im dialog
3/2026 – dialog.css.ch

System am Limit
Müssen die staatlichen Tarifkontrollen wirklich derart komplex sein?

Papiertiger-Kampagne
Wie eine Raubkatze aufzeigt, wo Kontrollen unnötig sind.

Neue Rollen mit EFAS
Sind die Steuerungsmöglichkeiten der Kantone ausreichend?

Kontrolle braucht Fingerspitzengefühl

Wirksame Kontrollen fördern einen gezielten Ressourceneinsatz. Gefragt sind Lösungsansätze für effiziente Steuerungsmechanismen.

«Die Verantwortung für solche sinnlose Bürokratie ist dabei oft weniger bei der Krankenversicherung zu suchen. Vielmehr basieren die meisten Rückfragen auf regulatorischen Vorgaben.»

Prof. Dr. med. Dr. phil. Sven Streit, Kampagnenleiter «Papiertiger» und Präsident der Nachwuchsförderungskommission der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM), auf Seite 19.

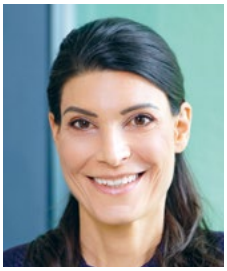
«Selbst bei gutem Willen können Patientinnen und Patienten häufig nicht beurteilen, ob eine Position korrekt oder doppelt verrechnet wurde.»

Susanne Gedamke, Geschäftsführerin der Schweizerischen Patientenorganisation SPO, auf Seite 10.

«Rechnungsdaten sind teilweise unvollständig, zwingend erforderliche Zusatzangaben fehlen oder werden nicht systematisch übermittelt.»

Falk Schimmann, Abteilungsleiter Leistungsexpertise und -entwicklung CSS, auf Seite 9.

Gesunde Kontrollen



Mirjam Bamberger, Vorsitzende der Geschäftsleitung

Kontrolle ist im Gesundheitswesen unverzichtbar. Sie schützt Prämiengelder, sichert Qualität und schafft Vertrauen. Als Treuhänderin unserer Versicherten nimmt die CSS diese Verantwortung konsequent wahr. Allein im ersten Halbjahr 2026 konnten wir durch eine systematische Rechnungsprüfung 462 Millionen Franken an ungerechtfertigten Ausgaben verhindern.

Doch gute Kontrolle bemisst sich nicht an der Zahl der Vorschriften. Seit dem Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Jahr 1996 ist die Regulierung kontinuierlich gewachsen. Neue Regeln kommen hinzu, bestehende werden selten konsequent vereinfacht oder aufgehoben. Auch wurden zahlreiche neue Versionen des KVG verabschiedet und der Umfang des Gesetzes wuchs von 40 auf rund 100 Seiten an. Das Ergebnis: mehr Komplexität, aber nicht automatisch mehr Wirkung.

Wir brauchen nicht mehr, sondern bessere Kontrollen. Besonders jetzt: Mit Reformen wie EFAS und TARDOC verändern sich Strukturen, Finanzierungs- und Abrechnungslogiken grundlegend. Daraus entstehen Chancen, aber auch neue Kosten- und Abrechnungsdynamiken. Die Kostenneutralität des neuen Arzttarifs muss sich in der Praxis erst noch beweisen. Wir müssen diese Entwicklungen früh erkennen und wirksam steuern, ohne neue Bürokratie aufzubauen.

Dafür braucht es drei Dinge: klare Verantwortlichkeiten, eine standardisierte Datenbasis und funktionierende Datenflüsse. Gerade bei der Digitalisierung und Standardisierung hat die Schweiz erheblichen Nachholbedarf. Eine konsequentere Digitalisierung erhöht die Transparenz, vereinfacht Prozesse und verbessert die Steuerung im Gesundheitssystem – und schont damit auch Prämiengelder.

Für die CSS ist klar: Wir werden genau hinschauen, konsequent handeln und dort Kontrolle einfordern, wo sie Wirkung erzielt. Gleichzeitig setzen wir uns dafür ein, unnötige Komplexität abzubauen. Denn ein gutes Gesundheitssystem braucht starke Leitplanken – aber auch Raum für Verantwortung, Innovation und unternehmerisches Handeln. Das ist für mich gesunde Kontrolle.

In der neuen Ausgabe von «im dialog» gehen wir deshalb den Fragen nach, wo Kontrolle unverzichtbar, wo Vereinfachung möglich ist und wie Versicherte sowie Patientinnen und Patienten – wie wir alle – zu einem wirksamen und verantwortungsvollen Gesundheitssystem beitragen können.

linkedin.com/company/css_ch

Bleiben Sie informiert

«im dialog»-Magazin kostenlos abonnieren.

Die gesundheitspolitische Publikation spricht wichtige und heikle Themen an und lanciert die Diskussion – frei von ideologischen Scheuklappen.

Sie erscheint drei Mal jährlich in Deutsch und Französisch.

Print-Abo
kostenlos abonnieren

04 / Infografik
Wer kontrolliert wen und zu welchem Zweck?

06 / Nutzen versus Kosten
Gezielt statt flächendeckend prüfen könnte Abhilfe schaffen.

09 / Standpunkt
Eine effiziente Leistungsprüfung erfordert standardisierte Daten.

10 / Persönlich
Die Arztrechnungen sind heute kaum verständlich, sagt Susanne Gedamke.

12 / Tarifbürokratie
Ehemaliger curafutura-Direktor Pius Zängerle hinterfragt den Nutzen staatlicher Tarifkontrollen.

14 / Diskurs
Yvonne Gilli und Sanjay Singh über effiziente Regelungen.

19 / Gegen Leerläufe
Papiertiger-Initiative bekämpft unnötige Kontrollen.

20 / Pro und Contra
Die einheitliche Finanzierung lässt die Kantone stärker steuern. Ist das die Lösung?

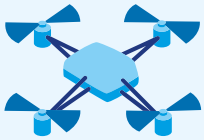
22 / Studie
Welche administrative Tätigkeiten Hausärztinnen und -ärzte am meisten belasten.

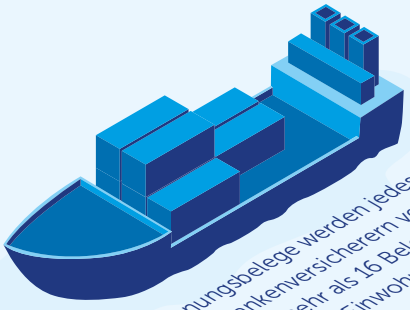
23 / Kolumne
Die Politik spart am falschen Ort, wenn sie nicht in Digitalisierung und KI investiert.

KONTROLLE

Gesundheit unter Aufsicht

Wer kontrolliert was in der OKP?
Eine Übersicht der Instanzen.





150 Mio. Rechnungsbelege werden jedes Jahr von den Krankenversicherern verarbeitet. Das ergibt mehr als 16 Belege pro Einwohnerin und Einwohner.[2]

Das BAG beaufsichtigt die Krankenversicherer und überprüft, ob sie die gesetzlichen Pflichten einhalten.

beträgt das gesamte Rechnungsvolumen pro Jahr in der Schweiz.[1]

Rechnungen

V Gestützt auf Art. 32 KVG prüfen die Versicherer, ob die abgerechneten Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW-Kriterien) sind.

V Bei Unregelmässigkeiten können die Versicherer Rückforderungen bei den Leistungserbringern stellen oder Leistungen verweigern.

P Patientinnen und Patienten haben ebenfalls die Möglichkeit, ihre Rechnungen zu kontrollieren und Unregelmässigkeiten zu melden.

872 Mio. CHF

an ungerechtfertigten Ausgaben konnte die CSS 2025 durch die Prüfung von 25,4 Mio. eingegangenen Rechnungen verhindern[3] – und damit die Prämienzahlenden entlasten. Branchenweit geht man von ungefähr 4 Mrd. CHF aus.[4]

Leistungsumfang

B Der Bund legt fest, welche medizinischen Leistungen von der OKP vergütet werden (im KVG und den dazugehörenden Verordnungen).

K Die Kantone bestimmen, wer Leistungen erbringen darf.
- Sie sind zuständig für die Zulassung der Leistungserbringer im stationären und ambulanten Bereich und für deren Aufsicht.
- Die Versorgung im stationären OKP-Bereich steuern die Kantone zudem über die Spitalplanung bzw. die Vergabe von Leistungsaufträgen.

Tarife

K Die Tarifpartner (Versicherer, z. T. als Einkaufsgemeinschaften agierend, sowie Leistungserbringer) verhandeln die entsprechenden Preise (insbesondere den Taxpunktwert im ambulanten und die Baserate im stationären Bereich), diese müssen durch den Kanton genehmigt werden. Wenn sich die Tarifpartner nicht einigen können, werden die Preise durch den Kanton festgesetzt.

B Die Tarifstruktur wird von den Tarifpartnern (bzw. von Versicherer- und Leistungserbringerverbänden) eingereicht und vom Bundesrat genehmigt. Der Bundesrat kann die Genehmigung an Auflagen (z. B. bezüglich Kostenentwicklung) knüpfen.

Änderungen mit EFAS:
Mit EFAS entfällt die unterschiedliche Finanzierung stationärer und ambulanter Leistungen. Die Kantone erhalten mehr Steuerungsmöglichkeiten, indem sie bei übermässiger Kostenentwicklung für sämtliche ambulanten Leistungserbringer Höchstzahlen definieren können. Neu haben sie ebenfalls Einsitz in den ambulanten Tariforganisationen.

Prämien

B Die Krankenversicherer müssen dem BAG jährlich die OKP-Prämien zur Genehmigung einreichen.

B Das BAG prüft, ob die vorgelegten Prämien die Solvenz des Versicherers und die Interessen der Versicherten gewährleisten (Art. 16 Abs. 2 KVAG).

Quellen:

1. priminfo.admin.ch/de/zahlen-und-fakten/kostengruppen.
2. prio.swiss 2026: Regulierter Wettbewerb: eine diskrete, aber entscheidende Säule des Schweizer Gesundheitssystems.
3. CSS Geschäftsbericht 2025.
4. prio.swiss 2026: Regulierter Wettbewerb: eine diskrete, aber entscheidende Säule des Schweizer Gesundheitssystems.

NUTZEN VERSUS KOSTEN

Vertrauen ist gut, hat aber Grenzen

Das Vertrauen in Ärztinnen und Ärzte ist die Basis unseres Gesundheitswesens. Doch ihre Behandlungsfreiheit ist teilweise eingeschränkt – Leistungserbringer werden deshalb von Versicherern kontrolliert.

Autoren: **Simon Wieser, Andreas Kohler;** Foto: **Getty Images für Unsplash**

Ärztinnen und Ärzte können weitgehend über Art und Ausmass der Behandlungen entscheiden; sie sind die Expertinnen und Experten, die ein intensives Medizinstudium hinter sich haben und auf eine oft langjährige Erfahrung zurückblicken können.

Diese Behandlungsfreiheit ist bei Leistungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) aber teilweise eingeschränkt. So verlangt das Krankenversicherungsgesetz, dass die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sind und sich auf ein für den Behandlungszweck erforderliches Mass beschränken. Das ist sinnvoll, denn eine Überbehandlung mit medizinisch unnötigen Leistungen führt zu höheren Prämien.

Was kontrolliert wird

Die Einschränkung von Behandlungen wird vom Bund über sogenannte Limitationen umgesetzt, welche die Kostenübernahme auf vielfältige Arten einschränken. Sie betreffen die Krankenpflege-Leistungsverordnung, die unter anderem die Leistungen der Spitex und der Krebs-Früherkennung regelt, sowie die Listen der von der OKP übernommenen Medikamente, Laboranalysen und Hilfsmittel. Die Limitationen legen zum Beispiel fest, dass nur bestimmte Fachärzte eine Leistung verordnen oder durchführen dürfen, dass die Leistung nur bei bestimmten Altersgruppen oder Erkrankungen eingesetzt werden darf oder dass periodisch ärztliche Berichte erstellt werden müssen. Zusätzlich muss die Leistung mit dem richtigen Tarif und nach den geltenden Tarifregeln abgerechnet werden.

Die Versicherer sind verpflichtet, die Einhaltung dieser Vorgaben zu prüfen und durchzusetzen. Dazu führen sie Kontrollen bei allen Leistungsabrechnungen ihrer Versicherten durch. Gleichzeitig prüfen sie auch mögliche Fehler in der Rechnungsstellung und ob zusätzliche Vereinbarungen eingehalten werden. Etwa, ob sich die Versicherten an die Regeln der von ihnen selbst gewählten Versicherungsmodelle mit beschränkter Wahlfreiheit halten – wie vor einer Konsultation mit einer Spezialistin oder einem Spezialisten immer die Hausärztin oder den Hausarzt aufzusuchen.

Auf eine Rechnung folgt ein Prüfmarathon

Kontrollen sind also eine zentrale Aufgabe der Versicherer. Doch der Aufwand sowohl für die Versicherer als auch für die Leistungserbringer ist beträchtlich. Jede einzelne Rechnung aus einer Arztpraxis, Apotheke oder Ernährungsberatung wird zunächst automatisiert auf ihre Tarifkonformität und Plausibilität geprüft. Unklare Fälle gehen weiter an Sachbearbeitende, teils in Absprache mit den Vertrauensärzten der Versicherungen. Fehlerhafte und unvollständige Rechnungen werden zurückgewiesen und müssen von den Leistungserbringern korrigiert werden.

Zusätzlich haben die Verbände der Krankenversicherer und Leistungserbringer Wirtschaftlichkeitsprüfungen vereinbart, die darauf zielen, statistisch auffällige Leistungserbringer zu identifizieren, deren Kosten deutlich über dem Durchschnitt liegen. Dazu nimmt santéservices die gepoolten Daten aller Versicherer unter die Lupe und beurteilt so die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer.[1] Diese Prüfungen wirken auch präventiv, da die schwarzen Schafe unter den Leistungserbringern damit rechnen müssen, dass ihre überhöhten Abrechnungen entdeckt werden.

Millionen gespart – aber Zeit am Patienten verloren?

Bei den Versicherungen arbeitet ein grosser Teil der Mitarbeitenden in der Kostenkontrolle. Und jede Kontrolle kostet, nicht nur für die Versicherer. Auch die Ärztinnen, Ärzte und alle anderen Leistungserbringer verwenden Zeit für Dokumentationen, ›

Prof. Dr. oec publ. Simon Wieser

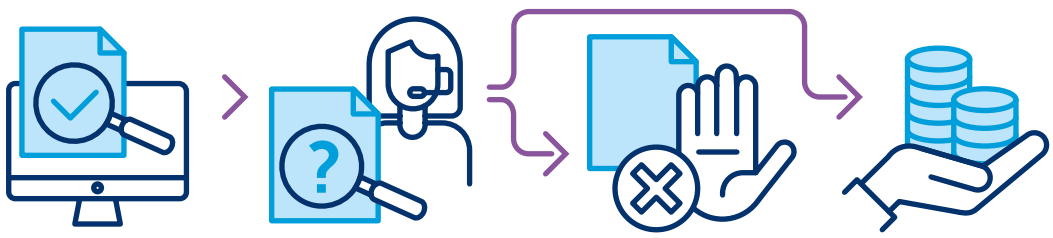
ist Dozent und Institutsleiter des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) School of Management and Law.

Dr. oec. Andreas Kohler

ist Dozent und Co-Leiter Team Gesundheitsökonomische Forschung am Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie der ZHAW School of Management and Law.

Prüfmarathon bei der Krankenversicherung

Jede einzelne Rechnung von sämtlichen Leistungserbringern durchläuft mehrere Kontrollstellen.



Automatisierte Prüfung der Rechnung.

Unklare Fälle werden an Sachbearbeitende weitergeleitet. Teilweise sind weitere Absprachen mit Vertrauensärzten nötig.

Unvollständige und fehlerhafte Rechnungen gehen zurück an Leistungserbringer.

Ist alles in Ordnung wird ausbezahlt.

Berichte und Rückfragen der Versicherer. Das führt zu längeren Arbeitstagen – und somit zu weniger Zeit für die Patientinnen und Patienten.

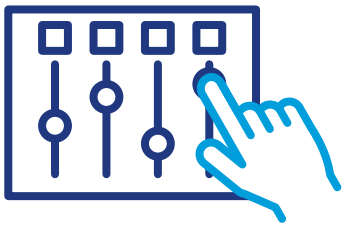
Die Frage lautet deshalb nicht, ob wir Kontrolle brauchen, sondern wie viel und welche Art. Der Nutzen von Kontrolle ist einleuchtend, denn mehr WZW-konforme Leistungen bremsen das Prämienwachstum. Die systematische Rechnungskontrolle der einzelnen Versicherer spart den Prämienzahlenden branchenweit jährlich über 4 Milliarden, rund 10 Prozent der Prämien. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung der gesamten Branche sorgt zusätzlich dafür, dass jedes Jahr mehrere Millionen Franken von fehlbaren Ärztinnen und Ärzten zurückerstattet werden, mit einem geschätzten präventiven Effekt in zweistelliger Millionenhöhe.[2]

Was die Kontrollen – vor allem an Zeit – bei den Ärztinnen und Ärzten kosten, weiss niemand genau. Zwei Zahlen zeigen das mögliche Ausmass auf. Im Jahr 2023 haben Spitalärztinnen und Spitalärzte in der Akutsomatik im Schnitt 114 Minuten pro Tag für Dokumentation[3] aufgewendet. Eine «NZZ»-Umfrage bei über 4500 Assistenzärztinnen und Assistenzärzten aus demselben Jahr[4] zeigt zudem, dass diese 60 bis 70 Prozent ihrer Arbeitszeit am Computer verbringen.

Warum fühlt sich Kontrolle trotzdem oft nach Schikane an? Ein Teil der Antwort liegt bei den Kosten und dem Nutzen. Die Kosten trägt die Ärzteschaft, in Form von Zeit und Aufwand. Der Nutzen – also tiefere Prämien, weniger Missbrauch – kommt bei Versicherten und Steuerzahlenden an.

Wer kontrolliert die Kontrolleure?

Voraussetzung für wirksame und angemessene Kontrollen sind klare, verhältnismässige und überprüfbare Regulierungen. Für diese Regulierung ist im Bereich der OKP vor allem der Bund verantwortlich. Versicherer und Leistungserbringer stehen vor der Aufgabe, Vorgaben im Alltag praktikabel umzusetzen. Sie wissen am besten, welche Vorgaben schwer umsetzbar sind oder bei welchen ein grosser Aufwand kaum Nutzen bringt. Bund, Versicherer und Leistungserbringer sollten deshalb gemeinsam an Lösungen arbeiten und der Regulator sollte seine Vorgaben hier nicht einfach einseitig durchsetzen. Voraussetzung dafür wäre ein regelmässiger, konstruktiver Austausch zwischen den drei Parteien zur Beseitigung von unverhältnismässig erscheinenden Vorgaben. Beispiele für solche Vorgaben sind die Pflicht zur vertrauensärztlichen Kostengutsprache selbst bei unproblematischen, kostengünstigen Medikamenten (z. B. Herpes-Salben) sowie wiederholte vertrauensärztliche Abklärungen bei Hilfsmitteln, die Versicherte aufgrund einer schweren chronischen Erkrankung dauerhaft benötigen (z. B. Heimventilatoren, Inkontinenzprodukte).



«Die Frage lautet deshalb nicht, ob wir Kontrolle brauchen, sondern wie viel und welche Art.»

Fazit: Kontrollen sind wichtig, aber mit angemessenem Aufwand

Die Kontrollen tragen wesentlich dazu bei, dass die Leistungen in der sozialen Krankenversicherung wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind und die vielfältigen Regeln in unserem Gesundheitssystem eingehalten werden. Der Aufwand sollte aber in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen der Kontrollen stehen. Voraussetzung dafür sind klare, gut umsetzbare Regeln und eine möglichst einheitliche elektronische Rechnungsstellung der Leistungserbringer an die Versicherer.

Zusätzlich würden zwei Ansätze helfen. Erstens: gezielt statt flächendeckend prüfen, also die Kontrollen dort konzentrieren, wo Fehler oder Missbrauch am wahrscheinlichsten sind. Zweitens: Regeln nicht einseitig vorgeben, sondern im Austausch mit den Betroffenen entwickeln.

Gleichzeitig lässt sich aber auch bei effizienteren und schlankeren Kontrollen kaum vermeiden, dass sie für die Ärzteschaft und andere Leistungserbringer eine Belastung bleiben – denn von den Kontrollen profitieren vor allem die Versicherten und Steuerzahlenden. ●

«Der Aufwand sollte aber in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen der Kontrollen stehen.»

Mehr zum Thema

Weitere Artikel der Rubrik «Fokus» finden Sie auf dialog.css.ch.

[1] www.santeservices.ch

[2] www.hzinsurance.ch/gerichte-ordnen-rueckzahlung-von-praemiengeldern-an/6tfg4t3

[3] www.fmh.ch/politik-medien/schweizerische-aerztezeitung/ausgabe-29/ausgabe-29-aktuell.cfm

[4] www.nzz.ch/zuerich/assistenzaerzte-sitzen-ueber-die-haelfte-ihrer-arbeitszeit-am-computer-ein-angehender-chirurg-sagt-die-situation-ist-voellig-aus-dem-ruder-gelaufen-ld.1839625

STANDPUNKT

Gute Datenbasis, gute Kontrollen

Krankenversicherer prüfen, ob eine erbrachte Leistung wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich ist. Dafür braucht es verlässliche Daten – doch genau diese fehlen oft.

Autor: **Falk Schimmann,** Abteilungsleiter Leistungsexpertise und -entwicklung CSS; Foto: **Herbert Zimmermann**

Gemäss dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) dürfen nur wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche – kurz WZW – Leistungen von der Grundversicherung vergütet werden. Welche Leistungen diesen Anforderungen entsprechen und in die Leistungspflicht der Grundversicherung fallen, entscheiden Politik und die zuständigen Behörden. Ob eine erbrachte Leistung im Einzelfall tatsächlich WZW-konform ist, prüfen hingegen die Krankenversicherer.

Mit einer effizienten Leistungsprüfung steuern die Krankenversicherer einen wichtigen Beitrag zur Kostenkontrolle bei: Die CSS konnte 2025 durch eine konsequente Prüfung der 25,4 Millionen eingegangenen Rechnungen im vergangenen Jahr rund 872 Millionen Franken an ungerechtfertigten Ausgaben verhindern – und damit die Prämienzahlenden spürbar entlasten.

Eine gute Kontrolle setzt aber voraus, dass die notwendigen Daten vollständig, verlässlich und in der erforderlichen Qualität vorliegen. Genau hier bestehen heute Lücken. Rechnungsdaten sind teilweise unvollständig, zwingend erforderliche Zusatzangaben fehlen oder werden nicht systematisch übermittelt.

«Mit einer effizienten Leistungsprüfung steuern die Krankenversicherer einen wichtigen Beitrag zur Kostenkontrolle bei.»

Falk Schimmann

Leider stellen wir auch fest, dass Tarifpositionen falsch oder als Analogie verwendet werden. Dadurch können die Krankenversicherer ihre gesetzlich vorgeschriebene WZW-Prüfung nicht in allen Fällen wirksam durchführen.

Besonders schwierig ist die Beurteilung der Zweckmässigkeit. Ob eine Behandlung im konkreten Einzelfall sinnvoll und notwendig ist, hängt unter anderem von der Diagnose, dem Krankheitsbild und der Behandlungssituation ab. Bei einer ambulanten Pauschale ist beispielsweise nicht ausreichend differenziert ersichtlich, welche Diagnose der Behandlung zugrunde liegt. Ohne diese Information lässt sich kaum beurteilen, ob die abgerechnete Leistung für die betreffenden Patientinnen oder Patienten tatsächlich zweckmässig war.

Damit wir diese Verantwortung noch besser wahrnehmen können, fordert die CSS, dass die notwendigen Daten standardisiert, systematisch und in der erforderlichen Qualität zur Verfügung gestellt werden – wie etwa die systematische Übermittlung von ambulante Diagnosedaten. Zudem sollten die Krankenversicherer stationäre Diagnosedaten breiter nutzen dürfen und vollständigere Rechnungsdaten erhalten, wie zum Beispiel einheitliche Angaben zur GLN-Nummer der Leistungserbringer. Um den Datenaustausch für alle Beteiligten so einfach und effizient wie möglich zu gestalten, sollte er wenn immer möglich über digitale Schnittstellen laufen.

Für die CSS ist es von hoher Priorität, notwendige Leistungen zu ermöglichen, unnötige Ausgaben zu vermeiden und ihre Kontrollfunktion verantwortungsvoll wahrzunehmen. Eine bessere Datenqualität, eine konsequente WZW-Prüfung und eine klare Ausrichtung auf den Nutzen für Patientinnen und Patienten bilden dafür die Grundlage. ●

Folgen Sie uns auf LinkedIn:
linkedin.com/company/css_ch

Susanne Gedamke
ist Psychologin sowie Kommunikationswissenschaftlerin und seit 2020 Geschäftsführerin der Schweizerischen Patientenorganisation SPO.

PERSÖNLICH

«Wer kontrollieren soll, muss verstehen können»

Nur Patientinnen und Patienten wissen, ob eine Behandlung tatsächlich stattgefunden hat oder wie lange der Termin gedauert hat. Dieses Wissen bleibt jedoch oft ungenutzt. Ein Grund dafür: Viele Arztrechnungen sind für Nichtmediziner kaum verständlich.

Autorin: **Susanne Gedamke;** Foto: **Lea Meienberg**

«Kontrolle soll nicht primär als Misstrauen gegenüber einzelnen Akteurinnen oder Akteuren verstanden werden.»

Susanne Gedamke

Tarifpositionen, technische Begriffe und Abkürzungen erschweren es, eine Rechnung inhaltlich nachzuvollziehen. Selbst bei gutem Willen können Patientinnen und Patienten häufig nicht beurteilen, ob eine Position korrekt oder doppelt verrechnet wurde oder gar nicht nachvollziehbar ist. Eine Rechnung zu erhalten, bedeutet deshalb noch lange nicht, sie auch kontrollieren zu können. Hinzu kommt noch eine psychologische Hürde. Wer auf einen möglichen Fehler hinweist, befürchtet mitunter, das Vertrauensverhältnis zur behandelnden Ärztin oder zum behandelnden Arzt zu belasten. Gerade bei längeren Behandlungen oder chronischen Erkrankungen sind Patientinnen und Patienten jedoch auf eine gute Beziehung zu ihren Fachpersonen angewiesen. Sie möchten nicht als misstrauisch oder schwierig wahrgenommen werden. Diese Sorge ist nicht zu unterschätzen.

Rechnungen müssen transparenter werden

Damit Patientinnen und Patienten ihre Rolle tatsächlich wahrnehmen können, braucht es mehr als nur einen Appell, Rechnungen genauer zu prüfen. Zunächst müssen die Rechnungen transparenter werden. Neben den tariflichen Angaben sollte in verständlicher Sprache ersichtlich sein, welche Leistung wann, durch wen und in welchem Umfang erbracht wurde. Sinnvoll wäre eine kurze, standardisierte Erläuterung der wichtigsten Positionen. Digitale Rechnungen könnten auch durch anklickbare Erklärungen ergänzt werden.

Ebenso wichtig sind einfache und sichere Rückfragemöglichkeiten. Patientinnen und Patienten sollten Unklarheiten zunächst über eine neutrale Stelle klären können, ohne die behandelnde Fachperson direkt konfrontieren zu müssen. Denkbar wären zentrale Anlaufstellen bei Versicherern, unabhängige Beratungsangebote oder standardisierte digitale Rückfrageprozesse, eventuell auch mit Unterstützung von KI. Entscheidend ist, dass eine Nachfrage nicht als Vorwurf verstanden wird, sondern als normaler Bestandteil einer transparenten Abrechnung. Gleichzeitig darf die Verantwortung für die Kontrolle nicht einzig auf Patientinnen und Patienten abgeschoben werden. Sie können zwar Hinweise geben, sind aber weder Tarifexpertinnen noch Revisoren. Die Hauptverantwortung liegt bei den Leistungserbringern, Versicherern und Aufsichtsorganen. Dort müssen systematische Kontrollen, Plausibilitätsprüfungen und datenbasierte Auffälligkeitserkennungen durchgeführt werden. Patientinnen und Patienten können dieses System ergänzen, aber nicht ersetzen.

Durch Kontrolle kann Vertrauen entstehen

Das Potenzial für die Rechnungskontrolle liegt vor allem in einem besser abgestimmten Prozess, nämlich in eindeutig formulierten Rechnungen, automatisierten Prüfungen, leicht zugänglichen Rückfragemöglichkeiten und unabhängiger Unterstützung. Werden auffällige Positionen erkannt, sollte transparent kommuniziert werden, was geprüft wurde und welche Begründung zum Ergebnis führte. So entsteht nicht nur Kontrolle, sondern auch Vertrauen.

Aus Sicht der Schweizerischen Patientenorganisation SPO ist entscheidend, dass Kontrolle nicht primär als Misstrauen gegenüber einzelnen Akteurinnen oder Akteuren verstanden wird. Gute Kontrolle schützt alle Beteiligten, denn sie verhindert Fehlverrechnungen, stärkt die Wirtschaftlichkeit und schafft Sicherheit für Patientinnen und Patienten ebenso wie für korrekt arbeitende Fachpersonen.

Eine wirksame Kontrolle im Gesundheitswesen braucht daher beides: professionelle, systematische Prüfmechanismen und eine verständliche Einbindung der Patientinnen und Patienten. Erst wenn sie nachvollziehen können, was ihnen verrechnet wurde, und ohne Angst Rückfragen stellen können, wird aus formaler Transparenz echte Beteiligung. ●

Persönlich
Weitere Artikel aus der Rubrik «Persönlich» finden Sie online.

TARIFENTWICKLUNG

Back to the future?

Nach über zehn Jahren wurde der neue ambulante Arzttarif (AAT) Anfang 2026 an den Start gelassen – doch die Probleme bleiben. Zentrale Gründe sind die dysfunktionale gesetzliche Grundlage, das KVG sowie verschachtelte Verordnungen und die Behördenpraxis.

Autor: **Pius Zängerle,** Dipl. Math. ETH, lic. oec. HSG, tsarea ag

Pius Zängerle

prägte als Gesundheitspolitiker, Verbandsdirektor und Unternehmensberater die nationale Gesundheitspolitik massgeblich. Er erlangte als Direktor des Krankenkassenverbandes curafutura mit EFAS und TARDOC Bekanntheit. Aktuell ist er als Inhaber der Beratungsfirma tsarea ag in diversen Projekten und Mandaten engagiert, etwa als VR der mediX Zürich.

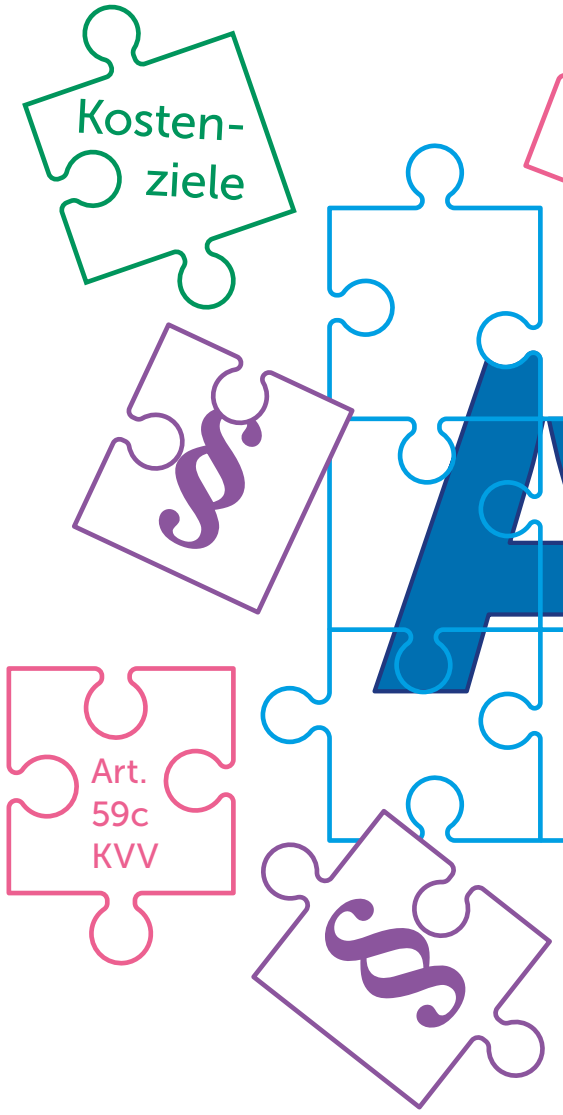
Was hat zu dieser Situation geführt? Da ist erstens die Dynamik der medizinischen Entwicklung, namentlich in der Ambulantisierung und in verschiedenen Therapiegebieten. Zweitens hat die stetige Ausweitung des Leistungsanspruchs aus der Grundversicherung faktisch eine Vollversicherung gemacht. Drittens ist der Finanzierungsbeitrag der Kantone an den Gesundheitskosten seit Einführung des KVG vor rund 30 Jahren kontinuierlich gesunken – von rund einem Drittel auf heute noch etwa einen Viertel der direkten Leistungskosten. Daraus resultierte eine schädliche und einseitige Fokussierung auf Kosten und Kontrolle. Politisch befeuert durch die steigenden Prämien wurde in der Folge das KVG in 30 Jahren dutzendfach revidiert – teilweise zum Guten, vielfach zum Schlechten.

Dies zeigt sich speziell beim Kerndossier der Tarifentwicklung. Sich überlagernde Vorgaben machen den Tarifpartnern (und neuerdings mit EFAS auch den Kantonen) die Weiterentwicklung und Erarbeitung neuer Tarife unnötig kompliziert.

Unklare Umsetzung

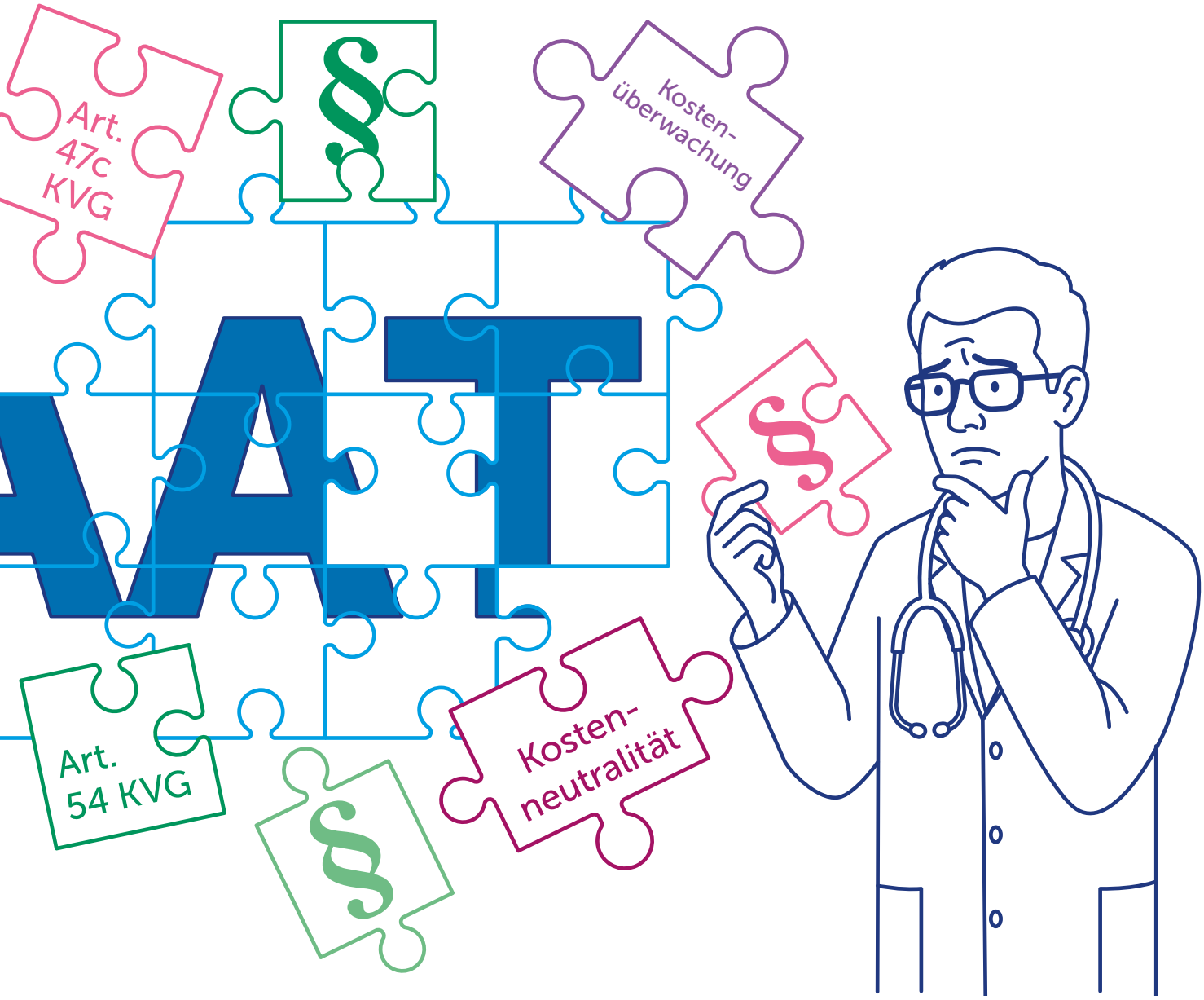
So sind allein zur Wachstumsbeschränkung Vorgaben auf mehreren Ebenen zu bedienen: die Kostenneutralität (Art. 59c ff KVV), mit der sogenannten Überwachung der Kosten eine verkappte Kostensteuerung (Art. 47c KVG) sowie die Kostenziele (Art. 54 KVG). Dabei handelt es sich um konkurrierende Vorgaben, deren Rangierung und gegenseitige Abstimmung offen ist.

Interessant wird es, wenn die vom EDI vorgegebene AAT-Kostenneutralität (4-Prozent-Deckel) mit den tieferen Kostenzielen von Bund und Kantonen kollidiert. Wie reagiert das BAG, die Politik, wenn die Kostenziele zwar eingehalten werden, die Vorgabe der Kostenneutralität jedoch verfehlt wird? Trotz vieler Kontrollen im AAT ist wegen der komplexen Messung der Kostenneutralität unklar, wie sie wirksam umzusetzen ist.



«Es ist nun höchste Zeit, den Glauben an den Nutzen der staatlichen Kontrolltätigkeit im Tarifbereich zu thematisieren.»

Pius Zängerle



Es ist nun höchste Zeit, den Glauben an den Nutzen der staatlichen Kontrolltätigkeit im Tarifbereich zu thematisieren. Sind Tarife mit einer staatlichen Kontrolle wirklich besser, als wenn sie «nur» von den Tarifpartnern verhandelt und umgesetzt werden? Bereits die schiere Menge an (teils unnötigen) Lieferobjekten für ein Tarifgesuch nach Art. 59c-ter KVV (neu) und deren Genehmigung durch den Bundesrat sowie die daraus folgende Kontrolltätigkeit gemäss Art. 59c-quater KVV (neu) haben eine unmittelbare Folge: Jeder Tarif wird faktisch zubetoniert, was jede notwendige und rasche Korrektur untauglicher Tarifelemente erschwert. Aus dem viel gelobten «selbstlernenden» Tarifsystem droht so im schlimmsten Fall ein weiterer blockierter Tarif zu werden – und im besten Fall ein schwerfälliger Moloch, den man nur mit grossem Aufwand in Bewegung setzen kann.

Die von avenir suisse empfohlene radikale Löschung[1] von Gesetzen hat im Gesundheitsbereich nicht den Hauch einer Chance. Wenn jedoch das Leiden gross genug ist, wird ein Rückbau der Regulierung der zwar mühsame, aber der am ehesten Erfolg versprechende Weg aus der Blockade sein: Abschaffung von Art. 47c und Art. 54 KVG; Rückführung des Kostenneutralitätsgebots auf den Kerngehalt von Art. 59c KVV in der Fassung von 2007, wonach ein Wechsel des Tarifmodellwechsels keine Mehrkosten verursachen darf.

Einen Schritt zurück

Kurzum: Die grösste Wirkung hätte ein Schritt zurück zu einem System, das auf Vertrauen und auf schlanken Rahmenbedingungen basiert – «back to the future». Die Tarifentwicklung ausschliesslich den Tarifpartnern zu überlassen, die Tarifgenehmigung vollständig abzuschaffen sowie die jüngst in Gesetzen und Verordnungen verankerten, kontraproduktiven Bestimmungen zu streichen. So bleiben Tarife dynamisch, bürokratische und wirkungslose Ansätze verschwinden – und belohnt werden jene, die lösungsorientiert handeln und kompromissfähig sind. ●

Mehr Gesundheitspolitik

Weitere Ausgaben von «im dialog» finden Sie online unter dialog.css.ch.

[1] www.avenir-suisse.ch/publication/auswege-aus-dem-regulierungsdickicht-ii

Patrick Rohr, Yvonne Gilli und Sanjay Singh (von links) diskutieren über Kontrollen im Gesundheitswesen.

DISKURS

«Es gibt eine Minderheit, die betrügt»

Kontrollen sind aufwendig und teuer. Bringen sie überhaupt etwas? Ja, sagt Sanjay Singh, stellvertretender CEO bei der CSS, und FMH-Präsidentin Yvonne Gilli tritt einer pauschalen Diskreditierung der Ärzteschaft entgegen.

Interview: **Patrick Rohr,** Fotos: **Ruben Hollinger**

Herr Singh, warum braucht es überhaupt Kontrollen?
Sanjay Singh: Wir haben ein solidarisches Krankenversicherungssystem, in dem jede Bürgerin und jeder Bürger Prämien zahlt. Prämienzahlerinnen und -zahler haben ein Anrecht darauf, dass wir sehr genau schauen, ob Leistungen erbracht wurden, ob sie richtig tarifiert wurden, ob sie überhaupt versichert sind. Unsere Mitarbeitenden zahlen pro Arbeitssekunde 1200 Franken ins Gesundheitssystem, es ist deshalb auch unsere Verantwortung, zu überprüfen, ob das Geld richtig ausgegeben wird.

Wer gibt es denn nicht richtig aus? Die Patientinnen und Patienten? Die Ärztinnen und Ärzte?
Sanjay Singh: Man kann das nicht allgemein sagen. Es gibt beispielsweise Personen, die in alternativen Versicherungsmodellen versichert sind und einen Gatekeeper haben, was bedeutet, dass sie sich an diesen wenden müssen, bevor sie weitergehende Leistungen beziehen. Unsere Aufgabe ist es, zu überprüfen, ob sie das auch tun. Auf der anderen Seite müssen wir auch schauen, dass die Rechnungsstellung der Ärztinnen und Ärzte korrekt erfolgt. Wir sehen zum Beispiel seit der Einführung des neuen ambulanten Arzttarifs, dass – bewusst oder unbewusst – Abrechnungsfehler passieren. Das zeigt, wie wichtig eine Kontrolle ist.

Im Zusammenhang mit diesen Abrechnungsfehlern auf Ärzteseite sagte prio.swiss-Direktorin Saskia Schenker kürzlich in einem Interview, man müsse «von einem Betrugsverdacht» ausgehen. Sie sprach konkret Untersuchungen an, die man neu auf zwei Tage verteilt, um sie doppelt verrechnen zu können, während man sie früher an einem Tag gemacht hat. Frau Gilli, das ist nicht schön.
Yvonne Gilli: Ärztinnen und Ärzte sind ein Abbild unserer Gesellschaft. Auch bei uns gibt es eine kleine Minderheit, die betrügt. Die meisten verhalten sich aber korrekt und nützen das System nicht aus, auch wenn es Lücken hat, denn kein System ist perfekt. Aber ja, man stellt fest, dass jetzt, seit wir TARDOC haben, gewisse Untersuchungen, die man bisher in einem Mal gemacht hat, auf zwei Konsultationen verteilt werden, Magen- und Darmspiegelungen zum Beispiel. Deswegen jetzt aber einfach von einem Betrug auszugehen, ist nicht korrekt. Die Frage ist doch vielmehr, weshalb ›

Yvonne Gilli

ist Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und seit 2021 Präsidentin der FMH, der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte. Von 2007 bis 2015 war sie Nationalrätin für die Grünen des Kantons St. Gallen.

Sanjay Singh

arbeitet seit 2017 für die CSS, wo er Leiter Leistungen, Produkte und Health Services und stellvertretender CEO ist. Davor war der Betriebsökonom in verschiedenen Funktionen für die Sanitas Krankenversicherung tätig.

gewisse Ärztinnen und Ärzte das machen. Hat man möglicherweise überkorrigiert, und die betroffenen Ärztinnen und Ärzte sind jetzt betriebswirtschaftlich gefährdet? Es ist die Aufgabe der Tarifpartner, zu schauen, was die Ursache für diese Veränderung ist. Und erst wenn man die Ursache kennt, kann man Massnahmen ergreifen.

Sanjay Singh: Im konkreten Fall der Gastroenterologie darf man allerdings schon fragen, warum es denn nicht alle so machen, wenn es betriebswirtschaftlich ein Problem sein sollte. Immerhin scheinen 80 Prozent dieses Problem nicht zu haben. Klar, man muss überprüfen, ob es da Ursachen gibt, aber vielleicht ist es auch nur ein Problem von ein paar wenigen. Unsere Herausforderung ist, mit unseren Kontrollen nicht die grosse Mehrheit zu belasten, die alles richtig macht. Wir müssen diejenigen identifizieren, die sich nicht an die Spielregeln halten. Mit den heutigen Möglichkeiten der Datenanalysen können wir das zum Glück immer genauer machen. Wir brauchen dafür einzig die Rechnungen in einem vollständigen elektronischen Datenformat inklusive Diagnosecodes. Wir verstehen nicht ganz, wieso das ein paar wenige Ärztinnen und Ärzte immer noch nicht schaffen.

Von was für einem Volumen reden wir da?
Sanjay Singh: Etwa 8 Prozent aller Abrechnungen.

Fast ein Zehntel aller Abrechnungen, Frau Gilli, die nicht digital erfasst sind. Das ist für die Kontrolleure ein gigantischer Aufwand!
Yvonne Gilli: Ich weiss nicht, welche Ärzte und Ärztinnen es sind, die das nicht schaffen. Für uns wäre es deshalb zuerst einmal wichtig zu wissen, von wem wir reden. Sind es Ärzte und Ärztinnen, die über 75 sind und noch arbeiten? Und ist es dann überhaupt noch relevant, ihnen die Änderung zuzumuten, denn das Problem erledigt sich in diesem Fall in den nächsten Jahren ja ohnehin? Oder liegt dem Problem etwas anderes zugrunde, das wir zusammen beheben könnten? Es ist klar: Für uns ist die elektronische Rechnungsverarbeitung völlig unbestritten.

Der Aufwand für die Versicherer ist so oder so gross. Rentieren denn die Kontrollen überhaupt, Herr Singh?
Sanjay Singh: Auf jeden Fall. Wir weisen diese Zahlen in unserem Geschäftsbericht aus, letztes Jahr waren es 850 Millionen Franken.

Auf über 8 Milliarden Franken, die Sie ausbezahlt haben? Das sind fast 10 Prozent.
Sanjay Singh: Genau, die Kontrollen bringen also etwas.

10 Prozent sind viel, Frau Gilli. Schön wäre doch, man könnte den Ärztinnen und Ärzten vertrauen, dann bräuchte es diesen ganzen Aufwand nicht.
Yvonne Gilli: Zwei Punkte dazu: Einerseits reden wir hier von einer medialen Zuspitzung. Es klingt natürlich gut, wenn die grossen Versicherer sagen: Wir können einen Höchstbetrag zurückfordern! Doch von diesem Höchstbetrag stammt nur ein ganz kleiner Teil von falschen Rechnungsstellungen der Ärzteschaft. Bei vielen eingesendeten Rechnungen ist schon im Vornherein klar, dass sie nicht für die Versicherung sind, aber ich kann die Patientinnen und Patienten verstehen, die finden, die Versicherung müsse das entscheiden. Wenn wir das Vertrauen der Menschen zurückgewinnen wollen, dann muss diese Differenzierung stattfinden, sonst schüren wir nur weiter das gegenseitige Misstrauen. Und vergessen wir nicht: Wir hatten auf Versicherungsseite jetzt mehr als 10 Jahre lang

«Die Frage ist doch: Wer braucht welche Daten, um seine Rolle erfüllen zu können?»

Yvonne Gilli

zwei Dachverbände, die gespalten waren und sich gegenseitig bekämpften. Das hatte natürlich auch einen Einfluss auf die Leistungserbringer. Mit prio.swiss haben wir nun wieder nur einen Dachverband, und wir haben jetzt auch eine neue Tarifpartnerschaft. Ich sehe es als eine grosse Aufgabe von uns allen an, wieder eine Kultur des Grundvertrauens herzustellen.

Herr Singh, mit allem Verständnis für Ihre Aufgabe: Kann es nicht sein, dass die Versicherer es etwas übertreiben? Laut einer Obsan-Studie empfinden über drei Viertel der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz den Aufwand, den sie für die Kontrollen haben, als «sehr grosses Problem». In Deutschland sind es knapp 60 Prozent, in Ländern, die der Schweiz sehr ähnlich sind, in den Niederlanden zum Beispiel, sind es nur ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte. Da stimmt doch bei uns etwas nicht?

Sanjay Singh: Ich glaube, wir leiden alle unter den vielen Kontrollen und den Kosten, die diese verursachen. Als Versicherer kontrollieren wir die Leistungserbringer, das BAG kontrolliert uns und die Finanzkontrolle schliesslich kontrolliert das BAG und schaut, ob dieses uns richtig kontrolliert. Man muss tatsächlich schauen, ob es nicht auch andere Modelle gäbe, die das gleiche Ziel erreichen. Wir versuchen zum Beispiel mit unseren Gesundheitsnetzwerken, neue Wege zu gehen. So können wir gewisse Kontrollen pauschalisieren und müssen nicht mehr jeden einzelnen Leistungserbringer überprüfen. Dieses «Trusted-Provider-Modell» erlaubt es uns, für Leistungserbringer mit hoher Datenqualität und geringer Beanstandungsquote ein vereinfachtes Prüfverfahren einzuführen, selbstverständlich unter Einhaltung der gesetzlichen Pflichten.

«Wir versuchen mit unseren Gesundheitsnetzwerken, neue Wege zu gehen. So können wir gewisse Kontrollen pauschalisieren und müssen nicht mehr jeden einzelnen Leistungserbringer überprüfen.»

Sanjay Singh

Es gibt Zahlen aus der Akutsomatik, die zeigen, dass ein Arzt oder eine Ärztin pro Arbeitstag fast zwei Stunden aufwenden muss, um die Daten aufzuarbeiten, die Sie für die Kontrolle brauchen. ›

Patrick Rohr

ist Journalist, Moderator und Fotograf mit einer eigenen Kommunikationsagentur in Zürich. Bis 2007 arbeitete er für das Schweizer Fernsehen SRF, wo er unter anderem die wöchentliche Politdebatte «Arena» leitete.

Sanjay Singh: Ja, und sie müssen sie nicht nur uns liefern, sondern auch noch an x andere Stellen. Deshalb arbeitet man jetzt auch am Once-Only-Prinzip, so dass man die Daten nur noch einmal liefern muss und sie dann an alle entscheidenden Stellen gehen.

Würde das die Probleme mit dem grossen Aufwand lösen, Frau Gilli?
Yvonne Gilli: Das Once-Only-Prinzip ist sicher hilfreich, aber wir haben verschiedene Herausforderungen, die nicht einfach zu lösen sind. Erstens können wir Ärztinnen und Ärzte die IT-Tools, die wir brauchen, nicht wählen. Es gibt kaum eine Konkurrenz, weil der Schweizer Markt schlicht zu klein ist. Das führt dazu, dass wir eine Praxis-Software haben, die nicht up to date ist. Zudem fehlen uns nationale Standards, da wäre die Politik gefordert. Wenn wir das Once-Only-Prinzip umsetzen wollen, müssen die verschiedenen Systeme miteinander sprechen können, und zwar sowohl auf der technologischen als auch auf der semantischen Seite.
Sanjay Singh: Ich bin überzeugt, dass wir mit der künstlichen Intelligenz da künftig ganz neue Möglichkeiten haben und auch zielgenauer und effizienter arbeiten können. Im Moment fehlen uns einfach noch die Datengrundlagen – und da sind die Leistungserbringer gefordert. Bei den ambulanten Pauschalen müssten wir beispielsweise die endständigen Diagnosecodes erhalten, um unsere Kontrollaufgabe wie vorgesehen wahrnehmen zu können.
Yvonne Gilli: Dieses Problem müssen wir als Versicherer und Leistungserbringer gemeinsam angehen. Wenn es beispielsweise um die Diagnosecodierung geht, dann geht es auch um den Schutz von Patienten und Patientinnen, um sensible Daten und die unterschiedlichen Rollen. Die Frage ist doch: Wer braucht welche Daten, um seine Rolle erfüllen zu können?

Liessen sich dann künftig Fälle wie dieser verhindern: Das BAG erhielt unlängst von der Finanzkontrolle einen Rüffel, weil es nicht kontrolliert hatte, ob die Medikamentenrabatte, die die Ärztinnen und Ärzte bekommen, auch tatsächlich an die Patientinnen und Patienten weitergegeben werden, wie es das Gesetz vorsehen würde?
Yvonne Gilli: Das ist für mich eine absurde Diskussion, und ich möchte bitte nicht auf der Basis von Schätzungen diskutieren, wer was zurückbehalten haben soll. Ich möchte auch hier in die Tiefe des Systems schauen: Was wird geleistet und in welcher Form? Wer ist dafür zuständig? Und wo gibt es allenfalls Lücken?
Sanjay Singh: Dieser Fall ist ein gutes Beispiel einer Regel, die man eingeführt hat, ohne sich genau zu überlegen, wie man sie tatsächlich prüfen kann.

Ist das eine Kapitulationserklärung?
Sanjay Singh: Nein, es ist die Frage, wie wir in der Zukunft das System so gestalten, dass wir zielführende Lösungen finden, die auch gut kontrollierbar sind.

Und wie soll das gelingen?
Yvonne Gilli: Die Politik müsste konsequenterweise sagen, dass Rabatte verboten sind. Dann wäre das Problem erledigt. Aber natürlich verlöre man auch etwas, nämlich die Möglichkeit, den Prämienzahlerinnen und -zahlern Rabatte zurückzugeben, und es würde das Geld für die Qualitätsentwicklung fehlen, wohin ja auch ein Teil dieser Rückzahlungen fliessen sollte. Wir dürfen jetzt aber nicht das Kind mit dem Bad ausschütten. Auch dieses Thema müssen wir gemeinsam angehen, nur so finden wir eine Lösung. ●

dialog.css.ch/diskurs
Weitere Gespräche aus der Rubrik «Diskurs» finden Sie online.

BÜROKRATIE MIT AUGENMASS

Nicht jede Kontrolle verbessert die Versorgung

Kontrollen sind ein wichtiger Bestandteil unseres Gesundheitssystems. Sie schützen Patientinnen und Patienten, sichern Qualität und fördern einen verantwortungsvollen Einsatz der beschränkten Mittel. Die Frage ist deshalb nicht, ob kontrolliert werden soll, sondern wie.

Autor: **Prof. Dr. med. Dr. phil. Sven Streit,** Kampagnenleiter «Papiertiger» und Präsident der Nachwuchsförderungskommission der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM)

Die Papiertiger-Erhebung aus diesem Frühjahr mit mehr als 1800 Gesundheitsfachpersonen zeigt: Viele Ärztinnen und Ärzte erleben heute eine zunehmende Bürokratie, die kaum zur Versorgungsqualität beiträgt. Häufig genannt werden wiederholte Rückfragen und Kostengutsprachen bei langjährigen Therapien sowie Berichte zu unveränderten chronischen Erkrankungen.

Ein Beispiel aus der Praxis: Ein Patient erhält seit Jahren eine Langzeit-Physiotherapie. Die Krankenversicherung fragt jedes Jahr nach den Gründen und der Prognose. Die gesetzliche Grundlage für diesen Prüfvorgang ist in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) festgehalten. Dementsprechend verfasst die Ärztin einen Bericht, schildert, dass eine chronische Krankheit vorliegt, die auch noch in den kommenden Jahren dieselben Auswirkungen auf den Patienten haben wird – und dass die Physiotherapie auch künftig notwendig sein wird. Daraufhin wird – wie auch in den Jahren zuvor – die Verordnung akzeptiert. Und auch ein Jahr später erhält die Ärztin wieder die identische Anfrage, um abzuklären, ob sich medizinisch etwas verändert hat. Solche Prozesse werden von vielen Gesundheitsfachpersonen nicht als sinnvolle Kontrolle, sondern als Leerlauf erlebt.

Aufkleber für überflüssige Formulare

Genau hier setzt die Papiertiger-Initiative an: Sie macht unnötige administrative Belastungen sichtbar und regt Verbesserungen an. Denn die Ärzteschaft kann diese Entwicklung nicht einfach hinnehmen. Wenn Kontrollen keinen erkennbaren Nutzen für Patientinnen und Patienten schaffen, müssen wir dies offen ansprechen. Dies tun wir mit dem Papiertiger-Aufkleber.

Die Verantwortung für solche sinnlose Bürokratie ist dabei oft weniger bei der Krankenversicherung zu suchen. Vielmehr basieren die meisten Rückfragen auf regulatorischen Vorgaben. Versicherer müssen gesetzlich verlangte Prüfaufgaben erfüllen und werden selbst entsprechend kontrolliert. Deshalb braucht es einen Dialog der Ärzteschaft und der Versicherer mit dem Regulator darüber, welche Kontrollen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind – und welche vor allem unnötigen Aufwand erzeugen.

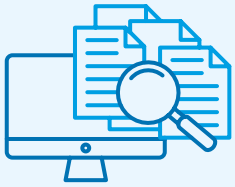
Erfreulich ist, dass inzwischen Bewegung in die Sache gekommen ist: prio.swiss und die FMH arbeiten bereits gemeinsam an konkreten Verbesserungen. Gleichzeitig untersucht eine BAG-Studie erstmals systematisch den tatsächlichen Aufwand administrativer Tätigkeiten im Gesundheitswesen. ●

Was wäre die unnötige administrative Arbeit, die Sie morgen abschaffen würden?

Quelle: Umfrage «Papiertiger»

1 **Rückfragen und Kostengutsprachen (inkl. Wiedererwägungsgesuche) durch Krankenversicherer**

2 **Versicherungsberichte (IV, KTG, UVG, Zusatzversicherung) mit hoher Redundanz**



3 **Manuelles Übertragen von Diagnosen- und Medikamentenlisten**

sgaim.ch/de/papiertiger

Weitere Infos zu den Partnerschaften der Kampagne «Papiertiger».

Nachgefragt:

EFAS und die neue Rollenverteilung: Genügen die Kontroll- und Steuerungsmöglichkeiten durch die Kantone?

Hannes Germann

ist seit 2002 SVP-Ständerat des Kantons Schaffhausen und Präsident der Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK-S). Der studierte Betriebsökonom hat mehrere Mandate in der Wirtschaft sowie im Gesundheitswesen.

EFAS beseitigt in erster Linie bisherige Fehlanreize zwischen ambulant und stationär erbrachten medizinischen Leistungen. Die Kantone bleiben auch im künftigen Gesundheitssystem wichtige Player. Sie erhalten aufgrund des Systemwechsels sogar zusätzliche Kompetenzen. Das KVG räumt den Kantonen im neuen Artikel 55 die Möglichkeit ein, Einsitz in ambulanten Tariforganisationen zu nehmen, was der Logik des neuen Finanzierungssystems entspricht.

Zu Recht deutlich umstrittener war und ist die nach Artikel 55b KVG vorgesehene Ausweitung der Zulassungssteuerung durch die Kantone auf sämtliche Leistungserbringer, so aus den Bereichen Physiotherapie, Labor, Spitex oder Psychotherapie. Sie setzte sich als Kompromisslösung des Ständerates durch.

Konkret geht es also nicht mehr nur um die kantonale Kompetenz zur Zulassung von Spitälern und Arztpraxen. Dies jedenfalls legt der explizite Verweis auf Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 3 Buchstabe b–g und m des KVG nahe. Diese «Carte blanche» für die Kantone ist lediglich an die Bedingung geknüpft, dass die jährlichen Kosten in der betreffenden Kategorie stärker steigen als der gesamtschweizerische Durchschnitt. Oder aber, dass die Kosten je versicherte Person über dem schweizerischen Durchschnitt dieser Kategorie liegen.

Das trifft rein statistisch ja immer auf eine Hälfte zu. Jedem halbwegs liberalen und wirtschaftsfreundlichen Geist müssten allein bei solchen ausufernden Gesetzesbestimmungen die Haare zu Berge stehen. Diese zusätzlichen Steuerungsmöglichkeiten sind auf Druck der kantonalen Gesundheitsdirektoren geschaffen worden, weil das Parlament die EFAS-Vorlage nicht gefährden wollte. Wer allen Ernstes glaubt, mit noch mehr Steuerungsmöglichkeiten das Gesundheitsschiff Schweiz auf Kurs halten zu können, unterliegt einem Grundlagenirrtum.

«Die Steuerungsmöglichkeiten, die EFAS den Kantonen einräumt, gehen bereits zu weit.»

Hannes Germann

Denn der Gesundheitsmarkt orientiert sich weder bei den Leistungserbringern noch auf Patientenseite an kantonalen Grenzen. Stoppt nun ein Kanton die Zulassung einzelner Leistungserbringer, schützt er die bereits dort ansässigen Anbieter vor Wettbewerb – ohne zu berücksichtigen, dass sowohl Leistungserbringer als auch Patienten einfach über die Kantonsgrenzen hinwegpendeln. Abgesehen davon wäre dies ein schwerer Eingriff in die Wirtschaftsfreiheit und eine Einschränkung der bestehenden Tarifautonomie.

Wollen wir EFAS eine Chance geben, dann doch nicht mit noch mehr Staatseingriffen und Bürokratie, denn die Steuerungsmöglichkeiten, die EFAS den Kantonen einräumt, gehen bereits zu weit. Eher ist ein Wettbewerb anzustreben, der Effizienz und Qualität belohnt, nicht bloss Mengen. Letzteres tun die Vertragspartner der alternativen Versicherungsmodelle, indem sie rund 80 Prozent der Grundversicherten einen Prämienrabatt von 10 bis 25 Prozent gewähren. Mit EFAS werden diese Rabatte noch höher. ●

pro

Hannes Germann, Ständerat (SVP, SH)

contra

Raffaele De Rosa, Regierungsrat (Die Mitte/TI)

Kompliziert? Sicher. Verlockend? Vielleicht. Die Lösung? Wohl kaum. Es ist erstaunlich, dass EFAS wie der Name eines Wundermittels klingt gegen all die Übel, unter denen die Krankenversicherung leidet. Auch die Mehrheit der Tessiner Stimmberechtigten verbindet damit grosse Hoffnungen. Was bleibt auch anderes gegen systematische Prämienerhöhungen übrig? 2026 hat das Tessin mit einer mittleren Monatsprämie von über 580 Franken einen wenig beneidenswerten Schweizer Rekord aufgestellt. Jede und jeder Dritte erhält Prämienverbilligungen, zudem verpflichten zwei kürzlich angenommene Volksinitiativen den Kanton zu weiteren Massnahmen, seine finanzielle Unterstützung weiter auszubauen. Das derzeitige KVG-System ist nicht mehr tragfähig; ein Beleg dafür ist die Kostenexplosion im ambulanten Bereich. Doch EFAS korrigiert diese Fehlentwicklungen nicht. Sie verändert nur Finanzströme und Kostenbeteiligung von Krankenversicherern und Kantonen. Im Gegenzug – so wird man sagen – erhalten die Kantone die Möglichkeit, im ambulanten Bereich weitere Moratorien einzuführen.

«Solange das Leistungsvolumen nicht gesteuert wird, nützen auch Zulassungsbeschränkungen nichts.»

Raffaele De Rosa

Das Tessin hat bereits gehandelt: Seit dem 1. Juli 2023 ist die Zahl der Ärztinnen und Ärzte in bestimmten Fachgebieten begrenzt (Art. 55a KVG) und seit dem 1. Dezember 2024 erhalten neue Spitexorganisationen und selbstständige Pflegefachpersonen keine Zulassung mehr (Art. 55b KVG). Damit hat das Tessin am schnellsten und restriktivsten reagiert. Mit EFAS kann dieses Moratorium auf alle ambulanten Leistungserbringer angewendet werden. Das ist aber nur ein verspätetes «Pflaster». Es braucht Jahre, um die Ausgaben zu senken, schon allein, weil es nur neue Fachpersonen betrifft. Solche «Trichter» können weder das Leistungsvolumen noch die Einstellung neuer Mitarbeitenden bei bereits zugelassenen Leistungserbringern und Arbeitgebern beeinflussen. Solange das Leistungsvolumen nicht gesteuert wird, nützen auch Zulassungsbeschränkungen nichts.

EFAS birgt zudem die Gefahr, dass den Kantonen im stationären Bereich jenes Mindestmass an Budgetkontrolle entzogen wird, das sie bisher hatten, beispielsweise im Tessin über das Globalbudget. Die Krankenversicherer müssen bei der Rechnungsprüfung mehr Verantwortung übernehmen. Wir erwarten Transparenz über die erfolgten und geplanten Kontrollen, sowohl hinsichtlich einzeln ausgestellter Rechnungen als auch in Bezug auf den Gesamtumsatz der jeweiligen Leistungserbringer. Im ambulanten Bereich verfügt der Kanton nur bei der Pflege zu Hause und bei Leistungserbringern, welche die Restfinanzierung beantragen, über Daten. Und dort haben wir Fälle von offensichtlich überhöhten Rechnungen festgestellt, weshalb wir strafrechtliche Schritte eingeleitet haben.

Im Tessin haben wir den geringen Handlungsspielraum der Kantone in diesem System stets beklagt. Mit der Reform verlieren wir einen weiteren Teil davon. Wir vertrauen darauf, dass die Krankenversicherer verantwortungsvoll und über die jeweiligen Eigeninteressen der einzelnen Versicherer hinaus die Aufsichtsfunktion wahrnehmen, die ihnen das Gesetz, bald auch im Rahmen von EFAS, überträgt. ●

Raffaele De Rosa

ist seit April 2019 Regierungsrat und Direktor des Departements für Gesundheit und Soziales im Kanton Tessin. Er studierte Volkswirtschaftslehre und erwarb im Jahre 2000 das Doktorat an der Universität Freiburg.

STUDIE

Administrative Tätigkeiten belasten Hausärztinnen und Hausärzte

Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung bewerten ihre Arbeit im Zusammenhang mit Versicherungen, Abrechnungen und der Datenerfassung als problematischer als die Koordination mit anderen Leistungserbringern.

Autor: **Michael Dorn,** wissenschaftlicher Projektleiter am Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Wie problematisch wird der Zeitaufwand für verschiedene administrative Arbeiten von Grundversorgerinnen und Grundversorgern wahrgenommen? Gemäss einer Obsan-Befragung beurteilen in der Schweiz 76,9 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte den Zeitaufwand für Tätigkeiten im Zusammenhang mit Versicherungen und der Abrechnung als grosses Problem, das zulasten anderer Aufgaben geht. In keinem anderen Land ist dieser Anteil ähnlich hoch: In Deutschland liegt er bei 58,7 Prozent.

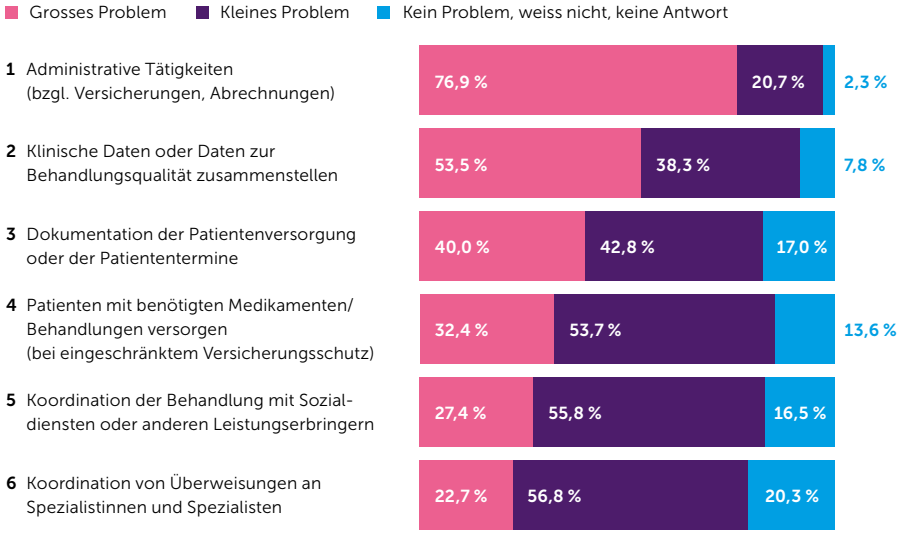
Auch das Zusammenstellen klinischer Daten oder von Daten zur Behandlungsqualität für staatliche Stellen oder Krankenversicherungen wird von 53,5 Prozent der Befragten als grosses Problem bewertet. Nur in Deutschland ist dieser Anteil mit 55,1 Prozent ähnlich hoch, in den anderen Ländern ist er deutlich geringer wie etwa in den Niederlanden mit 27,5 Prozent.

Die Hausärztinnen und Hausärzte bewerten insbesondere die Koordination mit anderen Leistungserbringern (27,4 Prozent) bzw. mit Spezialistinnen und Spezialisten (22,7 Prozent) seltener als grosses Problem. Im Vergleich zu den meisten anderen teilnehmenden Ländern fällt diese Einschätzung in der Schweiz deutlich weniger kritisch aus. ●

Administrative Tätigkeiten gehen auf Kosten anderer Arbeiten

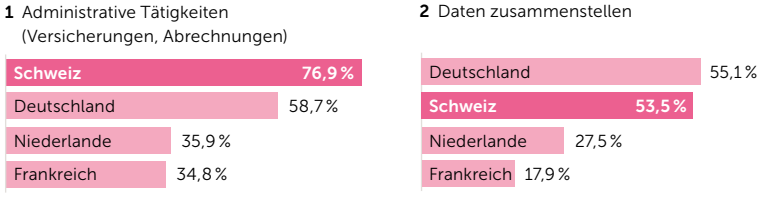
Inwiefern sechs administrative Aufgaben in der Schweiz als problematisch wahrgenommen werden, 2025

Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey. © Obsan 2026



Internationaler Vergleich

Die am problematischsten wahrgenommenen administrativen Aufgaben, 2025



International Health Policy Survey (IHP)

Seit 2010 beteiligt sich die Schweiz an der internationalen gesundheitspolitischen Befragung der Stiftung Commonwealth Fund (CWF). Das Projekt wird vom BAG geleitet, während das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) die Analysen und Berichte erstellt. Im Jahr 2025 wurden – wie 2012, 2015, 2019 und 2022 – Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung zu folgenden Themen befragt: Charakteristiken der Ärztinnen und Ärzte und ihrer Praxen, Koordination und digitale Transformation sowie Bewertung des Gesundheitssystems und der eigenen Arbeit. Folgende zehn Länder nahmen an der Befragung 2025 teil: Australien, Deutschland, Frankreich, Grossbritannien, Kanada, Neuseeland, Niederlande, Schweden, Schweiz und USA.

Zur Studie

Hier finden Sie den vollständigen Obsan-Bericht «Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung» zur Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich.

EIN HOHER PREIS

Sparkurs des Bundes auf Kosten einer smarten Kontrolle

Die Schweizer Politik schnürt seit Jahrzehnten ein Sparpaket nach dem nächsten, um die Gesundheitsausgaben im Zaum zu halten. Doch mit jeder neuen Regel steigen die bürokratischen Aufwendungen für Kontrolleure und Kontrollierte – ebenso wie die Ausgaben im Gesundheitswesen. Aber die Politiker in Bern zeigen sich nicht lernfähig.

Gerade findet eine Revolution statt: Digitalisierung und künstliche Intelligenz halten auch im Gesundheitswesen Einzug. Die Schweiz ist dabei wie so oft keine Vorreiterin. Trotzdem nehmen viele Projekte Fahrt auf. Die vielen Akteure der Branche sind sich für einmal einig: Durch eine gezielte Förderung der neuen Werkzeuge und mit der richtigen Basis-Infrastruktur könnten bedeutsame Einsparungen erzielt werden. Bei Ausgaben von über 90 Milliarden Franken pro Jahr würde schon eine geringe Effizienzsteigerung richtig einschenken.

2024 hatte das Parlament endlich grünes Licht gegeben für eine umfassende Digitalisierung der Branche unter dem Namen «Digisanté». Ein Rahmenkredit von 400 Millionen Franken sollte bis 2035 für die dringende Modernisierung der Datenstrukturen sorgen.

Doch keine Idee ist so gut, dass sie nicht aus kurzfristigen Geldnöten abgeschossen werden kann. Das eidgenössische Departement des Innern muss aufgrund des kürzlich vom Parlament abgesegneten «Entlastungspaket 27» das zentrale Programm für ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen drastisch zusammenstreichen.

Der Schweizer Gesundheitszug wird wegen der fehlenden Investitionen noch lange ähnlich der Deutschen Bahn durch die Landschaft ruckeln. Im Nachbarland Österreich hat das Economica Institut für Wirtschaftsforschung kürzlich eine Studie vorgelegt, die sich mit den Zeit- und Kosten-Gewinnen beschäftigt, die der digitale Schnellzug dort einfährt. Bereiche mit weit fortgeschrittener Digitalisierung meldeten eine massive Beschleunigung administrativer Abläufe sowie eine Abnahme der Doppelspurigkeiten.[1] Dies führte zu einer Entlastung des Personals und kürzeren Wartezeiten für Patientinnen und Patienten.

In der Schweiz dagegen werden Patientinnen und Patienten sowie Prämienzahlerinnen und Prämienzahler die gestrichenen Investitionen im Laufe der Jahre doppelt und dreifach bezahlen, denn eine veraltete Bürokratie ist enorm teuer. Aber wer legt den Verantwortlichen für diesen Fehlentscheid die Rechnung vor? ●

Birgit Voigt
ist eine erfahrene Wirtschaftsjournalistin mit vertieften Kenntnissen über die Pharmaindustrie und das Schweizer Gesundheitswesen. Mehr als 20 Jahre schrieb sie für die Wochenzeitung «NZZ am Sonntag».

[1] https://www.mp2.at/studie

«Der Schweizer Gesundheitszug wird wegen der fehlenden Investitionen noch lange ähnlich der Deutschen Bahn durch die Landschaft ruckeln.»

Wo ist die Anleitung?

Nur wenn Patientinnen und Patienten das medizinische Kauderwelsch in den Arztrechnungen verstehen, können sie wirksam zur Kontrolle im Gesundheitswesen beitragen.

Mehr zum Thema auf Seite 10.

Impressum: Erscheint 3x jährlich in deutscher und französischer Sprache.
Herausgeberin: CSS, Tribschenstrasse 21, CH-6002 Luzern;
E-Mail: dialog@css.ch; **Internet:** dialog.css.ch; **Chefredaktion:** Zoë Haas;
Produktion und Grafik: tnt-graphics
Fotos: Meinrad Schade, Herbert Zimmermann, Lea Meienberg,
Ruben Hollinger, Erwin Auf der Maur (Cover); **Illustrationen:** tnt-graphics;
Druck: Engelberger Druck AG, 6370 Stans

FSC www.fsc.org MIX Papier | Fördert gute Waldnutzung FSC® C009751

Druckprodukt mit finanziellem Klimabeitrag
ClimatePartner.com/11624-2511-1002