



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Recht
3003 Bern

Ort, Datum
Ansprechpartner

Bern, 13. Mai 2009
Martin Bienlein

Direktwahl
E-Mail

031 335 11 13
martin.bienlein@hplus.ch

Vernehmlassungsantwort Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen, Stellung nehmen zu können zur dringlichen KVG-Revision über Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung. Wegen der Vernehmlassungsfrist von unter einer Woche konnten wir unsere Mitglieder zu dieser Vorlage nicht, wie sonst üblich, befragen.

Zu kurze Vernehmlassungsfristen und keine Wirkung auf die Prämien 2010

Keine der vorgeschlagenen Massnahmen erzielt eine sofortige Wirkung noch im Jahr 2009, womit eine Prämiensteigerung 2010 noch gedämpft werden könnte. Deshalb ist uns das Tempo nicht verständlich. Eine Beratung und Abstimmung in den eidgenössischen Räten in der Wintersession wäre durchaus möglich. Dies ist auch nötig, um der sachlichen und demokratischen Diskussion mehr Zeit zu lassen. Die vorgeschlagenen Massnahmen führen zu mehr Bürokratie und staatlichen Eingriffen, während viele Argumente im Vernehmlassungstext Annahmen sind. Wir bitten Sie deshalb, die zeitliche Dringlichkeit zu überprüfen.

Aktuelles Versicherungsproblem

Den Spitälern, Klinken und Pflegeinstitutionen ist es wichtig, noch einmal die Ausgangslage festzuhalten. Wir schliessen uns hier den Betrachtungen des Vernehmlassungskommentars an. Der Grossteil der drohenden Prämiensteigerung ist auf Versicherungsprobleme zurückzuführen (Vernehmlassungskommentar Seite 2). Die Kostensteigerung für medizinische Leistungen hingegen liegt im Rahmen der langjährigen Trends und ist in keiner Weise für die jetzige Situation verantwortlich. Die Steigerung beträgt nach Angaben des Vorstehers EDI vom 21.4.2009 zwischen 2007 und 2008 3,9% und nicht 4,0 – 4,5% wie im Kommentar

Seite 2 behauptet. Es ist uns deswegen unverständlich, dass keine Massnahmen im Versicherungsbereich vorgeschlagen wurden (verbesserter Risikoausgleich, Anlagevorschriften, Prämienberechnungen). Ganz besonders ein stark verbesserter Risikoausgleich ist unerlässlich, damit sich die Versicherer mehr darauf ausrichten, für die 10-20% teuren Patienten gute und effiziente Versicherungsprodukte anzubieten statt Risikoselektion zu betreiben. Damit würde Managed Care massiv gestärkt. Zudem wären die Prämienberechnungen viel einfacher, weil der jährliche Krankenkassenwechsel zu Risikoselektionskassen kaum mehr finanzielle Auswirkungen für die Gesamtheit hätte.

Mit den Partnern im Gesundheitswesen stimmen wir überein, dass die innovations- und demografiebedingten Kostensteigerungen von medizinischen Leistungen für die Prämienzahlenden auch in Zukunft tragbar sein müssen. H+ ist der Überzeugung, dass dies durch die vorgeschlagenen Notmassnahmen in keiner Weise erreicht werden kann, sondern langfristig erarbeitet werden muss.

Kernstück der medizinischen Versorgung: ambulante Spitalleistungen

Die ambulanten Spitalleistungen nehmen zu. Dies entspricht dem medizinischen Fortschritt. Sie wieder einschränken, bedeutet einen Rückschritt. Ambulante Spitalleistungen sind trotz ihrem geringen Anteil an den Gesamtkosten (13%) ein Kernstück der Schweizer Versorgung geworden. Neben Standardeingriffen (Varizenentfernung, Behandlung Grauer Star etc.) und hochspezialisierten Leistungen (Chemotherapie, Bestrahlung, Diagnostik, Spezialabklärungen auf Zuweisung von Hausärzten), die einer Spitalinfrastruktur bedürfen und früher meist stationär durchgeführt wurden, erbringen die Spitäler auch Leistungen der Grundversorgung (Notfälle). Wir verweisen auf unsere Medienmitteilung und Fact Sheet vom 17. April 2009. Es ist uns unverständlich, wieso der Vernehmlassungstext die von den Patientinnen und Patienten in Anspruch genommenen ambulanten Spitalleistungen als Kostenproblem behandelt. Wie oben dargestellt, ist dies zurzeit nicht das vordringliche Problem der obligatorischen Krankenversicherung. Hingegen ist die gleiche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen anzugehen.

Aufwertung der Hausarztmedizin

Um die Anzahl der Spitalnotfälle zu senken, muss die Hausarztmedizin aufgewertet werden. Kooperationen zwischen Hausärztinnen und -ärzten und Spitalnotfällen, wie sie in Baden, Solothurn, Langenthal, Waidspital Zürich, Luzern und anderen Orten bereits erfolgreich bestehen, sind das beste Mittel dazu. Sie müssen gefördert und nicht durch weitere Planungen gebremst werden. Weiter müssen sofort der Ärztestopp in den Kantonen und der Numerus Clausus an den medizinischen Fakultäten aufgehoben werden.

Keine Behandlungsgebühr

Der Bundesrat schlägt eine Praxisgebühr vor. H+ hatte schon am Runden Tisch vom 21.4.2009 gefordert, dass Beweise für die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (analog zu Art. 32 KVG) erbracht werden müssen. Dies ist bisher nicht geschehen.

- Während aus einigen Ländern, wo vorher die Patienten keine Selbstzahlungen machen mussten (Schweden und Frankreich) keine schlechten Erfahrungen bekannt sind, ist die Wirksamkeit in Deutschland widerlegt. In Österreich wurde die Gebühr wieder abgeschafft. Die Zweckmässigkeit ist nirgends belegt, aber in einigen Fällen widerlegt.
- H+ geht davon aus, dass Personen, die gelegentlich unnötig oder fälschlicherweise eine ambulante Behandlung in Anspruch nehmen, kaum bedeutende Kosten verursachen. Unsere Annahme beruht auf der Kostenstruktur der Versicherten: 10% der Versicherten bewirken 60% der Kosten, die nächsten 10% noch 20% und die restlichen 80% ebenfalls 20%. Es muss davon ausgegangen werden, dass nur ein kleiner Bruchteil dieser Gruppe von 80% der Versicherten medizinisch ungerechtfertigter Weise einen Arzt oder ein Spital aufsucht. Diese rufen also nur einen kleinen Teil der Gesamtkosten hervor. Wieso nun eine Kollektivstrafe für alle Patientinnen und Patienten eingerichtet werden muss, ist nicht zweckmässig und sehr teuer.
- Im Zeitalter der elektronischen Geldüberweisungen ist die Idee einer Barzahlung (Kommentar Seite 8) anachronistisch und schlicht veraltet.

Gesetzliche Geldvernichtung

Wir bezweifeln die Wirtschaftlichkeit der Praxisgebühr. Weder das Inkasso bei den Spitälern, noch die Weiterleitung zu den Versicherungen, noch deren Bearbeitung sind gratis.

- Wir gehen aus von zusätzlichen Verwaltungskosten zwischen CHF 10 und 20 pro Fall. Auf alle 44 Mio. ambulante Konsultationen (Quelle BAG) wären dies bis zu CHF 880 Mio. Ein grosser Teil der Einnahmen von CHF 30 hingegen bleibt nicht im Gesundheitswesen, sondern fliesst zurück an die Patientinnen und Patienten. Auf Grund der Verwaltungskosten wird also dem Gesundheitssystem ab der sechsten Konsultation Geld entzogen. Wir gehen davon aus, dass aus der Praxisgebühr netto keine zusätzlichen Einnahmen generiert werden. Und dies für eine Massnahme, deren Wirksamkeit und Zweckmässigkeit nicht erwiesen ist.
Wir bitten das BAG eindringlich, die Berechnungen für die Praxisgebühr offenzulegen. Unter anderem muss die Häufigkeit und die Streuung der Konsultationen pro versicherte Person analysiert werden. Je höher die mittlere Anzahl der Konsultationen und je grösser die Streuung sind, desto ineffizienter wird die Massnahme.
- Die Nachfragen der Versicherer werden steigen, wofür auch wieder Verwaltungspersonal in den Spitälern eingestellt werden muss. Eine Anfrage bedeutet ungefähr eine halbe Stunde Arbeit und mindestens CHF 30.- in einer Vollkostenberechnung. Jede Nachfrage kostet also das Gesundheitswesen, ohne dass eine Einsparung gemacht werden konnte, da der Patient die Leistung bereits in Anspruch genommen hat. Sollte eine Rechnung anschliessend bestritten werden, sind die Gesamtkosten bei CHF 150.- anzusetzen, eine Korrektur der Rechnung noch einmal so viel, so dass Mehrkosten von CHF 300.- anfallen, für einen Ertrag, der ein Zehntel beträgt.
- Sorge macht den Spitälern, Klinken und Pflegeheimen ausserdem das Inkasso bei Nichtzahlung. Dies steht in keinem Verhältnis zu den vorgeschlagenen CHF 30. Ins-

besondere bei Notfällen ist ein Zwangsinkasso nicht möglich. Das Leid für den Patienten und der Schaden für das Spital im Falle einer Abweisung trotz medizinischer Notwendigkeit sind nicht vertretbar. Hier ist die Gebühr weder mit dem medizinischen Ethos noch mit der rechtlichen Aufnahmepflicht zu vereinbaren.

Aufblähung der Spitalverwaltung

Die Ausnahmen führen zu zusätzlichen Abklärungskosten. Dies gilt weniger für die Alterslimite von 18 Jahren, hingegen umso mehr für Präventionsprogramme, für Leistungen rund um Schwangerschaften und Abklärungen bezüglich der zuständigen Versicherung.

- Nicht alle Leistungen in Bezug auf eine Schwangere stehen in Zusammenhang mit der Schwangerschaft. Um die Leistungen richtig abzugrenzen, ist Versicherungswissen notwendig. Hierfür müssen vermehrt Versicherungsexperten in den Spitälern eingestellt werden.
- Da die Gebühr nur für das KVG gilt, müsste vor (!) dem Inkasso abgeklärt werden, nach welchem (Sozial-) Versicherungsregime abzurechnen ist: KV oder UV, IV und MV. Ebenso schwierig sind die Abklärungen, ob es sich um eine Unfallbehandlung nach KVG oder nach UVG handelt. Auch hierfür müssen vermehrt Versicherungsexperten in den Spitälern eingestellt werden.
- Viele Spitäler haben kein Bargeldinkasso mehr und vermeiden, dass unterschiedliche Spitalstellen Bargeldbeträge verwalten müssen. Dies müsste wieder aufgebaut werden, inklusive der nötigen Sicherheitsmassnahmen. Beispiel: Die Universitätsspitäler hatten zusammen 856'112 Konsultationen im 2007. Das wären alleine in den fünf Universitätsspitälern Praxisgebühren von CHF 25'683'360 pro Jahr oder CHF 19'000 pro Tag und Spital in Form von zusätzlichem Bargeld. Bei grossen Spitälern und Spitalarealen würde ein dezentrales Inkasso notwendig. Die Spitäler haben heute zentral bis zu 20 verschiedene ambulante Anlaufstellen und dezentral sogar bis zu 100 Kliniksekretariate. Ein vernünftiges Inkasso zwischen Kontrolle des Spitals und Praktikabilität für die Patientinnen und Patienten ist so ein unmöglicher Spagat.

Tarifsenkung verhindert medizinischen Fortschritt

H+ hält an der Verhandlungsautonomie der Tarifpartner im Gesundheitswesen fest (Art. 43 Abs. 4 KVG). Die Vorschläge des Bundesrates höhlen diese aus.

Die Steigerung der Taxpunktwerte, wie auch der Baserates, Tages- oder Abteilungspauschalen etc., beruht auf effektiven Kostensteigerungen und unterliegt der Überprüfung und Akzeptanz der Tarifpartner. Eine politische Senkung wird dazu führen, dass die Leistungen nicht mehr kostendeckend erbracht werden können. Krankheiten und vor allem Unfälle lassen sich nicht durch Tarifsenkungen vermeiden.

In der Folge könnten die Spitäler, Klinken und Pflegeinstitutionen darauf verzichten, ambulante Leistungen zu erbringen oder diese wieder stationär vornehmen. Das wäre medizinisch und finanziell unsinnig. Zudem erfolgen Mengen- oder Kostenentwicklungen in der Regel bei der Einführung neuer Behandlungsmöglichkeiten. Eine politische Tarifsenkung behindert also auch den medizinischen Fortschritt.

Der Gesetzesentwurf spricht von der Kostenentwicklung in „einem ambulanten Bereich“. Es ist aber völlig unklar, was man darunter versteht. Spitäler z.B. erbringen ambulant verschiedenste Leistungen, die im Pool von santésuisse unter sogenannt „Spital ambulant“ zusammengefasst werden.

Tarifsenkung fördert den Strukturerhalt

Werden auf Grund von Mengenverschiebungen die Tarife nur im ambulanten Spitalbereich gesenkt, nicht aber für die gleichen Leistungen in anderen Bereichen, findet damit nur ein Strukturerhalt statt, der mit möglichen Mehrkosten gar nichts zu tun hat. Dies ist beispielsweise dann so, wenn Ärzte, die eine spitalhnliche Infrastruktur nutzen, de facto ambulante Spitalleistungen erbringen, aber als Praxenrzte abrechnen.

Keine kantonale Planung

Die geforderten Leitungsauftrge kommen einer kantonalen Planung gleich, trotz anders lautendem Kommentar (Seite 7). Der schnfrberische Ausdruck der Steuerung kann darüber nicht hinweg täuschen. Der Kommentar vergisst zu präzisieren, was der faktische Unterschied zwischen einem Leistungsauftrag und einer Planung ist.

Würden nur die ambulanten Spitalleistungen, nicht aber alle weiteren ambulanten Leistungen durch die Kantone geplant, kommt dies einer Strukturerhaltung gleich. Dies ist nicht im Interesse der Versorgung. Es wäre nicht einsichtig, wieso „Nichtspitler“ Leistungen erbringen dürfen, Spitäler aber nicht. Unter den Fallpauschalen in Deutschland hat sich gezeigt, dass genau diese Flexibilität, zwischen stationär und ambulant optimieren zu können, enorm wichtig ist.

Die kantonale Planung birgt auch immer das Risiko einer Fehlplanung. Im Falle einer Überplanung folgen Mehrausgaben für unnötige Infrastruktur, im Falle einer Unterplanung folgt eine Unterversorgung, also eine Rationierung.

Unseriöse Zahlen

Die Basis zur Begründung der kantonalen Planung von ambulanten Spitalleistungen, nämlich, dass diese in Spitäler 350.- (*respektive* 375.-) Franken und bei Hausärzten 150.- (*respektive* 159.-) Franken Kosten würden, ist ein unzulässiger Vergleich (Zahlen gemäss Medienkonferenz von Bundesrat Couchepin zusammen mit Vertretern des BAG am 6.5.2009 respektive gemäss *Blick* gleichen Tags publiziert). Die Spitäler erbringen viele ambulante Leistungen, die nicht von Praxenrzten geleistet werden können. Die strukturellen und qualitativen Voraussetzungen sind in TARMED definiert. Diese spitaltypischen Leistungen sind in der Regel viel aufwändiger und damit teurer (ambulante Operationen, Krebstherapien, ambulante Rehabilitation, Spezialabklrungen wie z.B. Radiologie). Weiter beinhalten die sogenannten spitalambulantesten Kosten jeweils auch die Radiologie, Laboranalysen und Medikamente, während diese Kosten für den Praxisbereich in der Regel separat ausgewiesen werden (z.B. Laborkosten, Medikamente, usw.). Unseres Wissens gibt es keine Zahlen, die zeigen würden, dass bei gleicher Behandlung zwischen Spitälern und Arztpraxen ein syste-

matischer Unterschied besteht. Wir bitten Sie, dies richtigzustellen und die korrekten Zahlen für die Botschaft zu verwenden.

Ausserdem sind die Kosten für die gleiche Behandlung durch die Taxpunktsenkung im TARMED für die Spitäler seit der Einführung im Jahr 2004 um 4,5% gesunken, allein im letzten Jahr wieder um 1%. Auch dies muss in der Botschaft Eingang finden.

Stabile ambulante Kosten

Der Gesamtanteil aller ambulanten Leistungen an den Leistungs- und Produktkosten im KVG ist nicht gestiegen, sondern seit Jahren konstant bei 35%. Es hat allerdings eine Kostenverschiebung hin zu den Spitälern gegeben. Die ambulanten Spitalleistungen nehmen zu, ohne den Gesamtanteil aller ambulanten Leistungen zu vergrössern. Beispielsweise fallen alle hausärztlichen Notfalldienste, die gemeinsam mit den Spitälern erbracht werden, in den Datentopf der Spitäler. Wie Sie im Anhang auch zeigen aber im Kommentar unerwähnt lassen, schwanken die Zuwächse in den letzten Jahren beträchtlich. Ein arithmetisches Mittel als Basis ist wegen dieser Streuung nicht aussagefähig.

Hinzu kommt, dass die Steigerung der ambulanten Spitalleistungen nur gerade 2% der Gesamtkosten ausmachen. Das effektive Sparpotential wird nicht über den Promillebereich hinausgehen. Den Prämienzahlenden deshalb grosse Sparpotentiale bei den ambulanten Spitalleistungen vorzugaukeln, ist unseriös. Wir bitten Sie um mehr Sorgfalt beim Umgang mit Zahlen und Problemen. Die Stabilität aller ambulanten Leistungen als Anteil der KVG-Gesamtkosten muss in der Botschaft erwähnt werden, die Bedeutung der Steigerung für die Gesamtausgaben ebenfalls.

Fazit

Zusammenfassend lehnen wir die meisten Vorschläge ab oder stehen ihnen sehr kritisch gegenüber. Wir bitten Sie eindringlich, unsere Anmerkungen ernst zu nehmen und die gesamte Vorlage grundlegend zu überarbeiten. Die Anmerkungen zu den einzelnen Artikeln, auch jene die wir bisher nicht erwähnt haben, entnehmen Sie bitte dem Anhang.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor

Beilage



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Stellungnahme von H+ zu den einzelnen Artikeln der dringlichen KVG Revision

KVG	Inhalt	H+ Position	Begründung
Art. 13 Abs. 2 Bst g	Einführung Telefondienst	H+ unterstützt medizinische Telefondienste. Es fragt sich aber, ob diese immer betriebswirtschaftlich sind.	Wenn die Telefondienste wirklich wirtschaftlich wären, also Kosten einsparen, dann müssten sie nicht gesetzlich vorgeschrieben werden.
Art. 21 Abs. 4	Monatliche Angaben der Versicherungen über Fakturierung	Vor der Einführung, erst einen Nutzensnachweis erbringen.	H+ hat in seinen Positionen stets verlangt, dass vor einer erneuten Datenerhebungsregelung die Bundesbehörden erst ein Auswertungskonzept vorlegen. Der Nutzen von und die Folgehandlungen nach monatlicher Fakturierungslieferungen ist nicht ersichtlich.
Art. 39 Abs. 1bis	Kantonale Leistungsaufträge für ambulante Spitalleistungen	Streichen	Eine kantonale Planung führt zu Strukturerhalt und bei Fehlplanung zu Rationierung (siehe Begleitbrief).
Art. 55b	Tarifsenkung durch den Bundesrat	Streichen	Eine Tarifsenkung führt zu Strukturerhalt und Hemmung des medizinischen Fortschritts (siehe Begleitbrief).

KVG	Inhalt	H+ Position	Begründung
Art. 62 Abs. 2ter	Verlängerung der Vertragsdauer bei besonderen Versicherungsformen	-	Eine längere Vertragsbindung bei besonderen Versicherungsformen entspricht einer Franchisenerhöhung im Falle einer Erkrankung.
Art. 64 Abs. 4	Kein Behandlungsbeitrag für Kinder	Streichen	H+ ist vehement gegen eine Behandlungsgebühr. Ausnahmen sind deshalb auch nicht nötig.
Art. 64 Abs. 5bis	Behandlungsgebühr bei ambulanter Konsultation	Streichen	Die Behandlungsgebühr ist ein politisch Schnellschuss und nicht durchdacht. Sie macht das KVG komplizierter, bläht die Spitalverwaltung auf und vernichtet Geld (siehe Begleitbrief).
Art. 64 Abs. 6 Bst. d	Kein Behandlungsbeitrag für Präventionsprogramme	Streichen	H+ ist vehement gegen eine Behandlungsgebühr. Ausnahmen sind deshalb auch nicht nötig.
II Übst.	Einführung der Telefondienste innert eines Jahres	-	-
III Abs. 1 und 2	Dringlichkeit	streichen	Die Umgehung des Referendums als Volksrecht ist nicht begründet.