

«Dörfs es bitzeli meh si?» – Nein danke!

Jürg Unger-Köppel

Dr. med., Mitglied des FMH-Zentralvorstandes, Departementsverantwortlicher Stationäre Versorgung und Tarife



Nach einem Jahr Pause wurde die TARPSY überarbeitet, und die Version 3.0 liegt zur Prüfung durch den Bundesrat bereit (siehe diese Ausgabe S. 607). Aus Sicht der FMH weist diese Version einen Makel auf. Bei mehreren Psychiatrischen Kostengruppen (PCGs) wird für die Messung der Funktionseinschränkung ein neues Instrument eingeführt, das aus der Rehabilitation stammt und für die Psychiatrie weitgehend fremd ist. Die Messung aus der Rehabilitation ersetzt eine bereits bestehende, psychiatriespezifische Skala, die für die Anforderungen der TARPSY genügt. So aber werden die psychiatrischen Institutionen zur Einführung einer neuen Messung praktisch gezwungen, verbunden mit allem zusätzlichen Schulungs- und Administrationsaufwand. Dadurch verlieren die Patienten Zeit für

Version 3.0 der TARPSY verursacht grossen Zusatzaufwand und -kosten, die den Patientinnen und Patienten nicht zugutekommen.

Gespräche mit ihrer Ärztin oder ihrem Arzt, und gleichzeitig wächst die Unzufriedenheit bei der Assistenzärzteschaft weiter, weil sie diesen zusätzlichen administrativen Aufwand erbringen muss. Der Grund dafür ist das Leistungsprinzip: Jede Leistung muss genau ausgewiesen werden, damit sie bezahlt wird. So wollen es die Politik und die Kostenträger. Grundsätzlich entspricht das Leistungsprinzip unseren aktuellen gesellschaftlichen Normen, aber es muss in der Medizin mit Augenmass angewendet werden, um die Administration in Grenzen zu halten. Version 3.0 der TARPSY verursacht grossen Zusatzaufwand und -kosten, die den Patientinnen und Patienten nicht zugutekommen. Die Verwendung eines Testes aus der Rehabilitation in der Psychiatrie mit dem blossen Argument, dass dieser etwas genauer sein mag als das bisherige psychiatriespezifische Rating, lässt sich aus Sicht der FMH nicht rechtfertigen. Nein – es darf nicht «na es bitzeli meh si!».

Abgesehen von der Versorgung der COVID-19-Patienten erbringt das Gesundheitswesen im Frühjahr 2020 unter äusserem Zwang massiv weniger Leistungen

ambulant und stationär. Damit wird in dieser Zeit nur ein Bruchteil der üblichen Leistungen verrechnet. Daraus ergeben sich einige spannende Fragen: Gemäss KVG steigen für die Kantone die Kosten, denn die Spitäler, die alle anderen Leistungen zurückfahren mussten, um sich für den Ansturm der COVID-19-Patienten zu wappnen, erbrachten in dieser Zeit keine verrechenbaren Leistungen. Diese Vorbereitungsarbeiten und die Investitionen sind gemäss Logik des KVG Vorhalteleistungen. Für solche Vorhalteleistungen müssen die Kantone geradestehen, weil sie für die Versorgungssicherheit der kantonalen Bevölkerung verantwortlich zeichnen. Wird das KVG in dieser Hinsicht überall so umgesetzt werden? Und wie wirkt sich die Tatsache aus, dass der Bund die Massnahmen anordnete?

Entscheidend für die Krankenkassenprämien des Folgejahres ist, wie sich die Kosten im Vorjahr entwickeln. Da die Kassen für das Frühjahr 2020 viel weniger Leistungen ihrer Versicherten ausserhalb von COVID-19 bezahlen werden müssen und so wohl insgesamt sparen werden können – lässt das für die nächste Prämienrunde hoffen?

Gemäss dem Leistungsprinzip müssen die erbrachten Leistungen nachgewiesen werden, damit sie bezahlt werden. Für die vergangenen fünf Wochen wird ein Bruchteil der üblichen Leistungen verrechnet werden.

Abgesehen von der Versorgung der COVID-19-Patienten erbringt das Gesundheitswesen im Frühjahr 20 massiv weniger Leistungen.

Von den Leistungserbringern werden bei jeder Gelegenheit gebetsmühlenartig Kostenreduktionsmassnahmen gefordert, wenn weniger Leistung erbracht wird. Und was geschieht jetzt aufseiten der Kassen?

Es ist sehr bemerkenswert, wie das kleine, dornenvolle Virus ganz locker erreicht, wovon Gesundheitspolitiker meist nur träumen können: einen Rückgang beim Aufwand der Krankenkassen im Frühjahr 2020 – werden das die Prämien beim sonst jährlichen «dörfs es bitzeli me si?» zeigen?