

Medienmitteilung – Bern, 19. November 2020

Vorsicht vor unüberlegten Massnahmen zur Kostendämpfung

Heute geht die Vernehmlassungsfrist zum Kostendämpfungsmassnahmenpaket 2 zu Ende. In diesem Paket enthalten sind Massnahmen wie die Aufhebung der freien Arztwahl und Zielvorgaben für die Entwicklung der Gesundheitskosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Diese erwähnten Massnahmen lehnt die FMH ab. Die FMH unterstützt Massnahmen zur Dämpfung der Gesundheitskosten, welche bei den Strukturen sparen und die Patientenversorgung nicht beeinträchtigen.

Zielvorgabe als einschneidendste Massnahme der Kostendämpfungspolitik des EDI

Kostenziele führen zu Wartezeiten, zu Verschiebungen von Behandlungen und Eingriffen mit möglicherweise negativen Folgen für Patientinnen und Patienten. Dies kann dazu führen, dass den Patientinnen und Patienten somit Behandlungen, Therapien und Eingriffe vorenthalten werden, auf welche sie gemäss dem Versicherungsprinzip Anspruch haben. Kostenziele sind aus Sicht der FMH die Massnahme mit den gravierendsten Auswirkungen auf die Patientenversorgung, denn sie führen zu einer Zwei-Klassen-Medizin, wie wir es in anderen Ländern beobachten können. Ein Gutachten von Versicherungsexperte Prof. Kieser zeigt zudem auf, dass Massnahmen wie Globalbudgets, Zielvorgaben bzw. Kostenziele und degressive Tarife nicht verfassungskonform sind, weil sie dem Versicherungsprinzip widersprechen. Weiter ist darauf hinzuweisen, dass gemäss einer Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) von 2019, welche die Kantone mit und ohne Kostenziele verglich, keinen kostendämpfenden Effekt von Globalbudgets entdecken konnte.

Erstberatungsstelle und Aufhebung der freien Arztwahl

Die freie Arztwahl ist den Einwohnerinnen und Einwohnern in der Schweiz wichtig. Dies wurde in Volksabstimmungen wiederholt bestätigt. Mögliche Einschränkungen der freien Arztwahl auf freiwilliger Basis sind bereits heute möglich und mit entsprechenden Prämienvergünstigungen für die Versicherten in den entsprechenden Modellen verbunden. Wer wie die Mehrheit der Prämienzahler freiwillig in einem Hausarztmodell versichert ist, wählt bei gesundheitlichen Problemen seinen Hausarzt als Erstanlaufstelle. Würde gesetzlich eine Erstberatungsstelle zwingend vorgeschrieben, so wäre nicht sichergestellt, dass die Hausärztin oder der Hausarzt der eigenen Wahl konsultiert werden kann, denn diese müssten zuerst auf der entsprechenden Liste der Erstberatungsstellen des Wohnkantons aufgeführt sein. Kantonale Behörden würden bestimmen, welche Ärzte auf die Liste des jeweiligen Kantons kommen. Der Bundesrat würde festlegen, unter welchen Bedingungen ein Patient die Erstberatungsstelle wechseln kann und er würde auch die Voraussetzungen bestimmen, unter welchen die Versicherung eines Patienten für diesen die Erstberatungsstelle bestimmen kann. Aus Sicht der FMH ist es wichtig, dass die Arztwahl dem Patienten überlassen bleibt und nicht staatlich verordnet wird.

Netzwerke zur koordinierten Versorgung

Die FMH befürwortet grundsätzlich die Einführung einer neuen Leistungserbringerkategorie „Netzwerke zur koordinierten Versorgung“. Die Betriebsauflagen, welche der Gesetzgeber dazu aufstellen will, gehen der FMH indessen viel zu weit. So soll auf Gesetzes- und Verordnungsstufe vorgegeben werden, wie solche Betriebe organisiert sein müssen, wie die Koordination über die ganze Behandlungskette zu erfolgen hat und welches Personal vorhanden sein muss. Netzwerke sollen vielmehr durch die Akteure im Gesundheitswesen aufgebaut werden können, welche Erfahrung im Umgang und mit den Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten haben.

Kostendämpfungsmassnahmen ohne Beeinträchtigung der Patientenversorgung

Eine erfolgversprechende Massnahme zur Kostendämpfung wäre die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen. Ambulant vor stationär würde damit Prämien einsparen und nicht wie heute Prämien erhöhen. Heute werden stationäre Leistungen, die nur zur Hälfte prämiert sind, in die ambulante Versorgung verschoben und gehen dort voll zulasten der Prämienzahler. Alle Akteure im Gesundheitswesen sind sich über diese Reform einig, mit Ausnahme der Kantone. Diese sind nicht einverstanden, weil noch keine einheitliche Lösung für die Pflegekosten gefunden wurde. Weiteres strukturelles Sparpotenzial liegt in einer seit Jahren vom Bundesrat und Experten geforderten überkantonalen Spitalplanung mit schweizweit fünf bis sechs Spitalregionen. Schliesslich können jedes Jahr tausende von ärztlichen Arbeitsstunden eingespart werden, wenn die administrative Belastung der Ärzte sowohl im Spital- wie im Praxisbereich reduziert wird. Klinisch tätige Ärzte leisten täglich 30 Minuten mehr Dokumentationsarbeit als noch vor 8 Jahren. Diese Arbeitsstunden abseits der direkten Patientenversorgung kosten. Aber Ärztinnen und Ärzte wollen Patienten versorgen und nicht zunehmend Dokumente bearbeiten.

Auskunft:

Charlotte Schweizer, Leiterin Abteilung Kommunikation
Tel. 031 / 359 11 50, E-Mail: kommunikation@fmh.ch

Die FMH vertritt als Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte über 42'000 Mitglieder und als Dachverband rund 90 Ärzteorganisationen. Sie setzt sich dafür ein, dass alle Patientinnen und Patienten Zugang zu einer qualitativ hochstehenden und finanziell tragbaren medizinischen Versorgung haben.