeidung von schweren Krankheitsverläufen und vermiedenen Todesfällen ergeben. Die meisten Darmkrebsfälle treten nach dem 50. Altersjahr

<sup>56</sup> Falls kein weiterer Kanton ein Programm einführt, würden bei der OKP zusätzlich 2.5 Mio. CHF/a anfallen. Falls alle Kantone, die aktuell noch kein Programm haben, eines einführen, würden zusätzlich ca. 1.6 Mio. CHF Zusatzkosten zulasten der OKP anfallen. Es ist davon auszugehen, dass beide diese Szenarien unrealistisch sind und die tatsächlichen Zusatzkosten irgendwo dazwischen liegen werden.

auf. Ohne Früherkennung sterben trotz Therapie zwei von 100 Personen vor dem 80. Lebensjahr an dieser Krebsart. Mit einem Früherkennungsprogramm lässt sich die Zahl dieser Todesfälle schätzungsweise um 25 bis 50 Prozent senken, d.h. mit Früherkennung stirbt eine von 100 Personen.<sup>57</sup>

### Ergebnisse aus Dokumentenanalysen

Ruggli et al. (2019) zeigen in ihrer Evaluation, dass die Leistungen zur Darmkrebsvorsorge in Apotheken die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfüllen. Weiter kamen die Autorinnen und Autoren zum Schluss, dass Darmkrebscreenings in Apotheken die gewünschte Zielgruppe erreichen und (basierend auf der vorliegenden Datenlage) mit hoher Wahrscheinlichkeit kostenwirksam sind. Zu einem ähnlichen Schluss kommen auch diverse ausländische Studien, welche das präventive Darmkrebscreening in Apotheken insgesamt als kostenwirksam einstufen (Babela et al. 2022; INCa 2019; Jahn et al. 2019).

### 6.2.3. Auswirkungen von Beratungsleistungen

#### Massnahme

Mit der Massnahme «Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker» sollen künftig auch die Kosten von pharmazeutischen Beratungsleistungen zur Optimierung der Arzneimitteltherapie und der Therapietreue von der OKP übernommen werden. Diese Beratungsleistungen sollen unabhängig von der Arzneimittelabgabe erfolgen. Analog zu den bisherigen Leistungen bei der Abgabe von Arzneimitteln können die Beratungsleistungen ohne ärztliche Anordnung erbracht werden. Jedoch gilt auch hier, dass nach Artikel 32 Absatz 1 KVG nur die Kosten derjenigen Leistungen von der OKP übernommen werden, welche wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Nach Prüfung auf deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit werden die Art und der Umfang der Leistung durch das EDI mittels konkreter Leistungsdefinition in der KLV bezeichnet werden (Art. 33 Absatz 2 KVG).

Grundsätzlich können drei Arten von Beratungsleistungen beschrieben werden, die nachfolgend mit den international gebräuchlichen Begriffen aufgeführt sind:

- **Medication Review:** Strukturierte Bewertung der Arzneimittel einer Patientin oder eines Patienten unter der Berücksichtigung der klinischen Situation und der individuellen Therapieziele. Ziel ist die Identifikation und Prävention von arzneimittelbezogenen Problemen, um die Häufigkeit unerwünschter Arzneimittelereignisse zu reduzieren und eine optimale Arzneimitteltherapie zu erreichen. Hintergrund ist die besonders im Alter zunehmende Anzahl an Arzneimitteln und das damit einhergehende erhöhte Risiko für unerwünschte

<sup>57</sup> <https://www.swisscancerscreening.ch/de/krebs-frueherkennung/darm/darmkrebsfrueherkennung-in-zahlen>

Arzneimittelwirkungen, Überdosierungen, Arzneimittelinteraktionen und Medikationsfehler. Häufig empfohlene Massnahmen sind das Absetzen eines Arzneimittels oder eine Dosierungsänderung.

- **Medication Reconciliation:** Strukturierter Medikamentenabgleich bei Patientinnen und Patienten mit mehreren Arzneimitteln bei der Übergabe von einem Leistungserbringer zu einem anderen (Transition of Care). Hintergrund der Massnahme ist u.a., dass an Schnittstellen im Behandlungspfad (ambulant-stationär-ambulant) häufig Medikamentendiskrepanzen festgestellt werden. Die von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten erstellten Medikamentenverordnungen und die Arzneimittel (auch selbst gekaufte), welche die Patientinnen und Patienten tatsächlich einnehmen, werden im Gespräch mit den Patientinnen und Patienten systematisch erfasst und abgeglichen. Anschliessend erstellt die Apothekerin oder der Apotheker einen aktualisierten und auf den Einzelfall angepassten Medikationsplan und übermittelt diesen an den nächstbetreuenden Leistungserbringer. Ziel ist es, möglichst zeitnah Diskrepanzen und Fehler in der Arzneimitteltherapie zu vermeiden.
- **Adherence:** Leistungen zur spezifischen Unterstützung von PatientInnen mit chronischen Krankheiten bei der Therapietreue zu Beginn oder während der Behandlung. Unter Adherence (Adhärenz) wird dabei das Ausmass verstanden, in dem die Einnahme von Medikamenten den vereinbarten Empfehlungen eines Gesundheitsdienstleisters entspricht. Es ist bekannt, dass betroffene Patientinnen und Patienten verordnete Arzneimitteltherapien zum Teil nicht beginnen, unzureichend einnehmen, vorzeitig oder zeitweilig unterbrechen. Dies kann Auswirkungen auf den Verlauf der chronischen Erkrankung haben. Leistungen zur Unterstützung der Therapietreue beinhalten periodische Beratungsgespräche mit Aufklärung der zu behandelnden Person über die Erkrankung, die Arzneimitteltherapie und deren Nebenwirkungen.

### Erwartete Wirkungen

In Absprache mit dem BAG wurde für die Beratungsleistungen darauf verzichtet, die Auswirkungen auf die Kosten abzuschätzen. Der Bundesrat weist in der Botschaft darauf hin, dass die kostendämpfende Wirkung der Massnahme von der praktischen Umsetzung abhängt. Eine eigentliche Wirtschaftlichkeitsprüfung der einzelnen Leistungen in der Schweiz ist erst nach konkreter Leistungsdefinition (Leistungsumfang, Zielgruppe, Zeitpunkt im Behandlungsprozess, Mengengerüst und Limitierungen) möglich. Diese Parameter sind zum jetzigen Zeitpunkt für eine konkrete Kostenabschätzung noch nicht definiert.

Die folgenden Ausführungen beschränken sich deshalb darauf, die Ergebnisse ausgewählter wissenschaftlicher Studien zu Beratungsleistungen zu präsentieren. Die Studien wurden vom BAG zur Verfügung gestellt. Auf eine Übertragung von Studien aus dem Ausland wurde

bewusst verzichtet, weil sich die Versorgungsstrukturen und das Setting für die Beratungsleistungen in den Ländern, aus denen die meisten Studien stammen (USA, UK, CAN, ESP, SWE etc.), von denen in der Schweiz unterscheiden.

Der Mehrwert von Beratungsleistungen zur Verbesserung der Arzneimitteltherapie und der Therapietreue wird besonders für ältere und chronisch erkrankte Patientinnen und Patienten angenommen. Es ist bekannt, dass mit zunehmendem Alter die Anzahl regelmässig eingenommener Arzneimittel steigt und dies mit einem erhöhten Risiko für unerwünschte Arzneimittelwirkungen, Überdosierungen, Arzneimittelinteraktionen und Medikationsfehler einhergeht. Durch die Beratungsleistungen in den Apotheken sollen arzneimittelbezogene Probleme frühzeitig erkannt und vermieden werden mit dem Ziel unerwünschter Arzneimittelereignisse zu reduzieren und die Arzneimitteltherapie insgesamt zu optimieren. Mit dem Angebot von periodischen Beratungsleistungen soll bei Personen mit chronischen Erkrankungen die Arzneimitteltherapie besser überwacht und deren konsequente Einnahme angeleitet und verbessert werden.

### **Auswertung der wissenschaftlichen Literatur**

Weltweit gibt es eine ganze Reihe von Studien, welche die ökonomischen Auswirkungen von Beratungsleistungen untersuchen. Für die Schweiz gibt es Studien zu pharmazeutischen Beratungsleistungen, die sich allerdings meist auf das Setting Pflegeheim oder Akutspital beziehen und nicht auf Offizin-Apotheken. Die Studien weisen eine wesentliche Variabilität im konkreten Leistungsumfang, der Zielgruppe (ältere und hochaltrige Patientinnen und Patienten, Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten, Hochrisikopatientinnen und -patienten) und dem Setting auf (ambulantes Setting mit Beratungsleistung in der Offizin-Apotheke im Gegensatz zu stationär im Akutspital oder in einem Pflegeheim erbrachter pharmazeutischer Beratungsleistungen durch Spitalpharmazeutinnen und -pharmazeuten).

#### **a) Studien spezifisch zu Medication Review**

Bei der Umsetzung von Medication Reviews ist die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Apothekerinnen und Apothekern und ärztlichen Grundversorgern wichtig: Studien zeigen, dass nicht alle von Apothekerinnen und Apothekern empfohlenen Änderungen von den verordnenden Ärztinnen und Ärzten akzeptiert werden. Andererseits sind für die Durchführung des Medication Review medizinische Informationen wie klinische Befunde (z.B. Blutdruck, Gewicht), Laborwerte oder Diagnosen notwendig.

Bei bestimmten Risikopatientinnen und -patienten gibt es auch in Spitälern systematische Überprüfungen der Arzneimitteltherapien durch Apothekerinnen und Apotheker und Ärztinnen und Ärzte. Diese Leistung fällt dann unter die DRG-Pauschale.

Basierend auf Ergebnissen diverser Studien ist davon auszugehen, dass Medication Reviews dank weniger Hospitalisationen, Notfallkonsultationen und geringeren Arzneimittelkosten zu Kosteneinsparungen führen (Milos Nymberg et al. 2021, Wilcock et al. 2020, Malet-Larrea et al. 2017) oder zumindest kostenwirksam sind (Ahumada-Canale et al. 2019).

Studien zur Leistung in der Schweiz aus interdisziplinären Qualitätszirkeln in Pflegeheimen weisen auf Einsparungen bei Arzneimittelkosten hin (Brulhart et al. 2011; Cateau et al. 2021), die Auswirkungen auf Spitaleinweisungen waren unklar (Cateau et al. 2021) oder wurden nicht untersucht (Brulhart et al. 2011).

### **b) Studien spezifisch zu Medication Reconciliation**

Medication Reconciliation beinhaltet einen strukturierten Medikamentenabgleich bei Patientinnen und Patienten mit mehreren Arzneimitteln bei der Übergabe von einem Leistungserbringer zu einem anderen. Um abschätzen zu können, wie kostensparend diese Leistung ist, werden nachfolgend wiederum die Befunde diverser internationaler Studien kurz zusammengefasst (alle im stationären Setting):

Mekonnen et al. (2016) untersuchten in einer Meta-Analyse aus 17 Studien die Wirksamkeit von durch Apothekerinnen und Apothekern durchgeführten Medication reconciliation im Vergleich zur üblichen Versorgung. Die gepoolten Daten zeigen, dass durch unerwünschte Arzneimittelereignisse bedingte Krankenhausaufenthalte, Besuche in der Notaufnahme und Krankenhauswiederaufnahmen bei Patientinnen und Patienten mit Medication reconciliation deutlich geringer waren als bei Patientinnen und Patienten mit der üblichen Versorgung. Die Autorinnen und Autoren weisen jedoch darauf hin, dass es zwischen den untersuchten Studien eine signifikante Heterogenität in den Ergebnissen in Bezug auf Krankenhauswiederaufnahmen und Besuche in der Notaufnahme gebe. Insgesamt schliessen die Autorinnen und Autoren, dass Medication reconciliation die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens nach Krankenhausaufenthalten wirksam verbessere

Hammad et al. (2016) weisen aufgrund der Ergebnisse eines Systematic Review aus 13 Studien zu Medication reconciliation darauf hin, dass die optimale Leistungserbringung von Medication reconciliation durch Apothekerinnen und Apotheker nicht weitgehend standardisiert sei und im Kontext der interprofessionellen Zusammenarbeit geklärt werden müsse. Ausserdem gebe es zum aktuellen Zeitpunkt nicht genügend Forschung, welche die Kostenwirksamkeit der Medication reconciliation bewerten würde.

In einer retrospektiven Studie an einem universitären Akutspital in Grossbritannien kamen Onatade & Quaye (2018) zum Schluss, dass eine von Apothekerinnen und Apothekern bei Spitaleintritt durchgeführte Medication reconciliation nicht nur klinische, sondern auch

wirtschaftliche Vorteile habe. Der berechnete Nettonutzen einer Medication reconciliation betrug £34-£80 (= ca. 38-89 CHF).

### c) Studien spezifisch zu Adherence

In einigen Gesundheitssystemen sind Apothekerleistungen bei der Neuverordnung gewisser Arzneimitteltherapien und Diagnosen vorgesehen, so z.B. der New Medicine Service (NMS) des NHS in UK.<sup>58</sup> Zu Beginn und auch während der Behandlung einer chronischen Erkrankung beinhaltet die Leistung zur Förderung der Adhärenz die Vermittlung von Strategien zur regelmässigen Medikamenteneinnahme und ggf. die Abgabe geeigneter Hilfsmittel und Anleitungen (Pillenboxen, digitale Erinnerungen etc.) sowie die Überprüfung unerwünschter Arzneimittelwirkungen.

Elliot et al. (2017) haben in ihrer ökonomischen Evaluation des NMS Kosteneinsparungen modelliert. Für Patientinnen und Patienten mit verschiedenen chronischen Krankheiten (z.B. Bluthochdruck, Asthma, Diabetes) wird eine durchschnittliche Kostenersparnis von 144 £ (= ca. 160 CHF) und 0.05 zusätzlichen QALYs pro Patientin oder Patient beschrieben.

Die ökonomische Modellierung von Marra et al. (2017) ermittelte für die Förderung der Adhärenz durch Apothekerinnen und Apotheker bei Patientinnen und Patienten mit Bluthochdruck eine durchschnittliche Kosteneinsparung von ca. 4'400 CHF (6'364 CAD) und zusätzlich 0.4 QALYs pro Patientin oder Patient über 30 Jahre. Die Einsparungen ergeben sich dank vermiedener kardiovaskulärer Ereignisse (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall). Jedoch liegen diese Werte wohl am oberen Limit der Kosteneinsparungen und der Gesundheitsvorteile. Bei einer geringeren Reduktion des Blutdrucks war die Leistung mit erhöhten Kosten verbunden. Deshalb schlussfolgern die Autorinne und Autoren, dass die Leistung kostensparend oder kosteneffektiv ist, sofern sie über einen längeren Zeitraum erfolgt.

## 6.3. Fazit

Die Massnahme «Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker» sieht vor, dass Apothekerinnen und Apotheker Impfungen, Beratungsleistungen zu Stuhltests sowie zusätzliche pharmazeutische Beratungsleistungen zulasten der OKP durchführen können.

Da heute schon viele Grippe- und FSME-Impfungen in Apotheken stattfinden, würden durch die KVG-Anpassung die Kosten von den Selbstzahlern und Kantonen zur OKP verlagert. Basierend auf groben Schätzungen würde die OKP nach der KVG-Anpassung neu mit ca. 20 Mio. CHF pro Jahr belastet. Die tatsächliche Anzahl jährlich verabreichter Impfungen kann jedoch stark variieren. Entsprechend können die erwartbaren Kosten zulasten der OKP höher oder tiefer ausfallen.

---

<sup>58</sup> [NHS England » NHS New Medicine Service](#)

Die Übernahme der Beratungsleistungen von Apothekerinnen und Apothekern im Zusammenhang mit einem Stuhltest würde die OKP neu mit ca. 2.5 bis 4 Mio. CHF pro Jahr belasten. Dabei handelt es sich teilweise um eine Kostenverlagerung von den Kantonen zur OKP. Die Kantone würden durch die Kostenverschiebung im Umfang von rund 2.5 Mio. CHF pro Jahr entlastet.

Zu den pharmazeutische Beratungsleistungen zur Optimierung der Arzneimitteltherapie und der Therapietreue (als «Medication Review», «Medication Reconciliation» und «Adherence» bezeichnet), war keine Schätzung bzgl. der Auswirkungen auf die Kosten möglich, da die konkreten Leistungsparameter (Leistungsumfang, Zielgruppe, Zeitpunkt im Behandlungsprozess, Mengengerüst und Limitierungen) noch nicht definiert sind. Wissenschaftliche Studien aus dem Ausland zeigen jedoch, dass Beratungsleistungen abhängig vom Setting kosteneffektiv, teilweise auch kostensparend sind.

## 7. Elektronische Rechnungsübermittlung

### 7.1. Ausgangslage

#### Heutige Situation

Derzeit steht es den Leistungserbringern frei, ob sie ihre Rechnungen den Versicherten und den Versicherern in elektronisch oder in Papierform übermitteln. Damit erhalten die Versicherer heute elektronische und Papierrechnungen in unterschiedlichen Formaten. Nach Art. 42 Abs. 3 KVG muss der Patientin bzw. dem Patienten eine Kopie jeder Rechnung übermittelt werden, die im System des «Tiers payant» ausgestellt wurde.

Im Jahr 2018 wurden rund zwei Drittel der Rechnungen elektronisch übermittelt (Meyer et al. 2020). Gemäss zwei befragten Personen dürfte dieser Anteil heute bereits knapp 80 Prozent betragen. Im stationären Bereich erfolgt die Rechnungsstellung gemäss Angaben befragter ExpertInnen heute bereits fast vollständig auf elektronischem Weg. Grund dafür sei der in einem DRG-Vergütungsmodell anwendbare Art. 59a KVV, der die elektronische Übermittlung von Rechnungen fördere. Im ambulanten Bereich, in dem in den meisten Fällen der Versicherte die Rechnung erhält (System des «Tiers garant»), wurde im Jahr 2018 etwa die Hälfte der Rechnungen elektronisch übermittelt (Meyer et al. 2020). Gemäss einer befragten Person beträgt der heutige Anteil der elektronischen Rechnungsübermittlung 75 Prozent. Dieser Anteil werde aufgrund neuer Tarifverträge, in denen zunehmend der «Tiers payant» festgelegt sei, weiter zunehmen. Ein überwiegender Teil der nicht digital übermittelten Belege wird von den Versicherern nachträglich elektronisch verarbeitbar gemacht (Meyer et al. 2020).

#### Massnahme «Elektronische Rechnungsübermittlung»

Mit der Massnahme «Elektronische Rechnungsübermittlung» sollen sämtliche Leistungserbringer im stationären und im ambulanten Bereich verpflichtet werden, ihre Rechnungen künftig in elektronischer Form zu übermitteln, unabhängig davon, ob der Versicherer («Tiers payant») oder die versicherte Person («Tiers garant») die Vergütung der Leistung schuldet (Bundesrat 2022b):

- Im System des «Tiers payant» müssen die Leistungserbringer die Rechnung den Versicherern und den Versicherten elektronisch zustellen. Wünschen die Versicherten eine Papierrechnung oder eine Rechnerkopie in Papierform, müssen ihnen die Leistungserbringer solche kostenlos übermitteln.
- Im System des «Tiers garant» müssen die Leistungserbringer den Versicherten die Rechnung elektronisch oder, wenn diese es wünschen, kostenlos in Papierform übermitteln. Nachdem die Versicherten die Rechnung geprüft und bezahlt haben, übermitteln sie diese den Ver-

sicherern, ebenfalls elektronisch, oder validieren sie auf einem dafür vorgesehenen Online-Portal des Versicherers. Im Falle einer Papierrechnung müssen die Versicherten diese an die Versicherer weiterleiten, der danach die Leistungserbringer auffordert, sie ihnen elektronisch zu übermitteln.

Die Festlegung der Modalitäten für die elektronische Übermittlung soll den Tarifpartnern überlassen werden (Bundesrat 2022b). Die Leistungserbringer und die Versicherer oder ihre Verbände müssen eine Vereinbarung über einen einheitlichen nationalen Standard für die elektronische Übermittlung von Rechnungen abschliessen. Die Rechnungsstellung soll auf einer Plattform mittels eines standardisierten Formulars erfolgen. Es ist wichtig, dass der vereinbarte Standard die Datensicherheit gewährleistet. Diese Anpassungen müssen während der gesetzlichen Übergangsfrist von zwei Jahren nach Inkrafttreten der vorliegenden Änderung des KVG vorgenommen werden (Bundesrat 2022b). Wenn sich die Parteien innerhalb dieser Frist nicht einigen, soll der Standard vom Bundesrat festgelegt werden.

#### **Fragen und erwartete Wirkungen**

Im Vordergrund steht die Untersuchung der kurz- und längerfristigen Auswirkungen einer vollständig elektronischen Rechnungsübermittlung auf die Kosten der Versicherer und der Leistungserbringer, inkl. Abschätzung der möglichen Kosteneinsparpotenziale. Unter Berücksichtigung ergänzender Fragen des BAG und weitergehenden Überlegungen stellen sich folgende Fragen:

1. Wie stellen sich der Stand und die Herausforderungen der Erarbeitung eines einheitlichen nationalen Standards für die elektronische Rechnungsübermittlung dar?
2. Welche Verwaltungskosten könnten durch die elektronische Rechnungsübermittlung längerfristig bei den Versicherern und den Leistungserbringern eingespart werden?
3. Welches Kosteneinsparpotenzial besteht aufgrund einer Verbesserung der Rechnungskontrolle durch die elektronische Rechnungsübermittlung?
4. Welche Kosteneinsparpotenziale bestünden bei einer Standardisierung und Automatisierung von vor- und nachgelagerten Prozessen?

Gestützt auf die Ausführungen des Bundesrats (2022b) und die zusätzlichen Überlegungen des BAG (2022b) werden von der Massnahme «Elektronische Rechnungsübermittlung» folgende Wirkungen erwartet:

- Die Kosten für die Erarbeitung eines einheitlichen Standards und die Anpassung der Infrastruktur seitens der Leistungserbringer und der Versicherer dürften moderat ausfallen. Zum einen sind die Akteure des Gesundheitswesens bereits im Forum «Datenaustausch» zusam-

mengeschlossen. Damit können Synergien genutzt werden, um die Kosten bei den einzelnen Versicherern möglichst gering zu halten. Zum anderen werden bereits heute zwei Drittel der Rechnungen der Leistungserbringer elektronisch übermittelt.

- Die elektronische Rechnungsübermittlung wird längerfristig zu einer Reduktion der Verwaltungskosten der Versicherer und der Leistungserbringer führen. U.a. kann auf das Kopieren, das Scannen und den Postversand der Rechnung zwischen Versicherern und Leistungserbringern verzichtet werden. Zudem wird das Überführen der Rechnungen in das Buchhaltungssystem vereinfacht, wodurch weitere Kosteneinsparungen entstehen.
- Durch die elektronische Rechnungsübermittlung kann die Rechnungskontrolle durch die Versicherer effizienter vorgenommen und gestärkt werden. Zum einen führt eine systematischere und effizientere Rechnungskontrolle (u.a. durch die Reduktion von Fehlerquellen) zu Einsparungen bei den Verwaltungskosten. Zum anderen kann dadurch die Rechnungskontrolle durch die Versicherer noch stärker wahrgenommen werden. Zudem kann eine verstärkte Rechnungskontrolle auch dazu führen, dass Leistungserbringer bereits im vornherein korrekter abrechnen und weniger Leistungen erbringen, die für den Behandlungszweck nicht erforderlich sind. Dies wirkt ebenfalls kostendämpfend.

Nachfolgende Analyse der Auswirkungen der Massnahme «Elektronische Rechnungsübermittlung» basiert auf einer Auswertung relevanter Dokumente und den Ergebnissen qualitativer Interviews mit sechs ExpertInnen von Seiten Versicherer und Leistungserbringer.

## 7.2. Auswirkungen

### **Stand und Herausforderungen eines einheitlichen nationalen Standards für die elektronische Rechnungsübermittlung**

Gemäss den befragten ExpertInnen sind zur Standardisierung der elektronischen Rechnungsübermittlung schon viele Grundlagen erarbeitet und einige Standards festgelegt worden. Insbesondere habe das Forum für Datenaustausch<sup>59</sup> einen Standard für das Format der Rechnungen (sog. XML-Standard 4.5) definiert, der sich für die elektronische Rechnungsübermittlung zwischen Leistungserbringern und Versicherer etabliert habe. Der Standard formuliere, was die Rechnung beinhalten (Inhalt) und wie sie aussehen (Layout) müsse, wenn sie gedruckt werde. Insbesondere definiere er, welche Daten auf allen Rechnungen aufgeführt werden müssten.<sup>60</sup>

<sup>59</sup> Die im Forum Datenaustausch vertretenen Akteure des Gesundheitswesens verfolgen u.a. das Ziel, einheitliche, gemeinsam entwickelte Standards für den elektronischen Datenaustausch festzusetzen (vgl. Bundesrat 2022b).

<sup>60</sup> Rechnungssteller, Leistungserbringer, Kontaktdaten des/der PatientIn, Geburtsdatum, Geschlecht, AHV-Nummer, Versicherten-Nummer, Kanton, ob es sich um eine Kopie handelt, welches Gesetz angewendet wird (KVG, UVG, usw.), Vergütungsart, Behandlungszeit, Rechnungsdatum, Behandlungsgrund, ggf. Zuweiser, Diagnose-Code gemäss Diagnose-Liste, Datum der

Der Standard sei in Form einer XML-Tabelle definiert, die von den Leistungserbringern und Versicherern verwendet würde. Gemäss einer befragten Person soll der Standard in Form einer neuen Version vom Forum Datenaustausch weiterentwickelt werden.

Mehrere befragte ExpertInnen weisen auf einen weiteren Akteur hin, der bereits Standards für weitere mit der elektronischen Rechnungsübermittlung zusammenhängende Prozessschritte erarbeitet hat (z.B. betreffend Art des Transports der Rechnungen). Diese Standards würden jedoch nur von KundInnen des entsprechenden Anbieters, nicht jedoch national angewendet. Zudem betonen verschiedene Befragte, dass bis jetzt nicht verpflichtend festgelegt, welche Standards von den Leistungserbringern und den Versicherern zwingend eingehalten werden müssten.

Entsprechend betonen die befragten ExpertInnen, dass es bisher – mit Ausnahme des Standards für das Format der Rechnung – keine Standardisierung der elektronischen Rechnungsübermittlung (Systeme und Prozess) gebe, die sich bei den Leistungserbringern und den Versicherern gesamtschweizerisch durchgesetzt hätten. Beispielsweise würden die Leistungserbringer unterschiedliche Softwares zur Verarbeitung der Rechnungen verwenden. Zudem gebe es verschiedene Stufen der Digitalisierung und unterschiedliche Arten, wie Rechnungen an Vermittler übermittelt würden (über die Software des Vermittlers, ein Internetportal, die Software von Drittanbietern, ein Leistungsblatt oder auf dem Postweg). Mehrere Befragte weisen darauf hin, dass der Standard zum Format der Rechnungen für eine vollständige elektronische Rechnungsübermittlung nicht ausreiche, weil die Rechnungen teilweise noch in Papierform übermittelt und in unzureichender Qualität gescannt würden.

Gemäss einzelnen befragten ExpertInnen bringt die Verpflichtung, den PatientInnen im System des «Tiers payant» eine Kopie der Rechnung zu übermitteln, ebenfalls einige Schwierigkeiten für die elektronische Rechnungsübermittlung mit sich, insbesondere weil der Datenschutz gewährleistet werden müsse. Dies bedeute, dass die PatientInnen die Rechnung nicht per E-Mail erhalten könnten. Die Akteure müssten eine Lösung finden, um die sichere elektronische Übermittlung der Rechnungen sicherzustellen. Diesbezüglich weist eine befragte Person die Befragten auf mehrere Möglichkeiten hin: Beispielsweise könnte die elektronische Rechnungsübermittlung über ein Portal des Versicherers erfolgen, über das der Versicherte auf die Rechnung zugreifen oder sie herunterladen könne, wenn er sie in Papierform erhalten und dem Versicherer die Erlaubnis erteilt habe, sie zu sehen und zu verarbeiten. Die Parteien hätten sich aber noch nicht auf einen Standard geeinigt. Mehrere Leistungserbringer (Spitäler) und Vermittler böten den Versicherten bereits die Möglichkeit, über ein elektronisches Portal auf ihre

---

Behandlungen, Tarif, Verrechnete Menge pro Tarifposition, Taxpunkt der ärztlichen Leistung, Taxpunktwert der ärztlichen Leistung, Taxpunkt der technischen Leistung, Taxpunktwert der technischen Leistung, Pflichtleistungscode, Betrag und Gesamtbetrag. Eine befragte Person weist darauf hin, dass die Qualität der Inputs in der XML-Tabelle (bzw. vom Standard) nicht definiert werde.

Rechnungen zuzugreifen. Die verschiedenen Akteure hätten sich jedoch noch nicht auf einen bestimmten Standard oder ein bestimmtes Verfahren geeinigt.

Seitens der Befragten wird auch darauf hingewiesen, dass die Umsetzung der Verpflichtung zur elektronischen Rechnungsübermittlung (neben einer datenschutzkonformen Übermittlung) auch KVG-konform sein müsse. Der Versicherte müsse im System des «Tiers garant» zuerst Zugriff auf die Kopie haben, damit er entscheiden könne, ob er die Rechnung seinem Versicherer vorlegen möchte oder nicht. Dies setze voraus, dass die Rechnung verschlüsselt sei und der Versicherer nur nach Freigabe durch den Versicherten darauf zugreifen könne. In diesem Fall müsste die Rechnung auf einem Server ausserhalb des Versicherers gespeichert werden, was mit hohen Kosten verbunden sei.

Gemäss Botschaft des Bundesrates (2022b) soll die elektronische Rechnungsstellung über ein standardisiertes Formular mittels einer Plattform erfolgen. Gemäss einer befragten Person werde jedoch nicht spezifiziert, ob damit eine gemeinsame Plattform für alle Versicherer oder individuelle Plattformen gemeint seien. Die Schaffung einer einheitlichen Plattform für die elektronische Übermittlung von Rechnungen an Versicherte kommt gemäss dieser Person nicht in Frage. Es müsste festgelegt werden, wer sie verwalte, wie sie finanziert werde und welche Standards für den Datenschutz gelten sollten. Es sei naheliegender und kostengünstiger, wenn jeder Versicherer seine eigene Plattform anbiete.

Versicherte sind in weit geringerem Masse von den Erfordernissen eines einheitlichen nationalen Standards zur Rechnungsübermittlung betroffen. Gemäss einer befragten Person müssten sie sich aufgrund der datenschutzkonformen elektronischen Übermittlung jedoch mit einer neuen Plattform (bzw. Anwendung) vertraut machen (möglicherweise mit unterschiedlichen Systemen je nach Leistungserbringer oder Versicherer).<sup>61</sup> Sie können jedoch die Rechnungen weiterhin in Papierform erhalten, wenn sie dies wünschen.

### 7.2.1. Auswirkungen auf die Verwaltungskosten der Versicherer und der Leistungserbringer

#### **Heutige Kosten der Rechnungsübermittlung**

Gemäss Angaben der Versicherer wurden im Jahr 2018 rund 109.6 Mio. Rechnungsbelege verarbeitet (Meyer et al. 2020).<sup>62</sup> Die Grössenunterschiede der Versicherer betreffend die verarbeiteten Rechnungen sind beträchtlich: Während ein kleiner Versicherer im Jahr 2018 im

<sup>61</sup> Da dies vermutlich nicht für alle Altersgruppen oder sozialen Schichten in gleichem Masse möglich sein wird, scheint uns diese Situation ist im Hinblick auf die Gleichbehandlung aller Versicherten nicht optimal.

<sup>62</sup> Wird diese Zahl ins Verhältnis zur Wohnbevölkerung der Schweiz gesetzt, ergeben sich für das Jahr 2018 etwas weniger als 13 Belege pro EinwohnerIn (Meyer et al. 2020).

Durchschnitt weniger als 50'000 Belege verarbeitete, erfasste ein grosser Versicherer im selben Zeitraum durchschnittlich über 9 Mio. Belege (Meyer et al. 2020).

Heute werden rund 80 Prozent der Rechnungen elektronisch übermittelt. Bei Spitälern erfolgt die Rechnungsübermittlung nahezu vollständig elektronisch. Bei den ambulanten Leistungserbringern beträgt der heutige Anteil der elektronischen Rechnungsübermittlung 75 Prozent – mit steigender Tendenz (vgl. Kapitel 7.1). Die grossen Versicherer erhalten im Vergleich zu den mittleren und kleinen Versicherern mehr Rechnungen auf elektronischem Weg. Ein überwiegender Anteil der nicht digital übermittelten Belege wird nachträglich von den Versicherern elektronisch verarbeitbar gemacht. Papierrechnungen werden gescannt und anschliessend manuell oder halbautomatisch auf Detailpositionen erfasst. Vereinzelt werden Rechnungen auch von Hand erfasst (Meyer et al. 2020). Bei bestimmten Rechnungstypen bzw. Leistungserbringern gestaltet sich die Digitalisierung jedoch besonders schwierig.<sup>63</sup> Nach Angaben einer befragten Person erschwert bei diesen Leistungserbringern die fehlende Standardisierung eine angemessene Erfassung einzelner Positionen im System bzw. die Vergleichbarkeit. Zudem erschwerten die Probleme mit der Qualität der gescannten Kopien, die von den Versicherten eingesandt würden, die digitale Bearbeitung der Rechnungen durch die Versicherer. Eine befragte Person geht davon aus, dass zukünftig – auch ohne die Massnahme – der überwiegende Anteil der Rechnungen (ca. 97 Prozent) in digitaler Form übermittelt würde.

Die Kosten der elektronischen Übermittlung von Rechnungen sind nicht bekannt, weil sie im Rahmen von Verträgen zwischen Versicherern und Vermittlern ausgehandelt werden. Nach Angaben einer befragten Person müssen Leistungserbringer teilweise auch einen Beitrag zu den Dienstleistungen eines Vermittlers leisten. Laut einer befragten Person verursacht die Übermittlung auf Papier oder elektronisch bei einem Anbietenden ungefähr die gleichen Kosten von CHF 1.35 pro Rechnung, wenn der Vermittler andere Dienstleistungen anbietet, die über die Übermittlung von Rechnungen hinausgehen.<sup>64</sup> Die Übermittlung einer elektronischen Rechnung durch einen anderen Anbietenden (ohne weitere Dienstleistungen) koste etwa CHF 0.20 pro Rechnung. Aufgrund dieser Angaben können die gesamten jährlichen Kosten der Rechnungsübermittlung auf eine sehr grosse Bandbreite von CHF 20 Mio. bis CHF 150 Mio. eingegrenzt werden.<sup>65</sup>

Wenn die Rechnungen in Papierform übermittelt werden, fallen zusätzliche Kosten für den Druck (bei den Leistungserbringern), den Versand (bei den Versicherten oder den

<sup>63</sup> U.a. bei inländischem Transport & Rettung, Pflegeheime, Pflegefachpersonen, Neuropsychologen und Ernährungsberater (Meyer et al. 2020).

<sup>64</sup> Z.B. Erstellung der Rechnung, Entgegennahme der Zahlungen, Bearbeitung von Rückweisungen, Beratung.

<sup>65</sup> CHF 0.20 / CHF 1.35 x 110 Mio. Rechnungen für 2018. Zu berücksichtigen ist, dass uns die Übermittlungskosten von anderen Anbietenden und das Verhältnis der Anzahl Rechnungen, deren Übermittlung mit und ohne weitere Dienstleistungen verrechnet werden, nicht bekannt sind. Zudem sind in dieser Übersichtsrechnung sonstige Kosten der Leistungserbringer für die Erstellung von Rechnungen, wenn diese nicht durch den Vermittler erfolgt, nicht berücksichtigt.

Leistungserbringern) sowie das Scannen und Erfassen der Rechnungen (bei den Versicherern) an. Bei den Versicherern dürfte insbesondere der Aufwand für die Digitalisierung der Rechnungsbelege von Leistungserbringern ins Gewicht fallen, bei denen dies aufgrund fehlender Standardisierung und Lesbarkeit besonders schwierig ist.<sup>66</sup> Eine befragte Person bestätigt, dass vor allem durch die wegfallenden Personalaufwände seitens der Versicherer für die Digitalisierung der Rechnungen Einsparungen erzielt werden könnten.

### **Kosten der Erarbeitung eines einheitlichen nationalen Standards und der Anpassung der Infrastruktur von Versicherern und Leistungserbringern**

Da noch nicht absehbar ist, wie aufwändig die Erarbeitung und die Einigung auf einen gesamtschweizerisch einheitlichen Standard für die elektronische Rechnungsübermittlung sein wird, sind die entsprechenden Kosten für die betroffenen Akteure sehr schwierig abzuschätzen. Wir gehen jedoch davon aus, dass die Kosten, im Vergleich zu denjenigen der Anpassung der Infrastruktur, vergleichsweise gering sein dürften.

Betreffend Infrastruktur liegen uns Schätzungen für die elektronische Übermittlung der Rechnung (bzw. deren Kopie) an die Versicherer vor. Eine befragte Person schätzt die entsprechenden Kosten für die Versicherer und die Leistungserbringer je nach gewählter Lösung wie folgt:

- Wird eine Lösung mit einer Zustellung der Rechnung (elektronisch oder in Papierform) an die Versicherten und einem Portal des Versicherers (Rechnung hochladen oder diese mit einem PIN freigeben) gewählt, werden die Investitionen für die Leistungserbringer auf ca. 1'500 CHF geschätzt, gefolgt von jährlich 500 CHF für die Wartung der elektronischen Infrastruktur. Die von den Versicherern zu tätigen Investitionen für das Portal (und eine App) dürften je Versicherer im sechsstelligen Bereich liegen.
- Würde eine Lösung mit einem «Trust-Center» (bzw. einem externen Server) gewählt, sei mit Kosten in der Höhe von einer bis mehreren Millionen Franken pro Jahr zu rechnen.<sup>67</sup> Aufgrund der hohen Kosten stehe diese Variante derzeit jedoch nicht im Vordergrund.

### **Einsparungen von Verwaltungskosten durch die elektronische Rechnungsübermittlung**

Gestützt auf die Einschätzungen der befragten ExpertInnen schliessen wir, dass von der Massnahme «Elektronische Rechnungsübermittlung» im Vergleich zum heutigen System keine grossen Einsparungen bei den Verwaltungskosten der Leistungserbringer und der Versicherer zu erwarten sind. Aufgrund der zusätzlichen Kosten für die Infrastruktur für die elektronische

<sup>66</sup> Leider war es den befragten ExpertInnen nicht möglich, die zusätzlichen Kosten der Übermittlung einer Rechnung auf Papier im Vergleich zu einer elektronischen Rechnungsübermittlung abzuschätzen.

<sup>67</sup> Erfahrungen basierend auf den bereits verwendeten Trust-Centern für Ärztedaten.

Übermittlung aller Rechnungen dürften sich allfällige Einsparungen erst mittel- bis längerfristig zeigen, vergleichsweise gering ausfallen und angesichts der insgesamten Verwaltungskosten nahezu vernachlässigbar sein. Die befragten ExpertInnen stützen sich bei ihrer Beurteilung des Einsparpotenzials der elektronischen Rechnungsübermittlung auf folgende Argumente:

- Erstens betonen sie, dass die elektronische Rechnungsübermittlung zwischen Leistungserbringern und Versicherern schon sehr weit fortgeschritten sei und sich weiter verbessern werde. Potenziale zur elektronischen Rechnungsübermittlung gebe es noch bei gewissen Leistungserbringern im ambulanten Bereich und bei der elektronischen Rechnungsübermittlung an die Versicherten. Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, dass bei der Standardisierung der elektronischen Rechnungsübermittlung (z.B. Standardisierung des Formats der Rechnungen), der Organisation der Rechnungsübermittlung (z.B. über Intermediäre) sowie der erforderlichen Infrastruktur (z.B. elektronische Plattformen) bereits viele Vorarbeiten geleistet bzw. Investitionen getätigt worden seien. Die Umsetzung der Massnahme «Elektronische Rechnungsübermittlung» würde jedoch weitere Arbeiten und Investitionen erfordern, die nicht unterschätzt werden dürften. Neben zusätzlichen Investitionen in die Infrastruktur zur elektronischen Rechnungsübermittlung sei insbesondere eine Lösung für die datenschutzkonforme elektronische Übermittlung der Rechnungen an die Versicherten zu erarbeiten.
- Zweitens werden bei einer vollständig elektronischen Rechnungsübermittlung vor allem Einsparpotenziale bei den Personalaufwänden der Versicherer für die Digitalisierung der Rechnungen gesehen, die dann nicht mehr erforderlich wären. Demgegenüber dürften die wegfallenden Kosten für den Druck und den Versand der Papierrechnungen, seitens Leistungserbringer, etwas weniger ins Gewicht fallen. Ob dadurch Zeit gespart wird, wissen wir nicht. Die Kosten für die Anpassung dürften dennoch für kleine Leistungserbringer wie Hebammen, Psychologen usw. höher sein, für die es wahrscheinlich einfacher und schneller ist, die Rechnung auszudrucken und per Post zu versenden, als wenn sie dies über ein sicheres Portal oder eine andere Anwendung für jeden Versicherer tun müssen.<sup>68</sup> Gemäss einem Befragten könnte zudem die sogenannte «Dunkelverarbeitung»<sup>69</sup> der Rechnungsbelege erhöhte werden, was zu zusätzlichen Kosteneinsparungen führen würde. Verschiedene befragte ExpertInnen nehmen an, dass diese Einsparungen die zusätzlichen Infrastrukturkosten im Laufe der Zeit ausgleichen und vermutlich etwas übertreffend dürften. Weitere Einsparungen der Verwaltungskosten – beispielsweise durch eine Abnahme von Abklärungen bei nicht zustellbaren Rechnungen oder der Beantwortung von Rückfragen – sind gemäss den befragten ExpertInnen nicht zu erwarten. Mehrere Befragte betonen jedoch, dass sich vor allem durch

---

<sup>68</sup> Gemäss einer befragten Person könnte der Anpassungsaufwand zur digitalen Rechnungsübermittlung für den sehr kleinen Anteil der Leistungserbringer, deren Rechnungen heute manuell erfasst werden muss, vergleichsweise hoch sein.

<sup>69</sup> Unter der „Dunkelverarbeitung“ wird die vollständig automatisierte Verarbeitung und Freigabe der Belege verstanden. Im Jahr 2018 wurden gemäss Angaben der Versicherer gut zwei Drittel der Rechnungsbelege dunkelverarbeitet (Meyer et al. 2020).

die Standardisierung und die Automatisierung der vor- und nachgelagerten Prozesse Kosteneinsparungen ergäben.

### 7.2.2. Auswirkungen auf die Rechnungskontrolle durch die Versicherer

Gemäss den befragten ExpertInnen führt eine vollständige elektronische Rechnungsübermittlung im Vergleich zum heutigen System nicht zu einer Verbesserung der Rechnungskontrolle durch die Versicherer und die Versicherten. Durch eine elektronische Übermittlung der Rechnungen allein liessen sich fehlerhafte Rechnungen nicht eliminieren:

- Seitens der Versicherer werde die elektronische Rechnungskontrolle durch die elektronische Übertragung nicht gestärkt. Die heute in Papierform eingereichten Rechnungen würden bereits digitalisiert, um weiterverarbeitet werden zu können. Gemäss einer befragten Person erfolgt die Rechnungskontrolle v.a. bei grossen Versicherern durch statistische Analysen, teilweise in Kombination mit der Prüfung von Einzelfällen. Es sei vor allem die statistische Analyse, die eine Kostenkontrolle und die Identifizierung von Fehlern (bzw. nicht korrekt verrechneten Leistungen) ermögliche. Die Kontrolle auf Einzelfallbasis sei nicht effizient. Sie wird jedoch immer noch häufig durchgeführt und verursacht hohe Personalkosten. Das Einsparpotenzial liege somit in der flächendeckenden Einführung statistischer Kontrollen bei den Versicherern, nicht in der elektronischen Übermittlung von Rechnungen.
- Die Versicherten würden die Rechnungen nicht besser überprüfen, nur weil sie elektronisch statt in Papierform übermittelt werde. Eine befragte Person betont zudem, dass die Kontrolle der Rechnungen durch die Versicherten nicht zu Einsparungen führte. Korrekturen aufgrund von Überprüfungen durch Versicherte seien vernachlässigbar.

#### **Exkurs: Kosteneinsparpotenziale durch die Automatisierung des gesamten Prozesses**

Die befragten ExpertInnen betonen, dass Kosteneinsparungspotenziale weniger bei der elektronischen Rechnungsübermittlung, sondern viel mehr durch die Automatisierung des gesamten Prozesses bestünden. Durch die Standardisierung und die Automatisierung der vor- und nachgelagerten Prozesse (u.a. Kostensicherung durch die Versicherer, Rechnungsübermittlung, Klärung von Rückfragen, Klärungen zwischen Versicherern und Leistungserbringern, Rechnungskontrolle, Bezahlung der Rechnungen, Mahnwesen) könnte die Effizienz des gesamten Prozesses verbessert und entsprechende Kosten bei den Versicherern und den Leistungserbringern eingespart werden. Eine Automatisierung des gesamten Prozesses würde insbesondere die Kommunikation zwischen den verschiedenen Akteuren (v.a. Versicherer und Leistungserbringer) und die korrekte Rechnungsstellung optimieren. Die befragten ExpertInnen beurteilen das Kosteneinsparpotenzial einer vollständigen Automatisierung des Prozesses als relevant und im Vergleich zur elektronischen Rechnungsübermittlung allein als deutlich höher. Beispielsweise

könnten Intermediär-Kosten sowie Verarbeitungsaufwände bei der Rechnungserstellung und der Rechnungsverarbeitung reduziert werden. Zudem könnten insbesondere auch die Aufwände der Versicherer bei der Kostensicherung im stationären Bereich und für die Bearbeitung von Rückfragen von Versicherern durch Leistungserbringer durch einen automatisierten Prozess deutlich reduziert werden.

Gemäss den befragten ExpertInnen konnten sich die verschiedenen Akteure aufgrund unterschiedlicher Interessen bisher noch nicht auf einen einheitlichen Standard für die Automatisierung des gesamten Prozesses einigen. Die Versicherer und ein Teil der Leistungserbringer (v.a. Spitäler) hätten ein grosses Interesse an einer Automatisierung des Prozesses, weil sie dadurch erhebliche Einsparungen erzielen könnten. Demgegenüber würden die Intermediäre eine Automatisierung als Bedrohung ihrer Existenz erachten. Zudem seien Widerstände bei Einzelpraxen/ kleinen Praxen zu erwarten, die mit vergleichsweise hohen Investitionen konfrontiert wären.

### 7.3. Fazit

Die Massnahme «Elektronische Rechnungsübermittlung» sieht vor, dass sämtliche Leistungserbringer im stationären und im ambulanten Bereich verpflichtet werden, ihre Rechnungen künftig in elektronischer Form zu übermitteln, unabhängig davon, ob der Versicherer («Tiers payant») oder die versicherte Person («Tiers garant») die Vergütung der Leistung schuldet.

Die Rechnungen werden bereits heute grösstenteils elektronisch übermittelt. Die Verpflichtung zur vollständigen elektronischen Übermittlung der Rechnungen würde zu Herausforderungen bei gewissen Leistungserbringern (v.a. im ambulanten Bereich) und bei der Übermittlung elektronischer Rechnungskopien an die Versicherten führen. Das Kosteneinsparpotenzial der elektronischen Rechnungsübermittlung dürfte gering und insgesamt vernachlässigbar sein. Durch eine vollständige Automatisierung des gesamten Prozesses könnten erheblich höhere Kosteneinsparungen erzielt werden. Die elektronische Rechnungsübermittlung kann als Teil der Automatisierung des gesamten Prozesses verstanden werden.

## 8. Synthese

Dieses Kapitel gibt als erstes einen Überblick über die Ergebnisse für die verschiedenen Massnahmen. Anschliessend wird für jede Massnahme ein ausführliches Fazit entlang der Untersuchungsfragen formuliert.

### 8.1. Bilanz der Auswirkungen

Die folgende Tabelle fasst die Ergebnisse zu den Auswirkungen und insbesondere zum Kosteneinsparpotenzial bei der OKP und zu möglichen Zusatzkosten auf Seiten der betroffenen Akteure zusammen:

**Tabelle 6: Bilanz der Auswirkungen**

<b>Preismodelle: Preismodelle weiterhin erlaubt, grössere Vertraulichkeit</b>		
<b>Hauptwirkungen</b>	<b>Kosteneinsparpotenzial, Zusatzkosten</b>	<b>Weitere Aspekte</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schneller Zugang zu neuen, innovativen Medikamenten</li> <li>▪ Tiefere Preise bei teuren Innovationen</li> <li>▪ Versicherer: Mehraufwand für Abwicklung Preismodelle (Lösungen in Arbeit)</li> <li>▪ Bei strikter Vertraulichkeit unvollständige Information bei Leistungserbringern und PatientInnen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ OKP: Kosteneinsparpotenzial im Sinne von Rückzahlungen an Versicherer wie bislang jährlich ca. 200 Mio. CHF</li> <li>▪ Versicherer: Zusatzkosten:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aufwand für Abwicklung: ca. 4 Mio. CHF/a</li> <li>▪ Vertriebsmargen: n.a.</li> <li>▪ MWST: ca. 4.5 Mio. CHF/a</li> </ul> </li> <li>▪ Pharmafirmen: keine relevanten Zusatzkosten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alternative: Einkaufsgemeinschaft CH und andere Länder</li> </ul>

**Differenzierte WZW-Prüfung:** Günstige und umsatzschwache Arzneimittel weniger häufig überprüfen, teurere und günstige umsatzstarke Arzneimittel häufiger überprüfen

Hauptwirkungen	Kosteneinsparpotenzial, Zusatzkosten	Weitere Aspekte
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Versorgungssicherheit besser gewährleistet, weil günstige, umsatzschwache Arzneimittelgruppen im Markt bleiben</li> <li>▪ Fristgerechtere Umsetzung von WZW-Prüfungen auf Seiten BAG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ OKP: Einsparungen zugunsten der OKP bisher ca. 80 Mio. CHF/a               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ allenfalls leicht weniger Einsparungen zugunsten der OKP, wenn günstige, umsatzschwache Arzneimittelgruppen weniger häufig überprüft</li> <li>▪ keine wesentliche Veränderung der Einsparungen zugunsten der OKP, wenn teure und günstige, umsatzstarke häufiger überprüft</li> </ul> </li> <li>▪ BAG: keine grösseren Mehr-/Minderaufwendungen</li> <li>▪ Pharmafirmen: Weniger Aufwand für Pharmafirmen, wenn weniger häufig überprüft, Mehraufwand, falls häufiger überprüft</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Umsatzschwelle als Kriterium für weniger häufige Überprüfung</li> </ul>

**Netzwerke zur koordinierten Versorgung (NkV):** Netzwerke als Leistungserbringer möglich, Zulassung durch Kantone über Leistungsauftrag

Hauptwirkungen	Kosteneinsparpotenzial, Zusatzkosten	Weitere Aspekte
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bildung von NkV</li> <li>▪ Bessere Behandlungsqualität (für Managed Care und koordinierte Versorgung empirisch belegt)</li> <li>▪ Attraktive Arbeitsbedingungen (nicht untersucht)</li> <li>▪ Risiko von zusätzlichen Mengenausweitungen gering, weil Leistungsauftrag der Kantone</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ OKP: Potenzial für Kosteneinsparungen jährlich 250 Mio. CHF und mehr</li> <li>▪ OKP: Zusatzkosten für Entschädigung der Koordination komplexer Fälle</li> <li>▪ Leistungserbringer: evtl. sehr hoher Aufwand für Bildung von NkV und Abwicklung von Fällen über NkV</li> <li>▪ Leistungserbringer: Entschädigung für Koordination komplexer Fälle</li> <li>▪ Kantone: moderater Aufwand für Erteilung Leistungsaufträge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evtl. Anschubfinanzierung als Anreiz für Bildung von NkV</li> <li>▪ Beispiel Österreich: Bildung von 40 Primärversorgungsnetzen in 5 Jahren</li> </ul>

**Faire Referenztarife:** Festlegung Referenztarife für ausserkantonale Wahlbehandlungen nach den höchsten Tarifen für eine vergleichbare Leistung in einem Spital im Wohnkanton

Hauptwirkungen	Kosteneinsparpotenzial, Zusatzkosten	Weitere Aspekte
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Höhere Referenztarife in den meisten Kantonen</li> <li>▪ Grössere Wahlfreiheit der PatientInnen bei ausserkantonalen Spitälern</li> <li>▪ Geringe Zunahme der interkantonalen Patientenströme</li> <li>▪ Tendenziell bessere Versorgungsqualität</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ OKP und Kantone: leicht höhere Anteile der Vergütung ausserkantonaler Hospitalisierungen (jedoch nahezu vernachlässigbar)</li> <li>▪ PatientInnen und Zusatzversicherungen: geringfügige Entlastung bei ausserkantonalen Hospitalisierungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Optimale Ausgestaltung (Höhe, Differenzierung) abhängig von Gewichtung Wahlfreiheit und Spitalwettbewerb ggü. Kostensteigerung bei OKP und Kantonen</li> </ul>

**Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker:** Impfungen, Stuhltests und Beratungsleistungen in Apotheken zulasten OKP

Hauptwirkungen	Kosteneinsparpotenzial, Zusatzkosten	Weitere Aspekte
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evtl. leichte Verlagerung von Impfungen von Arztpraxen in Apotheken</li> <li>▪ Evtl. leichter Zuwachs bei Durchimpfung</li> <li>▪ Leicht höhere Teilnahme an Screening-Programmen</li> <li>▪ Kosteneffektivität der pharmazeutischen Beratungsleistungen empirisch belegt (teilweise auch kostensparend)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ OKP: Zusatzkosten für <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Impfungen ca. 20 Mio. CHF/a (könnten ein paar Mio. CHF höher oder tiefer ausfallen, weil stark variierende Angaben zu Anzahl Impfungen)</li> <li>▪ Beratungsleistungen Stuhltest: ca. 2.5 bis 4 Mio. CHF/a <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ pharmazeutische Beratungsleistungen: nicht quantifizierbar</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>▪ Versicherte: Entlastung durch Verlagerung Impfkosten und Beratungskosten Stuhltest auf OKP</li> <li>▪ Kantone: Entlastung durch Verlagerung Impfkosten und Beratungskosten Stuhltest (ca. 2.5 Mio. CHF/a) auf OKP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kostenwirksamkeit von Stuhltests belegt</li> <li>▪ Kostenwirksamkeit von Beratungsleistungen belegt</li> </ul>

**Elektronische Rechnungsübermittlung:** Verpflichtung der Leistungserbringer im stationären und ambulanten Bereich, Rechnungen elektronisch zu übermitteln

Hauptwirkungen	Kosteneinsparpotenzial, Zusatzkosten	Weitere Aspekte
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leistungserbringer und Versicherer: Zusätzlicher Aufwand für Standardisierung elektronische Rechnungsstellung</li> <li>▪ Versicherer: weniger Aufwand für digitale Erfassung von Rechnungen</li> <li>▪ Leistungserbringer: weniger Aufwand für Druck und Versand der Rechnungen</li> <li>▪ Versicherer: Keine Auswirkungen auf Rechnungskontrolle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leistungserbringer und Versicherer: Zusatzkosten für Standardisierung und Infrastruktur, längerfristig durch Einsparungen bei Leistungserbringern und Versicherern kompensiert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grosses Kosteneinsparpotenzial durch Standardisierung und Automatisierung der vor- und nachgelagerten Prozesse (Kostensicherung, Klärung von Rückfragen, Mahnwesen etc.)</li> </ul>

Tabelle INFRAS.

### Zusammenfassung Kosteneinsparpotenziale und Zusatzkosten

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass vor allem die Netzwerke zur koordinierten Versorgung bei der OKP zu relevanten zusätzlichen Kosteneinsparungen in der Höhe von 250 Mio. CHF pro Jahr und mehr führen dürften. Allerdings bestehen Befürchtungen, dass der Aufwand der Leistungserbringer für die Bildung von NkV und die Abwicklung von Fällen über die NkV sehr hoch ausfallen könnte.

Bei den Preismodellen ist mit der KVG-Änderung bei der OKP wie bisher ein Kosteneinsparpotenzial im Sinne von Rückzahlungen an Versicherer in der Höhe von jährlich ca. 200 Mio. CHF möglich. Ohne Preismodelle würden neue teure Arzneimittel zu einem höheren Preis oder verzögert auf den Schweizer Markt gelangen.

Bei der differenzierten WZW-Prüfung dürfte die KVG-Änderung dazu führen, dass allenfalls leichte Einbussen bei den Preissenkungen in Kauf genommen werden müssen. Dafür verbessert sich die Versorgungssicherheit deutlich, weil ältere günstige Arzneimittel im Markt bleiben.

Die Leistungen der ApothekerInnen in Form von Impfungen und Beratungsleistungen für Stuhltests dürften bei der OKP zu Zusatzkosten in der Höhe von ca. 24 Mio. CHF pro Jahr führen. Dafür würden SelbstzahlerInnen und Kantone entlastet. Die Zusatzkosten und allfälligen Kosteneinsparungen von pharmazeutischen Leistungen konnten nicht ermittelt werden. Die meisten Analysen zeigen aber, dass diese Leistungen kosteneffektiv oder teilweise kostensparend sind.

Bei den fairen Referenztarifen und der elektronischen Rechnungsübermittlung dürften die Auswirkungen auf die OKP gering ausfallen.

Inwieweit allfällige Zusatzkosten auf Seiten OKP Auswirkungen auf die Prämien der Versicherten haben, wurde nicht untersucht.

### **Unbestrittene und umstrittene Aspekte**

Die Ergebnisse zeigen grössere Unterschiede in Bezug auf das zu erwartende Kosteneinsparungspotenzial. Grössere Kosteneinsparungen von über CHF 100 Mio. sind eigentlich nur bei den NkV zu erwarten. Allerdings ist diese Massnahme auch am stärksten umstritten, wobei der Nutzen koordinierter Versorgung nicht in Frage gestellt wird. Zahlreiche Studien belegen positive Effekte auf die Behandlungsqualität und die Gesundheitskosten. Kritisch beurteilt wird die Umsetzung. Vor allem von Seiten der Leistungserbringer werden die Organisation und der Aufwand für die Abwicklung von Fällen über ein NkV als zu kompliziert bemängelt. Deshalb würde das Modell nicht funktionieren. Evtl. könnte das Beispiel Österreich dienen, da sind über die letzten Jahre rund 40 Primärversorgungseinheiten entstanden, die in eine ähnliche Richtung zielen wie NkV.

Die Massnahme zu den Preismodellen ist bei den Akteuren mehrheitlich unbestritten. Von Seiten der Versicherer und der Leistungserbringer werden sie wegen der Intransparenz nicht gern gesehen, aber grundsätzlich sehen alle Akteure die Notwendigkeit für Preismodelle, um den schnellen Zugang zu neuen innovativen Preismodellen zu gewährleisten. Umstritten sind bei den Preismodellen denn auch vor allem die Vertraulichkeit und der Aufwand auf Seiten der Versicherer. Auch zu der Frage, ob es sich bei den Rückerstattungen um Kosteneinsparungen oder eben einfach um Rückerstattungen handelt, gibt es unterschiedliche Ansichten zwischen den Akteuren. Zu berücksichtigen ist zudem, dass sich das von den Akteuren erwähnte Rückerstattungsvolumen auf heute realisierte Rückerstattungen bezieht. Ohne die Möglichkeit von vertraulichen Preismodellen ist davon auszugehen, dass die fraglichen Arzneimittel zum Preis gemäss SL vergütet würden. Aufgrund der KVG-Anpassung dürften in Zukunft vermehrt Arzneimittel mit Preismodellen hinzukommen, in welchem Umfang ist aber nicht bekannt. Ohne Preismodelle bestünde die Gefahr, dass Pharmafirmen erst verzögert die Zulassung für neue innovative Arzneimittel beantragen würden.

Die Massnahme zur differenzierten WZW-Prüfung ist praktisch unbestritten. Günstige umsatzschwache Arzneimittel sollen nicht mehr so häufig überprüft werden. Dadurch ergäben sich allenfalls leicht weniger Einsparungen zu Gunsten der OKP. Als Kriterium für eine Differenzierung wird von verschiedenen Akteuren der Umsatz bevorzugt. Einig sind sich die Akteure auch darin, dass eine jährliche Überprüfung keine grössere Preissenkung ermöglichen würde. Die jährliche Preissenkung wäre dann einfach etwa ein Drittel der Preissenkung bei einem dreijährigen Zyklus. Umstritten ist einzig eine mögliche Verkürzung des Überprüfungszyklus auf ein Jahr. Dies würde auf Seiten der Pharmaindustrie zu Mehraufwand und Planungsunsicherheit führen.

Die Massnahmen zu den Referenztarifen, den Leistungen der ApothekerInnen und der elektronischen Rechnungsübermittlung sind praktisch unbestritten. Bei den Referenztarifen

war unbestritten, dass es eine Präzisierung braucht. Die Befragten waren jedoch nicht der Ansicht, dass jeweils der höchste Tarif als Referenztarif gewählt werden sollte. Auch die Massnahme zu der elektronischen Rechnungsübermittlung ist grösstenteils unbestritten. In den Interviews wurde jedoch auf die Herausforderung einer datenschutzkonformen Übermittlung an die Versicherten und den Anpassungsaufwand bei der sehr kleinen Gruppe von Leistungserbringern, deren Rechnungen heute von den Versicherern manuell erfasst werden, hingewiesen. Zudem meinten die Befragten, dass erst eine weitergehende Standardisierung und Automatisierung des gesamten Prozesses kostenmässig etwas bringen würde.

## 8.2. Fazit «Preismodelle»

Die Massnahme «Preismodelle» festigt die gesetzlichen Grundlagen einerseits für Preismodelle und andererseits dafür, dass die Angaben in Preismodellen der Vertraulichkeit unterliegen.

### **Auswirkungen auf den Zugang**

Preismodelle können den Zugang zu neuen Medikamenten verbessern. Alle Akteure sehen aufgrund der Marktsituation und der internationalen Gegebenheiten die Notwendigkeit von Preismodellen, um den Zugang vor allem von Arzneimitteln im Hochpreissegment zu gewährleisten. Ohne Preismodelle wären diese Arzneimittel nur zu einem höheren Preis oder zeitlich verzögert in der Schweiz verfügbar. Die Pharmafirmen würden keine tiefen öffentlichen Preise akzeptieren, weil die Schweiz selbst ein Referenzland für die Preisfestsetzung in anderen Ländern sei. Aus diesem Grund ist auch die Vertraulichkeit ein wichtiges Element von Preismodellen. Relativiert würde diese Überlegung dadurch, dass gerade (Schweizer) Pharmafirmen einen Imageschaden erleiden könnten, wenn sie lebenswichtige Arzneimittel erst später auf den Markt bringen würden.

Die Ausgestaltung der Vertraulichkeit ist unter den befragten Akteuren umstritten. Kritisiert wird insbesondere die Intransparenz bei vollständiger Vertraulichkeit. Leistungserbringer und PatientInnen hätten in solchen Fällen keine Informationen dazu, wie viel bestimmte Medikamente und Therapien effektiv kosten würden. Gemäss KVG müssten die Leistungserbringer bei der Verschreibung von Therapien nicht nur die Wirksamkeit, sondern auch Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit berücksichtigen. In der Regel werden Preismodelle heute semi-transparent umgesetzt, d.h. nicht nur die ZulassungsinhaberIn und das BAG sind informiert über die effektiven Preise, sondern auch weitere Akteure, wie bspw. die Versicherer.

Keine nachhaltige Alternative ist aus Sicht der befragten Personen eine Einzelfallvergütung gemäss Art. 71a-d KVV. Diese Lösung sei zu aufwendig.

### **Auswirkungen auf die Preise**

Es ist davon auszugehen, dass mit Preismodellen bei hochpreisigen, innovativen Arzneimitteln tiefere Preise zu erreichen sind als ohne Preismodelle. Laut BAG bestanden Ende 2022 für rund 135 Indikationen verteilt auf 94 Arzneimittel Preismodelle (BAG 2022b). Dank diesen Preismodellen fällt der Preis der betreffenden Arzneimittel um 20 bis 60% tiefer aus. Das BAG schätzt das gesamte Volumen der Rückzahlungen im Rahmen von Preismodellen auf 200 Mio. CHF. Ohne die Preismodelle würden die Gesamtkosten für diese Arzneimittel um einen Betrag in dieser Grössenordnung höher liegen, da die effektiv vergüteten Preise im Bereich der publizierten Preise im Ausland festgelegt werden müssten. Wenn ohne Preismodelle der höhere Preis gemäss Spezialitätenliste vergütet werden müsste, dann entspricht die Rückzahlung einer Preissenkung, die sich als Kosteneinsparung bezeichnen lassen würde. Unter den Akteuren ist aber umstritten, inwieweit es sich dabei um Einsparungen oder nur um Rückzahlungen handelt.

### **Auswirkungen auf den Aufwand auf Seiten der Versicherer**

Die Umsetzung der Preismodelle verursacht auf Seiten der Versicherer einen Aufwand von ca. 4 Mio. CHF pro Jahr. Aufwendig ist insbesondere der Rückerstattungsprozess, weil die Versicherer die Rückerstattung proaktiv einfordern müssen, es aber nicht immer klar sei, ob eine Anwendung eine Rückzahlung zugute habe. Hinzu kommt, dass unterschiedliche Systeme den Abwicklungsprozess erschweren.

Eine Arbeitsgruppe unter Führung des BAG arbeitet an digitalen Lösungen, um den administrativen Aufwand zu reduzieren. Nebst dem BAG sind an diesen Arbeitsgruppen ausserdem Versicherer, Pharmaunternehmen sowie auch private Anbieter von digitalen Abwicklungstools beteiligt.

Zusätzlicher Aufwand auf Seiten der Versicherer ergibt sich durch höhere Vertriebsmargen, da diese auf dem überhöhten Publikumspreis und nicht auf dem Nettopreis festgelegt werden. Es gibt ausserdem Mehrausgaben bei der MWST in der Höhe von ca. 4.5 Mio. CHF, da diese vor der Rückzahlung fällig wird und nicht zurückgefordert werden kann.

### **Dynamische Preismodelle**

Um Unsicherheiten bei der Wirksamkeit bzw. beim Nutzen von Arzneimitteln besser berücksichtigen zu können, bieten sich dynamische «Pay for Performance»-Preismodelle oder Volumenmodelle an.

Der Vorteil dieser Modelle sei, dass die Wirksamkeit nach einer gewissen Zeit evaluiert werde und sich der Preis basierend auf der Wirksamkeit dynamisch verändern könne. Erweise sich ein Arzneimittel als weniger wirksam als gedacht, würde der Preis des entsprechenden Arzneimittels sinken.

Eine weitere Möglichkeit seien Volumenmodelle, bei welchen bei der Zulassung zunächst ein Schwellenwert bzgl. des Umsatzvolumens definiert wird. Wird dieser Schwellenwert erreicht, weil das Arzneimittel wirksam sei und die Menge steigt, würde der Preis gesenkt.

Grundsätzlich wurden die Vorteile solcher innovativen und dynamischen Vergütungsmethoden von den meisten befragten Akteuren geteilt. Als problematisch erweisen könnte sich die für diese Modelle notwendige Beurteilung der Wirksamkeit

#### **Alternative zu Preismodellen**

Als eine mögliche Alternative zu Preismodellen wäre die Schaffung einer Einkaufsgemeinschaft der Schweiz mit anderen kleinen Ländern denkbar. Dadurch könnte die Schweiz ihre Verhandlungsmacht stärken. Als potenzielle Partner werden die BeNeLux-Staaten und Irland genannt.

### **8.3. Fazit «Differenzierte WZW-Prüfung»**

Arzneimittel, die auf der SL gelistet sind, müssen gemäss KVG in gleichbleibender Tiefe regelmässig auf deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit überprüft werden (WZW-Prüfung). Der Bundesrat befürchtet, dass bei zu häufigen Überprüfungen von Arzneimitteln und den damit verbundenen Preissenkungen bestimmte Produkte für die Pharmafirmen als Zulassungsinhaberinnen ab einem gewissen Punkt nicht mehr rentabel sind. Als Folge könnten die Pharmafirmen diese Arzneimittel vom Schweizer Markt zurückziehen. Dadurch käme es u.U. zu Unterversorgungen in gewissen Gesundheitsbereichen oder die weggefallenen Arzneimittel müssten durch teurere Alternativen ersetzt werden. Um solche Situationen möglichst zu vermeiden, möchte der Bundesrat mit der Massnahme «Differenzierte WZW-Prüfung» in einer Verordnung festlegen, welche Produkte mit welcher Häufigkeit und in welcher Tiefe auf die WZW-Kriterien überprüft werden sollen.

#### **Auswahlkriterien und betroffene Arzneimittelgruppen**

Als Auswahlkriterium dafür, ob eine häufigere oder weniger häufige Überprüfung notwendig wäre, würde sich der jährliche Umsatz von Arzneimitteln als Schwellenwert eignen. Ein Umsatzschwellenwert hiesse: Teure Arzneimittel generell und günstige Arzneimittel mit einem grossen Volumen und hohem Umsatz würden weiterhin überprüft. Günstige Arzneimittel mit nur geringem Umsatz würden nur noch selten oder gar nicht mehr für die WZW-Prüfung berücksichtigt. Bei diesen Arzneimitteln ist das Risiko am grössten, dass sie aus der SL gestrichen würden.

### **Auswirkungen auf Arzneimittelpreise**

Gemäss BAG wurden im Jahr 2021 bei 280 Originalpräparaten Preissenkungen durchgesetzt. Daraus resultierte eine Kosteneinsparung im Umfang von ca. 76 Mio. CHF. Die Einsparungen 2020 waren aber geringer als 2017, weil die Schweizer Preise sich den ausländischen Preisen annähern. Dasselbe gelte für den therapeutischen Quervergleich, wo das Arzneimittel mit anderen Präparaten in der Schweiz verglichen würde. Auch hier hätten die Vergleichspräparate irgendwann alle etwa dasselbe Preisniveau.

Würde ein Umsatzschwellenwert von 1 Mio. CHF eingeführt, wären basierend auf Angaben des BAG noch bei 92 Originalpräparaten Preissenkungen verfügt worden (= 34% der 2021 überprüften Originalpräparate mit Preissenkung). Damit hätten aber immer noch 94% der Gesamteinsparungen erreicht werden können. Durch eine gezieltere Überprüfung von Arzneimitteln basierend auf festgelegten Schwellenwerten könnte damit die Anzahl überprüfter Produkte erheblich verringert werden, ohne dabei relevante Einbussen bei den Gesamteinsparungen hinnehmen zu müssen.

Gemäss BAG generiert die Überprüfung von wenigen teuren und/oder umsatzstarken Arzneimitteln mit einem jährliches Umsatzvolumen von mehr als 20 Mio. CHF 20% bis 50% der Einsparungen. Es lohnt sich also, die Überprüfungen mehr auf die teuren, umsatzstarken Präparate zu konzentrieren als auf die günstigen und umsatzschwachen. Gleichzeitig hätte eine weniger häufige Überprüfung von umsatzschwachen Arzneimitteln keine grossen Auswirkungen, weil weniger als 10% der Einsparungen durch Originalpräparate mit weniger als 1 Mio. CHF jährlichem Umsatzvolumen generiert wurden.

Für eine häufigere Überprüfung spricht, dass dadurch Preissenkungen infolge von Preis Anpassungen im Ausland schneller abgebildet werden könnten. Dagegen spricht, dass bei einer jährlichen Überprüfung anstelle einer dreijährlichen Überprüfung nur noch eine Preissenkung von einem Drittel erreicht werden kann.

Auf Seiten der Pharmaindustrie und des BAG könnte eine häufigere Überprüfung infolge der Einführung einer differenzierten WZW-Prüfung zu Mehraufwand führen, weil für jede Überprüfung diverse Unterlagen geliefert werden müssten.

### **Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit**

Wiederholte Überprüfungen von sehr günstigen Arzneimitteln könnten dazu führen, dass sie für die ZulassungsinhaberIn irgendwann nicht mehr rentabel sind. Die Folge könnte sein, dass die Pharmafirmen die betroffenen Arzneimittel aus dem Schweizer Markt zurückziehen. Gefährdet wären gemäss BWL Arzneimittel mit sehr tiefen Publikumspreisen < 20 CHF und u.a. folgende Medikamentengruppen: Opioide, Parkinsonmedikamente, gewisse Zytostatika,

Antidepressiva, Antiepileptika, Antipsychotika, Schmerzmittel wie Paracetamol oder Ibuprofen, Antiinfektiva, Herz-Kreislauf Präparate, Antihistaminika.

#### 8.4. Fazit «Netzwerke zur koordinierten Versorgung»

In der Schweiz bestehen bislang nur wenige multidisziplinäre integrierte Netzwerke. Die meisten Netzwerke sind heute in der Schweiz als Gruppenpraxen organisiert, denen mehrere HausärztInnen angeschlossen sind. Die Integration von SpezialistInnen und weiteren ambulant und stationär tätigen Leistungserbringern ist noch nicht ausreichend entwickelt. Die Netzwerke decken damit noch nicht die gesamte Versorgungskette ab.

Die Massnahme «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» sieht vor, dass sich Gesundheitsfachpersonen zu einem interprofessionellen und interdisziplinären Betreuungsteam zusammenschliessen können. Dieses Team würde ärztliche, pflegerische und therapeutische Leistungen koordiniert «aus einer Hand» erbringen und träte gegenüber den Versicherern als eine Organisation auf. Für die Zusatzkosten, die durch die Koordination komplexer Fälle entstehen, würden NkV und Versicherer Vereinbarungen aushandeln. Die Zulassung der Netzwerke zur koordinierten Versorgung setzt einen kantonalen Leistungsauftrag voraus.

Eine koordinierte Versorgung würde dazu beitragen, unnötige Leistungen zu vermeiden und die Behandlungsqualität zu erhöhen, sie hätte ausserdem Potenzial für Kosteneinsparungen. Der Aufwand für die Abwicklung von Fällen über NkV ist aber sehr umstritten. Wir haben diesbezüglich sehr gegensätzliche Angaben erhalten.

Nachfolgend werden die Auswirkungen der Massnahme «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» entlang der Hauptuntersuchungspunkte zusammengefasst:

##### **Auswirkungen auf die betroffenen Akteure**

Von der Massnahme wären in erster Linie die Leistungserbringer betroffen (ÄrztInnen, Physiotherapeutinnen, Spitexorganisationen, Pflegeheime etc.). Daneben wären bei der Abrechnung die Versicherer und bei der Vergabe der Leistungsaufträge auch die Kantone involviert.

Wie viele NkV konkret entstehen könnten, ist umstritten. Die Gründung von NkV dürfte u.a. vom Aufwand der Leistungserbringer für den Aufbau und die Abwicklung von Fällen abhängen. Gerade die Abrechnung von Fällen über die NkV könnte aufwendig werden. Hier gibt es noch viele offene Fragen. Offensichtlich ist, dass dieser Punkt bei den Akteuren sehr umstritten ist. Wäre der Aufwand zu gross und die Abwicklung zu komplex, könnte dies dazu führen, dass gar keine NkV entstehen würden.

Ein wichtiger Faktor dürfte auch der Tarif sein, mit welchem die Zusatzkosten, die durch die Koordination von komplexen Fällen entstehen, finanziert werden. Ist er zu gering, würde der Aufbau von NkV behindert.

Im Rahmen der vorliegenden Studie aus Zeitgründen nicht weiter untersucht wurden die möglichen Vorteile von NkV auf die Arbeitsbedingungen der involvierten Leistungserbringer.

### **Auswirkungen auf die Behandlungsqualität und die Gesundheitskosten**

Die NkV würden dazu führen, dass chronisch Kranke mit Multimorbidität besser koordiniert, weniger Untersuchungen (z.B. MRI) durchgeführt, Medikamente besser aufeinander abgestimmt würden etc. Dadurch würden Komplikationen reduziert, die Lebensqualität der PatientInnen würde steigen und es gäbe weniger Leid. Aufgrund der Studien zu den Wirkungen von Managed Care (u.a. Brüngger et al. 2014) kann davon ausgegangen werden, dass sich die Behandlungsqualität dank NkV verbessern dürfte.

Neben den positiven Effekten auf die Behandlungsqualität sieht das BAG (2022b) auch ein grösseres Potenzial für Kosteneinsparungen in der Höhe von mehreren hundert Millionen Franken. Dieser Wert basiert auf der Überlegung, dass vor allem ältere Menschen, die oft an mehreren chronischen Krankheiten (Multimorbidität) leiden, von NkV am meisten profitieren könnten. Bei der Schweizer Wohnbevölkerung über 65 Jahre haben aber nur 3.5% ein HMO-Modell gewählt. Unter Berücksichtigung der Gesundheitskosten für Personen ab 60 Jahre (43.6 Mrd. CHF) ergibt sich das oben genannte Einsparpotenzial.

Basierend auf einer einfachen Schätzung erhalten wir ein Kosteneinsparpotenzial in der Höhe von rund 250 Mio. CHF pro Jahr allein für die Bevölkerungsgruppe ab 65 Jahren mit Multimorbidität. Der Wert ergibt sich aus den KVG-pflichtigen Kosten für die Bevölkerung ab 65 Jahren mit Multimorbidität (ca. 10 Mrd. CHF) und einem Schätzwert für das Effizienzpotenzial infolge mangelnder Koordination von 2-3%<sup>70</sup>. Dieser Wert dürfte deutlich unterschätzt sein, weil die Kosten infolge Multimorbidität in der Höhe von 10 Mrd. CHF sehr wahrscheinlich unterschätzt sind. Nicht inbegriffen sind auch weitergehende Einsparungen, z.B. weniger Leid. Mangels anderer Daten haben wir auf weitere Schätzungen verzichtet. Für die Gesamtbevölkerung dürfte damit ein höherer Wert resultieren.

### **Unerwünschte Wirkungen**

Grundsätzlich wäre denkbar, dass Leistungserbringer in einem NkV Mengenausweitung betreiben und bspw. Versicherten mit Bagatellerkrankungen unnötige Leistungen verordnen würden, wenn der Koordinationszuschlag für komplexe Fälle sehr grosszügig ausfallen würde. Um ein NkV zu betreiben, braucht es aber eine Zulassung der Kantone. Wenn der Kanton die Zulassung wieder entziehen könnte, dann wäre die Gefahr für Mengenausweitungen gering. Es ist auch nicht davon auszugehen, dass ÄrztInnen, die für eine Einzelpraxis keine Zulassung erhalten, zu einem NkV zugelassen würden. Weitere unerwünschte Wirkungen sehen wir nicht.

---

<sup>70</sup> Gemäss Brunner et al. 2019.

### **Lehren aus Österreich**

In Österreich wurden vor fünf Jahren die Primärversorgungseinheiten (PVE) eingeführt. Diese sind teilweise vergleichbar mit den in der Schweiz vorgesehenen NkV. Es handelt sich bei den PVE um Zentren und Netzwerke, die multiprofessionelle und interdisziplinäre Gesundheitsdienstleistungen anbieten. Die Ziele der PVE sind aber etwas weiter gefasst und ausserdem können interessierte Leistungserbringer von einer Anschubfinanzierung profitieren. In der Zwischenzeit gibt es etwa 40 PVE. Die Erfahrungen zeigen eine höhere Zufriedenheit von PatientInnen und Fachkräften und eine Reduktion der Spitalaufenthalte.

Eine Anschubfinanzierung könnte zweckmässig sein, weil bei der Gründung einiges an Aufwand entstehen dürfte. Wichtig wäre auch, dass der Anschluss an ein NkV und die Abwicklung von Fällen über die NkV für die Leistungserbringer einfach ausgestaltet wird. Ansonsten werden sich keine Leistungserbringer finden, die sich zu einem NkV zusammenschliessen möchten.

## **8.5. Fazit «Faire Referenztarife»**

Die Massnahme «Referenztarife» sieht vor, dass sich die Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen nach dem Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital richten, das die Behandlung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt.

### **Auswirkungen auf die Referenztarife und die freie Spitalwahl**

Durch die Massnahme «Faire Referenztarife» würde die Festsetzung der Referenztarife durch die Kantone klarer geregelt und vereinheitlicht. Die meisten Kantone müssten die Referenztarife erhöhen. Besonders ausgeprägt wäre die Erhöhung bei den Kantonen mit auffallend tiefen Referenztarifen. Unter der Annahme, dass die Referenztarife nach Spitaltypen zu differenzieren wären, müssten verschiedene Kantone neu einen Referenztarif für universitäre Spitäler einführen.

Die höheren und teilweise stärker differenzierten Referenztarife würden die Wahlfreiheit der PatientInnen ohne entsprechende Spitalzusatzversicherungen verbessern. Die freie Spitalwahl würde insbesondere in Kantonen gestärkt, die auffallend tiefe Referenztarife oder noch keinen spezifischen Referenztarif für universitäre Spitäler kennen.

### **Auswirkungen der höheren Referenztarife auf die ausserkantonalen Hospitalisierungen**

Die höheren Referenztarife würden nur zu einer geringen Zunahme der ausserkantonalen Hospitalisierungen führen. Zum einen sind die Referenztarife in vielen Fällen für die Spitalwahl nicht relevant, z.B. bei einer ausserkantonalen Hospitalisierung aus medizinischen Gründen oder wenn allfällige Zusatzkosten sowieso durch Spitalzusatzversicherungen gedeckt sind. Zum

anderen sind bei Wahlbehandlungen andere Faktoren wie die Qualität und die räumliche Nähe für die Spitalwahl viel wichtiger als der Preis bzw. allenfalls selbst zu tragende Zusatzkosten. Eine Zunahme der Patientenströme wird v.a. in Grenzregionen (Sprache, Arbeitsplatz, regionale Nähe des Spitals) und von PatientInnen aus «Exportkantonen» erwartet, die sich für spezialisierte Eingriffe vermehrt für ein ausserkantonales Spital entscheiden.

### **Auswirkungen auf die Kosten, die Tarife und die Qualität der Spitäler**

Die geringe Zunahme der Patientenströme dürfte nicht zu Einsparungen von Spitalkosten führen. Erstens wären Effizienzgewinne und -verluste klein und würden sich in der Summe aufheben. Zweitens dürfte es – wenn überhaupt – nur wenige Fälle geben, in denen sich eine Person aufgrund der höheren Referenztarife für ein ausserkantonales Spital entscheidet, das im Vergleich zu denjenigen des Kantons tiefere Kosten bzw. Tarife aufweist. Vielmehr ist zu erwarten, dass die PatientInnen aufgrund der höheren Referenztarife ein ausserkantonales Spital wählen, das möglichst eine bessere Qualität und möglicherweise leicht höhere Kosten bzw. Tarife aufweist. Verglichen mit den gesamten Spitalkosten dürfte ein möglicherweise leicht kostentreibender Effekt jedoch nahezu vernachlässigbar sein. Drittens dürfte die Annahme unrealistisch sein, dass Spitäler für Leistungsbereiche mit abnehmenden Patientenzahlen von den Spitallisten gestrichen werden könnten. Ebenso wenig wahrscheinlich scheint, dass die Kantone mit dem Argument hoher Referenztarife die Tarife ihrer Spitäler beeinflussen könnten.

Bei den von den zusätzlichen Patientenströmen betroffenen Spitälern sind kaum Qualitatseffekte zu erwarten, zumindest nicht kurzfristig. Die PatientInnen könnten jedoch aufgrund der höheren Referenztarife noch stärker auf die Qualität der Spitäler achten und entsprechende Informationen einfordern. Dies könnte den Qualitätswettbewerb zwischen den Spitälern fördern.

### **Auswirkungen auf die PatientInnen, die Versicherungen und die Kantone**

Da die PatientInnen bei der Wahl des Spitals v.a. auf dessen Qualität achten, könnte sich die Versorgungsqualität der PatientInnen, die sich neu für eine ausserkantonale Behandlung entscheiden, tendenziell verbessern.

Bezüglich Finanzierung der Spitalkosten dürften die PatientInnen und allenfalls die Zusatzversicherungen durch die höheren Referenztarife geringfügig entlastet werden. Die OKP und die Kantone müssten jedoch – in insgesamt nahezu vernachlässigbarem Ausmass – einen leicht höheren Anteil der Vergütung ausserkantonomer Hospitalisierungen übernehmen, den andernfalls die Zusatzversicherungen (oder die Versicherten selbst) getragen hätten.

## 8.6. Fazit «Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker»

Die Massnahme «Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker» sieht vor, dass Apothekerinnen und Apotheker auch Leistungen nach Artikel 26 KVG im Rahmen von Präventionsprogrammen zulasten der OKP durchführen können. Als Leistungen erwähnt werden in der Botschaft (Bundesrat 2022b) Stuhltests im Rahmen von Darmkrebs-Früherkennungsprogrammen oder Impfungen im Rahmen des nationalen Impfprogramms gemäss Impfplan des BAG. Weiter sollen auch pharmazeutische Beratungsleistungen zur Optimierung der Arzneimitteltherapie und der Therapietreue, unabhängig von einer Arzneimittelabgabe übernommen werden.

### **Auswirkungen der Übernahme von Impfkosten auf die OKP**

Grippe- und FSME-Impfungen finden heute schon in Apotheken statt. Die Kosten von Impfungen in Apotheken gehen zulasten der geimpften Personen oder bei kantonalen Gratisangeboten zulasten der Kantone. Basierend auf dem Durchschnitt der Impfungen in den letzten vier Jahren und Angaben zu den Impfkosten werden die Kosten für die in den Apotheken durchgeführten Grippe- und FSME-Impfungen auf ca. 20 Mio. CHF pro Jahr geschätzt. Dabei handelt es sich um eine Verlagerung der Kosten von Selbstzahlern und Kantonen auf die OKP. Die tatsächliche Anzahl jährlich verabreichter Impfungen kann jedoch stark variieren. Entsprechend können die erwartbaren Kosten zulasten der OKP höher oder tiefer ausfallen. In der Schätzung nicht berücksichtigt ist, dass Impfungen von Arztpraxen auf Apotheken verlagert werden könnten. Ebenfalls nicht berücksichtigt ist, dass der Zugang niederschwelliger wird, wenn Impfungen in Apotheken von der OKP bezahlt werden, was dazu führen könnte, dass sich mehr Personen impfen lassen. Die Auswirkungen auf die Durchimpfungsrate und die damit verbundenen gesundheitlichen Nutzen wurden nicht untersucht.

### **Auswirkungen der Übernahme der Beratungsleistung zum Stuhltest auf die OKP**

Screening-Programme zur vorzeitigen Diagnostik von Darmkrebs existieren bereits heute in verschiedenen Kantonen der Schweiz. Die Kosten für die FIT-Tests werden in der gesamten Schweiz durch die OKP übernommen. Bei der Vergütung der Aufwände für die Beratung durch die ApothekerInnen bestehen jedoch kantonale Differenzen. In Kantonen mit Screening-Programm werden diese Kosten durch die Kantone vergütet, in den anderen Kantonen zahlen die Versicherten die Kosten selbst.

Die Übernahme der Beratungsleistungen von ApothekerInnen im Zusammenhang mit einem Stuhltest würde die OKP neu mit ca. 2.5 bis 4 Mio. CHF pro Jahr belasten. Darin inbegriffen ist auch eine Kostenverlagerung von den Kantonen zur OKP im Umfang von rund 2.5 Mio. CHF. Hinzu kämen die Kosten für den Aufwand, der bei Ärztinnen und Ärzten und

Apothekerinnen und Apothekern durch den Informationsfluss anfallen würde. Diese Kosten wurden nicht untersucht.

Mit einem Früherkennungsprogramm lässt sich die Zahl Todesfälle durch Darmkrebs schätzungsweise um 25%-50% senken. Die Ausdehnung der Apothekerleistungen würde wahrscheinlich zusätzlich zu einer leicht höheren Teilnehmerate an Screening-Programmen führen. Die daraus resultierenden Folgeeffekte auf die Krankheitskosten wurden jedoch nicht untersucht.

### **Auswirkungen der Übernahme der Kosten für Beratungsleistungen auf die OKP**

Grundsätzlich können drei Arten von Beratungsleistungen unterschieden werden:

- **Medication Review:** Strukturierte Bewertung der Arzneimittel einer Patientin oder eines Patienten unter der Berücksichtigung der klinischen Situation und der individuellen Therapieziele.
- **Medication Reconciliation:** Strukturiertes Medikamentenabgleich bei Patientinnen und Patienten mit mehreren Arzneimitteln bei der Übergabe von einem Leistungserbringer zu einem anderen (Transition of Care).
- **Adherence:** Leistungen zur spezifischen Unterstützung bei der Therapietreue von chronischen Krankheiten zu Beginn oder während der Behandlung. Unter Adherence (Adhärenz) wird dabei das Ausmass verstanden, in dem die Einnahme von Medikamenten den vereinbarten Empfehlungen eines Gesundheitsdienstleisters entspricht.

Weltweit gibt eine ganze Reihe von Studien, welche die ökonomischen Auswirkungen von Beratungsleistungen untersuchen. Für die Schweiz gibt es Studien zu pharmazeutischen Beratungsleistungen, die sich allerdings meist auf das Setting Pflegeheim oder Akutspital beziehen und nicht auf Offizin-Apotheken. Auf eine Übertragung von Studien aus dem Ausland wurde bewusst verzichtet, weil sich die Versorgungsstrukturen und das Setting für die Beratungsleistungen in den Ländern, aus denen die meisten Studien stammen (USA, UK, CAN, ESP, SWE etc.), von denen in der Schweiz unterscheiden.

Die Studien weisen eine wesentliche Variabilität im konkreten Leistungsumfang, der Zielgruppe (ältere und hochaltrige Patientinnen und Patienten, Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten, Hochrisikopatientinnen und -patienten) und dem Setting auf (ambulantes Setting mit Beratungsleistung in den Offizin-Apotheken im Gegensatz zu stationär im Akutspital oder in einem Pflegeheim erbrachter pharmazeutischer Beratungsleistungen durch Spitalpharmazeutinnen und Spitalpharmazeuten).

Zusammenfassend zeigen die meisten Analysen, dass die pharmazeutischen Beratungsleistungen kosteneffektiv oder kostensparende sind. Das Ausmass der Kosteneinsparungen variiert

und ist abhängig von der konkreten Leistung, der Zielgruppe und dem Setting sowie den getroffenen Annahmen in den Modellierungen.

Es bleibt darauf hinzuweisen, dass wie für alle Leistungen auch bei den Leistungen der Apothekerinnen und Apothekern die Voraussetzung nach Artikel 32 Absatz 1 KVG gilt, wonach nur wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Leistungen von der OKP übernommen werden. Diese WZW-Prüfung ist für Stuhltests und Beratungsleistungen noch ausstehend.

## 8.7. Fazit «Elektronische Rechnungsübermittlung»

Die Massnahme «Elektronische Rechnungsübermittlung» sieht vor, sämtliche Leistungserbringer im stationären und im ambulanten Bereich zu verpflichten, ihre Rechnungen künftig in elektronischer Form zu übermitteln, unabhängig davon, ob der Versicherer («Tiers payant») oder die versicherte Person («Tiers garant») die Vergütung der Leistung schuldet.

### **Stand und Herausforderungen eines einheitlichen nationalen Standards für die elektronische Rechnungsübermittlung**

Das Forum Datenaustausch legte einen Standard für das Format der Rechnung (sog. XML-Standard 4.5) fest, der sich für die elektronische Rechnungsübermittlung zwischen Leistungserbringern und Versicherern etabliert hat. Von einem weiteren Akteur sind zudem Standards für weitere vor- und nachgelagerte Prozessschritte erarbeitet worden. Die Herausforderungen bestehen erstens darin, dass die zum Rechnungsformat bestehenden Standards noch nicht einheitlich national umgesetzt werden. Zweitens ist bis jetzt nicht verpflichtend festgelegt, welche Standards von den Leistungserbringern und den Versicherern zwingend eingehalten werden müssen. Eine weitere Herausforderung stellt die datenschutzkonforme elektronische Übermittlung der Rechnungskopien an die Versicherten dar. Die Akteure müssten sich auf eine entsprechende Lösung (inkl. Standard) einigen.

### **Auswirkungen der elektronischen Rechnungsübermittlung auf die Verwaltungskosten**

Von der Massnahme «Elektronische Rechnungsübermittlung» sind im Vergleich zum heutigen System keine grossen Einsparungen der Verwaltungskosten der Leistungserbringer und der Versicherer zu erwarten. Bereits heute wird ein grosser Teil der Rechnungen elektronisch übermittelt. Im Hinblick auf eine vollständige elektronische Rechnungsübermittlung entstünden kurzfristig zusätzliche Aufwände für die Standardisierung und Kosten für die noch benötigte Infrastruktur von Leistungserbringern und Versicherern. Mittel- bis längerfristig könnten diese durch Einsparungen bei den Versicherern (v.a. wegfallende Personalaufwände für die Digitalisierung der Rechnungen) und Leistungserbringern (Druck und Versand der Rechnungen)

ausgeglichen oder sogar übertroffen werden. Allfällige Kosteneinsparungen dürften jedoch vergleichsweise gering sein.

#### **Auswirkungen der elektronischen Rechnungsübermittlung auf die Rechnungskontrolle**

Die vollständige elektronische Rechnungsübermittlung führt im Vergleich zum heutigen System nicht zu einer besseren Rechnungskontrolle. Zum einen werden die noch in Papierform eingereichten Rechnungen von den Versicherern bereits heute digitalisiert und entsprechend weiterverarbeitet. Zum anderen ist nicht zu erwarten, dass die Versicherten ihre Rechnungen besser kontrollieren, nur weil sie neu elektronisch statt in Papierform übermittelt werden.

#### **Kosteneinsparpotenzial durch die Automatisierung des gesamten Prozesses**

Im Unterschied zur Massnahme «Elektronische Rechnungsübermittlung» besteht bei der Standardisierung und der Automatisierung des gesamten vor- und nachgelagerten Prozesses (inkl. Kostensicherung, Klärung von Rückfragen, Rechnungskontrollen, Mahnwesen, Bezahlung der Rechnungen) ein vergleichsweise grosses Kosteneinsparpotenzial. Die Automatisierung des Prozesses würde vor allem die Kommunikation zwischen den Akteuren verbessern und die korrekte Rechnungsstellung optimieren. Es liessen sich Einsparungen im gesamten Prozess erzielen, beispielsweise bei den Intermediär-Kosten, der Kostensicherung durch die Versicherer, der Rechnungserarbeitung, der Rechnungsverarbeitung und der Bearbeitung von Rückfragen zu Rechnungen.

## Annex

### Befragte Personen

Im Rahmen der Untersuchung haben wir mit folgenden Personen Interviews geführt und/oder uns schriftlich ausgetauscht:

**Tabelle 7: InterviewpartnerInnen**

Name	Funktion	Organisation
Berchtold Peter	Vize-Präsident	Patientenorganisation
Brenn Tremblau Claudia	Direktionspräsidentin	Ärztekasse
Christen Remo	Head of Market Access & Health Care Affairs	Roche Pharma (Schweiz) AG
de la Cruz Daniela	Geschäftsführerin	Krebsliga Schweiz
Fattinger Karin	Präsidentin	Eidgenössische Arzneimittelkommission (EAK)
Flatz Aline	Wissenschaftliche Mitarbeiterin Sektion Medizinische Leistungen	Bundesamt für Gesundheit BAG
Gardiol Céline	Leiterin Sektion Infektionskontrolle und Impfprogramme	Bundesamt für Gesundheit BAG
Götschi Anne Sybil	Präsidentin	medswiss.net Schweizer Dachverband der Ärztenetze
Grünig Annette	Projektleiterin	GDK
Indermitte Jörg	Leiter Sektion Arzneimittelaufnahmen	Bundesamt für Gesundheit BAG
Kilchenmann Christophe	Leiter Abteilung Grundlagen und stellvertretender Direktor	santésuisse
Lenz Franziska	Leiterin Politik & Public Affairs	Krebsliga Schweiz
Locher Seraina	Wissenschaftliche Mitarbeiterin Sektion Medizinische Leistungen	Bundesamt für Gesundheit BAG
Niemack Ernst	Geschäftsführer	vips Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz
Otto Stefan	Co-Leiter Sektion Medizinische Leistungen	Bundesamt für Gesundheit BAG
Rizzi Andrea	Leiterin Sektion Arzneimittelüberprüfungen	Bundesamt für Gesundheit BAG
Ruggli Martine	Präsidentin	pharmaSuisse
Schalch Lucas	Geschäftsführer	Intergenerika
Schatzmann Karin	Co- Leiterin Abteilung Leistungen Krankenversicherung	Bundesamt für Gesundheit BAG
Schäublin Monika	Leiterin Geschäftsstelle Heilmittel	BWL
Schiesser Andreas	Projektleiter Pharma und Medikamente	Curafutura

<b>Name</b>	<b>Funktion</b>	<b>Organisation</b>
Schneider Marc	Co- Leiter Abteilung Leistungen Krankenversicherung	Bundesamt für Gesundheit BAG
Schneider Sandra	stv. Leiterin des Direktionsbereiches Kranken- und Unfallversicherung Leiterin der Abteilung Tarife und Grundlagen	Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Schöni Christoph	Leiter Geschäftsbereich Tarife	H+
Schwenkglens Matthias	Head of Research	Institut für Pharmazeutische Medizin (ECPM), Universität Basel
Speck Guido	Mitglied des Vorstands/ CEO	ospita / Lindenhofgruppe
Stump Gila	Market Access Director	MSD
Stutz Michael	Leiter Abteilung Ship	SASIS AG
Trutmann Markus	Leiter Geschäftsbereich Politik, Mitglied der Geschäftsleitung	H+
von Greyerz Salome	Leiterin Abteilung Gesundheits- strategien Gesamtprojektleiterin Umsetzung Pflegeinitiative	Bundesamt für Gesundheit (BAG)
von Gunten Elizabeth	Wissenschaftliche Mitarbeiterin	Bundesamt für Gesundheit (BAG)
von Moos Roger	Präsident	SGMO Schweizerische Gesellschaft für Medizini- sche Onkologie
Wicki Magdalena	Projektleiterin	GDK
Zängerle Pius	Direktor	Curafutura
Ziegler Markus	Leiter Markt & IPR Mitglied der Geschäftsleitung	Interpharma

Tabelle INFRAS.

## Netzwerke zur koordinierten Versorgung: Ergänzende Informationen zu den Primärversorgungseinheiten in Österreich

### Auslöser, Ziel und Zweck der Reform

Eine Studie aus dem Jahr 2012<sup>71</sup> beleuchtete den Rückstand Österreichs im Bereich der Primärversorgung. Dies war der Auslöser für eine Reform der Gesundheitspolitik.<sup>72</sup> In der Gesundheitsreform 2013 wurde dem Thema Primärversorgung hohe Priorität zuteil. Das Bundesgesetz über die Primärversorgung wurde mit BGBl I Nr. 131/2017 erlassen und ist am 03. August 2017 in Kraft getreten.<sup>73</sup> Es enthält die wichtigsten Regelungen zu Anforderungen, zum Leistungsumfang und zur Gründung einer Primärversorgungseinheit (PVE).

Die neue Primärversorgung wird mit besseren Ergebnissen assoziiert und soll den PatientInnen in den Mittelpunkt stellen (z.B. im Hinblick auf längere Öffnungszeiten und die Koordination der Versorgung). Die neue Primärversorgung berücksichtigt zudem die Bedürfnisse der jüngeren Generationen im Hinblick auf die work-life-balance und die allseits gewünschte Arbeit im Team. Letztlich sollen die Verbesserungen durch die neue Primärversorgung auch nachhaltige, gesamtwirtschaftliche Effekte mit sich bringen (z.B. Reduktion der Krankenhausaufenthalte).<sup>74</sup>

Demnach sollen bis 2021 75 Primärversorgungseinheiten in ganz Österreich umgesetzt werden und die in Primärversorgungseinheiten versorgte Bevölkerung gesteigert werden.<sup>75</sup> 2019 waren erste „Pilotprojekte“ im Entstehen bzw. hatten bereits ihre Arbeit aufgenommen.<sup>76</sup> Derzeit gibt es 39 Primärversorgungseinheiten (PVE) in sieben Bundesländern,<sup>77</sup> davon vor allem PV-Zentren (29) und wenige Netzwerke.<sup>78</sup>

<sup>71</sup> Kringos D., 2012: The strength of primary care in Europe. <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Proefschrift-Dionne-Kringos-The-strength-of-primary-care.pdf> <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Proefschrift-Dionne-Kringos-The-strength-of-primary-care.pdf>

<sup>72</sup> Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger 2019: Monitoring der neuen Primärversorgung. Eine Machbarkeitsanalyse. <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.712928&version=1555417229>

<sup>73</sup> Fassung vom 15.03.2023: [https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009948#:~:text=\(1\)%20Die%20Errichtung%20und%20der,und%20Patienten%20ein%20wichtiges%20%C3%B6ffentliches](https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009948#:~:text=(1)%20Die%20Errichtung%20und%20der,und%20Patienten%20ein%20wichtiges%20%C3%B6ffentliches)

<sup>74</sup> Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger 2019: Monitoring der neuen Primärversorgung. Eine Machbarkeitsanalyse.

<sup>75</sup> Bevölkerung: 9,1 Mio. <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/bevoelkerungsstand/bevoelkerung-zu-jahres-/quartalsanfang>

<sup>76</sup> Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger 2019: Monitoring der neuen Primärversorgung. Eine Machbarkeitsanalyse.

<sup>77</sup> [https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.879327&portal=oegkvportal#:~:text=Prim%C3%A4rversorgungseinheiten%20in%20%C3%96sterreich,\(PVE\)%20in%20sieben%20Bundesl%C3%A4ndern](https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.879327&portal=oegkvportal#:~:text=Prim%C3%A4rversorgungseinheiten%20in%20%C3%96sterreich,(PVE)%20in%20sieben%20Bundesl%C3%A4ndern).

<sup>78</sup> Die Zahlen stammen aus der gleichen Organisation, die Gesundheitskasse, stimmen jedoch nicht überein (29 Zentren und 4 Netzwerke). Die Broschüre muss älter sein als die auf ihrer Seite angegebene Gesamtzahl: <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/load?contentid=10008.750982&version=1644482364>

### Definition und Organisation<sup>79</sup>

Eine Primärversorgungseinheit ist eine neue Form eines Leistungsanbieters im niedergelassenen Bereich. Die Primärversorgungseinheit kann in Form eines Zentrums oder in Form eines Netzwerks aufgebaut sein. Mehrere ÄrztInnen (mindestens drei ÄrztInnen für Allgemeinmedizin), die bisher Einzelordinationen betrieben haben, führen ihre Ordinationen bei der Primärversorgungseinheit als Zentrum an einen Standort zusammen. Beim Primärversorgungsnetzwerk behält jede(r) ÄrztIn ihren/seinen Ordinationsstandort, über dem Netzwerk wird als verbindende Klammer eine Form der Zusammenarbeit (z.B. ein Verein oder eine Gesellschaft) implementiert.

Eine Primärversorgungseinheit als Zentrum kann von einer Gruppenpraxis oder einem gemeinnützigen selbstständigen Ambulatorium betrieben werden. Gesellschafter einer Gruppenpraxis können ausschliesslich ÄrztInnen sein, Gesellschafter eines Trägers eines selbstständigen Ambulatoriums können auch Nicht-ÄrztInnen sein, wobei nur gemeinnützige Träger in Betracht kommen.

Die Primärversorgungseinheit als Netzwerk ist ein Verbund mehrerer selbstständiger ÄrztInnen für Allgemeinmedizin (allenfalls KinderärztInnen), die durch einen eigenen Rechtsträger unter einem Dach als Primärversorgungseinheit verbunden sind. Beim Primärversorgungsnetzwerk kommen zwei Unterformen in Betracht:

1. Sämtliche ÄrztInnen bleiben mit ihren Einzelordinationen mit Kassenvertrag selbstständige Einzelunternehmer. Über das gemeinsame „Dach“ werden Personal- und Infrastrukturkosten geteilt und die Zusatzzahlungen der Sozialversicherungsträger vereinnahmt.
2. Eine andere Variante ist die Schaffung einer Gruppenpraxis, die die ehemaligen Einzelordinationsstandorte disloziert mitbetreibt.

Eine Primärversorgungseinheit benötigt – egal ob sie in Form eines Primärversorgungszentrums oder eines Primärversorgungsnetzwerks geführt wird – zumindest drei ÄrztInnen für Allgemeinmedizin sowie Personen aus der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege (das sogenannte „Kernteam“). Je nach Vorgaben der Sozialversicherungsträger sind andere Gesundheitsberufe Teil der Primärversorgungseinheit („erweitertes Team“), wobei die Kosten für das erweiterte Team von den Sozialversicherungsträgern abgegolten werden.

---

<sup>79</sup> Hauptquellen für den weiteren Verlauf des Kapitels: <https://www.xn--primversorgung-3kb.at/fragen-und-antworten-zur-primaerversorgung/>, das Bundesgesetz über die Primärversorgung sowie die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) - die grösste soziale Krankenversicherung in Österreich, die rund 82 Prozent der EinwohnerInnen versichert.

### **Öffentliches Interesse**

Die Errichtung und der Betrieb von Primärversorgungseinheiten zur Erbringung von multiprofessionellen und interdisziplinären Gesundheitsdienstleistungen der Primärversorgung erfüllen ein wichtiges öffentliches Interesse. Dieses öffentliche Interesse ist insbesondere anhand folgender qualitativer Kriterien begründet:

1. eine bessere zeitliche Verfügbarkeit und Erreichbarkeit für die PatientInnen,
2. ein erweitertes Angebot an Leistungen der Primärversorgung, pflegerischer und sozialer Leistungen sowie an Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention,
3. die Sicherstellung einer umfassenden Kontinuität und Koordination durch eine verbindliche integrierte Versorgung,
4. die Unterstützung der sachgerechten Versorgung von PatientInnen im Hinblick auf den richtigen Zeitpunkt, den richtigen Ort, die optimale medizinische und pflegerische Qualität und die gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstige Erbringung der Leistungen,
5. ein Beitrag zur Sicherstellung der öffentlichen Versorgung und der Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit.

### **Anforderungen**

Die Primärversorgungseinheit hat mit dem Ziel eines für die PatientInnen sowie die GesundheitsdiensteanbieterInnen optimierten Diagnose- und Behandlungsprozesses jedenfalls folgenden Anforderungen zu entsprechen:

1. wohnortnahe Versorgung, gute verkehrsmässige Erreichbarkeit,
2. bedarfsgerechte Öffnungszeiten mit ärztlicher Anwesenheit jedenfalls von Montag bis Freitag, einschliesslich der Tagesrandzeiten,
3. Organisation der Erreichbarkeit für Akutfälle ausserhalb der Öffnungszeiten in Absprache und Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitseinrichtungen und gegebenenfalls unter Einbindung von Bereitschaftsdiensten,
4. Einbindung von vorhandenen telemedizinischen, telefon- und internetbasierten Diensten in das Erreichbarkeitskonzept,
5. Gewährleistung von Hausbesuchen,
6. Sicherstellung der Kontinuität
  - a. in der Behandlung und Betreuung insbesondere von chronisch kranken und multimorbiden PatientInnen sowie PalliativpatientInnen,
  - b. der Behandlungsabläufe zwischen den Versorgungsstufen und
  - c. in der Betreuung in anderen Versorgungsbereichen, insbesondere durch Zusammenarbeit mit anderen Versorgungsbereichen
7. barrierefreier Zugang und bedarfsgerechte Sprachdienstleistungen,

8. Vorhandensein der notwendigen (medizinisch-)technischen und apparativen Ausstattung,
9. Teilnahme an nationalen Vorsorge- und Screeningprogrammen und an integrierten Versorgungsprogrammen.

### **Zielgruppen und Leistungsumfang**

Durch die Primärversorgungseinheit ist eine breite diagnostische, therapeutische und pflegerische Kompetenz mit (Zusatz-)Kompetenzen insbesondere für

1. die Versorgung von Kindern und Jugendlichen,
2. die Versorgung älterer Personen,
3. die Versorgung von chronisch kranken und multimorbiden Patientinnen und Patienten,
4. die psychosoziale Versorgung,
5. das Arzneimittelmanagement und
6. die Gesundheitsförderung und Prävention abzudecken.

Eine Primärversorgungseinheit hat in ihrer Zusammensetzung jedenfalls folgenden Leistungsumfang zu gewährleisten: 1) abhängig vom Schweregrad der Erkrankung möglichst abschließende Akutbehandlung und 2) Langzeittherapien bei chronischen Erkrankungen.

Jede PVE muss die im PVE-Gesamtvertrag angeführten Basisleistungen erbringen. Dazu können je nach Bundesland weitere Aufgaben nach regionalem Bedarf kommen, wenn es eine entsprechende Vereinbarung zwischen der PVE und dem Versicherer (z.B. der österreichische Gesundheitskasse - ÖGK) sowie der jeweiligen Landesregierung und Landesärztekammer gibt (erweitertes Leistungsspektrum). Zum verpflichtenden Leistungsspektrum einer PVE gehören auch evidenzbasierte Massnahmen für Gesundheitsförderung und Prävention.

### **Trennung von Kassen- und Wahlbereich<sup>80</sup>**

Die PVE und eine eventuelle Wahlpraxis müssen getrennt sein. Ärztinnen, Ärzte und Angehörige anderer Gesundheitsberufe dürfen neben ihrer Tätigkeit in der PVE nur unter folgenden Bedingungen als Wahlbehandler tätig sein:

- Gilt nur für Ärztinnen und Ärzte: Eine Wahlarztpraxis darf sich nicht im selben Sprengel/ Einzugsgebiet wie die PVE befinden.
- Gilt grundsätzlich für alle Gesundheitsberufe in der PVE: Eine Vermischung von Vertrags- und Wahlpatienten ist nicht zulässig. PatientInnen dürfen im selben Behandlungsfall bzw. Quartal nicht sowohl in der PVE als auch in der Wahlpraxis betreut werden.

---

<sup>80</sup> <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/load?contentid=10008.750982&version=1644482364>

### **Versorgungskonzept**

Die Primärversorgungseinheit hat im Hinblick auf die Versorgung der Bevölkerung im Einzugsgebiet über ein Versorgungskonzept zu verfügen. Dieses hat hinsichtlich der Leistungen und der Organisation der Primärversorgungseinheit insbesondere Folgendes zu regeln:

Betreffend Leistungen:

1. Versorgungsziele des Primärversorgungsteams,
2. Beschreibung des verbindlich zu erbringenden Leistungsspektrums,
3. Regelungen zur Sicherstellung der Kontinuität der Betreuung von chronisch und multimorbid Erkrankten.

Betreffend Organisation: Regelungen

1. zur Aufbau- und Ablauforganisation im Primärversorgungsteam und in der Zusammenarbeit mit anderen Versorgungsbereichen,
2. zur Arbeits- und Aufgabenverteilung und zur Zusammenarbeit im Primärversorgungsteam,
3. zur aufeinander zeitlich abgestimmten Verfügbarkeit (Anwesenheit, Rufbereitschaft, Vertretungsregeln) und örtlichen Erreichbarkeit, insbesondere bei mehreren Standorten und zu den in diesen erbrachten Leistungen,
4. zum gemeinsamen Auftritt nach aussen.

Wesentliche Änderungen des Versorgungskonzeptes, die nicht ohnedies vertraglich zu vereinbaren sind, sind den jeweils zuständigen Krankenversicherungsträgern anzuzeigen.

### **Qualitätssicherung, Evaluierung und Dokumentation<sup>81</sup>**

- Erfüllung des Versorgungsauftrags
- Team- und Fallbesprechungen (pro Woche mind. zwei Stunden) und Dokumentation
- verpflichtende Teilnahme an mindestens zwei professionell gestalteten Qualitätszirkeln pro Jahr
- verpflichtende Teilnahme an der Evaluierung
- Die PVE zeichnet alle Diagnosen sowie die medizinischen Leistungen aller Berufsgruppen verpflichtend auf und übermittelt sie zeitgerecht elektronisch an die Sozialversicherung. Diagnosen werden gemäss ICPC-2 (International Classification of Primary Health Care) codiert. Diese Daten werden von der ÖGK und ihre Systempartner für die Planung einer bedarfsgerechten Versorgung und die Einsetzung der Ressourcen.

---

<sup>81</sup> <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/load?contentid=10008.750982&version=1644482364>

### **Anschubfinanzierung**

Es wird seitens der öffentlichen Hand (Sozialversicherungsträger, Land und Gemeinden) mit diverssten Unterstützungen für Primärversorgungseinheiten gearbeitet. Beispielsweise erhält jeder Gesellschafter nach dem niederösterreichischen Modell eine sogenannte „Kopfpauschale“ von € 80.000, sodass eine Primärversorgungseinheit mit zumindest € 240.000 pro Gesellschafter zusätzliche Einnahmen lukriert. In Wien erhält eine Primärversorgungseinheit pro Jahr € 215.000 und eine PVE-Sonderpauschale von € 7 zusätzlich zur Fallpauschale. Andere Bundesländer bieten ebenfalls derartige finanzielle Anreize für die Gründung einer Primärversorgungseinheit. Weiters werden Unterstützungsleistungen für das Management, die Infrastruktur, aber auch Unterstützung bei der Suche von Immobilien angeboten.

### **Honorare<sup>82</sup>**

Das PVE-Honorar setzt sich aus mehreren Teilen zusammen und deckt alle Aspekte des Versorgungsauftrages ab. Die Honorierung der PVE wird auf Ebene der Bundesländer geregelt. Eine wichtige Rolle spielen dabei Pauschalen:

- Grundpauschale: unabhängig vom Patientenkontakt; umfasst einen Teil der Sachkosten und Personalkosten des PVE-Teams
- Fallpauschale: abhängig vom Patientenkontakt; beinhaltet Grund- und Ordinationsleistungen; altersstandardisierte Pauschale (nach Altersdekaden, je nach Bundesland unterschiedlich)
- Einzelleistungen: Der Schwerpunkt liegt auf Pauschalen. Nur ausgewählte Leistungen können einzeln abgerechnet werden (z. B. besonders aufwändige Leistungen).
- Förderungen und Kostenersätze: einmalige Anschubfinanzierung (je nach Bundesland) für die Kosten, die durch die Gründung der PVE entstehen und durch die Grundpauschale nicht abgegolten sind (z. B. Umzugskosten, Zubau für das erweiterte Team, spezielle EDV-Anforderungen); Teilersatz für PV-Management Kostenersatz für das erweiterte Team (je nach Bundesland); EU-Förderungen.
- Darüber hinaus unterstützen Banken im Rahmen der Gründungsinitiative Gründerinnen und Gründer und bieten verschiedene Finanzierungsmöglichkeiten an.

---

<sup>82</sup> <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/load?contentid=10008.750982&version=1644482364>

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Bilanz der Auswirkungen _____	6
Tabelle 2: Auswirkungen von Umsatzschwellenwerten auf die Preissenkungen 2021 _____	45
Tabelle 3: Schätzung Zusatzkosten durch Impfungen in Apotheken zulasten OKP _____	79
Tabelle 4: Zu erwartende Zusatzkosten für die OKP infolge der Vergütung der Beratungsleistung von ApothekerInnen für Stuhltests in Kantonen mit Darmkrebs-Früherkennungsprogramm ____	84
Tabelle 5: Bilanz der Auswirkungen _____	101
Tabelle 6: InterviewpartnerInnen _____	118

## Abkürzungsverzeichnis

APV	Auslandpreisvergleich
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BGÖ	Bundesgesetz über das Öffentlichkeitsprinzip der Verwaltung
BFS	Bundesamt für Statistik
BWL	Bundesamt für wirtschaftliche Landesversorgung
DRG	Diagnosis Related Groups
FAP	Fabrikabgabepreis
FDA	Food and Drug Administration
FSME	Frühsommer-Meningoenzephalitis
EAK	Eidgenössische Arzneimittelkommission
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EMA	Europäische Arzneimittel-Agentur
FDA	Food and Drug Administration (USA)
FPH	Foederatio Pharmaceutica Helvetiae
FIT	Fecal Immunochemical Test
GDK	Gesundheitsdirektorenkonferenz
HMO	Health Maintenance Organization
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KVG	Krankenversicherungsgesetz
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
MEA	Managed Entry Agreements
NkV	Netzwerke zur koordinierten Versorgung
NHS	National Health Service
NMS	New Medicine Service
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PP	Publikumspreis
PVE	Primärversorgungseinheiten
QALY	Quality-Adjusted Life Year
RFA	Regulierungsfolgenabschätzung
SGKN-N	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
SL	Spezialitätenliste
TQV	Therapeutischer Quervergleich
WZW	Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit

## Literatur

- Ahumada-Canale, A., Quirland, C., Martinez-Mardones, F. J., Plaza-Plaza, J. C., Benrimoj, S., & Garcia-Cardenas, V. 2019** : Economic evaluations of pharmacist-led medication review in outpatients with hypertension, type 2 diabetes mellitus, and dyslipidaemia: a systematic review. *The European Journal of Health Economics*, 20, 1103-1116.
- B,S,S. 2018**: Impfen in der Apotheke: Bestandsaufnahme und Erfahrungen der Apotheken Bericht. Basel, den 16. August 2018.
- Babela R, Orsagh A, Ricova J, Lansdorp-Vogelaar I, Csanadi M, De Koning H, Reckova M. 2021**: Cost-effectiveness of colorectal cancer screening in Slovakia. *Eur J Cancer Prev.* 2022 Sep 1;31(5):415-421. doi: 10.1097/CEJ.0000000000000727. Epub 2021 Nov 16. PMID: 34789653. [Cost-effectiveness of colorectal cancer screening in Slovakia - PubMed \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34789653/)
- Brändle K, Arveux P, Germann S, Bochud M, Bulliard J-L. 2022**: Première évaluation du programme vaudois de dépistage du cancer colorectal, 2015-2020. Lausanne, Unisanté - Centre universitaire de médecine générale et santé publique (Raisons de santé 335). <https://doi.org/10.16908/issn.1660-7104/335>
- Brulhart, M. I., & Wermeille, J. P. 2011**: Multidisciplinary medication review: evaluation of a pharmaceutical care model for nursing homes. *International journal of clinical pharmacy*, 33(3), 549-557.
- Brüngger B., B. Fischer, M. Früh, R. Rapold, O. Reich, H. Telser, M. Trottmann 2014**: Koordinationsbedarf leistungsintensiver Patienten. Schlussbericht. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Olten.
- Brunner B., S. Wieser, M. Maurer, M. Stucki, J. Nemitz, M. Schmidt, Z. Brack, G. Lenzin, J. Tra-geser, T. von Stokar, E. Gschwend, A. Vettori**: Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen. Schlussbericht, Version 1.0, Winterthur, Zürich, 2. September 2019
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) 2019**: Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Schlussbericht des BAG an den Bundesrat, Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) 2022a**: Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung: 2. Massnahmenpaket. Faktenblatt vom 7. September 2022, Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) 2022b**: Bericht des Bundesamtes für Gesundheit vom 7. November 2022 zuhanden der SGK-N «Schätzung der finanziellen Auswirkungen der vorgeschlagenen Massnahmen und Aufzeigen des Einsparpotenzials» im Rahmen von: 22.062n: Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Änderung (Massnahmen zur Kostendämpfung - Paket 2). (unveröffentlicht).

- Bundesamt für Gesundheit (BAG) 2023:** Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2021, Tabellen, Bern (<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-zur-krankenversicherung/statistik-der-obligatorischen-krankenversicherung.html>; abgerufen am 21.2.2023).
- Bundesamt für Statistik (BFE) 2012:** Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2011. Standardtabellen. Provisorische Resultate, Neuchâtel.
- Bundesamt für Statistik (BFE) 2021:** Les revenus des médecins indépendants dans les cabinets médicaux en 2019. Statistique des cabinets médicaux et des centres ambulatoires (MAS). Neuchâtel, 2021.
- Bundesamt für Statistik (BFE) 2022:** Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Standardtabellen 2021, Stand der Daten: 24.11.2022, Bern (<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken.assetdetail.23727900.html>; abgerufen am 21.2.2023).
- Bundesamt für Statistik (BFS) 2018:** Ausserkantonale Hospitalisierungen 2006–2016, Medizinische Statistik der Krankenhäuser. BFS Aktuell, Bern.
- Bundesrat 2022a:** Verbesserungspotenzial bei der Spitalfinanzierung und Hürden für die freie Spitalwahl. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulats 21.3962 Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates vom 23. Juni 2021, Bern.
- Bundesrat 2022b:** Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) vom 7. September 2022, Bern.
- Camenzind P., L. Petrini 2014:** Personen ab 55 Jahren im Gesundheitssystem: Schweiz und internationaler Vergleich 2014. Auswertung der Erhebung «The Commonwealth Fund’s 2014 International Survey of Older Adults» im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Obsan Dossier 43, Neuchâtel, 2014.
- Cateau, D., Ballabeni, P., & Niquille, A. 2021:** Effects of an interprofessional Quality Circle-Deprescribing Module (QC-DeMo) in Swiss nursing homes: a randomised controlled trial. *BMC geriatrics*, 21(1), 1-11.
- Cosandrey J., Roten N., Rutz S. 2018:** Gesunde Spitalpolitik. Mehr Transparenz, mehr Patientensouveränität, weniger «Kantönligeist». *avenir debate*, Avenir Suisse, Zürich.
- Elliott, R. A., Tanajewski, L., Gkoutouras, G., Avery, A. J., Barber, N., Mehta, R., Boyd, M. J., Latif, A., Chuter, A., & Waring, J. 2017:** Cost effectiveness of support for people starting a new medication for a long-term condition through community pharmacies: an economic evaluation of the new medicine service (NMS) compared with normal practice. *Pharmacoeconomics*, 35, 1237-1255.
- Hammad, E.A., Bale, A. Wright, D.J., Bhattacharya, D. 2016:** Pharmacy led medicine reconciliation at hospital: a systematic review of effects and costs. *Research in Social & Administrative Pharmacy*. doi: 10.1016/j.sapharm.2016.04.007.

- Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger 2019:** Monitoring der neuen Primärversorgung. Eine Machbarkeitsanalyse.
- Hostettler S., Kraft E. 2021:** FMH-Ärzttestatistik 2020 – die Schweiz im Ländervergleich. Schweizerische Ärztezeitung. 2021;102(12):417–422.
- INCa (2019):** Évaluation médico-économique du dépistage du cancer colorectal /Rapport technique, appui à la décision, INCa, avril 2019. [Évaluation médico-économique du dépistage du cancer colorectal - Rapport technique - Ref : APDEPCCR19 \(e-cancer.fr\)](#)
- International Health Policy Survey (2021):** Befragung der Wohnbevölkerung ab 65 Jahren IHP-Befragungen: ältere Wohnbevölkerung.
- Jahn, B., Sroczyński, G., Bundo, M. et al. 2019:** Effectiveness, benefit harm and cost effectiveness of colorectal cancer screening in Austria. BMC Gastroenterol 19, 209 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12876-019-1121-y> [Effectiveness, benefit harm and cost effectiveness of colorectal cancer screening in Austria | BMC Gastroenterology | Full Text \(biomedcentral.com\)](#)
- Kauer L. 2017:** Long-Term Effects of Managed Care. In: Health Economics 2017 26(10):1210–1223.
- Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) 2023:** Übersicht kantonale Spitallisten und Spitaltarife, Stand 10. Februar 2023, Bern.
- Lehmann H., Zweifel P. 2004:** Innovation and risk selection in deregulated social health insurance. Journal of Health Economics 23(5): 997–1012.
- Lobsiger M., Frey M. 2019:** Evaluation der KVG-Revision im Bericht der Spitalfinanzierung. Auswirkungen der Revision auf die Kosten und die Finanzierung des Versorgungssystems, B.S.S. im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), Basel.
- Malet-Larrea, A., Goyenechea, E., Gastelurrutia, M. A., Calvo, B., García-Cárdenas, V., Cabases, J. M., Noain, A., Martinez-Martinez, F., Sabater-Hernandez, D. & Benrimoj, S. I. 2017:** Cost analysis and cost-benefit analysis of a medication review with follow-up service in aged polypharmacy patients. The European Journal of Health Economics, 18, 1069-1078.
- Marra, C., Johnston, K., Santschi, V., & Tsuyuki, R. T. 2017:** Cost-effectiveness of pharmacist care for managing hypertension in Canada. Canadian Pharmacists Journal/Revue des Pharmaciens du Canada, 150(3), 184-197.
- Mekonnen, A. B., McLachlan, A. J., & Jo-anne, E. B. 2016:** Effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation programmes on clinical outcomes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. BMJ open, 6(2), e010003.
- Meyer S., Braun-Dubler N., Gmünder M. 2020:** Untersuchung zur Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrolle bei den Krankenversicherern, Institut für Wirtschaftsstudien Basel (IWSB) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG, Basel.

- Milos Nymberg, V., Lenander, C., & Borgström Bolmsjö, B. 2021:** The impact of medication reviews conducted in primary care on hospital admissions and mortality: An observational follow-up of a randomized controlled trial. *Drug, Healthcare and Patient Safety*, 1-9.
- Onatade, R., & Quaye, S., 2018:** Economic value of pharmacy-led medicines reconciliation at admission to hospital: an observational, UK-based study. *European Journal of Hospital Pharmacy*, 25(1), 26-31.
- Österreichische Sozialversicherung 2018:** Die Stärkung der Primärversorgung in Österreich – ein erster Zwischenstand. *Soziale Sicherheit*. 1/2018
- Pahud O., Dorn M. 2023:** Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2022 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund (CWF) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).
- 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). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Rocks, S., Berntson, D., Gil-Salmerón, A. et al. 2020:** Cost and effects of integrated care: a systematic literature review and meta-analysis. In: *The European Journal of Health Economics* (2020) 21:1211–1221.
- Ruggli, M., Stebler, D., Gasteiger, M. et al.:** Experience with a colorectal cancer campaign in Swiss pharmacies. *Int J Clin Pharm* 41, 1359–1364 (2019). <https://doi.org/10.1007/s11096-019-00899-z>
- Schusselé Filliettaz, S., Kohler, D., Berchtold, P. & Peytremann-Bridevaux, I. 2017:** Soins intégrés en Suisse. Résultats de la 1re enquête (2015–2016) (Obsan Dossier 57). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) 2019:** Empfehlungen zum Verfühen betreffend die Beiträge der Kantone bei stationären Behandlungen ausserhalb der kantonalen Spitalliste nach Artikel 41 Absatz 3 KVG, Kommission «Vollzug Krankenversicherung», 14.2.2019, Bern.
- Twerenbold, S., Schur, N., Wittwer, N., Schneider, C., Marxer, C., Spöndlin, J., Schwenkglenks, M., Meier, C. R., 2022:** Helsana-Arzneimittelreport für die Schweiz 2022. Auswertungsergebnisse aus den Jahren 2018 bis 2021. November 2022.
- Widmer, M., Kohler, D. (2015):** Behandlungsketten und ihre Schnittstellen (Obsan Bulletin 1/2015). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

**Wilcock, M., Sibley, A., Blackwell, R., Kluttgens, B., Robens, S., & Bastian, L. 2020:** Involving community pharmacists in transfer of care from hospital: Indications of reduced 30-day hospital readmission rates for patients in Cornwall. *International Journal of Pharmacy Practice*, 28(4), 405-407.

**ZHAW/INFRAS 2019:** Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen. Eine Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit.