

Gefährlicher Eingriff ins Gesundheitswesen droht

Solidarisch finanzierte Patientenversorgung in der Schweiz unter Druck.

BERN – Am 28. Februar hat der Nationalrat den zweiten Teil des ersten Kostendämpfungspakets beraten. Dieser enthält eine Massnahme über die Kostensteuerung durch die Tarifpartner, welche für die gute solidarisch finanzierte Patientenversorgung in der Schweiz gravierende Folgen haben könnte. In Artikel 47c der Gesetzesvorlage ist festgehalten, dass die Tarifpartner korrigierende Massnahmen ergreifen müssen, wenn die Kostenentwicklung in einem Jahr nicht so verläuft, wie im Voraus politisch festgelegt. Der Artikel war im Dezember 2021 bereits aus der Vorlage gestrichen worden. Aufgrund eines Rückkommens beider Kommissionen musste der Nationalrat nun nochmals über den Artikel beraten und hat leider mit einer Mehrheit entschieden, den Artikel nicht zu streichen. Es ist zu hoffen, dass die schädlichen Konsequenzen in der weiteren Beratung erkannt werden und der Artikel im Ständerat nicht mehrheitsfähig ist.

Um die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen zu dämpfen, hat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) verschiedene Massnahmen in die Beratung gegeben. Wichtig ist dabei, dass Massnahmen vorsichtig abgewogen werden, um die gute Patientenversorgung in der Schweiz nicht zu schädigen. Dies ist umso wichtiger, als nicht die Kostenentwicklung, sondern die Prämienentwicklung in den letzten Jahren besorgniserregend war.

Gute solidarisch finanzierte Patientenversorgung muss erhalten bleiben

Der zweite Teil des ersten Kostendämpfungspakets enthält eine Massnahme zur Steuerung der Kosten durch die Tarifpartner. Artikel 47c der Gesetzesvorlage verlangt, dass ein «gerechtfertigtes Wachstum» im Gesundheitswesen festgelegt wird. Wird dieses überschritten, so müssten sich die Tarifpartner auf lineare Kürzungen, Rückzahlungen oder degressive Tarife einigen, um das Kostendämpfungsziel zu erreichen. Damit würden sach- und betriebswirtschaftlich korrekte Tarife, die vom Bundesrat genehmigt sind, willkürlich gekürzt. Ziel des Artikels ist, dass Ärzte mit finanziellen Sanktionen davon abgehalten werden, medizinische Leistungen über eine vorab festgelegte Kostengrenze hinaus weiter zu erbringen. Diese Massnahme hätte eine Verschlechterung der medizinischen Versorgung zur Folge, da sie unterschiedslos alle medizinischen Leistungen trifft und zu einer Einschränkung der guten solidarisch finanzierten medizinischen Versorgung für alle führt. Diese Einschränkung des gesetzlichen An-

spruchs der Versicherten auf medizinische Behandlungen würde alle Patienten treffen, insbesondere aber finanziell schwächer gestellte und mehrfach Erkrankte. Heute ist die uneingeschränkte medizinische Behandlung im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung per Gesetz allen Menschen in der Schweiz zugesichert. Es ist zu hoffen, dass im weiteren parlamentarischen Prozess verhindert wird, dass Artikel 47c das Sozialziel gefährdet und das Versicherungsprinzip in der Verfassung verletzt, um auch in Zukunft allen Versicherten die für ihre Gesundheit notwendige Behandlung zu ermöglichen.

Neue Massnahmen zuerst evaluieren, bevor man tiefgreifende neue Eingriffe beschliesst

Erst gerade wurden Steuerungsmassnahmen zur Kostendämpfung und Sicherung der Behandlungsqualität im Krankenversicherungsgesetz verankert. Dies ist einerseits der Qualitätsartikel 58 KVG und die Zulassungsbeschränkung der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte. Ersterer verhindert Fehl- und Überversorgung durch Qualitätsvorgaben, Letzterer legt unter anderem Höchstzahlen für Ärzte fest. Die Massnahmen sind noch nicht umgesetzt und ihre Wirkung kann noch nicht evaluiert werden. Es ist dringend angezeigt, dass zuerst Erfahrungswerte abgewartet und ausgewertet werden, bevor man neue und zudem tiefgreifende Eingriffe ins Gesundheitswesen vornimmt.

Sinnvolle Kostendämpfungsmassnahmen fördern und vorantreiben

Es gibt bessere Massnahmen zur Kostendämpfung, die einen breiten Konsens haben und die Patientenversorgung nicht einschränken. So ist die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen EFAS in der Beratung im Parlament bereits weit fortgeschritten. Die Vorlage verspricht deutlich höheres Sparpotenzial als die Vorlagen zur Budgetierung und wird von einer überwältigenden Mehrheit der Akteure im Gesundheitswesen unterstützt. Mit EFAS würde nicht nur die Verlagerung von stationären zu ambulanten Behandlungen gefördert, sondern auch die interprofessionelle

Zusammenarbeit. Daraus resultieren Ersparnisse, die direkt den Versicherten zugutekommen. Heute besteht ein bedeutender Fehlanreiz zugunsten teurer und belastender Spitalbehandlungen, weil ambulante Behandlungen voll über die Prämien finanziert, während stationäre Leistungen über die Steuern mitfinanziert werden.

Weiter setzt sich die FMH für die Reduktion von administrativen Arbeiten ein, welche den Patienten nicht zugutekommen. Wichtig ist auch die Stärkung der kostengünstigen ambulanten Praxismedizin. Ein zentraler Pfeiler dafür ist ein adäquater ausgewogener und zeitgemässer ambulanter Arzttarif. Mit dem TARDOC liegt ein solcher zur Genehmigung durch den Bundesrat bereits vor. [DT](#)

Quelle: FMH



© natatravel/Shutterstock.com

Vergütete Leistungen müssen «wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich» sein

santésuisse-Kontrollen bei Ärzten führen zu Rückzahlungen von Prämiegeldern.

BERN – Das Bundesgericht stützt die Wirtschaftlichkeitsprüfungen von santésuisse. Ende Januar wies es die Klage eines Genfer Arztes ab und bestätigte dessen Verurteilung zur Rückzahlung von über 130'000 Franken für Leistungen, die für das Jahr 2016 zu Unrecht in Rechnung gestellt worden waren. Gleichzeitig verurteilte das Schiedsgericht des Kantons Bern drei Ärzte zur Rückzahlung von fast 630'000 Franken.

Laut Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) müssen die Krankenversicherer im Interesse der Prämienzahler sicherstellen, dass die von ihnen vergüteten Leistungen «wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich» sind. Um die Wirtschaftlichkeit von Leistungen zu überprüfen, führt santésuisse im Auftrag der Krankenversicherer Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch. Dazu vergleicht der Dachverband die Kosten pro Patient von frei praktizierenden Ärzten eines bestimmten Fachgebiets mit den durchschnittlichen Kosten desselben Fachgebiets. Bei schwerwiegender und wiederholter Überschreitung werden Ärzte, die zu hohe Beträge abrechnen, aufgefordert, die zu Unrecht erhaltenen Beträge zurückzuzahlen.

In seinem Urteil vom 31. Januar bestätigte das Bundesgericht die Entscheidung des Genfer Schiedsgerichts, das einen praktizierenden Arzt aus Genf wegen überhöhter Abrechnungen für das Jahr 2016 dazu verurteilt hatte, 131'818 Franken

thode, die ebenfalls in Zusammenarbeit mit der FMH entwickelt wurde. Diese Methode berücksichtigt zusätzliche Indikatoren (insbesondere zur Morbidität der Patienten), um die Kostenunterschiede pro Patient zwischen den Arztpraxen zu vergleichen.

© PhotoVectorStudio/Shutterstock.com



zurückzuzahlen. Das Bundesgericht verhängte ausserdem ein einjähriges Berufsverbot gegen ihn, weil der betreffende Arzt in verschiedenen Jahren zu hohe Kosten verursacht hatte.

Bewährte Methoden

Das Bundesgericht hat im Übrigen erneut die Gültigkeit und Zuverlässigkeit der Methode ANOVA anerkannt, die bis 2016 für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen verwendet wurde. Das Bundesgericht stützt die Methode in seinem Urteil und weist die Einwände des Beklagten ab. Seit 2017 verwenden die Krankenversicherer mit dem Regressionsindex eine neue Me-

Dutzende Millionen Franken gespart

Der Fall des Genfer Arztes hat Symbolwert: Er zeigt die Notwendigkeit der Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Interesse der Prämienzahler, denn jedes Jahr werden mehrere Millionen Franken von fehlbaren Ärzten zurückerstattet. Darüber hinaus beinhalten diese Prüfungen auch einen starken präventiven und abschreckenden Effekt. Diesen schätzt santésuisse auf Einsparungen in zweistelliger Millionenhöhe, die ebenfalls den Versicherten zugutekommen. [DT](#)

Quelle: santésuisse

ANZEIGE

calaject.de

„schmerzarm+komfortabel“