



---

## **Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung: Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2**

**als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative  
«Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kos-  
tenbremse-Initiative)»**

**Bericht über die Ergebnisse der Vernehmlassung**

---

# Inhaltsverzeichnis

---

<b>1</b>	<b>AUSGANGSLAGE .....</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>STELLUNGNAHMEN .....</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>ÜBERSICHT .....</b>	<b>5</b>
<b>4</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG DER STELLUNGNAHMEN .....</b>	<b>7</b>
<b>4.1</b>	<b>Stellungnahmen zur Vorlage im Allgemeinen .....</b>	<b>7</b>
<b>4.2</b>	<b>Stellungnahmen zur Zielvorgabe .....</b>	<b>10</b>
4.2.1	Artikel 21 Daten der Versicherer .....	14
4.2.2	Artikel 54 Kostenziele inkl. Übergangsbestimmungen.....	14
4.2.3	Artikel 54a Kostenblöcke .....	15
4.2.4	Artikel 54b Kostenziele der Kantone.....	16
4.2.5	Artikel 54c Fristen und Folgen bei deren Nichteinhaltung .....	16
4.2.6	Artikel 54d Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele inkl. Übergangsbestimmungen.....	16
4.2.7	Artikel 54e Eidgenössische Kommission für Kostenziele .....	17
4.2.8	Artikel 55 .....	18
<b>4.3</b>	<b>Stellungnahme zur Erstberatungsstelle.....</b>	<b>18</b>
<b>4.4</b>	<b>Stellungnahme zum Netzwerk zur koordinierten Versorgung .....</b>	<b>24</b>
4.4.1	Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe o .....	28
4.4.2	Artikel 36b Netzwerke zur koordinierten Versorgung .....	29
4.4.3	Artikel 48a Tarifverträge mit Netzwerken zur koordinierten Versorgung inkl. Übergangsbestimmungen.....	29
<b>4.5</b>	<b>Stellungnahmen zu den Programmen der Patientenversorgung .....</b>	<b>29</b>
<b>4.6</b>	<b>Stellungnahme zu Artikel 32 Absatz 3 (Rechtsgrundlagen für die differenzierte Prüfung der Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Artikel 32 KVG sowie für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung) .....</b>	<b>31</b>
4.6.1	Artikel 32 Absatz 3 .....	31
<b>4.7</b>	<b>Stellungnahmen zu den Preismodellen und Rückerstattungen sowie Ausnahme vom Recht auf Zugang zu amtlichen Dokumenten.....</b>	<b>32</b>
4.7.1	Artikel 18 Absatz 2 <sup>septies</sup> inkl. Übergangsbestimmungen.....	35
4.7.2	Artikel 42 Absatz 2 zweiter Satz .....	35
4.7.3	Artikel 52b Rückerstattungen.....	35
4.7.4	Artikel 52c Ausnahme vom Recht auf Zugang zu amtlichen Dokumenten.....	36
<b>4.8</b>	<b>Stellungnahme zu Artikel 41 Absatz 1 (Faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl) inkl. Übergangsbestimmungen .....</b>	<b>36</b>
<b>4.9</b>	<b>Stellungnahme zu Artikel 42 Absatz 3ter (Elektronische Rechnungsübermittlung) inkl. Übergangsbestimmungen .....</b>	<b>37</b>
<b>4.10</b>	<b>Stellungnahme zu Artikel 42a Absatz 2-3 (Versichertenkarte) .....</b>	<b>38</b>

<b>4.11</b>	<b>Stellungnahmen zu den Anpassungen im IVG .....</b>	<b>38</b>
<b>4.12</b>	<b>Stellungnahmen zu Artikel 64 Absatz 7 Buchstabe b und c (Kostenbeteiligung Mutterschaft: Gleichbehandlung der Patientinnen) .....</b>	<b>39</b>
<b>4.13</b>	<b>Nicht weiter verfolgte Massnahmen .....</b>	<b>40</b>
4.13.1	Einführung Beschwerderecht (M33) .....	40
4.13.2	Festsetzung einer Budgetvorgabe im ambulanten Bereich (M37) .....	40
<b>4.14</b>	<b>Weitere Vorschläge .....</b>	<b>41</b>
<b>ANHANG: LISTE DER VERNEHMLASSUNGSTEILNEHMER.....</b>		<b>44</b>

## 1 Ausgangslage

Am 19. August 2020 hat der Bundesrat das EDI beauftragt, bis am 19. November 2020 bei den Kantonen, den politischen Parteien, den gesamtschweizerischen Dachverbänden der Gemeinden, Städte und Berggebiete, den gesamtschweizerischen Dachverbänden der Wirtschaft und den anderen interessierten Kreisen eine Vernehmlassung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2 als indirekten Gegenvorschlag zur Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» der Christlich-Demokratischen Volkspartei (CVP) durchzuführen.

In der Vernehmlassungsvorlage wurden elf Massnahmen in den Bereichen Zielvorgabe, Stärkung der koordinierten Versorgung, Kompetenzen des Bundes bezüglich der Vergütung medizinischer Leistungen, Referenztarife bei ausserkantonalen Spitalbehandlungen sowie elektronische Rechnungsübermittlung geprüft. Anschliessend wurden zu neun Massnahmen Anpassungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vorgeschlagen. Mit den Anpassungen im KVG wurden auch im Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG) entsprechende Anpassungen vorgeschlagen. Ergänzt wurden die Massnahmen durch eine Präzisierung der Kostenbeteiligung bei Mutterschaft zur Gleichbehandlung der Patientinnen.

Konkret wurden folgende Gesetzesanpassungen vorgeschlagen:

1. Einführung einer **Zielvorgabe**, welche Kostenziele für das OKP-Wachstum definieren sowie Massnahmen zur Korrektur bei allfälligen Zielüberschreitungen festlegen soll;
2. Einführung einer **Erstberatungsstelle**, an die sich die Versicherten bei gesundheitlichen Problemen zuerst wenden. Diese Stelle berät die Patienten und Patientinnen und behandelt sie selber oder verweist sie an einen anderen Leistungserbringer;
3. Stärkung der koordinierten Versorgung durch die Definition von **Netzwerken zur koordinierten Versorgung** als eigene Leistungserbringer;
4. Förderung von **Programmen der Patientenversorgung** zur Stärkung der koordinierten Versorgung;
5. Regelung für die Vereinbarung von **Preismodellen und allfälligen Rückerstattungen**;
6. **Ausnahme vom Zugang zu amtlichen Dokumenten** betreffend die Höhe, Berechnung und Modalitäten von Rückerstattungen im Rahmen von Preismodellen;
7. Schaffung von **Rechtsgrundlagen für eine differenzierte Prüfung der WZW-Kriterien** sowie für die **Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung** von Analysen, Arzneimitteln sowie Mitteln und Gegenständen;
8. Festlegung von **Referenztarifen für ausserkantonale Wahlbehandlungen** zur Förderung des kantonsübergreifenden Wettbewerbs unter den Spitälern;
9. Verpflichtung der Leistungserbringer und Versicherer zur **elektronischen Rechnungsübermittlung**;
10. **Invalidenversicherung**: Analoge oder gleichgerichtete Ausgestaltung wie im KVG betreffend die Regelung für die Vereinbarung von Preismodellen und allfälligen Rückerstattungen, die Ausnahme vom Zugang zu amtlichen Dokumenten betreffend die Höhe, Berechnung und Modalitäten von Rückerstattungen im Rahmen von Preismodellen, die Schaffung von Rechtsgrundlagen für eine differenzierte Prüfung gemäss den WZW-Kriterien und die elektronische Rechnungsübermittlung;
11. **Präzisierung der Kostenbeteiligung bei Mutterschaft** zur Gleichbehandlung der Patientinnen vorgeschlagen.

## 2 Stellungnahmen

Im Rahmen der Vernehmlassung sind 328 Stellungnahmen von folgenden Organisationen und Personen eingegangen:

- allen Kantonen sowie der GDK;
- 8 in der Bundesversammlung vertretenen politischen Parteien (BDP, CVP, EVP, glp, GPS, FDP, SPS, SVP) und der Alternativen Liste Zürich;
- der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete (SAB), dem Schweizerischen Städteverband (SSV), dem Schweizerischen Gemeindeverband (SGV) sowie der Arbeitsgruppe Berggebiet;
- 7 gesamtschweizerischen Dachverbänden der Wirtschaft (ASSGP, CP, economiesuisse, SAV, SGB, SGV-USAM, scienceindustries) und 3 regionalen Dachverbänden der Wirtschaft (FER, GRIP, Handelskammer beider Basel);
- 3 Konsumentenverbänden (ACSI, FRC, SKS) und der Eidgenössischen Kommission für Konsumentenfragen (EKK);
- 30 Patientenverbänden und -organisationen (AGILE.CH, AGS, Blaues Kreuz Schweiz, CFCH, chronischkrank.ch, Ehlers-Danlos Netz Schweiz, Engagés pour la Santé, Evivo, FSP / DVSP, GELIKO, graap, IGSK, kindsverlust.ch, Krebsliga Schweiz, LdS, Lungenliga Schweiz, Netzwerk Gutes Alter, oncosuisse, PCS, Procap, ProRaris, QCC, RDAF, SF MVB, SGB-FSS, SPO, SSR, VASOS FARES, Verein Morbus Wilson, verein-mps);
- 107 betroffenen Leistungserbringerverbänden (AllKidS, Argomed, ARLD, ASPS, ASI, ALOSI, AVASAD, BK-Heb, CURAVIVA, DAKOMED, DLV, EVS, FMCH, vaka, **H+**, imad, IGGH-CH, iph, KSA, KSB, K/SBL / C/APSL, LUPS, MEDGES, mfe, mws, OdA AM, SGP, VSSG, physiosuisse, PKS, PBL, PUK, PULSUS, SBK, SGAP-SPPA, SGPMR, SGI, SNG, SVS, SVPC, SGAIM, SGDVG, pharmaSuisse, SDV, SHV, svbg, SVDE ASDD, GSASA, VFP, Spitex Schweiz, SGM, SMHC, SSIPM, unimedsuisse, UPD, USB, FAMH, VPSB, VSVA, vsao, senesuisse, VKZ, FMPP, FMH, VLSS, mediX, VBSAE, VDPS, VKJC, VPPS, vips, ZHAW/IHB, zmed, Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, Chirosuisse, Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie Sektion Schaffhausen, Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen, Forel Klinik AG Klinik für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, Gesundheitszentrum Fricktal AG, Hirslanden AG, Hirslanden Klinik Birshof AG, Hirslanden Klinik St. Anna, Insel Gruppe AG, Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland, Interessengemeinschaft Schweizer Pharma KMU, Klinik Schützen Rheinfelden, medswiss.net, P.IP, Privatklinik Wyss, Psychiatrische Dienste Aargau AG, Salina Medizin AG (Rehaklinik), Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie, Service de dermatologie et vénéréologie Hôpitaux Universitaires de Genève, Spital Zollikerberg, Stadtspital Waid und Triemli, Swiss Cancer Screening, Swiss Dental Hygienists, Swiss Medical Network, Swiss Nurse Leaders, Triaplus AG, Universitätsklinik Balgrist, Verein Barmelweid, Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler, KJM, ZRS);
- der KKA und 11 kantonalen (Zahn-)Ärztegesellschaften (AAV, AeGLU, AGZ, ÄTG, BEKAG, BüAeV, KOCH, OMCT, SMVS, SSO, SVM, VKZS);
- 54 von Mitgliedern der SGDVG;
- 36 von Mitgliedern der FMPP;
- 5 Einzelärzten;
- 3 Versichererverbänden (curafutura, santésuisse, SVV) und 4 Versicherern (Assura, CSS, Groupe Mutuel, SWICA);
- 17 Anderen (ABSG, AEG, alliance F, AT, Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen, FGS, fmc, GFCH, IG eHealth, MediData AG, MTK, Öffentlichkeitsgesetz.ch, Public Health Schweiz, Public Eye, PRISM, SAGES, Swiss Medtech) und 6 Privatpersonen;

## 3 Übersicht

Im Folgenden werden die Rückmeldungen zu jeder Massnahme in der Vernehmlassungsvorlage kurz zusammengefasst:

Zur Massnahme **Zielvorgabe** haben sich insgesamt 280 Vernehmlassungsteilnehmende geäussert. Die Massnahme wurde von einer deutlichen Mehrheit abgelehnt. Vor allem die Leistungserbringer, Patienten- und Konsumentenverbände lehnen die Massnahme ab, aber auch viele Versicherer und Organisationen der Wirtschaft. Demgegenüber äussert sich eine Mehrheit der Kantone zurückhaltend positiv, allerdings mit vielen Vorbehalten und Fragezeichen. Ähnlich gemischt fallen die Rückmeldungen der Parteien und der Verbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete aus.

Zur Massnahme **Erstberatungsstelle** haben sich insgesamt 301 Vernehmlassungsteilnehmer geäussert. Die Massnahme wurde von einer deutlichen Mehrheit abgelehnt, dies vor allem von den Leistungserbringern, Verbänden der Wirtschaft, der Versicherer und den Dachverbänden der Gemeinden, Städte und Berggebiete sowie den Patientenverbänden und –organisationen. Die Konsumentenverbände, ein Grossteil der Kantone und Teile der politischen Parteien äussern sich verhalten positiv zur Massnahme.

Zur Massnahme **Netzwerke zur koordinierten Versorgung** haben sich insgesamt 282 Vernehmlassungsteilnehmer geäussert. Grundsätzlich sprechen sich fast alle Stellungnehmenden für die Förderung der koordinierten Versorgung aus, viele Akteure lehnen hingegen die konkrete Massnahme ab. Positiv äussern sich insbesondere die Kantone, Organisationen der Gemeinden, Städte und Berggebiete, Konsumentenverbände und Patientenorganisationen. Eher negativ äussert sich ein Grossteil der Leistungserbringer, Dachverbände der Wirtschaft, der Versicherer und der politischen Parteien.

Zur Massnahme **Programme zur Patientenversorgung** haben sich insgesamt 206 Vernehmlassungsteilnehmer geäussert. Die Massnahme wurde von einer grossen Mehrheit begrüsst. Geteilter Meinung sind die Leistungserbringer. Die Versicherer lehnen die Massnahme ab.

Zur Massnahme **Rechtsgrundlagen für die differenzierte Prüfung der Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Artikel 32 KVG sowie für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung** haben sich insgesamt 249 Vernehmlassungsteilnehmer geäussert. Die Massnahme wurde von einer Mehrheit begrüsst. Unterstützt wird der Vorschlag von einem Grossteil der Kantone, Konsumentenverbände und Versicherer sowie Teilen der politischen Parteien, Patientenorganisationen und Leistungserbringer. Die Dachverbände der Wirtschaft lehnen die Massnahme ab.

Zu den Massnahmen **Preismodelle und Rückerstattungen sowie Ausnahme vom Recht auf Zugang zu amtlichen Dokumenten** haben sich insgesamt 126 Vernehmlassungsteilnehmer geäussert. Preismodelle wurden von einer grossen Mehrheit begrüsst, kritisch äussern sich vor allem Teile der Versicherer und Leistungserbringer. Die Ausnahme vom Öffentlichkeitsgesetz hingegen wurde von einer Mehrheit abgelehnt. Dazu gehören Teile der politischen Parteien, der Dachverbände der Wirtschaft, der Leistungserbringer, der Patientenorganisationen und die Mehrheit der Versicherer und Konsumentenverbände.

Zu der Massnahme **Faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl** haben sich insgesamt 102 Vernehmlassungsteilnehmer geäussert. Die Massnahme wurde von einer deutlichen Mehrheit begrüsst. Negativ äussern sich Teile der Leistungserbringer, politischen Parteien und der Kantone.

Zur Massnahme **Elektronische Rechnungsübermittlung** haben sich insgesamt 145 Vernehmlassungsteilnehmer geäussert. Die Massnahme wurde von einer Mehrheit begrüsst. Kritisch äussern sich hauptsächlich Teile der Leistungserbringer. Zu den Anpassungen bei der Versichertenkarte haben sich insgesamt 17 Vernehmlassungsteilnehmer mehrheitlich positiv geäussert.

Zu den **analogen Anpassungen im Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG)** haben sich insgesamt 48 Vernehmlassungsteilnehmer geäussert. Die Anpassungen werden grösstenteils positiv beurteilt. Bedenken werden insbesondere seitens des Patientenverbände und –organisationen vorgebracht.

Zu den Anpassungen betreffen **Kostenbeteiligung Mutterschaft: Gleichbehandlung der Patientinnen** haben sich insgesamt 48 Vernehmlassungsteilnehmer geäußert. Die Massnahme wurde von einer grossen Mehrheit begrüßt. Ablehnend äussern sich hauptsächlich die Dachverbände der Wirtschaft.

## 4 Zusammenfassung der Stellungnahmen

### 4.1 Stellungnahmen zur Vorlage im Allgemeinen

Die **GDK** und ein Grossteil der **Kantone** (AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TI, UR, VD, VS, ZH, ZG) begrüßen die Stossrichtung des Kostendämpfungsprogramms und unterstützen die vorgeschlagenen Gesetzesänderungen mehrheitlich. Sie weisen darauf hin, dass die Gesamtsicht auf das System gewahrt werden muss und insbesondere die Versorgungssicherheit und –qualität beachtet werden müssen. Weiter betrachten sie einige der Massnahmen wie die Zielvorgabe und Erstberatungsstelle als noch nicht ganz ausgereift und regen an, den Fokus des Pakets auf die koordinierte Versorgung zu legen. Wenige Kantone lehnen die eine der beiden Massnahmen explizit ab (GL, SG, AI, VS). Laut GL würden mit der vorgeschlagenen Ausgestaltung der Massnahmen zudem die marktwirtschaftlichen Elemente im Gesundheitswesen weiter zurückgedrängt. Es bestehe die Gefahr, dass der Staat die angedachte zentrale Koordinations- und Steuerungsfunktion nicht ohne markante negative Nebenwirkungen auf Qualität, Prävention und öffentliche Gesundheit wahrnehmen könne. Auch SG befürchtet unerwünschte Nebeneffekte wie eine Rationierung von wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen Leistungen. GR betont, dass insbesondere bei der Umsetzung der Massnahme "Stärkung der koordinierten Versorgung" darauf zu achten sei, die bereits von den Kantonen angestossenen Entwicklungen in Richtung einer koordinierten Versorgung nicht zu behindern. BE gibt zu bedenken, dass der administrative Aufwand nicht grösser werden dürfe, da ansonsten die beabsichtigten Kosteneinsparungen unterlaufen würden, und stellt sich die Frage, ob nicht die Gefahr bestehe, dass sich die Massnahmen kaum kostendämpfend auswirken werden. VD und NE heben weiter die wichtige Rolle der Kantone als Verantwortliche und Garanten der Gesundheitsversorgung hervor und zeigen sich erfreut über die für sie vorgesehenen neuen Befugnisse innerhalb von Paket 2. TI hingegen betont, dass grundsätzlich Massnahmen im Fokus stehen sollen, die auf der Initiative der Tarifpartner und Kantone basieren. TG lehnt die gesamte Vorlage ab, weil sie im klaren Widerspruch zu den Zielen der Bundesverfassung und dem im Bundesgesetz über die Krankenversicherung festgehaltenen Versicherungsprinzip stehe. Stattdessen solle der Prozess der Prämiengenehmigung grundsätzlich überprüft werden, um den Anliegen der Kantone Rechnung zu tragen, um die Operationalisierung der Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit zu verstärken und die Qualitätssicherung im ambulanten Bereich, zu welcher der Bundesrat seit 1998 verpflichtet ist, umzusetzen.

Die **politischen Parteien** unterstützen die Bemühungen des Bundesrates, kostensparende Massnahmen im Gesundheitswesen umzusetzen. BDP, CVP und glp begrüßen, dass der Bundesrat mit dem zweiten Massnahmenpaket konkrete Massnahmen vorschlägt. SP und AL ZH betonen, dass kostensparende Massnahmen nur dann umgesetzt werden dürfen, wenn diese die Qualität der Versorgung und die Patientensicherheit nicht beeinträchtigen, zu keinen Rationierungserscheinungen und sozialen Benachteiligungen, insbesondere für die vulnerabelsten und sozial schwächsten Bevölkerungsschichten, führen. Die Entwicklung einer Zwei- oder Mehrklassenmedizin müsse verhindert werden. Die EVP stellt eine bestmögliche Nutzung der Fähigkeiten der unterschiedlichen Gesundheitsberufe zur Stärkung der Grundversorgung und der Lebensqualität von Patientinnen und Patienten in den Fokus. SP und EVP unterstützen weiter die Stossrichtung der Kostenbremse-Initiative, lehnen den Vorschlag jedoch aus verschiedenen Gründen (keine Verfassungsänderung nötig, Angst vor Rationierungen oder Zweiklassen-Medizin) ab. Die GPS weisen darauf hin, dass das Gesundheitswesen an systemimmanenten Fehlern krankt, die auch mit der vorliegenden Reform

nicht angegangen werden: Viele der heute festgestellten Probleme seien die Konsequenz einer immer stärkeren Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Ziel müssen grundlegende Reformen sein, die eine Stärkung des Service-Public-Gedanken sowie einen Ausbau der öffentlichen Steuerung und der sozialen Finanzierung im Gesundheitswesen zum Ziel hätten. FDP und SVP lehnen Paket 2 als indirekten Gegenvorschlag ab, da es in keiner Weise den regulierten Wettbewerb im Gesundheitssystem stärke, auf eine vollständige Verstaatlichung des Gesundheitssystems zusteure und kein gesichertes Sparpotential erkennbar sei.

Von den **Dachverbänden der Gemeinden, Städte, Berggebiete** lehnen SAB, AG Berggebiet und SGV den indirekten Gegenvorschlag und damit das Massnahmenpaket ab. Grund dafür ist die Befürchtung, dass die zahlreichen Bestimmungen und engen Vorgaben das Gesundheitswesen komplizierter machen, eine echte koordinierte Versorgung und interdisziplinäre Zusammenarbeit erschweren und damit das eigentliche Ziel der Eindämmung der Gesundheitskosten verfehlen (SGV) und dass sich durch die vorgeschlagenen Massnahmen die Schere zwischen Kosten und Versorgungsqualität in den ländlichen Gebieten immer mehr öffne (SAB, AG Berggebiet). Nur der SSV begrüsst die Massnahmen zur Kostendämpfung grundsätzlich. Allerdings müsse die Qualität der medizinischen Leistungen sowie die Versorgungssicherheit gewährleistet bleiben und eine Zweiklassenmedizin verhindert werden.

Bei den **Dachverbänden der Wirtschaft** zeigt der SGB Verständnis für die Beweggründe des Bunderates, gibt aber zu bedenken, dass angesichts des sich parallel manifestierenden substanziellen Personalmangels und der hohen Berufsausstiegsquoten beim Pflegepersonal eine weitere Verschlechterung der Arbeitsbedingungen in den Pflegeberufen um jeden Preis verhindert werden müsse. Auch FER und SGV-USAM befürworten eine Kostendämpfung, lehnen das Paket und indirekten Gegenvorschlag jedoch ab. Der SGV-USAM bemängelt primär die fehlende Priorisierung im Gesundheitswesen, um Sparmassnahmen vor allem auf kostenintensive Bereiche mit Überversorgung fokussieren zu können. Mit dem ASSGP ist er sich einig, dass bei der Diskussion um Kosten immer auch an nicht-OKP-pflichtige Bereiche aus dem Gesundheitswesen gedacht werden muss, die nachweislich Kosten im Bereich der OKP verhindern können, z.B. im Bereich der Selbstmedikation. Laut Scienceindustries, GRIP und der Handelskammer beider Basel trägt der einseitige Fokus der Vorlage auf die Kostendämpfung wenig zu einem zukunftsgerichteten, nachhaltigen Gesundheitswesen und vor allem zu einer weiteren administrativen Belastung aller Beteiligten bei. Leistungen und Qualität für Patienten würden beschnitten, der Zugang zur Innovation behindert und der Innovationsstandort geschwächt. Die Massnahmen sollen den Nutzen für die Patienten ins Zentrum der Gesundheitspolitik stellen und ein hochwertiges Gesundheitsdaten-Ökosystem unterstützen. Zudem betrachten sie erneute Massnahmen im Arzneimittelbereich als verfrüht, solange die Effekte der neu geregelten dreijährlichen Preisüberprüfungen noch nicht abschliessend beurteilt wurden.

Die **Konsumentenverbände** stehen der Vorlage grösstenteils positiv gegenüber. FRC und ACSI befürchten jedoch, dass die meisten Massnahmen zu komplex und umfassend sind, um wirkungsvoll zu sein, und damit auch die Erfolgchancen im Parlament oder vor dem Volk im Falle eines Referendums schmälern werden. Die SKS betont, wie wichtig es ist, neben der Reduktion der Kosten auch die Erhaltung und wenn möglich Steigerung der Versorgungsqualität und der Patientensicherheit sicherzustellen.

Die Verbände der **Versicherer** stehen Paket 2 gespalten gegenüber. CSS, assura und santésuisse sehen im zweiten Massnahmenpaket wichtige Ansätze, um die Kostenentwicklung nachhaltig zu bremsen, lehnen gewisse Massnahmen aber aus Gründen der Überregulation und möglichen Intransparenz ab (CSS) oder sprechen ihnen gar den Kostendämpfungseffekt ab (santésuisse). Curafutura, SWICA, Groupe Mutuel und SVV lehnen das Gesamtpaket ab, anerkennen aber den Handlungsbedarf. santésuisse sowie curafutura betonen, dass grundsätzlich Lösungen vorgezogen werden sollten, die für das Ziel der Kostendämpfung auf bessere Anreize, Wettbewerb, Vertragsfreiheit und dezentrale Entscheidungen setzen. Es brauche deshalb in erster Linie eine Verbesserung der Rahmenbedingungen und



eine konsequente Umsetzung geltender Regelungen (curafutura, SVV). Die vorgesehenen Anpassungen im KVG würden den nutzenorientierten Wettbewerb einschränken, die Rahmenbedingungen für Innovation zu Ungunsten der Versicherten verschlechtern, die Tarifpartnerschaft schwächen und die Verstaatlichung des Gesundheitswesens einläuten (curafutura, SWICA, Groupe Mutuel, SVV). Die SWICA bezeichnet die Vorlage zudem als zu umfassend und politisch nicht umsetzbar und empfiehlt eine Aufteilung des Pakets. Als Schwachstellen eruiert sie weiter die fehlenden Schätzungen zu den konkreten Auswirkungen der Massnahmen auf Kosten und andere laufende KVG-Revisionen. Nicht zuletzt regt die SWICA dazu an, Klarheit zu schaffen bezüglich der zukünftigen Ausgestaltung des Gesundheitssystems.

Zwar anerkennt die überwiegende Mehrheit der **Leistungserbringer** die Kostenproblematik und erklärt sich bereit, an Lösungen zur Ausschöpfung des Effizienzpotentials mitzuwirken, lehnt aber die Initiative wie auch den indirekten Gegenvorschlag ab (z.B. H+ und weitere Spitäler). Viele erwarten gravierende Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit und Versorgungsqualität, welche zu einer Zweiklassenmedizin und Rationierungen führen. Zudem untergrabe der Vorschlag die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten und führe zu sozialen Ungerechtigkeiten (FMH, GFZ, KKA und andere kantonale Ärztegesellschaften, Klinik Schützen Rheinfelden, PKS, SMAG, SSO, unimedsuisse, Universitätsklinik Balgrist, vaka, vips, VKZS, VLSS, VZK u.a.). Der Qualitätswettbewerb und weitere hängige Revisionen müssen hingegen stärker verfolgt werden (VZK, Balgrist, PKS, SGDV). Die reine Steuerung über die Finanzen berge überdies die Gefahr, dass man die angestrebte Effizienzsteigerung mittels Druck auf das Gesundheitspersonal erreichen möchte und somit den Mangel an Fachpersonen begünstigen würde (ÄTG, SBK-ASI). Im Gegenteil müsse die Dominanz der ärztlichen Befugnisse verkleinert und die Pflege gestärkt werden, was ebenfalls Kosten dämpfen könne (VFP). Ein Grossteil der Leistungserbringer sieht sich darin bestätigt, dass der regulierte Wettbewerb durch eine zentralisierte, planwirtschaftliche und rein auf Kosteneinsparungen reduzierte Steuerung des Gesundheitswesens abgelöst wird. Dies bremse die dringend nötige Innovation und widerspreche der Tarifpartnerschaft (FMCH, FMH, GFZ, Hirslanden AG und dazugehörige Kliniken, iph, IPW, LUPS, PBL, PKS, PUK, SGM, SGAP-SPPA, SGDV und dem Verband angehörige Ärztinnen und Ärzte, SMHC, SVPC, Triaplus AG, UPD, vaka, VDPS, VKJC, VLSS, VPPS, VZK, pharmaSuisse, SSO, VKZS, VSVA u.a.). Die Gefahr sei gross, dass die kantonale Mehrfachrolle weiter verkompliziert und mehr Bürokratie folgen würden (Hirslanden Klinik Birshof, PKS). Die FMH stellt gar die Verfassungsmässigkeit der Vorlage in Frage. Verschiedene Stellungnehmer zeigen sich irritiert über die Ähnlichkeit gewisser Massnahmen zur Managed Care-Vorlage, die in einer Volksabstimmung abgelehnt wurde (KKA und kantonale Ärztegesellschaften, VLSS). Andere kritisieren, dass der Fokus der Massnahmen hauptsächlich auf die Leistungserbringer ausgerichtet sei (mfe, KKA und kantonale Ärztegesellschaften, SGP, SGAIM, vaka u.a.). Vor allem Leistungserbringer aus dem stationären Bereich äussern Unverständnis über Kostendämpfungsmassnahmen, währenddem den Spitälern durch die Corona-Pandemie hohe Zusatzkosten entstehen, die sie selbst decken müssen (GFZ, Klinik Schützen Rheinfelden, vaka). Wenige Leistungserbringer weisen darauf hin, dass die medizinisch nicht begründbare Mengenzunahme kein Problem darstellt (VBSAE) und die aktuellen Entwicklungen zeigen, dass sich die Kosten stabilisiert haben (SGDV, unimedsuisse). Zudem fehle eine Auseinandersetzung mit gerechtfertigten und nicht gerechtfertigten Kosten, eine dringend notwendige Priorisierung im Gesundheitswesen (Spitex Schweiz, CURAVIVA, senesuisse) oder ein grundsätzliches Überdenken des gesamten Systems (ASPS).

Die grosse Mehrheit der **Patientenverbände und -organisationen** äussert sich positiv zu Paket 2. Fast alle geben aber zu bedenken, dass die Versorgungsqualität und Patientensicherheit aufgrund der kostendämpfenden Massnahmen nicht gefährdet werden dürfen und die Chancengerechtigkeit gewahrt werden muss (AGS, Blaues Kreuz Schweiz, chronischkrank.ch, GELIKO, Krebsliga Schweiz, Lungenliga Schweiz, oncosuisse, QCC, SGB-FSS, SPO). Wichtige Aspekte wie Massnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prä-

vention seien vergessen gegangen (AGS, Blaues Kreuz Schweiz, chronischkrank.ch, Engagés pour la Santé, Evivo, FSP/DVSP, GELIKO, Krebsliga Schweiz, Lungenliga Schweiz, oncosuisse, QCC, Seniorenrat, SF MVB, VASOS FARES). Aufgrund der unklaren Ausgestaltung der Massnahmen seien die Konsequenzen auf die Qualität der Behandlung für die Patientinnen und Patienten unsicher. Eine vertiefte Meinungsbildung sei deshalb schwierig. Je nach Ausgestaltung bestehe aber die Gefahr, dass die Massnahmen sich nachteilig auf Betroffene mit seltenen Krankheiten auswirken und zu Rationierungen führen könnten, weshalb viele die Kostenbremse-Initiative explizit ablehnen (VASOS FARES, Engagés pour la Santé, Verein Morbus Wilson, AGILE.CH, graap, verein-mps, ProRaris, CFCH). Seniorenrat, VASOS FARES bedauern, dass die Politik es verpasst habe, das neue Finanzierungsmodell mit einer Nachweispflicht der Indikations- und Behandlungsqualität und einer Stärkung der Qualität zu verknüpfen. FSP/DVSP findet es stossend, dass die Versicherer mit der Gesetzesänderung zu wenig in Verantwortung genommen würden. Zudem sollte es Ziel der Revision sein, das gesamte System einfacher zu gestalten und sicherzustellen, dass die Rechte der Patienten respektiert werden (FSP/DVSP, Engagés pour la Santé).

**Weitere Organisationen** kritisieren Paket 2 als nicht genügend strukturiert (BFG, FGS): Die einzelnen Massnahmen würden weder einen systemischen Sachzusammenhang aufweisen, noch über ein nachweisbares, nicht einmal plausibles Sparpotential im signifikantem Bereich verfügen. Gewisse Massnahmen könnten mit dem damit verbundenen Bürokratieaufwand sogar zu einem Kostenanstieg führen. Die Massnahmen würden zudem auf einer einseitigen, etatistischen Sichtweise beruhen und zu einer massiven Zunahme an staatlicher Planung, der weitgehend kein signifikanter Nutzen gegenübersteht, führen. Auch aus Sicht der IG eHealth können die Ziele der Kostensenkung und Effizienzverbesserungen mit den vorgeschlagenen Massnahmen nicht erreicht werden. Zudem vermissen sie die Förderung von digitalen Instrumenten. Das BFG bedauert, dass einige der Massnahmen der Expertengruppe eliminiert wurden. Laut fmc besteht die Gefahr, dass der einseitige Blick auf die Kosten Fragen der Qualität zu wenig berücksichtigt. Bei allen Massnahmen gilt es immer, die Versorgungsqualität sowie Chancen- und Zugangsgerechtigkeit zu gewährleisten.

## 4.2 Stellungnahmen zur Zielvorgabe

Zu dieser Massnahme haben sich insgesamt **280 Vernehmlassungsteilnehmende** geäussert. Die Massnahme wurde **von einer deutlichen Mehrheit abgelehnt**. Vor allem die Leistungserbringer, Patienten- und Konsumentenverbände lehnen die Massnahme ab, aber auch viele Versicherer und Organisationen der Wirtschaft. Demgegenüber äussert sich eine Mehrheit der Kantone zurückhaltend positiv, allerdings mit vielen Vorbehalten und Fragezeichen. Ähnlich gemischt fallen die Rückmeldungen der Parteien und der Verbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete aus.

Die **GDK** und viele **Kantone** (ZH, LU, UR, ZG, SZ, OW, NW, FR, SO, BS, BL, SH, AR, GR, AG, VD, VS, NE, GE, JU) begrüessen die Stossrichtung, das Kostenwachstum mit Handlungsspielraum für die Kantone zu steuern. Die Vorlage sei aber zu wenig konkret und ausgereift. Kritisch beurteilt werden der Top-Down-Ansatz, die Praxistauglichkeit und die Konsequenzen für die Versorgung. Eine jährliche Anpassung ist besonders für kleinere Kantone nicht praktikabel. Kostenprognosen sind unsicher, und eine Zielvorgabe zementiert das Silodenken in Kostenblöcken. Einige Kantone betrachten die Massnahme sehr kritisch (BE) oder lehnen sie ab (AI, GL, SG, TG). Zulassungsbeschränkungen und Spitalplanung reichen zur Kostensteuerung aus. Die Vorlage sei nicht durchdacht, behindere die koordinierte Versorgung, führe zu administrativem Aufwand und sei besonders für kleinere Kantone nicht praktikabel. Laut TI sollte die Kostensteuerung statt top-down von einzelnen Kantonen und Tarifbereichen ausgehend erfolgen, wie Globalbudgets für den stationären Bereich, degressive Tarife oder die Steuerung des ambulanten Angebots. SH regt an, Korrekturen über Mengen statt über Preise zu prüfen, beispielsweise über stationäre Leistungsaufträge, Zulassungsbeschränkungen im ambulanten Bereich, Begrenzungen der Anzahl Taxipunkte oder der Wahloperationen in Listenspitälern des Kantons. Tarifierungen dauern jahrelang und werden mit Mengenausweitung kompensiert. Einige Kantone (ZH, VD, VS, NE) wünschen sich, dass die Auswirkungen

in der Regulierungsfolgenabschätzung eingehend analysiert und die Ergebnisse in der Botschaft ausgewiesen werden. BE weist darauf hin, dass unklar bleibt, ob und wie der Bereich der Langzeitpflege betroffen ist. Für die GDK und viele Kantone (ZH, BE, LU, UR, GL, ZG, SZ, OW, NW, FR, SO, BS, BL, AR, AI, SG, GR, AG, VD, VS, NE, JU) spricht die fiskalische Äquivalenz für das Prinzip Wohnkanton, es bringt aber Umsetzungsprobleme und bricht mit der Spitalplanungslogik. VD wünscht, dass sich Zielvorgaben auf den Standortkanton des Leistungserbringers beziehen, ZG hingegen spricht sich explizit für den Wohnkanton aus. VS bemerkt, dass ausserkantonale Behandlungen schwierig zu steuern seien.

Einige politische **Parteien** unterstützen Zielvorgaben für die Kostenentwicklung, wobei teilweise Vorbehalte bestehen zu Komplexität, Praxistauglichkeit, Rationierung und Qualität (SP, CVP, BDP, glp, EVP), andere hingegen lehnen sie als aufwändige Globalbudgets mit Rationierungswirkung ab (FDP, SVP). Laut GPS ist fraglich, ob Zielvorgaben Mengenausweitungen verhindern. Eine stärkere staatliche Steuerung wird zwar begrüsst, sie darf aber nicht den Zugang gefährden. Die AL ZH lehnt Zielvorgaben deshalb ab, sie führen zu Zweiklassenmedizin. Die EVP fände unter den Tarifpartnern vereinbarte mehrjährige Kostenziele besser.

Von den **Dachverbänden der Gemeinde, Städte und Berggebiete** äussert sich der SGV ablehnend zur Zielvorgabe, weil sie Kostenbewusste bestraft, zu Rationierung, Bürokratie und Silodenken führt und somit kontraproduktiv ist. Für den SSV sind viele Fragen offen, auch weil die RFA noch nicht vorliegt. Das Kostenproblem wird an die Leistungserbringer abgegeben, dies wird der Komplexität des Sachverhalts nicht gerecht. Mit einem Globalbudget kommt man nicht um eine Einschränkung des Leistungsangebots herum, es ist unklar, wie Zweiklassenmedizin und Qualitätsabbau verhindert werden können und wie der administrative Aufwand finanziert wird.

Sämtliche **Dachverbände der Wirtschaft** lehnen Kostenziele ab, weil diese Strukturen erhalten, Innovationen behindern, das optimale Kostenwachstum nicht zentral ermittelt werden kann (economiesuisse), Planwirtschaft und Zweiklassenmedizin die Folge sind (sgv) und weil sie systemwidrig und administrativ aufwändig sind und Rationierung droht (economiesuisse, sgv, scienceindustries, ASSGP, Handelskammer beider Basel, GRIP, CP, FER). Ein Globalbudget würde keine Anreize mehr schaffen, die qualitativ beste Versorgung zum besten Preis zu realisieren (CP). Der sgv könnte Kostenzielen nur zustimmen, wenn sie auf freiwilliger Basis unter den Tarifpartnern vereinbart würden. Laut SGB ist es für eine Sozialversicherung zwar systemfremd, dass keine Budgetvorgaben bestehen. Zielvorgaben werden aber abgelehnt, da die kostendämpfende Wirkung zweifelhaft ist, weil das vorgesehene Verfahren aufwändig ist und es zu viel Spielraum lässt.

Einige **Konsumentenverbände** begrüssen eine Zielvorgabe als wirksame Möglichkeit zur Kostensteuerung, auch wenn der Vorschlag administrativ aufwändig ist, eine Regulierungsfolgeabschätzung fehlt (SKS, ACSI) und mit einer separaten Qualitätsüberwachung unbedingt sichergestellt werden muss, dass die Kostendämpfung über die unnötigen medizinischen Leistungen erwirkt wird (EKK). Andere erachten den Vorschlag als zu komplex und fänden ein einfacheres, vom Bund geleitetes Verfahren - beispielsweise mit degressiven Tarifen oberhalb einer bestimmten Menge - besser (FRC).

Die Verbände der **Versicherer** bezeichnen den Top-down-Ansatz als nicht optimal und bevorzugen eine Kostensteuerung durch die Tarifpartner wie im ersten Kostendämpfungspaket vorgeschlagen (santésuisse) oder lehnen Zielvorgaben ab (curafutura, SVV). Mehr Transparenz und ein Kosten- und Mengenmonitoring werden aber begrüsst (santésuisse, curafutura, SVV). Assura und CSS unterstützen Zielvorgaben, die Tarifpartnerschaft wird durch zusätzlichen Druck zur Wirtschaftlichkeit gestärkt (CSS). Groupe Mutuel unterstützt Zielvorgaben nur bei einer Umsetzung durch die Tarifpartner. SWICA lehnt Kostenziele nicht per se ab, die Auswirkungen müssen allerdings klarer sein und die Kantone sollten nur bei fehlender Einigung der Tarifpartner eingreifen können.

**Nahezu sämtliche Verbände der Leistungserbringer äussern sich dezidiert ablehnend zur Zielvorgabe als faktische Globalbudgets. Globalbudgets haben eine geringe kostendämpfende Wirkung, es besteht die Gefahr von Mengenausweitung, Qualitäts- und Innovationsreduktion, Rationierung besonders zulasten Chronischkranker und Zweiklassenmedizin zulasten**

von Haushalten mit tiefen oder mittleren Einkommen, verbunden mit steigendem administrativem Aufwand (H+, AllKidS, SMHC, VDPS, VKJC, VPPS, SVPC, SGAP-SPPA, Forel-Klinik, SVS, GZF, USB, Hirslanden-Klinik Birshof, VZK, GSASA, Uniklinik Balgrist, SMAG, LUPS, PUK, Hirslanden Klinik St. Anna, Klinik Schützen Rheinfelden, Insel Gruppe AG, Hirslanden AG, UPD, IPW, SGM, VA-KA, PBL, Triaplus AG, Privatklinik Wyss, PDAG, ASL, ASM, KSA, KSB, VPSB, DSB, unimedsuisse, VNS, SWT, Spital Zollikerberg, PKS, Swiss Medical Network, Verein Barmelweid, VLSS, VBSAE, VNS, Service de Dermatologie et vénéréologie HUG, AeGLu, AGZ, Argomed, BEKAG, FMPP und 36 weitere Stellungnahmen, ZGPP, ZGKJPP, SGDv und 54 weitere Stellungnahmen, AAV, SBK, SNL, SGI, VFP, Spitex Schweiz, AVASAD, iph, vips, VSVA, ZRS, IG Schweizer Pharma KMU, VSSG, PharmaSuisse, FAMH, EVS, svbg, SVDE ASDD, FSP, DAKOMED, SDV, OdA AM, Physioswiss, P.IP, VSAO, KKA, KOCH, BüAeV, omct, SMVS, SVM, ÄTG, FMCH, mfe, SGP, SGAIM, KJM, SGP, SGPMR, SGR, medswiss.net, zmed, FMH, SSO, VKZS, ChiroSuisse, PULSUS, mws, Baur Tobias, Ruoss Cecile). Mit Kollektivstrafen würden effiziente Leistungserbringer bestraft (AllKidS, PKS, Swiss Medical Network, IG Schweizer Pharma KMU, PharmaSuisse, FAMH, Physioswiss, mfe, SGP, SGAIM, KJM, SGP). Die Festlegung von Kostenzielen sei mit dem Fokus auf Kosten statt Nutzen der falsche Ansatz. Für die Vergütung bilden nicht mehr betriebswirtschaftliche Daten die Grundlage. Eine unfaire Vergütung hätte Auswirkungen auf Qualität, mit Folgekosten, welche das mögliche Sparpotential übersteigen (SBK, SNL, SGI, VBSAE, VNS, Physioswiss, AGZ, FMPP und 36 Stellungnahmen, AeGLu, Argomed, KJM, SGP). Wenn die Leistungen wirtschaftlich erbracht werden, seien Tarifanpassungen abzulehnen (DAKOMED, SDV, OdA AM, KJM, SGP). Zielvorgaben würden die Überversorgung zwar reduzieren, die Problematik von Über-, Unter- und Fehlversorgung jedoch verschärfen (AGZ).

Die Vorlage sei unausgegoren, ungenügend begründet und mangelhaft koordiniert mit der KVG-Revision über die Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit und mit Artikel 47c KVG in Paket 1b (H+, SMHC, VDPS, VKJC, VPPS, SVPC, SGAP-SPPA, Forel-Klinik, SVS, GZF, USB, Hirslanden-Klinik Birshof, VZK, GSASA, Uniklinik Balgrist, SMAG, LUPS, PUK, Hirslanden Klinik St. Anna, Klinik Schützen Rheinfelden, Insel Gruppe AG, Hirslanden AG, UPD, IPW, SGM, VA-KA, PBL, Triaplus AG, Privatklinik Wyss, PDAG, ASL, ASM, KSA, KSB, VPSB, DSB, unimedsuisse, VNS, SWT, Spital Zollikerberg, Spitex Schweiz, AVASAD, SGDv und 54 weitere Stellungnahmen).

Zielvorgaben widersprechen dem Versicherungsprinzip und damit der Verfassung (FMH). Rationierung müsste wenn, dann gesellschaftlich begründet und nicht an die Leistungserbringer delegiert werden. Die Gesellschaft sollte darüber entscheiden, welche Leistungen versichert sind (AllKidS, AeGLu, mfe, SGP, SGAIM). Versicherer und Versicherte werden von den Kostenzielen aber nicht in die Pflicht genommen (ÄTG, mfe, SGP, SGAIM).

Dabei ist der Anteil der obligatorischen Gesundheitsausgaben am BIP in der Schweiz lediglich mittel. Die übrigen Kosten kommen in privat finanzierten Bereichen zustande, wo die Leistungen offensichtlich gewünscht und auch selbst finanziert werden. Zielvorgaben können nicht mit dem Anteil der gesamten Gesundheitskosten begründet werden. Ein Anstieg oberhalb des BIP-Wachstums ist nicht per se problematisch, da Gesundheit ein superiores Gut ist (KKA, AGZ, ZGPP, KOCH, BüAeV, omct, SMVS). Die Kostenentwicklung ist verkräftbar (AAV). Die Prämienlast ist eine sozialpolitische Herausforderung und sollte nicht einseitig in eine gesundheitspolitische Kostendiskussion münden (VBSAE, AGZ, KKA, KOCH, BüAeV, omct, SMVS, SGPMR, SGR).

Die Tarifpartner und auch die Kantone würden zu Ausführenden von Entscheidungen von Bundesbehörden, Geldflüsse würden politisch gesteuert, der Wettbewerb von Qualität und Preis hin zu politischer Gunst (Lobbyismus) verlagert (H+, SMHC, VDPS, VKJC, VPPS, SVPC, SGAP-SPPA, Forel-Klinik, SVS, GZF, USB, Hirslanden-Klinik Birshof, VZK, GSASA, Uniklinik Balgrist, SMAG, LUPS, PUK, Hirslanden Klinik St. Anna, Klinik Schützen Rheinfelden, Insel Gruppe AG, Hirslanden AG, UPD, IPW, SGM, VA-KA, PBL, Triaplus AG, Privatklinik Wyss, PDAG, ASL, ASM, KSA, KSB, VPSB, DSB, unimedsuisse, VNS, SWT, Spital Zollikerberg, Verein Barmelweid, Argomed, ÄTG, mws). Besonders kleinere Leistungserbringerverbände haben nicht die Ressourcen, um im resultierenden permanenten Verteilungskampf um Mittel erfolgreich zu sein, diese werden besonders unter Druck geraten (EVS, svbg, SVDE ASDD).

Von Investoren geführte Institutionen können eher mit tieferen Preisen infolge von Korrekturmassnahmen mithalten als selbständige Arztpraxen. Erstere generieren aufgrund der an ökonomischen Zielen orientierten Betriebsführung Leistungskosten, welche den Effekt der geringeren Preise übersteigen (AGZ, KKA, KOCH, BüAeV, omct, SMVS). Der freie Berufsstand der Ärzteschaft würde faktisch abgeschafft (FMPP und 36 Stellungnahmen, ZGPP, ZGKJPP).

Managed Care-Ärztetze orientieren sich bereits freiwillig an Zielvorgaben mit Budgetwerten und Bonus/Malus-Systemen. Zielvorgaben untergraben die Koordination der Leistungserbringer, das Hausarztmodell und dessen auf Freiwilligkeit und Innovationskraft basierenden Erfolg (Argomed, VFP, EVS, svbg, SVDE ASDD, AGZ, KKA, KOCH, BüAeV, omct, SMVS). Mit zwischen Tarifpartnern selbst verhandelten relativen Zielvorgaben und Bonus/Malus-Anreizen wurden hingegen positive Erfahrungen gemacht (pharmaSuisse).

Zielvorgaben berücksichtigen nicht, dass die Kosten wegen des Rückgangs pflegender Angehörigen steigen (VFP). Zu erwarten wäre eine Verlagerung zu Notfallaufnahmen und Endversorgern, welche Patientinnen und Patienten nicht an andere Leistungserbringer weiterreichen können (AllKidS). Tarifsenkungen würden die ambulante Versorgung in von Investoren betriebene ambulante Institutionen und Spitalambulatorien verlagern, letztere sind nur wegen Quersubventionierungen aus Steuermitteln wettbewerbsfähig. Die Finanzierung würde hin zu Steuermitteln verlagert, Kosten würden aber gespart (AGZ).

Zielvorgaben verschärfen die Mehrfachrolle und Interessenkonflikte der Kantone (PKS, Swiss Medical Network, ÄTG). Korrekturmassnahmen müssen Tarifpartner und Kantone beschliessen, die Ziele werden aber vom Bundesrat beschlossen. Rechte und Pflichten müssen korrespondieren (ÄTG). Versicherte aus Kantonen mit bisher günstigen Kosten und tiefem Taxpunkt-wert würden benachteiligt, wenn auch ihre Kosten nicht mehr wachsen dürfen (ÄTG).

Zielvorgaben gefährden den Nachwuchs an Berufskräften im Gesundheitswesen (P.IP). Ständig sinkende Preise machen die Tätigkeit in einer unabhängigen Arztpraxis unattraktiv und gefährden die Versorgung (AGZ, ZGPP, AeGLu, KKA, KOCH, BüAeV, omct, SMVS), da von Tarifabschlägen besonders jene Facharztgruppen betroffen wären, welche schon heute kaum ihre Kosten decken können (AGZ) und Korrekturmassnahmen jede Planungssicherheit zerstören (AeGLu).

Vereinzelte Leistungserbringer können das Anliegen nachvollziehen und begrüßen die Zielvorgaben (CURAVIVA, ASPS, Senesuisse), allerdings sollte gezielt statt linear gekürzt werden. Klare Kriterien und schlanke Prozesse sind notwendig gegen Unter- oder Überversorgung. Der Ausbau von sinnvollen Leistungen wie Palliative Care darf nicht behindert werden. Die Korrekturmassnahmen im Pflegebereich sind unklar (CURAVIVA, ASPS, Senesuisse). Ein einziger Leistungserbringer äussert sich zustimmend (IGGH-CH), hofft aber auf eine massvolle Umsetzung ohne starren Kostendeckel.

Die Mehrheit der **Patientenverbände** äussern sich ablehnend zur Zielvorgabe, weil die steigenden Kosten nicht mit Rationierung korrigiert werden dürfen (SPO, AGILE.ch, GRAAP, ProRaris, verein-mps, Verein Morbus Wilson, CFCH, QCC, VASOS FARES, SSR, PCS). Zielvorgaben dürfen nicht zu Rationierung und Qualitätseinbussen und einer Vernachlässigung der Prävention führen (Lungenliga). Arzneimittel für seltene Krankheiten sollten davon ausgenommen werden, um Innovation nicht zu behindern (RDAF). Andere Patientenverbände hingegen befürworten Zielvorgaben grundsätzlich, obwohl der vorliegende Vorschlag übermässig aufwändig ist (FSP/DVSP, Engagés pour la Santé, GELIKO, Krebsliga Schweiz, Oncosuisse). Nötig wäre aber eine stärkere Koordination der Kantone statt Ungleichbehandlung der Versicherten je nach Kanton (GELIKO, Krebsliga Schweiz, Oncosuisse).

**Weitere Organisationen** lehnen Zielvorgaben ab, da sie systemwidrig sind, das Silodenken zementieren und auch kostenbewusste Akteure treffen (Swiss Medtech, BFG, FGS), zu Rationierung und Bürokratie führen (BFG, FGS, IG eHealth) und weil die Kriterien zur Ermittlung der Höhe der Vorgabe willkürlich sind (BFG, Alève Mine). Zeitlich sind die Vorgaben nicht umsetzbar; wenn auch gesundheitspolitische Ziele damit verfolgt werden, werden Kompetenzen vermischt (FGS). Kostenziele sollten von den Tarifpartnern vereinbart werden (Swiss Medtech, BFG).

#### 4.2.1 Artikel 21 Daten der Versicherer

Die GDK und viele Kantone (ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, FR, SO, BS, BL, SH, AR, AI, GR, VD, VS, NE, GE, JU) weisen darauf hin, dass das BAG als einzige Empfängerin der Daten der Versicherer bezeichnet wird und eine ergänzende Regelung für die Datenweitergabe vom BAG an die Kantone fehlt. FR schlägt vor, die Reihenfolge der beiden Bedingungen für Individualdaten umzukehren. Der EDÖB soll angehört werden, falls der Bundesrat von den Versicherern die Weitergabe von Daten pro versicherte Person vorsieht (glp CSS). Die Bestimmung zum Verwendungszweck ist unzulässig weit gefasst, der Zweck und Rhythmus der Datenlieferung sowie die Art der zu liefernden Daten müssen im Gesetz genau umschrieben werden (TG, CSS, SWICA, FGS, FMCH, KKA, KOCH, BüAeV, omct, SMVS). Für die angeführten Zwecke werden keine Individualdaten benötigt (BEKAG, AeGLu, AGZ, FMPP und 36 Stellungnahmen, FMH, KKA, ÄTG, Baur Tobias). Das Sammeln von Daten, welche für die angeführten Zwecke nicht benötigt werden, verletzt Grundprinzipien des Datenschutzes (SSO, VKZS). Auf Individualdaten ist zu verzichten (FGS). Die Lieferung von Individualdaten sollte als klar begrenzte Ausnahme in einem separaten Absatz 2<sup>bis</sup> geregelt werden (santésuisse). Wenn, dann müssten Individualdaten zur Planung auch an die Kantone weitergegeben werden, was weder erwähnt wird noch wünschbar wäre (AGZ). Der Bundesrat sollte keine Rechte ausüben, welche das Weitergeben persönlicher Daten betreffen (SGDV und 54 Stellungnahmen). Der Schutz und die Anonymität der Patientendaten sind zentral (VFP, iph, Vips, VSSG) und mit der Vorlage gefährdet (BEKAG, AAV, AeGLu, FMPP und 36 Stellungnahmen, SGR). Auch die Anonymität der Leistungserbringer sollte gewahrt bleiben (VZK, VNS, SWT, ASI NE/JU). Die Daten sollten nur pro Leistungserbringerkategorie zu liefern sein, die Prüfung der Wirtschaftlichkeit einzelner Leistungserbringer ist Sache der Versicherer (santésuisse). Eine Ausweitung der Datenweitergabepflicht wird abgelehnt (Physioswiss, mfe, SGP, SGAIM). Die Datensammlung sollte zentral über das BFS erfolgen (BEKAG, AeGLu, FMPP und 36 Stellungnahmen, FMH, KKA, ÄTG, Baur Tobias). Die Leistungserbringer sollten die (Leistungs-)Daten, welche das BAG bereits über die Versicherer erhält, nicht nochmals liefern müssen. Das BAG ist bereits mit der subsidiären Kompetenz zur Tarifierung überfordert, auf eine systematische Datenanalyse zur Tarifgestaltung ist zu verzichten (medswiss.net, zmed).

#### 4.2.2 Artikel 54 Kostenziele inkl. Übergangsbestimmungen

Die GDK und viele Kantone (ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, ZG, FR, SO, BL, AR, AI, SG, GR, AG, VS, NE, JU) wünschen, dass die Kantone angemessen in die Festlegung der kantonspezifischen Ziele einbezogen werden. UR, ZG, FR, SO, BS, GE wünschen einen Vierjahres-, VS und VD einen Zweijahreshorizont. BS möchte, dass bei der Festlegung der Kostenziele auch die Auswirkungen auf die Versorgung (national und kantonal) mitberücksichtigt werden. GE findet die Bestimmung zu restriktiv, da die Kantone ausserhalb der Toleranzmarge keinen Spielraum und auch keine Rekursmöglichkeit haben. GR wünscht höhere Toleranzmargen bei tiefen Kosten, auch um Unterversorgung zu vermeiden. Engagés pour la Santé merkt an, dass unklar sei, ob Toleranzmargen absolut oder prozentual definiert werden.

Die Auswirkungen auf Kosten und Qualität sollten jährlich vom EDI überprüft werden (glp), die Bestimmungen in Absatz 3 Buchstabe b und c sowie Absatz 4 und 5 sind zentral für den Erhalt der Qualität und Versorgung (CSS, SKS, ACSI, FSP/DVSP, GELIKO, Krebsliga Schweiz, Onco-suisse). Die Bestimmung in Absatz 5 ist redundant (H+, SMHC, VDPS, VKJC, VPPS, SVPC, SGAP-SPPA, Forel-Klinik, SVS, GZF, USB, Hirslanden-Klinik Birshof, VZK, GSASA, Uniklinik Balgrist, SMAG, LUPS, PUK, Hirslanden Klinik St. Anna, Klinik Schützen Rheinfelden, Insel Gruppe AG, Hirslanden AG, UPD, IPW, SGM, VAKA, PBL, Triaplus AG, ASL, ASM, KSA, KSB, unimedsuisse, VNS, SWT, Spital Zollikerberg). Analysen zu den Kosten werden bereits gemacht, und die Überwachung der Qualität ist bereits in Artikel 58 KVG geregelt, was aber trotzdem nicht ausreicht, um Qualitätsabbau zu verhindern.

Es sollte im Gesetz explizit festgehalten werden, dass sich Kostenziele bei den Pflegeleistungen nur auf die OKP-Beiträge beziehen (H+ SMHC, VDPS, VKJC, VPPS, SVPC, SGAP-SPPA, Forel-Klinik, SVS, GZF, USB, Hirslanden-Klinik Birshof, VZK, GSASA, Uniklinik Balgrist, SMAG, LUPS, PUK, Hirslanden Klinik St. Anna, Klinik Schützen Rheinfelden, Insel

Gruppe AG, Hirslanden AG, UPD, IPW, SGM, VA-KA, PBL, Triaplus AG, Privatklinik Wyss, PDAG, ASL, ASM, KSA, KSB, VPSB, DSB, unimedsuisse, VNS, SWT, Spital Zollikerberg).

Im Sinne der Transparenz sollte von Globalbudget statt Kostenzielen gesprochen werden, die Begriffe sind synonym (H+, SMHC, VDPS, VKJC, VPPS, SVPC, SGAP-SPPA, Forel-Klinik, SVS, GZF, USB, Hirslanden-Klinik Birshof, VZK, GSASA, Uniklinik Balgrist, SMAG, LUPS, PUK, Hirslanden Klinik St. Anna, Klinik Schützen Rheinfelden, Insel Gruppe AG, Hirslanden AG, UPD, IPW, SGM, VA-KA, PBL, Triaplus AG, Privatklinik Wyss, PDAG, ASL, ASM, KSA, KSB, VPSB, DSB, unimedsuisse, VNS, SWT, Spital Zollikerberg).

Die Halbwertszeit des medizinischen Wissens ist kleiner als die planerische Verzögerung von bis zu drei Jahren bei den Kostenzielen, sie behindern die Innovation (H+, SMHC, VDPS, VKJC, VPPS, SVPC, SGAP-SPPA, Forel-Klinik, SVS, GZF, USB, Hirslanden-Klinik Birshof, VZK, GSASA, Uniklinik Balgrist, SMAG, LUPS, PUK, Hirslanden Klinik St. Anna, Klinik Schützen Rheinfelden, Insel Gruppe AG, Hirslanden AG, UPD, IPW, SGM, VAKA, PBL, Triaplus AG, ASL, ASM, KSA, KSB, unimedsuisse, VNS, SWT, Spital Zollikerberg, USB, Insel Gruppe AG).

Die Parameter für das Kostenwachstum sind willkürlich. Psychiatrie und Multimorbidität etwa folgen der Wirtschaftsentwicklung in umgekehrtem Sinn (H+, SMHC, VDPS, VKJC, VPPS, SVPC, SGAP-SPPA, Forel-Klinik, SVS, GZF, USB, Hirslanden-Klinik Birshof, VZK, GSASA, Uniklinik Balgrist, SMAG, LUPS, PUK, Hirslanden Klinik St. Anna, Klinik Schützen Rheinfelden, Insel Gruppe AG, Hirslanden AG, UPD, IPW, SGM, VAKA, PBL, Triaplus AG, ASL, ASM, KSA, KSB, unimedsuisse, VNS, SWT, Spital Zollikerberg, IG Schweizer Pharma KMU, pharmaSuisse, FSP, AeGLu, AGZ, ZGPP, FMPP und 36 Stellungnahmen, VSAO, KKA, KOCH, BüAeV, omct, SMVS, SGPMR, SGR, medswiss.net, zmed, Baur Tobias). Es ist unklar, wie die Höhe der Kostenziele ermittelt wird (Spitex Schweiz, AVASAD). Die wirtschaftliche Entwicklung sollte keinen Einfluss auf die Kostenziele haben, ausschliesslich Diagnose, Indikation und Qualität der Leistung sollten Vergütung und Kosten bestimmen (FMCH). Wenn an der Massnahme festgehalten wird, sollte das Ziel des Gesundheitswesens, eine qualitativ hochstehende Versorgung allgemein zugänglich zu machen, klargemacht und für die Bestimmung der Zielvorgabe miteinbezogen werden (SBK, SNL, SGI).

Das rechtliche Gehör muss bereits bei der Festlegung auf Bundesebene gewährleistet sein (H+, SMHC, VDPS, VKJC, VPPS, SVPC, SGAP-SPPA, Forel-Klinik, SVS, GZF, USB, Hirslanden-Klinik Birshof, VZK, GSASA, Uniklinik Balgrist, SMAG, LUPS, PUK, Hirslanden Klinik St. Anna, Klinik Schützen Rheinfelden, Insel Gruppe AG, Hirslanden AG, UPD, IPW, SGM, VAKA, PBL, Triaplus AG, ASL, ASM, KSA, KSB, unimedsuisse, VNS, SWT, Spital Zollikerberg).

NE und JU finden, dass die Daten nach Absatz 5 der Übergangsbestimmungen auch den Kantonen zur Verfügung zu stellen sind. Laut CSS sollte die Übergangsfrist nach Absatz 6 der Übergangsbestimmungen verkürzt und auf Übereinstimmung von Absatz 5 der Übergangsbestimmungen mit Artikel 21 geachtet werden.

#### **4.2.3 Artikel 54a Kostenblöcke**

Mit sektor- und fachrichtungsbezogenen Kostenblöcken wird das Silodenken zementiert. Spitalambulant und praxisambulant verwenden die gleiche Tarifstruktur, die Blöcke sollten kongruent zu den Tarifsystemen sein. Mit 26 Kantonen und 15 Leistungserbringergruppen resultieren 390 Kostenblöcke. Noch weitere Differenzierungen auf Kantonsebene bis hin zu einzelnen Leistungserbringern sind ein politisches Steuerungsinstrument, stärken den Lobbyismus und führen zu maximaler Rechtsunsicherheit. Alle Leistungserbringer sollten gleich lange Spiesse haben. Das rechtliche Gehör muss bereits bei der Festlegung der Kostenblöcke auf Bundesebene gewährleistet sein. Die Unterscheidung zwischen Kostenblöcken mit Kantons- und Bundeskompetenz ist hingegen richtig. Die Ausnahmeregel ist aber zu schwammig, da beliebig interpretierbar (H+, SMHC, VDPS, VKJC, VPPS, SVPC, SGAP-SPPA, Forel-Klinik, SVS, GZF, USB, Hirslanden-Klinik Birshof, VZK, GSASA, Uniklinik Balgrist, SMAG, LUPS, PUK, Hirslanden Klinik St. Anna, Klinik Schützen Rheinfelden, Insel Gruppe AG, Hirslanden AG, UPD, IPW, SGM, VAKA, PBL, Triaplus AG, ASL, ASM, KSA, KSB, unimedsuisse, VNS, SWT, Spital Zollikerberg).

Noch weitere Unterteilungen durch die Kantone innerhalb der Kostenblöcke sind unsinnig und erschweren ein sinnvolles Kostenmonitoring (AeGLu). Jeder Kostenblock wird sein Budget verteidigen und die Versicherten in andere Kostenblöcke abschieben, die Koordination wird behindert (AGZ). Eine gruppierte Betrachtung ist zwar grundsätzlich sinnvoll, zuerst sollte aber die koordinierte Versorgung optimiert werden (Argomed, mfe, SGP, SGAIM). Eine (Mit-)Steuerung der Arzneimittelpreise durch die Kantone wäre nicht sinnvoll. Bei Therapiedurchbrüchen kann es zu zeitlich beschränkten Kostenverschiebungen kommen, es wäre schädlich, wenn solche Durchbrüche mit Folgekosten für OKP und andere Sozialversicherungen behindert würden (scienceindustries).

#### **4.2.4 Artikel 54b Kostenziele der Kantone**

Die Kantone sollen auch die Konsumenten-, Patienten- und Versichertenorganisationen konsultieren müssen (ACSI, FSP/DVSP, LdS). Der Einbezug von 26 Kantonen ist administrativ aufwändig, besser wären Versorgungsregionen (santésuisse). Kantonale Zielvorgaben behindern die überkantonale Spezialisierung und würden unsinnige parallele kantonale Strukturen erhalten oder fördern - mit kostensteigernder Wirkung (AeGLu, AGZ, KKA, KOCH, BüAeV, omct, SMVS). Die Kantone könnten mit zusätzlichen Kostenblöcken beispielsweise ihre bevorzugten Leistungserbringer willkürlich mit grosszügigeren Zielen ausstatten als andere, was Türen öffnet für Objektfinanzierung und Wettbewerbsverzerrungen (PKS, Swiss Medical Network, BEKAG, Argomed, FMPP und 36 Stellungnahmen, ÄTG, Baur Tobias).

Die suggerierte Freiheit der Kantone ist irreführend, sie werden in ihrem Kompetenzbereich zum Befehlsempfänger degradiert, da sie die Bundesempfehlung übernehmen werden. Es sind jahrelange Verteilungskämpfe zwischen den Kostenblöcken zu erwarten. Die Daten zur Zielerreichung sollten ans BFS statt ans BAG übermittelt werden. Dieses kann sie analysieren, aber nicht prüfen, das BAG ist nicht die Aufsichtsbehörde der Kantone (H+, SMHC, VDPS, VKJC, VPPS, SVPC, SGAP-SPPA, Forel-Klinik, SVS, GZF, USB, Hirslanden-Klinik Birshof, VZK, GSASA, Uniklinik Balgrist, SMAG, LUPS, PUK, Hirslanden Klinik St. Anna, Klinik Schützen Rheinfelden, Insel Gruppe AG, Hirslanden AG, UPD, IPW, SGM, VA-KA, PBL, Triaplus AG, ASL, ASM, KSA, KSB, unimedsuisse, VNS, SWT, Spital Zollikerberg).

#### **4.2.5 Artikel 54c Fristen und Folgen bei deren Nichteinhaltung**

Kostenziele sollten wenn, dann von einer wissenschaftlichen statt administrativen Behörde zugeordnet werden. Es ist nicht einsichtig, warum bei Versäumnis des Kantons die Bundesempfehlungen ohne Toleranzmarge gelten sollen (H+, SMHC, VDPS, VKJC, VPPS, SVPC, SGAP-SPPA, Forel-Klinik, SVS, GZF, USB, Hirslanden-Klinik Birshof, VZK, GSASA, Uniklinik Balgrist, SMAG, LUPS, PUK, Hirslanden Klinik St. Anna, Klinik Schützen Rheinfelden, Insel Gruppe AG, Hirslanden AG, UPD, IPW, SGM, VA-KA, PBL, Triaplus AG, ASL, ASM, KSA, KSB, unimedsuisse, VNS, SWT, Spital Zollikerberg). Die vorgesehenen Fristen sind zeitlich nicht umsetzbar (GE, VSVA, ZRS, mfe, SGP, SGAIM, medswiss.net). Die Fristen sollten verlängert und den Kantonen die Möglichkeit gegeben werden, Ziele festzulegen ohne alle Akteure anzuhören (GE).

#### **4.2.6 Artikel 54d Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele inkl. Übergangsbestimmungen**

Die GDK, viele Kantone und eine Reihe von Vereinen (ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, FR, SO, BS, BL, AR, AI, GR, VS, NE, JU sowie ACSI, FSP/DVSP, AGILE.CH, GRAAP, ProRaris, verein-mps, Verein Morbus Wilson, CFCH) sprechen sich bei Korrekturmassnahmen für die Variante mit Kann-Regelung aus.

VD könnte sich auch die Muss-Regelung mit Ausnahmebestimmungen vorstellen. GE befürchtet bei der Kann-Regelung Verzögerungen durch Rekurse, bei der Muss-Regelung dafür zu wenig Flexibilität für Ausnahmen. Es sollte präzisiert werden, dass ausschliesslich prospektive Korrekturmassnahmen möglich sind (GDK, ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, FR, SO, BS, BL, AR, AI, GR, VS, NE, GE, JU).



Die CVP, BDP und glp sowie Assura, SKS, Engagés pour la Santé, GELIKO, Krebsliga Schweiz, Oncosuisse sprechen sich für die Variante mit Muss-Regelung aus. Die CSS unterstützt die Muss-Variante lediglich bei administrierten Preisen, wo es keine Tarifpartner gibt. Ausnahmen für ausserordentliche Situationen sind wichtig (GELIKO, Krebsliga Schweiz, Oncosuisse).

H+ und weitere Organisationen (SMHC, VDPS, VKJC, VPPS, SVPC, SGAP-SPPA, Forel-Klinik, SVS, GZF, USB, Hirslanden-Klinik Birshof, VZK, GSASA, Uniklinik Balgrist, SMAG, LUPS, PUK, Hirslanden Klinik St. Anna, Klinik Schützen Rheinfelden, Insel Gruppe AG, Hirslanden AG, UPD, IPW, SGM, VAKA, PBL, Triaplus AG, ASL, ASM, KSA, KSB, unimedsuisse, VNS, SWT, Spital Zollikerberg SBK, SGI, SNL) lehnen die Muss-Bestimmung ab, sie mache aber keinen grossen Unterschied. Mit der Kann-Formulierung ist es dem Kanton formell freigestellt, Korrekturmassnahmen zu ergreifen, allerdings kann dies der Bundesrat in Verbindung mit Artikel 47c aus Paket 1b, welcher eigentlich zu Paket 2 gehören sollte, jederzeit übersteuern.

Die Korrekturmassnahmen entsprechen der früheren «Leistungs- und Kostenvereinbarung (LeiKoV)» zwischen Krankenversicherern und Ärzten mit dem Ziel, das Kostenwachstum mit den vorgeschlagenen Faktoren (Demographie, Morbidität, medizinisch-technischer Fortschritt, etc.) zu bestimmen, was schon damals an der fehlenden Berücksichtigung der Veränderungen von sozialen Verhaltensnormen und Werten, Lebensverhältnissen etc. scheiterte. Die Erfahrungen zeigen zudem, dass von Investoren geführte Institutionen, welche eher mit tieferen Preisen mithalten können, aufgrund der an ökonomischen Zielen orientierten Betriebsführung Leistungskosten generieren, welche den Effekt der geringeren Preise übersteigen (AGZ, KKA, KOCH, BüAeV, omct, SMVS). Die Erfahrung zeigt, dass die Versicherer nicht bereit sind, über kostendämpfende Alternativen zu Preissenkungen zu verhandeln (KKA, KOCH, BüAeV, omct, SMVS). Nicht Preis-, sondern Mengensteigerungen verursachen die Kostenzunahme. Tarifsetzungsverfahren und administrativer Aufwand werden zunehmen (santésuisse).

Korrekturmassnahmen können von den Kantonen willkürlich unabhängig von den Gründen für die Nichteinhaltung veranlasst werden. Pflichtleistungen werden nur noch unzureichend entschädigt und daher nicht mehr oder in qualitativ minderer Form angeboten und damit faktisch rationiert (FMPP und 36 Stellungnahmen, SGDv und 54 Stellungnahmen). Tarife sollten nur dann angepasst werden, wenn die Leistungserbringung nicht wirtschaftlich erfolgt (IG eHealth). Wenn behördlich genehmigte Tarife angepasst werden sollen, weil sie nicht sachgerecht sind, hätten sie gar nie genehmigt werden dürfen (medswiss.net, zmed).

Die vorgesehenen Korrekturmassnahmen sind einseitig und zielen einzig auf die Tarife, die Steuerung der Nachfrage oder des Angebotes wie bspw. Spitalschliessungen, Limitation von Untersuchungen und Eingriffen oder Streichungen im Leistungskatalog werden ausser Betracht gelassen (Argomed, mfe, SGP, SGAIM).

#### **4.2.7 Artikel 54e Eidgenössische Kommission für Kostenziele**

Ein nationales Mengen- und Kostenmonitoring würde den Druck auf die Leistungserbringer erhöhen und wird begrüsst (santésuisse, curafutura). Die Kommission könnte Massnahmen zur Kosteneindämmung bei nicht erklärbaren Kostensteigerungen vorschlagen (santésuisse). Transparenz darüber, welcher Teil des Kostenanstiegs wie zu erklären ist, wäre zu begrüssen. Die Kommission für Kostenziele ist aber demokratisch ungenügend abgestützt (vips).

Eine Kommission für Kostenziele würde den Prozess schwerfälliger machen (ACSI, FSP/DVSP), sie könnte auch in ihrer Mitgliederzahl überborden und übermässig Kosten verursachen (Engagés pour la Santé) und wäre ein administrativer Auswuchs (FGS, Service de Dermatologie et vénérologie HUG, VSVA, ZRS, PULSUS). Kosten und Qualität stehen auch sachlich in engem Zusammenhang, es sollte die gleiche Kommission dafür zuständig sein (CURAVIVA, ASPS, Senesuisse, IG eHealth). Eine Kommission für Kostenziele ist unnötig, ebenso wie Zielvorgaben insgesamt (AeGLu, Argomed, AGZ). Die Kompetenzen dieser Kommission sind unklar (SGDV und 54 Stellungnahmen). Da die Tarifpartner mit Tardoc bereits einen Tarif mit verbindlichen Korrekturmassnahmen vorgelegt haben, braucht es dafür keine Kommission (mfe, SGP, SGAIM).

Die Erfahrungen mit der CICOMS beim Projekt HSM legen nahe, dass die Kommission für Kostenziele entweder wissenschaftlich-technisch oder aber mit Interessenvertretern besetzt werden sollte. Die Aufgaben der Kommission sollten auf die Erarbeitung der Kriterien gemäss Art. 54 Abs. 3 beschränkt werden (H+, SMHC, VDPS, VKJC, VPPS, SVPC, SGAP-SPPA, Forel-Klinik, SVS, GZF, USB, Hirslanden-Klinik Birshof, VZK, GSASA, Uniklinik Balgrist, SMAG, LUPS, PUK, Hirslanden Klinik St. Anna, Klinik Schützen Rheinfelden, Insel Gruppe AG, Hirslanden AG, UPD, IPW, SGM, VA-KA, PBL, Triaplus AG, ASL, ASM, KSA, KSB, unimeduisse, VNS, SWT, Spital Zollikerberg).

Die Verbände der Patientinnen und Patienten (SP, EKK, FRC, ACSI, FSP/DVSP, AGILE.CH, GRAAP, ProRaris, verein-mps, Verein Morbus Wilson, CFCH), der Konsumentinnen und Konsumenten (EKK, ACSI), der Versicherten (ACSI, FSP/DVSP, AGILE.CH, GRAAP, ProRaris, verein-mps, Verein Morbus Wilson, CFCH) sowie des Gesundheitspersonals (SP, SGB, SNL) sollten ebenfalls in der Kommission für Kostenziele vertreten sein, wie auch bei der Qualitätskommission mit mindestens vier Sitzen (ACSI, FSP/DVSP), wobei mindestens zwei Personen selbst aufgrund einer chronischen Erkrankung oder einer Behinderung Patientinnen und Patienten sind (AGILE.CH, GRAAP, ProRaris, verein-mps, Verein Morbus Wilson, CFCH).

#### 4.2.8 Artikel 55

santésuisse führt an, dass Artikel 55 in Zusammenhang mit Art. 54e dafür sorgt, dass die Behörden die Möglichkeit haben, die von der Kommission vorgeschlagenen Massnahmen auch umzusetzen. Er sollte beibehalten werden.

H+ und weitere Organisationen (SMHC, VDPS, VKJC, VPPS, SVPC, SGAP-SPPA, Forel-Klinik, SVS, GZF, USB, Hirslanden-Klinik Birshof, VZK, GSASA, Uniklinik Balgrist, SMAG, LUPS, PUK, Hirslanden Klinik St. Anna, Klinik Schützen Rheinfelden, Insel Gruppe AG, Hirslanden AG, UPD, IPW, SGM, VA-KA, PBL, Triaplus AG, ASL, ASM, KSA, KSB, unimeduisse, VNS, SWT, Spital Zollikerberg) sehen die Streichung von Artikel 55 als Beweis für ein rigides zentralistisches Projekt und die Streichung von Schlupflöchern für die Kantone. Die heutigen Artikel 51 und 54 sollten konsequenterweise ebenfalls gestrichen werden.

#### 4.3 Stellungnahme zur Erstberatungsstelle

Zu dieser Massnahme haben sich insgesamt **301 Vernehmlassungsteilnehmer** geäussert. Die Massnahme wurde **von einer deutlichen Mehrheit abgelehnt**.

Die **GDK und viele Kantone** (AI, AR, BE, BL, BS, FR, GE, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TI, UR, VD, VS, ZG, ZH) anerkennen die Bemühungen, durch Förderung des Gatekeeping Gesundheitskosten dort einzusparen, wo unnötige Leistungen oder Doppelspurigkeiten vermieden werden können. Trotzdem erachten sie die politischen Erfolgsaussichten der Massnahme mehr als fraglich. Die Einführung der Erstberatungsstelle (EBS) dürfe nicht dazu führen, dass chronisch Kranke, multimorbide oder ältere Personen benachteiligt werden, denn die vorgeschlagene Vergütung mittels Pauschale oder die Notwendigkeit einer Bestätigung eines Leistungserbringers, dass er die EBS-Funktion für eine Person übernimmt, bergen die Gefahr der Risikoselektion. Einige Kantone (u.a. GE, JU, VD) kritisieren, dass nicht klar ist, welche KVG- oder Nicht-KVG-Leistungen mit den Pauschalen als abgegolten gelten. VD regt an, je nach Patientenprofil unterschiedliche Pauschalen zu zahlen, um eine Risikoselektion ausschliessen zu können. Der Zugang zu medizinischen Leistungen müsse immer sichergestellt sein – auch in ländlichen Gegenden (JU, NE). Der Kanton FR betont, dass die Kostenübernahme für das Einholen einer Zweitmeinung auch ohne Einwilligung der EBS sichergestellt sein müsse. GE kritisiert die Ausnahmeregelung bei Notfällen als zu wenig präzise. JU hingegen fordert den Einbezug der Kantone und Kantonsärzte bei der Regelung der Modalitäten der Überweisungen und deren Ausnahmen. GR betont, dass der Wechsel zwischen EBS möglichst einfach zu handhaben sein müsse. SZ betont, wie wichtig es sei, dass die EBS durch einen Grundversorger ausgefüllt werde, BE und SH hingegen regen an zu überdenken, ob tatsächlich Grundversorger für die Triage nötig sind, resp. Fordern, den Einbezug von nicht-ärztlichen Grundversorgern wie z.B. Apotheken, speziell geschulten Pflegenden oder Physiotherapeuten/-innen zu prüfen. Die Mehrbelastung der Kantone müsse überdies tragbar bleiben

(u.a. BS, GE, VD, NE) und die Frage der Weiterführung von Prämienrabatten sei ebenfalls zu klären. Die Zuständigkeiten der Kantone seien zu respektieren und die nötigen Voraussetzungen dafür zu schaffen (AR). Ein Grossteil der Kantone und die GDK finden, dass die Massnahme zu wenig durchdacht ist: sollte die Massnahme weiterverfolgt werden, müsse der Bund das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Massnahme aufzeigen und noch offene Vollzugsfragen klären. Wenige Kantone lehnen die Massnahme ab, weil sie in die Wahlfreiheit der Versicherten eingreift und den Volkswillen zur Managed Care Vorlage nicht respektiert (TG), oder fordern, den entsprechenden Spielraum für die Prämiengestaltung für die einzelnen Versicherungsformen anzupassen, um mehr Anreize zu setzen (GL) respektive die Versicherer dazu zu verpflichten, die Behandlung von chronisch kranken Personen aktiv zu steuern (AG). ZG unterstützt die Förderung bestehender alternativer Versicherungsmodelle und präsentiert die Ideen, alle Personen, die Prämienverbilligungen erhalten, zukünftig zu einem Gatekeeping-Modell zu verpflichten oder Modelle anzubieten, die gegen einen kostendeckenden Zuschlag auf Prämie, Selbstbehalt oder Franchise den Zwang zu einer EBS wegbedingen.

Die **politischen Parteien** stehen der Einführung einer EBS gespalten gegenüber. BDP, CVP, EVP, FDP, glp und SVP lehnen die Massnahme ab: Zur Förderung eines koordinierten Vorgehens sei nicht die Wahlfreiheit bezüglich des Erstversorgers einzuschränken, sondern griffigere Versicherungsmodelle anzubieten, die grössere Prämienrabatte zur Folge hätten, z.B. bei höherer Selbstbeteiligungen an den Kosten. Auch negative Anreize für die Wahl eines Modells ohne Einschränkungen müssen in Betracht gezogen werden (BDP, CVP). Gemäss FDP und SVP bestünde z.B. die Möglichkeit, ein Versicherungsmodell mit eingeschränkter Leistungserbringerwahl zum Standardmodell zu machen. Grundsätzlich gelte es den Entscheid des Volkes zur Managed Care Vorlage zu respektieren. Die Massnahme zerstöre ein funktionierendes System, welches Innovation erlaubt und fördert (EVP). Die Parteien bezweifeln, dass die vom Bundesrat in Aussicht gestellte Kosteneinsparungen tatsächlich erreicht werden können, weil die Fehlanreize mit der EBS nicht beseitigt werden. Der vorliegende Vorschlag würde das System nur unnötig verstaatlichen und verbürokratisieren und die Tarifpartner ausklammern. Auch der Governance-Konflikt der Kantone würde damit weiter akzentuiert (SVP). Störend sei überdies, dass die EBS eine Pauschale für Koordinationsleistungen erhält, die unter Umständen nicht erbracht werden (FDP, glp). Es sei auch nicht klar, welche Leistungen in der Pauschale inbegriffen sind, und die Gefahr doppelter Verrechnungen steige damit. BDP, CVP, EVP regen an, als EBS auch nicht-ärztliche Leistungserbringer wie Apothekerinnen und Apotheker oder Advanced Practice Nurses zuzulassen. Die EVP unterstützt eine EBS nur unter gewissen Rahmenbedingungen, z.B. wenn die Einholung von Zweitmeinungen, der unkomplizierte Wechsel der EBS oder die Bewahrung des Vertrauensverhältnisses zwischen Leistungserbringer und Patienten sichergestellt werden können. Die glp erachtet eine EBS dann als sinnvoll, wenn sie Arztpraxen entlasten, indem eine erste telefonische Auskunft und Beratung stattfindet, ohne dass man die darauffolgende Entscheidungsfreiheit, ob und wo die Patientin oder der Patient eine Behandlung nachsucht, einschränkt. AL ZH, GPS und SP begrüßen die Einführung einer EBS und sehen in der Massnahme eine Verbesserung der Grundversorgung. Die freie Wahl der EBS und anschliessend der Leistungserbringer muss aber sichergestellt werden (GP, SP). Nicht-ärztliche medizinische Leistungserbringer wie - aufgrund des sich ständig verstärkenden Hausärztemangels - Fachärzte sollen ebenfalls die Rolle einer EBS übernehmen dürfen (SP). Zudem soll ein Wechsel der EBS jederzeit möglich sein (AL ZH, SP). GP, AL ZH fordern den Bund weiter auf, die Pauschale pro Versicherte mittels Steuergelder zu bezahlen und nicht den Versicherern zu belasten. Damit würde sichergestellt, dass die Leistungserbringer sämtliche erbrachten medizinischen Leistungen weiterhin vollumfänglich entsprechend dem gültigen Tarif verrechnen können. Zudem sei zu bedenken, je nach Patientenprofil unterschiedliche Pauschalen zu zahlen (GP). GPS und SP weisen darauf hin, Erstberatung, Dossierführung und Koordination konsequent zusammenzudenken. Die Parteien unterstützen das Modell einer einheitlichen «Beratungs- und Koordinationsstelle (BKS)» des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes (SGB).

Von den **Dachverbänden der Gemeinde, Städte und Berggebiete** äussern sich SGV und SSV kritisch zur Massnahme. Eine solide Kostenabschätzung fehle, was darauf hindeute, dass der Kostendämpfungseffekt klein ausfallen dürfte (SSV). Eine EBS könne zu Verzögerungen

medizinischer Leistungen führen und unüberwindbare Barrieren zur Nutzung von niederschweligen medizinischen Angeboten errichten, was aus einer Public Health Perspektive unbedingt zu verhindern sei (SGV, SSV). Solche Angebote müssen weiterhin unkompliziert zugänglich sein, sei dies bspw. durch eine Ausnahmeregelung oder als Zulassung als EBS (SSV). In ländlichen Gegenden sei es wichtig, dass auch weitere medizinische Leistungserbringer wie Apothekerinnen und Apotheker als EBS zugelassen werden, da es ansonsten durch den Ärztemangel zu einer Verschlechterung der Versorgungslage kommen könnte (SGV). Die Massnahmen des Bundes müssen die in der koordinierten Versorgung nötige Innovation und Flexibilität ermöglichen und dürfen diese nicht mit zu engen Vorgaben einschränken (SGV). Bei polymorbiden Personen sei der Nutzen einer EBS unklar, vielmehr brauche es eine differenzierte Regelung zu den Kopfpauschalen, um eine Risikoselektion seitens der Leistungserbringer zu verhindern (SGV, SSV). Die Koordinationsleistungen seien dem Nutzen und Aufwand entsprechend zu vergüten (SGV).

Die **Dachverbände der Wirtschaft** äussern sich mehrheitlich ablehnend zur Massnahme. *economiesuisse* und der *sgv* erachten eine EBS zwar als sinnvoll, weil eine integrierte Versorgung die Effizienz steigert, lehnen ein Obligatorium aber dezidiert ab. Die hohe Akzeptanz alternativer Versicherungsmodelle zeige auf, dass die Idee einer EBS bereits auf freiwilliger Basis funktioniert und kein Zwang nötig ist (ASSGP, CP, *economiesuisse*, FER, GRIP, Handelskammer beider Basel, Scienceindustries, *sgv*). Eine obligatorische EBS führe zu monopolistischen Strukturen, schwäche den Wettbewerb zu anderen, alternativen Modellen und behindere deren Innovationsfähigkeit (ASSGP, CP, *economiesuisse*, GRIP, Handelskammer beider Basel, Scienceindustries, *sgv*). Die EBS schränke die Wahlfreiheit ein und gehe mit der Abschaffung der freien Arztwahl einher, die ein integraler Bestandteil des heutigen Versorgungssystems sei (ASSGP, CP, FER, GRIP, Handelskammer beider Basel, Scienceindustries, *sgv*). Das Vorgehen werde zu Wartezeiten/Rationierungen führen, da es nicht genug EBS geben wird (ASSGP, CP, FER, GRIP, Handelskammer beider Basel, Scienceindustries). Der Zugang zu nötigen medizinischen Leistungen werde somit verhindert und die Qualität der Versorgung geschwächt (ASSGP, FER, GRIP, Handelskammer beider Basel, Scienceindustries). Die Entschädigung via Pauschale lehnt der *sgv* klar ab. Eine EBS generiere unter Umständen mehr Kosten bei gut informierten Versicherten, die anstatt direkt den Facharzt, zuerst einen Hausarzt aufsuchen müssen (CP). Es gelte deshalb die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken, damit diese mehr Eigenverantwortung wahrnehmen könne (CP). Die integrierte Versorgung soll deshalb über die Steigerung der Attraktivität von alternativen Versicherungsmodellen durch höhere Prämienrabatte oder die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen gefördert werden (ASSGP, *economiesuisse*, GRIP, Handelskammer beider Basel, Scienceindustries, *sgv*).

Der SGB begrüsst die Einführung einer EBS, weist aber darauf hin, dass die Aufgaben der Erstberatung als auch der Dossierführung (inkl. elektronischem Patientendossier) und die Leistungskoordination zwingend zusammengeführt und aus einer Hand erfolgen müssen. Er schlägt deshalb das im Rahmen der «Plattform Soziale Medizin» entstandene Konzept der «Beratungs- und Koordinationsstelle (BKS)» vor: Die Versicherten können alle frei eine BKS wählen und haben jederzeit Anrecht auf eine medizinische Zweitmeinung. Die BKS (Hausarzt- oder Kinderarztpraxen, Praxisgemeinschaften oder Ambulatorien) sind für die Erstberatung der Versicherten, für die Koordination der Leistungen und für die Dossierführung zuständig. Die BKS stellen die Kontinuität in der Begleitung der Patientinnen und Patienten sicher und stärken die interprofessionelle Zusammenarbeit, wobei auch nicht-ärztliche Leistungserbringer weitergehende Aufgaben übernehmen können. Die pauschale Abgeltung der Leistungen der Erstberatung und der Koordination soll so ausgestaltet werden, dass kein Missbrauchspotential entsteht. Besonders aufwändige Beratungs- und Koordinationsaufgaben müssten als Einzelleistungstarife verrechnet werden können. Darüber hinaus fordert der SGB, die neu zu schaffende Pauschale über allgemeine Steuermittel zu finanzieren.

Die **Konsumentenverbände** (*acsi*, EKK, FRC, SKS) unterstützen die Einführung einer EBS, da für chronisch und mehrfach kranke Menschen eine bessere Koordination der Versorgungs-

leistungen und damit eine engere Kooperation zwischen den Leistungserbringern immer wichtiger wird. Als möglicher Schwachpunkt wird aber die Finanzierung der Leistungen über die Kopfpauschalen genannt, der zu einer Risikoselektion und somit zu einer schlechteren Behandlungsqualität führen könne (acsi, EKK, FRC, SKS). Denkbar wäre deshalb eine nach Gesundheitszustand differenzierte Vergütung (SKS). Als inakzeptabel erachtet die SKS, dass Versicherten die Leistungsvergütung verweigert werden soll, wenn sie sich nicht an den vorgesehenen Ablauf im Rahmen der Überweisung durch die EBS oder in Modellen mit Einschränkung der Wahl der Leistungserbringer halten. Es sollen stattdessen graduelle Sanktionen vorgesehen werden, die je nach Schwere der Verstösse verhängt werden, und Obergrenzen für die Kosten definiert werden, welche auf die Versicherten abgewälzt werden können. acsi, FRC erachten den Vorschlag zudem als zu kompliziert und räumen der Massnahme wenig Erfolgchancen ein. Sie fordern, Erstberatung und Koordination nach dänischem Vorbild zusammenzuführen, um sicherzustellen, dass sowohl Grundversorger wie auch Koordinationsleistungen gestärkt werden. Sie befürworten deshalb ein schrittweises Vorgehen und den Vorschlag der Beratungs- und Koordinationsstelle.

Nahezu alle **Leistungserbringer** und deren Verbände lehnen die Einführung einer EBS ab. Die Einführung einer EBS gehe einher mit der Abschaffung der freien Ärztwahl und eines funktionierenden Gesundheitssystems. Zudem werde der Volkswille, der mit der Managed Care Abstimmung geäußert wurde, nicht respektiert (AeGLu, AGZ, Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, ÄTG, BEKAG, chirosuisse, DAKOMED, Erne Beat, FMCH, FMH, FMPP und 36 Stellungnahmen, FPPBS, Forel Klinik AG Klinik für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, Gesundheitszentrum Fricktal AG, GSASA, H+, Hirslanden AG und Kliniken Birshof und St. Anna, Insel Gruppe AG, IPW, KKA, Klinik Schützen Rheinfelden, KOCH, KSA, KSB, LUPS, MEDGES, Medswiss.net, medX, mfe, Mohacsi Paul, mws, PBL, PKS, P.IP, Privatklinik Wyss, PDAG, PUK, PULSUS, Salina Medizin AG, SGR, SDV, SGAIM, SGDV und 54 Stellungnahmen, SGKJPP, SGM, SGP, SGPP, SMHC, SMVS, SMV, SSCLPP, SSO, SVPA, SVPC, SVS, Swiss Medical Network, Triaplus AG, unimedsuisse, Universitätsklinik Balgrist, UPD, USB, vaka, VZK, VAPZ, VBSAE, VDPS, Verein Barmelweid, vips, VKJC, VKZS, VLSS, VPPS, VPSB, VSSG, ZGKJPP, ZGPP, zmed, ZRS). Die Wettbewerbsfähigkeit und Innovation des schweizerischen Systems würde massiv beschnitten (KSA, KSB, mfe, PKS, Privatklinik Wyss, PDAG, SGAIM, SGDV und 54 Stellungnahmen, SGP, VPSB, VSSG).

Viele Akteure bezweifeln, dass eine EBS zu Verhaltensänderungen der Patientinnen und Patienten führen würde (AGZ, KKA, KOCH, SMVS, SMV, SSO). Zudem sei eine kostendämpfende Wirkung nicht bewiesen (AGZ, Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, ÄTG, chirosuisse, Erne Beat, FMCH, FSP, Forel Klinik AG Klinik für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, Gallmann Martin, Gesundheitszentrum Fricktal AG, GSASA, H+, Hirslanden AG und Kliniken Birshof und St. Anna, Insel Gruppe AG, IPW, Klinik Schützen Rheinfelden, KOCH, KSA, KSB, LUPS, Medswiss.net, medX, mws, PBL, PKS, Privatklinik Wyss, PDAG, PUK, Salina Medizin AG, SGR, Service de dermatologie et vénéréologie Hôpitaux Universitaires de Genève, SGDV und 54 Stellungnahmen, SGM, SGPMR, SMHC, Spitex Schweiz, SSO, SVPC, SVS, Triaplus AG, Universitätsklinik Balgrist, UPD, USB, vaka, VZK, VDPS, Verein Barmelweid, vips, VKJC, VKZS, VPPS, VPSB, ZRS). Eine EBS würde im Gegensatz zu einem unnötigem Administrativaufwand und Mehrleistungen führen (AeGLu, AGZ, AllKidS, Forel Klinik AG Klinik für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, Gesundheitszentrum Fricktal AG, GSASA, H+, Hirslanden AG und Kliniken Birshof und St. Anna, Insel Gruppe AG, IPW, KKA, Klinik Schützen Rheinfelden, KOCH, KSA, KSB, LUPS, Medswiss.net, medX, mfe, Mohacsi Paul, mws, PBL, Privatklinik Wyss, PDAG, PUK, PULSUS, Salina Medizin AG, SGR, SGAIM, Service de dermatologie et vénéréologie Hôpitaux Universitaires de Genève, SGDV und 54 Stellungnahmen, SGM, SGP, SGPMR, SMHC, SMVS, SMV, SVPC, SVS, Triaplus AG, unimedsuisse, Universitätsklinik Balgrist, UPD, USB, vaka, VZK, VBSAE, VDPS, Verein Barmelweid, KJM, vips, VKJC, VPPS, zmed).

Es wird befürchtet, dass die Hürden, ins System einzutreten, erhöht und eine niederschwellige Versorgung verhindert würde. Vor allem chronisch Kranke würden benachteiligt, weil sie den

direkten Zugang zu Fachspezialistinnen und Fachspezialisten verlören (Asana Spital Leuggern AG, AAV, FMPP und 36 Stellungnahmen, FSP, FPPBS, Forel Klinik AG Klinik für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, Gesundheitszentrum Fricktal AG, GSASA, H+, Hirslanden AG und Kliniken Birshof und St. Anna, Insel Gruppe AG, IPW, KKA, Klinik Schützen Rheinfelden, KOCH, KSA, KSB, LUPS, MEDGES, Medwiss.net, Mohacsi Paul, PBL, physiosuisse, Privatklinik Wyss, PDAG, PUK, PULSUS, Salina Medizin AG, SGR, SGKJPP, SGM, SGPP, SMHC, SMVS, Spitex Schweiz, SSCLPP, SVPA, SVPC, SVS, Triaplus AG, unimedsuisse, Universitätsklinik Balgrist, UPD, USB, vaka, VZK, VAPZ, VDPS, VKJC, VPPS, VPSB, ZGKJPP, ZGPP, zmed). Grundsätzlich führe eine EBS zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität, einer Zweiklassenmedizin und Staatsmedizin (vor allem in Zusammenhang mit einer Zielvorgabe). Ein grosser Teil der Ärztinnen und Ärzte würde benachteiligt, da sie keine EBS-Funktion übernehmen könnten (AeGLu, AGZ, Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, ÄTG, AAV, BEKAG, FMCH, FMH, FMPP und 36 Stellungnahmen, FPPBS, Forel Klinik AG Klinik für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, Gesundheitszentrum Fricktal AG, GSASA, H+, Hirslanden AG und Kliniken Birshof und St. Anna, Insel Gruppe AG, IPW, KKA, Klinik Schützen Rheinfelden, KOCH, KSA, KSB, LUPS, MEDGES, Mohacsi Paul, mws, PBL, Privatklinik Wyss, PDAG, PUK, PULSUS, Salina Medizin AG, SGR, Service de dermatologie et vénéréologie Hôpitaux Universitaires de Genève, SGDV und 54 Stellungnahmen, SGKJPP, SGM, SGPP, SMHC, SMVS, SSCLPP, SVPA, SVPC, SVS, Triaplus AG, Universitätsklinik Balgrist, UPD, USB, vaka, VZK, VAPZ, VDPS, KJM, vips, VKJC, VPPS, VPSB, ZGKJPP, ZGPP, zmed, ZRS). Nicht klar scheint einigen die Regelung zur Einholung von Zweitmeinungen. Sollte dies durch eine EBS untersagt werden, würden die persönlichen Interessen der Patientinnen und Patienten stark eingeschränkt (FMCH, KSA, KSB, Medwiss.net, Verein Barmelweid, zmed).

Der Mangel an Hausärzten und ein Tarifsysteem, das Koordinationsleistungen nicht richtig abbildet, würde die Situation noch verschlimmern (AGZ, KKA, KOCH, SMVS, Spitex Schweiz,SSIPM, unimedsuisse, VFP). Zudem würde die Interprofessionalität nicht gefördert (svbg, SVDE ASDD, VFP). Das Vertrauen in Grundversorger würde sinken und die Grundversorgung damit allgemein geschwächt (AGZ, ÄTG, Erne Beat, Forel Klinik AG Klinik für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, Gesundheitszentrum Fricktal AG, GSASA, H+, Hirslanden AG und Kliniken Birshof und St. Anna, Insel Gruppe AG, IPW, KKA, Klinik Schützen Rheinfelden, KOCH, LUPS, PBL, PUK, Salina Medizin AG, SGM, SMHC, SMVS, SMV, SVPC, SVS, Triaplus AG, Universitätsklinik Balgrist, UPD, USB, vaka, VZK, VDPS, Verein Barmelweid, VKJC, VPPS, zmed). Verschiedene Leistungserbringer befürchten folglich eine Steuerung der Patientenströme durch die Krankenversicherer (Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, KSA, KSB, Privatklinik Wyss, PDAG, VPSB).

Eine EBS und insbesondere die vorgeschlagene Pauschalabgeltung der Funktion führe zu falschen Anreizen, fördere eine Risikoselektion durch Leistungserbringer, und vergrössere die Chancenungleichheit - vor allem dann, wenn nicht klar ist, was mit der Pauschale als abgegolten gilt. Sollten Pauschalen eingeführt werden, müssen diese zwingend nach Bedarf des Patienten differenziert werden. (AGZ, ÄTG, DAKOMED, FMCH, FMH, FMPP und 36 Stellungnahmen, FSP, FPPBS, Forel Klinik AG Klinik für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, Gesundheitszentrum Fricktal AG, GSASA, H+, Hirslanden AG und Kliniken Birshof und St. Anna, Insel Gruppe AG, IPW, KKA, Klinik Schützen Rheinfelden, KOCH, KSA, KSB, LUPS, MEDGES, mfe, OdA AM, PBL, physiosuisse, PKS, Privatklinik Wyss, PDAG, PUK, PULSUS, Salina Medizin AG, SGR, SDV, Service de dermatologie et vénéréologie Hôpitaux Universitaires de Genève, SGKJPP, SGM, SGP, SGPP, SMHC, SMVS, Spital Zollikerberg, SSCLPP, Stadtspital Waid und Triemli, SVPA, SVPC, SVS, Triaplus AG, unimedsuisse, Universitätsklinik Balgrist, UPD, USB, vaka, VZK, VAPZ, VBSAE, VDPS, VNS, VKJC, VPPS, VPSB, ZGKJPP, ZGPP, zmed). Eine Kopfpauschale seid zudem nicht anderes als ein verstecktes Globalbudget (AeGLu, ÄTG, BEKAG, FMH, FMPP und 36 Stellungnahmen, FPPBS, MEDGES, SGPP, SSCLPP, SVPA, VAPZ, VLSS, ZGKJPP, ZGPP).

Grundsätzlich gelte es alternative Versicherungsmodelle und Managed Care Netze zu prüfen und zu fördern, die auf Freiwilligkeit basieren (ÄTG, Argomed, FSP, mfe, SGAIM, SGP, Spitex

Schweiz, Verein Barmelweid). Auch müssen Beratung, Triage und Koordination zusammengefasst werden oder die EBS mit den Netzwerken zur koordinierten Versorgung verbunden werden (chirosuisse, EVS, FSP, P.IP, svbg, SVDE ASDD, vsao).

Wenige Leistungserbringer äussern sich grundsätzlich positiv zur Einführung einer EBS (ASPS, CURAVIVA, pharmaSuisse, senesuisse, SHV). ASPS, SBK, senesuisse, SGI, vsao erachten die Massnahme als richtigen Anreiz, die Prämienbelastung zu senken, fordern aber die Sicherstellung einer unabhängigen Erstberatung zum Wohle der Patientinnen und Patienten. Verschiedene Leistungserbringer weisen darauf hin, dass die EBS in Konflikt mit der freien Arztwahl stehe, deren Abschaffung aber eine politische und nicht medizinische Frage sei (BK-Heb, CURAVIVA). BK-Heb, SHV, svbg, SVDE ASDD, ZHAW IHB unterstützen das Modell der Beratungs- und Koordinationsstelle BKS. PharmaSuisse fordert, dass die Pauschalen der Abgeltung der prioritären Verfügbarkeit für die angeschlossenen Versicherten, des damit verbundenen administrativen Aufwands, der Verantwortung und Erfüllung der Auflagen für den Einsatz als EBS dienen dürfen, aber keinesfalls der Abgeltung medizinischer Leistungen. vsao fordert, die Kopfpauschalen über Steuergelder zu finanzieren.

Sollte eine EBS eingeführt werden, sprechen sich fast alle Leistungserbringer für eine Erweiterung der EBS auf Spitäler und weitere Leistungserbringer wie APN, Psychiater, Apothekerinnen und Apotheker oder Leistungserbringer der stationären Krankenpflege aus (Asana Spital Leuggern AG, Asana Spital Menziken AG, ASPS, AAV, chirosuisse, CURAVIVA, DAKO-MED, Erne Beat, EVS, Forel Klinik AG Klinik für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, Gesundheitszentrum Fricktal AG, GSASA, H+, Hirslanden AG und Kliniken Birshof und St. Anna, IGGH-CH, Insel Gruppe AG, IPW, Klinik Schützen Rheinfelden, KSA, KSB, LUPS, OdA AM, PBL, pharmaSuisse, Privatklinik Wyss, PDAG, Salina Medizin AG, SBK, SDV, SGI, SGM, SGPMR, SMHC, SNG, Spital Zollikerberg, Spitex Schweiz, SSIPM, Stadtspital Waid und Triemli, svbg, SVDE ASDD, SVPC, SVS, Swiss Nurse Leaders, Triaplus AG, unimedsuisse, Universitätsklinik Balgrist, UPD, USB, vaka, VZK, VDPS, VNS, VFP, VKJC, VPPS, VPSB, VSSG, VSVA, ZRS). mfe, Rouss Cécile, SGAIM, SGP streichen hingegen hervor, dass nur Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte die Funktion einer EBS übernehmen können und diese automatisch auf den kantonalen Listen geführt werden sollen.

Die **Versicherer und ihre Verbände** lehnen die Einführung einer EBS ab. Diese würde das System stark komplizieren und die gewünschten Einsparungseffekte tendenziell stark mindern (CSS, Groupe Mutuel, santésuisse, SWICA). Nicht nur die Freiheiten der Versicherten und der Leistungserbringer, sondern auch der Wettbewerb bei den alternativen Versicherungsmodellen würden stark eingeschränkt (curafutura, Groupe Mutuel, santésuisse, SVV, SWICA). SWICA beklagt zudem, dass die Massnahme veraltete Konzepte hinsichtlich der Interprofessionalität im Gesundheitswesen zementiere. Anstatt der Abschaffung der freien Leistungserbringerwahl (freien Arztwahl) sollen die alternativen Versicherungsmodelle mit Fokus auf die koordinierte Versorgung stärker gefördert werden (CSS, curafutura, Groupe Mutuel, santésuisse, SVV, SWICA). Verschiedene Versicherer schlagen Alternativmodelle zur EBS vor: Zum einen könne bei der Kostenbeteiligung angesetzt werden, indem diese für die ordentliche Versicherung erhöht würde, während sie für Modelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer unverändert bliebe. Dies würde mehr Anreize setzen, in ein Modell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer zu wechseln (CSS). Zum anderen könnten bestehende Modelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer zukünftig als Standardmodell definiert werden. Die Versicherung mit uneingeschränkter Wahl könnte jedoch mit einem entsprechenden Prämienzuschlag weiterhin gewählt werden (CSS, Groupe Mutuel, santésuisse). Zudem verweisen verschiedene Versicherer auf die kostengünstigen Triage-Möglichkeiten, welche der digitale Fortschritt ermöglicht hat (CSS, Groupe Mutuel). Sollte die Massnahme beibehalten werden, fordert santésuisse die Klärung verschiedener Fragen zur Umsetzbarkeit, zu Haftungsfragen, Inkassofragen, Zusatzkosten, zusätzlichen Schnittstellen, etc. und den Verzicht auf die Entrichtung einer Pauschale pro Person an die EBS.

Die grosse Mehrheit der **Patientenverbände und -organisationen** stehen der Idee einer Triage- und Koordinationsstelle sehr positiv gegenüber, sehen die Einführung einer EBS aber als

falschen Ansatz (AGILE.CH, AGS, Blaues Kreuz Schweiz, CFCH, chronischkrank.ch, GELIKO, graap, kindsverlust.ch, Krebsliga Schweiz, LLS, Netzwerk Gutes Alter, oncosuisse, PCS, ProRaris, RDAF, SSR, VASOS FARES, Evivo, verein-mps, Verein Morbus Wilson). Mit einer EBS würde die Patientenautonomie beschnitten, das Machtgefälle zwischen Leistungserbringern und Patientinnen und Patienten zunehmen und sich – vor allem im Falle von seltenen Krankheiten – die Diagnosestellung verzögern und zu irreversiblen Schäden führen (AGILE.CH, AGS, Blaues Kreuz Schweiz, CFCH, chronischkrank.ch, Ehlers-Danlos Netz Schweiz, GELIKO, graap, Krebsliga Schweiz, LLS, oncosuisse, ProRaris, QCC, RDAF, Evivo, verein-mps, Verein Morbus Wilson). Es mache weiter Sinn, dass bei spezifischen Krankheitsbildern und wegen dem Ärztemangel auch Fachärztinnen und –ärzte oder andere Leistungserbringer als EBS agieren können (AGILE.CH, AGS, Blaues Kreuz Schweiz, CFCH, chronischkrank.ch, Engagés pour la Santé, FSP/DVSP, graap, IGSK, LLS, oncosuisse, PCS, Procap, ProRaris, QCC, Evivo, verein-mps, Verein Morbus Wilson). Für die Rolle des Gatekeepers brauche es zusätzlich eine spezifische Ausbildung (FSP/DVSP, GELIKO, Krebsliga Schweiz, oncosuisse). Zudem sei eine Kopfpauschale inadäquat, da jeder nach seinen spezifischen medizinischen Bedürfnissen versorgt werden müsse (AGS, Blaues Kreuz Schweiz, FSP/DVSP, GELIKO, Krebsliga Schweiz, oncosuisse, QCC, SGB/FSS, Verein Evivo Netzwerk). Der Erfolg sei grösser, wenn der Bundesrat aktiv alternative Versicherungsmodelle fördere z.B. durch nationale Kampagnen oder höhere Prämienrabatte (AGILE.CH, CFCH, chronischkrank.ch, graap, ProRaris, QCC, verein-mps, Verein Morbus Wilson). Als Gegenvorschlag wird von einigen auch die Einführung einer «Beratungs- und Koordinationsstelle (BKS)» genannt, weil Beratung, Koordination und Dossierführung zusammengehören (kindsverlust.ch, Netzwerk Gutes Alter, SSR, VASOS FARES). Wenige Organisationen befürworten die Einführung einer EBS, falls diese nicht zu Rationierungen, Verzögerungen in der Patientenversorgung oder Chancenungleichheit führe (Engagés pour la Santé, FSP/DVSP, Procap, SGB/FSS, SPO). Sanktionen bei Nichteinhalten der Vorschriften seien wenn möglich zu verhindern oder zumindest abgestuft zu handhaben (FSP/DVSP).

**Weitere Organisationen und Einzelpersonen** lehnen eine EBS mehrheitlich ab, stehen der Idee einer Triage- und Koordinationsstelle aber positiv gegenüber (ABSG, AEG, AT, Guyaz Anne, IG eHealth): Zentral sei ein niederschwelliger Zugang zur Gesundheitsversorgung und Diagnosestellung und Behandlung. Die nötige Grundversorgung können zudem verschiedene Leistungserbringer sicherstellen. Die IG-EHealth fordert, dass die Versicherten frei entscheiden können sollen, wen sie als EBS bezeichnen möchten. Überdies sei eine Kopfpauschale inadäquat, da jeder nach seinen spezifischen medizinischen Bedürfnissen versorgt werden müsse. Association PRISM, fmc fordern, die Beratung, Koordination und Dossierführung zusammenzunehmen. Alève Mine, Tobias Baur und weitere Organisationen (z.B. ABSG, AEG, AT, IG eHealth) bedauern die Abschaffung der freien Arztwahl durch die Massnahme. Tobias Baur kritisiert, dass Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse würden, sollte die EBS nur von den Grundversorgern wahrgenommen werden dürfen. BFG, FGS befürchten Rationierungen sowie Patientenselektion und geben zu bedenken, dass eine EBS zu mehr Bürokratie, Mehrkosten und einer Einschränkung der Wahlfreiheit führe. Deutlich sinnvoller sei es, die alternativen Versicherungsmodelle zu stärken und z.B. Prämienrabatte zu erhöhen (BFG, FGS, fmc). Fredi Rosenblum und Christa Ruggaber sprechen sich für ein obligatorisches und flächendeckendes Hausarztmodell aus.

#### **4.4 Stellungnahme zum Netzwerk zur koordinierten Versorgung**

Zu dieser Massnahme haben sich insgesamt **282 Vernehmlassungsteilnehmer** geäußert. Die Massnahme **wird zu ähnlichen Teilen unterstützt und abgelehnt**.

Aus Sicht der GDK und der **Kantone** ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, FR, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, TG, TI, VD, VS, NE, JU sollte die Massnahme weiterverfolgt werden, da sie einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung und zur Kostendämpfung leisten kann. Allerdings sollte das Gesetz festhalten, dass die Kantone ihre bisherigen Aktivitäten zur Stärkung der koordinierten Versorgung weiterführen und bei Bedarf ausbauen dürfen, soweit diese den Rahmen des KVG nicht verletzen. Zudem müssen Umsetzungsfragen präzisiert werden, damit klar ist wessen Koordinationsaufwand an die entsprechende Pauschale anrechenbar ist, ob



sich die Kantone an der Definition der Zulassungsvoraussetzungen beteiligen dürfen und ob der Kanton bei Fehlen eines Tarifvertrags den Tarif festsetzen muss oder ob Vertragsfreiheit besteht. GE möchte weiterhin Koordinationsleistungen etwa zur Prävention finanzieren können. ZG, BS, VD, VS und JU möchten, dass die Kantone über die Zulassung entscheiden beziehungsweise in diese einbezogen werden (BS, JU), zumal sie auch einen starken, auch finanziellen Effort für die Bildung der Netzwerke leisten (VD, NE). VD möchte die Rolle des nichtärztlichen Pflegepersonals stärken. VD möchte vermeiden, dass die Netzwerke zur Risikoselektion durch die Versicherer verwendet werden, und wünscht eine nicht zu detaillierte Regelung zur Bewahrung von Kreativität, Innovation und genügend starken Anreizen und Freiheiten für das medizinische Personal, sich in solchen Netzwerken zu engagieren. BE fürchtet, dass die Abrechnung der Leistungen des Netzwerks kostentreibend wirkt, die Finanzierung ist zu klären. Die Vorteile für die Leistungserbringer, sich einem Netzwerk anzuschliessen, müssen genügend gross sein. BS wünscht, dass die Frage geklärt wird, ob auch stationäre Leistungserbringer und stationäre Leistungen Teil des Netzwerks sein können. AG befürchtet Schwierigkeiten bei der Finanzierung der Leistungen des Netzwerks, wenn die erbrachten Leistungen durch verschiedene Finanzierer abgegolten werden, und möchte klären welcher Koordinationsaufwand abgegolten werden soll.

Von den **Parteien** begrüssen GPS und glp die Massnahme, die SPS findet den Vorschlag nicht angemessen. GPS und SP möchten Erstberatung und Koordination in einer einheitlichen Stelle zusammenführen. Laut glp ist bei der Zulassung ein Top-down-Ansatz zur Qualitätssteigerung sinnvoll, für das Zustandekommen sind aber die Tarifpartner entscheidend, finanzielle Anreize könnten sinnvoll sein. Die Abgeltung mit Pauschalen ist laut GPS und glp sinnvoll, Netzwerke sollten aber laut GPS, glp und EVP nicht nur von Ärztinnen und Ärzten geleitet werden können. Laut GPS sollten zur Vermeidung von Risikoselektion für aufwändige Aufgaben zusätzlich Einzelleistungen vorgesehen werden und die Pauschalen zudem über Steuermittel finanziert werden. BDP, CVP und EVP unterstützen die Stärkung der koordinierten Versorgung. Bestehende, gut funktionierende Modelle dürfen aber nicht durch zu starre Regelungen verunmöglicht werden. Die FDP ist nicht grundsätzlich gegen die Massnahme, sieht aber die Notwendigkeit und den Mehrwert der gesetzlichen Regelung noch nicht, da Leistungserbringer und Versicherer bereits heute Netzwerke bilden können. Zu detaillierte Regelungen behindern innovative Entwicklungen, nur die Rahmenbedingungen sollten festgelegt werden. Laut SVP kann die Stärkung der Koordination nicht mit einer Uniformierung erreicht werden, zielführender wäre die Stärkung von Qualität und Effizienz durch mehr Wettbewerb.

Von den **Organisationen der Gemeinden, Städte und Berggebiete** begrüssen SGV und SSV die Massnahme, auch wenn sie noch konkretisiert werden sollte (SSV). Die Koordination sollte dem Nutzen und Aufwand entsprechend vergütet werden, Handlungsspielraum für eine Anpassung auf regionale Verhältnisse durch die Kantone ist aber wichtig. Die Netzwerke sollen bottom-up zugeschnitten werden und nicht nur durch Ärztinnen und Ärzte geleitet werden können, dies widerspricht der angestrebten Interprofessionalität.

Von den **Dachverbänden der Wirtschaft** begrüsst das CP die Massnahme, der sgv findet sie prüfenswert, es wird aber zu detailliert reguliert. Netzwerke sollten unter gewissen Bedingungen zugelassen werden, alles Weitere sollen die Vertragspartner regeln. Scienceindustries, ASSGP, die Handelskammer beider Basel und GRIP begrüssen die Förderung der koordinierten Versorgung, eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen wäre besonders hilfreich. Auch Leistungen ausserhalb des KVG sollten einbezogen werden können, soweit sie für die OKP eine Kostenreduktion bringen, etwa eine fachlich begleitete Selbstmedikation (ASSGP, GRIP). Für den SGB geht die Massnahme in die richtige Richtung, Erstberatung und Koordination sollten aber aus einer Hand erfolgen. Zur Vermeidung von Risikoselektion könnte die pauschalierte Vergütung ergänzt werden durch Einzelleistungen in komplexen Fällen. Die Koordination sollte aus Steuer- statt Prämiegeldern finanziert werden. Die Koordination kann auch durch nichtärztliches Personal erfolgen (SGB, sgv).

Von den **Konsumentenverbänden** begrüssen SKS, FRC und acsi eine Stärkung der koordinierten Versorgung, FRC ist aber angesichts der Komplexität des Vorschlags skeptisch. Netzwerke sollten von medizinischem Personal geleitet werden, damit sie einer medizinischen Sichtweise folgen. Acsi möchte eine Beteiligung der Patientinnen und Patienten und einen

Ausschluss von Versicherern oder gewinnorientierten Organisationen. Netzwerke sollten auch Prävention leisten und alle Faktoren mit Auswirkungen auf den Gesundheitszustand berücksichtigen.

Von den **Leistungserbringern** begrüßen Triaplus AG, IPW, Klinik SGM, PBL, UNP, PUK, LUPS, SMHC, VPPS, SVPS, SGAP, VDPS und VKJC die Massnahme, sofern psychiatrische Ambulatorien Teil der Netzwerke sein können. Pauschalen sind sinnvoll, müssen aber auch die Koordinationsleistungen abbilden und durch ein Hybridmodell mit Einzelleistungen ergänzt werden. VSAO und SHV begrüßen den Vorschlag, (Erst-)Beratung und Koordination sollten aber durch dieselbe Stelle erfolgen. Sie sollte ohne Gatekeeping-Funktion und Franchisenbefreit sein (VSAO). Auch Hebammen sollten die Netzwerke leiten können, eine Advanced Practice Rolle ist im Gesetz zu verankern, und Pauschalen sollten mit Einzelleistungen für komplexe Fälle ergänzt werden (SHV). Laut ÄTG ist die Massnahme vermutlich zielführend, die Initialaufwendungen sollten aber abgegolten werden.

Spitex Schweiz, ASPS, CURAVIVA, senesuisse, SBK, SGI, SNL, SVBG, EVS, VFP, P.IP und SVDE begrüßen den Vorschlag grundsätzlich. Auf die Vorgabe von Führungsinstrumenten ist aber zu verzichten (ASPS, CURAVIVA, senesuisse). Netzwerke sollen nicht nur ambulante Leistungen umfassen (ASPS, CURAVIVA, senesuisse) und nicht nur von Ärztinnen und Ärzten geleitet werden können (Spitex Schweiz, ASPS, CURAVIVA, senesuisse, SBK, SGI, SNL, SVBG, EVS, SVDE, VFP, P.IP). In einigen Kantonen ist die ambulante Versorgung der Spitex mit Versorgungsauftrag über das ganze Kantonsgebiet geregelt und die Versorgung dazu wird durch eine einzelne Organisation umgesetzt. Diesem Umstand ist Rechnung zu tragen. Eine vollständig auf Pauschalen an ein Gesamtnetzwerk ausgerichtete Vergütung ist durch die unterschiedliche Finanzierung der Pflegeleistungen zum Scheitern verurteilt. Pauschalen für die Koordination sind sinnvoll, die Abrechnung der weiteren Leistungen soll analog zu heutigen HMO-Modellen auch durch die Leistungserbringer direkt erfolgen können. (Spitex Schweiz). Pauschalen für alle Leistungen des Netzwerks sind nicht zielführend, zwingend abzugelten ist aber die Koordination (SVBG, EVS, SVDE, VFP, P.IP), auch mit Leistungserbringern aus dem sozialen Bereich oder der Psychologieberufe (SVBG, EVS, SVDE). Die Netzwerke sollten flexibler ausgestaltet werden als vorgesehen (SVBG, EVS, SVDE, P.IP). Ein Zwang zum EPD wird abgelehnt, und auch Angehörige sollten Teil des Netzwerks sein (P.IP). Der VFP unterstützt ein Netzwerk als alleinige Rechnungsstellerin.

Physioswiss, ChiroSuisse, pharmaSuisse, FSP, SDH und SDV unterstützen Netzwerke im Grundsatz. Im ambulanten Bereich sollten Netzwerke aber mindestens Hausärzte und Apotheker sowie Pflegeberufe beinhalten und nicht zwingend von einem Arzt oder einer Ärztin zu leiten sein (Physioswiss, ChiroSuisse, pharmaSuisse, FSP). Auch Chiropraktorerinnen und Chiropraktoren (ChiroSuisse) beziehungsweise Drogistinnen und Drogisten sollen Teil davon sein können, etwa zur Selbstmedikation (SDV). Einheitliche Pauschalen und Auflagen zur Betriebsführung sind innovationshemmend, der Erfolg basiert auf der Freiheit zu individuellen Verträgen, diese wird unnötig eingeschränkt (Physioswiss, SDV, VSVA, ZRS). Pauschalen für alle Leistungen können zur Qualitätsminderung bei chronisch Kranken (FSP, VSVA, ZRS) und riesigen Supernetzwerken führen (VSVA, ZRS). Auch bisher nicht von der OKP übernommene kostendämpfende Leistungen sollen von Netzwerken erbracht werden können (SDH).

SMN, VAKA, SMAG, Klinik Schützen Rheinfelden, GZF, ASM, ASL, KSB, PKS, Privatklinik Wyss, Psychiatrische Dienste Aargau, KSA, VPSB, die spitäler.be und Verein Barmelweid begrüßen die Stärkung der koordinierten Versorgung. Eine Top-down verordnete Zusammenarbeit ist aber zum Scheitern verurteilt, die bestehende Dynamik sollte nicht durch eine einheitliche staatliche Lösung ersetzt werden. Laut SMN und PKS behindern die Zulassungsbedingungen die Innovation und stellen überflüssige administrative Hürden auf. Die koordinierte Versorgung sollte nicht auf den ambulanten Bereich beschränkt werden. Gemäss SMN sollen Netzwerke nicht nur durch Ärzte und Ärztinnen geleitet werden. Pauschaltarife können von den Vertragspartnern vereinbart und müssen nicht gesetzlich vorgegeben werden. Zielführender wären Anreize für koordinierte Versicherungsmodelle, etwa über eine Anpassung der Regelungen zu Prämienrabatten in Art. 90c und 93ff. KVV.

H+, AllKidS, KJM, SVS, Forel Klinik, Insel Gruppe AG, USB, Hirslanden AG, Hirslanden Klinik St. Anna, Hirslanden Klinik Birshof, VZK und GSASA lehnen den Vorschlag ab. Die Entwicklung von Unternehmensmodellen und ihre Fixierung im Gesetz sind keine Staatsaufgabe und stehen im Widerspruch zum regulierten Wettbewerb. Die Rolle der Kantone als Zulassungs- und Aufsichtsbehörde ist gerade bei kantonsüberschreitenden Netzwerken unklar. Die Art der Vergütung sollte nicht vom Staat vorgegeben, sondern von den Tarifpartnern vereinbart werden. Eine Steuerung über die gesamte Versorgungskette durch dafür nicht kompetente Organe wird abgelehnt. Strukturen statt Ergebnistransparenz vorzuschreiben, ist der falsche Weg, die Zulassungskriterien sind zu detailliert. H+, USB und Insel Gruppe AG sind zudem der Ansicht, dass auch Spitäler eine Rolle als koordinierendes Netzwerk spielen können.

FMH, KKA, Zmed, BEKAG, AeGLU, VLSS, MSN, AGZ, KOCH, SMVS, mfe, SGAIM, MSN, mediX, FMCH, OdA AM, Argomed, Unimedsuisse, SGDVG und 53 Einzelstellungnahmen begrüßen zwar eine koordinierte Versorgung, staatliche Vorgaben gefährden aber Dynamik, Flexibilität und Innovation der erfolgreichen Entwicklungen durch Leistungserbringer und Versicherer. Eine neue Leistungserbringerkategorie ist unnötig, da Netzwerke als Einrichtung, welche der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, bereits möglich sind (KKA, Zmed, BEKAG, AeGLU, VLSS, MSN, AGZ, KOCH, SMVS, MSN, mediX, OdA AM). Die Auflagen zu Struktur, Organisation und Betrieb gehen viel zu weit, was die Attraktivität, in ein solches Netzwerk zu investieren, unnötig vermindert (KKA, Zmed, BEKAG, VLSS, MSN, AGZ, KOCH, SMVS, mfe, MSN, mediX, Argomed, SGAIM, OdA AM, FMPP und 9 weitere Organisationen sowie 27 Einzelstellungnahmen, SGDVG und 53 Einzelstellungnahmen, PULSUS, FMCH). Pauschalvergütungen können von den Tarifpartnern bereits jetzt vereinbart werden, es braucht keinen Zwang dazu (Zmed, mfe, MSN, mediX, SGAIM, FMPP sowie 9 weitere Organisationen und 27 Einzelstellungnahmen, SGDVG und 53 Einzelstellungnahmen). Pauschalen für den gesamten Behandlungspfad sind sinnvoller als solche, die beispielsweise nur die Erstabklärung abdecken, sie müssen aber auch den Koordinationsaufwand abbilden (KKA, BEKAG, VLSS, MSN, AGZ, KOCH, SMVS). Pauschalen können für medizinische Eingriffe sinnvoll sein, aber nicht für intellektuelle Tätigkeiten wie die klassische Sprechstunde, sonst droht Rationierung (SGDVG und 53 Einzelstellungnahmen, SGPMR, SGR, Ruoss Cecile). Pauschalen über die gesamte Versorgungskette sind in der Praxis kaum umzusetzen, und es besteht die Gefahr, dass Netzwerke komplizierte Behandlungspfade gar nicht anbieten (FMH, FMCH, Unimedsuisse, SSO, VKZS). Von Pauschalen profitieren primär grosse Anbieter mit Skaleneffekten, welche aber keine älteren oder chronisch kranke Versicherten behandeln, dies führt zu Qualitätsabbau (PULSUS, SGR). Unabhängige Arztpraxen wären die Verlierer, obwohl diese nachweislich tiefere Kosten aufweisen. Dies führt zu Folgekosten für die OKP und Druck auf das Gesundheitspersonal, ähnlich wie bei DRGs (SVM). Netzwerke müssen hausarztzentriert geführt werden (mfe, SAIM), und die Verpflichtung zum EPD wird abgelehnt (mfe, SGAIM, SGR). Mws lehnt den Vorschlag ab, sie führt zu Bevormundung durch den Staat, die Behandlung in Netzwerken muss freiwillig bleiben. Für Unimedsuisse ist der Vorschlag nicht ausgereift, Pilotprojekte wären zu begrüßen. SSO und VKZS lehnen Netzwerke als neue Leistungserbringer ab, da die Verantwortlichkeiten unklar sind, die Massnahmen im Gesetz ungenügend umschrieben sind und weil eine Einführung der Vertragsfreiheit durch die Hintertür droht.

Von den **Versicherern** begrüsst santésuisse Netzwerke als Leistungserbringer, diese sind aber nicht per se effizient, sie können auch kostentreibend wirken oder Gewinne abführen. Notwendig sind deshalb Vertragslösungen der Tarifpartner. curafutura steht der Massnahme kritisch gegenüber, Groupe Mutuel lehnt sie ab, SWICA begrüsst die Stossrichtung, ist aber skeptisch gegenüber staatlich verordneten Lösungen. Nur die Mindestvoraussetzungen, welche von allen Netzwerken erfüllt werden müssen, sollten geregelt werden (CSS). Anderes kann tarifpartnerschaftlich besser geregelt werden (curafutura, CSS), es könnten etwa nicht nur Ärztinnen und Ärzte Netzwerke leiten, auch eine Koordination über Teile der Versorgungskette kann sinnvoll sein (CSS). Eine Vergütung über Pauschalen kann die Anreize zur Wirtschaftlichkeit stärken (CSS), aber der Nachweis von Einsparmöglichkeiten fehlt. Besser wäre es, die richtigen Anreize zu setzen (SWICA). Mit dem Kontrahierungszwang gingen Anreize zur Innovation verloren (santésuisse, SWICA, Groupe Mutuel).

Von den **Patientenorganisationen** begrüßen SPO, Chronischkrank.ch, LLS, Evivo, AGS, Blaues Kreuz Schweiz, Verein Morbus Wilson, Agile.ch, Graap, Verein-mps, ProRaris, CFCH, FSP/DVSP, Oncosuisse, KLS, GELIKO, QCC, Engagés pour la santé, PCS und SF MVB Netzwerke zur koordinierten Versorgung als eigene Leistungserbringerkategorie, welche aber nicht von Versicherern betrieben werden sollen, auch Prävention und andere Leistungen ausserhalb des KVG umfassen sollen (Chronischkrank.ch, LLS, Evivo, AGS, Blaues Kreuz Schweiz, Oncosuisse, KLS, GELIKO, QCC, Engagés pour la santé) sowie Zentren für die Behandlung von seltenen Krankheiten einbeziehen (Verein Morbus Wilson, Agile.ch, Graap, Verein-mps, ProRaris, CFCH, IGSK) und barrierefrei sein sollen (SGB-FSS). Engagés pour la santé sieht eine pauschale Vergütung skeptisch, da der Aufwand stark von den Möglichkeiten der Patientinnen und Patienten abhängen kann. QCC wünscht eine flexible Ausgestaltung, da die Bedürfnisse sehr individuell sind.

Netzwerk Gutes Alter, SSR, Kindsverlust.ch und VASOS FARES bevorzugen eine einheitliche Beratungs- und Koordinationsstelle statt getrennter Erstberatungsstellen und Netzwerke, da Beratung, Koordination und Dossierführung Aufgaben sind, die ineinandergreifen und sich gegenseitig auch bedingen. Zur Vermeidung von Risikoselektion sollen für aufwändige Leistungen neben Pauschalen auch Einzelleistungen verrechnet werden können. Bei den bestehenden Hausarzt- und HMO-Modellen sollen ökonomische Anreize unterbunden werden, den Versicherten wünschenswerte oder sogar notwendige Leistungen vorzuenthalten, die entsprechenden Verträge müssen öffentlich sein, und es braucht Prüfverfahren für Über-, Unter- und Fehlversorgung. Kindesverlust.ch möchte, dass eine Rolle für Advanced Practice Nurses im Gesetz verankert wird.

Von den **weiteren Organisationen** begrüßen GFCH, AT, Public Health Schweiz, ABSG, AEG und SAGES die Massnahme, Präventionsleistungen und entsprechende Organisationen beziehungsweise Soziale Arbeit (SAGES) müssen aber auch Teil davon sein. Netzwerke sollten nicht durch Versicherer oder durch von diesen kontrollierte Organisationen betrieben werden. PRISM begrüsst die Massnahme, es sollten aber auch Spitäler und die Koordination mit ihnen einbezogen werden und wenn möglich Pilotprojekte vorgesehen werden. Elektronische Patientendossiers sollten einheitlich strukturiert sein, um die Interoperabilität zu gewährleisten, und auch nichtärztliche Fachpersonen können koordinieren. Fmc begrüsst die Massnahme und die pauschalierte Vergütung, ein Kontrahierungszwang wird aber abgelehnt, der Qualitäts- und Kostenwettbewerb sollen weiter spielen, und Netzwerke sollten nicht nur von Ärzten geleitet werden können.

Die IG E-Health begrüsst Netzwerke, sieht aber die Vergütung mit einheitlichen Pauschalen kritisch, da der Erfolg der Netzwerke auf der Freiheit beruht, individuelle Verträge mit den Versicherern abzuschliessen, welche mit dem Vorschlag unnötig eingeschränkt werden. FGS bevorzugt ebenfalls Verträge mit den Versicherern und möchte, dass die Netzwerke in ihrer Organisation und operationellen Strukturen frei sind. Das BFG findet eine Weiterentwicklung der koordinierten Versorgung prüfenswert, die bestehende Dynamik darf aber nicht abgewürgt und durch eine erzwungene Vereinheitlichung top-down ersetzt werden. Wichtig wären korrekte Anreize und Transparenz über die Qualität. MTK befürchtet Mehrkosten durch die neuen Leistungserbringer. Vips begrüsst die Massnahme, die Netzwerke sollten aber frei sein in ihrer Organisation und Struktur, und die Patientinnen und Patienten dürfen nicht bevormundet werden.

#### **4.4.1 Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe o**

Laut ÄTG sollte zur Entlastung der Hausärzte, zur Kostensenkung und zur Optimierung der Behandlung bei der Bildung von Netzwerken die interprofessionelle Zusammenarbeit in den Praxen mit den Medizinischen Praxisassistentinnen (MPA) aufgewertet werden. Hierzu müssten entsprechende Weiterbildungen zur Medizinischen Praxiskoordinatorin (MPK) und im Bereich Chronic Care Management (CCM) gefördert werden, aber v.a. auch eine entsprechende tarifliche Abgeltung unter Aufsicht der mandatierenden Hausärztin oder des mandatierten Hausarztes sichergestellt werden.

#### 4.4.2 Artikel 36b Netzwerke zur koordinierten Versorgung

BS weist auf den Widerspruch hin, dass Netzwerke zwar Leistungen nach Art. 25–31 KVG ambulant und koordiniert erbringen sollen, die genannten Leistungen damit aber auch stationäre Leistungen umfassen. Das Netzwerk soll ein Koordinationszentrum sowie die vertraglich angeschlossenen Leistungserbringer umfassen. Dies impliziert, dass das Netzwerk auch stationäre Leistungen erbringen kann, wenn sich dem Netzwerk stationäre Gesundheitseinrichtungen anschliessen. Dies steht wiederum im Widerspruch zur Definition des Netzwerks unter Art. 36b Abs. 1 Bst. a VE-KVG. Zudem wird zwar begrüsst, dass der Anschluss an eine zertifizierte Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft eine der Zulassungsvoraussetzungen für die Netzwerke zur koordinierten Versorgung darstellt, offen bleibt aber die Frage nach einem Anreizsystem, da derzeit die ambulanten Leistungserbringer nicht verpflichtet sind, sich an eine Stammgemeinschaft anzuschliessen (doppelte Freiwilligkeit).

GE möchte, dass im Entwurf geklärt wird, wie bei der Vergütung verfahren wird, wenn eine versicherte Person sich zwar an ein Netzwerk wendet, daneben aber auch Leistungserbringer nutzen möchte, welche nicht Teil des Netzwerks sind.

QCC weist darauf hin, dass insbesondere chronisch kranke und multimorbide Patienten und Patientinnen ein Netzwerk an Fachpersonal brauchen, welches koordiniert arbeitet, da sie z.T. sehr unterschiedliche Bedürfnisse und entsprechende Behandlungen brauchen. Insofern sieht QCC den Abs. 3 Buchstabe b als Minimalanforderung und nicht als fixe Definition.

Die FMH äussert sich dagegegen, dass der Bundesrat bzw. das EDI im Rahmen der Bezeichnungen der Leistungen auf Stufe KLV regelt, welche nicht-ärztlichen Leistungserbringer welche Programmleistungen erbringen können. Eine Abrechnung aller vom Netzwerk erbrachten Leistungen durch einen einzigen Leistungserbringer ist aus haftpflichtrechtlicher Sicht heikel.

Der Bundesrat soll Zulassungsvoraussetzungen hinsichtlich Qualitätsvorgaben und -entwicklungen festlegen können, zum Beispiel die obligatorische Organisation von Qualitätszirkeln (SBK, SGI, SNL)

#### 4.4.3 Artikel 48a Tarifverträge mit Netzwerken zur koordinierten Versorgung inkl. Übergangsbestimmungen

Laut SMN und mediX würde mit Absatz 2 faktisch eine kassenärztliche Vereinigung nach deutschem Vorbild auf der Ebene eines Netzwerkes eingeführt. Die Vergütung der einzelnen Leistungen innerhalb eines Netzwerkes wäre Angelegenheit des Netzwerkes, das heisst es wären nochmals Verhandlungen zu führen, wie die Pauschale unter den verschiedenen Leistungserbringern aufgeteilt würde.

#### 4.5 Stellungnahmen zu den Programmen der Patientenversorgung

Zu dieser Massnahme haben sich insgesamt **206 Vernehmlassungsteilnehmer** geäussert. Die Massnahme wurde **von einer Mehrheit begrüsst**.

Gemäss der **GDK** und den **Kantonen** sollte die Massnahme weiterverfolgt werden. Sie weisen darauf hin, dass die Zulassungskompetenz der Kantone im Gesetz explizit zu regeln sei. Einige Kantone weisen auf kleinere Ergänzungen hin. VD und NE weisen darauf hin, dass die Programme nicht zwingend ärztlich geleitet werden sollen. BE und BS weisen auf Unklarheiten bei der Finanzierung hin. Auch die Kompetenzen der Kantone sollten noch geklärt werden (TI und GE).

Die **Parteien** GLP, FDP, GPS, CVP, SP, EVP unterstützen die Massnahme grundsätzlich. Die SVP und FDP fordern, die Regulierungen und die Ausgestaltung den Tarifpartnern zu überlassen.

Von den **Städteverbänden** begrüsst der SSV die Massnahme im Grundsatz. Jedoch sei dabei die Anpassung an regionale Verhältnisse sehr wichtig, weshalb den Kantonen eine tra-

gende Rolle zukommen sollte. Die Vorlage sollte diesbezüglich noch einmal überprüft werden. Zudem wäre eine Konkretisierung wünschenswert, da sie in der aktuellen Version wenig konkret und deshalb schwierig zu beurteilen sei.

Von den **Verbänden der Wirtschaft** (scienceindustries, Wirtschaftsverband Chemie, Pharma Life Sciences, ASSGP, Handelskammer beider Basel, GRIP) wird die Massnahme unterstützt. Sie weisen darauf hin, dass eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) die integrierte Versorgung fördern würde. SGB und CP begrüßen die Massnahme. Der sgV erachtet diese Massnahme grundsätzlich als prüfenswert. Der sgV spricht sich allerdings dagegen aus, dass derartige strukturierte Programme ärztlich geleitet werden müssen.

Die **Konsumentenverbände** FRC, ACSI, Stiftung für Konsumentenschutz begrüßen die Massnahme. Der ACSI schlägt nur kleinere Anpassungen vor.

Die **Leistungserbringer** sind geteilter Meinung. Die Inselgruppe und USB lehnen die Massnahme ab, da die Spitäler in den Vorschlägen nicht berücksichtigt sind. KKA, BEKAG, VLSS, MSN, AGZ, KOCH und Zmed lehnen die Massnahme ab, da sie nicht zielführend sei. FMCH lehnt die Massnahme ab, da die Innovation und Weiterentwicklung von medizinischen Leistungen nicht verstaatlicht werden dürfen. Die FMH weist ebenfalls darauf hin, dass eine Generalvollmacht des Bundesrates zur Umsetzung abgelehnt wird. H+, SVS und GSASA schlagen eine Ergänzung vor, damit den Leistungen, die von Spitalapothekern erbracht werden, ebenfalls berücksichtigt werden. pharmaSuisse weist ebenfalls darauf hin, dass dies in der Vorlage fehle. VSVA und ZRS ergänzen, dass die Dienstleistungen von Versandapotheken ebenfalls miteinzubeziehen seien. Vaka, SMAG und die Klinik Schützen Rheinfelden begrüßen die Massnahme. mfe und SGAIM weisen darauf hin, dass Patientenprogramme ohne Ärztinnen und Ärzte nicht funktionieren. Zentral sei, dass solche Programme die strukturierte interprofessionelle Zusammenarbeit fördern. SBK weist darauf hin, dass ergänzend zur Kostendämpfung in der Gesundheitsversorgung die Gesundheitskompetenz der Schweizer Bürgerinnen und Bürger sowie das Selbstmanagement von Patientinnen und Patienten gefördert werden müssen. Der SGD (53 weitere Dermatologinnen) und PULSUS weisen darauf hin, dass der Bundesrat nicht die alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben dürfe. VSAO und ÄTG weisen darauf hin, dass auch Leistungen von nicht KVG-erkannten Leistungserbringern (z.B. MPAs) berücksichtigt werden sollten. Ähnliches schlagen auch Svbg, EVS, VFP und SVDE vor. Sehr positiv äussern sich SGPMR, Argomed und SHV. Auch Spitem Schweiz, Allkids, FSP, unimedsuisse und physioswiss unterstützen die Massnahme.

Die **Versicherer** lehnen die Massnahme ab. santésuisse und curafutura lehnen die Massnahme ab, da sie keinen zusätzlichen Regulierungsbedarf sehen. Ähnlich sehen dies auch die CSS, Swica und Groupe Mutuel.

Von den **Patientenverbänden** wird die Massnahme begrüsst. Chronischkrank.ch, LLS, OncoSuisse, Evivo, KLS, GELIKO, AGS, Blaues Kreuz Schweiz schlagen die Umformulierung von Artikel 25 Absatz 2 Bst. i «von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen» hin zu «von national oder kantonale organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht» vor. SF MVB weist auf die Berücksichtigung der Mütter- und Väterberatung bei den Bestrebungen des Bundesrates für die Senkung der Kosten im Gesundheitswesen hin. AGILE.CH weist darauf hin, dass auch der Bereich von psychisch Kranken in die Programme einbezogen werden muss. FSP und SVSP schlagen eine Anpassung vor bei Buchstabe i, anstelle von «leiten» den Begriff «beaufsichtigen» zu verwenden. Die SPO, QCC, Vips und Engagés pour la Santé begrüßen die Massnahme mit kleineren Ergänzungen.

In **weiteren Stellungnahmen** wurde von GFCH, AT, Public Health Schweiz, ABSG, AEGAEG vorgeschlagen, die Terminologie in Buchstabe i «von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen» auf «von national oder kantonale organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht» zu ändern. Dasselbe schlagen sie auch für Artikel 33 Absatz 3<sup>bis</sup> vor. Alève Mine weist darauf hin, dass Alternative und Komplementäre Medizin das Potential habe, Gesundheitskosten wesentlich zu reduzieren, insbesondere bei schweren Krankheiten. Das

Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen weist darauf hin, dass eine vertiefte Prüfung und Weiterentwicklung sinnvoll erscheine, allerdings ohne Vorgabe von Leistungen und Genehmigungsvorbehalt der Verwaltung. Die MTK unterstützt die Förderung von Programmen der Patientenversorgung im Grundsatz. Die Verantwortung zur Festlegung von Anforderungen an Patientenprogramme soll wie heute jedoch den Vertragspartnern überlassen werden. IG e-Health begrüsst die Massnahme mit Vorbehalt. Es gelte vorgängig festzulegen, welche Gesundheitsfachperson die Leitung und entsprechend die Verantwortung für eine Programmleistung übernimmt. FGS lehnt die Massnahme ab, da ärztlich geleitete, strukturierte Programme bereits heute erbracht werden können. FMC befürchtet, dass die vorgesehene staatliche Leistungsdefinition und Programmgenehmigung nicht die gleiche Dynamik und Innovationskraft entfalten werden. Und es sei nicht sinnvoll, dass die vorgeschlagenen Massnahmen nur unter ärztlicher Leitung umgesetzt werden können. PRISM begrüsst die Massnahme und schlägt vor, bei Artikel 25 Absatz 2 einen Buchstaben zu ergänzen für die Leistungen von Care und Case-Management und die Zuständigkeiten auf juristischer Ebene festzulegen.

#### **4.6 Stellungnahme zu Artikel 32 Absatz 3 (Rechtsgrundlagen für die differenzierte Prüfung der Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Artikel 32 KVG sowie für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung)**

Zu dieser Massnahme haben sich insgesamt **249 Vernehmlassungsteilnehmer** geäussert. Die Massnahme wurde **von einer Mehrheit begrüsst**.

##### **4.6.1 Artikel 32 Absatz 3**

Die **GDK und die Kantone** begrüssen die vorgeschlagene Regelung. ZG fordert zusätzlich, dass die wesentlichen Eckwerte im Gesetz fixiert werden.

Die BDP und CVP wünschen sich eine Präzisierung auf Gesetzesebene. Die SP unterstützt die Massnahme. Die EVP unterstützt die Massnahme in den Grundzügen. Die SVP lehnt sie ab.

Von den **Wirtschaftsverbänden** wird die Massnahme hauptsächlich abgelehnt (FER, vips, CP, scienceindustries, economiesuisse, iph, ASSGP, Interessengemeinschaft Schweizer Pharma KMU, Handelskammer beider Basel, GRIP, Swiss Medtech, sgv). In erster Linie wird eine zu weite Delegationsnorm kritisiert, da diese die Planbarkeit und Rechtssicherheit untergräbt. Der SGB begrüsst die Massnahme.

Die **Konsumentenverbände** (EKK, FRC, acsi, Stiftung für Konsumentenschutz) begrüssen die Massnahme.

Die **Versicherer** (Groupe Mutuel, santésuisse, curafutura) unterstützen die Massnahme. Die SWICA lehnt sie ab.

Die **Leistungserbringer** sind bezüglich dieser Massnahme gespalten. Die Spitäler (H+, SVS, Forel Klinik AG Klinik für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, unimedsuisse, Gesundheitszentrum Fricktal AG, VPPS, Hirslanden Klinik St. Anna, PUK, LUPS, Universitätsklinik Balgrist, VDPS, SMHC, VKJC, VKZ, Hirslanden Klinik Birshof AG, SGM, Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland, SVPC, UPD, Hirslanden AG, SGAP-SPPA, PBL, Triaplus AG, Integrierte Psychiatrie Uri, Schwyz und Zug, Klinik Schützen Rheinfelden, vaka, Salina Medizin AG (Rehaklinik), GSASA, Insel Gruppe AG), die Spitex Schweiz, die ASPS und Senesuisse begrüssen zwar die Zielsetzung der Massnahme, lehnen die Gesetzesanpassung aber ab. Die Spitäler weisen darauf hin, dass es auf Gesetzesstufe noch genauerer Formulierungen bedarf. EVS, SVDE ASDD und Allkids weisen darauf hin, dass diese Regelungen zur Überprüfung der Patientenprogramme zwingend unter Einbezug der Fachexpertise der involvierten Gesundheitsfachpersonen bzw. deren Verbände zu entwickeln sind. SBK, SNL und SGI unterstützen die Massnahme grundsätzlich, allerdings sei noch zu wenig

klar, wie der Bundesrat bei der Festlegung der Prüfung vorgehe. Die FAMH weist darauf hin, dass Auslandspreisvergleiche bei den Laboranalysen äusserst heikel seien. Ein Grossteil der Leistungserbringer unter anderem FMH, PKS, Société Médicale du Valais, physiosuisse, mfe, SSO, DAKOMED, FMPP, SGD, die Stellung genommen haben, lehnen die Massnahme ab, da sie eine Überregulierung darstelle und daher unnötig sei.

Von einigen **Patientenverbänden** (AGILE.CH, Verein Morbus Wilson, ProRaris, CFCH, graap, verein-mps) wird befürchtet, dass mit dieser neuen Regelung das Kostengünstigkeitsprinzip durchgesetzt wird und die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit an Bedeutung verlieren. Deshalb lehnen sie die Massnahme ab. Andere finden die Massnahme mit einigen Anmerkungen sinnvoll (Oncosuisse, Krebsliga Schweiz, GELIKO, DVSP, FSP, VASOS, Engagés pour la Santé). Procap und RDAF weisen darauf hin, dass im Rahmen der WZW-Kriterien den seltenen Krankheiten Rechnung getragen werden muss. Das Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen und IG eHealth lehnen die Massnahme entschieden ab. FGS fordert eine genauere Definition der WZW-Überprüfung.

#### **4.7 Stellungnahmen zu den Preismodellen und Rückerstattungen sowie Ausnahme vom Recht auf Zugang zu amtlichen Dokumenten**

Zu dieser Massnahme haben sich insgesamt **126 Vernehmlassungsteilnehmer** geäussert. **Preismodelle** wurden **von einer Mehrheit begrüsst**, die **Ausnahme vom Öffentlichkeitsgesetz** hingegen wurde **von einer Mehrheit abgelehnt**.

Die GDK und die **Kantone** ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, FR, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG, TI, VD, VS, NE, GE, JU erachten eine vermehrte Umsetzung von Preismodellen als sachgerecht, auch wenn die Intransparenz im Interesse eines rabattierten Einkaufs unschön ist. Der Kreis der Begünstigten der Rückerstattungen muss jedoch zwingend alle Kostenträger umfassen, etwa bei Zusatzentgelten im stationären Bereich. Dafür könnte der Rückerstattungsfonds, geführt durch die Gemeinsame Einrichtung KVG, eine Lösung sein. GL weist zusätzlich darauf hin, dass bereits jetzt bei zu starkem Preisdruck viele Anbieter und insbesondere auch Wirkstoffhersteller den Schweizer Markt verlassen, so dass Lieferengpässe an der Tagesordnung sind. Trotz Transparenzreduktion kann TI Preismodelle dulden, wenn damit für die Patienten niedrigere Preise für die Arzneimittel resultieren. Laut GE wären weitere Massnahmen im Bereich der Generika, Importe von Arzneimitteln und Digitalisierung angezeigt.

Von den **Parteien** unterstützen BDP, CVP, EVP und glp Preismodelle mit Rückerstattungen. Laut BDP, CVP, glp wird die Schweiz das bestehende System im Alleingang nicht ändern können, weshalb der Aufhebung des Öffentlichkeitsprinzips in diesem Spezialfall zugestimmt werden kann. Die EVP hingegen lehnt die Ausnahme vom Öffentlichkeitsgesetz ab. BDP und CVP sehen es als Aufgabe der Behörden, den Preis so festzulegen, dass er durch den Nutzen gerechtfertigt wird. FDP und SVP finden ein intransparentes System nicht wünschenswert. Die FDP spricht sich für die Prüfung alternativer Preismodelle bei hochpreisigen Arzneimitteln aus, beispielsweise capping (Vergütung wenn die Wirksamkeit nachgewiesen ist) oder pay for performance. Laut SVP braucht es neben der Nutzenbewertung und Qualitätskontrolle bei der Preisfestsetzung auch Transparenz, klare Grenzen und den Zugang ab dem Tag der Zulassung durch Swissmedic. Völlig unangebracht ist aus Sicht der SVP die Absicht, auf Verordnungsstufe das Kostengünstigkeitsprinzip für Arzneimittelpreise einzuführen. SP und GPS befürworten eine Vertiefung der internationalen Koordination für angemessenere Preise, mehr Transparenz und besseren Zugang. Laut GPS dient Intransparenz einzig den Herstellern. Die SP stellt sich nicht gegen die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für mehr Rechtssicherheit bei Preismodellen, ist aber gegen die Ausnahme vom Öffentlichkeitsprinzip. Die AL ZH möchte die Massnahme streichen und stattdessen Transparenz bezüglich Zustandekommen und Höhe der Arzneimittelpreise herstellen.

Von den **Organisationen der Wirtschaft** unterstützen iph, scienceindustries, ASSGP, GRIP, Handelskammer beider Basel und vips einen Fonds für Rückerstattungen, da er die Umsetzung von Preis-Volumen-Modellen ermöglicht. Vips unterstützt den Vorschlag für hochpreisige



Arzneimittel und massgeschneiderte nutzenbasierte Preismodelle, allerdings müssen die Stakeholder-Verbände mit dem BAG die Preismodelle aushandeln können, Planbarkeit und Flexibilität sowie Auslandspreisvergleich und therapeutischer Quervergleich müssen balanciert sein. Laut scienceindustries sind Preismodelle nicht bloss eine Möglichkeit zur Preisreduzierung, sondern ermöglichen den Zugang bei erhöhter Unsicherheit bezüglich der Wirksamkeit oder den Kostenfolgen durch Risikoteilung mit Modellen wie Pay-for-Performance oder volumenbasierte Modelle. Für die IG Schweizer Pharma KMU sind Preismodelle im hochpreisigen, innovativen, patentgeschützten Bereich zwar grundsätzlich wichtig, sie sollten aber nicht die Schaffung eines neuen Preisbildungssystems für alle Arzneimittel blockieren. Dieses muss Regelungen für günstige Arzneimittel der Grundversorgung, für hochpreisige, innovative, patentgeschützte Arzneimittel und auch für Komplementär- und Phytoarzneimittel enthalten. Dabei müssen diese vollkommen unterschiedlichen Bereiche getrennt betrachtet und behandelt werden.

Die Ausnahme vom Öffentlichkeitsgesetz ist laut vips, scienceindustries, GRIP, Handelskammer beider Basel, iph und ASSGP eine notwendige Voraussetzung für Preismodelle. Die IG Schweizer Pharma KMU hingegen lehnt eine weitere Erhöhung der Intransparenz ab.

Economiesuisse und sgv sind mit Preismodellen einverstanden, solange die Preistransparenz im Regelfall gewährleistet ist (economiesuisse), auch wenn die Ausnahme vom Öffentlichkeitsgesetz unbefriedigend ist (sgv). Es braucht eine Flexibilisierung der Preisgestaltung für einen schnelleren Zugang zu neuen Medikamenten, idealerweise ab der Zulassung durch Swissmedic. Der sgv bezweifelt allerdings, dass eine Anpassung des Gesetzes wirklich notwendig ist.

Der SGB unterstützt Preismodelle im Grundsatz. Sämtliche Rückerstattungen müssen aber öffentlich einsehbar sein und in der Spezialitätenliste vermerkt werden, auch wenn dies gewisse Preismodelle verhindert. Eine Ausnahme vom Öffentlichkeitsgesetz wäre eine Kapitulation vor privatwirtschaftlichen Interessen.

Von den **Konsumentenverbänden** unterstützen acsi, FRC und SKS Preismodelle, weil bei neuen Arzneimitteln Risiken und Unsicherheiten bestehen (FRC), allerdings nur, sofern volle Transparenz herrscht, die Bedingungen der Preismodelle und Rückerstattungen öffentlich einsehbar sind und auf eine Ausnahme vom Öffentlichkeitsgesetz verzichtet wird (acsi, FRC, SKS) und Preismodelle nicht zu einer Reduktion der vergüteten Behandlungen führen (acsi). EKK erwartet nur einen zeitlich begrenzten Spareffekt, da die Massnahme keine Auswirkungen auf die Mengen hat. Es sollte zudem mehr, nicht weniger Transparenz geschaffen werden.

Von den **Leistungserbringern** begrüßen FMCH, unimedsuisse, H+, AllKidS, GSASA, Insel Gruppe AG, vaka, Salina Medizin AG, Klinik Schützen Rheinfelden, Triaplus AG, PBL, SGM, IPW, SVPC, UPD, Forel Klinik AG, Hirslanden AG, Hirslanden Klinik St. Anna, Hirslanden Klinik Birshof, Gesundheitszentrum Fricktal, SGAP-SPPA, SGR, PUK, LUPS, SVS, SGPMR, VDPS, SMHC, VKJC, VPPS, Verein Barmelweid und VKZ Preismodelle bei hochpreisigen, innovativen, patentgeschützten Arzneimitteln.

KKA, SMVS und BEKAG hingegen finden mögliche Rückerstattungen zu kompliziert und wenig praktikabel. DAKOMED und SDV lehnen Preismodelle ab, weil der Mechanismus intransparent ist und bewährte, traditionell eingesetzte tiefpreisige Arzneimittel gegenüber teuren, innovativen Arzneimitteln mit unbekanntem Outcome ungleich behandelt werden. Die KJM lehnen den Vorschlag ab, weil er so allgemein gehalten ist, dass er inhaltlich nicht beurteilt werden kann. AeGLU stört sich daran, dass es weiterhin möglich sein wird, für den Schweizer Markt speziell hohe Arzneimittelpreise zu verlangen.

Laut H+, Insel Gruppe AG, Salina Medizin AG, vaka, Klinik Schützen Rheinfelden, Triaplus AG, PBL, SGM, IPW, SVPC, UPD, Hirslanden AG, Hirslanden Klinik St. Anna, Hirslanden Klinik Birshof, SGAP-SPPA, PUK, LUPS, VDPS, SMHC, VKJC, VKZ, unimedsuisse, Gesundheitszentrum Fricktal, VPPS, SVS, Forel-Klinik AG ist die Ausnahme vom Öffentlichkeitsgesetz international üblich und unabdingbar für den Zugang der Patienten zu innovativen Therapien. DAKOMED, Medswiss.net, FMCH, SSO, SDV, der Verein Barmelweid und zmed hingegen lehnen die Ausnahme vom Öffentlichkeitsgesetz ab. Laut VSAO würde diese der Akzeptanz

von Preismodellen schaden. Laut SGPMR ist eine möglichst transparente Handhabung anzustreben. FMCH macht auch darauf aufmerksam, dass Intransparenz den therapeutischen Quervergleich behindert.

Laut unimedsuisse und USB muss im Hinblick auf die Rückvergütungen geklärt werden, wie die verschiedenen Abläufe im Bereich von Rückvergütungen und die Bestimmungen zur nicht vollständigen Weitergabe von Vergünstigungen zueinander stehen. Auch müssen die Rückerstattungen in der Statistik korrekt den einzelnen Kostenblöcken zugeordnet werden. pharmaSuisse, VSVA und VSSG schlagen vor, auch Vergütungen für Apotheker vorzusehen, welche in neuer Weise bei der Einführung von Arzneimitteln und deren Beurteilung sowie bei der Sicherstellung der Therapietreue eine patientengerechte und kostendämpfende Rolle einnehmen können, wobei auch die Hersteller dafür in die Pflicht genommen werden könnten. VSVA und ZRS fordern, dass Preismodelle die Dienstleistungen von Apotheken mit Versandhandelsbewilligung in die Modellberechnungen einbeziehen.

Von den **Versicherern** lehnen santésuisse, Groupe Mutuel und SWICA Rückerstattungen ab, insbesondere über die gemeinsame Einrichtung. Laut santésuisse und Groupe Mutuel führen Rückerstattungen zu hohem Aufwand für die Versicherer. Preismodelle sollten die Ausnahme bleiben und nur dann angewandt werden, wenn ein Fixpreis nicht sachgerecht ist, etwa bei Kombinationstherapien. Geheime Rabatte können überdies preistreibend wirken. Eventualiter wäre eine zeitliche Begrenzung der Preismodelle auf fünf Jahre nach Aufnahme auf die Spezialitätenliste zu prüfen. Zudem sollten die Versicherer Arzneimittel oberhalb einer Kostenschwelle nur im Nachhinein und nur bei ausgewiesenem Therapieerfolg übernehmen müssen. Laut santésuisse, curafutura, CSS, Groupe Mutuel und SVV widerspricht eine Ausnahme vom Öffentlichkeitsgesetz zentralen Governance-Prinzipien. curafutura und CSS schlagen als Alternative eine Kombination von öffentlich zugänglichen Listenpreisen und Abrechnung mit den effektiven, nichtöffentlichen Preisen durch die Tarifpartner vor. Mindestens die Versicherer (CSS, SWICA) und Leistungserbringer (CSS) müssten die Nettopreise kennen.

Groupe Mutuel bevorzugt eine Verbesserung der aktuellen Preisfestsetzungskriterien mit Einführung des Kostengünstigkeitsprinzips und der jährlichen Überprüfung. Curafutura, CSS und Groupe Mutuel wünschen ein Beschwerderecht für Versicherer gegen die Preisfestsetzung. Die CSS weist darauf hin, dass eine nicht risikobereinigte Rückerstattung zu einer Untergrabung des Risikoausgleichs führt. CSS, Groupe Mutuel, SWICA und SVV fordern möglichst wenige verschiedene Preismodelle für Arzneimittel, für die aber klare Kriterien definiert sind.

Von den **Patientenorganisationen** unterstützen FSP/DVSP, GELIKO, Krebsliga Schweiz, oncosuisse, RDAF und VASOS FARES Preismodelle, soweit sie nicht zu einer Reduktion der vergüteten Behandlungen führen (FSP/DVSP) und einen schnelleren Zugang ermöglichen (RDAF). Auch der Nutzen sollte in Preismodelle einfließen (GELIKO, Krebsliga Schweiz, oncosuisse, RDAF). Der Verein Morbus Wilson, AGILE.CH, CFCH, graap, ProRaris und der Verein mps erwarten, dass Patientinnen und Patienten durch Preismodelle rascher neue Arzneimittel erhalten. Mit der Einführung eines Fonds, über den neue Arzneimittel während Preisverhandlungen bezahlt werden könnten, könnte ihre rasche Verfügbarkeit gewährleistet werden. Engagés pour la santé fragt, wann die Rückerstattung an den Versicherer und wann an die gemeinsame Einrichtung erfolgt.

Der Verein Morbus Wilson, AGILE.CH, GRAAP, RDAF und CFCH unterstützen die Ausnahme vom Öffentlichkeitsgesetz. FSP / DVSP, GELIKO, Krebsliga Schweiz, oncosuisse, ProRaris und VASOS FARES hingegen lehnen diese ab, Von einer Ausnahme vom Öffentlichkeitsgesetz profitieren nur die Hersteller, eine evidenzbasierte Preisfestsetzung wäre wirkungsvoller. International gibt es insbesondere dank der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vermehrte Bestrebungen für mehr Transparenz. Eine stärkere Kooperation unter den Staaten sowie die Schaffung von Transparenz ist für eine echt wirksame Preispolitik mittel- und langfristig unabdingbar. Laut Engagés pour la santé ist so viel Transparenz wie möglich anzustreben.

Von den **weiteren Organisationen** wünscht sich die MTK eine einheitliche, transparente Grundlage zur Preisbildung. Zudem haben die Preise für Arzneimittel auch Auswirkungen auf die stationären Tarifstrukturen. Alève Mine befürchtet, dass die Position der Hersteller gestärkt

wird. BFG begrüsst neue Preisbildungsmodelle bei hochpreisigen, innovativen, patentgeschützten Medikamenten, sie sind aber im Einzelfall auf ihre Tauglichkeit und Systemkompatibilität hin zu überprüfen. Ferner stellt sich die Frage, ob grosse, internationale Pharmaunternehmen tatsächlich in der Lage sind, derartige Modelle für den Schweizer Markt zu entwickeln. Wichtiger wäre aber ein vollständig neues Preisbildungssystem für Arzneimittel mit Regelungen für günstige Arzneimittel der Grundversorgung und für hochpreisige, innovative, patentgeschützte Arzneimittel. Diese Pendezenz darf nicht verzögert werden. Eine Ausnahme vom Öffentlichkeitsgesetz wird abgelehnt, die Unternehmen müssen Transparenz über ihre Herstellungskosten schaffen. FGS begrüsst Preismodelle grundsätzlich und nimmt dafür auch eine Ausnahme vom Öffentlichkeitsgesetz in Kauf, der Zugang sollte aber ab der Zulassung durch Swissmedic gewährleistet sein. IG E-Health möchte Preismodelle im Gesetz genauer regeln, mit unterschiedlichen Preisbildungsmechanismen für tief- und hochpreisige Arzneimittel. Eine Ausnahme vom Öffentlichkeitsgesetz wird eher abgelehnt. Public Eye lehnt Preismodelle ab, stattdessen sollte von den Herstellern mehr Transparenz eingefordert werden. Öffentlichkeitsgesetz.ch weist darauf hin, dass fallweise Ausnahmen das Öffentlichkeitsgesetz zur Zielscheibe von Spezialinteressen machen. Eine Aushöhlung bei den Arzneimitteln würde auch den Schweizer Bemühungen zur internationalen Koordination widersprechen.

#### **4.7.1 Artikel 18 Absatz 2<sup>septies</sup> inkl. Übergangsbestimmungen**

pharmaSuisse schlägt vor, die Mittel des Fonds für die Finanzierung von Leistungen, die zur Qualität und/oder Wirtschaftlichkeit der Grundversorgung beitragen, zu verwenden. Insbesondere sollten damit Leistungen abgegolten werden, die keiner bestimmten versicherten Person verrechnet werden können, etwa interprofessionelle Qualitätszirkel, generische Substitution oder Defizite im Vertriebsanteil bei der Abgabe von sehr preisgünstigen Arzneimitteln.

#### **4.7.2 Artikel 42 Absatz 2 zweiter Satz**

Der Kanton BS weist darauf hin, dass die Einführung des Tiers Payant sinnvoll wäre, da der Preis, den die versicherte Person für das Arzneimittel bezahlt, unter Umständen nicht dem Endpreis (nach Rückererstattung) entspricht. Dies hätte Auswirkungen auf die Kostenbeteiligung des Versicherten und würde unter Umständen zu administrativ aufwändigen Rückvergütungen führen.

#### **4.7.3 Artikel 52b Rückerstattungen**

Laut iph und scienceindustries sollten Arzneimittel oder neue Indikationen per Datum ihrer Marktzulassung durch Swissmedic in die Spezialitätenliste aufgenommen und vergütet werden, um den Zugang für Patientinnen und Patienten zu innovativen Arzneimitteln sicherzustellen. Dabei sollen Arzneimittel provisorisch aufgenommen und über ein Rückvergütungsmodell ein provisorischer Preis vereinbart werden können. Ein schneller Zugang, mittels vorläufiger Daten, sollte nicht von Anfang an zu einem «irreversiblen» Preis führen. Dies würde auch erlauben, die Vergütungen im Einzelfall nach Art. 71a - 71d KVV auf echte Einzelfälle zu reduzieren.

Vips wünscht einen separaten Artikel für Arzneimittel, bei dem insbesondere die Einteilung von Arzneimitteln in Kategorien für die WZW-(Über-)Prüfung (Originalpräparate unter Kopierschutz, Arzneimittel mit bekannten Wirkstoffen aber innovativen Darreichungsformen, Komplementär- und Phytoarzneimittel, Biosimilars, Generika, Kombinationstherapeutika etc.) zu regeln wäre. Er sollte auch Off-Label-Anwendungen und Hors-Liste-Arzneimittelanwendungen so regeln, dass bei einem Therapieversuch des behandelnden Arztes eine Nicht-Therapie aus Kostengründen nicht in Frage kommen kann. Grundsätzlich sollte an der 3-Jahres-WZW-Überprüfung festgehalten werden, aber Arzneimittel mit Tagestherapiekosten sollten unter einem vom Bundesrat zu bestimmenden Schwellenwert nicht mehr periodisch überprüft werden.

Gemäss CSS, SWICA, medswiss.net und zmed ist mit dem Vorschlag nicht gewährleistet, dass die Versicherten die zu hohe von ihnen geleistete Kostenbeteiligung auf dem öffentlichen Listenpreis zurückerstattet erhalten. SWICA weist zudem darauf hin, dass in der Kostenbeteiligung der Versicherten auch die Mehrwertsteuer eingerechnet ist, die Rückerstattungen jedoch ohne Mehrwertsteuer erfolgen.

#### 4.7.4 Artikel 52c Ausnahme vom Recht auf Zugang zu amtlichen Dokumenten

Für die Stellungnahmen zu Artikel 52c wird auf Kapitel 4.7 verwiesen.

#### 4.8 Stellungnahme zu Artikel 41 Absatz 1 (Faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl) inkl. Übergangsbestimmungen

Zu dieser Massnahme haben sich insgesamt **102 Vernehmlassungsteilnehmer** geäußert. Die Massnahme wurde **von einer deutlichen Mehrheit begrüßt**.

Die GDK und 20 **Kantone** (ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, ZG, FR, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, NE, VS, JU) bezeichnen den Vorschlag als angemessen. Allerdings wird an der kostendämpfenden Wirkung gezweifelt, da einige Kantone bisher tiefe Referenztarife festgelegt haben. Die Kantone sollten bei den Präzisierungen auf Verordnungsebene einbezogen werden. Laut BS und SG sollte die Verordnung präzisieren, dass Referenztarife auf Basis von gewichteten Fallzahlen bestimmt werden. FR fände eine Orientierung des Referenztarifs lediglich am Spitaltyp zu ungenau. GE wünscht, dass der letzte Satz gestrichen wird, da ansonsten für jede einzelne Leistung differenzierte Referenztarife zu befürchten wären. GL und SG lehnen eine Umsetzung ab, mit der für eine vergleichbare Leistung der jeweils höchste Tarif anzuwenden ist. GE weist darauf hin, dass eine solche Umsetzung zwar in den Erläuterungen angesprochen wird, aber nicht explizit im Gesetz festgelegt ist. UR und VS sind der Ansicht, dass im Interesse der Kostendämpfung für eine ausserkantonale Behandlung nicht mehr als der niedrigste Tarif bezahlt werden sollte, welcher im Wohnkanton für eine vergleichbare Behandlung gilt, dies wird auch laut TI so gehandhabt.

Von den **Parteien** unterstützen die EVP, FDP, glp und SP den Vorschlag. Die FDP fände eine schweizweit freie Wahl des Leistungserbringers auch im stationären Bereich noch zielführender. Die glp wünscht sich eine verbindlichere Formulierung. Die SVP ist der Ansicht, dass mit SwissDRG Referenztarife bei der Spitalwahl bereits gegeben sind. Die GPS beurteilt den Vorschlag hingegen sehr kritisch, der kantonsübergreifende Wettbewerb zwischen den Spitälern sollte nicht noch gefördert werden.

Von den **Verbänden der Wirtschaft** unterstützen CP, Economiesuisse, SGB und sgv den Vorschlag. Der SGB könnte protektionistisch tief angesetzte Referenztarife nur dann allenfalls akzeptieren, wenn sich Kantone zu homogenen Versorgungsregionen zusammenschliessen. Das CP bedauert, dass für die Stärkung des Wettbewerbs der Verordnungsweg gewählt wird. Allzu komplexe Mechanismen müssen dabei vermieden werden.

Von den **Konsumentenverbänden** unterstützen Acsi und FRC den Vorschlag. Die EKK weist darauf hin, dass Referenztarife zwar den Wettbewerb fördern, aber auch Rationierung und Qualitätseinbussen zur Folge haben können.

Von den **Leistungserbringern** begrüßen H+ und SMHC, VDPS, VKJC, VPPS, SVPC, SGAP-SPPA, Forel-Klinik, SVS, GZF, USB, LUPS, UPD, IPW, PBL und Triaplus AG sowie FMH, VSAO, IGGH-CH, VLSS, SGAIM, FMCH, SGR, SGPMR, ÄTG und Verein Barmelweid faire Referenztarife. H+ und 15 Organisationen finden die vorgeschlagene Formulierung aber zu unbestimmt, und die Zustimmung zur Massnahme steht unter dem Vorbehalt, dass auf Ebene der KVV ein fairer Benchmark festgelegt wird. Der VSAO verwarft sich gegen eine Erhöhung des Kostendrucks auf die Spitäler. Laut FMPP sowie MEDGES, Rohmeder-Arday Katalin, Praxis Welti GmbH sollte sich der Referenztarif an der Entschädigung jener Spitäler orientieren, welche die Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Unimedsuisse, USB und Insel Gruppe AG fordern für Unispitäler einen eigenen Referenztarif oder den Tarif des Standortkantons, ansonsten könnten Kantone ohne Unispital immer noch

zu tiefe Referenztarife festlegen. PKS sowie Hirslanden AG, Hirslanden Klinik Birshof, Hirslanden Klinik St. Anna, VZK, Uniklinik Balgrist, Klinik Schützen Rheinfelden, vaka, ASL, ASM, KSA, KSB, SWT, Spital Zollikerberg und Swiss Medical Network fordern statt der unklaren Bestimmung die Übernahme des Tarifs des Standortkantons. Laut fme widerspricht eine freie Wahl des Spitals durch die Versicherten der Steuerung in Netzwerken.

Von den **Versicherern** unterstützen santésuisse sowie Groupe Mutuel, SWICA und CSS die Massnahme. santésuisse und Groupe Mutuel sind aber skeptisch, ob sie die gewünschte Wirkung erzielt. curafutura fordert die Einführung der schweizweit freien Spitalwahl. Die CSS wünscht eine verbindlichere Formulierung.

Von den **Patientenorganisationen** unterstützen GELIKO, FSP/DVSP, Krebsliga Schweiz, Oncosuisse, VASOS FARES den Vorschlag. Engagés pour la Santé hingegen lehnt die Massnahme ab, weil sie den administrativen Aufwand erhöhen, durch intensivierete Konkurrenz die Preise senken und zu Spitalschliessungen führen könnte.

Von den **weiteren Organisationen** ist das BFG inhaltlich einverstanden, die an sich bereits seit 2012 geltende Regelung wird von den Kantonen nicht angewendet.

#### **4.9 Stellungnahme zu Artikel 42 Absatz 3ter (Elektronische Rechnungsübermittlung) inkl. Übergangsbestimmungen**

Zu dieser Massnahme haben sich insgesamt **145 Vernehmlassungsteilnehmer** geäussert. Die Massnahme wurde **von einer Mehrheit begrüsst**.

Die **GDK** und die **Kantone** sind mit der Massnahme einverstanden. TG weist darauf hin, dass Artikel 42 E-KVG dahingehend zu ergänzen sei, dass durch die elektronische Rechnungsstellung keine Gesundheitsdaten an Dritte gelangen.

Die **Parteien** (glp, BDP, CVP, SP, SVP und FDP) sind grundsätzlich einverstanden. Die glp weist darauf hin, dass die Formulierung «in elektronischer Form» präzisiert werden muss und dass es keine neuen Standards im Datenaustausch benötigt.

Die **Dachverbände der Wirtschaft** (CP, scienceindustries, Wirtschaftsverband Chemie, Pharma Life Sciences, FGS, Economie suisse, ASSGP) sind mit der Massnahme einverstanden. FGS beantragt, den Begriff «elektronisch» mit «digital» zu ersetzen.

Die **Konsumentenverbände** (SGB, EKK, FRC, Acsi, Stiftung für Konsumentenschutz) sind mit der Massnahme einverstanden.

Die **Leistungserbringer** VSAO, SGPMR, Spitex Schweiz, Vips, iph, AGS, SBK, GRIP, KJM, Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen, Triaplus AG, Integrierte Psychiatrie Uri, Schwyz und Zug, PBL, SGM, Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland, SVPC, UPD, Hirslanden AG, SGAP-SPPA, Hirslanden Klinik St. Anna, PUK, LUPS, VDPS, SMHC, VKJC, Hirslanden Klinik Birshof AG, VPPS, H+, GSASA und Unimedsuisse sind einverstanden mit der Massnahme. FMPP, Alber Christoph, Haefelfinger Johannes, Praxis Welti GmbH, Andreas Schneider, Marie-Therese Gombert, Elster Katharina, Jochum Axel, Meng Heiner, Walter Meili, Bende Brigitta, Patrick Brunner, Christine Glauser, Holger Knoch, Ralph Lüthy, Christine Zinkernagel, Ruch Susanna, Büggelen Barbara, Tobias Wilhelm, Schillinger Carola, SGPP, MEDGES, SSCLPP, SGKJPP, FPPBS, Praxis Dr. med. Katalin Rohmeder-Arday, Martin Eichhorn, Gül Söllick, Philip Onderka, KKA, Société Médicale du Valais, SVPA, BEKAG, VLSS beantragen die Streichung der ersten beiden Sätze von Artikel 42 Absatz 3<sup>ter</sup>. Gemäss ASPS, Senesuisse, CURAVIVA, SSO, Verein Barmelweid, Insel Gruppe AG, Société vaudoise de médecine, USB, VKZS soll der Artikel gestrichen werden. Die FMH bemängelt, dass die Umsetzung sehr vage formuliert sei und zwingend mit einer Übergangsfrist von 5 Jahren versehen werden muss.

Die **Versicherer** (CSS, SWICA, Groupe Mutuel, santésuisse) sind grundsätzlich einverstanden. santésuisse beantragt, den Begriff «elektronisch» mit «digital» zu ersetzen.

Die **Patientenverbände** (Chronischkrank.ch, Verein Morbus Wilson, AGILE.CH, graap, verein-mps, RDAF, Swiss cancer screening, Lungenliga Schweiz, Public Health Schweiz, ABSG, Allianz Ernährung und Gesundheit, IGGH-CH, DVSP, Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie, Vasos Fares, oncosuisse, Evivo, GELIKO, ProRaris, Blaues Kreuz Schweiz) sind grundsätzlich einverstanden.

Es gab verschiedene **weitere** Stellungnahmen. Alève Mine, AT, VFP, MediData AG, MTK, SVS, Forel Klinik AG Klinik für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit sind grundsätzlich einverstanden. Die P.IP, IG ehealth und das Bündnis freiheitliches Gesundheitswesen sehen keinen Zweck in dieser Massnahme.

#### 4.10 Stellungnahme zu Artikel 42a Absatz 2-3 (Versichertenkarte)

Zu dieser Anpassung haben sich insgesamt **17 Vernehmlassungsteilnehmer** geäußert. Die Massnahme wurde **von einer Mehrheit begrüßt**.

Von den **Kantonen** äusserte sich einzig der Kanton Baselstadt zur Versichertenkarte. Der Kanton weist darauf hin, dass die Vorgaben für die Versichertenkarte technologieneutral formuliert werden sollten. Damit die Versichertenkarte auch als Identifikationsmittel für das elektronische Patientendossier verwendet werden kann, müsse die Versichertenkarte in ein eID-System eingebettet werden. Dabei könnte die SASIS AG ID-Provider werden.

Von den **Konsumentenverbänden** äusserte sich die EEK. Sie begrüßt die Digitalisierung im Gesundheitswesen grundsätzlich.

Von den **Verbänden der Wirtschaft** äusserten sich Scienceindustries, ASSGP, Handelskammer beider Basel und GRIP. Sie begrüßen die technologische Weiterentwicklung der Versichertenkarte, da diese Effizienzgewinne ermöglicht und damit kostensparend wirke.

Von den **Leistungserbringern** äusserten sich die Spitex Schweiz, vips, Mfe, SGAIM, SGP, VFP und interpharma. Sie alle begrüßen die Möglichkeit, die Versichertenkarte auch elektronisch ausstellen zu können. Mfe, SGAIM und SGP weisen zudem auf Smartphone-kompatible Applikationen hin.

Von den **Versicherern** äusserten sich santésuisse und die SWICA. santésuisse begrüßt die technologieneutrale Formulierung des Artikels, schlägt aber den Begriff «digital» anstelle von «elektronisch» vor. SWICA begrüßt, dass die Versichertenkarte in elektronischer Form zur Verfügung gestellt werden soll. Allerdings lehnt sie die Beschränkung der Versichertenkarte auf die OKP-Deckung ab.

Des Weiteren äusserte sich die MTK, FGS, eine Privatperson Mine Alève zur Versichertenkarte. Die MTK unterstützt die Verstärkung von Informations- und Kommunikationstechnologien in der OKP, welche die Qualität der Informationen sichern und den Verwaltungsaufwand reduzieren. FGS begrüßt die Massnahme, weist aber darauf hin, dass der Begriff «elektronisch» sehr weit ausgelegt werden kann. Sie empfehlen den Begriff «digital» zu verwenden. Mine Alève weist darauf hin, dass mit Karte in der Tat eine Nummer bzw. eine Zeichenfolge gemeint sein sollte. Der Verlust oder das momentane Fehlen einer Karte soll kein Hindernis für eine Behandlung werden.

#### 4.11 Stellungnahmen zu den Anpassungen im IVG

Insgesamt äusserten sich zu diesen Massnahmen **48 Vernehmlassungsteilnehmer**. Die Massnahmen werden grösstenteils positiv beurteilt.

Von den **Kantonen** kam nur vom Kanton Zürich der Hinweis, dass die vorgesehene Schaffung einer IV-Arzneimittelliste nicht zu einer Verschlechterung der Versorgung von invaliden Personen führen sollte.

Von den **Parteien** befürwortet die EVP die Schaffung von Rechtsgrundlagen zur WZW Prüfung bei medizinischen Massnahmen der IV und ein einheitliches Kompetenzzentrum innerhalb des BAG. Die SVP fordert im allgemeinen den Schuldenabbau der IV gegenüber AHV, kein Kostengünstigkeitsprinzip bei Vergütungsbemessung von IV-Arzneimitteln und dass die elektronische Rechnungsstellung auch im Bereich der IV gefördert wird.

Von den **Dachverbänden der Wirtschaft** (scienceindustries, economiesuisse, ASSGP, GRIP, sgv) wird die Massnahme grösstenteils unterstützt. Die direkte Anwendung der für die Spezialitätenliste konkretisierten WZW-Kriterien unter Missachtung des Zweckes des IVGs wird aber abgelehnt.

Von den **Konsumentenverbänden** (Vips, ACSI) werden die Anpassungen grundsätzlich begrüsst.

Die **Leistungserbringer** sind uneins. Die FMH lehnt die Anpassungen ab. Iph ist grundsätzlich positiv gegenüber den Anpassungen. ARLD, DLV, ALOSI beantragen, dass Artikel 14 Absatz 3 E-IVG gestrichen wird. unimedsuisse beantragt, die Einführung der Prüfung der WZW-Kriterien nach KVG für die Invalidenversicherung so lange aufzuschieben, bis angemessene Kriterien spezifisch für seltene Krankheiten etabliert sind.

Die **Versicherer** santésuisse und Groupe Mutuel sind grundsätzlich einverstanden. santésuisse lehnt aber Artikel 14ter Absatz 7 E-IVG ab.

Die **Patientenverbände** stehen der Massnahme kritisch gegenüber. Der Verein Morbus Wilson, ProRaris, AGILE.CH, verein-mps und graap lehnen den Vorrang der kostengünstigen Versorgung gemäss Vorschlag Bundesrat in Art. 32 Abs. 3 E-KVG auch für das IVG ab. Sie fordern zudem, den Begriff «Habilitation» gemäss Art.26 UNO-Behindertenrechtskonvention in Art. 14 IVG zu übertragen. RDAF begrüsst die Anpassungen grundsätzlich. Die Besonderheiten von seltenen Krankheiten müssen aber berücksichtigt werden. Der DVSP, Oncosuisse, Krebsliga Schweiz und GELIKO begrüssen die Annäherung des KVG an das IVG grundsätzlich, es sei aber wichtig, Krankheit und Invalidität als verschiedene Lebenssituationen zu beurteilen. Die IGSK beurteilt die Anpassung grundsätzlich positiv.

**Weitere Stellungnahmen** kamen von Alève Mine und FGS. FGS begrüsst die Änderungen in der Invalidenversicherung, die die Vergütung von Arzneimitteln besser regeln und die Möglichkeit von vertraulichen Preismodellen haben.

#### **4.12 Stellungnahmen zu Artikel 64 Absatz 7 Buchstabe b und c (Kostenbeteiligung Mutterschaft: Gleichbehandlung der Patientinnen)**

Zu dieser Anpassung haben sich insgesamt **48 Vernehmlassungsteilnehmer** geäussert. Die Massnahme wurde **von einer Mehrheit begrüsst**.

Die **GDK** sowie die **Kantone** AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, NE, NW, OW, SG, SO, SZ, UR, VD, VS und ZH begrüssen die vorgeschlagene Präzisierung, monieren aber, dass wenn man der Zielsetzung der Gleichbehandlung der Patientinnen konsequent nachkommen wolle, nicht nur Leistungen ab der 13. Schwangerschaftswoche von der Kostenbeteiligung, sondern alle Massnahmen ab dem Vorliegen einer ärztlich bestätigten Schwangerschaft ausnehmen sollte. BS weist darauf hin, dass auch gewisse Bestimmungen der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) angepasst werden müssten. SH begrüsst die vorgeschlagenen Regelungen betreffend Kostenbeteiligung bei Mutterschaft, verzichtet jedoch auf weitergehende Bemerkungen. Auch AG befürwortet grundsätzlich eine einheitliche Regelung von Artikel 64 Absatz 7 Buchstabe b KVG, zeigt sich jedoch irritiert, dass die Massnahme im Zusammenhang mit dem Kostendämpfungspaket aufgeführt wird. GE, LU und ZG haben sich zu Artikel 64 Absatz 7 Buchstabe b KVG nicht vernehmen lassen.

Von den **Parteien** befürworten EVP, FDP die vorgeschlagene Anpassung. Die GPS und die SP fordern, dass die Kostenbefreiung während einer Schwangerschaft bereits ab der ersten Schwangerschaftswoche greift. Nachdem sich nun neben dem Bundesrat und dem Nationalrat auch die Gesundheitskommission des Ständerates deutlich für dieses Anliegen ausgesprochen hat, könne diese Massnahme noch mit der vorliegenden Gesetzesrevision rasch umgesetzt werden. Die SVP lehnt die Anpassung ab.

Die **Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete** haben sich zu dieser Gesetzesanpassung nicht vernehmen lassen.

Von den **Dachverbänden der Wirtschaft** weist Economiesuisse darauf hin, dass die Thematik anhand von zwei Motionen und einer Standesinitiative in der nächsten Session behandelt

werde. Aus staatspolitischer Sicht sollte der Bundesrat deshalb in dieser Sache nicht vorpreschen. Die Wirtschaft lehnt diese Massnahme daher ab. Der SGB begrüsst die Anpassung und unterstützt den Schweizerischen Hebammenverband in seiner Forderung nach einer Streichung der in Artikel 64 Absatz 7 Buchstabe b KVG definierten zeitlichen Limitierung.

Die **Konsumentenverbände** unterstützen die vorgeschlagene Änderung. Der acsi unterstützt den Vorschlag. Der FRC geht weiter und fordert, dass der Missstand nur behoben werden könne, wenn die Kostenbeteiligung bereits ab Beginn der Schwangerschaft weg falle.

Von den **Leistungserbringern** monieren BK-Heb, IGGH-CH, ZHAW IHB und SHV, dass die im Gesetzestext belassene Definition und enge Limitierung ab der 13. Schwangerschaftswoche in der Praxis immer wieder zu grossen Problemen führe. Der in der Motion Kälin korrekt beschriebene Missstand werde mit dem vorliegenden Textvorschlag des Artikels 64, Abs. 7, Bst. b leider nicht behoben. Er könne nur behoben werden, wenn die Kostenbeteiligung bereits ab Beginn der Schwangerschaft weg falle. Der SBK, die SGI und die SNL begrüssen den Verzicht auf die Kostenbeteiligung bei Schwangeren, können aber nicht nachvollziehen, dass dies erst ab der 13. Schwangerschaftswoche gelten soll. Der VFP und Spitex Schweiz begrüssen den bundesrätlichen Vorschlag. Die SSO fordert, dass auch zahnärztliche Behandlungen (Art. 31 KVG) der Kostenbeteiligung ausgenommen werden.

Von den **Versicherern** findet santésuisse, dass mit den Präzisierungen zu den Leistungen bei Schwangeren, bei welchen die Kostenbeteiligung entfällt, der Interpretationsspielraum betreffend diese Bestimmung deutlich abgenommen habe. Weshalb auch Leistungen bei einem Unfall sowie bei Geburtsgebrechen von der Kostenbeteiligung befreit sein sollen, sei sachlich schwer zu begründen. Dies führe zu weiteren Ungleichbehandlungen, einerseits zwischen schwangeren und nicht-schwangeren Frauen, andererseits aber auch zwischen Schwangeren mit ordentlicher Franchise und solchen mit Wahlfranchise, die trotz stark unterschiedlicher Prämie weitgehend dieselbe Versicherungsdeckung haben. Deshalb müsse der Bezug zu Art. 27 und 28 gestrichen werden. Swica begrüsst die Anpassung.

**Engagés pour la Santé** und die **Fachstelle Kindsverlust** begrüssen den Vorschlag, fordern aber eine Befreiung der Kostenbeteiligung in den ersten 12 Schwangerschaftswochen.

#### 4.13 Nicht weiter verfolgte Massnahmen

##### 4.13.1 Einführung Beschwerderecht (M33)

Die **Einführung eines Beschwerderechts** für die Versicherer gegen Verfügungen des BAG in Bezug auf Beurteilungen der Arzneimittel der Spezialitätenliste beim Bundesverwaltungsgericht wurde nur von **7 Vernehmlassungsteilnehmern** explizit erwähnt. Für die Einführung sprechen sich mit **curafutura** und der **CSS** insbesondere Vertreter der Versicherer aus. Unterstützt wird die Massnahme auch von der **SKS** und der **glp**. Sie betonen, dass vor allem Krankenversicherer, Patienten- und Konsumentenschutz-Organisationen ein Interesse an tiefen Arzneimittelpreisen hätten, es aktuell aber keine Möglichkeit für diese Akteure gebe, sich gegen zu hoch angesetzte Preise zu wehren. Dank eines Beschwerderechts könnten sich die Akteure im Sinne der Patientinnen und Patienten wehren, wenn ein Medikament trotz umstrittener WZW-Kriterien in den Leistungskatalog aufgenommen würde oder einen Preis erhielt, welcher als zu hoch und nicht gerechtfertigt erachtet wird. CSS und glp betonen zudem, dass solchen Beschwerden keine aufschiebende Wirkung zukommen soll, d.h. auch nicht gegenüber Beschlüssen der Kantonsregierungen über die Spitalisten. **Unimed Suisse**, **interpharma** und **vips** unterstützen hingegen die Position des Bundesrates und raten von einer Einführung eines Beschwerderechts für die Versicherer ab.

##### 4.13.2 Festsetzung einer Budgetvorgabe im ambulanten Bereich (M37)

Zu dieser Massnahme sind keine Anmerkungen eingegangen.



#### 4.14 Weitere Vorschläge

In den eingegangenen Stellungnahmen äusserten **mehrere Stellungnehmer** weitere Vorschläge.

Von den **politischen Parteien** streicht die **AL ZH** die Notwendigkeit der Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bürger hervor. Sie argumentiert, dass eine geringe Gesundheitskompetenz die Gefahr der geringeren Teilhabe an einem Behandlungsprozess berge. Patientinnen und Patienten sind auf Wissen angewiesen, um Entscheidungen partizipativ mit dem Gesundheitsfachpersonal treffen zu können. Zudem könne niedrige Gesundheitskompetenz zu schlechterem Selbstmanagement führen, was im Falle einer Erkrankung in einer intensiveren Nutzung von gesundheitlicher Versorgung resultiere. Weiter betont die AL ZH die Stärkung und Finanzierung der pflegerischen Grundversorgung, die Patientinnen und Patienten insbesondere im Selbstmanagement unterstützen kann.

Von den **gesamtschweizerischen Dachverbänden der Gemeinden, Städte und Berggebiete** fordern SAB und AG Berggebiet, dass der Bundesrat einen direkten Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative ausarbeiten soll, der eine echte Reform ermögliche. Als Stossrichtungen schlagen sie vor, (1.) die Potentiale der Digitalisierung zu nutzen, (2.) die Tarifgestaltung so zu revidieren, dass den unterschiedlichen räumlichen Voraussetzungen Rechnung getragen wird, (3.) den Numerus Clausus für jene Ärzte, welche sich zu Hausärzten ausbilden lassen, fallen zu lassen, (4.) komplementäre medizinische Betreuungsansätze wie z.B. Advanced Practice Nurse anzuerkennen und zu fördern, (5.) die Bettenkapazitäten in den Spitälern für den Normalbetrieb und Krisenzeiten zu überprüfen, (6.) die medizinische Versorgung in einem räumlich integrierten Ansatz zu planen und (7.) das Finanzierungsproblem im Gesundheitssystem, das zum Teil neue, innovative Ansätze und sinnvolle Kooperationsmodelle verhindert, zu überprüfen.

Von den **Dachverbänden der Wirtschaft** bringen zwei Vernehmlassungsteilnehmer verschiedene Vorschläge ein. Das CP fordert die Förderung der Digitalisierung durch die Verwendung von e-Patientendossiers und e-Medikationsplänen. Weiter betonen sie die positiven Effekte der Förderung der Gesundheitskompetenz und Eigenverantwortung der Bevölkerung auf die Gesundheitskosten. Das CP ist überdies der Meinung, mit bereits in den eidgenössischen Räten diskutierten Gesetzesrevisionen zur einheitlichen Finanzierung stationärer und ambulanter Leistungen und ambulanten Pauschalen bedeutende Kostensenkungen zu erreichen. Auch der SGB sieht in der sich in Umsetzung befindenden Ausweitung von ambulant durchzuführender Eingriffsgruppen grosses Kostendämpfungspotential. Der SBG schlägt zudem die Stärkung der Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals vor, um Qualitätsverluste und im Anschluss höhere Folgekosten zu verhindern. CP und SGB weisen weiter auf Massnahmen des Expertenberichts hin, welche unbedingt umgesetzt werden sollten: So spricht sich der CP für die Reduktion des Governance-Konflikts der Kantone (M36) und der SBG für den Abbau finanzieller Fehlanreize durch die Verhinderung missbräuchlicher Zusatzversicherungstarife (M28) aus.

Bei den **Konsumentenverbänden** fordern SKS und FRC Massnahmen zur Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung sowie zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung. Die EKK verlangt weiter, direkte Anreize zur Kostenverminderung auf Seiten der Leistungserbringer und auf Seiten der Leistungsbezüger einzuführen, indem die direkten Einflussmöglichkeiten der Patientinnen und Patienten durch die finanzielle Unterstützung von Patienten- und Konsumentenorganisationen gestärkt werden. Die SKS spricht sich zudem für die Umsetzung der Massnahme M21 des Expertenberichts, die Aufhebung des Territorialitätsprinzips bei Arzneimitteln und Medizinprodukten der Mittel- und Gegenständeliste aus. Weiter fordert der FRC eine Anpassung des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes, damit die Verwaltungskosten der Versicherer begrenzt und vereinheitlicht werden.

Von den **Leistungserbringern** kamen verschiedenste Vorschläge. Die P.IP, der SBK-ASI, der svbg, die Swiss Dental Hygienists und das Swiss Medical Network fordern ebenfalls Massnahmen zur Stärkung der Prävention, Gesundheitsförderung und der Gesundheitskompetenzen

der Bevölkerung. Nicht wenige Leistungserbringer betonen zudem die Verstärkung von sich bereits in Umsetzung befindender Massnahmen oder Gesetzesänderungen. Für H+, die SVS und die Forel Klinik stehen die Massnahmen des Expertenberichts M07 "Verlagerung von stationär zu ambulant", M08 "Stärkung von HTA", M09 "Rechnungskontrolle stärken", M10 "Koordinierte Versorgung stärken", M11 "Medizinische Boards / Indikationsboard", M12 "Förderung von Behandlungsleitlinien", M13 "Förderung Zweitmeinung" im Vordergrund. KSB, Privatklinik Wyss, PDAG, VPSB, DSB, fordern die Reduktion der administrativen Belastung der Leistungserbringer (M05), und zusammen mit dem Verein Barmelweid und VKZ unterstreichen sie die Wichtigkeit von Massnahmen zur Stärkung der ambulanten Versorgung durch Pauschalen sowie eine faire spital-ambulante Tarifierung zur Umsetzung der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen und zur Beseitigung von Fehlanreizen bei Kostenträgern und Leistungserbringern. PKS, SGR, SBK-ASI und das Swiss Medical Network sind der Meinung, dass vor allem Qualitätsverbesserungen und eine konstante Qualitätsentwicklung zu einer nachhaltigen Kostendämpfung führen. Mit der Forderung nach einer regionalen Spitalplanung (M14) durch das Swiss Medical Network, nach der Reduktion des Governance-Konflikts der Kantone (M36) durch PKS und das Swiss Medical Network und nach der Verhinderung missbräuchlicher Zusatzversicherungstarife durch den SBK-ASI sollen weitere Massnahmen des Expertenberichts umgesetzt werden. Der SBK-ASI setzt sich weiter für die Stärkung der Pflegeberufe und der medizinischen Grundversorgung ein. Der Verein Barmelweid verlangt die Operationalisierung der WZW-Kriterien. KSB, Privatklinik Wyss, PDAG, VPSB, DSB fordern, dass auch die Geschäftstätigkeit der Krankenversicherer nach den Grundsätzen von Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit ausgerichtet und beurteilt werden muss. Seitens der Pharma werden vereinfachte Gesetzesbestimmungen im Bereich der Arzneimittel gefordert. Die IG Schweizer Pharma KMU möchten ein Preisbildungssystem für alle Arzneimittel mit klarer Trennung zwischen Medikamenten der Grundversorgung, innovativen, patentgeschützten, teuren Medikamenten und Komplementär- und Phytoarzneimitteln einführen. vips schlägt vor, dass die verschiedenen Leistungsbereiche, die in der aktuellen Fassung in Art. 52 KVG angesprochen werden (nebst den Arzneimitteln die Analysen mit Tarif sowie die Mittel- und Gegenstände), in einzelnen, spezifischen Artikeln vom Gesetzgeber klarer adressiert werden. Dazu zählt unter anderem eine zeitlich begrenzte, sofortige Aufnahme auf die Spezialitätenliste ab der Zulassung durch Swissmedic, die auch von Interpharma gefordert wird. Weitere Vorschläge, die zur Kostendämpfung beitragen sollen, sind laut Interpharma die Erfassung von Gesundheits- und Qualitätsdaten und laut PKS die Schaffung fairer Wettbewerbsbedingungen für die Leistungserbringer und Versicherer. KSB, Privatklinik Wyss, PDAG, VPSB und DSB sehen bei Mitverantwortung der Bevölkerung beim Konsum von Gesundheitsdienstleistungen, den Zielen der sozialen Grundversicherung und dem Umfang des Leistungskatalog Handlungspotential. Die ZGKJPP fordert die sofortige Freigabe telemedizinischer Leistungen als äquivalent zu Präsenz-Leistungen.

Von den **Versicherern** werden von curafutura und der CSS weitere Vorschläge gemacht. curafutura betont das Potential bereits laufender Arbeiten in den Bereichen Qualität, Zulassung, Tardoc, Vertriebsanteil, EFAS und dem 1. Kostendämpfungspaket. Die CSS hingegen schlägt mit einer Erhöhung der Kostenbeteiligung für die ordentliche Versicherung und dem Wechsel des Standardmodells zu einem Modell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer gleich zwei neue alternative Versicherungsmodelle vor.

Von den **Patientenverbänden** werden verschiedenste Anregungen gemacht. DVSP/FSP, QCC, SF MVB, SSR, VASOS FARES heben die Notwendigkeit der Prävention, Gesundheitsförderung und Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung hervor. QCC und SSR, VASOS FARES sind zudem der Meinung, dass auch die Stärkung der Versorgungsqualität respektive die Einführung einer stringenten Qualitätsstrategie, die Versorgungsketten, Leistungen, Implantate und Medikamente miteinschliesst, Kosten dämpft. DVSP/FSP schlagen weiter eine Anpassung des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vor, damit die Verwaltungskosten der Versicherer begrenzt und vereinheitlicht werden. SSR und VASOS FARES

fordern die Umsetzung der Expertenbericht-Massnahme «missbräuchliche Zusatzversicherungstarife verhindern» (M28). Procap unterstreicht die Bedeutung des Einbezugs der Patientinnen und Patienten bei weiteren Gesetzesrevisionen; ein Anliegen, das auch andere Verbände unterstützen und eine Stärkung der Betreuung und Zuwendung fordern (Verein Morbus Wilson, AGILE.CH, graap, verein-mps, ProRaris, CFCH).

Des Weiteren gingen folgende Anregungen ein: Die **IG eHealth** fordert neben einem eMedikationsplan die Erarbeitung eines Massnahmenplans «digitale Transformation» mit folgenden Prämissen: (1.) Erarbeitung einer klaren Strategie der digitalen Transformation des Gesundheitswesens; (2.) Förderung von Standards zur Sicherstellung der Interoperabilität; (3.) Förderung patientenzentrierter Ansätze und Lösungen inklusive Befähigung der Patientinnen und Patienten; (4.) Verpflichtung aller Gesundheitsfachpersonen zu elektronischer Dokumentation aller Daten in strukturierter Form; (5.) Federführung digitale Transformation beim EDI/BAG, enge Kooperation mit Fachverbänden im Gesundheitswesen. **Alève Mine** schlägt vor, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken und alternative und komplementäre Medizin vor allem im Falle schwerer Krankheiten stärker zu fördern.

**Anhang: Liste der Vernehmlassungsteilnehmer<sup>1</sup>**

**Annexe: Liste des participants à la consultation<sup>2</sup>**

**Allegato: Elenco die partecipanti alla consultazione<sup>3</sup>**

<b>Abkürzung Abréviation Abbreviazione</b>	<b>Name Nom Nome</b>
<b>Kantone Cantons Cantoni</b>	
AG	Staatskanzlei des Kantons Aargau Chancellerie d'État du canton d'Argovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Argovia
AI	Ratskanzlei des Kantons Appenzell Innerrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Interno
AR	Kantonskanzlei des Kantons Appenzell Ausserrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Esterno
BE	Staatskanzlei des Kantons Bern Chancellerie d'État du canton de Berne Cancelleria dello Stato del Cantone di Berna
BL	Landeskanzlei des Kantons Basel-Landschaft Chancellerie d'État du canton de Bâle-Campagne Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Campagna
BS	Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt Chancellerie d'État du canton de Bâle-Ville Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Città
FR	Staatskanzlei des Kantons Freiburg Chancellerie d'État du canton de Fribourg Cancelleria dello Stato del Cantone di Friburgo
GE	Staatskanzlei des Kantons Genf Chancellerie d'État du canton de Genève Cancelleria dello Stato del Cantone di Ginevra
GL	Regierungskanzlei des Kantons Glarus Chancellerie d'État du canton de Glaris Cancelleria dello Stato del Cantone di Glarona
GR	Standeskanzlei des Kantons Graubünden Chancellerie d'État du canton des Grisons Cancelleria dello Stato del Cantone dei Grigioni
JU	Staatskanzlei des Kantons Jura Chancellerie d'État du canton du Jura Cancelleria dello Stato del Cantone del Giura
LU	Staatskanzlei des Kantons Luzern Chancellerie d'État du canton de Lucerne Cancelleria dello Stato del Cantone di Lucerna
NE	Staatskanzlei des Kantons Neuenburg Chancellerie d'État du canton de Neuchâtel Cancelleria dello Stato del Cantone di Neuchâtel

<sup>1</sup> in alphabetischer Reihenfolge der Abkürzungen

<sup>2</sup> en ordre alphabétique d'après les abréviations

<sup>3</sup> in ordine alfabetico secondo le abbreviazioni

NW	Staatskanzlei des Kantons Nidwalden Chancellerie d'État du canton de Nidwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Nidvaldo
OW	Staatskanzlei des Kantons Obwalden Chancellerie d'État du canton d'Obwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Obvaldo
SG	Staatskanzlei des Kantons St. Gallen Chancellerie d'État du canton de St-Gall Cancelleria dello Stato del Cantone di San Gallo
SH	Staatskanzlei des Kantons Schaffhausen Chancellerie d'État du canton de Schaffhouse Cancelleria dello Stato del Cantone di Sciaffusa
SO	Staatskanzlei des Kantons Solothurn Chancellerie d'État du canton de Soleure Cancelleria dello Stato del Cantone di Soletta
SZ	Staatskanzlei des Kantons Schwyz Chancellerie d'État du canton de Schwytz Cancelleria dello Stato del Cantone di Svitto
TG	Staatskanzlei des Kantons Thurgau Chancellerie d'État du canton de Thurgovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Turgovia
TI	Staatskanzlei des Kantons Tessin Chancellerie d'État du canton du Tessin Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino
UR	Standeskanzlei des Kantons Uri Chancellerie d'État du canton d'Uri Cancelleria dello Stato del Cantone di Uri
VD	Staatskanzlei des Kantons Waadt Chancellerie d'État du canton de Vaud Cancelleria dello Stato del Cantone di Vaud
VS	Staatskanzlei des Kantons Wallis Chancellerie d'État du canton du Valais Cancelleria dello Stato del Cantone del Vallese
ZG	Staatskanzlei des Kantons Zug Chancellerie d'État du canton de Zoug Cancelleria dello Stato del Cantone di Zugo
ZH	Staatskanzlei des Kantons Zürich Chancellerie d'État du canton de Zurich Cancelleria dello Stato del Cantone di Zurigo
GDK CDS CDS	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità
<b>Politische Parteien</b> <b>Partis politiques</b> <b>Partiti politici</b>	
AL ZH	Alternative Liste Zürich
BDP PBD PBD	Bürgerlich-Demokratische Partei Parti bourgeois-démocratique Partito borghese democratico
CVP PDC PPD	Christlichdemokratische Volkspartei Parti démocrate-chrétien Partito popolare democratico

EVP	Evangelische Volkspartei der Schweiz
PEV	Parti Evangélique Suisse
FDP	FDP. Die Liberalen
PLR	PLR. Les Libéraux-Radicaux
PLR	PLR. I Liberali Radicali
GPS	Grüne Partei der Schweiz
PES	Parti écologiste suisse
PES	Partito ecologista svizzero
glp	Grünliberale Partei
pvl	Parti vert'libéral
pvl	Partito verde-liberale
SVP	Schweizerische Volkspartei
UDC	Union Démocratique du Centre
UDC	Unione Democratica di Centro
SPS	Sozialdemokratische Partei der Schweiz
PSS	Parti socialiste suisse
PSS	Partito socialista svizzero
<b><i>Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete (inkl. Städte)</i></b> <b><i>Associations faïtières des communes, des villes et des régions de montagne que oeuvrent au niveau national (y. c. les villes)</i></b> <b><i>Associazioni mantello nazionali dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna (comprese le città)</i></b>	
AG Berggebiet	Arbeitsgruppe Berggebiet
SAB	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete
SAB	Groupement suisse pour les régions de montagne
SAB	Gruppo svizzero per le regioni di montagna
SGV	Schweizerischer Gemeindeverband (SGV)
ACS	Association des Communes Suisses (ACS)
ACS	Associazione dei Comuni Svizzeri (ACS)
SSV	Schweizerischer Städteverband (SSV)
UVS	Union des villes suisses (UVS)
UCS	Unione delle città svizzere (UCS)
<b><i>Dachverbände der Wirtschaft</i></b> <b><i>Associations faïtières de l'économie</i></b> <b><i>Associazioni mantello dell'economia</i></b>	
CP	Centre patronal (CP)
FER	Fédération des Entreprises Romandes (FER)
GRIP	Groupement Romand de l'Industrie Pharmaceutique
	Handelskammer beider Basel
SAV	Schweizerischer Arbeitgeberverband (SAV)
UPS	Union patronale suisse (UPS)
USI	Unione svizzera degli imprenditori (USI)
ASSGP	Schweizerischer Fachverband für Selbstmedikation Association Suisse des Spécialités Pharmaceutiques Grand Public Associazione Svizzera del'Industria Farmaceutica per l'Automedicazione
SGV-USAM	Schweizerischer Gewerbeverband (SGV)
USAM	Union suisse des arts et métiers (USAM)
USAM	Unione svizzera delle arti e dei mestieri (USAM)
SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund (SGB)
USS	Union syndicale suisse (USS)
USS	Unione sindacale svizzera (USS)

economiesuisse	Verband der Schweizer Unternehmen Fédération des entreprises suisses Federazione delle imprese svizzere Swiss business federation
scienceindustries	Wirtschaftsverband Chemie Pharma Biotech Association des industries Chimie Pharma Biotech Associazione economica per la chimica, la farmaceutica e la biotecnologia
<b>Konsumentenverbände</b> <b>Associations de consommateurs</b> <b>Associazioni die consumatori</b>	
ACSI	Associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana
EKK	Eidgenössische Kommission für Konsumentenfragen
FRC	Fédération romande des consommateurs
SKS	Stiftung für Konsumentenschutz (SKS) Fondation pour la protection des consommateurs Fondazione per la protezione dei consumatori
<b>Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer</b> <b>Organisations du domaine de la santé – Fournisseurs de prestations</b> <b>Organizzazioni del settore sanitario – Fornitori di prestazioni</b>	
AAV	Aargauischer Ärzteverband
	Aebischer Manfred, derma-murtensee
AeGLu	Aerztegesellschaft des Kantons Luzern
	Alber Christoph
AllKidS	Allianz Kinderspitäler der Schweiz Alliance des Hôpitaux pédiatriques Suisses
AGDC	Arbeitsgruppe Dermatochirurgie, Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie
Argomed	Argomed Ärzte AG
BEKAG	Ärztegesellschaft des Kantons Bern (BEKAG) Société des médecins du canton de Berne (SMCB) Società dei medici del Cantone di Berna (SMCB)
AGZ	Ärztegesellschaft des Kantons Zürich
ÄTG	Ärztegesellschaft Thurgau
ASL	Asana Spital Leuggern AG
ASM	Asana Spital Menziken AG
ARLD	Association romande des logopédistes
ASI	Association Suisse des infirmières
AVASAD	Association vaudoise d'aide et de soins à domicile
ALOSI	Associazione Logopedisti della Svizzera Italiana
AvariMed	AvariMed West GmbH
	Bader Urs
	Barth Daniel
	Baur Tobias
	Bende Brigitta, Praxis Clara
BK-Heb	Berufskonferenz Hebammen der Fachkonferenz Gesundheit
	Blaser Klaus
	Borcea Adrian
	Brunner Patrick
	Büggelen Barbara

BüAeV	Bündner Ärzteverein Uniun grischuna da medis Ordine dei meidici grigioni
	Bures Peter
	Büttiker Urs
DAKOMED	Dachverband Komplementärmedizin (Dakomed) Fédération de la médecine complémentaire (Fedmedcom)
	Daniel Fuchs Partners AG
	Dermacenter AG
	Dermanence AG
	Dermatologikum Zürich
	Dermatologische Klinik Kantonsspital Luzern
DZZ AG	Dermatologisches Zentrum Zürich AG: Kasper, Läuchli
	Dermis Hautklinik Bülach AG
DLV	Deutschscheizer Logopädinnen- und Logopädenverband
FAMH	Die medizinischen Laboratorien der Schweiz (FAMH) Les laboratoires médicaux de Suisse I laboratori medici della Svizzera
DSB	diespitäler.Bern
	Donghi Davide
	Dumont Magali
	Eichhorn Martin
	Elster Katharina
	Enderlin Valérie
EVS	ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz
	Erne Beat, Präsident Sektion Schaffhausen der Schweiz. Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
FPPBS	Fachgruppe Psychiatrie und Psychotherapie für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche der Medizinischen Gesellschaft Basel-Stadt
	Ferretti Andrea
	Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen
FMCH	Foederation Medicorum Chirurgicorum Helvetica (FMCH) Dachverband 21 chirurgisch und invasiv tätiger Fachgesellschaften und 3 Berufsorganisationen Association faïtière de 21 sociétés de Disciplines médicales chirurgicales et invasives et de trois associations professionnelles
	Forel Klinik AG Klinik für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit
	Gallmann Martin
	Gaviria Morales Elisabeth
vaka	Gesundheitsverband Aargau vaka
GZF	Gesundheitszentrum Fricktal AG
	Glauser Christine
	Gloor Marianne
	Söllick Gül
	Golling Philippa
	Gombert Marie-Theres
	Graf Mario, Praxis im Struppen
	Grieb Isabel
GVPPEA	Groupement vaudois des psychiatres et psychothérapeutes pour enfants et adolescents
H+	H+ Die Spitäler der Schweiz H+ Les Hôpitaux de Suisse H+ Gli Ospedali Svizzeri



	Haefelfinger Johannes
mfe	Haus- und Kinderärzte Schweiz Médecins de famille et de l'enfance Suisse Medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera
	Haut & Laserzentrum Dr. Zuder AG
	Hautarztpraxis Barbara Theler
	Hautarztpraxis Kloten
	Hautspezialisten am Glattpark
	Heinemann Christian
	Hirslanden AG
	Hirslanden Klinik Birshof AG
	Hirslanden Klinik St. Anna
	Huber Clarissa, skinworld AG
	Insel Gruppe AG
imad	Institution genevoise de maintien à domicile
IPW	Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland
IGGH-CH	Interessengemeinschaft der Schweizer Geburtshäuser
IG Schweizer Pharma KMU	Interessengemeinschaft Schweizer Pharma KMU Groupement d'intérêt PME Pharma Suisse Gruppo d'interessi PMI Pharma Svizzera
	Jeker Florence, Praxis Reinacherhof
	Jochum Axel, Zentrum für Suchtmedizin
KSA	Kantonsspital Aarau AG
KSB	Kantonsspital Baden AG
	Kaufmann-Schad Karin
	Klinik Schützen Rheinfelden
	Knoch Holger
	Koch Susanne
KKA	Konferenz der kantonalen Ärztesgesellschaften (KKA) Conférence des sociétés cantonales de médecine (CCM) Conferenza delle società mediche cantonali (CMC)
KOCH	Konferenz der Ostschweizer Ärztesgesellschaften
K/SBL, C/APSL	Konferenz der Schweizerischen Berufsverbände der Logopäden
	Krautheim Alexa, Spalenpraxis Dermatologie
	Läuchli Severin
	Lüthy Ralph
LUPS	Luzerner Psychiatrie
	Mahler Daniel, Dermapraxis Luzern
	Maierhofer Kornelia
	Maus Claudia
	Mediplaza AG, Haut.Venen.Allergie.Zentrum Brunnehof
MEDGES	Medizinische Gesellschaft Basel
MSN	medswiss.net - Schweizer Dachverband der Ärztenetze - Association suisse des réseaux de médecins - Associazione svizzera delle reti di medici
	Meili Walter
	Meng Heiner
	Mohacsi Paul
	Mosconi Sandro
mws	mws medical women switzerland – ärztinnen schweiz
	Newzella Peter, Givimed & CLMO
	novaderm SA, S. Gisler Sanez

	Onderka Philip
omct	Ordine dei Medici del Canton Ticino
OdA AM	Organisation der Arbeitswelt Alternativmedizin
VSSG	pharmalog.ch
P.IP	Plateforme Interprofessionnalité dans les soins de santé primaires
	Praxis Dr. med. Katalin Rohmeder-Arday
	Praxis für Dermatologie
	Praxis Welti GmbH
	Privatklinik Wyss
PKS	Privatkliniken Schweiz (PKS) Cliniques privées suisses (CPS) Cliniche private svizzere (CPS)
PBL	Psychiatrie Baselland
PDAG	Psychiatrische Dienste Aargau AG
PUK	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
PULSUS	PULSUS
	Ruch Susanna
	Ruoss Cécile
SMAG	Salina Medizin AG (Rehaklinik)
	Scheidegger Paul, Allergie & Haut AG
	Schillinger Carola
	Schneider Andreas
	Schnitzler Hero, dermacompetence
SGAP-SPPA	Schweizer Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychotherapie (SGAP) Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie de la Personne Agée (SPPA) Società Svizzera di Psichiatria e Psicoterapia degli Anziani (SSPA)
physiosuisse	Schweizer Physiotherapie Verband Association Suisse de Physiothérapie Associazione Svizzera di Fisioterapia
ChiroSuisse	Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft Association suisse des chiropraticiens Associazione svizzera dei chiropratici
SGAIM	Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG) Società Svizzera di Medicina Interna Generale (SSMIG)
SGDV	Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (SGDV) Société suisse de dermatologie et vénéréologie (SSDV) Società svizzera di dermatologia e venereologia (SSDV)
SGKJPP	Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
SSPPEA	Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie d'Enfants et d'Adolescents
SSPPIA	Società Svizzera di Psichiatria e Psicoterapia Infantile e dell'Adolescenza
SSCLPP	Schweizerische Gesellschaft für Konsiliar -Liaisonpsychiatrie und –Psychosomatik
SGP	Pädiatrie Schweiz, Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie
SSP	Société Suisse de Pédiatrie
SSP	Swiss Society of Paediatrics
SGPMR	Schweizerische Gesellschaft für physikalische Medizin und Rehabilitation
SGPP	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP) Società svizzera di psichiatria e psicoterapia (SSPP)
SGR	Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie
SIG	Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin SIG
SNG	Swiss Neurological Society

	Schweizerische Neurologische Gesellschaft Société Suisse de Neurologie Società Svizzera de Neurologia
SVS	Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren
SVPA	Schweizerische Vereinigung psychiatrischer Assistenzärztinnen und -ärzte
SVPC	Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Chefärzte und Chefärztinnen
SSO	Schweizerische Zahnärzte Gesellschaft Société suisse des médecins-dentistes Società svizzera odontoiarti
pharmaSuisse	Schweizerischer Apothekerverband Société suisse des pharmaciens Società svizzera dei farmacisti
SBK	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
ASI	Association suisse des infirmières et infirmiers
ASI	Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri
SDV	Schweizerischer Drogistenverband
SHV	Schweizerischer Hebammenverband
SVBG	Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen
FSAS	Fédération Suisse des Associations professionnelles du domaine de la Santé
FSAS	Federazione Svizzera delle Associazioni professionali Sanitari
SVDE	Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen
ASDD	Association suisse des diététiciennes
ASDD	Associazione Svizzera delle-dei Dietistei
GSASA	Schweizerischer Verein der Amts- und Spitalapotheker Association suisse des pharmaciens de l'administration et des hôpitaux Associazione svizzera dei farmacisti dell'amministrazione e degli ospedali
VFP	Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft VFP
	Service de dermatologie et vénéréologie Hôpitaux Universitaires de Genève
	skinworld AG
STDV	Società Ticinese di Dermatologia e Venerologia
SMVS	Société Médicale du Valais (SMVS) Walliser Ärztegesellschaft (VSÄG)
SVM	Société vaudoise de médecine
	Spillmann Maya
	Spital Zollikerberg
Spitex Schweiz	Spitex Verband Schweiz
Aide et soins à domicile Suisse	Association suisse des services d'aide et de soins à domicile Associazione svizzera dei servizi di assistenza e cura a domicilio
SWT	Stadtspital Waid und Triemli
	Stauffer Daniela, Hautarztpraxis Arlesheim
	Steinmann Hanna
	Steinmann Judit Maria
SGM	Stiftung für Ganzheitliche Medizin
	Swiss Cancer Screening
SDH	Swiss Dental Hygienists
SMN	Swiss Medical Network
SMHC	Swiss Mental Healthcare Gesamtschweizerische Vereinigung der Psychiatrischen Kliniken und Dienste Association regroupant les cliniques et hôpitaux psychiatriques dans l'ensemble de la Suisse
SNL	Swiss Nurse Leaders
SSIPM	Swiss Society for Interventional Pain Management
	Tamborini Pierre

	Triaplus AG, Integrierte Psychiatrie Uri, Schwyz und Zug
unimedsuisse	Universitäre Medizin Schweiz Médecine universitaire suisse Associazione medicina universitaria svizzera
UPD	Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG
	Universitätsklinik Balgrist
	Universitätsklinik für Dermatologie, Inselspital, Inselgruppe AG
USB	Universitätsspital Basel
	Utermann Sabine, Gesundheitszentrum Allschwil
iph	Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz (interpharma) Association des entreprises pharmaceutiques suisses pratiquant la recherche
ASPS	Verband der privaten Spitex-Organisationen Association Spitex privée Suisse (ASPS) Associazione delle organizzazioni private di cura a domicilio
VPSB	Verband der Privatspitäler des Kantons Bern
VSVA	Verband der Schweizerischen Versandapotheken
CURAVIVA	Verband Heime und Institutionen Schweiz Association des homes et institutions sociales suisses Associazione degli istituti sociali e di cura svizzeri
VSAO ASMAC ASMAC	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique Associazione svizzera dei medici assistenti e capiclinica
senesuisse	Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées
VZK	Verband Zürcher Krankenhäuser
FMPP	Verbindung der psychiatrisch-psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzte der Schweiz
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) Fédération des médecins suisses Federazione dei medici svizzeri
	Verein Barmelweid
VLSS	Verein der Leitenden Spitalärztinnen und -ärzte der Schweiz (VLSS) Association des médecins dirigeants d'hôpitaux de Suisse (AMDHS) Associazione medici dirigenti ospedalieri svizzeri (AMDOS)
mediX	Verein mediX schweiz
VBSAE	Vereinigung Bündner Spitalärzte
VDPS ADPS ASDCP	Vereinigung der Direktorinnen und Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz Association des directeurs de cliniques et hôpitaux psychiatriques en Suisse Associazione dei direttori delle cliniche e dei servizi psichiatrici della Svizzera
VKZS	Vereinigung der Kantonszahnärztinnen und der Kantonszahnärzte der Schweiz
vips	Vereinigung der Pharmafirmen in der Schweiz Association des entreprises pharmaceutiques en Suisse Associazione delle imprese farmaceutiche in Svizzera
VAPZ	Vereinigung der psychiatrischen Assistenzärztinnen und Assistenzärzte von Zürich, Zentral-, Nord-, - Ostschweiz und Aargau
VKJC	Vereinigung Kinder- und jugendpsychiatrischer Chefärzte und Chefärztinnen der Schweiz
VNS	Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler
VPPS	Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz
KJM	Vereinte Organisationen der Kinder- und Jugendmedizin Organisations de médecine pour enfants et adolescents

	Organizzazioni della medicina per bambini e adolescenti
	Volz Andreas, Dermatologie am Rhein
	Wever Sabine, Dermatologie am Rhein
	Wilhelm Tobias
ZHAW, IHB	ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Institut für Hebammen
	Zinkernagel Christine
zmed	zmed Zürcher Ärztegemeinschaft AG
ZRS	Zur Rose Suisse AG
	Zürcher Dermatologen Gesellschaft
ZGPP	Zürcher Fachgesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
ZGKJPP	Zürcher Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Zürimed	Zürimed, Bezirksärzterverband der niedergelassenen Aerzte in der Stadt Zürich und im Limmattal
<b>Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer</b>	
<b>Organisations du domaine de la santé – Assureurs</b>	
<b>Organizzazioni del settore sanitario – Assicuratori</b>	
Assura	Assura
CSS	CSS Versicherung CSS Assurance CSS Assicurazione
curafutura	Die innovativen Krankenversicherer Les assureurs-maladie innovants Gli assicuratori-malattia innovativi
Groupe Mutuel	Groupe mutuel Versicherungen Groupe mutuel Assurances Groupe mutuel Assicurazioni
SVV	Schweizerischer Versicherungsverband (SVV) Association suisse d'assurances (ASA) Associazione svizzera d'assicurazioni (ASA)
Swica	SWICA Versicherung
santésuisse	Verband der Schweizer Krankenversicherer Les assureurs-maladie suisses Gli assicuratori malattia svizzeri
<b>Organisationen des Gesundheitswesens – PatientInnen / BenutzerInnen</b>	
<b>Organisations du domaine de la santé – Patients / Usagers</b>	
<b>Organizzazioni del settore sanitario – Pazienti / Utenti</b>	
AGILE.CH	AGILE.CH Die Organisationen von Menschen mit Behinderungen
AGS	Allianz ‚Gesunde Schweiz‘
	Blaues Kreuz Schweiz
	chronischkrank.ch
CFCH	Cystische Fibrose Schweiz
DVSP	Dachverband der Schweizerischen Patientenstellen
FSP	Fédération suisse des patients
	Ehrlers-Danlos Netz Schweiz
	Engagés pour la Santé
kindsverlust.ch	Fachstelle kindsverlust.ch, Fachstelle Kindsverlust während Schwangerschaft, Geburt und erster Lebenszeit
graap	groupe d'accueil et d'action psychiatrique
IGSK	IG Seltene Krankheiten

Krebsliga	Krebsliga Schweiz Ligue suisse contre le cancer Lega svizzera contro il cancro
LdS	Ligues de santé du canton de Fribourg
	Lungenliga Schweiz
	Netzwerk Gutes Alter
PCS	Pro Chiropraktik Schweiz PCS - Patientenorganisation
	Procap
ProRaris	ProRaris Allianz Seltener Krankheiten - Schweiz
QCC	QualiCCare
RDAF	Rare Disease Action Forum
GELIKO	Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz Conférence nationale suisse les ligues de la santé Conferenza nazionale svizzera delle leghe per la salute
Oncosuisse	Schweizerische Vereinigung gegen Krebs Union suisse contre le cancer
SF MVB	Schweizerischer Fachverband Mütter- und Väterberatung
SGB-FSS	Schweizerischer Gehörlosenbund
SSR	Schweizerischer Seniorenrat
SPO	Stiftung Patientenschutz (SPO) Fondation Organisation suisse des patients (OSP) Fondazione Organizzazione svizzera dei pazienti (OSP)
Verein-mps	Verein „Gesellschaft für Mukopolysaccharidosen“ Schweiz
Evivo	Verein Evivo Netzwerk
	Verein Morbus Wilson
VASOS FARES	Vereinigung aktiver Senioren- und Selbsthilfeorganisationen der Schweiz
<b>Andere</b>	
<b>Autres</b>	
<b>Altri</b>	
	Alève Mine
	alliance F
ABSG	Allianz Bewegung, Sport und Gesundheit
AEG	Allianz Ernährung und Gesundheit
AT	Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention
PRISM	Association PRISM – Promotion des réseaux intégrés de soins aux malades
	Brandenberger Michael
	Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen Entente Système de santé libéral
FGS	Forum Gesundheit Schweiz
	Geser Susanna
GFCH	Gesundheitsförderung Schweiz Promotion Santé Suisse Promozione Salute Svizzera
	Guyaz Anne
IG eHealth	Interessengemeinschaft eHealth
	MediData AG
MTK	Medizinertarif-Kommission UVG (MTK) Commission des tarifs médicaux LAA Commissione delle tariffe mediche LAINF
	Öffentlichkeitsgesetz.ch
	Public Eye
	Public Health Schweiz

	Rosenblum Fredi
	Ruggaber Christa
fmc	Schweizer Forum für Integrierte Versorgung
SAGES	Schweizerischer Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen
	Swiss Medtech