

Stimmen zu Entwicklungen im Gesundheitswesen

Gute und schlechte Patientinnen

Rund 50 Genfer Ärzte, vor allem Gynäkologen, verlangen neuerdings von ihren PatientInnen, dass sie gleich nach der Konsultation bar bezahlen. Dies berichtet Cédric Waelti in der «Tribune de Genève». Als Gründe nennen die Ärzte die gespannte Beziehung zu den Krankenversicherern, die Frustration über die neuen Tarmed-Tarife, vor allem aber die schlechte Zahlungsmoral der Patientinnen. Doch die Bargeldforderung könne das Arzt-Patient-Verhältnis strapazieren, meint die Genfer Ärztesgesellschaft und hofft, dass das Beispiel der Gynäkologen nicht Schule macht. Cédric Wälti sieht ein weiteres Problem: Mit ihrer Praxis scheiden die Gynäkologen die Patientinnen in «gute», zahlungsfähige und «schlechte», die nicht bar bezahlen können. Wenn so nun neben den Krankenversicherern auch die Ärzte anfangen, Patienten zu selektionieren, kann man seiner Meinung nach dem KVG, das auch weniger Begüterten den Zugang zur medizinischen Versorgung gewährleisten sollte, gleich «die letzte Ölung erteilen». (rs)

Quelle: Cédric Waelti: Des médecins exigent du patient un paiement immédiat. Tribune de Genève, 14. März 2005.

Individuelle Sozialmedizin

Durch eine relativ kleine Änderung im Vergütungssystem liessen sich die Probleme der ambulanten Medizin in der Schweiz auf einen Schlag lösen, meint Michael Canonica in der «Schweizerischen Ärztezeitung». Sein Vorschlag: Die ambulanten Leistungen werden weiterhin nach Tarmed abgerechnet; der Taxpunktwert liegt aber «im Ermessen des Leistungserbringers». Neu eröffnete oder nicht ausgelastete Praxen können einen tiefen Taxpunktwert anbieten. Wer den Wert zu hoch ansetzt, «eliminiert» sich über kurz oder lang selbst. Die Versicherten ihrerseits können selber wählen, zu welchem Taxpunktwert sie sich versichern. Falls sie einen Arzt mit höherem Taxpunktwert aufsuchen, müssen sie die Differenz selbst

bezahlen, was ihr «Konsumbewusstsein» fördert. Für die Versicherer ist in einem solchen Modell laut Canonica das versicherte Risiko einfacher abzuschätzen. Zudem sei das System «sozial attraktiv»: Der Arzt könne «sozial schwächere Patienten ... zu einem günstigeren Tarifwert ... behandeln» und hiermit «individuelle Sozialmedizin betreiben». (rs)

Quelle: Michael Canonica: Ausstieg aus dem heutigen KVG anstelle der häppchenweisen Symptomtherapie. Schweiz. Ärztezeitung 2005 (86); 9: 555–556.

(K)ein lukratives Geschäft?

Im Kanton Bern sind neu die Privatspitäler auch für grundversicherte Patienten zugänglich. Im Unterschied zu den öffentlichen Spitälern bezahlen die Krankenversicherer in den Privatspitälern aber nicht nur die halben, sondern die ganzen Kosten, weil der Kanton nur in öffentlichen Spitälern die Hälfte der Kosten übernimmt. Die neue Regelung wird also die Krankenkassenprämien erhöhen. Auf die Frage, ob im Gegenzug der Kanton durch die neue Regelung entlastet werde, sagte Gesundheitsdirektor Bhend der «Berner Zeitung»: «Das kann man nicht so sagen.» Weil die öffentlichen Spitäler im Unterschied zu den privaten alle, also auch teure, Patienten aufnehmen müssten, mache der Kanton «kein lukratives Geschäft». (rs)

Quelle: Stefan Geissbühler: Jetzt stehen auch grundversicherten Patienten die Privatspitäler offen. Berner Zeitung, 2. Februar 2005.

Kriminelle Abrechnungsverfahren

In den USA läuft zurzeit ein Rechtsstreit zwischen Ärzten und Krankenversicherern. Mittels Sammelklage werfen die Ersteren den Letzteren vor, systematisch Rechnungen abzulehnen, zu kürzen und zu verschleppen, um ihren Gewinn zu maximieren. Tatsächlich hätten früher gewisse Ärzte überrissene Rechnungen gestellt und beispielsweise zusätzlich zu einer Pauschale auch noch die inbegriffene Biopsie separat verrechnet,

meinen Aaron S. Kesselheim und Troyen A. Brennan im «New England Journal of Medicine». Doch mit ihrer Rechnungsanalysesoftware korrigierten die Versicherer heute nicht nur überhöhte, sondern auch viele korrekte Rechnungen nach unten. Wenn die Gerichte dies – wie von den Ärzten beklagt – als eine Form von organisierter Kriminalität anerkennen, müssten die Versicherer das Dreifache der Schadenssumme zurückzahlen. Aufgrund dieser Aussichten haben erste Krankenversicherer bereits eingelenkt und sich zu fairen, transparenten Abrechnungsverfahren verpflichtet. (rs)

Quelle: Aaron S. Kesselheim, Troyen A. Brennan: Overbilling vs. Downcoding – The Battle between Physicians and Insurers. New England Journal of Medicine, 352: 855–857, 3. März 2005.

Kostensparender Fortschritt

Fortschritte der medizinischen Forschung werden heute «sehr viel stärker als früher auch unter dem Aspekt der Kosteneffizienz betrachtet». Die Eidgenössische Leistungskommission (ELK) verlangte deshalb zu den neuen, rund dreimal teureren Drug-Eluting-Stents zur Erweiterung verengter Herzerterien umfangreiche Kosten-Nutzen-Informationen. Eine entsprechende Analyse kam zum Schluss, dass die neuen Stents zwar pro Patienten 1673 Franken mehr kosten, aber die Zahl der behandlungsbedürftigen erneuten Arterienverengungen reduzieren und so pro Patienten wiederum durchschnittlich 2419 Franken einsparen. Die ELK hat die neuen Stents jetzt in den Leistungskatalog der Grundversicherung aufgenommen. Dies zeige, meint Thomas F. Lüscher in der «Kardiovaskulären Medizin», dass «auch sehr teure Innovationen, wenn sie mit erheblichen klinischen Vorteilen assoziiert sind, kostengünstig in die klinische Praxis eingeführt werden können». (rs)

Quellen: Thomas F. Lüscher: Gibt es kosteneffiziente Fortschritte in der Medizin? Und: Thomas D. Szucs et al.: Die Wirtschaftlichkeit beschichteter Stents in der interventionellen Kardiologie. Kardiovaskuläre Medizin 2005; 8: 39–40 und 41–52.