



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

Per E-Mail:

tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

A-Post:

Herr Bundesrat
Alain Berset
p.A. Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgerstrasse 165
3003 Bern

Herr Dr. med. Jürg Schlup
Präsident der FMH
Elfenstrasse 18
Postfach 3000
3000 Bern 15

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, den 1. Oktober 2020

Vernehmlassung Teilrevision KVG: Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrter Herr Dr. Schlup
Sehr geehrte Damen und Herren

Der Vorstand des Vereins der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS) hat sich mit dieser weiteren Kostensparvorlage befasst. Zunächst verweisen wir in grundsätzlicher Hinsicht auf unsere Stellungnahme zur gesundheitspolitischen Strategie des Bundesrates 2020-2030 vom 26. März 2020. Die **Kernaufgabe des Gesundheitswesens und der Politik** besteht nach Auffassung des VLSS darin, der Schweizer Bevölkerung jederzeit nicht nur ein bezahlbares, sondern in erster Linie **ein qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem zur Verfügung zu stellen**. Der bessere Schutz der Bevölkerung gegen und bei Epidemien und eine entsprechende Verbesserung der Epidemiengesetzgebung, der Impfvorschriften sowie der möglichen Massnahmen, welche der Bund und die Kantone in einer solchen Situation koordiniert treffen können müssen, gehören dazu.

Der VLSS spricht sich damit ganz grundsätzlich **gegen die schwergewichtige Fokussierung auf Kostensparziele** und gegen eine schleichende Verstaatlichung der sozialen Krankenversicherung OKP durch immer mehr Regulierung, Planung und Globalbudgetierung aus. **Die unweigerliche Folge wäre die Implementierung einer Zweiklassenmedizin**. Der VLSS war und ist weder mit der Zusammensetzung der „Expertenkommission Kostendämpfungsmassnahmen“ noch mit dem **Expertenbericht vom 24. August 2017** an sich, der **im Ausland begangene Fehler für die Schweiz zur Wiederholung vorschlägt**, jemals einverstanden.

Unsere **wiederholten Versuche, die Expertinnen und Experten zu einer Mitgliederversammlung einzuladen und mit ihnen in einen Dialog zu treten**, sind an einer nicht nachvollziehbaren Verweigerungshaltung gescheitert. Der VLSS bietet eine **aktivere Zusammenarbeit mit dem Bundesrat, dem EDI und dem BAG** an, stösst aber bisher auf keine Resonanz, denn in der Vergangenheit haben z.B. auch die unsererseits angefragten Beamten des BAG alle möglichen Teilnahmen an Veranstaltungen des VLSS als Referentinnen oder Referenten stets abgesagt.

I. Allgemeine Bemerkungen zu den Kostendämpfungspaketen 1 und 2

Der Bundesrat beabsichtigte offensichtlich bereits mit dem Kostendämpfungspaket 1, das Krankenversicherungsgesetz (KVG) vor allem im ambulanten Bereich anzupassen. Direkter Ansatzpunkt der Kostendämpfungspakete ist der Arzttarif, und damit indirekt das über den Tarif erzielbare Einkommen unserer Mitglieder. Mit einem nationalen Tariffbüro, worüber sich diskutieren lässt, mit ersatzweiser behördlicher Tariffestsetzung und mittels Einführung ambulanter Tarifpauschalen, was ebenfalls diskutabel erscheint, droht die im KVG als Grundprinzip verankerte, immer noch funktionierende Tarifpartnerschaft (siehe z.B. TARDOC) je länger je mehr abgeschafft werden. Inskünftig sollen die „Tarifpartner“ u.a. verpflichtet werden, tarifvertraglich eine „gerechtfertigte Kostensteigerung“ zu definieren, bei deren Überschreitung der Tarif korrigiert werden müsste. Ersatzweise würde die Tarifkorrektur behördlicherseits verfügt, sofern sich die Tarifpartner weigern würden, dies umzusetzen.

EArt. 47c Abs. 6 KVG würde somit bereits im Rahmen einer möglichen Umsetzung des Kostendämpfungspaketes 1 zur Einführung eines verpönten **Globalbudgets** führen, welches **über degressive Tarife** umgesetzt werden müsste. In der Analyse der Wirkungen wie auch der unerwünschten Nebenwirkungen sind degressive Tarife den Globalbudgets zuzuordnen. Nur allzu leicht könnte stattdessen auch unter der Ägide des vorgesehenen **Experimentierartikels** für mehrere Jahre ein Globalbudget zur Steuerung der Kosten im ambulanten Bereich in vergleichbarer Art und Weise drohen. Und dies wohlgermerkt unter vollständiger Aushebelung jeglicher Rechtsstaatlichkeit und demokratischen Legitimität sowie für einen längeren Zeitraum.

Auch das Kostendämpfungspaket 2 und die CVP-Initiative beinhalten Globalbudgets. Ob die Holzhammermethode der CVP angewendet würde, welche eine **Kostenbremse** bei einer Überschreitung der Steigerungsrate der OKP-Kosten um 20% im Vergleich zur Nominallohnentwicklung während zwei Jahren verlangt, **oder ob für die ganze OKP und einzelne Kostenblöcke ähnliche Kostenziele** definiert werden, ist eher nebensächlich. Das Gesundheitswesen würde mit Globalbudgets, namentlich auch im ambulanten Bereich, auf den Kopf gestellt, würde es doch dann attraktiver, Kranke möglichst gar nicht oder nur noch minimal zu behandeln. Dies wiederum würde bei einer diesen neuen Anreizen entsprechenden Verschlechterung der ambulanten Gesundheitsversorgung der Bevölkerung bald zu einer erheblichen Mehrbelastung der Spitalnotfallporten führen, und gleichzeitig zusätzliche Qualitätssicherungsmassnahmen für den ambulanten Bereich notwendig machen. Wegen der zu befürchtenden Verzögerung wichtiger Behandlungen, und angesichts des mit dem neuen Versorgungssystem verbundenen administrativen Mehraufwands im Sinne von permanenten Planungs- und Korrekturmassnahmen, würde das Gesundheitswesen so sicher nicht günstiger. Es würde weniger Geld für die Patientenbehandlung und mehr Geld für die Administration eingesetzt.

Alle Globalbudgets müssen bekämpft und mit Abstimmungsreferenden vors Volk gebracht werden, weil sie tendenziell zu Unterversorgung, vor allem der in den Heimen lebenden oder auf Ergänzungsleistungen angewiesenen, betagten Patientinnen und Patienten, und zu ungerechten Ergebnissen, wie z.B. Zweiklassenmedizin, führen. Denn letztendlich geht es dabei um Einsparungen zugunsten der gesunden Prämienzahler, welche sich automatisch zum Nachteil der kranken Patientinnen und Patienten auswirken. **Das Arzt-Patientenverhältnis wird untergraben**, wenn der Arzt via Tarifrestriktionen dazu gezwungen wird, Patienten gar nicht mehr oder nur noch mit der Stoppuhr zu behandeln. Es **widerspricht dem hippokratischen Eid**, wenn sich die Ärztin oder der Arzt nicht mehr unabhängig für eine nach sorgfältiger Evaluation aller Gegebenheiten individuell abgestimmte, möglichst optimale Behandlung seiner Patientin oder seines Patienten einsetzen kann. Wir befürchten dabei wie gesagt auch eine zusätzliche Verlagerung von „Notfallbehandlungen“ in den Spitalbereich wie auch erhebliche Mehrkosten im ambulanten und stationären Bereich, wenn sich Patientinnen und Patienten zu spät behandeln lassen.

Der Bundesrat würde, obwohl er dies kaum bewusst beabsichtigen dürfte, mit der Umsetzung der Globalbudgets der Kostendämpfungspakete 1 und 2 den freien Berufsstand der praktizierenden Ärzteschaft im Wesentlichen abschaffen. Sei es via Globalbudgetierung, welche vom Arzt verlangt, die Behandlung seiner Patienten irgendwelchen Kostensparzielen unterzuordnen, oder durch

Schaffung von **sog. Erstanlaufstellen**. Obwohl das Volk die „Managed Care-Vorlage“ klar **abgelehnt hat**, werden in der jetzigen Vernehmlassungsvorlage erstaunlicherweise erneut ähnliche Vorschläge vorgebracht und sogar noch verschlimmert. Die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte würden damit in zwei Gruppen aufgeteilt. Wer als Erstanlaufstelle qualifiziert, würde von einer **jährlichen Kopfpauschale** nicht pro Patient, sondern **pro jede versicherte Person** profitieren, welche ihn als Erstanlaufstelle wählt. Dies unabhängig davon, ob die bei ihm eingeschriebenen Versicherten überhaupt eine Behandlung benötigen. Das Nichtbehandeln würde belohnt, und wer eine solche Erstanlaufstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Mit Werbung möglichst viele Versicherte zu gewinnen, würde äusserst lukrativ. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstanlaufstelle qualifizieren, könnten dann, mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstanlaufstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen.

Hausärzte und Grundversorger wären inskünftig faktisch (via ihre Versicherte und deren Kopfpauschalen) bei der OKP angestellt - indessen ohne effektiv alle wesentlichen Vorteile eines Angestellten zu geniessen. Das Zückerchen könnte damit rasch zur bitteren Pille werden. Nur noch „**Gatekeeper-Arzt**“ oder „**Zetteli-Arzt**“ zu sein, mit abnehmenden ärztlichen Befugnissen und gleichzeitig stets abnehmendem Jahreseinkommen, wäre bald nicht mehr so attraktiv wie angedacht. Und wenn Patientinnen und Patienten ihren Spezialarzt ohne Ermächtigung der Erstanlaufstelle nicht mehr direkt aufsuchen dürften, würden gleichzeitig auch die praktizierenden Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse.

Weil sich der **VLSS gegen jede Rationierung im Rahmen der OKP** wehrt, spricht er sich hiermit auch dezidiert gegen die vorgesehene Erstanlaufstelle aus.

Der VLSS ist nur gegen ein derartiges Obligatorium der eingeschränkten Wahl der Leistungserbringer. Die **Versicherten** sollen selbstverständlich weiterhin das Recht haben, **freiwillig besondere Versicherungsformen** mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer oder (neu) auch ein Netzwerk zur koordinierten Versorgung zu wählen.

II. Zu den einzelnen Gesetzesbestimmungen

EArt. 21 (Datenweitergabe und Statistiken)

Wir setzen ein Fragezeichen hinter die Idee, in der Transparenz über die Qualität und Kosteneffizienz der erbrachten Leistungen und im Sammeln von Daten sowie im Mehrfach sammeln der gleichen Daten für verschiedene Behörden ein Allerheilmittel finden zu wollen. Die Datenerhebung sollte generell und zentral durch das BFS erfolgen.

Der vorgeschlagene Artikel ermächtigt das BAG, von den Versicherten jederzeit alle Daten über alle Leistungserbringer und pro Leistungserbringer zu erheben, welche irgendwie sachdienlich sein könnten. Für welchen Zweck genau die Daten erhoben werden, braucht vom BAG indessen nicht angegeben zu werden. Wir bezweifeln insbesondere, dass für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden, und dass das BAG die Anonymität dann wirklich wahren könnte und würde.

EArt. 23, 25 Abs. 2, 32 Abs. 3 und 33 Abs. 3^{bis}

Keine Bemerkungen.

EArt. 35 Abs. 2 lit. o und Art. 36b (Netzwerke zur koordinierten Versorgung)

Die Einführung einer neuen Leistungserbringerkategorie „Netzwerke zur koordinierten Versorgung“ ist zwar grundsätzlich zu befürworten. Die Betriebsauflagen, welche der Gesetzgeber hier aufstellen soll, gehen indessen u.E. viel zu weit. Es kann doch nicht sein, dass auf Gesetzes- und Verordnungsstufe vorgegeben wird, wie genau solche Betriebe organisiert sein müssen, wie genau

die Koordination über die ganze Behandlungskette erfolgen muss und welches Personal vorhanden sein muss. Zum Schluss wird der Bundesrat wohl auch noch die Löhne vorschreiben wollen. Damit wird die Attraktivität, entsprechend zu investieren, um ein Netzwerk der koordinierten Versorgung anbieten zu können, von vornherein unnötig herabgesetzt.

EArt. 40a, b, c und d (Erstberatungsstelle)

Jede versicherte Person müsste künftig einen Leistungserbringer wählen, der die Funktion einer Erstberatungsstelle übernimmt. Dafür kommen primär Ärztinnen und Ärzte mit einem Weiterbildungstitel Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin sowie praktische Ärztin oder praktischer Arzt in Frage. Zudem gemäss den Übergangsbestimmungen auch, wer mindestens während zwei Jahren vor dem Inkrafttreten der Revision in der medizinischen Grundversorgung tätig war und sich die spezifischen hausärztlichen Kenntnisse anderweitig erworben hat. Die Kantone müssten eine kantonale Liste der Erstberatungsstellen führen und die Versicherer müssten Nichtanschlusswillige zwangsweise einer Erstberatungsstelle zuordnen. Der Bundesrat müsste auch den Wechsel der Erstberatungsstelle auf Verordnungsstufe regeln.

Der VLSS spricht sich wie gesagt **klar gegen einen derartigen Zwang und gegen diesen Eingriff in die Behandlungsfreiheit zu Lasten der Patientinnen und Patienten** aus. Die Erst-anlaufstelle würde inskünftig insbesondere entscheiden, ob eine Behandlung überhaupt notwendig ist, sowie ob die versicherte Person an einen anderen Leistungserbringer (Spezialist) gelangen darf, und könnte bzw. würde sich dabei wohl auf immer mehr Beratung konzentrieren oder beschränken (z.B. mehr Telefonkonsultationen, E-Mail-Beratung, Zoom-Medizin, Telemedizin, etc.). Einzig für die Fachärzte für Ophthalmologie und Gynäkologie könnte der Bundesrat zudem gemäss Vortrag „möglicherweise“ eine Ausnahme vom Erfordernis der Überweisung formulieren.

Der **Bundesrat** würde darüber hinaus auch noch genau festlegen, **welche Leistungen der Erstberatungsstelle** mit der Kopfpauschale abgegolten werden, und vor allem, **wie hoch die jährliche Kopfpauschale** sein soll. Die Kopfpauschale beinhaltet ein **prospektives Globalbudget**. Dies wäre dann Staatsmedizin in Reinkultur. Und die vorgängige Anhörung der „Tarifpartner“ würde angesichts der Machtverhältnisse zu einer blossen Farce und Alibiübung verkommen. Alleine die übrig bleibende freie Wahl des Leistungserbringers (Spezialisten) nach erfolgter Überweisung durch die Erstberatungsstelle wird den Patienten wenig nützen.

EArt. 41, 41a und 41b

Der VLSS befürwortet die vorgeschlagene Präzisierung, wonach sich die Referenztarife der Kantone für stationäre ausserkantonale Wahlbehandlungen an der Entschädigung für eine vergleichbare Behandlung in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital richten sollen, welches die Behandlung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt.

Ansonsten keine Bemerkungen.

EArt. 42 Abs. 3^{ter} (elektronische Übermittlung der Rechnungen an Versicherer)

Es dürfte immer noch einzelne praktizierende Ärztinnen und Ärzte geben, welche nicht elektronisch abrechnen. Den Patientinnen und Patienten müssten – falls gewünscht – Abrechnungen ja auch weiterhin kostenlos in Papierform geliefert werden. Dementsprechend erachten wir die Regelung als zu rigid. Es ist indessen durchaus vertretbar, die Festlegung des gesamtschweizerisch einheitlichen Standards für die elektronisch Abrechnenden dem Bundesrat zu übertragen, sofern sich die Tarifpartner darüber nicht innert nützlicher Frist einigen.

EArt. 42a (Versichertenkarte), 48a, 52 Abs. 1, 52b, 52c und 53 Abs. 1

Keine Bemerkungen.

EArt. 54, 54a, 54b, 54c, 54d und 54e („Kostenziele“ bzw. OKP-Globalbudgets)

Das Kernstück der Vorlage will der OKP Kostenziele und damit Globalbudgets auf allen Ebenen vorgeben. Und zwar zunächst auf Stufe Bund/gesamte OKP-Kosten, indem der Bundesrat gestützt auf eine neue „eidgenössische „Superkommission“ für Kostenziele“ vorgibt, um wieviel diese OKP-Kosten pro Jahr gesamtschweizerisch insgesamt steigen dürfen. Er kann und soll darüber hinaus die Gesamtsteigerungsrate unterschiedlich umsetzen bzw. das Kostenziel beliebig auf die einzelnen Kostenblöcke verteilen.

Anschliessend erfolgt die Festlegung entsprechender Kostenziele pro Kanton inkl. einer einheitlichen Toleranzmarge, um welche von der kantonalen Gesamtzielvorgabe abgewichen werden kann. Die Kantone regeln ihre eigenen Ziele pro Kostenblock und können weitere Kostenblöcke definieren (sic!). So könnte zum Beispiel in einem Kanton inskünftig auch der Kostenanstieg pro Fachgesellschaft, und je nach Fachgesellschaft dann auch unterschiedlich, festgelegt werden.

Für jeden erdenklichen Kostenblock könnte also inskünftig relativ **willkürlich eine individuelle Globalbudgetvorgabe** erfolgen. Dies wäre Planwirtschaft in Reinkultur. Das Anhörungsrecht der Versicherer und der Leistungserbringer vor der Festlegung der Globalbudgets wird dabei den Leistungserbringern sicher kaum dabei helfen, höhere Globalbudgets zu verhandeln. Es würde sich also eher um nicht verhandelbare staatliche Planvorgaben handeln.

Auf die drohenden Sanktionen (Tarifsenkungen, degressive Tarife oder differenzierte Tarife je nach Fachrichtung), sowie insbesondere auf die Schwerfälligkeit eines solchen Systems, gehen wir hier nicht nochmals ein.

Der VLSS lehnt die Vorlage inkl. aller vorgesehenen Globalbudgets und Globalbudgetvarianten sowieso ab, und falls das Parlament solchen Lösungen zustimmen sollte, müsste sich das Stimmvolk dazu äussern.

Eine **Salamitaktik des Gesetzgebungsprozesses**, mit zeitlich etappierten, **immer wieder neuen Globalbudgetvorlagen**, würde im schlimmsten Fall lediglich dazu führen, dass mehrmals über Ähnliches abgestimmt werden müsste. Die Schweizer Ärzteschaft ist sicher, dass unsere Bürgerinnen und Bürger eine derartige **Verschlechterung der Gesundheitsversorgung via Globalbudgets** in jeder Schattierung dezidiert ablehnen werden. Gleiches gilt für die geplante **Aufhebung der freien Arztwahl**.

Mit freundlichen Grüssen

VEREIN DER LEITENDEN SPITALÄRZTE DER SCHWEIZ

Der Präsident



Prof. Dr. med. Karl-Olof Lövblad

Der Geschäftsleiter



Dr. iur. Th. Eichenberger, Rechtsanwalt

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