

Sitzung vom 26. März 2025

318. Anfrage (Überhöhte Preise von Spitälern für Medizinprodukte)

Die Kantonsrätinnen Renata Grünenfelder und Pia Ackermann, Zürich, sowie Brigitte Rööfli, Illnau-Effretikon, haben am 16. Dezember 2024 folgende Anfrage eingereicht:

Der Artikel im *Tages-Anzeiger* vom 16.12.2024¹ deckt auf, dass verschiedene Spitäler überhöhte Preise für Medizinprodukte an die Krankenkassen verrechnen. Laut der Recherche des *Tagesanzeigers* weisen verschiedene Spitäler Rabatte absichtlich in überhöhtem Masse aus, damit ihr vertraglich geregelte Anteil des Rabattes von 49%, den sie behalten dürfen, möglichst hochausfällt. Einige Spitäler sollen sogar 100% der fiktiv überhöhten Rabatte an die Kassen weiterverrechnen. Der Artikel legt nahe, dass bestimmte Spitäler durch diese Praxis systematisch deutlich zu hohe Preise für Medizinprodukte zulasten der Krankenkassen und damit den Prämienzahlenden verrechnen. Folgende Beispiele werden aufgeführt. Es soll für ein Herzschrittmacher für 14 500 Franken statt 3700 Franken oder für einen Stent 2800 Franken statt 60 Franken in Rechnung gestellt worden sein.

Vor diesem Hintergrund bitten wir den Regierungsrat um die Beantwortung folgender Fragen:

1. Kann der Regierungsrat ausschliessen, dass von Spitälern mit Leistungsauftrag des Kantons Zürich systematisch überhöhte Preise für Medizinprodukte den Krankenkassen und damit den Prämienzahlenden verrechnet werden?
2. Was plant der Regierungsrat, um sich mehr Transparenz über Preise für Medizinprodukte zu verschaffen, falls diese Vorwürfe Spitäler mit Leistungsauftrag des Kantons Zürich betreffen?
3. Gibt es Möglichkeiten die betroffenen Spitäler für die Verrechnung von systematisch zu hohen Kosten für Medizinprodukte zu sanktionieren oder diese Praxis öffentlich- bzw. zivil- oder strafrechtlich zu verfolgen?
4. Welche gesetzliche Anpassung müssen vorgenommen werden, damit die Preise für Medizinprodukte transparent von den Spitälern ausgewiesen werden müssen?

¹ <https://www.tagesanzeiger.ch/gesundheitskosten-abzocke-der-hirslanden-spitaeler-mit-rabatten-103676311663>

5. Plant der Regierungsrat öffentlich einsehbare Preislisten für Medizinprodukte einzuführen, welche den effektiven Marktpreis der Produkte widerspiegelt? Wenn nicht, was spricht dagegen?

Auf Antrag der Gesundheitsdirektion

beschliesst der Regierungsrat:

I. Die Anfrage Renata Grünenfelder und Pia Ackermann, Zürich, sowie Brigitte Röösl, Illnau-Effretikon, wird wie folgt beantwortet:

Nach Art. 43 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) erstellen die Erbringer von Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ihre Rechnungen nach Tarifen oder Preisen. Dabei bezieht sich der Begriff «Tarif» im Wesentlichen auf die eigentlichen Behandlungs- oder Pflegeleistungen, der Begriff «Preis» hingegen auf Heilmittel und Gegenstände, die für die Behandlung oder Pflege benötigt werden. Tarife werden in Verträgen zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern vereinbart. Sie können auf den benötigten Zeitaufwand (Zeittarif) oder auf einzelne Leistungen abstellen (Einzelleistungstarif) oder sie können pauschaliert werden (Pauschaltarif).

Im Bereich der stationären Gesundheitsversorgung kommen Pauschalen zur Anwendung, die auf verschiedenen Tarifsystemen basieren: in der Akutsomatik auf SwissDRG (Fallpauschalen), in der Rehabilitation auf ST Reha (leistungsbezogene Tagespauschalen), in der Psychiatrie auf TARPSY (ebenfalls leistungsbezogene Tagespauschalen). In diesen drei Tarifsystemen decken die Pauschalen in aller Regel sowohl die Kosten der Behandlung und Pflege als auch der dafür benötigten Heilmittel und Gegenstände ab. Lediglich in der Akutsomatik können die Leistungserbringer unter bestimmten Voraussetzungen neben der Fallpauschale auch sogenannte Zusatzentgelte in Rechnung stellen. Dies betrifft einzelne Leistungen und Produkte, die nicht sachgerecht allein über die entsprechende Fallpauschale vergütet werden. Die Fälle, bei denen Zusatzentgelte geltend gemacht werden können und die Höhe dieser Entgelte sind schweizweit einheitlich geregelt. Eine Verrechnung überhöhter Preise für Heilmittel (Arzneimittel oder Medizinprodukte) ist in der stationären Versorgung somit nicht möglich.

In der ambulanten Versorgung kommen hauptsächlich Einzelleistungstarife zur Anwendung (heute TARMED, künftig TARDOC). In diesem System ergibt sich die Gesamtschädigung für die Behandlung und Pflege einer Patientin oder eines Patienten aus der Summe der in Rechnung gestellten Einzelleistungsentgelte. Dazu gehören auch Arzneimittel und Medizinprodukte.

Die Prüfung der Richtigkeit der Leistungsabrechnung ist sowohl in der stationären als auch der ambulanten Versorgung grundsätzlich Sache der Kostenträger: die Patientinnen und Patienten selbst (im Rahmen der Franchise und des Selbstbehalts), die Krankenversicherer und der Kanton. Allerdings beteiligt sich der Kanton bis anhin nur an der Finanzierung der stationären, nicht aber an jener der ambulanten Versorgungsleistungen, weshalb sich auch die kantonale Pflicht zur Prüfung der Leistungsabrechnung nur auf die stationäre Versorgung erstreckt.

Für die Heilmittel, die von Leistungserbringern für die Erbringung ihrer ambulanten medizinischen Dienstleistungen benötigt werden, werden die Preise zwischen den Leistungserbringern bzw. ihren Einkaufsgemeinschaften einerseits und den Herstellern oder Händlern der Produkte andererseits ausgehandelt. Seit dem Inkrafttreten des KVG im Jahr 1998 und bis 2019 galt hier die Vorgabe, dass Vergünstigungen, die von den Herstellern oder Händlern auf den Preisen der Produkte gewährt wurden, vollumfänglich an die Kostenträger weitergegeben werden mussten (Art. 56 Abs. 3 KVG). Den Kostenträgern durften also nur die tatsächlich von den Leistungserbringern bezahlten Nettopreise verrechnet werden.

Um die Leistungserbringer zu härteren Verhandlungen mit den Herstellern bzw. Händlern von Heilmitteln zu motivieren und so die Preise insgesamt zu senken, wurde auf den 1. Januar 2020 das KVG dahingehend ergänzt, dass Leistungserbringer und Versicherer vereinbaren können, dass ausgehandelte Vergünstigungen auf Heilmittel nur teilweise an die Versicherer weitergegeben werden müssen (Art. 56 Abs. 3^{bis} KVG). Die im Rahmen dieser Vereinbarung von den Leistungserbringern zurückgehaltenen Anteile an der Vergünstigung müssen allerdings nachweislich für die Verbesserung der Behandlungsqualität eingesetzt werden, es muss also eine Gegenleistung erbracht werden. Gemäss Art. 76b Abs. 3 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102) sind diese nicht an die Versicherer weitergegebenen Mittel in erster Linie zugunsten national ausgerichteter Programme zur Verbesserung der Behandlungsqualität einzusetzen. Gemäss Art. 76c KVV erstatten die Versicherer dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) Bericht über die Einhaltung der Vereinbarung. Das BAG hat Prüfkriterien für die Beurteilung der Berichterstattung nach Art. 76c KVV erlassen (bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/biomed/heilmittel/ITW/itw-criteri-oamal.pdf).

Faktisch bedeutet das «Rückbehalten von Vergünstigungen», dass den Kostenträgern für die entsprechenden Produkte höhere Preise verrechnet werden können, als die Leistungserbringer den Herstellern oder Händlern tatsächlich bezahlt haben. Die neue gesetzliche Regelung verteuert somit zunächst die ambulante Leistungserbringung für die Kos-

tenträger. Ein monetärer Nutzen für die Kostenträger entsteht nur dann, wenn sich die Vergünstigung auf einen «normalen» Marktpreis bezieht, wenn also im Vergleich zum «normalen Marktpreis» eines Produktes ein zusätzlicher Rabatt ausgehandelt werden konnte. Von diesem zusätzlichen Rabatt, so die Intention des Gesetzgebers, soll das Spital knapp die Hälfte «einbehalten» können, es muss diese einbehaltenen Mittel aber für Qualitätsmassnahmen verwenden, womit zumindest theoretisch ein weiterer, indirekter Nutzen für die Patientinnen und Patienten entsteht.

Umgesetzt wurde die neue Regelung schweizweit koordiniert über eine vom Verband der Spitäler der Schweiz H+ auf der einen und den Krankenversicherern auf der anderen Seite ausgehandelte Vereinbarung, die auf Mitte 2021 in Kraft trat und der in der Folge fast alle Schweizer Akutspitäler beigetreten sind. Die Vereinbarung wurde 2023 extern evaluiert (hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Tarife/Heilmittel/Weitergabe_von_Verguenstigungen/Evaluationsbericht_2023.pdf).

In der Umsetzung der neuen Gesetzesbestimmung bzw. in der praktischen Anwendung der Vereinbarung von H+ und den Versicherern zeigten sich allerdings offensichtlich grössere Schwierigkeiten, wie sich den Stellungnahmen verschiedener Leistungserbringer sowie den auf der Webseite von H+ publizierten Informationen entnehmen lässt. Im hier relevanten Bereich der Medizinprodukte zeigte es sich beispielsweise, dass die Referenzpreise für die Ermittlung des relevanten zusätzlichen Rabattes fehlen. Mangels Alternativen wurde deshalb teilweise auf die Preislisten der Hersteller und Händler abgestellt, im Bewusstsein, dass die dort deklarierten Preise weit über den durchschnittlich bezahlten Marktpreisen liegen.

Aus diesem und anderen Gründen hatten H+ und die Krankenversicherer bereits im Mai 2024 auf Initiative des Spitalverbandes mit der Neuverhandlung der Vereinbarung begonnen. Zum Zeitpunkt des Erscheinens des in der Anfrage erwähnten Artikels in der Tagespresse lag die überarbeitete Vereinbarung bereits seit Längerem vor (hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Tarife/Heilmittel/Weitergabe_von_Verguenstigungen/Vereinbarung_betreffend_die_nicht_vollstaendige_Weitergabe_von_Verguenstigungen_gemaess_Art._56_Abs._3bis_KVG.pdf). Sie ist mittlerweile am 1. Januar 2025 in Kraft getreten (hplus.ch/de/publikationen/eflash/ausgaben/03/2025/weitergabe-von-verguenstigungen-neuevereinbarung-unterzeichnet). Eine der wesentlichen Änderungen der neuen Vereinbarung gegenüber der ursprünglichen Fassung ist, dass Medizinprodukte nun ausgeschlossen sind. Damit fällt auch das Problem des fehlenden Referenzpreises für die Ermittlung der Vergünstigung bei Medizinprodukten weg, und der Vorwurf einer angeblichen «Abzocke» der Krankenversicherer bzw. Prämienzahlenden durch die Spitäler, wie im erwähnten Zeitungsartikel erhoben, geht ins Leere.

Zu Fragen 1, 2 und 5:

Dem Regierungsrat liegen keine Hinweise vor, dass in Zusammenhang mit der Umsetzung von Art. 56 Abs. 3^{bis} KVG die gesetzlichen Vorschriften durch Zürcher Listenspitäler systematisch verletzt worden wären. Mit der Überarbeitung der Vereinbarung zwischen H+ und den Versicherern und der Ausklammerung der Medizinprodukte ist der in der Anfrage thematisierte Sachverhalt zudem gegenstandslos geworden.

Im Übrigen ist es nicht Aufgabe des Kantons Zürich, für eine bessere Preistransparenz bei Medizinprodukten zu sorgen, weil es sich hier um einen nationalen Markt handelt. Auch hat der Kanton, wie eingangs dargestellt, keine Rolle bei der Prüfung der Leistungsabrechnung in der ambulanten Versorgung.

Zu Frage 3:

Es ist nicht Aufgabe des Regierungsrates, eine allfällig fehlerhafte oder gar missbräuchliche Umsetzung der Vereinbarung zwischen dem Verband der Spitäler der Schweiz H+ und den Krankenversicherern zu sanktionieren bzw. sie zivil- oder strafrechtlich zu verfolgen. Dies ist vielmehr Sache der Vertragspartner bzw. der Aufsichtsorgane des Bundes.

Zu Frage 4:

Anpassungen der Bundesgesetze und -verordnungen liegen in der Verantwortung des eidgenössischen Gesetzgebers, nicht des Kantons Zürich.

II. Mitteilung an die Mitglieder des Kantonsrates und des Regierungsrates sowie an die Gesundheitsdirektion.

Vor dem Regierungsrat
Die Staatsschreiberin:
Kathrin Arioli