

Die FMH zur Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen

Massnahmen, die je nach Ausgestaltung von der FMH unterstützt werden

- *M03: Aufnahme von Spitälern auf die Spitalliste in Abhängigkeit von der Entschädigung interner und externer Fachkräfte*
Gemäss einer Studie von gfs.bern im Auftrag der FMH zahlen Spitäler mengenabhängige Boni aus. Diese Praxis unterwandert viele Bestrebungen der Ärzteschaft für eine verbesserte Indikationsqualität (siehe Kommentar zu M11, M12, M13). Solche Spitäler sollen daher nicht länger Aufnahme auf der Spitalliste finden.
- *M06: Stärkung der Gesundheitskompetenz und Informiertheit der Patientinnen und Patienten*
Die FMH erachtet diese Massnahme als wichtig und richtig und führt deshalb bereits das nationale Sekretariat der Allianz Gesundheitskompetenz. Daneben unterstützt die FMH *shared decision making*, welches bereits seit mehreren Jahren in der Aus-, Weiter- und Fortbildung gelehrt und integriert wird. Und bei den *Choosing Wisely*-Kampagnen definieren die ärztlichen Fachgesellschaften seit 2014 Top-5-Listen von unnötigen Leistungen. Diese sollen die Entscheidungsfindung im gemeinsamen Arzt-Patienten-Gespräch anregen.
- *M07: Verlagerung von stationär zu ambulant*
Die FMH unterstützt diese Verlagerung ausdrücklich. Der Entscheid, ob eine Behandlung ambulant oder stationär erfolgen soll, muss weiterhin bei den behandelnden Ärzten bleiben. Besser als eine Liste von ambulant zu erbringenden Leistungen wäre die Einführung der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen. Denn eine Verschiebung von überwiegend steuerfinanzierten stationären Behandlungen hin zu ausschliesslich prämiensfinanzierten ambulanten Behandlungen verursacht Prämienstöße. Eine einheitliche Finanzierung stationärer und ambulanter Leistungen könnte dies verhindern.
- *M11: Medizinische Boards / Indikationsboards*
Indikationsboards sind heute bereits in einigen Bereichen etabliert. Die medizinischen Fachgesellschaften sollen entscheiden, bei welchen Eingriffen Boards sinnvoll und deshalb durchzuführen sind. Solche Boards müssen auch tarifarisch abgegolten werden.
- *M12: Förderung von Behandlungsleitlinien*
Behandlungsleitlinien sind bereits etabliert und werden durch medizinische Fachgesellschaften auch international erstellt und erneuert. Die Herausforderung besteht darin, dass sie nicht für jede/n Patientin bzw. Patienten eins zu eins angewendet werden können. Aufgrund der Polymorbidität und der zunehmenden Anzahl von chronisch Kranken müssen Abweichungen von Leitlinien bzw. Anpassungen möglich sein.
- *M13: Förderung Zweitmeinung*
Die FMH unterstützt Zweitmeinungen, sofern der Patient diese wünscht. Die Zweitmeinung ist gemäss der FMH-Standesordnung (Art. 16) ein Patientenrecht. Einzelne Fachgesellschaften bieten Zweitmeinungen an.
- *M14: Regionale Spitalversorgungsplanung*
Die Schaffung von fünf bis sieben überkantonalen Spitalregionen würde Effizienzgewinne erzielen, indem Unterversorgung verhindert und Überkapazitäten vermieden werden.

- *M15: Pauschalen im ambulanten Bereich fördern*
Pauschalen im ambulanten Bereich sind möglich und sinnvoll. Basis jeder Pauschale ist allerdings ein sachgerechter und betriebswirtschaftlich bemessener Einzelleistungstarif.
- *M36: Governance-Konflikt der Kantone reduzieren*
Im Sinne von Vereinfachung und Transparenz sind ein Abbau der Mehrfachrolle der Kantone sowie die Vermeidung von Rollenkonflikten und intransparenten Subventionen dringend geboten.

Alternativen zu vorgeschlagenen Massnahmen

- *M10: Koordinierte Versorgung stärken*
Die FMH unterstützt die koordinierte Versorgung im Sinne eines freiwilligen bottom-up-Ansatzes und in Verbindung mit der Massnahme M02 (Experimentierartikel), indem die koordinierte Versorgung in Pilotprojekten eingeführt werden kann. Ein gesamtschweizerischer, vom Staat vorgegebener top-down-Ansatz (analog der Managed-Care-Vorlage von 2012) wird hingegen abgelehnt.
- *M20: Angebotsinduzierte Nachfrage reduzieren*
Eine Zulassungssteuerung gemäss Vorschlag der Expertengruppe ist klar abzulehnen. Die Aussage, wonach zwischen der Ärztedichte und den Gesundheitsausgaben ein Zusammenhang bestehe, ist – gemäss dem Ausgabenbericht 2016 der Helsana – falsch. Die FMH hat bereits in der Stellungnahme zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern) einen eigenen Vorschlag eingebracht. Dieser sieht vor, die Zulassung von Leistungserbringern über drei kumulativ zu erfüllende Qualitätskriterien zu steuern. Die aktuell geltende und wirksame Zulassungsregelung würde dadurch noch wesentlich wirksamer.
- *M23: Anpassung der Vertriebsmargen*
Eine margenunabhängige Medikamentenabgabe wurde von der FMH bereits 2011 vorgeschlagen, von den Versicherern aber damals nicht akzeptiert.
- *M25 / M34: Tarifstruktur aktuell halten / Schaffung nationales Tarifbüro (analog SwissDRG)*
Die FMH wird diese Massnahme unterstützen, sofern die Struktur- und Organisationsautonomie der Tarifpartner gewährleistet bleibt (analog SwissDRG) und der Bundesrat den Tarif auf Vorschlag der Organisation weiterhin lediglich genehmigt.

Massnahmen, welche die FMH ablehnt

- *M01 / M37: Verbindliche Zielvorgabe für das OKP-Wachstum / Festsetzung einer Budgetvorgabe im ambulanten Bereich*
Verbindliche Zielvorgaben, Budgetvorgaben oder eben Globalbudgets werden als Allheilmittel zur Dämpfung des Kostenwachstums betrachtet. Dafür werden die Kantone Waadt und Genf als Musterbeispiele herangezogen, die ein Globalbudget bereits im stationären Bereich kennen. Dass genau diese Kantone zu denjenigen mit den höchsten Prämien in der Schweiz zählen und zudem ihre Globalbudgets mit staatlichen Geldern subventionieren (siehe bspw. «Gesunde Spitalpolitik» von Avenir Suisse), wird dabei ausgeblendet.
Globalbudgets bedeuten eine verdeckte Rationierung: Wenn das Budget aufgebraucht ist, werden Leistungen zeitlich hinausgeschoben (Wartezeiten) oder vorenthalten. Erfahrungen aus Deutschland und Frankreich belegen dies. Und dies führt schliesslich unweigerlich zu einer Zweiklassenmedizin.
- *M18: Differenzierter Kontrahierungszwang*
Die freie Arztwahl hat sich in der Schweiz bewährt und ist der Bevölkerung wichtig. Das Schweizer Stimmvolk hat sich bereits mehrmals gegen die Einschränkung der freien Arztwahl ausgesprochen. Eine solche Einschränkung führt zu einer Benachteiligung chronisch kranker Patienten, von denen mehrere ihren langjährigen Arzt wechseln müssten und Mühe hätten, einen neuen zu finden.

- *M38: Keine doppelte Freiwilligkeit beim elektronischen Patientendossier (EPD)*
Der Nutzen des EPD hängt davon ab, dass nur die für die Weiterbehandlung wirklich relevanten Patientendaten enthalten sind. Dies setzt voraus, dass das Führen eines EPD an keine Bedingungen geknüpft ist. Die doppelte Freiwilligkeit für Arzt und Patient ist entscheidend für die Qualität und Akzeptanz des EPD.

Weitere Vorschläge mit grossem Effizienzpotenzial

- *Administration reduzieren*
Allein um den ständigen Zuwachs an Patientendokumentation zu bewältigen, braucht es in der Schweiz jedes Jahr rund 100 zusätzliche Spitalärztinnen und -ärzte (Vollzeitpensen). Auch im ambulanten Bereich kann – infolge administrativer Belastung – nicht einmal mehr die Hälfte der Haus- und Kinderärzte mindestens 75 Prozent ihrer Arbeitszeit mit Patientenkontakten verbringen.
- *Einführung der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen*
Eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) fördert die Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich, was – gemäss einer Studie von PwC – ein jährliches Sparpotential von etwa einer Milliarde Franken birgt. Zusätzlich könnte mit EFAS auch das Potenzial der integrierten Versorgung mit – gemäss einer Studie der Helsana - einem jährlichen Spareffekt von bis zu zwei Milliarden Franken ausgeschöpft werden.
- *«Mehr Nutzen im KVG einbauen»*
Eine Erweiterung der reinen Kostenperspektive unseres KVG hin zu einer Gesamtkostensicht, die auch den Nutzen von Behandlungen abbildet, würde grosses Effizienzpotenzial erschliessen. Ähnlich wie beim UVG sollten nicht nur die vergleichsweise überschaubaren Heilkosten übernommen werden, sondern auch die Kosten für Arbeitsausfälle und Renten. Dann nämlich lohnten sich Investitionen in erfolgreiche Therapien nicht nur für die Patienten, sondern auch für die Kostenträger.

Da das Gesundheitssystem sehr komplex ist, können die Wirkungen und Nebenwirkungen von Systemeingriffen zum Voraus nur schwierig abgeschätzt werden. Deshalb sind Pilotversuche anzustreben, statt sogleich generelle Neuregelungen umzusetzen.