



Chefärzte und Leitende Spitalärzte Schweiz
Médecins cadres des hôpitaux suisses
Quadri medici degli ospedali svizzeri

Per E-Mail:

abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

A-Post:
Herr Bundesrat
Alain Berset
p.A. Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 165
3003 Bern

Sekretariat
Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz VLSS
Postgasse 19, Postfach, 3000 Bern 8
T +41 (0)31 330 90 01
F +41 (0)31 330 90 03
info@vlss.ch
www.vlss.ch

Bern, 7. November 2018

Vernehmlassung Teilrevision KVG: Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset

Der Vorstand des VLSS hat sich in kurzen Zeitabständen unter zwei Malen einlässlich mit der Materie befasst. Die nachfolgende Stellungnahme ist geprägt von tiefer Sorge wegen einer stark gefährdeten Zukunft einer sinnvollen ambulanten medizinischen Versorgung in der Schweiz.

I. Drohendes Referendum

Der Bundesrat beabsichtigt, das Krankenversicherungsgesetz (KVG) vorerst in 8 Hauptpunkten anzupassen. Alleine 4 der 8 geplanten Gesetzesänderungen betreffen ausschliesslich den ambulanten Bereich und damit primär die praktizierende Ärzteschaft. Auch unsere Mitglieder sind aber in ihrer Funktion als am Spital tätige Kaderärztinnen und Kaderärzte auf eine funktionierende Basisgesundheitsversorgung und auf ein ausreichendes und gutes Netz von Zuweisern angewiesen. Der heute noch vorhandene niederschwellige Zugang unserer Patientinnen und Patienten zu ihren Hausärzten verhindert unnötige, wesentlich teurere Spitalbehandlungen und Walk-In-Behandlungen auf den Notfallstationen der Spitäler unserer Mitglieder.

Weil in Zukunft sowieso nicht genügend Hausärztinnen und Hausärzte zur Verfügung stehen werden, erachten wir es als grobfahrlässig, deren Einkommensmöglichkeiten immer noch weiter hinunterzuschrauben. Somit gefährden der Bundesrat und auch das eidgenössische Parlament, sofern es diesen Sparmassnahmen für den ambulanten Bereich zustimmen sollte, eine heute noch gut funktionierende und günstige Erstversorgung durch den Hausarzt. Denn diesen Hausarzt gibt es spätestens dann nicht mehr, wenn es überhaupt nicht mehr attraktiv ist, eine Arztpraxis zu führen oder zu übernehmen. Es ist denn auch bereits heute für Ärztinnen und Ärzte attraktiver, am Spital zu bleiben oder eine andere Stelle im Gesundheitswesen zu suchen (z.B. in der Industrie oder in der Verwaltung des Bundes oder bei einem Krankenversicherer) als eine Arztpraxis zu eröffnen oder zu übernehmen.

Solche Verschlechterungen, wie insbesondere auch die 4 neuen Sparmassnahmen, welche auf Gesetzesstufe erfolgen sollen, könnten zwar zunächst zu einer weiteren Kostendämpfung im ambulanten Bereich führen. Die indirekten Folgekosten dürften aber deutlich höher ausfallen, wenn inskünftig heute noch mögliche ambulante Behandlungen wegen nicht mehr vorhandenen Kapazitäten ambulant oder stationär an den Spitälern durchgeführt werden müssten. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ dürfte somit sozusagen ins Gegenteil verkehrt werden. Ist dies wirklich der Wille von Volk und Gesetzgeber, und wird das Parlament effektiv solche Massnahmen beschliessen?

Sollte gegen die folgenden beiden Gesetzesänderungen das Referendum ergriffen werden, so würden wir dies unterstützen:

1. EArt. 47c KVG: Massnahmen zur Steuerung der Kosten im ambulanten Bereich, die von Tarifpartnern vereinbart werden müssen: Globalbudget 1

Dies würde darauf hinauslaufen, dass in den Tarifverträgen degressive Tarife und/oder jährliche Budgets vereinbart und/oder bundesrätlich verordnet werden müssten. Dies wiederum hätte zur Folge, dass gegen Ende Jahr nur noch wenige oder keine Patienten mehr ambulant behandelt werden könnten (ausser in Notfällen). Sie werden verstehen, dass dies unsere Mitgliederbasis, welche auch im bereits defizitären spitalambulanten Bereich tätig ist, nie akzeptieren würde. Denn damit würde das ambulante Gesundheitswesen vollständig auf den Kopf gestellt. Es kann nicht sein, dass die Mehrheit der prämienzahlenden Gesunden der kranken Bevölkerung eine derartige Verschlechterung der ambulanten Gesundheitsversorgung aufzwingt.

Es kommt hinzu, dass solche Sparmassnahmen am falschen Ort wie gesagt schlussendlich nichts bringen dürften, weil vermeintliche Einsparungen im Grundversorgungsbereich durch vermehrte Notfallbehandlungen an stationären Institutionen überkompensiert würden. Die CVP-Gesundheitsinitiative lässt grüssen!

EArt. 47c KVG ist ersatzlos zu streichen.

2. EArt. 59b Abs. 1 lit. f KVG: Experimentierartikel: Teilaspekt Globalbudget 2

Der Experimentierartikel erlaubt unter anderem „*Massnahmen zur Steuerung der Kosten im ambulanten Bereich*“. Nur allzu leicht könnte deshalb hier für mehrere Jahre ein Globalbudget unter anderem Titel drohen. Und dies wohlgernekt unter vollständiger Aushebelung jeglicher Rechtsstaatlichkeit und demokratischen Legitimität für einen längeren Zeitraum. Wir verweisen im Zusammenhang mit dem Experimentierartikel im Übrigen auf unsere Bemerkungen weiter unten unter Ziff. II 2.

EArt. 59b Abs. 1 lit. f KVG ist deshalb ersatzlos zu streichen.

II. Weitere Bemerkungen zu den (übrigen) Gesetzesänderungsvorschlägen

1. EArt. 47a und 47b KVG: Schaffung eines paritätischen Tarifbüros im ambulanten Bereich und Datenbekanntgabe an Tarifbüro und Bundesrat

Die Schaffung eines paritätisch zusammengesetzten nationalen Tarifbüros hat sich im stationären Bereich mit der Swiss DRG AG als Lösung bewährt. Wir hätten somit grundsätzlich nichts dagegen einzuwenden, falls ein solches Tarifbüro auch für den ambulanten Bereich eingesetzt würde.

Weil EFAS mit Sicherheit eingeführt werden muss bzw. dürfte, müssen auch die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), und nebst santésuisse zusätzlich curafutura, sowie auch die Schweizerische Patientenorganisation in der Trägerschaft der neuen Organisation vertreten sein. Die Vorlage spricht immer nur von Versicherten auf der einen Seite und von Versicherern auf der anderen Seite. Wie soll so eine adäquate Mitsprache der Patientinnen und Patienten sichergestellt werden? Eine Mitsprache ist erforderlich, sind doch die Patientinnen und Patienten die direkt Leidtragenden, wenn es aus Kostenspargründen zu einem Leistungsabbau kommt. Dies sind also die direkt Betroffenen, nicht die Versicherten!

Die Trägerschaft müsste dementsprechend derart breiter aufgestellt und die Abläufe so geregelt werden, dass inskünftig Mehrheitsbeschlüsse betreffend Tarifierungen möglich wären. Wir erlauben uns, wie folgt aus den Statuten der SwissDRG AG zu zitieren:

Art. 15 Abs. 2 Ziff. 6 (unübertragbare/unentziehbare Befugnisse Aufgaben des VR):

„Beschluss über die Tarifstrukturen, deren Ausführungsbestimmungen und deren Änderungen und sowie Antragstellung an die Genehmigungsbehörden.“

Art. 19 Abs. 4

„Die Beschlüsse des Verwaltungsrats werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst.“

Dementsprechend beantragen wir wie folgt eine Ergänzung und Anpassung des Absatzes 1 des EArt. 47a:

„Die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer setzen gemeinsam eine Organisation ein, welche für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen zuständig ist. Nebst gleich grossen Vertretungen der Leistungserbringer sowie der Versicherer müssen auch die Kantone und die Patientenorganisationen in der Organisation vertreten sein. Die Organisation muss sicherstellen, dass das für die Beschlussfassungen über die Tarifstrukturen zuständige Gremium Mehrheitsbeschlüsse fällen kann.“

Rest unverändert.

2. EArt. 59b KVG: Weitere Bemerkungen zum Experimentierartikel

Wir sind grundsätzlich für einen Experimentierartikel, sprechen uns aber klar gegen eine derart lange Dauer solcher Versuche und gegen den Zwang zur Teilnahme aus. Wenn die Vorlage von „begrenzter Dauer + Verlängerung + ein Jahr nach der Verlängerung“ spricht und wie gesagt unter Art. 59b Abs. 1 lit. f „weitere Instrumente zur Steuerung der Kosten“ unter dem Experimentierartikel zulassen will (vgl. dazu die Ausführungen unter Ziff. I 2. betreffend drohendes Referendum; Antrag: ersatzlos streichen), so ist dies für uns inakzeptabel. Die Art. 59b Abs. 2-6 sind so oder so zu ändern und müssen eine klare zeitliche Begrenzung von Versuchen auf höchstens 2 Jahre vorsehen.

Weiter stört uns, dass die Auswirkungen der Pilotprojekte nur hinsichtlich des angestrebten Spareffekts überprüft werden sollen. Negative Auswirkungen auf die Qualität der Gesundheitsversorgung müssten aber ebenfalls evaluiert und wenn möglich korrigiert werden, ansonsten bereits laufende Pilotprojekte sofort eingestellt werden müssten.

Nebst der Streichung von Absatz 1 lit. f beantragen wir somit eine Ergänzung des Absatzes 2 wie folgt:

„Die Pilotprojekte sind inhaltlich, zeitlich und räumlich zu begrenzen. Ein Pilotprojekt tritt spätestens nach 2 Jahren ausser Kraft, sofern der Bundesrat bis dahin der Bundesversammlung keinen Entwurf einer gesetzlichen Grundlage unterbreitet hat. Ein Pilotprojekt tritt ausserdem ausser Kraft mit der Ablehnung des Entwurfs durch die Bundesversammlung oder mit Inkrafttreten der gesetzlichen Vorlage.“

Dementsprechend sind die Absätze 4 und 6 zu streichen, und der bisherige Absatz 5 wird zu Absatz 4

3. Art. 42 Abs. 3 dritter Satz: Rechnungskopie im Tiers payant

Diese Bestimmung existiert bereits heute, wird aber teilweise nicht umgesetzt, weshalb eine Verschärfung mittels Kontrolle und möglichen Sanktionen auf der einen Seite zwar wünschbar, aber auf der anderen Seite kaum praktikabel sein dürfte. Zu prüfen sind dagegen unseres Erachtens verhältnismässig umsetzbare Massnahmen, mit welchen die Verständlichkeit der Rechnungen und damit die Kontrolle effektiv erhöht werden könnten.

4. EArt. 47b KVG: Datenbekanntgabe im Tarifwesen für ambulante Behandlungen an den Bundesrat

Dem Vorstand des VLSS fällt auf, dass immer mehr Verpflichtungen, zum Teil doppelt und dreifach, gesetzlich verankert werden sollen, welche die ambulanten Leistungserbringer verpflichten sollen, Daten *kostenlos* zu liefern. Dies würde auch die bereits stark defizitären ambulanten Bereiche der stationären Institutionen zusätzlich treffen. Der Grundsatz „*ambulant vor stationär*“ wird durch solche Fehlanreize gerade wieder in Frage gestellt.

Mit der verbesserten MAS-Umfrage bei den praktizierenden Ärzten (inkl. Kaderärzte mit Sprechstunde) und mit den bereits bestehenden, weitreichenden Datenlieferungsverpflichtungen der Spitäler sollten sämtliche Bedürfnisse abgedeckt werden können. **Dementsprechend lehnen wir eine zusätzliche Datenlieferungspflicht ab.**

5. EArt. 43 Abs. 5 erster Satz KVG: gesamtschweizerisch vereinbarte, einheitliche Tarifstruktur für ambulante Patientenpauschaltarife

Die Vorstellung, im ambulanten Bereich die Einzelleistungsvergütung weitgehend oder in grösserem Ausmass durch Pauschaltarife ersetzen und damit Kosten einsparen zu können, erscheint uns als weder praktikabel noch zielführend. Dies gilt insbesondere auch für Komplexpauschalen in der Psychiatrie. Sofern das Gespräch und die Grundleistungen im ambulanten Bereich weiterhin im Vordergrund stehen sollen, macht in der Regel nur eine Verrechnung nach effektivem Zeitaufwand Sinn. Inskünftig könnten aber die Bemühungen im spitalambulanten Bereich vermehrt in Richtung Einführung von „One Day-DRG's“ gehen. Dort wo dies effektiv Sinn macht, haben wir nichts dagegen. Alles andere aber würde sich zum Nachteil der Patientinnen und Patienten auswirken, weil mit vermehrten Pauschaltarifen den spezifischen Bedürfnissen der einzelnen Patientinnen und Patienten bei ambulanter Behandlung inskünftig nicht mehr ausreichend Rechnung getragen werden könnte.

Somit sind wir grundsätzlich offen für gemischte Tarifsysteme, und damit auch nicht gegen eine gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur für ambulante Patientenpauschalen, aber nur dort, wo dies auch aus Patientensicht Sinn macht und nicht zu ungerechtfertigten Rationierungen führt. Basis jeder Pauschale ist ein sachgerechter und betriebswirtschaftlich bemessener Einzelleistungstarif.

6. EArt. 52a und 52b KVG: Referenzpreissystem bei Arzneimitteln

Wir befürworten zwar die heute mögliche Substituierung von Originalpräparaten durch Generika unter bestimmten Voraussetzungen, lehnen aber ein voraussetzungsloses Preisgünstigkeitssystem ab, welches die Behandlungsfreiheit einschränkt. Insbesondere lehnen wir EArt. 52a KVG ab, weil die „gleiche medizinische Eignung“ nicht praktikabel ist, sowie beim EArt. 52b KVG das administrativ nicht zu bewältigenden Meldesystem.

Die Qualität von verschiedenen Arzneimitteln der gleichen Wirkungsklasse kann sehr unterschiedlich sein. Mit anderen Worten dürfen sich Preisfestlegungen nicht zum Nachteil der Behandlungsqualität auswirken, auf welche die Patientinnen und Patienten Anspruch haben. Wir fordern deshalb:

Prinzipialiter: ersatzlose Streichung der EArt. 52a und EArt. 52b KVG.

Zumindest müsste EArt. 52a KVG mit einem Absatz ergänzt werden, wonach die Einschränkung, dass bei zwei vergleichbaren Arzneimitteln nur noch das preisgünstigere Arzneimittel vergütet würde, zumindest dann nicht gilt, wenn der Arzt ausdrücklich die Abgabe oder Anwendung eines ganz bestimmten Arzneimittels der betreffenden Wirkstoffgruppe anordnet.

Eventualiter: EArt. 52a KVG ist wie folgt zu ergänzen:

„Erachtet der behandelnde Arzt die Abgabe oder Anwendung eines bestimmten Arzneimittels für medizinisch notwendig, kann er ausdrücklich die Abgabe oder Anwendung des betreffenden Arzneimittels anordnen. In diesem Fall vergütet die obligatorische Krankenpflegeversicherung die gesamten Kosten des betreffenden Arzneimittels.“

7. EArt. 53 Abs. 1bis KVG: Beschwerderecht der Versicherer von nationaler oder regionaler Bedeutung gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 39 (Spitalliste)

Wir lehnen ein Beschwerderecht der Organisationen der Versicherer von nationaler oder regionaler Bedeutung, was immer dies auch heissen mag, klar ab und **fordern ersatzlose Streichung des EArt. 52 Abs. 1bis KVG**. Wir sind ganz generell gegen Änderungen des KVG, welche die Tariftandschaft und die Planung im stationären Bereich zusätzlich verkomplizieren. Wir sehen hier insbesondere ein Missbrauchspotential, weil die Beschwerdelegitimation der santésuisse zumindest die Möglichkeit eröffnen würde, das stationäre Versorgungssystem teilweise lahm zu legen oder mit jahrelangen Rechtsstreitigkeiten erheblich zu belasten. Damit stören wir uns an Mehrfachzuständigkeiten der Behörden auf eidgenössischer und kantonaler Ebene mit gegenseitiger Beschwerdebefugnis.

Heute sind sowohl das BAG (Zentralverwaltung für die Überwachung der Krankenversicherer) als auch die Krankenversicherer (ausgelagerte Verwaltung zwecks Durchführung der sozialen Krankenversicherung) für das KVG in Teilbereichen verantwortlich, mit entsprechender Aufgabenteilung. Gleiches gilt für die Kantone. So legt das BAG zum Beispiel die Arzneimittelpreise in der SL fest und die Kantonsregierungen erlassen die Spitalplanung und die Spitalliste. Wenn eine Behörde für die Entscheidung von Tariffragen oder Planungsfragen zuständig ist, so kann es unseres Erachtens nicht sein, dass eine andere Behörde dies anfechten kann (auch wenn es hier die Verbände der Krankenversicherer sein sollen), und dann noch ein Gericht als dritte Behörde über solche Beschwerden entscheiden muss. Wir ersuchen Sie darum, die Vorlage grundlegend zu überarbeiten.

Mit freundlichen Grüßen

VEREIN DER LEITENDEN SPITALÄRZTE DER SCHWEIZ

Der Präsident

Der Geschäftsleiter



Prof. Dr. med. Karl-Olof Lövblad

Dr. iur. Th. Eichenberger, Rechtsanwalt

- Kopie z.K.:**
- FMH
 - KKA
 - VSAO Schweiz
 - Hausärzte Schweiz mfe
 - SPO
 - GDK und H+
 - santésuisse und curafutura