

15.3246 – Interpellation

Kick-backs unter Ärzten untergraben das Vertrauen

Eingereicht von

Stolz Daniel

Stolz Daniel

Einreichungsdatum

19.03.2015

Eingereicht im

Nationalrat

Stand der Beratungen

Erledigt

Eingereichter Text

1. Wie beurteilt der Bundesrat die Wirkung von sogenannten Kick-backs auf das Vertrauen aller Teilnehmenden des Gesundheitssystems, vor allem aber in Bezug auf das Verhältnis der Patientinnen und Patienten zu ihrem Hausarzt?
2. Wie können überhaupt Kick-backs bezahlt werden, wenn doch eigentlich die Kosten einer Behandlung per Tarif festgelegt sind?
3. Warum sieht er in erster Linie die Kantone in der Pflicht mögliche Kick-back-Zahlungen zu unterbinden?
4. Wie will er im Rahmen der koordinierten Versorgung die Rolle der Hausärzte stärken, wenn gleichzeitig Vermutungen über Kick-Back-Zahlungen das Vertrauen der Patientinnen und Patienten erschüttern?

5. Ist er der Meinung, dass eine rechtliche Grundlage fehle? Wenn ja, wo müsste seiner Meinung nach diese geschaffen werden?

6. Ist er der Meinung, dass es auch andere Massnahmen gäbe? Wenn ja, welche?

#### Begründung

Nichtoffengelegte Kick-back-Zahlungen verzerren ganz grundsätzlich den Markt, da sie die Transparenz einschränken und falsche Anreize auslösen. Dies ist schädlich. Besonders schädlich wäre es, wenn sich diese Unsitte, die in der Finanzbranche zurückgedrängt wird, ausgerechnet jetzt im Gesundheitswesen breitmachen würde.

Falsche Anreize würden zur Mengenausweitung, d. h. zum Beispiel zu medizinisch unnötigen Behandlungen oder gar, noch schlimmer, Falschbehandlungen, führen.

Doch nur schon die Befürchtung, dass es Kick-back-Zahlungen geben könnte, untergräbt das Vertrauen der Teilnehmenden massiv. Gerade jetzt, wo im Rahmen der koordinierten Versorgung die Rolle der Hausärzte aufgewertet werden soll, wird deren Rolle als Vertrauensperson der Patientinnen und Patienten massiv erschüttert.

Zudem kommen alle Anbieter im Gesundheitswesen unter Generalverdacht. Das ist unfair und wirkt sich negativ auf das Funktionieren des Gesundheitswesens aus.

Deshalb verbieten die Standesregeln der FMH auch Kick-back-Zahlungen zu Recht. Allerdings hat die FMH kaum Möglichkeiten, dies durchzusetzen, solange niemand Kick-back-Zahlungen beweisen kann, was sehr schwierig ist.

So bleibt der Verdacht und eine grosse Verunsicherung.

Aus all diesen Gründen ist der Handlungsbedarf gegeben.

Antwort des Bundesrates vom 05.06.2015

Die Thematik der sogenannten Kick-backs an den zuweisenden Leistungserbringer wurde in mehreren Vorstössen (Postulat Heim 15.3061, Postulat Hardegger 15.3062 sowie Interpellation Stolz

15.3246 und Interpellation Stahl 15.3259) aufgeworfen. Der Bundesrat erlaubt sich daher, die Fragen in derselben Weise zu beantworten.

1. Die zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätigen Leistungserbringer sind verpflichtet, im Interesse der Patientin oder des Patienten zu handeln und sich dabei an das Wirtschaftlichkeitsgebot zu halten (Art. 56 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung, KVG; SR 832.10). Sie beachten dabei die gesetzlichen Grundsätze der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit sowie die Qualität der erbrachten Leistungen. Diese Regeln gelten auch bei einer Überweisung zwischen Leistungserbringern. Der zuweisende Leistungserbringer muss im Sinne der genannten Grundsätze die Patientin und den Patienten beraten, damit diese über die nötigen Informationen zur Ausübung der freien Wahl eines ambulanten oder eines stationären Leistungserbringers verfügen. Überdies dürfen Patientinnen und Patienten ausschliesslich nur für die notwendigen Untersuchungen und Behandlungen überwiesen werden. Wenn die zuweisenden Leistungserbringer Vorteile für die Vermittlung erhalten würden, wäre die Information der Patientin oder des Patienten davon beeinflusst und durch einen Interessenkonflikt des Leistungserbringers geprägt. Der Bundesrat hält es für bedenklich und ethisch fragwürdig, wenn die freie Wahl der versicherten Personen durch solche Praktiken unterlaufen wird. Überdies erhöhen sie die Gefahr, dass unnötige Leistungen erbracht und Patientinnen und Patienten unnötigen Risiken ausgesetzt werden.

2. Sowohl die Vertragspartner als auch die zuständigen Behörden sind gemäss Artikel 43 Absatz 6 KVG dazu verpflichtet, dafür zu sorgen, dass eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird. Mit den zwischen Versicherern und Leistungserbringern vereinbarten Tarifverträgen werden somit lediglich die Kosten einer effizienten Leistungserbringung vergütet. Zuwendungen für Zuweisungen unter Leistungserbringern wie die sogenannten Kick-backs werden von den zwischen Versicherern und Leistungserbringern vereinbarten oder in den vom Gesetz bestimmten Fällen von von der zuständigen Behörde festgesetzten Tarifen im Sinne von Artikel 43 Absatz 4 KVG nicht erfasst. Derartige Vorteile sind nicht Teil der Behandlungskosten, welche über die Tarife vergütet werden, sondern müssen vom empfangenden Leistungserbringer als Vergünstigung an die versicherte Person oder den Versicherer weitergegeben werden. Vergünstigungen - namentlich geldwerte Vorteile oder Rabatte - sind nicht a priori illegal. Artikel 56 Absatz 3 KVG verlangt denn auch die Weitergabe von direkten oder indirekten Vergünstigungen. Der Bundesrat weist auch auf die Standesordnung der FMH hin, die Entgelte oder andere Vorteile für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten oder für die Vornahme einzelner Untersuchungs- oder Behandlungsmassnahmen verbietet (Art. 36). Werden Leistungserbringer aufgrund von sogenannten Kick-backs begünstigt, besteht für den Versicherer die Möglichkeit, das Schiedsgericht gemäss Artikel 89 KVG anzurufen und gestützt auf Artikel 56 Absatz 4 KVG die Herausgabe der Vergünstigung zu verlangen, welche der Leistungserbringer nicht an die versicherte Person respektive an die Versicherung weitergegeben hat.

3. Das Medizinalberufegesetz (MedBG; SR 811.11) sieht vor, dass Personen, die einen universitären Medizinalberuf selbstständig ausüben, bei der Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer

Gesundheitsberufe ausschliesslich die Interessen der Patientinnen und Patienten wahren und unabhängig von finanziellen Vorteilen handeln (Art. 40 Bst. e). Mit Artikel 40 MedBG soll letztlich sichergestellt werden, dass die - ausserhalb von Modellen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer - vom Gesetz garantierte freie Wahl eines ambulanten oder eines stationären Leistungserbringers durch die Patientinnen und Patienten nicht durch das Interesse an einem finanziellen Vorteil des Leistungserbringers beeinträchtigt wird. Jeder Kanton muss eine Behörde bezeichnen, welche die Personen beaufsichtigt, die im betreffenden Kanton einen universitären Medizinalberuf selbstständig ausüben. Diese Aufsichtsbehörde trifft die für die Einhaltung der Berufspflichten nötigen Massnahmen (Art. 41 MedBG). Für den Bereich der unselbstständigen Erwerbstätigkeit richten sich die anwendbaren Berufspflichten somit nach den kantonalen Gesundheitsgesetzen, deren Berufspflichten sich zu weiten Teilen mit denjenigen des MedBG decken. Die Kantone sind somit für die Massnahmen zur Erkennung und Sanktionierung von Kick-backs zuständig, was mit ihrer Kompetenz der Zulassung und der Aufsicht über die Leistungserbringer vereinbar ist. Den Bundesbehörden obliegt lediglich eine Pflicht zur Meldung an die kantonalen Aufsichtsbehörden bezüglich Vorfällen, welche die Berufspflichten der selbstständigen Medizinalpersonen verletzen könnten (Art. 42 MedBG).

4. Nicht nur die Tätigkeit der Hausärztinnen und Hausärzte, sondern auch diejenige der weiteren Leistungserbringer stützt sich auf das Vertrauen der Patientinnen und Patienten. Zur Erhaltung und Stärkung dieses Vertrauens ist es wichtig, dass die Kantone die Leistungserbringer namentlich mit dem Ziel beaufsichtigen, dass die Interessen der Patientinnen und Patienten gewahrt und die Berufspflichten der Leistungserbringer eingehalten werden. Daher ist es wesentlich, dass die Kantone als zuständige Aufsichtsbehörden gegen die Bezahlung von sogenannten Kick-backs vorgehen. Fachgesellschaften und Spitalverbände sind ihrerseits gehalten, ihre Mitglieder in diesem Sinne zu verpflichten. Der Bundesrat begrüsst in diesem Sinne die klare Position der FMH zum Thema der Entschädigung für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten. Der Bundesrat wird das Thema jedoch zusammen mit den Versicherern und der FMH weiterverfolgen.

5./6. Aus den Ausführungen unter den Ziffern 1 bis 4 wird klar, dass die rechtliche Situation sowohl im KVG wie im MedBG geklärt ist und kein weiterer Prüfungs- und Regelungsbedarf besteht. Im Bereich der Arzneimittel wurde die Frage der Weitergabe von Vergünstigungen im Rahmen der laufenden Revision des Heilmittelgesetzes (Botschaft vom 7. November 2012 zur Änderung des Heilmittelgesetzes; BBl 2013 I) bereits aufgenommen