



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Bundesamt für Gesundheit BAG

Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung
Abteilung Tarife und Grundlagen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Per Mail: tarife-grundlagen@bag.admin.ch und gever@bag.admin.ch

Ort, Datum	Bern, 10. Dezember 2020	Direktwahl	031 335 11 66
Ansprechpartner	Markus Trutmann	E-Mail	markus.trutmann@hplus.ch

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)».

Stellungnahme H+

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 19. August 2020 hat der Bundesrat das Vernehmlassungsverfahren zum obengenannten indirekten Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen» eröffnet. Die Vernehmlassungsfrist wurde auf Gesuch von H+ und unimeduisse vom 19. November 2020 auf den 10. Dezember 2020 verlängert. H+ Die Spitäler der Schweiz bedankt sich für die Einladung zur Vernehmlassung und für die gewährte Fristverlängerung. Gerne lassen wir Ihnen unsere Stellungnahme hiermit fristgerecht zugehen.

H+ Die Spitäler der Schweiz ist der nationale Verband der öffentlichen und privaten schweizerischen Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen. Uns sind 220 Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen als Aktivmitglieder an 370 Standorten sowie über 160 Verbände, Behörden, Institutionen, Firmen und Einzelpersonen als Partnerschaftsmitglieder angeschlossen. Wir vertreten über 200'000 Arbeitsverhältnisse.

A. Allgemeiner Teil.

1. Vorbemerkung

Die am 10. März 2020 von der christlichdemokratischen Volkspartei (CVP) eingereichte und mit 103'761 gültigen Unterschriften zustande gekommene Eidgenössische Initiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» fordert die Einführung einer Kostenbremse im Gesundheitswesen. Wie der Bundesrat im Erläuternden Bericht zum vorliegenden indirekten Gegenvorschlag feststellt, nimmt die Initiative ein wichtiges Anliegen der Schweizer Bevölkerung auf. Die hohen Krankenversicherungsprämien stellen für viele

Menschen eine spürbare finanzielle Belastung dar und werden von der schweizerischen Bevölkerung als eine der Hauptsorgen genannt. Die Finanzierbarkeit der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) stösst, zumindest aus der Perspektive vieler Prämienzahler, auch objektiv betrachtet an ihre Grenzen. Die Gesundheitskosten explodieren zwar nicht, wie das immer wieder behauptet wird, aber sie steigen seit Jahren kontinuierlich an. Gleichzeitig besteht bei den mittleren und unteren Einkommen weitgehend ein Stillstand. Deshalb nimmt die Diskrepanz zwischen Kosten und Finanzierbarkeit zu, und dies trotz massiver Prämienverbilligungen durch Bund und Kantone¹.

H+ anerkennt diese Kostenproblematik, ist aber wie der Bundesrat der Auffassung, dass der Vorschlag der CVP, die Gesundheitskosten alleine an die Entwicklung der Gesamtwirtschaft und an den Lohnindex zu koppeln, zu kurz greift. Neben dem Lohn des Gesundheitspersonals wird die Kostenentwicklung durch eine Reihe weiterer nicht angebotsinduzierter Faktoren bestimmt, wie z.B. die Demographie und den medizinisch-technischen Fortschritt. H+ begrüsst deshalb das Vorgehen des Bundesrates, der Kostenbremsen-Initiative einen indirekten Gegenvorschlag entgegen zu setzen. H+ lehnt jedoch den vorliegenden Gegenvorschlag als missglückt ab.

2. Ablehnung des vorliegenden indirekten Gegenvorschlags durch H+

H+ lehnt den vorliegenden Gegenvorschlag als missglückt ab.

Die vom Bundesrat vorgeschlagenen Kostenziele in ihrer Ausgestaltung und ihrer Wirkung klassischen Globalbudgets. Globalbudgets sollten aber keine Massnahme sein, die allen anderen kostendämpfenden Massnahmen «übergeordnet» ist, wie es im Erläuternden Bericht heisst, sondern, wenn überhaupt, die *ultima ratio*, wenn alle anderen Massnahmen keine oder nur eine ungenügende Wirkung gezeitigt haben. Doch auch in diesem Fall wäre das Globalbudget nur aus theoretischer Sicht eine in Erwägung zu ziehende *ultima ratio*. Bevor zum Instrument des Globalbudgets gegriffen wird, soll das Rationalisierungspotential ausgeschöpft werden. Der Vorschlag des Globalbudget ist deshalb verfrüht und stellt alle anderen, bisher in die Wege geleiteten, zum Teil erfolgversprechenden Massnahmen, wie z.B. die ambulanten Pauschalen, unnötigerweise in Frage.

Bevor zur *ultima ratio* des Globalbudgets gegriffen wird, soll weiterhin kontinuierlich nach Effizienzen gesucht werden, wie dies die Spitäler seit Jahren bereits tun. Die Einführung eines Globalbudgets wäre der Ausdruck eines Versagens der Gesundheitspolitik. Soweit sollten wir es in der Schweiz nicht kommen lassen.

H+ erklärt sich bereit, an Lösungen zur Ausschöpfung des Rationalisierungspotentials mitzuwirken. Im Vordergrund sollen dabei Massnahmen stehen, die eine Effizienzsteigerung zum Inhalt haben oder die medizinisch nicht begründbaren Leistungen verhindern beziehungsweise die Indikationsqualität verbessern. Solche Massnahmen sehen wir insbesondere in der Umsetzung der im Bericht der Expertengruppe "Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung" vom 24. August 2017 vorgeschlagenen Massnahmen 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".

¹ Trutmann M. Globalbudget im Gesundheitswesen: unvermeidlich? [Synapse 2018;5:6-7](#).

3. Zusammenfassung

H+ nimmt zu den einzelnen Elementen des Massnahmepaketes II wie folgt Stellung:

Zielvorgabe (Indirekter Gegenvorschlag)	Ablehnung
Erstberatungsstelle (M27)	Ablehnung
Koordinierte Versorgung stärken	Ablehnung
Weitere Massnahmen mit Kostendämpfungsbezug	
Preismodelle und Rückerstattungen	Zustimmung
Ausnahme vom Zugang zu amtlichen Dokumenten betreffend Höhe, Berechnung und Modalitäten von Rückerstattungen im Rahmen von Preismodellen	Zustimmung
Faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl	Zustimmung mit Vorbehalt
Elektronische Rechnungsübermittlung	Zustimmung

4. Zielvorgabe (Indirekter Gegenvorschlag)

4.1. Zusammenfassung

H+ lehnt den Indirekten Gegenvorschlag in vorliegender Form insbesondere aus folgenden Gründen ab:

1. Wie die «Kostenziele» definiert sind, entsprechen sie in ihrer Ausgestaltung und ihrer Wirkung klassischen Globalbudgets.
2. Die Einführung von Kostenzielen ist nicht geeignet, die vom Bundesrat gesetzten Ziele zu erreichen:
 - Wie die Erfahrungen im In- und Ausland zeigen, haben Globalbudgets eine geringe oder gar keine kostendämpfende Wirkung.
 - Kostenziele bzw. Globalbudgets sind kein geeignetes Instrument, um medizinisch begründete von medizinisch unbegründeten Leistungen zu unterscheiden. Medizinisch unbegründete Leistungen sind vielmehr durch das Setzen richtiger Anreize und durch die Stärkung von Ergebnistransparenz und die Verbesserung der Indikationsqualität zu verhindern. Mit Kostenzielen bzw. einem Globalbudget werden unter Umständen auch wenig nützliche, aber gut tarifierte Leistungen oder Leistungen mit höheren Margen gefördert.
 - Unter dem Regime von Kostenzielen werden die Tarifpartner zu Exekutanten von behördlich angeordneten Massnahmen herabgestuft. Unter diesen Umständen werden sie keinerlei Anreiz haben, sich auf eine Vergütung von Leistungen zu einigen, welche eine medizinisch nicht begründbare Mengenausweitung verhindert.
 - Kostenziele setzen keine Anreize zur Kostenreduktion und sind damit keine effizienzsteigernden Massnahmen.
 - Kostenziele leisten keinen Beitrag zur Reduktion medizinisch nicht begründbarer Mengenausweitung.
 - Mit der Massnahme «Kostenziel» wird das vom Bundesrat gesetzte Ziel verfehlt, die «hohe Qualität der medizinischen Versorgung und den Zugang der Bevölkerung zu dieser Versorgung sicherzustellen». Vielmehr besteht die Gefahr einer Rationierung von Leistungen, die Gefahr der Zwei-Klassen-Medizin und der Benachteiligung der vulnerabelsten Patientengruppen (chronisch Kranke mit hohen Kosten).

3. Die Vorlage bedeutet eine Abkehr vom regulierten Wettbewerb und die Einführung einer beim Bund zentralisierten, planwirtschaftlichen und rein kostenbasierten Steuerung des Gesundheitswesens. Ein für schweizerische Verhältnisse derart tiefgreifender Systemwechsel gefährdet die qualitativ hochstehende und innovative Gesundheitsversorgung auf unnötige Weise, dies wohlbemerkt ohne im Gegenzug auch nur die geringste Aussicht auf eine sinnvolle kostendämpfende Wirkung zu haben.
4. Die vorgesehenen Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele werden viele Leistungserbringer veranlassen, ihre Leistungsmengen auszudehnen, damit sie bei Tarifikürzungen keine Einkommensverluste erleiden, dies zu Lasten von Leistungserbringern, die ihre Leistungsmengen beibehalten.
5. Die Vorlage ist nur mangelhaft mit anderen gesetzlichen Bestimmungen und laufenden gesetzgeberischen Verfahren koordiniert. Das trifft insbesondere zu auf
 - die KVG-Revision vom 21. Juni 2020 über die Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit sowie
 - auf den fälschlicherweise dem Massnahmenpaket 1b zugeordneten Artikel 47c n KVG über die Kostensteuerung durch Tarifpartner.
6. Die Vorlage bedeutet eine Abkehr vom regulierten Wettbewerb und die Einführung einer beim Bund zentralisierten, planwirtschaftlichen und rein kostenbasierten Steuerung des Gesundheitswesens. Ein für schweizerische Verhältnisse derart tiefgreifender Systemwechsel gefährdet die qualitativ hochstehende und innovative Gesundheitsversorgung auf unnötige Weise, dies wohlbemerkt ohne im Gegenzug auch nur die geringste Aussicht auf eine sinnvolle kostendämpfende Wirkung zu haben.

4.2. Allgemeiner Teil

4.2.1. Einleitung

Die Zielvorgabe stellt den indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative dar und entspricht der Massnahme M01 des Berichts der Expertengruppe vom 24. August 2017 «Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» (Expertenbericht). Unter Zielvorgabe versteht der Bundesrat Vereinbarungen von Kostenzielen zur Eindämmung der Kostenentwicklung. Unter «Kostenzielen» wird eine verbindliche Vorgabe verstanden, die eine direkte Steuerung des Ausgabenwachstums in der Grundversicherung zulässt. Kostenziele entsprechen somit einer Budgetrestriktion². Den verbindlichen Charakter erhalten die Kostenziele aufgrund vorab definierter Sanktionsmechanismen, sobald das Kostenziel überschritten wird³. Die Sanktionsmechanismen betreffen konkret die Tarifpartner, welche zu genehmigende Korrekturmassen bei den Tarifen vornehmen müssen, falls die von Bund und Kantonen festgelegten Kostenziele überschritten werden. Falls sich die Tarifpartner nicht einigen, können Bund und Kantone die Korrekturmassnahmen subsidiär diktieren.

In dieser Stellungnahme werden die Begriffe «Kostenziele» und «Globalbudget» als gleichbedeutend verwendet; vgl. dazu auch Kommentar zu Art. 54 Abs. 1.

² Brändle T, Colombier C, Baur M, Gaillard S (2018) : Zielvorgaben für das Wachstum der Gesundheitsausgaben; Ausgewählte Erfahrungen und Erkenntnisse für die Schweiz. Working Paper der Eidgenössischen Finanzverwaltung EFV Nr. 22. [Link](#).

³ Kaufmann C, Amberg H, Balthasar A, Boes S. Umsetzung von Zielvorgaben für das Wachstum der Gesundheitsausgaben in ausgewählten Ländern. Bericht zuhanden der SWICA Krankenversicherung AG. Interface Politikstudien, Luzern, 16. August 2019. Link: https://www.interface-pol.ch/app/uploads/2020/08/Be_Kostenziele_SWICA.pdf

4.2.2. Zielsetzungen des Bundesrates

Dem Erläuternden Bericht sind zahlreiche, an verschiedenen Stellen aufgeführte Zielsetzungen zu entnehmen, ohne dass dabei klar hervorgeht, welche Bedeutung und Priorität der Bundesrat ihnen jeweils beimisst. In folgender, einzig der Übersichtlichkeit und nicht der politischen Wertung dienenden Zusammenstellung sind diese Zielsetzungen nach Themen gruppiert worden⁴:

1. Medizinisch begründete Zielsetzungen

- Eliminierung von Mengenausweitungen, die medizinisch nicht begründet werden können;
- Transparenz über die medizinisch begründbare Zunahme der Kosten schaffen;
- mehr Verständnis für gerechtfertigte Kostensteigerungen schaffen;
- Rationierung vermeiden dank Qualitätsmonitoring;
- Tarifpartner animieren, sich auf eine Vergütung von Leistungen zu einigen, welche eine medizinisch nicht begründbare Mengenausweitung verhindert.

2. Ökonomische Zielsetzungen

- Orientierungswert für die Kostenentwicklung bieten;
- direkte Wirkung auf Kosten erzielen;
- Entwicklung der Kosten für Leistungen zulasten der OKP eindämmen;
- Prämienanstieg begrenzen;
- Anstieg der Beiträge von Bund und Kantonen zur Individuellen Prämienverbilligung (IPV) bremsen.

3. Politische Zielsetzungen

- Massnahmen aus dem Massnahmenpaket 1 ergänzen und verstärken;
- Gesamtsteuerung des Systems verbessern;
- Korrekturmöglichkeiten von Bund und Kantonen stärken;
- Formulierung von gesundheitspolitischen Absichten und Prioritäten.

Die medizinisch begründeten Zielsetzungen sind zu begrüessen und hochgradig erstrebenswert. Kostenziele sind jedoch in keiner Weise geeignet, die Erreichung dieser Ziele zu fördern. Es ist viel eher vom Gegenteil auszugehen. Die Zielvorgabe betrifft alle Leistungen gleichermassen, d.h. begründete ebenso wie wenig begründete und unbegründete Leistungen. Die Zielvorgabe wird vermutlich zu einer Reduktion auch von sinnvollen Diagnose- und Therapiemethoden führen. Es ist mit einem allgemeinen Rückgang aller Leistungen im OKP-Bereich zu rechnen. Es besteht aber kaum ein Grund zur Annahme, dass sich das Verhältnis von sinnvollen zu überflüssigen Leistungen verändern wird, schon gar nicht zugunsten von aufwendigen Leistungen für schwer oder chronisch erkrankte Patienten, selbst wenn diese Leistungen den WZW-Kriterien genügen würden. Für einen gezielten Verzicht auf medizinisch nicht indizierte Behandlungen besteht unter dem Regime reiner Kostenziele schlicht kein Anreiz. Mit der Massnahme «Kostenziel» wird das vom Bundesrat gesetzte Ziel verfehlt, «die hohe Qualität der medizinischen Versorgung und den Zugang der Bevölkerung zu dieser Versorgung sicherzustellen»⁵.

Die ökonomischen Zielsetzungen sind ebenfalls sinnvoll und drängend. Noch dringender, als sinnvolle kostendämpfende Massnahmen zu ergreifen, ist eine rasche und finanzierbare Entlastung der Haushalte mit mittleren und tiefen Einkommen zu bewirken. Doch auch

⁴ Diese Gruppierung und die Reihenfolge der Themen entspricht nicht zwangsläufig der Prioritätensetzung des Bundesrates.

⁵ Erläuternder Bericht, Seite 11.

diese Ziele werden mit Kostenzielen, wie sie in der Vorlage vorgesehen sind, kaum erreicht werden können. Zu den Verlierern werden ausgerechnet jene zählen, die finanziell entlastet werden sollen: Haushalte mit tiefen und mittleren Einkommen. Wer es sich nicht leisten kann, die benötigte Behandlung in oder ausserhalb der Schweiz zu bezahlen, wird in der virtuellen Warteschlange anstehen müssen, bis die benötigte Leistung verfügbar ist bzw. von der OKP vergütet wird.

Die politischen Zielsetzungen sind hochgradig problematisch und klar abzulehnen. Mit der Umsetzung der Kostenziele würde ein regelrechter Systemwechsel stattfinden. Von einem System des sogenannten regulierten Wettbewerbs würde sich die Schweiz definitiv verabschieden und zu einem zentral und planwirtschaftlich gesteuerten Gesundheitswesen übergehen. Mit Globalbudgets, welche vordergründig als kostendämpfende Instrumente konzipiert werden, wird durch die Verteilung der finanziellen Mittel in erster Linie eine politische Steuerung des Gesundheitswesens bezweckt. Das Geld fliesst dorthin, wohin die Politik dies, vorzugsweise aus politischen Motiven, für wünschenswert erachtet. Einen solchen Systemwechsel lehnt H+ entschieden ab. Von einer politischen Steuerung würden vor allem jene Kreise profitieren, die über starke politische Einflussmöglichkeiten verfügen («Lobbyismus»). Medizinisch sinnvolle Finanzierungen und Investitionen würden in den Hintergrund treten oder sogar behindert werden.

4.2.3. Regulierungsfolgenabschätzung (RFA)

Gemäss Erläuterndem Bericht soll in Zusammenarbeit mit dem SECO eine Regulierungsfolgenabschätzung (RFA) durchgeführt werden⁶. Die RFA soll für verschiedene Szenarien aufzeigen, welche Auswirkungen eine Zielvorgabe auf die Entwicklung der Gesundheitskosten, auf die wettbewerblichen Rahmenbedingungen und auf die Akteure im Gesundheitswesen (Leistungserbringer, Patientinnen und Patienten bzw. Versicherte, Krankenversicherer, Bund, Kantone und Gemeinden) sowie auf die Volkswirtschaft haben kann. Vorgesehen sei, so der Erläuternde Bericht, dass die RFA dem Bundesrat zusammen mit den Ergebnissen der Vernehmlassung unterbreitet werde.

H+ begrüsst die Durchführung einer RFA. Diese sollte eigentlich eine Selbstverständlichkeit sein. Gemäss RFA-Richtlinien des Bundesrates vom 6. Dezember 2019⁷ sollen RFA's bei sämtlichen Rechtsetzungsvorhaben des Bundes auf allen Stufen Anwendung finden (Art. 1.2 Abs. 2). Darüber hinaus sollen bei Vorhaben, die bei mehr als 1000 Unternehmen zusätzliche Regulierungskosten verursachen oder einzelne Branchen besonders stark belasten, quantitative Schätzungen der Regulierungskosten vorgenommen und gemäss dem Botschaftsleitfaden standardisiert ausgewiesen werden (Art. 3.2 Abs. 4). Ein solches Vorhaben liegt mit der hier vom Bundesrat vorgeschlagenen Zielvorgabe ohne jeden Zweifel vor. H+ erwartet, dass eine diesen Standards genügende RFA ausgearbeitet wird. Es wäre zu erwarten gewesen, dass die RFA bereits zum Zeitpunkt dieser Vernehmlassung vorgelegen wäre.

H+ erklärt sich gerne bereit, im Rahmen der RFA an der Befragung durch das mandatierte Institut teilzunehmen und den Experten für darüber hinaus gehende Informationen und Überlegungen zur Verfügung zu stehen.

4.2.4. Erfahrungen mit Globalbudgets

Seit Einführung des KVG 1996 verfügen die Kantone über die Möglichkeit, ein Globalbudget, d.h. einen Gesamtbetrag als finanzielles Steuerungsinstrument für die Finanzierung der Spitäler

⁶ Erl. Bericht, Seite 42.

⁷ BBl 2019 8519, in Kraft getreten am 1. Februar 2020.

oder der Pflegeheime festzusetzen (Art. 51 KVG). Davon machen bis zum heutigen Tag nur gerade drei Kantone Gebrauch: Genf, Tessin und Waadt. Ausserdem können die Versicherer beantragen, dass der Kanton als befristete ausserordentliche Massnahme zur Eindämmung eines überdurchschnittlichen Kostenanstiegs einen Gesamtbetrag (Globalbudget) für die Finanzierung der Spitäler und Pflegeheime festsetzt (Art 54 KVG). Es ist nicht überliefert, ob ein solcher Antrag vonseiten eines Krankenversicherers jemals gestellt, geschweige denn von einem Kanton angenommen wurde. Wenn dies aber in den letzten 24 Jahren nie der Fall war, darf die Frage gestellt werden, wie zweckmässig und zu unserem Gesundheitssystem passend der Vorschlag ist, ein Globalbudget über das gesamte Gesundheitswesen zu stützen.

Immerhin können aus den drei Kantonen mit Globalbudget gewisse Erkenntnisse über die Wirksamkeit dieses Steuerungsinstruments gewonnen werden. Im Auftrag des BAG wurde die Studie zum Thema «Globalbudgets in den Kantonen im akutstationären Spitalbereich: Anwendung und Wirkungen unter der neuen Spitalfinanzierung» durchgeführt⁸. Um die Wirkungen der Globalbudgets zu beurteilen, wurde ein Vergleich zwischen den Kantonen, die in den Jahren 2012 bis 2015 Globalbudgets gemäss Art. 51 KVG angewandt hatten und Kantonen, die dieses Instrument nicht verwendet hatten, durchgeführt. Zu den Kantonen mit Globalbudget wurden auch solche mit alternativen Instrumenten der Mengensteuerung zugeordnet, sodass im Ergebnis die Kantone Genf, Neuenburg, Tessin und Waadt die Elemente der ersten Gruppe bildeten. Tabelle 1 fasst die Ergebnisse dieser Studie zusammen. Auffällig und für Befürworter eines Globalbudgets enttäuschend ist, dass Kantone mit Globalbudget und Kantone ohne Globalbudget in den Jahren 2012 bis 2015 genau die gleiche jährliche Wachstumsrate der OKP-Ausgaben pro Kopf vorzuweisen haben.

Gestützt auf diese Studie musste der Bundesrat in seinem Bericht «Fallpauschalen und Globalbudget. Evaluation der Systeme in den Kantonen»⁹ feststellen: «In Bezug auf die OKP-Gesamtkosten wurden die Kostendämpfungsziele in beiden Kantonsgruppen nicht erreicht». Entgegen dieser Erkenntnis schlussfolgert der Bundesrat: «Aus theoretischer Sicht ist es in jedem Fall klar begründet, von einer dämpfenden Wirkung dieser Instrumente [Globalbudget und/oder verwandte Instrumente] auf das Mengen- und damit auch das Ausgabenwachstum auszugehen». Der Bundesrat schliesst den Bericht mit dem Hinweis, dass er eine Vorlage für eine Zielvorgabe erarbeiten lässt. Aus diesen Ausführungen wird deutlich, dass sich der Bundesrat nicht von empirisch erhärteten Fakten, sondern von theoretischen Überzeugungen leiten lässt. Der vorliegende Gesetzesentwurf ist nun der konkrete Ausdruck dieser theoretischen bzw. ideologischen Überzeugung.

⁸ Lobsiger M, Frey M. Globalbudget in den Kantonen im akutstationären Spitalbereich: Anwendung und Wirkungen unter der neuen Spitalfinanzierung. B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung. Basel, 22. Mai 2019. [Link](#).

⁹ Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 14.3385 SGK-NR vom 10. September 2014. Fallpauschalen und Globalbudget. Evaluation der Systeme in den Kantonen. Bern, 3. Juli 2019. [Link](#).

Tabelle 1. Durchschnittliches jährliches Wachstum Fälle pro Kopf und Ausgaben pro Kopf, 2012-2015.

	Kantone <u>mit Globalbudgets</u> u./o. alternativen Instrumenten der Mengensteuerung im Zeitraum 2012-2015	Kantone <u>ohne Globalbudgets</u> oder alternative Instrumente der Mengensteuerung im Zeitraum 2012-2015
OKP-Fälle spitalstationär (Akutsomatik)	0,6%	1,2%
OKP-Ausgaben spitalstationär (Akutsomatik)	0,1%	0,1%
OKP-Ausgaben ambulant (spital- und praxisambulant)	4,4%	4,7%
OKP-Ausgaben Total (alle Leistungsarten)	2,7%	2,7%
Ausgaben Kantone spitalstationär (inkl. GWL, inkl. kantonale Investitionen, gesam- ter stationärer Spitalbereich)	1,8%	-1,2%
Ausgaben Kantone & OKP spitalstationär (gesamter stationärer Spitalbereich)	1,4%	-0,4%
Ausgaben aller Finanzierungsträger ^(a) für Spitalbereich (stationär und ambulant)	3,2%	2,4%

*Finanzierungsträger: Kantone, OKP, andere Sozialversicherungen, Privathaushalte, Zusatzversicherungen, andere öffentliche und private Finanzierungsträger.

Die Autoren Bruno Trezzini und Beatrix Meyer von der FMH ziehen aus der Studie von Lob-
siger und Frey gänzlich andere Schlüsse als der Bundesrat¹⁰:

«Ein wichtiges Ziel der Politik, nämlich die Eindämmung des Kostenwachstums im Spi-
talbereich, wurde mit den kantonalen Globalbudgets nicht erreicht. Gleichzeitig zahlen
die Kantone Genf, Neuenburg und Waadt überdurchschnittlich hohe gemeinwirtschaftli-
che Leistungen (GWL) [31]¹¹. Wenn diese Kantone die Kosten für die stationäre Versor-
gung senken wollen, weshalb senken sie dann nicht ihre (wettbewerbsverzerrenden)
GWL und verzichten dafür auf ein Globalbudget? Und weshalb haben die Kantone, die
ein Globalbudget haben, überdurchschnittlich hohe Prämien [32]¹² und überdurchschnitt-
lich hohe OKP-Bruttokosten pro Kopf [33]¹³? Angesichts solcher offener Fragen, der
noch nicht im Detail untersuchten Nebenwirkungen und der vorhandenen Alternativen
zum Globalbudget ist zu hoffen, dass der Einsatz dieses problematischen Instruments
keine weiteren Nachahmer findet.»

¹⁰ Trezzini B, Meyer B. Kantonale Globalbudgets erfüllen Erwartungen nicht. Schweiz. Ärztezeitung
2019;100(33):1057—1060. [Link](#).

¹¹ Siehe z.B. Felder S, Meyer S, Selcik F, Gmünder M (2018). Tarif- und Finanzierungsunterschiede im
akutstationären Bereich zwischen öffentlichen Spitälern und Privatkliniken 2013–2016. Gutachten im Auf-
trag der Privatkliniken Schweiz (PKS) (vgl. www.privatehospitals.ch → news); sowie Ecoplan (2019). Fi-
nanzierung der gemein-wirtschaftlichen Leistungen, Anlagenutzungskosten und Defizit-deckungen der
Spitäler durch die Kantone, Bern: Bundesamt für Gesundheit (wobei im Rahmen dieser Studie die Kan-
tone Waadt und Neuenburg keine Daten lieferten; vgl. www.bag.admin.ch → Das BAG → Publikationen
→ Evaluationsberichte → Kranken- und Unfallversicherung → KVG-Revision Spitalfinanzierung.

¹² Vg l. www.obsan.admin.ch → Indikatoren → Finanzierung im Gesundheitssystem → Prämien in der
obligatorischen Krankenpfl-geversicherung (OKP).

¹³ Vg l. www.obsan.admin.ch → Indikatoren → Kosten im Gesund-heitssystem → Kosten in der obligato-
rischen Krankenpflege-versicherung (OKP).

H+ schliesst sich dieser Analyse bzw. diesen treffenden Fragen an, allerdings ohne das Prinzip der GWL und das Konzept des Globalbudgets gegeneinander ausspielen zu wollen, wie dies hier in etwas pointierter und reduzierender Art suggeriert wird. Solange diese Fragen nicht beantwortet sind, ist es fahrlässig, das gesamte schweizerische Gesundheitssystem einem Globalbudget zu unterwerfen. **Aus diesem Grund lehnt H+ den Indirekten Gegenvorschlag dezidiert ab.**

4.2.5. Rolle der Kantone

Mit dem vorgeschlagenen System der Zielvorgaben greift der Bundesrat massiv in die verfassungsmässig garantierten Kompetenzen der Kantone ein. Deren Rolle würde sich in Zukunft auf untergeordnete ausführende Tätigkeiten beschränken. Es ist nicht einzusehen, wie die Kantone unter diesen Umständen die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung garantieren können. Hingegen würden die Kantone zum Schauplatz von Verteilungskämpfen werden, welche die bisher gut funktionierenden Planungstätigkeiten deutlich erschweren wenn nicht sogar lähmen würden. **H+ lehnt eine solche Entwicklung entschieden ab.**

4.2.6. Rolle der Tarifpartner

Im System der Kostenziele spielen die Tarifpartner die Rolle von Exekutanten der bundesrätlichen Budgetpolitik. Dadurch würde die Tarifpartnerschaft geschwächt und die Tarifautonomie eingeschränkt werden. Die heute schon chronisch untertarifierten ambulanten und stationären Tarife würden noch mehr an Bedeutung verlieren. Der KVG-Grundsatz, wonach effizient und in der nötigen Qualität erbrachte Leistungen kostendeckend tarifiert werden sollen, würde seiner Substanz beraubt werden. Die Kalkulation der Tarife würde sich nicht mehr von betriebswirtschaftlicher Sachgerechtigkeit leiten lassen, sondern würde im Wesentlichen folgender Formel entsprechen:

$$\text{Tarif} = \frac{\text{Globalbudget}}{\text{Anzahl Leistungen}}$$

In diesem System gibt es eigentlich nicht mehr viel zu verhandeln. Die wichtigsten Entscheidungen werden im Vorfeld von der Politik getroffen. **H+ lehnt eine solche Degradierung der Tarifpartnerschaft und Tarifautonomie entschieden ab. Damit würde ein fundamentales Element des KVG gewissermassen auf den Kopf gestellt werden.**

4.2.7. Zentralistische und planwirtschaftliche Steuerung

Bei näherer Betrachtung erweisen sich Zielvorgaben oder Globalbudgets, wie auch immer sie genannt werden sollen, nicht so sehr als Instrumente der Kostenkontrolle oder der Kostenbeschränkung, sondern vielmehr als politisches Steuerungsinstrumente. Das ist letztlich der Grund, warum die Entwicklung der Gesundheitskosten in den Ländern der Europäischen Union, die alle in der einen oder anderen Form ein Globalbudget für das Gesundheitswesen kennen, nicht wesentlich anders als in der Schweiz verläuft. Mit dem Globalbudget lassen sich die Gesundheitskosten zwar nicht eindämmen, aber die Geldflüsse dorthin lenken, wo dies aus politischer Sicht wünschenswert ist. In einem solchen System dreht sich der Wettbewerb nicht mehr um die Erbringung von qualitativ hochwertigen Leistungen zu einem vorteilhaften Preis, sondern um die Gunst der Politik. Was aus politischer Sicht

förderungswürdig erscheint, sei es aufgrund von neuen Erkenntnissen, was aber eher selten der Fall ist, da politische Entscheidungen selten evidenzbasiert getroffen werden, oder aufgrund von gerade herrschenden Modeströmungen, was sehr oft der Fall ist, kommt in den Genuss politischer Unterstützung, sprich einer vorteilhaften Budgetzuteilung bzw. eines grosszügigen Kostenziels. Wettbewerb um die Gunst der Politik bedeutet in einem demokratischen System in erster Linie Lobbyismus, d.h. Wettbewerb um die Gunst der politischen Entscheidungsträger. Mit dem Einbezug der Bevölkerung bei politischen Entscheidungen, wie dies in der halbdirekten Demokratie schweizerischen Zuschnitts möglich ist, findet auch ein korrektiver Wettbewerb um die Zustimmung der Bevölkerung statt, jedoch nur in beschränkten Massen. Alleine schon aus Gründen beschränkter Ressourcen kann nicht gegen jede Entscheidung ein Referendum ergriffen werden. Deshalb ist in einem Gesundheitswesen, das von politischen statt von wettbewerblichen oder marktwirtschaftlichen Mechanismen gesteuert werden soll, eine dominante Rolle des Lobbyismus zu erwarten. Das wird auch bei dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Kostenziel-System der Fall sein. In einem von Lobbyismus geprägten System erhalten aber vor allem jene Kreise Auftrieb, welche über grosse politische Einflussmöglichkeiten verfügen. Das sind in der Regel nicht Leistungserbringer, Patienten oder Arbeitnehmer. Allerdings ist es unwahrscheinlich, dass sich die Interessen einflussreicher Kreise mit den Interessen einer wissenschaftlichen, evidenzbasierten und qualitätsorientierten Medizin decken. Eine sinnvolle Weiterentwicklung des schweizerischen Gesundheitswesens wäre unter diesen Umständen schwer beeinträchtigt.

H+ wünscht eine solche Entwicklung nicht und lehnt deshalb den bundesrätlichen Indirekten Gegenvorschlag ab.

4.3. Besonderer Teil

Art. 54 Kostenziele

Art. 54 Abs. 1: Der Bundesrat legt fest, um welchen Prozentsatz die Kosten der Leistungen nach diesem Gesetz im Vergleich zum Vorjahr höchstens ansteigen dürfen (Kostenziele): Krankenversicherung.

- a. für die gesamten Leistungen in der Schweiz;
- b. für die einzelnen Kostenblöcke (Art. 54a) in der Schweiz.

Kommentar:

- Aus dieser Bestimmung und aus dem Erläuternden Bericht¹⁴ geht klar hervor, dass die Kostenziele einem Globalbudget entsprechen. Der Begriff Globalbudget ist im KVG etabliert und wird in Art. 51 und Art. 54 KVG im gleichen Sinn verwendet wie hier die Kostenziele. Im Sinn einer einheitlichen Terminologie und um Missverständnisse zu vermeiden soll der Begriff «Kostenziele» konsequent mit «Globalbudget» ersetzt werden. Die spitzfindige Unterscheidung zwischen «Globalbudget» und «Kostenziele», wonach letztere kein Globalbudget i.e.S. seien, ist aufgrund der hier verwendeten Definition nicht länger haltbar und soll im Interesse einer fairen und transparenten Kommunikation aufgegeben werden.
- Gemäss Erläuterndem Bericht¹⁵ bedeutet der Verweis auf die «Leistungen nach diesem Gesetz», dass nicht nur die «Nettoleistungen» der Versicherer, sondern auch die Kostenbeteili-

¹⁴ Erl. Bericht, Seite 75: «Die Kostenziele des Bundesrates sind definiert als maximale Kostensteigerungsrate (Prozentsatz im Vergleich zum Vorjahr), welche für die Kosten der OKP nicht überschritten werden soll».

¹⁵ Erl. Bericht, Seite 75.

gung der versicherten Personen sowie die Mitfinanzierung der Kantone für stationäre Leistungen im Kostenziel enthalten sind. Im Falle der Pflegeleistungen nach Artikel 25a KVG, an denen die OKP Beiträge leistet, bezieht sich das Kostenziel jedoch nur auf diese Beiträge der OKP, weil die Gesamtkosten dieser Leistungen nicht durch das Gesetz geregelt werden, sondern die Restfinanzierung den Kantonen obliegt. Diese Präzisierung ist wesentlich und soll nicht nur im Erläuternden Bericht, sondern auch in der Bestimmung explizit ausgeführt werden.

- Eine zuverlässige Aussage über die OKP-Kosten eines Jahres kann erst 6 Monate nach Jahresabschluss gemacht werden. Da der Bundesrat die Kostenziele spätestens 12 Monate vor Beginn des Kalenderjahres festlegen soll (Art. 54c Abs. 1), kann er die Kostenziele für das Kalenderjahr x nicht auf der Basis der Kostendaten des Vorjahres x – 1 berechnen, sondern muss sie auf der Basis der Kostendaten aus dem Jahr x – 3 festlegen. Dieser Umstand muss bei der Festlegung der Kostenziele zwingend berücksichtigt werden. Art. 54 Abs. 1 ist entsprechend zu korrigieren.
- Ein Kostenziel, welches auf der Basis von drei Jahre zurückliegenden Daten berechnet wird und Faktoren wie z.B. die wirtschaftliche Entwicklung und die allgemeine Lohn- und Preisentwicklung berücksichtigen soll (Art. 54 Abs. 3), ist zwangsläufig mit grosser Unsicherheit behaftet. Es ist anzunehmen, dass die Kostenziele die tatsächliche Entwicklung von Wirtschaft, Demographie und medizinisch-technischem Fortschritt nur mit eingeschränkter Genauigkeit prognostizieren können. Aus diesem Grund ist bei der Festlegung des Kostenziels neben der Toleranzmarge eine zusätzliche Marge hinzuzufügen, welche die statistische Unsicherheit abbildet. Da es dem Bundesrat ein Anliegen ist, jegliche Form von Rationierung zu vermeiden, ist das Kostendach so festzulegen, dass es nicht schon durch blosse statistische Schwankungen überschritten werden kann.
- Die Halbwertszeit des medizinischen Wissens beträgt ca. 3 Jahre und ist damit wesentlich schneller als der politische Planungsprozess. Hinsichtlich der psychiatrischen Versorgung ist speziell problematisch, dass je niedriger die wirtschaftliche Entwicklung und die allgemeine Lohn- und Preisentwicklung sind, die Kosten weniger Ansteigen dürfen. In der Psychiatrie verhält sich der Wirkmechanismus nachhinkend und genau umgekehrt. Mit steigender Arbeitslosigkeit, mit Rezession mit geringerer Lohnentwicklung steigt die Wahrscheinlichkeit psychiatrischer Erkrankungen in der Bevölkerung und es entstehen höhere Kosten. Weiter haben Faktoren wie die demographische und die wirtschaftliche Entwicklung Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität. Diese Entwicklungen gehen mit einer wahrscheinlichen Mengenausweitung bzw. einer Kostensteigerung im Gesundheitswesen einher. Die Kostensteigerung führt alsdann wiederum zu einer möglichen Tarifsenkung und zur Unterfinanzierung der Angebote. Eine gute Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsdienstleistungen wird damit verhindert. Zudem können die Leistungserbringer kaum vorausschauende Angebotsstrategien verfolgen, da die Planungssicherheit nicht mehr gegeben ist.

Art. 54 Abs. 2: Gestützt auf die Kostenziele nach Absatz 1 legt er fest:

- a. das Kostenziel für jeden Kanton für die gesamten Leistungen;
- b. eine für alle Kantone einheitliche Toleranzmarge, um die diese von den Kostenzielen nach Buchstabe a abweichen können.

Kommentar: Es ist nicht ersichtlich, nach welchen Massstäben und Regeln die nationalen Kostenziele auf die einzelnen Kantone heruntergebrochen werden sollen. Wenn beispielsweise Faktoren wie Bevölkerungszahl und Wirtschaftsleistung berücksichtigt werden sollen, so müsste festgelegt werden, wie diese Faktoren zu gewichten sind. Hat ein wirtschaftsstarker Kanton Anspruch auf ein grösseres Budget oder soll gerade umgekehrt ein wirtschaftsschwacher Kanton mit einem verhältnismässig höheren Globalbudget gefördert werden? Da die Kostenziele deklariertermassen auch dazu dienen sollen, gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten zu formulieren¹⁶, ist es durchaus denkbar, dass sich der Bundesrat bei der Verteilung des nationalen

¹⁶ Erläuternder Bericht, Seite 76

Globalbudgets auf die Kantone von politischen Überlegungen leiten lässt. Da die Kostenziele einen tiefgreifenden Einschnitt in die kantonale Kompetenzhoheit darstellen und massive Auswirkung auf Versorgungsqualität und Versorgungssicherheit haben können, müssen die Regeln der Budgetaufteilung auf die Kantone besonders hohen Ansprüchen an demokratischer Legitimität und Konformität mit Verfassung und geltendem Recht genügen. Dieser Aspekt wird jedoch weder im Gesetzesentwurf noch im Erläuternden Bericht auch nur mit einem Wort behandelt. **Alleine schon aus diesem Grund ist der indirekte Gegenvorschlag als unausgereift zu beurteilen und klar abzulehnen.**

Art. 54 Abs. 3: Bei der Festlegung der Kostenziele und der Toleranzmarge berücksichtigt er namentlich:

- a. die wirtschaftliche Entwicklung und die allgemeine Lohn- und Preisentwicklung;
- b. die Demografie und die Morbidität der Wohnbevölkerung;
- c. den medizinisch-technischen Fortschritt.

Kommentar: Die Aufzählung der Kriterien unter den Buchstaben a, b und c ist nicht abschliessend¹⁷. Selbst eine grobe Schätzung über das Effizienzpotential im schweizerischen Gesundheitswesen, wie sie vom BAG in Auftrag gegeben und auf 16 bis 19% der OKP-Leistungen beziffert wurde¹⁸, soll bei der Festlegung der Kostenziele herangezogen werden können. H+ lehnt eine derart beliebige Berechnungsgrundlage der Kostenziele dezidiert ab. Damit werden Tür und Tor für Phantasien und Willkür aller Art geöffnet. H+ fordert, dass ausschliesslich mess- und überprüfbare Daten sowie anerkannte Methoden als Grundlagen zur Berechnung der Kostenziele herangezogen werden dürfen. Alsdann ist festzulegen, wie die einzelnen Kriterien gewichtet werden sollen. Die hierzu getroffenen Entscheidungen sind offenzulegen. Nachweislich falsche Datengrundlagen und methodische Fehler sind zu korrigieren. Dazu müssen im Gesetz Rekurs- und Korrekturmöglichkeiten eingeräumt werden.

H+ erwartet grosse Schwierigkeiten bei der Entwicklung eines belastbaren und anerkannten Modells zur Bewertung der Morbidität der Wohnbevölkerung. Dies wird bei der Bewertung des medizinisch-technischen Fortschritts in noch grösserem Masse der Fall sein. Es sind jedoch gerade diese Faktoren, welche die Kostenentwicklung am stärksten beeinflussen. Es sei deshalb an dieser Stelle grundsätzlich festgehalten, dass Kostenziele kaum geeignet sind, eine sinnvolle und wirkungsvolle Kostensteuerung zu ermöglichen. Hingegen sind endlose wissenschaftliche und pseudowissenschaftliche sowie rechtliche Streitigkeiten über Auswahl, Berechnung und Gewichtung der den Kostenzielen zugrunde gelegten Kriterien zu erwarten. **Die klassischen Nachteile einer jeden Planwirtschaft treten hier besonders deutlich hervor und sprechen klar gegen einen solchen Ansatz.**

Art. 54 Abs. 4 Der Anspruch der Versicherten auf die Übernahme der Kosten der versicherten Leistungen bleibt in jedem Fall gewahrt.

Kommentar: Gemäss Erläuterndem Bericht sei bei der Festlegung der Kostenziele darauf zu achten, dass der Zugang der Versicherten zu den versicherten Leistungen trotz dieser Eingriffe und der darauf gestützten Korrekturmassnahmen gewährleistet sei. Weiter heisst es: «Korrekturmassnahmen dürfen also nicht so einschneidend sein, dass gewisse Leistungen für die versicherten Personen in der Folge gar nicht mehr verfügbar sind, etwa weil Leistungserbringer ihre Tätigkeit einstellen.» Es ist jedoch nirgends ersichtlich, wie verhindert werden soll, dass genau dieser Fall eintritt. Wenn ein bestimmter Leistungserbringer für eine Leistung nicht mehr oder nur noch zu einem reduzierten Tarif vergütet wird, weil das Kostenziel im entsprechenden Kostenblock überschritten wurde, würde es dem Sinn und Zweck der Kostenziele geradezu widersprechen, wenn der betroffene Leistungserbringer diese Leistung trotzdem erbringen würde. Auch kann der Leistungserbringer nicht dazu verpflichtet werden, eine Leistung zu erbringen, die für ihn wirtschaftlich keinen Sinn mehr macht, weil der Tarif nicht mehr kostendeckend ist.

¹⁷ Erl. Bericht, Seite 76

¹⁸ ZHAW und INFRAS. Effizienzpotential bei den KVG-pflichtigen Leistungen. 2019. [Link](#).

Eine solche Verpflichtung wäre ein massiver Eingriff in die verfassungsmässig garantierte Wirtschaftsfreiheit und ist – zurecht – im Gesetzesentwurf nicht vorgesehen. Sollte aber eine bestimmte Leistung trotzdem vergütet werden, obwohl sie zu einem Kostenblock gehört, dessen Kostenziel überschritten wurde, müsste festgelegt sein, welcher Kostenträger bzw. welches Budget dafür aufkommen muss. Eine entsprechende Regelung fehlt aber vollständig. Der Zugang der Versicherten zu versicherten Leistungen kann somit nur garantiert werden, wenn eine gesamtschweizerische Übersicht über aktuell angebotene und nicht mehr angebotene Leistungen besteht. Ohne eine solche, täglich zu aktualisierende Übersicht wären lange Wartezeiten zu erwarten, wie sie für alle planwirtschaftlich organisierten Gesundheitssysteme typisch sind. Eine solche Übersicht ist aber nicht vorgesehen. Deshalb kann dem Versicherten keine Garantie auf Zugang zu versicherten Leistungen gegeben werden. Die Aussage im Erläuternden Bericht, wonach Korrekturmassnahmen nicht dazu führen sollen, dass gewisse Leistungen nicht verfügbar sind, erweist sich als leere Versprechung. Abgesehen davon, dass der angeblich gewährleistete Anspruch des Versicherten auf Übernahme der Kosten der versicherten Leistungen nicht geregelt und deshalb illusorisch ist, nützt dem Versicherten diese Garantie nichts, wenn die Leistung zum Zeitpunkt der Nachfrage nicht angeboten wird.

Im Ergebnis erweisen sich Kostenziele als inkompatibel mit dem Anspruch auf versicherte Leistungen und sind deshalb verfassungs- rechts- und systemwidrig.

Art. 54 Abs. 5 Die Auswirkungen der Kostenziele auf die Kosten- und Qualitätsentwicklung werden regelmässig überprüft.

Kommentar: Diese Bestimmung ist überflüssig bzw. nicht sinnvoll.

Die Kostenentwicklung wird seit Jahrzehnten kontinuierlich und systematisch vom Bundesamt für Statistik erhoben wird. Mit Einführung und Förderung des «Once Only»-Prinzips im Rahmen der vom Bundesrat beschlossenen Nationalen Datenbewirtschaftung (NaDB) ist besonders darauf zu achten, redundante Datenerhebungen und parallele Datenflüsse zu vermeiden. Dies gilt auch und insbesondere für das Gesundheitswesen.

Auf behördlicher Ebene genügt es, die Erreichung bzw. Nicht-Erreichung der Kostenziele im Rahmen der jährlichen Zielerreichungsüberprüfung festzustellen. Kausalzusammenhänge zwischen Kostenzielen und Kostenentwicklungen zu erforschen, ist eine wissenschaftliche Tätigkeit, die keiner besonderen Regelung bedarf, insbesondere nicht im Rahmen einer KVG-Revision.

Den Einfluss der Kostenziele auf die Qualitätsentwicklung isoliert zu betrachten, ist wenig sinnvoll. Bekanntlich soll der Bundesrat jeweils für vier Jahre die Ziele im Hinblick auf die Sicherung und Förderung der Qualität der Leistungen (Qualitätsentwicklung) festlegen (Art. 58 nKVG). Weiter sollen die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer gesamtschweizerisch geltende Verträge über die Qualitätsentwicklung (Qualitätsverträge) abschliessen (Art. 58a nKVG). Schliesslich setzt der Bundesrat zur Realisierung seiner Ziele im Bereich der Qualitätsentwicklung eine Kommission (Eidgenössische Qualitätskommission) ein (Art. 58b Abs. 1 nKVG). Aus diesen bereits vom Parlament bereits verabschiedeten Bestimmungen ergibt sich, dass die Überprüfung der Qualitätsentwicklung bereits im Detail geregelt ist. Die Eidg. Qualitätskommission wird problemlos auch den Einfluss der Kostenziele auf die Qualitätsentwicklung prüfen können und dies auch tun müssen.

Es sei an dieser Stelle ausdrücklich vermerkt, dass die mangelnde Koordination zwischen dem Massnahmenpaket 2 und der KVG-Änderung vom 21. Juni 2019 (Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit) ebenso auffällig wie unverständlich ist. Es scheint dem Bundesrat entgangen zu sein, dass sowohl Kostenziele als auch Qualitätsziele letztlich von den gleichen Tarifpartnern umgesetzt werden müssen. Gesetzliche Bestimmungen aber, die mangelhaft aufeinander abgestimmt sind, werden zwangsläufig zu Vollzugsproblemen führen, welche die Akteure aus eigener Kraft nicht werden lösen können, welche aber deren Arbeit massiv erschweren wird. Wenn

schon – zurecht! – immer wieder auf Qualitätsverbesserungen bei der medizinischen Versorgung der Bevölkerung insistiert wird, so darf sicher auch einmal der Wunsch geäussert werden, dass der Qualität der Gesetzgebung eine ebenso grosse Aufmerksamkeit geschenkt werden soll.

Der Bundesrat lehnt die Kostenbremse-Initiative ab, weil die Gefahr bestehe, dass die [von der Initiative vorgesehene] starre Ausgabenregel je nach Umsetzung eine Rationierung der Leistungen zur Folge habe und in eine Zweiklassenmedizin führe. Mit dem Indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative will der Bundesrat die Kostenziele «ausdrücklich so festsetzen, dass eine Rationierung von medizinisch sinnvollen und wirtschaftlichen Leistungen vermieden werden kann. Zur Erreichung dieses Ziels sieht er Begleitmassnahmen wie ein zeitnahes Qualitätsmonitoring vor, wie dies in Art. 54 Abs. 5 festgelegt ist. Die Sorge des Bundesrates ist berechtigt. Rationierungen sind eine typische Erscheinung in Gesundheitssystemen mit Globalbudgets. Die vom Bundesrat vorgesehenen Kostenziele unterscheiden sich in ihrer Wirkung jedoch nicht von Globalbudgets. Deshalb sind auch unter diesem Regime Rationierungserscheinungen zu erwarten. Wenn der Bundesrat solche Erscheinungen vermeiden möchte, ist das grundsätzlich zu begrüßen. Dies wird dem Bundesrat jedoch mit einer nicht weiter spezifizierten, regelmässigen Überprüfung der Qualitätsentwicklungen, wie dies in Art. 54 Abs. 5 vorgesehen ist, nicht gelingen. Qualitätssicherungssysteme sind nicht geeignet, das Vorkommen von Rationierungen zu erfassen. Es wird sich kaum ein Leistungserbringer finden, der das Vorenthalten medizinisch nützlicher Leistungen¹⁹ systematisch in einer Datenbank erfasst, wie dies in der Qualitätssicherung üblich ist. Allfällige Rationierungseffekte müssen mit anderen Methoden wie z.B. Befragungen erfasst werden. Eine gute Übersicht über aktuelle Arbeiten findet sich in der Veröffentlichung der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) «Rationierung im Schweizer Gesundheitswesen: Einschätzung und Empfehlungen (2007)»²⁰.

Im Ergebnis ist Art. 54 Abs. 5 als ungenügend zu beurteilen, um Rationierungen zu vermeiden. Dem Bundesrat ist aber zugute zu halten, dass er die Rationierungsproblematik erkannt hat. Die Gefahr einer Rationierung unter dem Regime eines Globalbudgets ist reell. Am besten lässt sie sich dadurch vermeiden, dass die Einführung von Globalbudgets mit einer Ausschöpfung des durchaus noch vorhandenen Rationalisierungspotentials gar nicht erst nötig ist. **Auch aus dem wichtigen Grund, Rationierungen zu vermeiden, lehnt H+ den Indirekten Gegenvorschlag – ebenso wie die Kostenbremse-Initiative – entschieden ab.**

Art. 54a Kostenblöcke

Art.54a. Abs. 1 Der Bundesrat teilt die einzelnen Leistungsbereiche Kostenblöcken zu.

Kommentar: Die Zuteilung soll einheitlich für die ganze Schweiz festgelegt werden und möglichst stabil sein, damit Vergleiche zur Kostensteigerung über mehrere Jahre und zwischen den Kantonen möglich sind. Es ist vorgesehen, grundsätzlich zwischen ambulanten, spitalambulanten und stationären Leistungserbringern und nach den einzelnen Leistungserbringern nach Artikel 35 Absatz 2 KVG zu unterscheiden. Somit bilden Netzwerke zur koordinierten Versorgung grundsätzlich einen eigenen Kostenblock, da sie neu als separate Kategorie von Leistungserbringern gelten sollen (siehe Art. 35 Abs. 2 Bst. o VE-KVG). Der Bundesrat kann aber auch mehrere Arten von Leistungserbringern zu einem Kostenblock zusammenfassen und für die ambulanten ärztlichen Leistungen nach Fachrichtungen oder Gruppen von Fachrichtungen sowie nach Art der Leistungserbringer (beispielsweise spitalambulant vs. praxisambulant) getrennte Kostenblöcke festlegen²¹.

¹⁹ Eine Arbeitsgruppe der SAMW verwendete folgende Definition der Rationierung: «Rationierung umfasst implizite oder explizite Mechanismen, die dazu führen, dass einer Person eine nützliche Leistung im Rahmen der Gesundheitsversorgung nicht zur Verfügung steht.». Quelle siehe Fussnote 16.

²⁰ https://www.samw.ch/dam/jcr:69749473-4a59-4e94-8e89-04f085218449/positionspapier_samw_rationierung.pdf

²¹ Erl. Bericht, Seite 76.

Diese Zahlen und Berechnungen lassen erkennen, dass ein gewaltiger bürokratischer Aufwand für die Berechnung der Kostenblöcke und für die Überprüfung der entsprechenden Kostenziele entstehen wird. Dabei wird sich die «Berechnung» der Kostenblöcke nicht auf eine mathematische Angelegenheit beschränken, sondern wird zu einem regelrechten politischen Verteilungskampf um die Aufteilung des Globalbudgets auf nationaler und kantonaler Ebene führen. Für Lobbyisten, Aktivisten und Verteilungskämpfer aller Art wird ein goldenes Zeitalter anbrechen.

Art. 54a Abs. 2: Die Kantone können innerhalb eines vom Bundesrat festgelegten Kostenblocks weitere Unterteilungen vornehmen.

Kommentar: Gemäss Erläuterndem Bericht müssen die Kantone die auf Bundesebene festgelegten Kostenblöcke übernehmen, können aber noch weiter differenzieren, beispielsweise mit Bezug auf Spezialärztinnen und Spezialärzte oder wenn innerhalb eines Kostenblocks mehrere Tarifverträge bestehen, allenfalls auch bis hin zu Kostenblöcken für einzelne Leistungserbringer, insbesondere bei Spitälern.

Während es noch denkbar ist, nationale Kostenziele auf der Basis von anerkannten und messbaren Kriterien festzulegen, so wird sich die Berechnung von Kostenzielen auf der mikroökonomischen Ebene als kaum machbar erweisen. Solange keine fest etablierten Kriterien vorliegen, werden sich von Kanton zu Kanton unterschiedliche Methoden etablieren, die jegliche gesamtschweizerische Vergleichbarkeit verunmöglichen werden. Auf dieser Ebene entpuppen sich die Kostenziele als eminent politisches Steuerungsinstrument. Für den einzelnen Leistungserbringer eröffnet sich damit die Aussicht auf grösstmögliche Rechtsunsicherheit. Die Ungleichbehandlung von Spitälern durch die kantonale Verwaltung, heute schon in verschiedenen Kantonen ein Dauerthema, wird bei spitalindividuellen Kostenzielen eine neue Dimension erreichen. **H+ lehnt eine solche Entwicklung entschieden ab und fordert die vom Gesetzgeber gewollte Schaffung «gleich langer Spiesse» für alle Spitäler einzuhalten.**

Art. 54a Abs. 3 Analysen, Arzneimittel, Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung und Behandlung dienen, sowie Leistungen, für welche die Tarifpartner gesamtschweizerische Tarifverträge nach Artikel 46 Absatz 4 abgeschlossen haben, in denen gesamtschweizerisch einheitliche Tarife vereinbart wurden, bilden eigene Kostenblöcke.

Kommentar: Da die Vergütung in diesen Bereichen auf Bundesebene festgelegt werden, ist es richtig, hierfür kantonsunabhängige Kostenblöcke zu definieren. Der Hinweis im Erläuternden Bericht, wonach gesamtschweizerisch einheitliche Tarife nicht mit gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstrukturen gleichzusetzen sind, ist entscheidend und sollte auch im Gesetzesentwurf entsprechend präzisiert werden. Im Klartext heisst das, dass der ärztliche Einzelleistungstarif, dessen Taxpunktwerte nicht schweizweit einheitlich sind, nicht in einen separaten Kostenblock gemäss Art. 54a Abs. 3 fällt.

Art. 54a Abs. 4: Der Bundesrat kann Leistungsbereiche mit einem geringen Einfluss auf die Gesamtkostenentwicklung von der Zuteilung in einen Kostenblock ausnehmen.

Kommentar: Es ist nicht klar, was unter «geringem Einfluss» zu verstehen ist. Als mögliche Kriterien nennt der Erläuternde Bericht folgende Beispiele: kleines Volumen, Entwicklung des Volumens und unverhältnismässige administrative Kosten. Diese Beispiele tragen keineswegs dazu bei, mehr Klarheit zu schaffen. Mit dieser Bestimmung werden Tür und Tor für willkürliche Interpretationen geöffnet. Rechtsstreitigkeiten sind programmiert. **Ein derart beliebig interpretierbarer Artikel hat in einem Bundesgesetz nichts zu suchen und ist konsequenterweise zu streichen.**

Art. 54b Kostenziele der Kantone

Art. 54b Abs. 1: Jeder Kanton legt unter Berücksichtigung der Kriterien nach Artikel 54 Absatz 3 seine Kostenziele fest für:
a. die gesamten Leistungen;
b. die einzelnen Kostenblöcke.

Kommentar: Der Ausdruck «Jeder Kanton [...] legt fest» ist irreführend; er suggeriert, dass der Kanton einen eigenständigen Entscheid fällen könnte. Dies ist jedoch gemäss Art. 54 Abs. 2 nicht der Fall. Die vom Bundesrat festgelegten Kostenzielen plus Toleranzmarge sind für den Kanton verbindliche Vorgaben. Dem Kanton steht einzig frei, ein Kostenziel unterhalb dieser Obergrenze festzulegen. Diese Restfreiheit verwirkt der Kanton aber sogleich, wenn er seine Kostenziele nicht rechtzeitig bekannt gibt. Dann gilt das vom Bundesrat festgelegte Kostenziel ohne die Toleranzmarge (Art. 54c Abs. 4). Korrekterweise sollte die Bestimmung lauten: «Jeder Kanton legt seine Kostenziele in dem vom Bundesrat festgelegten Rahmen fest.»

Mit dieser Bestimmung greift der Bund massiv in ein verfassungsmässig garantiertes Hoheitsgebiet der Kantone ein. Der Kanton wird weitgehend zum Befehlsempfänger degradiert. Vor diesem Hintergrund wirkt es geradezu zynisch, wenn im Erläuternden Bericht steht, dass mit «Rücksicht auf die Organisationsautonomie der Kantone» den Kantonen nicht auch noch vorge-schrieben wird, eine beratende Kommission analog der Eidg. Kommission für Kostenziele ein-zurichten».

Art. 54b Abs. 2: Er kann von den vom Bundesrat für die Kostenblöcke festgelegten Kostenzie-len (Art. 54 Abs. 1 Bst. b) abweichen, soweit er sein vom Bundesrat vorgegebenes kantonales Gesamtkostenziel (Art. 54 Abs. 2 Bst. a) unter Einbezug der Toleranzmarge einhält.

Kommentar: Immerhin wird dem Kanton zugestanden, bei der Festlegung der Kostenblöcke von den empfohlenen Kostenzielen des Bundesrates abzuweichen. Allerdings gilt diese «Freiheit» nur solange, als das kantonale Gesamtkostenziel und die Summe der einzelnen Ziele für die Kostenblöcke das vom Bund vorgegebene Kostenziel je Kanton zuzüglich Toleranzmarge nicht übersteigt. Mit dieser Bestimmung legt der Bundesrat die Grundlage für innerkantonale Verteil-kämpfe zwischen den einzelnen Leistungserbringergruppen. Dem Kanton drohen jahrelange politische und rechtliche Auseinandersetzungen. Verteilkämpfe zwischen den einzelnen Leis-tungserbringern behindern ausserdem die integrierte Versorgung. Die Leistungserbringer wer-den gezwungen, ihre Teilbudgets auszuschöpfen und zu verteidigen. Dies führt zu einer Verteu-erung des Systems und kannibalisiert ein anderes Ziel der Vorlage, nämlich die integrierte Ver-sorgung zu fördern. Wenn es dem Kanton nicht gelingt, eigene, anerkannte, messbare und jus-tiziable Kriterien für Berechnung der Kostenziele für die einzelnen Kostenblöcke festzulegen, wird er in aller Regel auf die bundesrätlichen Kostenziele zurückgreifen. Der vermeintliche Frei-raum der Kantone erweist sich bei näherer Betrachtung als vergiftetes Geschenk des Bundes-rates. Die Kantone sind gut beraten, dieses Geschenk höflich zurückzuweisen. Damit endet aber auch die Hoffnung auf einen verbliebenen Rest an kantonomer Autonomie. **Aus diesem Grund lehnt H+ diese Bestimmung ab.**

Art. 54b Abs. 3: Die Kantone hören die Leistungserbringer und die Versicherer vor der Festle-gung der Kostenziele und Kostenblöcke an.

Kommentar: Mit der Anhörung wird der verfassungsmässig verankerte Anspruch der betroffenen Parteien auf rechtliches Gehör erfüllt (Art. 29 Abs. Bundesverfassung). Diesen Anspruch muss in vorliegendem Fall nicht nur der Kanton, sondern auch und in besonderem Mass der Bund erfüllen. Die Kostenziele und Kostenblöcke werden, wie oben dargelegt, weitgehend vom Bund vorgegeben. Davon kann der Kanton nur noch in beschränktem Umfang abweichen. Daran wird die Anhörung der Parteien durch den Kanton nicht viel ändern können. Wird aber eine Anhörung über Entscheide durchgeführt, die praktisch schon feststehen, so erfüllt sie ihren Zweck nicht. Eine Anhörung verpflichtet die Behörde, alle relevanten Argumente der betroffenen Parteien ernsthaft zu prüfen und bei der Entscheidung zu berücksichtigen. Wenn es nicht in der Befugnis der Behörde liegt, den Entscheid aufgrund der angehörten Argumente zu korrigieren, so ist die Anhörung zwecklos. Im Ergebnis sind Art. 54 Abs. 1 und Art. 54a Abs. 1 wie folgt zu ergänzen:

Art. 54 Abs. 1: Der Bundesrat legt fest, um welchen Prozentsatz die Kosten der Leistungen nach diesem Gesetz im Vergleich zum Vorjahr höchstens ansteigen dürfen (Kostenziele):

- a. für die gesamten Leistungen in der Schweiz;
- b. für die einzelnen Kostenblöcke (Art. 54a) in der Schweiz.

Der Bundesrat hört die Kantone, die Leistungserbringer und die Versicherer vor der Festlegung der Kostenziele an.

Art. 54a Abs. 1: Der Bundesrat teilt die einzelnen Leistungsbereiche Kostenblöcken zu.
Er hört die Kantone, die Leistungserbringer und Versicherer vor der Festlegung der Kostenblöcke an.

Alsdann ist Art. 54b Abs. 3 wie folgt zu ändern:

Art. 54b Abs. 3: Die Kantone hören die Leistungserbringer und die Versicherer an, bevor sie die Kostenziele und Kostenblöcke in dem vom Bundesrat vorgegebenen Rahmen festlegen.

Art. 54b Abs. 4 Sie teilen die von ihnen festgelegten Kostenziele dem BAG mit. Dieses prüft die Zielerreichung und teilt das Ergebnis den Kantonen mit. Es veröffentlicht das Ergebnis in geeigneter Form.

Kommentar: Es ist nicht Aufgabe des BAG, kantonale Entscheidungen zu veröffentlichen, sondern Aufgabe der Kantone selbst. Im Sinn der bundesrätlichen Strategie «Nationale Datenbewirtschaftung NaDB» sind die Ergebnisse nicht dem Bundesamt für Gesundheit (BAG), sondern dem Bundesamt für Statistik (BFS) weiterzuleiten. Dieses stellt die Statistiken allen berechtigten Nutzern, also auch dem BAG, zur Verfügung.

Dem BAG fällt die Aufgabe zu, die Differenz zwischen den Kostenzielen und den tatsächlich entstandenen Kosten festzustellen und einer allfälligen Analyse zu unterziehen. Von einer Prüfung im eigentlichen Sinn kann hier nicht die Rede sein. Das BAG ist nicht die Aufsichtsbehörde der Kantone.

Art. 54c Fristen und Folgen bei deren Nichteinhaltung

Art. 54c Abs. 1: Der Bundesrat legt die Kostenziele spätestens zwölf Monate vor Beginn des Kalenderjahres fest, für das sie gelten sollen.

Kommentar: Wie im Kommentar zu Art. 54 dargelegt, ist es aufgrund dieser Frist nicht möglich, die Kosten des Vorjahres als Grundlage für die Kostenziele des Kalenderjahres festzulegen. Nochmals: Da eine zuverlässige Aussage über die OKP-Kosten eines Jahres erst 6 Monate nach Jahresabschluss gemacht werden kann und der Bundesrat die Kostenziele spätestens 12

Monate vor Beginn des Kalenderjahres festlegen soll, kann er die Kostenziele für das Kalenderjahr x nicht auf der Basis der Kostendaten des Vorjahres x – 1 berechnen, sondern muss sie auf der Basis der Kostendaten aus dem Jahr x – 3 festlegen. Umso mehr überrascht es im Erläuternden Bericht zu lesen, dass der Bundesrat nicht nur die Kostenziele spätestens 12 Monate vor Beginn des Kalenderjahres festlegen muss, sondern gleichzeitig auch die angestrebten, aber noch nicht verbindlichen Kostenziele für die folgenden drei Jahre bekanntgeben soll²². Das heisst nichts anderes, dass auf der Basis der Kostendaten aus dem Jahr x – 3 eine Prognose bis ins Jahr x + 3 gemacht werden soll. Dies soll im Sinn einer «rollenden Planung» geschehen. Wie sich dieses planwirtschaftliche Experiment in der Realität ausnehmen wird, kann nicht vorausgesagt werden. Entscheidend wird sein, ob sich aus der rollenden Planung entscheidungsrelevante Erkenntnisse ableiten lassen. Es sei erlaubt, hier ein grosses Fragezeichen zu setzen. Es stellt sich auch die Frage, ob dieses Planungsvorhaben nicht besser bei einem statistischen Amt oder einer Konjunkturforschungsstelle angesiedelt werden sollte. Prognosen über 6 Jahre hinweg zu stellen, ist eher einem wissenschaftlichen als einem administrativem Aufgabengebiet zuzuordnen. Abgesehen von diesen eher technischen Überlegungen entsteht insgesamt der Eindruck, dass der Bundesrat eine klassische planwirtschaftliche Steuerung des Gesundheitssystems anstrebt. Damit würde er eine Abkehr vom regulierten Wettbewerb einläuten. H+ lehnt einen derartig tiefgreifenden Systemwechsel entschieden ab. Das schweizerische Gesundheitssystem zeichnet sich im internationalen Vergleich durch eine starke Innovationskraft aus. Diesen für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und das Gedeihen der Wirtschaft entscheidenden Standort- und Wettbewerbsvorteil sollte die Schweiz nicht mit unausgerekten planwirtschaftlichen Experimenten gefährden.

Art. 54c Abs. 2: Für die Kostenblöcke nach Artikel 54a Absatz 3 legt er die Kostenziele spätestens sechs Monate vor Beginn des Kalenderjahres fest, für das sie gelten sollen.

Kommentar: Es ist nicht einsichtig, warum die Frist auf 6 statt auf 12 Monate gesetzt wird. Eine Begründung fehlt im Erläuternden Bericht.

Art. 54c Abs. 3: Jeder Kanton legt seine Kostenziele spätestens sechs Monate vor Beginn des Kalenderjahres fest, für das sie gelten sollen.

Kommentar: --

Art. 54c Abs. 4: Legt ein Kanton seine Kostenziele nicht rechtzeitig fest, so gelten die vom Bundesrat festgelegten Kostenziele ohne die Toleranzmarge.

Kommentar: Es handelt sich hier um eine einschneidende Massnahme, welche nachgerade Sanktionscharakter hat. Es befremdet, dass sich im Erläuternden Bericht keine Erklärung dafür finden lässt. Dieser Bestimmung fehlt jede Begründung. Es ist nicht einzusehen, dass es einen Zusammenhang zwischen der Kostenentwicklung in einem Kanton und einem administrativen Versäumnis geben soll. Ist ein solches Versäumnis etwa als Ausdruck einer besonders ungerechtfertigten Kostenentwicklung zu deuten? Und dies ausnahmslos in jedem Fall? Mit dieser Bestimmung wird aber nicht die saumselige Kantonsregierung bestraft, sondern letztlich die betroffene Kantonsbevölkerung. Dem Bundesrat scheint nicht bewusst zu sein, dass die Stellschraube «Kostenziel» letztlich handfeste Auswirkung auf die Versorgung der Bevölkerung und damit auch auf deren Gesundheitszustand haben wird. Damit ist aber nicht zu spielen. **Diese Bestimmung ist eines Rechtsstaates unwürdig und ersatzlos zu streichen.**

Art. 54d Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele

²² Erl. Bericht Seite 78.

Die Abbildungen 1a, 1b und 1c auf den nachfolgenden Seiten veranschaulichen, wie die in den Artikel 54 und 54a bis 54e aufgeführten Bestimmungen über Kostenziele, Kostenblöcke und Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele zu einem Gesamtsystem verknüpft sind. Es handelt sich um zentralisiertes planwirtschaftliches System, in dem sämtliche Vorgaben vom Bundesrat ausgehen und im Ergebnis von den Tarifpartnern auszuführen sind. Dabei spielen die Kantone die Rolle eines Intermediärs, der die bundesrätlichen Vorgaben weiterleitet oder in bescheidenem Umfang anpassen kann. Formell ist es den Kantonen aufgrund der «Kann»-Formulierung in Art. 54d überlassen, Korrekturmassnahmen zur Einhaltung der bundesrätlichen Kostenziele zu ergreifen. Mit Artikel 47c n KVG, welcher sich noch in der parlamentarischen Beratung im Massnahmenpaket 1b befindet, kann der Bundesrat jedoch eine kantonale Entscheidung bzw. Nicht-Entscheidung jederzeit übersteuern, indem er die von ihm festgelegten Kostenziele über die Genehmigung bzw. Nicht-Genehmigung und in der Folge der subsidiären direkten Festsetzung von kostensenkenden Massnahmen in den Tarifverträgen gemäss Art. 47c Abs. 2 Bst. b mittels Art. 47c Abs. 3 und Abs. 8 durchsetzen kann. Davon betroffen sind alle ambulanten Arzt- und Spitaltarife und alle stationären Tarife.

An dieser Stelle muss mit aller Deutlichkeit festgestellt werden, dass Art. 47c fälschlicherweise dem Massnahmenpaket Ib statt dem vorliegenden Massnahmenpaket II zugeordnet wurde. Die Bestimmungen von Art. 47c gewinnen ihre volle Bedeutung erst im Zusammenhang mit den Bestimmungen über die Kostenziele. Umgekehrt schliesst Art. 47c eine offensichtliche Lücke im System der Kostenziele. Es ist unverständlich, wie diese fälschliche Zuordnung zustande kommen konnte. Dem Gesetzgeber, der Art. 47c bereits beriet, als das Massnahmenpaket II noch nicht veröffentlicht war, ist ein entscheidender Zusammenhang vorenthalten worden. Dadurch erleidet der gesetzgeberische Prozess zwangsläufig eine empfindliche Qualitätseinbusse.

Die Kostenziele kann der Bundesrat noch müheloser für diejenigen Kostenblöcke durchsetzen, die er in Eigenregie verwaltet: Kostenziele für Leistungen nach Art. 52 (Analysen, Arzneimittel, Mittel und Gegenstände) und Kostenziele für Leistungen mit gesamt-schweizerisch einheitlichen Tarifen.

Im Ergebnis muss festgestellt werden, dass der Bundesrat einen in dieser Art für die Schweiz einmaligen und tiefgreifenden Systemwechsel vorschlägt. Die Kostenziele von Massnahmenpaket II bedeuten die vollständige Abkehr vom regulierten Wettbewerb und die Einführung einer beim Bund zentralisierten, planwirtschaftlichen und rein kostenbasierte Steuerung des schweizerischen Gesundheitswesens. Die Autonomie der Tarifpartner reduziert sich darauf, die bundesrätlichen Vorgaben in tarifarische Korrekturmassnahmen umzusetzen. Ohnehin fragt sich, welche Bedeutung Tarife unter dem Regime eines Globalbudgets überhaupt noch haben. Mit politischer Steuerung des Globalbudgets können auch untertarifizierte Kostenblöcke gedeihen, während selbst kostendeckend tarifizierte Bereich nach Überschreiten von – ebenfalls politisch festgelegten – Kostenzielen in ihrer Existenz gefährdet sein können. Sollten partnerschaftlich verhandelte Tarife in solchen Massen bedeutungslos werden, werden auch die Tarifpartner selbst zu reinen Statisten degradiert werden. Das gleich gilt für die Kantone, die zunehmend in die Rolle einer ausführenden Instanz geraten.

H+ lehnt den hier vorgeschlagenen Systemwechsel des schweizerischen Gesundheitswesens entschieden ab.

Art. 54d Abs. 1: Liegen die effektiven Kostensteigerungen in einem Jahr über den vom Kanton festgelegten Kostenzielen, so müssen die Tarifverträge von den Tarifpartnern so angepasst werden, dass darin hinreichende Massnahmen zur Senkung der Kosten vorgesehen werden. Die Genehmigung des angepassten Tarifvertrags richtet sich nach Artikel 46 Absatz 4.
Art. 54d Abs. 2: Können sich die Tarifpartner nicht über Massnahmen zur Senkung der Kosten einigen oder vereinbaren sie Massnahmen, die für die Einhaltung der Kostenziele unzureichend sind, so kann die Kantonsregierung folgende Massnahmen verfügen, um die Einhaltung der Kostenziele sicherzustellen:

- a. gesenkte Tarife festlegen;
- b. Tarifsenkungen in Abhängigkeit der Leistungsmenge festlegen;
- c. für ambulant und ausserhalb eines Spitals erbrachte ärztliche Leistungen nach Fachrichtung und Art der Leistungserbringer abgestufte Tarife festlegen.

Kommentar: Wie bereits im Kommentar zu Art. 54d erwähnt, sind die in Art. 54d Abs. 1 und Abs. 2 ausgeführten Bestimmungen über die Tarifpartner im Zusammenhang mit Art. 47c aus dem Massnahmenpaket Ib zu vergleichen. Im folgenden Vergleich wird deutlich, dass sich einige Bestimmungen ergänzen, während andere Bestimmungen praktisch identisch sind.

Der in Art. 47c Abs. 4 erwähnte «Bereich» erweist als gleichbedeutend mit einem Kostenblock gemäss Art. 54a bis 54b Abs. 1 Bst. b:

Art. 47c Abs. 4: Die Massnahmen nach Absatz 1 müssen pro Bereich, der für die jeweilige Art von Leistungserbringer relevant ist, mindestens vorsehen:

- a. Die Überwachung der mengenmässigen Entwicklung der verschiedenen Positionen, die für die Leistungen vorgesehen sind;
- b. Die Überwachung der Entwicklung der abgerechneten Kosten.

Die in Art. 47c Abs. 5 erwähnten Planungs- und Steuerungsentscheide der zuständigen Behörde entsprechen faktisch den vom Bundesrat und Kantonen festgelegten Kostenzielen:

Art. 47c Abs. 5: Sie [die Tarifpartner] müssen Planungs- und Steuerungsentscheide der zuständigen Behörden berücksichtigen.

Die in Art. 47c Abs. 6 verlangten Regeln zur Korrektur von ungerechtfertigten Erhöhungen der Mengen und der Kosten entsprechen den in Art. 54d Abs. 1 und Art. 54d Abs. 2 verlangten Massnahmen zur Korrektur von Kostenzielüberschreitungen.

Art. 47c Abs. 6: Die Verträge nach Absatz 2 müssen Regeln zur Korrektur bei ungerechtfertigten Erhöhungen der Mengen und der Kosten gegenüber einem im Vertrag definierten Zeitraum vorsehen. [...].

Schliesslich verfügt der Bundesrat mit Art. 47c Abs. 8 über die Kompetenz, selbst Massnahmen zur Steuerung der Kosten festzulegen, falls sich die Tarifpartner nicht einigen können.

Art. 47c Abs. 8: Können sich die Leistungserbringer oder deren Verbände und die Versicherer oder deren Verbände nicht einigen, so legt der Bundesrat die Massnahmen zur Steuerung der Kosten fest. [...].

Im Ergebnis dieses Vergleichs kann kein Zweifel daran bestehen, dass Art. 47c einen wesentlichen Bestandteil im Kostenziel-System von Massnahmenpaket II darstellt und nur in diesem Zusammenhang richtig interpretiert werden kann, wobei Art. 47c Abs. 5 den entscheidenden Link zu den erst im Massnahmenpaket II zu beschliessenden Kostenzielen herstellt. Gleichzeitig ist Art. 47c das fehlende Glied in der «Befehlskette» zwischen dem Bundesrat, der die Kostenziele diktiert, und den Tarifpartnern, welche als letztes Glied in dieser Kette die korrigierenden Massnahmen auszuführen haben. Somit verfügt der Bundesrat über die Kompetenz, über alle Kostenblöcke in letzter Instanz zu entscheiden. Das Globalbudget kann in letzter Konsequenz von ihm durchgesetzt werden. Daran ändern «Kann»-Bestimmungen in Variante 1 von Art. 54d Abs. 2 nichts.

Abbildung 1a: Synopsis der Bestimmungen in «5. Abschnitt: Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung VE-KVG» (MPK II); 1. Teil.

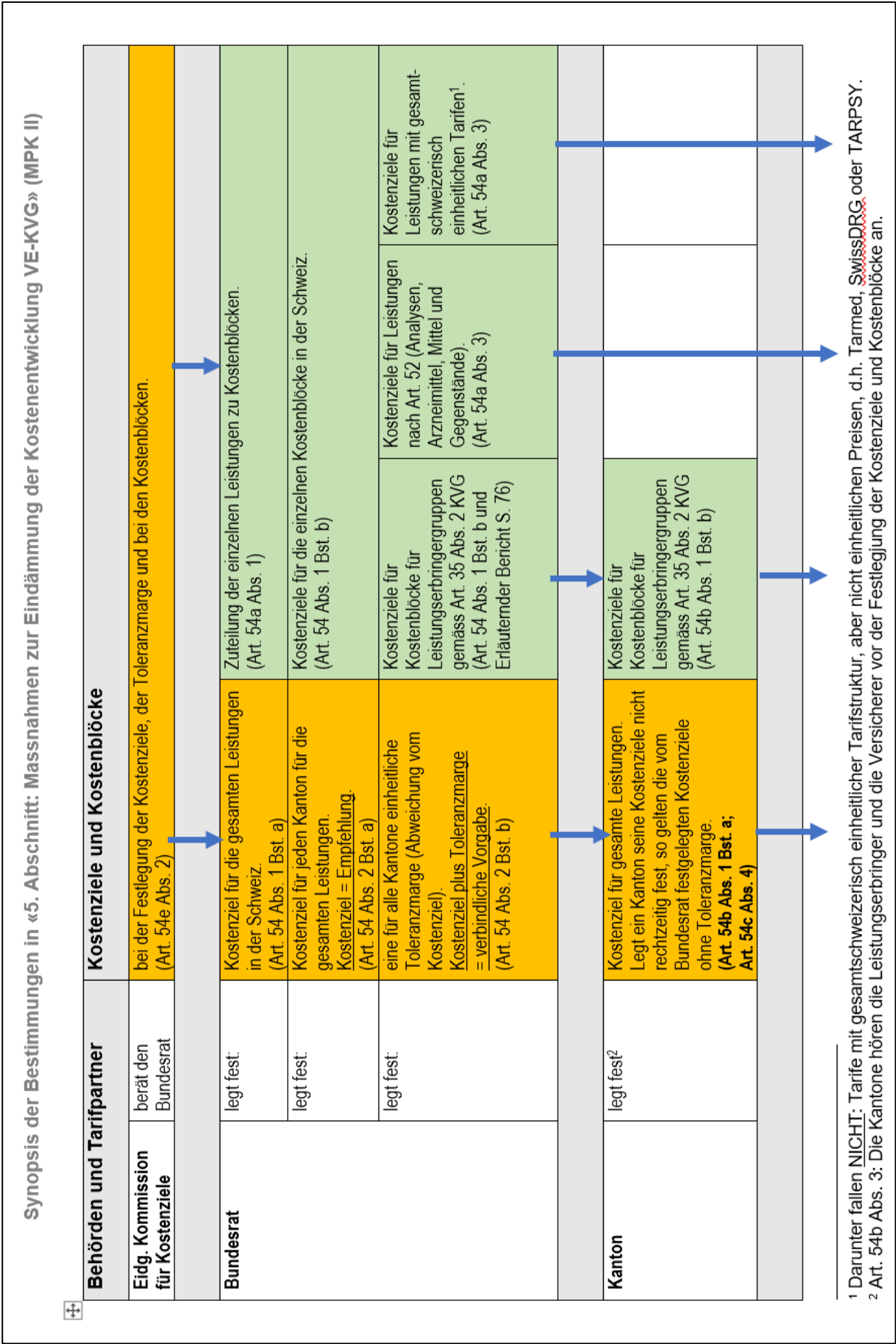


Abbildung 1b: Synopsis der Bestimmungen in «5. Abschnitt: Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung VE-KVG» (MPK II); 2. Teil.

Synopsis der Bestimmungen in «5. Abschnitt: Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung VE-KVG» (MPK II)					
Tarifpartner	vereinbaren: (falls Kostenziele überschritten wurden)		korrigierende Massnahmen. (Art. 54d Abs. 1 Art. 54d Abs. 2)	korrigierende Massnahmen (Art. 54d Abs. 1 Art. 54d Abs. 2)	
	vereinbaren		Mass- nahmen gemäss Art. 47c n KVG		
Kanton	genehmigt		vereinbarte Massnahmen, falls diese als hinreichend beurteilt werden.		
	kann verfügen (Art. 54d Abs. 2); oder: verfügt (Variante 2 zu Art. 54d Abs. 2) (falls vereinbarte Massnahmen als nicht hinreichend beurteilt werden)		Tarifsenkungen; Tarifsenkungen in Abhängigkeit der Leistungsmenge; für ambulant und ausserhalb des Spitals erbrachte ärztliche Leistungen nach Fachrichtung und Art der Leistungserbringer abgestufte Tarife.		
BAG	prüft	Erreichung der Kostenziele			
Eidgenössisches Departement des Innern (EDI)	kann Tarife und Preise senken (Art. 54d Abs. 3) oder: senkt Tarife und Preise			generell; in Abhängigkeit der Leistungsmenge in einem oder mehreren Leistungsbereichen in Abhängigkeit der Leistungsmenge in	

Abbildung 1c: Synopsis der Bestimmungen in «5. Abschnitt: Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung VE-KVG» (MPK II); 3. Teil.

Synopsis der Bestimmungen in «5. Abschnitt: Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung VE-KVG» (MPK II)					
	(Variante 2 zu Art. 54d Abs 3)			einer oder mehreren therapeutischen Gruppen	
	genehmigt				vereinbarte Massnahmen
	kann verfügen (Art. 54d Abs. 4)				Tarifsenkungen
	oder: verfügt (Variante 2 zu Art. 54d Abs 4)				Tarifsenkungen in Abhängigkeit der Leistungsmenge
					für ambulant und ausserhalb des Spitals erbrachte ärztliche Leistungen nach Fach-richtung und Art der Leistungserbringer abgestufte Tarife.
Bundesrat	genehmigt		vereinbarte Massnahmen gemäss Art. 47 c n KVG		

Art. 54d Abs. 3: Liegen die effektiven Kostensteigerungen bei Leistungen nach Artikel 52 in einem Jahr über den vom Bundesrat festgelegten Kostenzielen, so kann das EDI die Tarife und Preise wie folgt senken, um die Einhaltung der Kostenziele sicherzustellen:

a. generell;

b. in Abhängigkeit der Leistungsmenge in einem oder mehreren Leistungsbereichen;

c. in Abhängigkeit der Leistungsmenge in einer oder mehreren therapeutischen Gruppen.

Kommentar: --.

Art. 54d Abs. 4: Liegen die effektiven Kostensteigerungen bei Leistungen, für die vom Bundesrat nach Artikel 46 Absatz 4 genehmigte Tarifverträge abgeschlossen wurden, in denen gesamtschweizerisch einheitliche Tarife vereinbart wurden, in einem Jahr über den vom Bundesrat festgelegten Kostenzielen, so müssen die Tarifpartner die Tarifverträge so anpassen, dass darin hinreichende Massnahmen zur Senkung der Kosten vor-gesehen werden. Die Genehmigung des angepassten Tarifvertrags richtet sich nach Artikel 46 Absatz 4. Können sich die Tarifpartner nicht über Massnahmen zur Senkung der Kosten einigen oder wird die Genehmigung des Tarifvertrags mit der Begründung abgelehnt, dass die Massnahmen zur Einhaltung der Kostenziele unzureichend sind, so kann das EDI Massnahmen im Sinne von Absatz 2 erlassen.

Kommentar: siehe Kommentar zu Art. 54d.

Art. 54d Abs. 5: Die zuständigen Behörden berücksichtigen bei ihren Massnahmen namentlich die Kostenentwicklung und die Ergebnisse der in den Vorjahren getroffenen Massnahmen sowie aussergewöhnliche Ereignisse wie Epidemien.

Kommentar: siehe unten Kommentar zu Variante 2 zu Art. 54d Abs. 5.

Art. 54d Abs. 6: Die Kantone teilen dem BAG mit, welche Massnahmen sie getroffen haben. Das BAG veröffentlicht diese.

Kommentar: Gemäss Erläuterndem Bericht soll das BAG nicht nur die getroffenen Massnahmen veröffentlichen, sondern auch die Zielerreichung prüfen. Eine solchermassen erweiterte Interpretation kann aus dem Wortlaut der Bestimmung nicht abgeleitet werden und ist abzulehnen. Das BAG ist nicht die Aufsichtsbehörde der Kantone. Die Überprüfung der von den Kantonen gesetzten Ziele liegt in deren eigenen Kompetenz. Die Aussage, wonach das BAG die Zielerreichung prüft, ist im Erläuternden Bericht zu streichen.

Variante 2 zu Art. 54d: Muss-Bestimmung statt Kann-Bestimmung:

2 [...], so verfügt die Kantonsregierung folgende Massnahmen, um die Einhaltung der Kostenziele sicherzustellen: [...]

3 [...], so senkt das EDI die Tarife und Preise wie folgt, um die Einhaltung der Kostenziele sicherzustellen:

4 [...] so erlässt das EDI Massnahmen im Sinne von Absatz 2.

Kommentar: Wie dem Kommentar zu Art. 54d Abs. 1 und Abs. 2 zu entnehmen ist, wird sich in der Praxis kein grosser Unterschied ergeben, ob die Kann-Bestimmung in Variante 1 und die Muss-Bestimmung in Variante 2 gewählt wird. In letzter Konsequenz kann sich der Bundesrat gestützt auf die im Massnahmenpaket 1b vorgesehenen Kompetenzen nach Art. 47c immer durchsetzen. **H+ lehnt die Muss-Bestimmung ab.**

Variante 2 zu Art. 54d Abs. 5: Die zuständigen Behörden berücksichtigen bei ihren Massnahmen namentlich die Kostenentwicklung und die Ergebnisse der in den Vorjahren getroffenen Massnahmen sowie aussergewöhnliche Ereignisse wie Epidemien. Im Falle von aussergewöhnlichen Ereignissen wie Epidemien können sie auf Massnahmen verzichten.

Kommentar: Gemäss Erläuterndem Bericht sollen sich die Leistungserbringer darauf verlassen können, dass ihnen kein Kostendach droht. Ansonsten bestünde die Gefahr, dass es zu Rationierungserscheinungen käme²³. Die Covid-19-Krise hat den Spitälern und Kliniken schmerzhaft vor Augen geführt, dass die Vergütung von Vorhalteleistungen, die der Bund und die Kantone mit der Bereitstellung bzw. Erweiterung von Behandlungskapazitäten angeordnet haben, gesetzlich nicht geregelt ist und bis zum heutigen Tag ausgeblieben ist. Ebenfalls ausstehend sind Tarifierung und Vergütung von behandlungsbezogenen Mehrleistungen wie Schutz- und Sicherheitsmassnahmen für Covid-19- und Nicht-Covid-19-Patienten. In einer solchen Situation nützt es den Leistungserbringern nichts, dass Bund und Kantone auf kostensenkende Massnahmen verzichten. Ein virtuelles Kostendach entsteht dann trotzdem aufgrund ungedeckter finanzieller Schäden. Aufgrund der Lehren, die aus der Covid-19-Krise zu ziehen sind, ist Art. 54d Abs. 5 wie folgt zu ändern:

«Im Falle von aussergewöhnlichen Ereignissen wie Epidemien werden keine kostendämpfenden Massnahmen beschlossen und das Globalbudget um die zu erwartenden Zusatzkosten erhöht, sodass ungeplante aber für die Versorgungssicherheit der Bevölkerung essentielle Leistungen vergütet und damit sichergestellt werden können».

Art. 54e Eidgenössische Kommission für Kostenziele

Kommentar: Wie aus verschiedenen Passagen im Erläuternden Bericht entnommen werden kann, verfolgt der Bundesrat mit dem Indirekten Gegenvorschlag medizinisch begründete, ökonomische und politische Zielsetzungen. Medizinisch begründete und ökonomische Zielsetzungen lassen sich auf der Grundlage von Daten und Fakten erarbeiten. Sollte sich die Kommission mit diesen Zielsetzungen befassen, empfiehlt es sich, die Kommissionsmitglieder aufgrund wissenschaftlicher und fachlicher Qualifikationen zu wählen. In diesem Fall sollten die Arbeiten der Kommission in grösstmöglicher Unabhängigkeit, insbesondere Unabhängigkeit von politischen Einflüssen, erfolgen können. Anders ist von wissenschaftlich und methodisch geschulten Experten kein brauchbarer Output zu erwarten. Sollte sich aber die Kommission vor allem mit politischen oder politisch motivierten Zielsetzungen befassen, müsste die Kommission mit Interessenvertretern bestückt werden. Von einer Durchmischung der Kommission mit Wissenschaftlern oder Fachleuten und Interessenvertretern ist dringend abzuraten. In den Anfängen des GDK-Projektes über Hochspezialisierte Medizin (HSM) existierte eine Kommission mit einer solchen Durchmischung, die CICOMS. Die Folge dieser Durchmischung war, dass die fachlichen Diskussionen dieser Kommission durch politische Auseinandersetzungen praktisch verunmöglicht wurden. Der Verteilungskampf hatte bereits eingesetzt! Die Aufteilung der CICOMS in ein HSM-Fachorgan und ein politisches HSM-Fachorgan führte zu einer Versachlichung der Entscheidungsprozesse. Diese Lehre gilt es bei der Besetzung der Eidg. Kommission für Kostenziele zu berücksichtigen. Dieses Gremium würde sonst zum Schauplatz erbitterter Auseinandersetzungen werden, zumal die Empfehlungen dieser Kommission einen enormen Einfluss auf die Geldflüsse haben werden.

Art. 54e Abs. 1: Der Bundesrat setzt eine eidgenössische Kommission für Kostenziele ein.

Kommentar: --

Art. 54e Abs. 2: Die Kommission berät den Bundesrat bei der Festlegung der Kostenziele, der Toleranzmarge und der Kostenblöcke.

²³ Erl. Bericht, Seite 23.

Kommentar: Eine genauere Definition der Aufgaben dieser Kommission ist empfehlenswert. H+ empfiehlt eine Beschränkung der Aufgaben auf die Erarbeitung der Kriterien gemäss Art. 54 Abs. 3. Eine solche Tätigkeit soll daten- und faktenbasiert durchgeführt und transparent gemacht werden. Nicht nachvollziehbare Kriterien würden zu massiven Kritiken und Infragestellungen führen.

3 Der Bundesrat ernennt die Mitglieder der Kommission. Er sorgt für eine angemessene Vertretung der Kantone, der Leistungserbringer, der Versicherer, der Versicherten sowie von Fachleuten.

Kommentar: siehe Kommentar oben zu Art.

Art. 55 Aufgehoben

Kommentar: Artikel 55 KVG enthielt bisher die Möglichkeit für die jeweils zuständige Behörde, die Tarife und Preise nicht zu erhöhen, falls die Kosten pro versicherte Person und Jahr in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung doppelt so stark wie die allgemeine Lohn- und Preisentwicklung steigen. Es ist nur konsequent, dass der Bundesrat dieses mögliche Schlupfloch für die Kantone stopft. Damit verhindert er, dass die Kantone von den Bestimmungen zur Zielvorgabe (Art. 54 bis 54e) abweichen. Wenn es noch eines Beweises bedurfte hätte, dass der Bundesrat ein rigides zentralistisches Projekt verfolgt, so wäre dieser Beweis hiermit geliefert.

Artikel 51 und Artikel 54 stammen aus einer vergangenen Zeit und passen nicht in das hier vom Bundesrat vorgeschlagene Kostenziel-System. Sie sind konsequenterweise ebenfalls aufzuheben.

III Übergangsbestimmungen zur Änderung vom ...

Variante 2 zu Art. 54d: Muss-Bestimmung statt Kann-Bestimmung:

6 Die zuständige Behörde ist verpflichtet, spätestens für das achte Jahr nach Inkrafttreten der Änderung vom ... bei Überschreitung der Kostenziele Massnahmen nach Artikel 54d zu treffen.

Kommentar: --

5. Erstberatungsstelle

5.1. Zusammenfassung

H+ lehnt den Vorschlag einer Erstberatungsstelle ab.

H+ kann keinen einzigen Vorteil darin erkennen, obligatorische Erstberatungsstellen einzurichten. Es sind weder Kosteneinsparungen noch Verbesserungen der medizinischen Versorgung zu erwarten. Vielmehr würden durch diese neue Hürde in der Behandlungskette Ineffizienzen und Leerläufe entstehen.

5.2. Allgemeiner Teil

5.2.1. Zielsetzungen des Bundesrates

Der Bundesrat will mit der Schaffung einer für all Versicherten verbindlichen ersten Anlaufstelle im Gesundheitswesen die Qualität der Versorgung verbessern und unnötige Leistungen vermeiden. Dieser Vorschlag entspricht der Massnahme M27 «Verpflichtung zu Gatekeeping» des Berichts der Expertengruppe zur Kostendämpfung. Die erste Anlaufstelle soll als «Erstberatungsstelle» bezeichnet werden. Sie soll prüfen, ob die versicherte Person eine Untersuchung oder Behandlung benötigt.

2019 verfügten 73,4% der Versicherten über ein Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringer; siehe unten. Nach dem Willen des Bundesrates sollen die verbleibenden Versicherten, die bisher keinem solchem Modell beigetreten sind, ebenfalls eine Stelle bestimmen, über die der erste Kontakt bei einem gesundheitlichen Problem erfolgen soll.

Zur Frage, wie der Abklärungs- oder Behandlungsweg nach der «Prüfung» durch die Erstbehandlungsstelle aussehen soll, äussert sich der Erläuternde Bericht widersprüchlich. Einerseits sollen die Versicherten ihre Leistungserbringer grundsätzlich weiterhin frei wählen können²⁴. Andererseits würden die Versicherer grundsätzlich nur noch Leistungen vergüten, welche die Erstbehandlungsstelle erbracht hat oder für welche eine Überweisung von ihr vorliegt²⁵. Beide Aussagen können nicht gleichzeitig gelten. Es liegt auf jeden Fall keine freie Wahl vor, wenn diese in einem Fall vergütet und in einem anderen nicht vergütet wird. Der Bundesrat kann Ausnahme vom verbindlichen Aufsuchen der Erstberatungsstelle vorsehen, z.B. für Notfälle und für den Zugang zu Fachärzten wie Augenärzten und Frauenärzten.

Als Erstbehandlungsstelle kommen in Frage:

- Ärztin oder Arzt mit Weiterbildungstitel in Allgemeiner Innerer Medizin;
- Ärztin oder Arzt in Kinder- und Jugendmedizin;
- Praktische Ärztin, praktischer Arzt;
- Spezialärzte, die in der Grundversorgung tätig sind;
- Einrichtung, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen und Ärzte dienen (Art. 36a KVG handeln);
- Netzwerk zur koordinierten Versorgung (Art. 35 Abs. 2 Bst. o VE-KVG).

Mit Beschränkung der Erstanlaufstelle auf Ärztinnen und Ärzte, welche eine dieser Voraussetzungen erfüllen, will der Bundesrat die Grundversorgung stärken.

²⁴ Erl. Bericht, Seite 24, zweiter Absatz.

²⁵ Erl. Bericht, Seite 23, dritter Absatz.

Gemäss Erläuterndem Bericht würden die Einsparungen in Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer durchschnittlich 14 Prozent im Vergleich zur Versicherung ohne diese Einschränkung. Eine Quellenangabe oder eine Herleitung, welche dies behauptung belegen würde, sucht man sowohl im Erläuternden Bericht wie im Expertenbericht vergebens. Möglicherweise bezieht sich diese Zahl auf eine Publikation von Reich et al. aus dem Jahr 2012. In dieser Studie wurden risikobereinigte Einsparungen von 21.2% bei HMO-Modellen, von 15.5% bei Hausarztmodellen und von 3.7% bei Telemedizin-Modellen festgestellt²⁶.

Kommentar:

Es erstaunt und befremdet zugleich, dass der Bundesrat einen neuen Anlauf nimmt, das Gatekeeping zu fördern, nachdem dieses in der Abstimmung über die Managed Care-Vorlage vom Schweizer Stimmvolk am 17. Juni 2012 mit 76,0% Nein-Stimmen wuchtig verworfen wurde. Mit diesem Vorgehen missachtet der Bundesrat den deutlich zum Ausdruck gebrachten Volkswillen in einer für schweizerische Verhältnisse untypischen Weise. H+ kann sich des Eindrucks nicht erwehren, dass mit dem Vorschlag einer Erstberatungsstelle die Managed-Care Vorlage und damit die massive Einschränkung der freien Arztwahl unter einem anderen Deckmantel wieder eingeführt werden soll.

Die Gegner der Managed Care-Vorlage setzten sich nicht nur für die freie Arztwahl ein, sondern auch für eine freie Wahl von Versicherungsmodellen, wozu auch Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers zählen (Art. 62 KVG). Es sei nicht Aufgabe des Staates, ein Standardmodell vorzuschreiben, war damals eines der wichtigsten Argumente der Gegner der Managed Care-Vorlage. Sie setzen sich dafür ein, dass es dem Wettbewerb überlassen werden solle, welche Versicherungsmodelle sich durchsetzen würden. Mit der Ablehnung der Managed Care-Vorlage konnte dieser Wettbewerb weiter ungehindert spielen und führte dazu, dass der Anteil der Versicherten mit einem Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers²⁷ im Zeitraum vom 1996 bis 2019 von 1,7% auf 73,4% anstieg; vgl. Tabelle 1. Die Entwicklung in Tabelle 1 lässt die Vermutung zu, dass die von 2012 bis 2019 erfolgte, nahezu lineare Zunahme dieses Versichertenanteils in den nächsten Jahren in gleichem Masse weitergehen wird.

Angesichts dieser Entwicklung ist es unverständlich, warum der Bundesrat das Gatekeeping obligatorisch erklären will. Selbst im Expertenbericht wird empfohlen, dass die Förderung des Gatekeepings wenn möglich mittels positiven Anreizen erfolgen soll. Zurecht wird angemerkt, dass ein genereller Zwang angesichts der Ablehnung der Managed-Care-Vorlage in der Abstimmung vom 17. Juni 2012 nicht zielführend sein könnte²⁸. Allerdings ist auch der Expertenbericht nicht widerspruchsfrei, denn etwas weiter wird, wohlbemerkt ohne jede Begründung, empfohlen, die Verbreitung von Gatekeeping zu erhöhen und «auch Ansätze mit verpflichtendem Charakter zu verfolgen». Der Mangel an Kohärenz sowohl im Gesetzesentwurf wie im Expertenbericht ist unübersehbar und lässt auf eine unsorgfältige Bearbeitung der Vorlage schliessen. Für eine Gesetzesvorlage dieser Tragweite ist das enttäuschend.

Der Bundesrat geht davon aus, dass mit der Erstberatungsstelle 14% der Kosten eingespart werden. Wie bereits erwähnt, wird diese Angabe weder hergeleitet noch referenziert. Falls sich der Bundesrat auf die Studie von Reich et al. (2012) bezieht, so kann ein vergleichbarer Einspareffekt keinesfalls auf das blosse Vorhandensein einer eingeschränkten

²⁶ Reich O, Rapold R, Flatscher-Thöni M. An empirical investigation of the efficiency effects of integrated care models in Switzerland. Int J Integr Care. 2012. doi: [10.5334/ijic.685](https://doi.org/10.5334/ijic.685)

²⁷ Hausarzt-, HMO oder Telefonmodell.

²⁸ Expertenbericht, Seite 76.

Wahl des Leistungserbringer zurückgeführt und auf die vorgeschlagene Erstbehandlungsstelle übertragen werden. Bei den HMO-Modellen, die in der Studie von Reich et al. den bedeutendsten Einspareffekt aufwiesen (21.2%), tragen weitere Faktoren wie Budgetmitverantwortung, qualitätssichernden Aktivitäten (Qualitätszirkel) und Risikoselektion wesentlich zur den Kosteneinsparungen bei. Von den Erstberatungsstellen werden aber weder Budgetmitverantwortung noch spezielle qualitätssichernde Aktivitäten verlangt. Auch wird keine Risikoselektion möglich sein, da die Erstberatungsstellen für alle Versicherten obligatorisch sein werden²⁹. Deshalb ist es höchst unwahrscheinlich, dass Erstberatungsstellen zu Kosteneinsparungen in der Grössenordnung von 14% führen würden. Es ist sogar anzunehmen, dass mit der Schaffung einer zusätzlichen obligatorischen Hürde die Behandlungskette ineffizienter und damit insgesamt teurer würde.

Die Administrationskosten für alle beteiligten Leistungserbringer werden sich vermutlich massiv erhöhen. Beispielsweise werden strittige Notfallbehandlungen zahllose und kostspielige Abklärungen mit entsprechenden Kostenfolgen verursachen. Zudem setzt der vorgesehene Mechanismus, dass die vorgesehene Pauschale (pro versicherte Person) an die Beratungsstelle bezahlt wird, auch wenn der Patient keine Leistungen bezogen hat, falsche Anreize. Beispiel: Die Erstberatungsstelle setzt die Hürden für die Erreichbarkeit absichtlich so hoch, dass der Patienten die Erstberatungsstelle gar nicht erst aufsucht oder zu spät aufsucht. Das wiederum führt zu höherem Patientenaufkommen in Notfallstationen und/oder bei Endversorger, welche einen 24/7-Betrieb gewährleisten. Die Erstberatungsstelle konkurriert die heutigen Versicherungsmodelle der Krankenversicherer. Und zwar nicht nur diejenigen Produkte in der Grundversicherung, sondern auch diejenigen im VVG. Sollten entgegen der ablehnenden Haltung von H+ gegenüber Erstberatungsstellen trotzdem solche eingeführt werden, sollen auch ambulante universitäre Zentren (z.B. Polikliniken) als Erstberatungsstelle anerkannt werden. Diese tragen massgeblich zu Aus- und Weiterbildung von Ärzten bei.

Die Einführung von Erstberatungsstellen würde theoretisch Sinn machen, wenn die Anzahl der Arztkonsultationen in der Schweiz überproportional hoch wäre oder in den letzten Jahren stark zugenommen hätte. Doch dies ist gerade nicht der Fall. Herr und Frau Schweizer gingen im Jahr 2000 durchschnittlich 3.4 Mal und im Jahr 2017 durchschnittlich 4.3 Mal pro Jahr zum Arzt³⁰. Im internationalen OECD-Vergleich ist die jährliche Anzahl der Arztkonsultation in der Schweiz besonders tief (Abb. 1). Im Vergleich zu europäischen Ländern belegt die Schweiz sogar den drittletzten Platz (Abb. 2). Nur gerade Portugal und Schweden weisen mit 4.1 bzw. 2.8 Konsultationen pro Jahr noch tiefere Werte auf. Damit lässt sich feststellen, dass die Schweiz das Phänomen des «doctor shopping» nicht kennt. Die Anzahl

²⁹ Risikoselektion ist zwar unerwünscht, trägt aber je nach HMO zu einem grossen Teil an den Kosteneinsparungen bei. Die Erstberatungsstellen würden im Sinne eines Feldexperiments dazu dienen, das bisherige Ausmass der Risikoselektion bei HMO's genauer zu bestimmen. H+ ist aber klar der Meinung, dass es sich nicht lohnt, einzig für diesen Erkenntnisgewinn den Wettbewerb unter den Versicherungsmodellen zu unterbinden.

³⁰ Source of data: Federal Statistical Office, Neuchâtel, Swiss Health Survey, 2002, 2007, 2012 and 2017. Coverage: - This survey only covers people aged 15 years and older in private households, excluding collective households (retirement homes, institutions for the disabled, etc). - Data cover generalists and specialists.

der Arztkonsultation zu steuern oder einzuschränken kann beim besten Willen nicht als gesundheitspolitische Priorität deklariert werden. Auch in dieser Hinsicht macht die Einführung von Erstberatungsstellen keinen Sinn.

Im Ergebnis ist es nicht nachvollziehbar, wie das Konzept von Erstberatungsstellen den Weg in ein Paket mit kostendämpfenden Massnahmen finden konnte. Eine kostendämpfende Wirkung ist mangels plausibler Gründe von Erstberatungsstellen nicht zu erwarten.

Es ist weiter nicht ersichtlich, wie Erstberatungsstellen die Qualität der Versorgung verbessern und unnötige Leistungen verhindern sollen. Dazu müssten die Leistungserbringer, die als Erstberatungsstellen in Frage kommen, über Qualifikationen, Kenntnisse oder Skills verfügen, die bisher von den Grundversorgern nicht verlangt wurden. Entsprechende Voraussetzungen werden jedoch in der Gesetzesvorlage nicht verlangt. Es ist auch vollkommen unklar, ob Patienten, die bisher keinem Modell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers angeschlossen waren und sich neu an eine bewilligte Erstberatungsstelle wenden müssten, eine bessere Versorgung erhalten würden. Vielmehr ist davon auszugehen, dass diese Patienten aus nachvollziehbaren Gründen keinem HMO- oder Hausarzt-Modell beigetreten sind. Beispiels bevorzugt viele chronisch kranke Patienten, den für ihr chronisches Leiden spezialisierten Arzt als erste Anlaufstelle zu benutzen. Dieser Arzt lernt den chronisch kranken Patienten über eine lange Zeitperiode hinweg kennen und spielt in diesem Sinn die Rolle eines Hausarztes. Wenn nun dieser Spezialarzt als Erstberatungsstelle bewilligt wird, wird sich für den Patienten – glücklicherweise – nichts ändern. Wenn er aber gezwungen wird, einen anderen Arzt aufzusuchen, wird in der Regel kein Vorteil daraus entstehen, sondern eher eine Verschlechterung der Versorgung.

Der Zwang zur Erstberatungsstelle entmündigt die Patientinnen und Patienten und schafft einen weiteren Hebel zur Unterbindung des Qualitätswettbewerbs zwischen den medizinischen Leistungserbringern. Der Bundesrat wird mit der Festlegung sowohl des Umfangs der Leistungen der Erstberatungsstelle (Art. 40c Abs. 4) als auch der Preisfixierung (Jahrespauschale nach Art. 40c Abs. 3) einen zentralen Teil der ambulanten Gesundheitsversorgung neu direkt steuern und damit der tariflichen Kompetenz von Versicherern und Leistungserbringern entziehen. Die bundesrätliche Jahrespauschale führt zu einer de facto-Lohnempfängersituation der ärztlichen Praxen, notabene ohne jeden Arbeitnehmerschutz.

Der Bundesrat schafft mit diesem unausgegorenen Vorschlag zudem einen neuen problematischen Anreiz der Risikoselektion: Erstberatungsstellen erhalten einen starken Anreiz, gute Risiken (also Versicherte mit einem tiefen Risiko, die Erstberatungsstelle in Anspruch zu nehmen) zu rekrutieren, um so möglichst viele Jahrespauschalen in Rechnung stellen zu können, ohne die Leistung erbringen zu müssen. Umgekehrt werden sogenannte schlechte Risiken (also Versicherte mit Multimorbiditäten oder ältere Versicherte) kaum mehr einen Leistungserbringer finden, der sie unter Vertrag nimmt. Diese Versicherten werden gemäss Art. 40a Abs. 7 vom Versicherer einem Leistungserbringer zwangszuteilt. Über kurz oder lang wird dieser Mechanismus zu weiterem Regulierungsbedarf führen, um die Risikoselektion zu unterbinden und die Versicherten gleichmässig zuzuteilen, was auf ein staatliches Diktat der Bestimmung der Erstberatungsstelle hinausläuft. Dies ist das Ende jeder freien Wahl der Versicherten.

Im Ergebnis kann H+ keinen einzigen Vorteil darin erkennen, obligatorische Erstberatungsstellen einzurichten. Es sind weder Kosteneinsparungen noch Verbesserungen der medizinischen Versorgung zu erwarten. Vielmehr würden durch diese neue Hürde in der Behandlungskette Ineffizienzen und Leerläufe entstehen.

Aus diesen Gründen lehnt H+ die Erstberatungsstellen ab. Dieser Vorschlag ist aus dem Massnahmenpaket 2 ersatzlos zu streichen.

Abbildung 1. Anzahl der Arztkonsultationen pro Person im Jahr 2017. Quelle: OECD Health Statistics 2019³¹.



³¹ https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC; abgerufen am 22.11.2020.

Abbildung 2. Anzahl Arztkonsultationen pro Jahr in europäischen Ländern. Quelle: OECD Health Statistics 2019³².

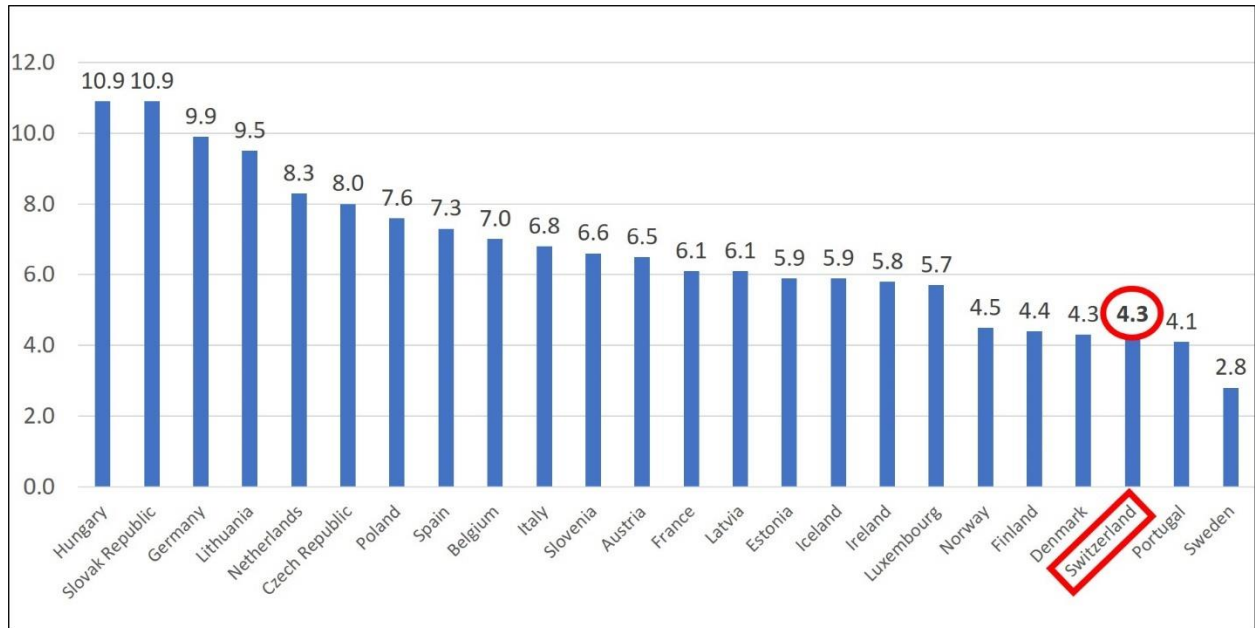
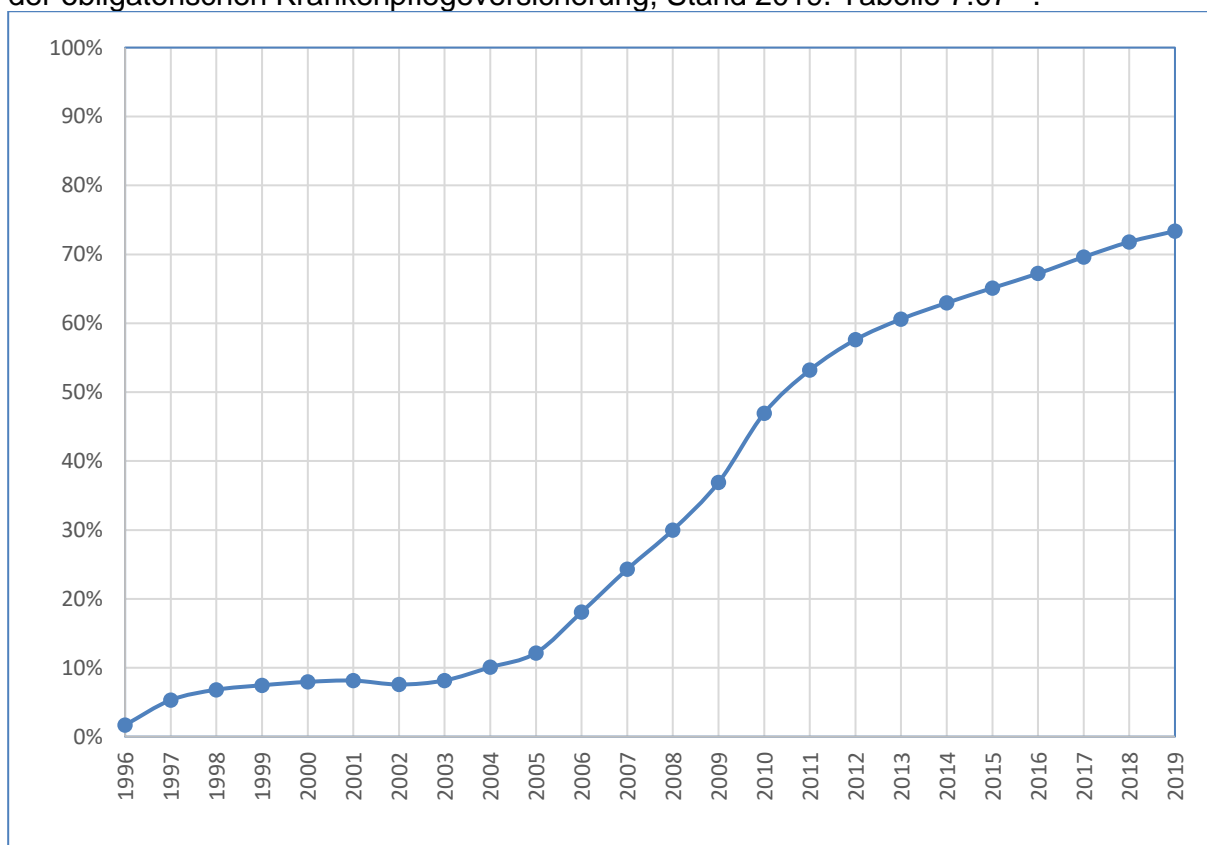


Tabelle 1. Anteil der Versicherten, die sich von 1996 bis 2019 einem Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers angeschlossen haben. Quelle: Statistik der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, Stand 2019. Tabelle 7.07³³.



³² https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC; abgerufen am 22.11.2020.

³³ https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-aufsicht/stat/publications-aos/stat_kv_19_xls.zip.download.zip/stat_kv_19_xls.zip

5.2.2. Regulierungsfolgenabschätzung (RFA)

Eine RFA zur Erstberatungsstelle fehlt. Diese wäre hier aber besonders wichtig, weil mit dem Obligatorium für alle Versicherten, in der Regel eine Erstberatungsstelle aufsuchen zu müssen, der Wettbewerb zwischen den verschiedenen Versicherungsmodellen weitgehend zum Erliegen käme. Es stellt sich sogar die Frage, welche Rolle Versicherungsmodelle unter dem Regime von Erstberatungsstellen überhaupt noch spielen würden. Der Wettbewerb unter den verschiedenen Versorgungs- bzw. Versicherungsmodellen würde auf jeden Fall stark verzerrt werden.

Selbst die Managed Care-Vorlage von 2012, die deutlich weniger einschränkend gewesen wäre als die heute vorgeschlagene Erstberatungsstelle, wurde von der Wettbewerbskommission (WEKO) scharf kritisiert. In Antwort auf ein Schreiben der FMCH nahm die WEKO zur Managed Care-Vorlage wie folgt Stellung³⁴: «Zusätzlich zu einer Prämienreduktion werden die Versicherten, die ein Versicherungsprodukt mit integriertem Versorgungsnetz wählen, einen reduzierten Selbstbehalt bezahlen müssen. Diese Massnahme mit dem differenzierten Selbstbehalt verzerrt den Wettbewerb zwischen den nicht integrierten und den integrierten Leistungserbringern zugunsten der Letzteren.» Und weiter: «Die Wettbewerbsbehörden wurden grundsätzlich von einem Angebotszwang von Managed Care-Versicherungsprodukten absehen (eine isolierte Betrachtung des differenzierten Selbsthalts macht im Übrigen aus wettbewerbspolitischer und -ökonomischer Sicht wenig Sinn). Stattdessen plädieren sie für eine Aufhebung des Kontrahierungszwanges, der auch Managed-Care-Modellen Vorschub leisten wurde (konsequente und richtige Regulierung anstelle von Regulierungsspiralen)». Die WEKO kam zu folgendem Schluss: «Die vom Nationalrat vorgeschlagene Anpassung des KVG für die Einführung von integrierten Versorgungsnetzen ist ein Paradebeispiel für eine Regulierungsspirale, die falsche Anreize setzt und deshalb nicht zu einer Förderung des Wettbewerbs führt»³⁵.

Wenn die Managed Care-Vorlage wegen wettbewerbsverzerrender Elemente von der WEKO kritisiert werden musste, so muss die Kritik gegenüber dem Konzept von Erstberatungsstellen um einiges schärfer ausfallen. Bei dieser Vorlage wird der Wettbewerb nicht nur verzerrt, sondern geradezu ausgehöhlt.

Alleine schon aus diesem Grund hätte eine RFA durchgeführt werden müssen.

5.2.3. Erfahrungen mit Gatekeeping in anderen Ländern

Wie dem Erläuternden Bericht zu entnehmen ist, beruht das Gatekeeping-System in Deutschland auf Freiwilligkeit, sowohl aufseiten der Leistungserbringer wie aufseiten der Versicherten. Hingegen müssen gesetzliche Krankenkassen solche Modelle anbieten. Hausärzte, die mitmachen wollen, müssen besonders qualifiziert sein. Das heisst, sie müssen an Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie teilnehmen. Zudem müssen sie nach evidenzbasierten und praxiserprobten Leitlinien arbeiten, die für die hausärztliche Versorgung entwickelt wurden³⁶.

In Frankreich ist das Gatekeeping-System freiwillig. Die Patienten benötigen eine Überweisung, um von einer Fachärztin behandelt zu werden. Sie können diese jedoch frei wählen. Den Patienten, die keine «behandelnde Ärztin bezeichnen, wird nur 30 statt 70 Prozent

³⁴ Schreiben der WEKO an die FMCH: 521-0060: Managed Care. Antwort auf Ihr Schreiben vom 18. August 2010. 24. September 2010. Dokument beim Autor erhältlich.

³⁵ Siehe auch Kommentar in der NZZ am Sonntag: Wettbewerbshüter kritisieren Burkhalter. 25.12.2011, Seite 13.

³⁶ Erl. Bericht, Seite 53. Siehe auch Hausarztzentrierte Versorgung (HzV): https://de.wikipedia.org/wiki/Hausarztzentrierte_Versorgung.

rückerstattet. Das System geht also deutlich weniger weit als die vorgeschlagene Erstberatungsstelle.

5.3. Spezieller Teil

Art. 40a Erstberatungsstelle

Art. 40a Abs. 1: Jede versicherte Person muss einen Leistungserbringer wählen, der die Funktion einer Erstberatungsstelle ausübt.

Kommentar: H+ lehnt ein solches Obligatorium strikt ab; vgl. Allgemeiner Teil.

Der Erläuternde Bericht geht noch einen Schritt weiter und verlangt, dass sich jede versicherte Person zuerst an die Erstberatungsstelle wendet, wenn gesundheitliche Probleme bei ihr auftreten. Die Spannweite von «gesundheitlichen Problemen» ist beliebig gross und umfasst von der Bagatelle über psychische Verstimmungen bis zum Speiseröhrenkrebs schlichtweg alle möglichen körperlichen und psychischen Erkrankungen und Verletzungen. Eine derart undifferenzierte Aussage macht keinen Sinn und ist zu streichen.

Jede in der Schweiz aufgewachsene oder länger lebende Person weiss, an welchen Leistungserbringer sie sich für eine medizinische, pharmazeutische, psychologische oder pflegerische Beratung und, wenn nötig, Behandlung wenden kann. Den Erstkontakt ohne Differenzierung «bei gesundheitlichen Problemen» auf die Erstberatungsstelle beschränken zu wollen, bevormundet den Patienten und negiert seine Gesundheitskompetenz (Health Literacy), als ob es diesen Begriff gar nicht gäbe und die Organisationen, die sich deren Förderung verschrieben haben, ebenfalls nicht existierten.

H+ lehnt eine derart bevormundende Definition von Erstberatungsstellen ab und schlägt als zeitgemässe Alternative die Förderung der Gesundheitskompetenz der in der Schweiz lebenden Menschen zu verstärken. Davon ist ein weitaus nachhaltigerer Effekt zu erwarten als von Erstberatungsstellen.

Art. 40a Abs. 2 Die Erstberatungsstelle nimmt folgende Aufgaben wahr:

- a. Beratung der versicherten Person in gesundheitlichen Fragen;
- b. Beurteilung, ob eine Untersuchung oder Behandlung notwendig ist;
- c. Beurteilung, ob die versicherte Person an einen anderen Leistungserbringer überwiesen werden muss.

Kommentar:

Die Aufgaben, wie sie in Bst. a, b und c beschrieben werden, sind typische ärztliche Kompetenz, die keiner besonderen Nennung bedürfen, solange Erstberatungsstellen von Ärzten oder Spitälern betrieben werden. Da nichts andere vorgesehen ist, kann dieser Abschnitt problemlos gestrichen werden. Damit wird aber gleichzeitig deutlich, wie überflüssig die Institution «Erstberatungsstelle» ist. Damit wird nichts anderes gemacht, als die üblichen Aufgaben von Ärzten und Spitälern künstlich in eine Erstberatung und in die weiteren Abklärungs- und Behandlungsschritte aufzuteilen. Das schafft mehr Bürokratie, aber keine Effizienzverbesserung.

Art. 40a Abs. 3: Die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben können:

- a. Ärzte und Ärztinnen mit folgenden Weiterbildungstiteln:
 - 1. Allgemeine Innere Medizin;
 - 2. Kinder- und Jugendmedizin;
 - 3. praktische Ärztin oder praktischer Arzt.

- b. Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, wenn die Ärzte und Ärztinnen, die dort tätig sind, die Voraussetzung nach Buchstabe a erfüllen;
- c. Netzwerke zur koordinierten Versorgung.

Kommentar:

Mit einem Gatekeeping via Entscheider ohne klinische Erfahrung in Psychiatrie und Psychotherapie, sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen, in den Erstberatungsstellen werden die systemrelevanten sozial-, notfall- und konsiliarpsychiatrischen Leistungen der institutionellen Ambulatorien verunmöglicht bzw. ausgehebelt. Folge wäre die Verschlechterung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung der Schweizer Bevölkerung. Für Erstberatungsstellen werden aus Kostengründen mit Pauschalen Anreize geschaffen, institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien zu vermeiden zugunsten von nicht dafür qualifizierten ärztlichen und nicht ärztlichen Berufsgruppen. Dies würde unweigerlich zu Sortierungseffekten von Patienten/innen mit leichten bzw. mit komplexen psychischen Störungen führen. Erstberatungsstellen weisen nicht die fachliche psychiatrische Kompetenz auf, welche für Triage bzw. Gatekeeping-Aufgaben notwendig sind. Sie würden auch die Hürde, direkt bei den psychiatrie-spezialisierten Institutionen therapeutische Hilfe zu suchen, für psychisch kranke Patienten zusätzlich erhöhen, und die aktuelle Dunkelziffer weiter vergrössern. Sollten dennoch Erstberatungsstellen eingeführt werden, schlägt H+ in Übereinstimmung mit Swiss Mental Health Care (SMHC) für den Bereich Psychiatrie und Psychotherapie vor, institutionelle Ambulatorien mit Notfall- und Triagefunktion als Erstberatungsstellen im Sinne von Art. 40a lit. 3c als «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» mit Erstberatungsfunktion für Psychiatrie und Psychotherapie zu definieren und zu beauftragen. Falls Erstberatungsstellen für die Zuweisung in fachärztliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung eingesetzt werden sollten, dann wäre diese Funktion auch auf die Zuweisung in die Behandlung durch psychologische Psychotherapeuten auszuweiten. Auch hier sollten aus unserer Sicht institutionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Ambulatorien als Erstberatungsstellen im Sinne von Art. 40a lit. 3c (Netzwerke zur koordinierten Versorgung) mit Erstberatungsfunktion für Psychiatrie und Psychotherapie beauftragt werden.

Art. 40a Abs. 3 ist mit Bst. d wie folgt zu ergänzen:

Bst d: Ambulatorien von Spitälern und Kliniken sowie Polikliniken.

Begründung: Ambulatorien und Polikliniken tragen seit jeher einen erheblichen Anteil an der Grundversorgung der Bevölkerung bei und können nachgerade als klassische Anlaufstellen für Erstberatungen und Erstversorgungen bezeichnet werden. Polikliniken leisten auch einen massgeblichen Anteil an der Weiterbildung von zukünftigen Hausärzten. Aufgrund der Supervision durch erfahrene Ärzte ist die Qualität der medizinischen Versorgung erstklassig. Aus diesen Gründen wäre es geradezu absurd, Spitalambulatorien und Polikliniken von der Möglichkeit auszuschliessen, als Erstberatungsstellen zu wirken. Diese Ergänzung ist unbedingt anzubringen, falls Erstberatungsstellen eingeführt werden sollten.

Art. 40a Abs. 3 Bst. a ist wie folgt zu ergänzen:

4.Ärztin oder Arzt mit eidgenössisch anerkanntem Weiterbildungstitel, wenn er oder sie nachweislich in der Grundversorgung tätig ist.

Begründung: Die im Erläuternden Bericht aufgeführte Einschränkung auf Doppeltitelträger ist nicht akzeptabel. Beispielsweise besteht bei nicht wenigen niedergelassenen Chirurgen, Kinderchirurgen, Gynäkologen und Kardiologen ein grosser Teil ihrer Tätigkeit aus typischen hausärztlichen Leistungen. Diese Fachärzte sind deshalb der Grundversorgung zuzuteilen ohne dass sie dafür einen Weiterbildungstitel gemäss Ziff. 1 oder 2 zu tragen hätten.

Art. 40a Abs. 3 Ziff. 3 ist zu streichen.

Begründung: Wer eine Erstberatungsstelle im Sinne einer ärztlichen Erstbehandlung betreiben will, sollte im Minimum über eine fachärztliche Kompetenz verfügen. Das ist bei praktischen Ärzten jedoch nicht der Fall. Dazu das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF):

«Inhaber des eidgenössischen Weiterbildungstitels «Praktischer Arzt / Praktische Ärztin» verfügen am Ende ihrer Weiterbildung über die Kompetenz, eigenverantwortlich im Bereich der medizinischen Grundversorgung tätig zu sein. Die geforderte dreijährige Weiterbildung stellt eine Minimalvorgabe dar, **mit der noch keine fachärztliche Kompetenz erworben wird**. In der Regel gilt der Titel «Praktischer Arzt / Praktische Ärztin» als Basisweiterbildung für den späteren Erwerb des Facharzttitels Allgemein Innere Medizin»³⁷.

Jeder Arzt, der neben dem Erwerb eines klinischen Facharzttitels (gleich welche Art) den ärztlichen Beruf im Minimum einige Jahre in einer klinisch verantwortlichen Position, z.B. als Oberarzt, ausgeübt hat, ist besser qualifiziert als ein praktischer Arzt, die Aufgabe einer Erstberatungsstelle auszuüben. Diesem Umstand sollte gebührend Rechnung getragen werden, falls Erstberatungsstellen eingeführt werden sollten.

Art. 40a Abs. 4: Die Kantone führen eine Liste der Leistungserbringer, die ihre Tätigkeit auf ihrem Gebiet ausüben und die bereit sind, die Funktion einer Erstberatungsstelle zu übernehmen (kantonale Liste der Erstberatungsstellen). Sie veröffentlichen die Liste so, dass die Versicherten sie jederzeit einsehen können.

Art. 40a Abs. 5: Die Leistungserbringer können beim Kanton, auf dessen Gebiet sie ihre Tätigkeit ausüben, ein Gesuch um Aufnahme in die kantonale Liste der Erstberatungsstellen stellen. Der Kanton entscheidet über das Gesuch und nimmt den Leistungserbringer in die Liste auf, sofern die Voraussetzungen nach Absatz 3 erfüllt sind.

Kommentar:

Die Kantone müssen die Listen so bewirtschaften, dass Zu- und Abgänge ohne Verzug und lückenlos erfasst werden. Weiter sind die Listen so zu publizieren, dass sie von allen Bevölkerungsschichten zur Kenntnis genommen werden können. Dieser neue administrative Aufwand setzt die Einrichtung von eigens dafür zuständigen Stellen in den kantonalen Verwaltungen voraus. Der Verwaltungsaufwand für die Bewirtschaftung dieser Listen dürfte allfällige Einsparungen, die von der Einrichtung von Erstberatungsstellen zu erwarten sind, aufwiegen. Auch aus diesem Grund ist das Konzept von Erstberatungsstellen abzulehnen.

Art. 40a Abs 6: Die versicherte Person wählt ihre Erstberatungsstelle frei unter den Leistungserbringern aus, die auf einer kantonalen Liste der Erstberatungsstellen aufgenommen sind. Ist der Leistungserbringer bereit, für die versicherte Person diese Funktion auszuüben, so bestätigt er ihr dies. Die versicherte Person übermittelt die Bestätigung ihrem Versicherer.

Kommentar: Es entbehrt nicht einer – vermutlich unfreiwilligen – Ironie, wie diese Bestimmung in pedantischer Beamtensprache das Ausmass des administrativen Zusatzaufwands veranschaulicht, zu welchem das Konzept der Erstberatungsstelle führen würde. Leistungserbringer und Versicherte als Botengänger der Verwaltung – wahrhaftig ein Eigentümliches Konzept für ein modernes Gesundheitssystem!

³⁷ <https://www.siwf.ch/weiterbildung/praktischer-arzt.cfm>

Die Pointe dieser Bestimmung offenbart sich aber erst bei der Lektüre des Erläuternden Berichts: «Die Versicherer können für die Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers nach Art. 62 KVG die Erstberatungsstelle vorgeben, zum Beispiel in einem Hausarztmodell eine Ärztin aus einer Liste oder in einem Telefonmodell ein telemedizinisches Zentrum»³⁸. Sollte diese Auslegung von Art. 40a Abs. 6 tatsächlich zutreffen, müssten die Versicherer die Rolle einer Behörde übernehmen und ihren eigenen Versicherten gegenüber Vorgaben machen, welche im vertraglich vereinbarten Versicherungsmodell nicht vorgesehen sind. Eine solche Konstruktion entbehrt jeglicher Rechtsgrundlage. Die aus dem Erläuternden Bericht zitierte Aussage ist ersatzlos zu streichen.

Art. 40a Abs. 7: Der Bundesrat regelt die Voraussetzungen, unter denen:

- a. die versicherte Person ihre Erstberatungsstelle wechseln kann;
- b. der Versicherer für Versicherte, die keine Erstberatungsstelle haben, eine solche bestimmen kann.

Kommentar:

Die Erläuterungen zu dieser Bestimmung verdeutlichen, dass aus dem Konzept der Erstberatungsstelle eine Bürokratie unabsehbarer Komplexität entstehen wird. Nach der Lektüre dieser Passage kann endgültig kein Zweifel mehr daran bestehen, dass diese Gesetzesvorschläge mit aller Deutlichkeit abzulehnen ist.

Dass die Versicherer für Versicherte, die keine Erstberatungsstelle haben, eine solche bestimmen können, verdeutlicht die Machtverschiebung zu den Krankenkassen. Es versteht sich von selbst, dass die Versicherungen adverse Interessen zu den Leistungserbringern im Gesundheitswesen haben. Eine solche Machtverschiebung führt in Konsequenz zur Steuerung der Patientenströme durch die Krankenkassen/Versicherungen und zur Aufhebung des heute bundesgesetzlich verankerten Kontrahierungszwanges bei den zugelassenen Leistungserbringern. Unterversorgung Art. 40c Vergütung der Erstberatungsstelle Eine pauschale Vergütung fördert die Risikoselektion. Die Erstberatungsstelle erhält für jeden Patienten die gleiche Pauschale. Für aufwändige Patienten dürfte diese Pauschale nicht kostendeckend sein. Die Versorgung von chronisch kranken Personen wird erschwert. Es besteht die Gefahr der Über- bzw. Unterversorgung

Art. 40b Grundsatz für die Kostenübernahme

Art. 40b Abs. 1: Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten von Leistungen nach den Artikeln 25–31 nur, wenn:

- a. die Leistungen von der Erstberatungsstelle erbracht werden; oder
- b. für die Leistungen eine Überweisung der Erstberatungsstelle an einen anderen Leistungserbringer vorliegt.

Kommentar:

Art. 40b Abs. 2: Das Erfordernis einer Überweisung gilt nicht in Notfällen.

Kommentar: Ob ein Notfall vorliegt oder nicht, bestimmt der Leistungserbringer, der den Patienten behandelt. Streitigkeiten mit Versicherungen und Verwaltung, ob tatsächlich eine notfallmässige Behandlung nötig war, sind voraussehbar und werden einen zusätzlichen Bürokratie-Schub auslösen. Auch aus diesem Grund ist die Erstberatungsstelle abzulehnen.

³⁸ Erl. Bericht, Seite 67, Kapitel zu Abs. 6, dritter Abschnitt.

Art. 40b Abs. 3: Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen, benötigen für Untersuchungen und Behandlungen in der Schweiz eine Überweisung ihrer Erstberatungsstelle.

Kommentar: Wie dem Erläuternden Bericht zu entnehmen ist, erwächst aus dieser Bestimmung eine zusätzliche Aufgabe für die Gemeinsame Einrichtung. Diese wird die administrative Abwicklung mit dem in der Schweiz wohnhaften ausländischen Versicherten betreffend Bezeichnung der Erstberatungsstelle und Bestätigung der ausgewählten Erstberatungsstelle übernehmen müssen. Die Gemeinsame Einrichtung betreut diese ausländischen Personen, wie wenn sie bei ihr versichert wären. Ein derartiger Zusatzaufwand für die Gemeinsame Einrichtung ist angesichts des fraglichen Nutzens der Erstberatungsstelle klar abzulehnen.

Art. 40b Abs. 4: Der Bundesrat regelt die Modalitäten der Überweisung und die weiteren Ausnahmen vom Erfordernis einer Überweisung.

Kommentar: Gestützt auf diese Bestimmung soll der Bundesrat Inhalt, Umstände und die Dauer der Gültigkeit der Überweisung von der Erstberatungsstelle an den nachbehandelnden Leistungserbringer. Zudem regelt er Ausnahmen vom Erfordernis der Überweisung³⁹. Hier kann nur erahnt werden, dass eine Myriade von regulatorischen Bestimmungen nötig sein werden, um alle Eventualitäten, mögliche Schlupflöcher und Spezialfälle eindeutig zu regeln. Alleine die Vollzugskontrolle wird einen massiven Ausbau der administrativen Ressourcen erforderlich machen.

Art. 40c Vergütung der Erstberatungsstelle

Art. 40c Abs. 1: Der Versicherer vergütet den Leistungserbringern für jede versicherte Person, für die sie die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben, eine jährliche Pauschale.

Kommentar: Pauschale Vergütungen eignen sich für Standard-Leistungen, deren Kosten idealerweise eine Normalverteilung oder wenigstens eine vorhersehbare und abgrenzbare Variabilität aufweisen. Es ist jedoch kaum eine Leistung mit grösserer Variabilität denkbar als die Funktion einer Erstberatungsstelle. Viele Versicherte werden eine Erstberatungsstelle gar nie in Anspruch nehmen, während andere diese regelmässig aufsuchen müssen. Dieses breite Spektrum an Leistungen bzw. Nicht-Leistungen mit einer Pauschale abzudecken, ist nicht sinnvoll. Eine solche Pauschale würde für die Leistungserbringer, welche die Funktion einer Erstberatungsstelle ausüben, einen Fehlanreiz darstellen. Diese hätten keinerlei Interesse, diese Funktion auf hohem qualitativem Niveau auszuüben. Dies wäre jedoch für eine Funktion, welche eine zentrale und unumgängliche Rolle in der Gesundheitsversorgung spielen soll, besonders fatal.

Aus diesen Gründen lehnt H+ eine solche Pauschale ab.

Art. 40c Abs. 2: Der Leistungserbringer hat auch dann Anspruch auf die Pauschale, wenn die versicherte Person seine Leistungen nicht in Anspruch nimmt.

Kommentar: Es würde gegen das Prinzip des KVG verstossen, wenn Krankenversicherer für Nicht-Leistungen bezahlen müssten. Doch genau dies ist mit dieser Bestimmung vorgesehen. Der im Kommentar zu Art. 40c Abs. 1 festgestellte Fehlanreiz würde durch diese Bestimmung noch verstärkt werden. Ausserdem hätte diese Bestimmung eine kostensteigernde Wirkung, weil sich jeder erdenkliche Leistungserbringer darum bemühen würde, als

³⁹ Erl. Bericht, Seite 68.

Erstberatungsstelle anerkannt zu werden, um in den Genuss der Pauschale zu kommen — wenn möglich ohne etwas dafür leisten zu müssen. Eine solche Entwicklung kann wohl nicht in der Absicht eines kostendämpfenden Massnahmenpaketes liegen.

H+ lehnt diese Bestimmung ab.

Art. 40c Abs. 3: Der Bundesrat legt nach Anhören der Tarifpartner die Höhe der Pauschale fest.

Art. 40c Abs. 4: Er bezeichnet die Leistungen, die mit der Pauschale als abgedeckt gelten.

Kommentar: Diese Bestimmung greift in die Autonomie der Tarifpartner ein. Alle für die Funktion einer Erstberatungsstelle infrage kommenden Leistungserbringer verfügen über die Kompetenz, Tarifverträge mit Krankenversicherer oder deren Verbänden Tarifverträge abzuschliessen. Es ist nicht einzusehen, warum sich der Bundesrat bei den Pauschalen nach Art. 40c Abs. 3 über diese Kompetenz hinwegsetzen soll. Er kann dies immer noch im Rahmen seiner subsidiären Kompetenz machen, falls sich die Tarifpartner nicht einigen sollten. Je nach Leistungserbringergruppe, welche die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben würde, sind unterschiedliche Leistungen und Kosten zu tarifieren. Die Tarifpartner verfügen über die nötigen Kenntnisse, diese Aufgabe erfolgreich abzuschliessen.

H+ lehnt diese Bestimmungen ab.

Art. 40d Wahl des Leistungserbringers und Übernahme der Kosten bei ambulanten Untersuchungen und Behandlungen

Art. 40d Abs. 1: Überweist die Erstberatungsstelle die versicherte Person für eine ambulante Untersuchung oder Behandlung an einen anderen Leistungserbringer, so kann die versicherte Person unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Untersuchung und Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen. Der von der versicherten Person gewählte Leistungserbringer kann diese wiederum an weitere Leistungserbringer überweisen. Der Versicherer übernimmt die Kosten nach dem Tarif, der für den gewählten Leistungserbringer gilt.

Art. 40d Abs. 2: Absatz 1 gilt sinngemäss, wenn eine Ausnahme für das Erfordernis einer Überweisung für eine ambulante Untersuchung oder Behandlung vorliegt.

Kommentar: Diese Bestimmung kann problemlos zu einer Endlos-Schleife von Überweisungen von Leistungserbringer A zu Leistungserbringer B zu Leistungserbringer A ... usw. führen und damit das Prinzip der Erstberatungsstelle ad absurdum führen. Um dies zu verhindern, wird der Bundesrat seine in Art. 40b Abs. 4 festgelegte Kompetenz dazu benützen, um Inhalt, Umstände und die Dauer der Gültigkeit der Überweisung möglichst restriktiv zu definieren. Daraus werden sich aber neue Probleme ergeben, die zu weiteren Regulierungen führen würden. Mit anderen Worten: Das Konzept der Erstberatungsstelle trägt in sich den Keim für eine Regulierungsspirale. Das Ergebnis werden keine Kosteneinsparungen, sondern zusätzliche Kosten sein.

H+ lehnt Erstberatungsstellen auch und insbesondere wegen der Gefahr einer überbordenden Regulierungsspirale entschieden ab.

6. Koordinierte Versorgung stärken

6.1. Zusammenfassung

Der Bundesrat will die Koordinierte Versorgung mit zwei Elementen stärken

1. «Netzwerken zur koordinierten Versorgung»;
2. «Programme der Patientenversorgung».

6.1.1. Netzwerke der koordinierten Versorgung

H+ lehnt den Gesetzesvorschlag zur Schaffung von «Netzwerken zur koordinierten Versorgung» ab. Es ist nicht Aufgabe des Staates, neue Unternehmensmodelle zu entwickeln, geschweige denn diese auch noch im Gesetz zu verankern. Grundsätzlich wäre ein Förderungsprogramm seitens des Bundes zu einer verbesserten Koordination unter den Leistungserbringern angebracht. Der vorliegende Versuch aber, Führung, Führungsinstrumente, personelle Zusammensetzung, Funktionsweise und Leistungsinhalte dieser neuen Einrichtung auf Gesetzesstufe zu regeln, steht im Widerspruch zur liberalen Wirtschaftsordnung der Schweiz und zu den Prinzipien des regulierten Wettbewerbs des KVG. Vom Bund «top down» verordnete Zusammenarbeiten sind in den meisten Fällen zum Scheitern verurteilt. Die «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» würden über kurz oder lang zu einer Kartellisierung der medizinischen Versorgung der Schweiz führen. Grundsätzlich steht es potentiellen Leistungserbringern frei, sich zu «Netzwerken der koordinierten Versorgung» zusammen zu schliessen. Es ist jedoch anzunehmen, dass der Bundesrat mit dem politischen Steuerungsinstrument der Kostenziele bzw. des Globalbudgets massiven ökonomischen Druck ausüben wird, um «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» zu bevorteilen und andere Leistungserbringergruppen wie Ärzte und Spitäler (Art. 35 Abs. 2 Bst. a und h) zu benachteiligen. Ein Leistungserbringer, der ökonomisch überleben will, wird sich nolens volens einem «Netzwerk zur koordinierten Versorgung» anschliessen müssen, sei es als Teilnehmer des «primären Kreises», sei es als Teilnehmer des «Kooperationskreises».

6.2. Allgemeiner Teil

6.2.1. Zielsetzungen des Bundesrates

Der Bundesrat will einen neuen Typ von Leistungserbringer erschaffen: das «Netzwerk zur koordinierten Versorgung». Es soll eine Einrichtung darstellen, welche Leistungen nach den Artikeln 25 bis 31 KVG ambulant und koordiniert erbringt und zusätzlich die Koordination **über die ganze Versorgungskette** mit weiteren Leistungserbringern ausserhalb des Netzwerkes sicherstellt. Das «Netzwerk zur koordinierten Versorgung muss zwingend aus einem **Koordinationszentrum unter ärztliche Leitung** bestehen. Dem Koordinationszentrum sollen weitere ambulant oder stationär tätige Leistungserbringer angeschlossen werden: Spitäler, Spezialärzte, Apotheken, Organisationen der ambulanten Krankenpflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Ernährungsberatung usw. Diese vertraglich an das Koordinationszentrum angeschlossenen Leistungserbringer zählen zum sogenannten **«primären Kreis»**. Der Leistungserbringer «Netzwerk zur koordinierten Versorgung» besteht aus dem Koordinationszentrum und dem «primären Kreis»; er rechnet alle von ihm erbrachten Leistungen gegenüber den Versicherern als einziger Leistungserbringer ab. Das «Netzwerk zur koordinierten Versorgung» kann mit weiteren Leistungserbringern eine koordinierte Zusammenarbeit vereinbaren. Diese Leistungserbringer zählen zum **«Kooperationskreis»**; sie rechnen ihre Leistungen nach den geltenden OKP-Bestimmungen ab.

6.2.2. Rolle der Kantone

Die Rolle der Kantone als Zulassungs- und Aufsichtsbehörde ist nicht klar. «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» würden aller Voraussicht nach kantonsübergreifend tätig sein. Wie sich die Kantone ihre jeweiligen Aufgaben aufteilen würden, ist nicht klar.

6.2.3. Rolle der Tarifpartner

Auch wenn H+ die Förderung von ambulanten Pauschalen unterstützt, steht es dem Bundesrat nicht zu, einen bestimmten Tariftyp vorzuschreiben. Damit greift er in die Tarifautonomie ein.

6.2.4. Spezieller Teil

Art. 35 Abs. 2: Leistungserbringer sind:
o. Netzwerke zur koordinierten Versorgung.

Kommentar: --

Art. 36b Abs. 1:
Ein Netzwerk zur koordinierten Versorgung ist eine Einrichtung, die:
a. Leistungen nach den Artikeln 25–31 ambulant und koordiniert erbringt; und
b. die Koordination mit weiteren Leistungserbringern über die ganze Versorgungskette sicherstellt.

Kommentar: Die Vorstellung, ein Netzwerk könne die Versorgung über die ganze Versorgungskette steuern, d.h. inklusive stationäre Versorgung und Rehabilitation, war bereits in der Managed Care-Vorlage enthalten und rief eine aus zahlreichen Leistungserbringern bestehende Gegnerschaft hervor, welche sich von einem Netzwerk, das über die dazu notwendigen Kompetenzen gar nicht verfügen kann, nicht steuern lassen wollte. Der hier vorgeschlagene Gesetzesentwurf beinhaltet die gleiche Vorstellung.

H+ lehnt diese Bestimmung auch dieses Mal dezidiert ab.

Art. 36b Abs. 2:
Der Bundesrat legt die Zulassungsvoraussetzungen fest, welche die Netzwerke zur koordinierten Versorgung erfüllen müssen. Die Zulassungsvoraussetzungen müssen gewährleisten können, dass qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungen erbracht werden.

Kommentar: Kriterien der Strukturqualität vorschreiben, statt Ergebnistransparenz und Indikationsqualität fördern, ist hier wie in den anderen Teilen des Massnahmepaketes 2 und im Verordnungsentwurf zur KVV II der falsche Weg, um «qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungen» zu erbringen. Ausserdem wirken sich Förderungen der Strukturqualität in der Regel kostentreibend aus.

Art. 36b Abs. 3: Die Zulassungsvoraussetzungen umfassen:
a. die Anforderungen an den Arzt oder die Ärztin, der oder die das Netzwerk leitet;
b. das Fachpersonal, über das das Netzwerk verfügen muss;
c. die Leistungen, die das Netzwerk erbringen muss;
d. die Koordination der Leistungen über die gesamte Versorgungskette;
e. Führungsinstrumente, wobei diese alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen;

- f. die elektronische Führung der Krankengeschichte des Patienten oder der Patientin;
- g. Krankenversicherung.
- h. der Anschluss an eine zertifizierte Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft nach Artikel 11 Buchstabe a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 2015⁴ über das elektronische Patientendossier.

Kommentar: Der Detaillierungsgrad dieses Katalogs ist übertrieben.

H+ lehnt diese Bestimmung ab.

6.3. Programme der Patientenversorgung

6.3.1. Allgemeiner Teil

Mit dieser gesetzlichen Grundlage sollen Leistungen im Rahmen von Patientensteuerungsprogrammen vergütet werden können. Zu diesen Leistungen zählen:

- Leistungen in der Koordination und Beratung
- Überwachungs- sowie Behandlungsmassnahmen durch nicht-ärztliche nach KVG zugelassene Leistungserbringer (insbesondere Apothekerinnen und Apotheker, Advanced Practice Nurses)

Der Bundesrat wird die Programme auf Stufe KVV auf folgende Bereiche beschränken und die entsprechenden Leistungen bezeichnen:

- Strukturierte Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten (Disease Management);
- Programme zur medizinischen Prävention nach Artikel 26 KVG;
- Programme zur medizinischen Rehabilitation nach Artikel 25 Abs. 2 Bst. d KVG.

H+ unterstützt die Zielsetzung und die Ausgestaltung dieser Bestimmung.

6.3.2. Spezieller Teil

Art. 25 Abs. 2 Bst. h und i

2 Diese Leistungen umfassen:

h. die folgenden Leistungen der Apotheker und Apothekerinnen:

1. Leistungen bei der Abgabe von nach Buchstabe b verordneten Arzneimitteln,
2. Leistungen, die in Programmen nach Buchstabe i durchgeführt werden.

i. Leistungen, die im Rahmen von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen durchgeführt werden.

Kommentar: H+, in Übereinstimmung mit GSASA (Schweizerischer Verein der Amts- und Spitalapotheker), empfiehlt folgende Änderung von art. 25 Abs. 2 Bst. h:

Art. 25 Abs. 2

h. die Leistungen der Apotheker und Apothekerinnen:

1. im Zusammenhang mit nach Buchstabe b verordneten Arzneimitteln;
2. im Rahmen von Früherkennungs- und Präventionskampagnen von Bund und Kantonen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden;
3. die die Kostenentwicklung dämpfen und für die eine Vereinbarung mit den Versicherern besteht.

Begründung: Spitalapotheker erbringen viele Leistungen, die nicht direkt an eine Abgabe eines Medikamentes gebunden sind. Diese Leistungen werden sowohl ambulant wie auch stationär erbracht. Die vorgeschlagene Formulierung eröffnet die Möglichkeit, auch diese Leistungen margenunabhängig zu tarifieren.

Art. 33 Abs. 3bis

Er bezeichnet die Leistungen, die im Rahmen von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe i erbracht werden dürfen. Er regelt die Voraussetzungen, welche die Programme erfüllen müssen. Die Programme bedürfen der Genehmigung des EDI.

Kommentar: Zustimmung.

7. Rechtsgrundlage für die differenzierte Prüfung der WZW-Kriterien

H+ lehnt diese Bestimmung ab.

Eine substantielle Operationalisierung der WZW-Kriterien ist längst fällig und deshalb im Grundsatz zu begrüßen. Die hier vorgeschlagene Bestimmung ist jedoch viel zu unbestimmt formuliert und räumt der Behörde einen zu grossen Interpretationsspielraum ein. Es handelt sich hier um eine Delegationsnorm, welche auf Gesetzesebene wesentlich präziser formuliert werden muss.

7.1. Allgemeiner Teil

Gemäss Erläuterndem Bericht macht es wenig Sinn, bei jedem Arzneimittel eine umfassende Kosten-Nutzenanalyse durchzuführen. Auch bei anderen Leistungen ist eine regelmässige Überprüfung aller drei WZW-Kriterien gleichzeitig in umfassender Tiefe nicht sinnvoll. Entsprechend soll neu eine rechtliche Grundlage geschaffen werden, damit die WZW-Prüfung je nach Art der Leistung (ärztliche Leistungen im Vertrauensprinzip, abschliessend in Positivlisten geregelte Leistungen wie bspw. Arzneimittel) zu den verschiedenen Zeitpunkten im Lebenszyklus einer Leistung (z.B. Einführung bzw. Erstaufnahme, etablierte Anwendung, Ablösung durch neue Leistungen) mit unterschiedlicher Häufigkeit sowie Methodik und Tiefe erfolgen kann.

Kommentar:

Diese Zielsetzung kann im Grundsatz begrüsst werden. Wie aber bereits erwähnt, soll die Operationalisierung wesentlich genauer formuliert werden.

7.2. Spezieller Teil

Art. 32 Abs. 3: Der Bundesrat regelt die Einzelheiten der periodischen Überprüfung der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang.

Art. 14 Abs. 2 VE-IVG: Für medizinischen Massnahmen gilt Artikel 32 KVG sinngemäss. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein; im Fall von seltenen Krankheiten wird die Häufigkeit des Auftretens einer Krankheit berücksichtigt.

Kommentar:

Siehe oben.

8. Preismodelle und Rückerstattungen

H+ begrüsst diesen Vorschlag.

Mit diesem Vorschlag werden die gesetzlichen Grundlagen für Preismodelle und Rückerstattungen gelegt, wie sie international üblich sind. Für den Zugang der Patienten zu innovativen Therapien ist diese Angleichung an internationale Standards unabdingbar.

8.1. Allgemeiner Teil

Zum Zeitpunkt der Zulassung von neuen Arzneimitteln und Arzneimittelkombinationen sowie Medizinprodukten bestehen vermehrt Unklarheiten zur Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit. Dies gilt insbesondere aufgrund der neu möglichen schrittweisen Marktzulassung von Arzneimitteln, für die Zulassungen verfügt werden, bevor klinisch kontrollierte Phase III-Studien vorliegen. Die Vergütungsfragen werden in der Folge zusehends komplexer und das Risiko der Vergütung von Therapien, die sich trotz vielversprechender erster Daten schlussendlich als nicht oder weniger wirksam oder sicher erweisen als erwartet, steigt. Verschiedene Länder haben deshalb bereits unterschiedliche Modelle, sog. Managed Entry Agreements, implementiert, um auf diese Entwicklungen zu reagieren. Managed Entry Agreements, die sich auf Preise oder Kosten beziehen, werden nachfolgend als Preismodelle bezeichnet.

8.2. Spezieller Teil

Art. 18 Abs. 2 septies

2septies Sie führt folgende Fonds:

- a. den Lebendspende-Nachsorgefonds nach Artikel 15b des Transplantationsgesetzes vom 8. Oktober 2004;
- b. einen Fonds für die Rückerstattungen nach Artikel 52b.

Art. 52b Rückerstattungen

1 Bei der Festlegung des Preises der Arzneimittel nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe b kann das BAG, soweit dies für die Einhaltung der Grundsätze nach Artikel 32 erforderlich ist, für die Inhaberin der Zulassung die Pflicht vorsehen, einen Teil des Arzneimittelpreises zurückzuerstatten:

- a. dem Versicherer auf dessen Verlangen; oder
- b. dem Fonds für Rückerstattungen auf Verlangen des BAG.

2 Der Bundesrat kann das EDI ermächtigen, Rückerstattungen nach Absatz 1 in den Listen nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a vorzusehen.

3 Er regelt:

- a. die Voraussetzungen, unter denen Rückerstattungen nach Absatz 1 vorgesehen werden können;
- b. die Berechnung und die Modalitäten der Rückerstattung;
- c. die Aufteilung der dem Fonds für Rückerstattung einbezahlten Beträge unter den Versicherern;
- d. die Verwaltungskosten des Fonds für Rückerstattungen.

Art. 52c Ausnahme vom Recht auf Zugang zu amtlichen Dokumenten

Der Zugang zu amtlichen Dokumenten nach Artikel 5 des Öffentlichkeitsgesetzes vom 17. Dezember 2004⁶ wird verweigert, soweit diese die Höhe, die Berechnung oder die Modalitäten der Rückerstattungen nach Artikel 52b betreffen.

Art. 14ter Abs. 6 VE-IVG

Bei der Festlegung des Preises der Arzneimittel nach Absatz 5 kann das zuständige Bundesamt, soweit dies für die Einhaltung der Grundsätze nach Artikel 32 KVG erforderlich ist,

für die Inhaberin der Zulassung die Pflicht vorsehen, einen Teil des Arzneimittelpreises dem IV-Ausgleichsfonds nach Artikel 79 zurückzuerstatten.

7 Der Bundesrat regelt:

- a. die Voraussetzungen, unter denen Rückerstattungen nach Absatz 6 vorgesehen werden können;
- b. die Berechnung und die Modalitäten der Rückerstattung.

8 Der Zugang zu amtlichen Dokumenten nach Artikel 5 des Öffentlichkeitsgesetzes vom 17. Dezember 2004¹² wird verweigert, sofern diese die Höhe, die Berechnung oder die Modalitäten der Rückerstattungen nach den Absätzen 6 und 7 betreffen.

Kommentar: --

9. Faire Referenztarife für eine schweizweite Spitalwahl

H+ stimmt diesem Vorschlag mit Vorbehalt zu.

Falls am Prinzip von Referenzpreisen festgehalten werden soll, was durchaus hinterfragt werden darf, sind faire Referenztarife für eine schweizweite Spitalwahl in jedem Fall zu begrüssen. Wie diese festgelegt werden sollen, ist leider viel zu ungenau formuliert worden.

9.1. Allgemeiner Teil

Seit der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung können die Versicherten für die stationäre Behandlung unter den Spitälern, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital), frei wählen. Der Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilmässig (vgl. Art. 49a KVG) höchstens nach dem Tarif, der im Wohnkanton für die betreffende Behandlung gilt. Die Kantone sind demnach bereits heute verpflichtet, bei ausserkantonalen Wahlbehandlungen den Tarif eines ihrer Listenspitäler, welches die betreffende Behandlung erbringt, als sog. Referenztarif heranzuziehen. Wie dieser Referenztarif festzulegen ist, wenn mehrere Listenspitäler des Wohnkantons die betreffende Behandlung erbringen, regelt das Gesetz hingegen nicht. Die Auswahl des für den Referenztarif massgeblichen Tarifs liegt heute somit grundsätzlich im Ermessen der Kantone. Eine Festlegung von teilweise unrealistisch tiefen Referenztarifen durch die Kantone kann aber die freie Spitalwahl der Versicherten und den erwünschten kantonsübergreifenden Wettbewerb unter den Spitälern beeinträchtigen. Durch eine gesetzliche Präzisierung, wie sie auch die von den eidgenössischen Räten angenommene Motion der SGK-N 18.3388 «Faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl» verlangt, kann Klarheit bezüglich der Festlegung der Referenztarife geschaffen und der Wettbewerb unter den Spitälern weiter gefördert werden. Die vorgeschlagene gesetzliche Bestimmung zur Festlegung des Referenzpreises ist jedoch zu viel zu schwammig:

«Der Referenztarif orientiert sich an der Entschädigung für eine vergleichbare Behandlung in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital, welches die Behandlung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt.»

Nachdem der Vorschlag zur Änderung der KVV in bezug auf den Benchmark aus Sicht von H+ als verunglückt bezeichnet werden muss, kann nicht davon ausgegangen werden, dass auf der Grundlage dieser hier vorgeschlagenen Bestimmung ein Referenzpreis, der die Qualifikation «fair» verdient, ermittelt werden würde. Deshalb kann H+ dieser Bestimmung nur unter dem Vorbehalt zugestimmt werden, dass auf Ebene der KVV ein fairer Benchmark festgelegt wird.

9.2. Spezieller Teil

Art. Art. 41 Sachüberschrift, Abs. 1, 1bis, 1ter, 2, 3bis Einleitungssatz und 4
Wahl des Leistungserbringers und Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen Krankenversicherung.

1 Überweist die Erstberatungsstelle die versicherte Person für eine stationäre Untersuchung oder Behandlung an ein Spital, so kann die versicherte Person unter den Spitälern, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital), frei wählen. Für stationäre ausserkantonale Wahlbehandlungen legen die Kantonsregierungen Referenztarife fest. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilmässig (Art. 49a) nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Referenztarif orientiert sich an der Entschädigung für eine vergleichbare Behandlung in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital, welches die Behandlung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt.

1bis Absatz 1 gilt sinngemäss, wenn:

- a. der Leistungserbringer, der die versicherte Person für eine stationäre Untersuchung oder Behandlung an ein Spital überwiesen hat, dies seinerseits im Rahmen einer Überweisung getan hat;
- b. eine Ausnahme für das Erfordernis einer Überweisung für eine stationäre Untersuchung oder Behandlung vorliegt.

1ter Die Absätze 1 und 1bis gelten sinngemäss für Geburtshäuser.

2 Werden Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen, für eine stationäre Leistung an ein Spital überwiesen, so können sie in der Schweiz unter den Listenspitälern frei wählen.

3bis Medizinische Gründe nach Absatz 3 liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden:

4 Aufgehoben

Kommentar: ---

10. Elektronische Rechnungsübermittlung

H+ stimmt diesen Bestimmungen zu.

10.1. Allgemeiner Teil

Wie dem Erläuternden Bericht zu entnehmen ist, soll die genaue Ausgestaltung der elektronischen Übermittlung an die Tarifpartner übertragen werden. Die Leistungserbringer und die Versicherer oder deren Verbände haben eine Vereinbarung abzuschliessen. Sie haben sich auf einen gesamtschweizerisch einheitlichen Standard für die elektronische Übermittlung der Rechnung zu einigen. Die Rechnungsstellung soll über ein standardisiertes Formular mittels einer Plattform erfolgen. Dabei ist es wichtig, dass mit dem Standard die Datensicherheit gewährleistet ist. Wenn sich die Parteien innerhalb der gesetzlich vorgesehenen Übergangsfrist von zwei Jahren ab Inkrafttreten des Gesetzes nicht einigen und kein allgemeingültiges elektronisches Rechnungsübermittlungssystem installieren, ist es die Aufgabe des Bundesrates den Standard festzulegen. Diesbezüglich ist anzuführen, dass sich die Akteure des Gesundheitswesens bereits seit einiger Zeit im «Forum Datenaustausch» zusammengeschlossen haben. Das Forum verfolgt unter anderem das Ziel, einheitliche, gemeinsam entwickelte Standards für den elektronischen Datenaustausch festzusetzen. Das Gefäss für die Einigung auf einen einheitlichen Standard existiert also bereits.

10.2. Spezieller Teil

Art. 42 Abs. 2 zweiter Satz und 3ter

2 ... In Abweichung von Absatz 1 schuldet der Versicherer:

- a. den auf ihn entfallenden Anteil an der Vergütung im Fall der stationären Behandlung;
- b. die Vergütung der Leistungen, für die das BAG oder das EDI eine Rückerstattung nach Artikel 52b Absatz 1 oder 2 vorgesehen hat.

3ter Der Leistungserbringer hat die Rechnungen dem Schuldner in elektronischer Form zu übermitteln. Auf Verlangen der versicherten Person übermittelt er sie ihr kostenlos in Papierform. Die Leistungserbringer und die Versicherer oder deren Verbände vereinbaren einen gesamtschweizerisch einheitlichen Standard für die elektronische Übermittlung der Rechnungen. Wenn sich die Parteien nicht einigen können, legt der Bundesrat den Standard fest.

Art. 42a Abs. 2–3

2 Die Versichertenkarte wird für die Rechnungsstellung für Leistungen nach diesem Gesetz verwendet.

2bis Sie kann verwendet werden als:

- a. Identifikationsmittel nach Artikel 7 Absatz 2 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 2015 über das elektronische Patientendossier;
- b. Identifikationsmittel für den Kontakt mit den Versicherern.

2ter Ausserhalb des Anwendungsbereichs dieses Gesetzes darf sie nur verwendet werden, wenn eine formelle gesetzliche Grundlage dies vorsieht und wenn der Verwendungszweck und die Nutzungsberechtigten bestimmt sind.

3 Der Bundesrat regelt das Format der Versichertenkarte. Er kann vorsehen, dass die Karte auf Verlangen der versicherten Person auch in elektronischer Form ausgestellt wird. Er regelt nach Anhören der interessierten Kreise die Abgabe der Karte durch die Versicherer und die anzuwendenden technischen und organisatorischen Vorgaben.

Kommentar: --

* * * * *

Wir danken Ihnen für die Aufnahme unserer Anliegen und stehen Ihnen für ergänzende Auskünfte gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'A. Bütikofer', with a stylized flourish at the end.

Anne Bütikofer
Direktorin