

im dialog

3/2021 – dialog.css.ch

Politik gefordert

Einzelleistungs- und Pauschaltarif müssen sich ergänzen.

Gratwanderung

Pauschalierungen bieten positive, aber auch negative Anreize.

Persönlich

Keine Lösung für die wirklich wichtigen Probleme.



Ambulante Fallpauschalen

Der Nutzen flächendeckender Pauschalen ist umstritten: nur Flickwerk oder die praktische Lösung akuter Probleme?

«Pauschalen sind nur punktuell sinnvoll.»

Damian Müller, FDP-Ständerat, auf Seite 21

«Aus Patientensicht bräuchte es wesentlich weitreichendere Veränderungen als nur ambulante Pauschalen.»

Susanne Gedamke, Geschäftsführerin der Patientenorganisation SPO, auf Seite 11

«Die optimale Vergütung medizinischer Leistungen kombiniert Pauschalen mit der Abgeltung tatsächlicher Behandlungskosten.»

Prof. Stefan Felder, Gesundheitsökonom, auf Seite 7

Kein Allheilmittel



Erich Ettlin,
Verwaltungsrat CSS

Auf den ersten Blick mag es eine bestechende Lösung sein: die Einführung ambulanter Pauschalen, wie sie im stationären Akutbereich bereits seit Jahren verbreitet sind. Während gewisse Kreise geradezu enthusiastisch auf entsprechende Vorschläge reagieren, sind sie für andere schlicht untauglich. Selbst innerhalb der Krankenversicherungsbranche gehen die Meinungen bezüglich ambulanter Pauschalen anstelle von Einzelleistungstarifen einigermaßen weit auseinander. Beste Voraussetzungen also für eine gegenseitige Blockade in dieser Thematik.

Fakt ist, dass Pauschalen andere Anreize setzen und andere Voraussetzungen brauchen, die es gegen den Einzelleistungstarif abzuwägen gilt. Leistungserbringer, Krankenversicherer und gemeinsam mit ihnen die Politik werden also nicht darum herumkommen, ohne ideologische Scheuklappen eine Auslegeordnung zu machen. Ich bin überzeugt, dass es auch im ambulanten Bereich Leistungen gibt, für die eine pauschale Vergütung möglich ist. Aber wir sollten uns hüten, das eine gegen das andere auszuspielen. Denn eines ist klar: Es braucht in Zukunft einen Einzelleistungstarif, wie er mit dem neuen TARDOC in den Startlöchern steht. Es ist zu hoffen, dass man auf Basis dieser Vorarbeiten doch noch einen neuen Einzelleistungstarif einführen kann. Denn es muss uns gelingen, eine gesunde Balance zwischen den beiden Vergütungssystemen zu finden.

In der neusten Ausgabe von «im dialog» machen wir deshalb eine Auslegeordnung zum Thema ambulante Pauschalen vs. Einzelleistungstarif. Sozusagen als Anschubhilfe für ein vernünftiges Miteinander der beiden Entschädigungssysteme.

In der neusten Ausgabe von «im dialog» machen wir deshalb eine Auslegeordnung zum Thema ambulante Pauschalen vs. Einzelleistungstarif. Sozusagen als Anschubhilfe für ein vernünftiges Miteinander der beiden Entschädigungssysteme.

twitter.com/CSSPolitik

Impressum

Erscheint 3x jährlich in deutscher und französischer Sprache.

Herausgeberin: CSS Versicherung, Tribtschenstrasse 21, CH-6002 Luzern; **E-Mail:** dialog@css.ch

Webseite: dialog.css.ch

Chefredaktion: Bettina Vogel, Lucia Schroth

Produktion und Grafik: tnt-graphics

Fotos: Tom Haller, Daniel Brühlmann, Herbert Zimmermann, Erwin Auf der Maur (Cover)

Illustrationen: tnt-graphics

Druck: Engelberger Druck AG, 6370 Stans

Diese Publikation wird vollständig aus Mitteln aus dem Zusatzversicherungsgeschäft (VVG) finanziert.



04 / Infografik

Wo ambulante Pauschalen funktionieren und wo nicht.

06 / Vom Bohren dicker Bretter

Die Reform stockt – nicht zuletzt wegen der Politik.

09 / Standpunkt

Pauschalen müssen mehr bringen als tiefere Kosten.



10 / Persönlich

Susanne Gedamke, Geschäftsführerin SPO

12 / Tarife mit Tücken

Pauschalen haben nicht nur positive Anreize.



14 / Diskurs

Michele Genoni, FMCH, und Pius Zängerle von curafutura diskutieren.

19 / Klare Vorteile

Die Augen Chirurgie setzt auf Pauschalen.

20 / Pro und Contra

Senken ambulante Pauschalen die Gesundheitskosten?

22 / Studie

Der weltweite Vergleich von Pauschalierungs-Effekten.

23 / Kolumne

Qualität ist wichtiger als der Tarif.

gedruckt in der
schweiz

Zu komplex?

Was es braucht, damit ambulante Pauschalen funktionieren, und wo die Probleme liegen: eine Übersicht.

Kriterien für eine sinnvolle Pauschale¹

- Grosses Mengengerüst wiederkehrender OKP-Leistungen.
- Leistungen haben eine breite Gültigkeit mit wenigen Ausnahmen.
- Leistungen sind eindeutig beschrieben.
- Die zusätzliche Abrechnung von Einzelleistungen ist in der Regel nicht erlaubt bzw. klar definiert.
- Die Pauschale nimmt auf die regionalen Versorgungsstrukturen Rücksicht.



- Fehlende Möglichkeit, die Leistung korrekt durch ein bestehendes Tarifsystem abzugelten.

- Der Preis der Pauschale liegt tiefer als die Summe aller Einzelleistungen.
- Transparente Kostendaten seitens der Leistungserbringer als evidente Berechnungsgrundlage.
- Rahmenbedingungen zur Sicherung der Qualität und für das Risk-Sharing.
- Gleiche Tarifierung für die gleiche Leistung, unabhängig vom Ort der Leistungserbringung.
- Keine Pauschalierung von Einzelleistungen.

Eingereichte Pauschalen

santésuisse und FMCH haben zur Genehmigung beim Bundesrat 75 Pauschalen aus sieben Fachbereichen eingereicht:²

- Handchirurgie
- Radiologie (MRI/CT)
- Kinderchirurgie
- Gefässmedizin
- Augenchirurgie
- Anästhesie
- Invasive Kardiologie*



*Koronare Diagnostik

Häufigste Eingriffe

Mit allen Krankenversicherungen der Schweiz bestehen Pauschalverträge für die am häufigsten durchgeführten ophthalmochirurgischen Eingriffe:³

- 1 KATARAKT-OPERATION
- 2 GLAUKOM-OPERATION
- 3 INTRA-VITREALE INJEKTION

Sinnvolle Pauschalen

Der Krankenversicherungsverband curafutura und Fachleute gehen davon aus, dass rund ein Fünftel des ambulanten Leistungsspektrums sinnvoll pauschaliert werden kann (siehe Beispiel Katarakt-OP).⁴

1/5



20% der ambulanten Leistungen erfüllen die Kriterien für eine sinnvolle Pauschale.

80% der ambulanten Leistungen erfüllen die Kriterien für eine sinnvolle Pauschale nicht.

Ambulante Pauschale für Katarakt-OP:

Die Situation ist klar, die Pauschale funktioniert: Die einzelnen Behandlungsschritte sind klar und im Voraus definiert. Es wird sehr selten zu Abweichungen kommen.



Ohne weitere Einflüsse: Eintritt, Operation und Entlassung



Positive Auswirkungen der Pauschalierung

Effizienzgewinne in den Abläufen, beim Materialeinkauf und bei der Administration aufseiten der Versicherungen und Leistungserbringer (mit Vorteil für Patientinnen und Patienten).

Ziele einer sinnvollen Pauschale: hohe Leistungsqualität, mehr Effizienz und tiefere Kosten.

Mehr Effizienz in der Administration und beim Einkauf, tiefere Kosten, bessere Qualität

Negative Auswirkungen der Pauschalierung

Fehlzanreize, wenn die Pauschale zu hoch oder zu tief angesetzt ist:

Falsch angesetzte Pauschalen werden den Behandlungsanforderung nicht gerecht.

Zu tief: Unterversorgung und Qualitätsproblem. Zu hoch: Überversorgung (Kostenwachstum statt -bremse).

Allgemeine Fehlzanreize bei einer Pauschale:

Risikoselektion aufseiten der Medizin, Diskriminierung von «komplexen» Patientinnen und Patienten.

Leistungen, die eigentlich Teil der Pauschale wären, werden abgegrenzt (vor- oder nachgelagert). So entsteht der Fehlreiz, Leistungen zuzüglich zur Pauschale zu verrechnen.

Fehlende Kostenwahrheit, Diskriminierung von «komplexen» Patientinnen und Patienten

PAUSCHALEN IN DER AMBULANTEN VERGÜTUNG

Vom Bohren dicker Bretter

Das KVG sieht eine verstärkte Pauschalierung der Leistungen vor. Trotz interessanter Ansätze stockt die Reform der Vergütungen – auch wegen der Politik.

Autor: **Stefan Felder**, Professor für Gesundheitsökonomie, Universität Basel

Die optimale Vergütung medizinischer Leistungen ist eine gemischte; darin ist sich die gesundheitsökonomische Wissenschaftsgemeinschaft weltweit einig. Sie mischt pauschale Elemente, bei der die Vergütung bereits vor der Behandlung feststeht, mit Abgeltungen, die den tatsächlichen Behandlungskosten folgen. Die fixe pauschale Vergütung hat den Vorteil, dass der Leistungserbringer selbst einen Anreiz hat, die Behandlungen kostensparend zu erbringen. Denn es bleibt ihm von der Vergütung dann am meisten übrig, wenn er seine Ressourcen schonend einsetzt. Kann er dagegen seine Leistungen einzeln abrechnen, wie das beim Einzelleistungstarif im ambulanten Bereich der Fall ist, geht der Anreiz in die umgekehrte Richtung: Wer viel macht, verdient viel. Ein zu grosser Ressourcenaufwand ist die Folge. Aus volkswirtschaftlicher Sicht liegt daher der Vorrang bei der pauschalen Vergütung. Sie überträgt die Kostenverantwortung den Leistungserbringern und setzt damit den Anreiz für effiziente Behandlungen richtig. Und so verlangt es auch das Gesetz im Art. 43, Abs. 4bis, KVG: Die obligatorisch versicherte Leistung ist in der notwendigen Qualität effizient und günstig zu erbringen.

Entscheidender Informationsvorsprung

Abweichungen vom Prinzip der vollständigen Kostenverantwortung aufseiten der Leistungserbringer lassen sich mit den Stichworten «risikoscheue Leistungserbringer», «Fallschwere», «Qualität der Behandlung» und «Patientenselektion» begründen. Diese Elemente kommen ins Spiel, weil die Leistungserbringer gegenüber dem Kostenträger einen Informationsvorsprung in verschiedener Hinsicht haben. Der Versicherer kann die Kosten des Leistungserbringers, dessen Fallmischung wie auch



«Die Versicherer haben es durchaus selbst in der Hand, Teile der ambulanten Vergütung zu pauschalieren.»

Stefan Felder



«Die obligatorisch versicherte Leistung ist in der notwendigen Qualität effizient und günstig zu erbringen.»

Art. 43, Abs. 4bis, KVG

dessen Behandlungsqualität nur eingeschränkt beobachten und daher nicht überwachen und sanktionieren. Würde ausschliesslich pauschal vergütet, fiel die Gesamtvergütung zu hoch aus, die Qualität der Behandlung stimmte nicht und es käme zu einer unerwünschten Selektion von Patientinnen und Patienten.

Die Fälle unterscheiden sich in ihrer Schwere und somit in den Behandlungskosten. Darüber hinaus können sich die Kosten von Fall zu Fall etwa wegen auftretenden Komplikationen auch zufällig unterscheiden. Ärztinnen und Ärzte sind grundsätzlich risikoscheu und möchten das Kostenrisiko dem Versicherer überlassen. Für diesen kommt es tatsächlich günstiger, wenn er die Behandlungskosten teilweise übernimmt, anstatt der Ärzteschaft im Rahmen einer rein pauschalen Vergütung eine hohe Risikoprämie zahlen zu müssen. Das Ergebnis ist eine gemischte Vergütung.

Die Praxis widerspricht der Rechtslage

Ähnlich ist es mit der Fallschwere auf Praxisebene. Kann der Kostenträger sie nicht richtig einschätzen, müsste er eine hohe pauschale Vergütung zahlen, um sicherzustellen, dass auch die schweren Fälle angemessen behandelt werden. Arztpraxen mit günstiger Fallschwere würden dabei eine Informationsrente einstreichen. Wiederum fährt der Kostenträger mit einer gemischten Vergütung besser. Eine teilweise Kostenübernahme durch den Kostenträger wirkt sich auch vorteilhaft auf die Qualität der Behandlung aus, falls weder diese noch der Erfolg der Behandlung nachweisbar sind. Der Kostenträger kann auch die Selektion der Patientinnen und Patienten durch die Ärzteschaft über eine gemischte Vergütung in seinem Sinne steuern, falls Ärztinnen und Ärzte einen Informationsvorsprung bezüglich der Behandlungskosten haben.

Das Gesetz sieht nach Art. 42, Abs. 2, KVG, Pauschaltarife bezogen auf einzelne und umfassende Behandlungen wie auch auf Versicherte vor. Und so sollte es auch in der Praxis sein. Allein in der >



Prof. Stefan Felder

ist Ordinarius für Gesundheitsökonomie und Inhaber der Stiftungsprofessur «Health Economics» an der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Basel sowie Mitglied im Expertenrat SwissMedical Board.

Schweiz dominiert im ambulanten Bereich die Einzelleistungsvergütung. Im Rahmen von Hausärztnetzverträgen werden allerdings Versichertenpauschalen vereinbart. Hierbei versichern sich die am Netz beteiligten Ärztinnen und Ärzte gegenseitig, indem sie nach Einzelleistung abrechnen, die Gruppe aber gemeinsam gegenüber dem Versicherer für Kostenüberschreitungen haftet. Im besten Fall schliesst die Pauschale auch die veranlassten Leistungen, insbesondere die Kosten von Behandlungen durch Spezialpraxen und Spitäler, mit ein. Die Haftung des Ärztenetzes kann durch Kostenteilung mit dem Versicherer abgemildert und die Pauschale nach Eigenschaften der Versicherten differenziert werden. Hierbei ist interessant, dass Elemente des Risikoausgleichs zwischen den Versicherern bei der Vergütung der Leistungserbringer übernommen werden.

Die Schweiz hinkt hinterher

In Deutschland machen im hausärztlichen Bereich Versichertenpauschalen über die Hälfte der Gesamtvergütung aus. Die Schweiz hinkt hier weit hinterher, was überrascht, weil zwei Drittel der Bevölkerung einen Managed-Care-Vertrag haben. Dieser versetzt die Versicherer rechtlich in die Lage, unabhängig von landesweiten Manteltarifen eigene Vergütungsverträge umzusetzen. Die Versicherer haben es also durchaus selbst in der Hand, Teile der ambulanten Vergütung zu pauschalisieren.

Im fachärztlichen Bereich kommen Versicherten- wie auch Patientenpauschalen wenig Bedeutung zu, da die Diagnostik und Behandlung spezifischer Erkrankungen im Vordergrund stehen. Eine Pauschalierung der Vergütung kann sich dort nach der Logik der Fallpauschalen im stationären Bereich richten. Standardisierte Behandlungen, die das gleiche Bündel von ärztlichen und technischen

Leistungen bedingen, werden pauschal vergütet. Das entspricht dem Vorschlag von santésuisse und dem Dachverband der chirurgisch und invasiv tätigen Fachgesellschaften (FMCH). Die Bepreisung von Behandlungspauschalen bedingt eine Erfassung der Kosten, wie es im stationären Bereich über die Netzwerkhospitäler geschieht. Eine solche Infrastruktur müsste noch aufgebaut werden. Die Reichweite von Behandlungspauschalen ist allerdings beschränkt. Sie dürfte im Ausbau weniger als zehn Prozent der gesamten ambulanten und spitalambulanten Vergütung ausmachen.

Bund lehnt TARDOC ohne eigene Alternative ab

Der gültige Einzelleistungstarif TARMED ist nicht nur veraltet – darin sind sich alle Beteiligten einig –, sondern erfüllt die Bedingungen einer optimalen ambulanten Vergütung in keiner Weise. Schlechter ist nur noch die Kostenerstattung, die teilweise noch in der Pflege und im akut-stationären Bereich bei der Kantonsbeteiligung angewendet wird. Der neu von curafutura und FMH vorgeschlagene TARDOC würde die Positionen der Einzelleistungen deutlich reduzieren und die Parameter der Vergütung den veränderten medizinischen Produktionsbedingungen anpassen. Die Befürworter versprochen, ihn künftig mit Pauschalen zu ergänzen, wie es das Gesetz vorsieht. Der Bundesrat glaubte ihnen nicht und lehnte den TARDOC ab, ohne selbst eine überzeugende Alternative anzubieten. Politik ist wie die Wissenschaft das Bohren dicker Bretter. Es muss vorwärtsgehen. ●

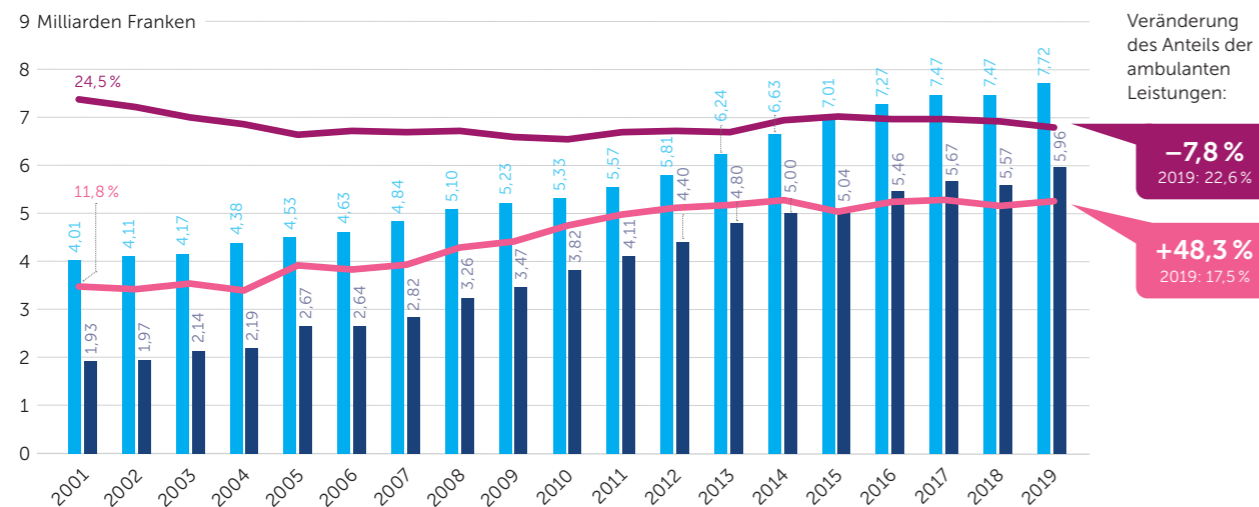
dialog.css.ch/dossiers

Weitere Beiträge zu gesundheitspolitischen Themen finden Sie auf unserer Webseite.

OKP: Die Entwicklung der ambulanten Leistungen seit 2001

In Milliarden Franken: ■ Arzt ambulant ■ Spital ambulant In Prozent: ■ Anteil Arzt ambulant ■ Anteil Spital ambulant

Quelle: SASIS AG, Berechnungen durch Dr. Stefan Felder, Daten aus der Schweiz



STANDPUNKT

Sinnvolle Pauschalierung?

Die Politik erhofft sich von ambulanten Pauschalen vor allem Kosteneinsparungen. Aus Sicht der CSS müssen Pauschalen neben tieferen Kosten auch hohe Leistungsqualität und mehr Effizienz bringen. Eine Pauschalierung ist darum nicht immer sinnvoll und möglich.

Autorin: **Marianne Wiedemeier**, Leiterin Tarifverträge Ambulant, Pflege sowie Alternativmedizin bei der CSS Versicherung; Foto: **Herbert Zimmermann**



Traditionell stationäre Eingriffe werden immer häufiger ambulant ausgeführt. Dadurch drängt sich allerdings nicht automatisch eine Pauschalierung dieser Leistungen auf: Ambulante Pauschalen sind kein Allheilmittel für Ineffizienz und steigende Kosten, nur ein Tarif. Fehlen evidente Berechnungsgrundlagen seitens der Leistungserbringer, lassen sich keine sachgerechten Pauschalen verhandeln. Um deren sinnvolle Implementierung voranzutreiben, fordert die CSS nicht nur Kostendaten, sondern auch Rahmenbedingungen zur Sicherung der Qualität und des Risk-Sharings. Denn eine Pauschale ist für eine einzelne erbrachte Leistung immer falsch, erst aus der Summe aller Pauschalfälle folgt die anvisierte Vergütungsgerechtigkeit. Zur Berechnung braucht es entweder Kostendaten seitens der Leistungserbringer oder dann sachgerechte Einzelleistungstarife.

Die transparente Offenlegung der entstehenden Kosten und/oder die rasche Einführung des TARDOC sind damit wichtige Voraussetzungen für die Weiterentwicklung von Pauschalen.

«Die Verhandlung einer Pauschale versus der Einzelleistungsberechnung bleibt eine Gratwanderung.»

Marianne Wiedemeier

Für die CSS hat es sich bewährt, ambulante Pauschalen bilateral zu verhandeln. Motivation für beide Seiten sind das Teilen von Effizienzgewinnen in den Abläufen, beim Materialeinkauf und bei der Administration. Wo aus unserer Sicht notwendig, können zusätzliche explizite Qualitätsforderungen festgehalten werden, wie z.B. die zu ver-

wendende Linsenqualität in der Ophthalmologie. Weitere ambulante Pauschalen verhandelt die CSS unter anderem in den Bereichen Mammographie, Colon-Screening oder psychiatrische Tagespauschalen. Grössere Probleme sehen wir insbesondere auch bei den «gemischten Pauschalen», die mit Homecare-Providern bei der künstlichen Ernährung oder Heimdialyse verhandelt werden. Die grösste Herausforderung ist die fehlende Transparenz der darin enthaltenen Leistungen und deren Aufteilung in Pflicht- und Nichtpflichtleistungen.

Letztlich bleibt die Entscheidung «Verhandlung einer Pauschale» versus «Einzelleistungsberechnung» für die CSS auch künftig eine Gratwanderung zwischen vereinfachten, effizienten Prozessen versus direkter Kosteneinsparung. ●

Folgen Sie uns auf Twitter: twitter.com/CSSPolitik

Susanne Gedamke

ist Kommunikationswissenschaftlerin und Geschäftsführerin bei der Patientenorganisation SPO. Davor leitete sie Forschungsprojekte an diversen Hochschulen und unterstützte Akteure im Gesundheitswesen in der Strategieentwicklung. Nebenberuflich ist sie bei einem Zürcher Health-Startup tätig.

PERSÖNLICH

Standard gibt es nicht

Patientinnen und Patienten sind nicht standardisierbar. Aus Patientensicht bräuchte es somit wesentlich weitreichendere Veränderungen als ambulante Pauschalen.

Autorin: **Susanne Gedamke**; Foto: **Tom Haller**

Nach einer jahrelangen vergeblichen Diagnosefindung wird bei Frau B. eine entzündlich-rheumatische Erkrankung diagnostiziert. Die Therapie gestaltet sich als schwierig, da sie zusätzlich an Diabetes und diversen Allergien und Unverträglichkeiten leidet. Immer wieder stossen die behandelnden Fachpersonen an ihre Grenzen. Frau B.s Behandlung und Betreuung werden von Jahr zu Jahr unkoordinierter und fragmentierter. Ihre Lebensqualität sinkt, während ihre Unsicherheit über die getroffenen Massnahmen steigt. Herr L. wird nach einem Herzinfarkt in einem Spital medikamentös behandelt. Nach einer kurzen Rehabilitation kann er seinen Alltag normal fortsetzen. Die Nachsorge mit seinem Kardiologen funktioniert gut, seine Lebensqualität ist nicht eingeschränkt.

Die beiden Beispiele zeigen vereinfacht: Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten sind differenziert zu betrachten. Je nach Behandlungs- und Betreuungssituation können Leistungen sehr gut oder überhaupt nicht pauschaliert werden. Dies akzentuiert sich bereits im Unterschied zwischen Patientinnen und Patienten mit akuten und chronischen Erkrankungen.

Das Schweizer Gesundheitssystem ist vor allem ein Akutversorgungssystem. Bei akuten gesundheitlichen Problemen, wie jenem von Herrn L., ist es meistens ausreichend, in einer bestimmten Fachdisziplin behandelt und betreut zu werden. Schwierig wird es allerdings, wenn mehrere Fachdisziplinen am Behandlungs- und Betreuungsprozess beteiligt sind. Äusserst komplex werden interdisziplinäre Therapie und Betreuung, wenn es sich um chronisch kranke und multimorbide Patientinnen und Patienten wie Frau B. handelt. In der Schweiz ist fast jede dritte Person ab 15 Jahren von einer chronischen Krankheit betroffen, das sind insgesamt rund 2,2 Millionen Menschen. Fast jede fünfte Person über 50 hat sogar mehr als nur eine Erkrankung.¹ Es sind diese Patientengruppen, die mehr als alle anderen darauf angewiesen sind, dass die Koordination und Kommunikation zwischen den Disziplinen reibungslos funktionieren. Umgekehrt ist hier der Schaden in Bezug auf die Behandlungsqualität besonders gross, wenn ebendiese Koordination und Kommunikation nicht funktionieren.

Qualität muss den Preis bestimmen

Wird eine medizinische Leistung erbracht – egal ob durch eine Ärztin, eine Pflegefachperson, den Apotheker oder die Physiotherapeutin –, muss das vergütet werden, was für die Behandelten im Zentrum steht, nämlich die Qualität der Leistung. Die Diskussion über Vergütungssysteme zeigt auf ein-

«Aus Patientensicht bräuchte es wesentlich weitreichendere Veränderungen als ambulante Pauschalen.»

Susanne Gedamke

drückliche Weise, was passiert, wenn Massnahmen im Gesundheitswesen primär auf Kostendämpfung abzielen: Es werden kleinschrittige Lösungen innerhalb der bestehenden Tarifsysteme gesucht, ohne eine grundsätzliche Neuausrichtung in Betracht zu ziehen, die den Qualitätsaspekt anstatt den Kostenaspekt an erste Stelle stellt. Anders formuliert: Ambulante Pauschalen wären vor allem bei jenen Patientinnen und Patienten anwendbar, welche einem bereits vordefinierten Pfad folgen, wie dies bei Akutproblemen häufig der Fall ist. Sobald komplexe, unsichere Diagnosen oder gar Mehrfacherkrankungen vorliegen, stösst diese Form der Standardisierung an ihre Grenzen.

Fokus auf den gesamten Prozess

Aus Patientensicht bräuchte es somit wesentlich weitreichendere Veränderungen als ambulante Pauschalen, die es oftmals verpassen, den Leistungsbereich klar und umfassend zu definieren. Wirklich dienen würde es, wenn der gesamte Behandlungs- und Betreuungsprozess als Leistung betrachtet werden würde. Die Qualität der Behandlung und Betreuung wäre damit der zentrale Anreiz für Leistungserbringer, die Versorgung an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten zu orientieren. Dies hätte den wichtigen Nebeneffekt, dass die Behandelten mehr in den Prozess miteinbezogen würden. Insbesondere bei chronisch und multimorbid Erkrankten ist dieser Einbezug eine nicht zu unterschätzende Ressource für den Behandlungserfolg – und noch dazu ein wichtiger Aspekt in der Beziehung zwischen Patientin, Patient und Fachperson. Auch der Kostenaspekt würde hier nicht zu kurz kommen: Wäre die Qualität erster Ansatzpunkt des gesamten Behandlungs- und Betreuungsprozesses, würde sich das auch positiv auf die Kosten auswirken, was der Patientenschaft letzten Endes als Prämienszahlende nützt. ●

dialog.css.ch/persoendlich

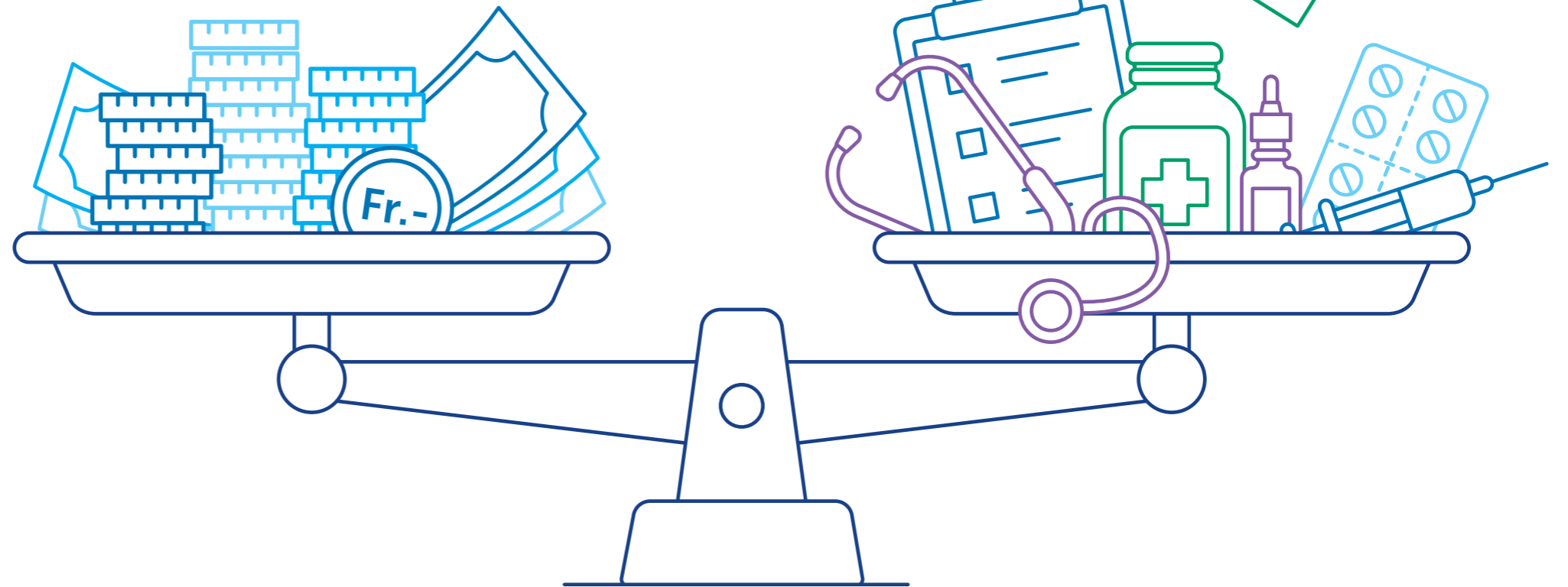
Weitere Artikel aus der Rubrik «Persönlich» finden Sie auf unserer Webseite.

¹ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan): Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen, Nationaler Gesundheitsbericht 2015.

Ambulante Vergütung neu gedacht

Tarife definieren den Rahmen für ärztliche Leistungen und Preise. Eine möglichst faire Finanzierung bleibt dabei nur ein Versuch und führt zu positiven sowie negativen finanziellen Anreizen.

Autor: Simon Hölzer



PD Dr. med. Simon Hölzer ist Dipl. Gesundheitsökonom und Facharzt für Allgemeinmedizin sowie CEO der Swiss-DRG AG und Präsident der SGfM.

Mit der Bündelung von Leistungen zu einheitlich vergüteten Leistungspaketen stehen, im Gegensatz zur Einzelleistungsvergütung à la TARMED, alternative Tarifformen zur Verfügung. Der entscheidende Vorteil liegt in der damit geschaffenen Freiheit für behandelnde Ärztinnen und Ärzte. Im Rahmen des Leistungsumfangs der Pauschale werden die Patientinnen und Patienten individuell betreut. Die Ärzteschaft bewegt sich finanziell innerhalb der Vorgaben eines «Mini-Globalbudgets». Dieses beinhaltet zwar keine definierte Ausgaben- bzw. Kostenlimite, jedoch einen starken impliziten Sparanreiz. Aufgrund der fixen Vergütung sind medizinische Fachpersonen angehalten, keine unnötigen Leistungen zu veranlassen. Ärztinnen und Ärzte können bewusst die Details der Betreuung und Behandlung individuell anpassen, wohlwissend, dass manche Patientinnen und Patienten einen höheren, andere wiederum innerhalb der gleichen Pauschale einen niedrigeren Aufwand generieren.

Aspekte der Entwicklung von Pauschalen

Preis und Leistung müssen in einem vernünftigen, möglichst realistischen Verhältnis stehen. Dies gilt auch für den Wert definierter Leistungspakete un-

tereinander. Aus Sicht der Tarifentwicklung sind deshalb Pauschalen so zu definieren, dass sie einem abgrenzbaren und reproduzierbaren Produkt entsprechen. Für die Abgrenzung sollten aktuelle Kostendaten aus dem jeweiligen Anbietermarkt (z.B. der ambulant tätigen Ärzteschaft bzw. medizinischen Einrichtungen) vorhanden sein. Im Gegensatz zum stationären Bereich kann heute noch nicht auf national anerkannte, einheitliche und allenfalls verpflichtende Instrumente der Leistungs- und Kostenerfassung (Kostenträgerrechnung und medizinische Statistiken) zurückgegriffen werden.

Voraussetzungen für einen sinnvollen Einsatz

Es wird sich zeigen, wie sich die Leistungserbringer auf diese Form der Abgeltung einstellen. Es besteht das Risiko, dass die Anwendung von Einzelleistungstarifen oder deren Verwendung als Berechnungsbasis von Pauschalen mit normativen Kostenmodellen falsche Preisstrukturen zementiert und weiterhin einseitige Anreize zur Mengenausweitung fördert. Pauschalen als alternative Vergütungsform können dazu ein Gegengewicht bilden, wenn es gelingt, das Zusammenspiel mit den weiteren Tarifen über klare Abrechnungsregeln

«Mit einer Pauschale wird den Leistungserbringern grundsätzlich mehr Budgetverantwortung übertragen.»

Simon Hölzer

und die sogenannte Falldefinition zu regeln. Mit der Falldefinition wird eindeutig festgelegt, welcher Tarif für welche Leistung bei welchen Patientinnen und Patienten angewendet wird.

Mit einer Pauschale wird den Leistungserbringern grundsätzlich mehr Budgetverantwortung übertragen, im Vertrauen, dass diese Geldmenge vernünftig eingesetzt wird. Im Idealfall sind sich Leistungserbringer bewusst, welche Kosten durch ihr Handeln ausgelöst werden. Dies gilt auch für allfällige Folgekosten, die z.B. durch angeordnete Massnahmen (stationäre Einweisung oder Facharztkonsultationen) entstehen. Voraussetzung für

Pauschalen ist jedoch ein Mindestumfang an ärztlichen Qualifikationen, an Infrastrukturen und Leistungen in Kombination mit der Vorgabe von Behandlungszielen respektive des Patienten-Outcomes.

Weitere Knackpunkte

Nicht alle Leistungen lassen sich an einen konkreten, abrechenbaren Behandlungsfall knüpfen. Die Finanzierung von Reservekapazitäten oder Bereitschaftstätigkeit (Personal und Infrastruktur) ist in unserem System explizit vorgesehen.

Dies ist im ambulanten Bereich umso gravierender, da ähnlich definierte Leistungen in strukturell unterschiedlichen Einrichtungen erbracht werden und unterschiedliche Kostenstrukturen und «Qualitäten» aufweisen. So können gewisse Konsultationen telemedizinisch, beim Hausarzt in der Praxis oder in einem spezialisierten Ambulatorium eines Unispitals stattfinden. ●

dialog.css.ch/pauschalen

Mehr Artikel zum Thema Pauschalen finden Sie auf unserer Webseite.



DISKURS

«Ambulante Pauschalen haben ein grosses Potenzial»

Im Grundsatz sind sich Michele Genoni, Präsident von FMCH, und Pius Zängerle, Direktor von curafutura, einig: Pauschalen haben ihre Berechtigung. In den Details gehen die Ansichten der beiden jedoch weit auseinander.

Gesprächsleitung: Patrick Rohr

Von links:
Michele Genoni,
Patrick Rohr und
Pius Zängerle.

Patrick Rohr: Herr Zängerle, Sie sind ein verhaltener Befürworter von ambulanten Pauschalen, um nicht zu sagen: ein Gegner. Warum?

Pius Zängerle: Ich bin kein Gegner von ambulanten Pauschalen. Pauschalen sind eine gute Vergütungsform in vielen Bereichen, nicht nur in der Medizin. Die Frage ist nur, wo man sie anwendet, sonst führen sie zu Fehlanreizen.

Wo wären sie Ihrer Meinung nach im ambulanten Bereich richtig eingesetzt?

Pius Zängerle: Überall dort, wo man Eingriffe standardisieren und die Leistung auch klar von der Vor- und der Nachleistung abgrenzen kann.

Können Sie ein, zwei Beispiele nennen?

Pius Zängerle: Alle geplanten Interventionen, die eine gewisse, klar begrenzbare Zeit dauern. Augenoperationen, zum Beispiel.

Viele sind das Ihrer Meinung nach aber nicht. Ihr Verband curafutura spricht von 20 Prozent?

Pius Zängerle: Das sind Annahmen basierend auf Erfahrung. Aber ja, wir sind der Meinung, dass es sich im tiefen Bereich bewegen wird. Es gibt viele Leistungen, die nicht den Kriterien entsprechen, die ich erwähnt habe.

Herr Genoni, sind Sie gleicher Meinung?

Michele Genoni: Es kommt auf die Definition an. Ich glaube auch, dass Pauschalen dann sinnvoll sind, wenn es gut definierbare und auf eine bestimmte Zeit beschränkte Interventionen sind, die man standardisieren kann. Was die Zahlen betrifft, kommt es darauf an, was man anschaut. In den Fachgesellschaften, die ich vertrete, den invasiven, chirurgischen, gehen wir von einem sehr grossen Potenzial aus. Wir denken, dass man die Pauschalen beinahe flächendeckend anwenden kann.

santésuisse, die mit FMCH zu den überzeugten Befürworterinnen von Pauschalen im ambulanten Bereich gehört, spricht von bis zu 80 Prozent.

Michele Genoni: Ich habe 70 Prozent gelesen, aber ja, im spitalambulanten Bereich scheint uns das realistisch. Für mich ist wichtig, dass wir nicht nur ein einziges System haben. Pauschalen sind klar komplementär zum Einzelleistungstarif.

20 Prozent der Leistungen, die man pauschalieren kann, oder 70 Prozent – das ist ein ziemlicher Unterschied. Wie erklären Sie den?

Michele Genoni: Es kommt auf die Definition an. Wenn man sämtliche möglichen ambulanten >

Pius Zängerle

dipl. Math. ETH, lic. oec. HSG, ist Direktor des Krankenversicherer-Verbandes curafutura, dem auch die CSS angehört. Zuvor war er Präsident des KKL Luzern und Kantonsrat für die Luzerner CVP. Bis 2019 war er zudem Präsident des Gemeindeverbands LuzernPlus.

Eingriffe rechnet, kommt man auf eine andere Zahl, als wenn man sich auf die Aktivitäten der Fachgesellschaften beschränkt, die ich vertrete.

Gemäss des vom Bundesrat in Auftrag gegebene Expertenberichts würden ambulante Pauschalen zu einer Kosteneinsparung führen. Sehen Sie das auch so, Herr Zängerle?

Pius Zängerle: Ich sehe den Vorteil tatsächlich in der Vereinfachung der Administration. Die Ärztin oder der Arzt kann eine einfache Rechnungsstellung machen, ohne verschiedene Leistungen erfassen zu müssen. Ich denke allerdings nicht, dass ambulante Pauschalen deshalb zu grossen Kosteneinsparungen führen. Die Leistungen an und für sich werden ja nicht günstiger. Ich denke auch nicht, dass FMCH deshalb angefangen hat, Pauschalen zu entwickeln.

Herr Genoni, Sie werden die Pauschalen ja nicht so berechnen, dass Sie zu kurz kommen?

Michele Genoni: Wir gehen in unseren Berechnungen vom Medianwert aus, nicht vom Durchschnittswert. Das heisst, der Ausreisser nach oben wird bluten und der Ausreisser nach unten wird künftig besser entgolten. Die Erfahrung mit Medianwerten zeigt, dass es immer eine Kostenersparnis gibt.

Eine spürbare?

Michele Genoni: Da Ärztinnen und Ärzte künftig nicht mehr verrechnen können, als in der Pauschale inbegriffen ist, wird auch eine gewisse Mengenausweitung nach innen gebremst. Dieser Effekt hilft bei der Kostendämpfung. Ambulante Pauschalen sind ein Puzzleteil. Wie viel dieses zur Kostendämpfung beiträgt, kann ich noch nicht sagen.

Herr Zängerle, Sie haben zu Beginn gesagt, Pauschalen könnten auch zu Fehlanreizen führen. Zu welchen?

Pius Zängerle: Nehmen wir an, dass ein Leistungserbringer einen Eingriff nicht oft macht und dann vielleicht auch noch die schwierigeren Fälle hat: Der wird wenig Interesse haben, diesen Eingriff

weiterhin zu machen. Mit nicht geeigneten Pauschalen induzieren wir möglicherweise eine Risikoselektion aufseiten der Medizin.

Sie denken tatsächlich, dass es Ärztinnen und Ärzte geben könnte, die sagen: Dieser Fall ist mir zu kompliziert, den nehme ich nicht an, denn da komm ich mit der Pauschale nicht raus?

Pius Zängerle: Natürlich würde jede ärztliche Fachperson von sich weisen, dass sie so denkt, aber es gibt in der sozioökonomischen Wissenschaft genügend Beispiele, die zeigen, dass schlecht Tarifiertes eher nicht gemacht wird und dass Übertarifertes im Gegenzug sehr attraktiv ist.

Aber jede Ärztin, jeder Arzt hat doch einen Eid abgelegt, der sie oder ihn verpflichtet, in jeder Situation zu helfen?

Pius Zängerle: Der Arzt oder die Ärztin kann auch einfach das Angebot anpassen oder Patientinnen und Patienten entsprechend auswählen, das sind bekannte Effekte. Ich sage nicht, dass es ein flächendeckendes Problem ist, aber es ist ein potenzielles Risiko.

Herr Genoni, weisen Ärzte gewisse Risiken ab, weil sie zu wenig lukrativ sind?

Michele Genoni: Es gibt in jedem Bereich schwarze Schafe, auch bei uns.

Also könnte es durch die ambulanten Pauschalen tatsächlich zu einer Risikoselektion kommen?

Michele Genoni: Die grosse Mehrheit unserer Kolleginnen und Kollegen macht einen sehr guten Job, auch ethisch. Diese vertrete ich. Wir haben ja auch im stationären Bereich mit den SwissDRG keine Unterversorgung. Wir haben eine gute und flächendeckende Grundversorgung in der Schweiz.

Auch bei komplexen Fällen und grossen Risiken?

Michele Genoni: Man kann ja nicht alles ambulant machen. Verschiedene Faktoren verunmöglichen das. Eine Schrittmacherimplantation kann ambulant durchgeführt werden, aber es braucht eine Nachkontrolle. Was tun Sie im Winter, wenn es um 16 Uhr dunkel wird und Sie haben eine 85-jährige Patientin, die nicht mehr gut zu Fuss und vielleicht auch geistig etwas verlangsamt ist, sodass sie ihr Zuhause nicht mehr findet? Die Frau muss zur Nachbetreuung über Nacht bleiben können. Das heisst, vieles muss man stationär machen. Wichtig ist jedoch, dass es keinen Unterschied zwischen ambulanter und stationärer Vergütung gibt.

Pius Zängerle: Meine Mutter ist 90-jährig, sie hatte dieses Jahr eine ambulante Staroperation, sie musste also nicht über Nacht bleiben. Aber sie hat natürlich einen anderen Durchlauf gehabt als jemand, der vielleicht schon mit 50 genau den gleichen Eingriff braucht.

Sie meinen: komplexer?

Pius Zängerle: Ja, bei einer alten Frau ist es schwieriger, denn sie hat Komorbiditäten. Da muss man gewisse Bedingungen anders abbilden.

Michele Genoni: In der Medizin sind Standards wichtig. Und diese Standards kann man in der Regel in 18 von 20 Fällen anwenden. Natürlich gibt es immer Ausnahmen, aber die grosse Mehrheit der Fälle wird mit den Standards gut abgebildet.

Pius Zängerle: Es kommt ein weiteres Problem dazu: Wenn Pauschalen obligatorisch werden, steigt der Komplexitätsgrad, da so auch für Pauschalen ungeeignete Leistungsbereiche tarifiert werden müssen. Man kann dann nicht mehr sagen: Das ist jetzt eine Ausnahme und das machen wir anders. Da kommen wir in eine Entwicklungslage, die ihre Zeit braucht.

Michele Genoni: Schauen wir doch das deutsche DRG-System an: In Deutschland haben alle Spitäler die gleiche Base-Rate, im Unterschied zur Schweiz, wo jedes Spital eine andere Base-Rate hat. Dafür gibt es in Deutschland ein Zusatzentgelt. Wenn ich also beispielsweise eine sehr risikoreiche Patientin oder einen Patienten habe, die oder den ich nicht ambulant behandeln kann, behandle ich stationär und erhalte dafür ein Zusatzentgelt.

Pius Zängerle: Ja, aber das wird dann eben sehr komplex. >

Prof. Dr. med.

Michele Genoni

ist seit 2020 Präsident von FMCH, dem Zusammenschluss chirurgischer und invasiv tätiger Fachgesellschaften und Fachgruppierungen. Seit 2019 ist er Ärztlicher Direktor der Rehaklinik Seewis GR. Zuvor war er Chefarzt der Klinik für Herzchirurgie am Zürcher Stadtspital Triemli und Klinikdirektor der Klinik für Herz- und Gefässchirurgie am Universitätsspital Zürich.

«Ich denke allerdings nicht, dass ambulante Pauschalen zu grossen Kosteneinsparungen führen.»

Pius Zängerle





Patrick Rohr ist Journalist und Fotograf. Er ist Inhaber einer Kommunikations- und Medienproduktionsagentur in Zürich. Bis 2007 war er Redaktor und Moderator beim Schweizer Fernsehen (u.a. Schweiz aktuell, Arena, Quer).

Michele Genoni: Es geht ja nur darum, auch die Ausnahmen zu regeln.

Pius Zängler: Ja, natürlich. Bei den SwissDRG kennen wir diese Zusatzabgeltungen auch, es sind mehrere Hundert ...

Wenn es bei SwissDRG gelungen ist, müsste es ja auch im ambulanten Bereich zu bewältigen sein?

Pius Zängler: Keine Frage, es ist machbar. Noch einmal: Es geht mir nicht darum, zu sagen, dass Pauschalen schlecht sind. Ich sage einfach: Es gibt besondere Herausforderungen bei diesen Pauschalen. Und eine davon sind die Ausnahmen im Obligatorium.

Herr Genoni hat ja soeben eine Lösung vorgeschlagen.

Pius Zängler: Die macht das System eben auch sehr komplex. Und sie führt weg vom Versprechen, dass Pauschalen das Leben vereinfachen und Probleme auf eine schnelle und unkomplizierte Art lösen.

Michele Genoni: Wir sollten uns ja jetzt nicht bloss über die Ausnahmen unterhalten ...

Pius Zängler: Doch, in einem obligatorischen System muss man die Ausnahmen beachten.

Herr Zängler, wenn wir schon über Komplexität reden: Der Weg von TARMED zum neuen Einzeltarifierungssystem TARDOC war ja auch nicht gerade ein einfacher ...

Pius Zängler: Sie bringen Ergebnis und Weg durcheinander. Ich sehe, dass auch bei den Pauschalen ein rechter Weg vor uns liegt, bis wir aus einem freiwilligen, einem lernenden System ein obligatorisches machen können. Die Krankenpflegeversicherung war etwa 100 Jahre freiwillig, erst 1996 kam das Obligatorium. Seither musste man sehr viele Ausnahmen und Ausnahmen von den Ausnahmen regeln, um das Obligatorium umsetzen zu können. Alle Systeme haben eine gewisse Komplexität.

Die SwissDRG, 2012 eingeführt, funktionieren entgegen allen Befürchtungen bestens.

Pius Zängler: Mit den SwissDRG konnte man so schnell starten, weil man das System eines anderen Landes helvetisiert hat. Danach hat man Jahr für Jahr nachgebessert.

Michele Genoni: Es ist ein lernendes System. Die ambulanten Pauschalen werden sich auch weiterentwickeln, sie haben gerade in unseren Fachgebieten ein grosses Potenzial.

Herr Genoni, haben Sie das Gefühl, dass sich die Qualität durch die Pauschalen verbessert?

Michele Genoni: Wir haben an die Pauschalen ganz bewusst auch Qualitätskennzahlen geknüpft. Ich denke, dass eine steigende Qualität auch einen kostendämpfenden Effekt hat.

Ein gutes Argument für die Pauschalen, Herr Zängler?

Pius Zängler: Die Qualität muss so oder so verbessert werden, wir haben ja auch entsprechende Vorgaben vom Gesetzgeber. Qualität ist nicht gebunden an ein Tarifierungssystem, aber man kann beides miteinander verknüpfen, da sehe ich durchaus eine Chance. Für mich bleibt eine andere grosse Frage, die noch nicht beantwortet ist: Wie kommen wir vom Freiwilligen ins Obligatorische?

Herr Genoni, haben Sie eine Antwort?

Michele Genoni: Wir haben beim Bundesrat jetzt einmal 75 Pauschalen zur Genehmigung eingereicht. Sobald sie bewilligt sind, wird es einen Moment dauern, bis alles berechnet ist. Ferner hat das Parlament im Juni entschieden, dass ambulante Pauschalen, wenn bewilligt, verpflichtend sind. Im laufenden Kostensenkungspaket I wird der Weg also vorgespurt. ●

dialog.css.ch/diskurs

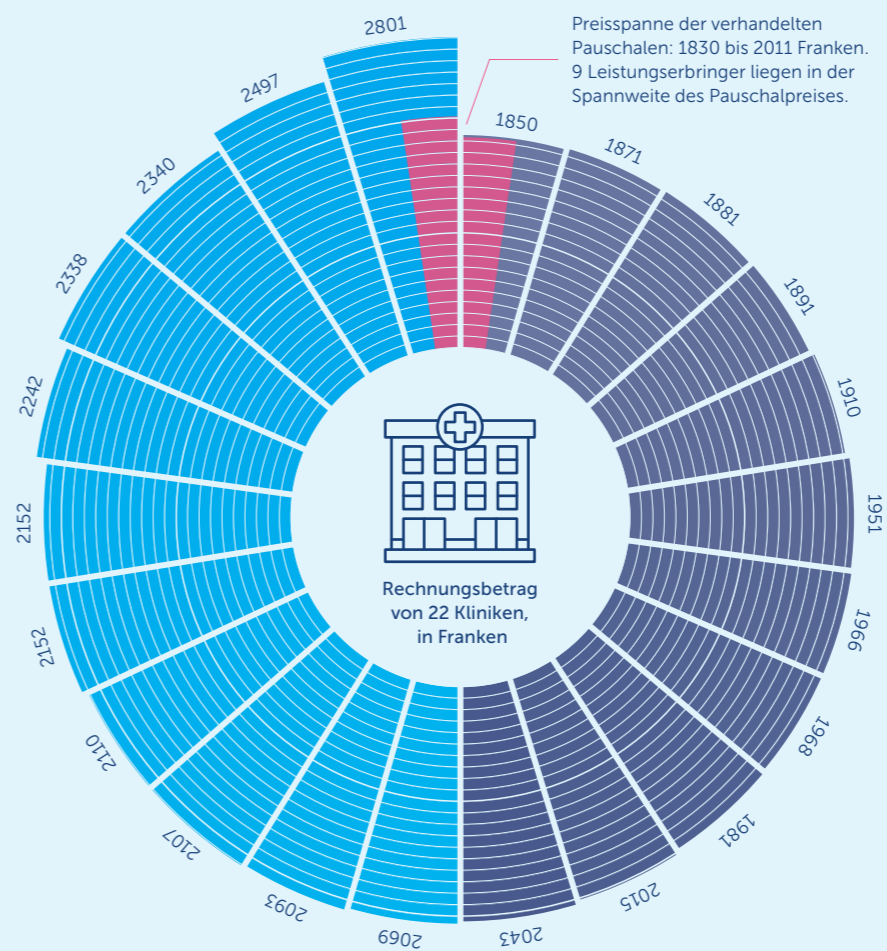
Weitere Gespräche aus der Rubrik «Diskurs» finden Sie auf unserer Webseite.

BEISPIEL AUGENCHIRURGIE

Die Vorteile von Pauschalen

Die Augenchirurgie ist für die Abrechnung über Pauschalen besonders geeignet. Es rechnen denn auch über 90 Prozent der Augenärztinnen und -ärzte die häufigsten Eingriffe über Pauschalen ab.

Autor: **Dr. med. Kristof Vandekerckhove**, Präsident Tarifkommission und Vorstandsmitglied der Schweizerischen Ophthalmologischen Gesellschaft (SOG)



Spannweite TARMED-Rechnungen und verhandelte Pauschalpreise

Preisumfang unkomplizierter Katarakt-Operationen in der Schweiz für TARMED-Rechnungen (anonymisierte Datenverarbeitung von 22 repräsentativen Kliniken im Jahr 2018) und für verhandelte Pauschalen (Referenzjahre 2018–2021).

- 11 Kliniken über dem Median von 2056 Franken
- 11 Kliniken unter dem Median von 2056 Franken
- Variabilität der Pauschalpreise für Katarakt-Operationen (2018–2021): Die Pauschalen decken die Kosten der häufigsten OP-Komplikationen ab und unterscheiden sich inhaltlich leicht.

Quelle: SOG, Berechnungen durch Dr. med. Kristof Vandekerckhove

Die Schweizerische Ophthalmologische Gesellschaft (SOG) hat bilateral mit den Einkaufsgemeinschaften Pauschalen für Katarakt- und Glaukom-Operationen sowie intravitreale Injektionen ausgehandelt. Diese Operationen machen 90 bis 95 Prozent aller ophthalmologischen Behandlungen aus.

Weniger administrativer Aufwand

Pauschaltarife sind für Augenärztinnen und Augenärzte sowie für den Versicherer eine administrative Erleichterung. Statt einer Rechnung mit 30 TARMED-Positionen wird ein Einzeiler erstellt. Das permanente Notieren der im Operationssaal eingesetzten Materialien fällt weg. Die Nachfragen seitens Krankenversicherer beschränken sich auf ein Minimum, Diskussionen über einzelne Positionen entfallen. Auch für Patientinnen und Patienten ist die Rechnung transparenter. Philosophie und Qualität spielen bei der Pauschalierung eine wichtige Rolle: Wer effizient und komplikationsarm operiert, wird belohnt. Im Gegensatz dazu vergütet TARMED jeden Fehler und jede Komplikation.

Der fixe Preis erleichtert die Kalkulierbarkeit des Jahresbudgets auf Versicherer- und Ärzteseite. Pauschalen fördern die Fairness, denn die gleiche Leistung wird schweizweit überall gleich entlohnt. So wird Abrechnungsexzessen ein Riegel geschoben. Da die teuersten zehn Prozent der Leistungserbringer angehalten wurden, zu sparen, hat die Einführung augenärztlicher Pauschalen zu jährlichen Einsparungen von mehreren Millionen Franken geführt.

Pauschalen verlangen von den Ärztinnen und Ärzten aber auch Flexibilität. Denn gewisse Operationen sind defizitär, andere wiederum kompensieren die Verluste. Dieselben Vorteile spiegeln sich aufseiten der Krankenversicherer.

Geeignete Behandlungen

Katarakt- und Glaukom-Operationen sowie intravitreale Injektionen eignen sich perfekt für Pauschalen. Diese standardisierten Operationen sind immens häufig, nur selten treten Komplikationen auf. Schwieriger zu erarbeiten wären Pauschalen bei selteneren und variablen Eingriffen wie der Netzhautchirurgie oder Lidoperationen, bei denen auch individuelle Eigenschaften der Patientinnen und Patienten eine wichtige Rolle spielen. Es ist schwierig, dort einen Durchschnittspreis zu bestimmen. ●

Nachgefragt: Senken ambulante Pauschalen die Gesundheitskosten?



Isabelle Moret

ist Nationalrätin (FDP) und Präsidentin von H+, dem nationalen Schweizer Spitalverband. Sie ist Mitglied der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-N).

Damit das Kostenwachstum im OKP-Bereich gedämpft wird, setzt der Bundesrat ein Kostendämpfungsprogramm basierend auf einem Expertenbericht um. Ambulante Pauschalen sind eine Massnahme dieses Kostendämpfungs pakets 1. Das Parlament hat sich eingehend mit der Vorlage befasst und in der Sommersession 2021 die Weichen für die schweizweite Einführung ambulanter Pauschalen gestellt. Dieser wegweisende Entscheid ermöglicht nun die Ausarbeitung eines intelligenten Tarifs, der endlich Transparenz schafft, die Kostenentwicklung dämpft und damit auch Kosten für die Prämienzahlenden spart.

Die Vorteile von Pauschalen liegen auf der Hand: Gleiche Operationen, gleiche medizinische Abklärungen und gleiche Interventionen werden pauschal und damit immer gleich vergütet. Zudem setzen Pauschalen die richtigen Anreize für die Ärzteschaft. Denn mit ambulanten Pauschalen ist eine transparente und faire Vergütung garantiert, gleichzeitig werden die bekannten Fehlreize des heutigen Einzelleistungstarifs minimiert. Im Gegensatz zum Ein-

zelleistungstarif, der sämtliche Untersuchungen und Behandlungen in einem hohen Detaillierungsgrad umfasst, werden mit ambulanten Pauschalen operative Eingriffe und aufwendige Behandlungen auf einfache und klar verständliche Weise für die Patientinnen und Patienten abgegolten. Mit diesen Leistungspaketen kann im ambulanten Spitalbereich schon bald eine Mehrheit der Leistungen beglichen werden, je nach Fachgebiet liegt der Anteil sogar bei 70 Prozent oder höher.

Gemeinsam mit santésuisse erarbeitet H+ eine Tarifstruktur basierend auf Pauschalen. Als Basis werden reelle Kosten und Leistungsdaten der Leistungserbringer dienen. Dank dieser neuen Tarifstruktur wird in Zukunft ein hoher Anteil ambulanter Untersuchungen und Behandlungen pauschal ab-

«Eine transparente und faire Vergütung ist garantiert und gleichzeitig werden Fehlreize minimiert.»

Isabelle Moret

gerechnet werden können. Die neuen Pauschalen lösen zahlreiche Elemente des veralteten Einzelleistungstarifs TAR-MED ab. Dies spart Kosten und entlastet die Prämienzahlenden. Wo Pauschalen nicht angemessen sind, werden weitere Tarifelemente, etwa ein Zeit- oder ein Einzelleistungstarif, notwendig sein.

Nun sind die Tarifpartner am Zug: Mit dem Entscheid des Parlaments verpflichten sich die Tarifpartner, ihre Kompetenzen gebündelt einzubringen, um einen Tarif zu entwickeln, der das hohe Niveau des schweizerischen Gesundheitswesens langfristig sichert. Sämtliche Tarifpartner sind aufgerufen, gemeinsam Lösungen zu entwickeln, die es erlauben, dieses Ziel im Sinne der Patientinnen und Patienten, der Ärzteschaft, der Spitäler und der Prämienzahlenden zu erreichen. Gleichzeitig kann damit die jahrelange Blockade im ambulanten Tarifwesen endlich überwunden werden. ●

pro
Isabelle Moret, Nationalrätin (FDP, VD)

contra

Damian Müller, Ständerat (FDP, LU)



Damian Müller

ist Ständerat (FDP), Präsident des Forums Gesundheit Schweiz und Vizepräsident der Pro Senectute Kanton Luzern. Er ist Mitglied der ständerätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK-S).

Die Ausgangslage scheint klar: Überall, wo Leistungen standardisiert erbracht werden, erhöhen Pauschalen die Transparenz und senken Administrativkosten. Klingt einleuchtend. Doch so einfach ist es in der Realität nicht. Es verwundert denn auch nicht, dass allorts vehement über Sinn und Unsinn von Pauschalen im Gesundheitswesen diskutiert wird. Denn die meisten Akteure sind mit den Pauschalen unzufrieden. Den einen sind die gezahlten Beiträge zu tief, den anderen zu hoch. Dieser Disput zeigte sich auch während der parlamentarischen Beratung des Krankenversicherungsgesetzes. Im Verlauf der Beratung wurde die Geschichte mit den Pauschalen plötzlich ganz anders erzählt. Der zuständige Bundesrat versuchte die Gemüter zu beruhigen und sagte, es gehe gar nicht um die Förderung der

«Ich befürchte, die Preisspirale wird sich nach oben drehen. Das wäre das Gegenteil dessen, was man erreichen will.»

Damian Müller

Pauschalen, sondern darum, für die Pauschalen ähnlich wie für die Einzelleistungen eine neue Tarifstruktur zu schaffen.

Das Parlament ist schliesslich dem Aufruf gefolgt und hat Änderungen im Gesetz beschlossen, dem Bundesrat mehr Kompetenzen erteilt und für ambulante Pauschalen eine einzige gesamtschweizerische Tarifstruktur vorge-

schrieben. Ist das Problem nun gelöst? Mitnichten! Während die Spitäler sagen, in der spitalambulanten Versorgung könnten bis zu 80 Prozent der Leistungen mit Pauschalen vergütet werden, kontert die Ärzteschaft, dass etwa 80 Prozent der Leistungen im praxisambulanten Bereich nicht mit Pauschalen abgegolten werden könnten.

Die Wehklagen über Tarife, die angeblich nicht kostendeckend sind, gehen also weiter wie bisher. Die Spitäler argumentieren schon jetzt, sie könnten mit den aktuell geltenden Tarifen nicht kostendeckend arbeiten. Was wird wohl mit diesen Tarifen passieren, wenn die Spitäler ihre eigene Pauschaltarifstruktur für den ambulanten Bereich haben werden? Ich befürchte, die Preisspirale wird sich nach oben statt nach unten drehen! Das wäre das Gegenteil dessen, was man mit den Pauschalen eigentlich erreichen will.

Künftig müssen Ärzteschaft und Versicherer miteinander gesamtschweizerisch verbindliche Pauschalen aushandeln. Es soll keine Rolle spielen, ob eine Leistung von einer kostengünstigen Arztpraxis oder einem teuren Spitalambulatorium erbracht wird. Zu glauben, dass dann ausgerechnet für die eher wenig standardisierbaren Behandlungen im praxisambulanten Bereich mehr Pauschalen eingeführt werden, ist naiv. Für mich sind Pauschalen punktuell sinnvoll, aber sie sind kein Allheilmittel gegen hohe Preise im Gesundheitswesen. ●

STUDIE

Bundled-Payment: Einfluss auf Kosten und Qualität

Die Studie «Bundled-Payment Models Around the World» zeigt, welchen Effekt implementierte Pauschalen auf die Gesundheitsausgaben und die Behandlungsqualität haben.

AutorInnen: Dr. J.N. Struijs, Dr. E.F. de Vries, Dr. C.A. Baan, Dr. P.F. van Gils & Dr. M.B. Rosenthal

Pauschalen haben das Potenzial, Kosten zu reduzieren bei mindestens gleichbleibender Qualität. Zu diesem Schluss kommt eine Metastudie, die 23 Initiativen in acht Ländern zur Einführung von «Bundled-Payment» im Gesundheitswesen vergleicht. Dabei handelt es sich neben der Pauschalierung ambulanter Leistungen auch um Pauschalen für die Vergütung stationärer und Langzeitbehandlungen. Die Untersuchung zeigt, dass «Bundled-Payment»-Modelle in rund 60 % der Fälle zu moderaten Kosteneinsparungen und teilweise zu einer leicht verbesserten Behandlungsqualität führen, wobei die Effekte stark variieren: Die Kosteneffekte reichen von Mehrausgaben bis hin zu 34 % Einsparungen. Die Behandlungsqualität wurde in fast der Hälfte der untersuchten Studien nicht tangiert.

Faktoren der Pauschalierung

Die meisten der untersuchten «Bundled-Payment»-Modelle – beispielsweise für arthroskopische Gelenkeingriffe in den USA oder für die Mutterchaftsbetreuung in England und



Neuseeland – wurden auf freiwilliger Basis implementiert. Dies könnte das Resultat dahingehend verzerren, dass nur jene Leistungserbringer Pauschalen implementieren, die einen Nutzen darin sehen.

Wo moderate Qualitätsverbesserungen und Kosteneinsparungen durch Pauschalierung gemessen wurden, resultierten diese unabhängig vom untersuchten Land, von der Behandlungsmethode, der Krankheit oder des Zahlungszeitpunkts.

In dieser Studie wird betont, dass die Implementierung solcher «Bundled-Payment»-Modelle kein einfacher Prozess ist und diverse Hindernisse bestehen (z.B. die Schwierigkeit, Qualitätskriterien zu definieren, Datenschutzgesetze, die den transparenten Austausch hemmen, potenzielle Lohneinbussen gewisser Ärztinnen und Ärzte oder eine Limitierung der Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten). Die Autorenschaft ist deshalb überzeugt, dass länderübergreifende Erfahrungen und daraus resultierende Erkenntnisse essenziell sind für die Pauschalierung medizinischer Leistungen. ●

dialog.css.ch/studie

Den Link zur Studie finden Sie auf unserer Webseite.

Kosten-Auswirkungen

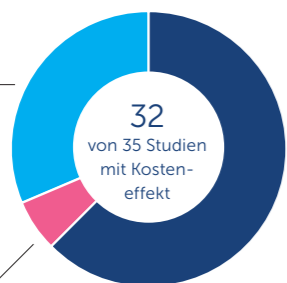
von «Bundled-Payment»-Modellen

31,25 %

Keine signifikanten Kosteneffekte

6,25 %

Mehrausgaben nach der Implementierung (beide Studienergebnisse zur gleichen Initiative)



62,5 %

Moderate Einsparung oder Rückgang der Gesundheitskosten (jedoch mit stark variierenden Effekten von 4,3–34 %)

Qualitäts-Auswirkungen

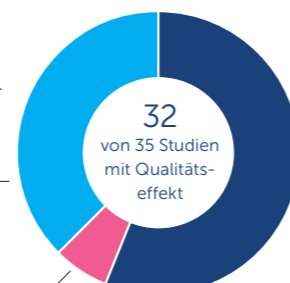
von «Bundled-Payment»-Modellen

37,5 %

Keine signifikanten Auswirkungen auf die Qualität (teilweise heben sich die positiven und negative Effekte gegenseitig auf)

6,25 %

Negative Qualitäts-Effekte



56,25 %

Leicht positive Effekte auf die Behandlungsqualität für die meisten der untersuchten Kriterien

Quelle: The Commonwealth Fund; Bundled-Payment Models Around the World, April 2020.

ROMAN SEILER

Qualität ist wichtiger als der Tarif

Wenn zwei sich streiten, freut sich der Dritte. Die Suche nach einem neuen Tarifwerk zur Abrechnung ambulant erbrachter Behandlungen ist zum Trauerspiel verkommen.

Auf der einen Seite stehen sich stetig widersprechende Krankenversicherungsverbände, auf der anderen Seite ebenso uneinige Verbände der Ärzteschaft und der Spitäler. Letztere haben immerhin ein gemeinsames Ziel: Sie wollen mit dem neuen Tarifwerk eher mehr verdienen.

Nicht gerade hilfreich ist in dieser Gemengelage, Pauschalen zum Allheilmittel hochzustilisieren. Denn pauschalisieren lassen sich nur stetig gleiche Leistungen wie chirurgische Eingriffe, die ohne stationäre Unterbringung in einem Spital durchführbar sind. Solche Pauschalen decken je nach Quelle 15 bis 50 Prozent aller ambulant erbrachten Leistungen ab. Realistisch erscheint bestenfalls ein Drittel des Volumens von rund 12 Milliarden Franken.

Um den ambulanten Leistungsblock abzubilden, braucht es also ein mit Pauschalen ergänztes Einzelleistungs-Tarifwerk, das wiederum so ausgestaltet sein muss, dass zumindest die Einführung kostenneutral erfolgt. Das alles unter einen Hut zu bringen, bleibt eine herausfordernde Aufgabe. Rasch Resultate

zu erwarten, ist da möglicherweise zu viel verlangt. Auch wenn nun alle involvierten Verbände eine Absichtserklärung zur Zusammenarbeit unterschrieben haben, wie es der lachende Dritte gefordert hat – der Regulator, also Gesundheitsminister Alain Berset.

Bei allem Gerangel um ein neues Tarifwerk darf nicht vergessen gehen, was für Patientinnen und Patienten und letztlich auch für die Prämienzahlenden wirklich zählt: die Qualität der erbrachten Leistungen. Und da hapert es gewaltig. Noch immer lösen mangelhafte Diagnosen unnötige oder gar falsche Behandlungen aus. Das verlängert das Leiden und erhöht die Kosten.

Daher sollte nicht nur für den Tarif, sondern auch für Leistungserbringer Transparenz gelten. Transparenz, was eine Leistung kostet und wie sie erbracht worden ist. Diese Klärung sollte Konsequenzen haben: Wer unwirtschaftlich oder gar qualitativ schlecht arbeitet, darf keine Leistungen mehr für die Grundversicherung erbringen. Bei diesem Thema kommt dann auch beim Dritten, dem Regulator, keine Freude auf. Das ist tabu. ●

Roman Seiler

ist pensionierter Wirtschaftsjournalist. Seit 1995 publiziert er regelmässig Artikel und Kommentare zum Thema Gesundheitswesen. Er schrieb unter anderem für Zeitungen wie «Cash», die Blick-Gruppe und CH-Media.

«Nicht nur für den Tarif, sondern auch für Leistungserbringer muss Transparenz gelten.»



Ruhekissen oder Nadelstiche?

Eine umfassende Studie zeigt: Pauschalen können Kosten und Qualität beeinflussen. Aufgrund der Komplexität ist die zwangsweise, flächendeckende Pauschalierung aber nicht zielführend.

[Die Studie auf Seite 22.](#)

31,25 %

Keine signifikanten
Kosteneffekte

62,5 %

Moderate Einsparungen

6,25 %

Mehrausgaben

