

Editorial



Dr. med. Mariano Winckler
Vorstandsmitglied VLSS

Am Limit

Spitäler reduzieren Bettenkapazitäten, Abteilungen werden geschlossen, Operationen verschoben, Wartezeiten verlängern sich: Die Folgen des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen sind inzwischen vielerorts sicht- und spürbar. Leitende Spitalärzte sind besonders gefordert. Viele haben ihre Arbeitspensen bereits erhöht. Und Entlastung ist nicht in Sicht – im Gegenteil. Durch die personellen Engpässe steigt die Arbeitsbelastung weiter. Stress und Erschöpfung nehmen zu. Die aktuellen Entwicklungen gehen an unsere Substanz.

Doch die Politik tut sich schwer, griffige Rezepte gegen den personellen Exodus im Gesundheitswesen zu finden. Schlimmer noch: Der Fachkräftemangel genießt gar nicht oberste Priorität. Noch immer dominieren die Gesundheitskosten und Krankenkassenprämien die politische Diskussion. Das kommt nicht von ungefähr. Der Kostendruck in der Medizin wird gezielt instrumentalisiert. Bewusst werden Begriffe wie Prämien und Kosten vermischt und mit irreführenden Statistiken wird Politik gemacht. Die Ärzteschaft ist gut beraten, sich zur Wehr zu setzen, wie dies andere berufspolitische Verbände der Leistungserbringer erfolgreich vorleben.

Statt Kostendämpfungsmaßnahmen, welche die Administration aufblähen, brauchen wir bessere Rahmenbedingungen, damit mehr Zeit für die Patientenbetreuung bleibt. Die hohe Versorgungsqualität in unserem Land steht auf dem Spiel.

Inhalt

- 2 Gesundheitspolitik
- 4 Politische Kampagne
- 6 KVG-Gesetzgebung
- 11 Coach my Career

«Mit irreführenden Statistiken Politik machen»

Bundesrat und Parlament planen, das Kostenwachstum im Gesundheitswesen mit Zielvorgaben zu steuern. Dagegen wehrt sich die Ärzteschaft. Die FMH-Präsidentin Yvonne Gilli warnt vor den Folgen einer Gesundheitspolitik im Dauermodus und zeigt auf, wie mit irreführenden Statistiken Politik gemacht wird.

Text: Markus Gubler, Presse- und Informationsdienst (PID), Foto: Monika Flückiger



Yvonne Gilli, Präsidentin FMH:
«Durchschnittlich können Haushalte heute mehr Geld beiseitelegen als noch vor 20 Jahren. Eine Kostenexplosion sieht anders aus.»

Mit dem Kostendruck im Gesundheitswesen wird Stimmung gemacht. Vor wenigen Wochen sprach ein grosser Dachverband der Krankenversicherer von «dramatischer Kostenentwicklung», «Kostenexplosion im Gesundheitswesen», «stürmischem Prämienherbst» und einer «besorgniserregenden Entwicklung».

Dieser Diskurs ist nicht neu. Das macht Yvonne Gilli, Präsidentin der FMH, gleich zu Beginn ihres Referates deutlich. Bereits im Abstimmungskampf über die Einführung des Krankenversicherungsgesetzes im Jahr 1994 wurden Schlagworte wie die Prämienbelastung oder «ungebremstes Kostenwachstum» als Argumente ins Feld geführt.

Prämien sind nicht Kosten

Yvonne Gilli zeigt auf, wie der Kostendruck in der Medizin heute gezielt instrumentalisiert wird. Be-

wusst werden Begriffe vermischt – wie Gesundheitskosten und Krankenkassenprämien. «Kosten und Prämien sind aber nicht gleichzusetzen», stellt sie klar. Wurden 1996 knapp 30 Prozent der medizinischen Versorgung aus Prämien bezahlt, beträgt der Anteil heute knapp 38 Prozent. Medizinische Leistungen werden also zunehmend über die obligatorische Krankenversicherung finanziert. Deshalb sind die Prämien stärker gestiegen als die Kosten.

Exemplarisch dafür, wie heute mit Statistiken Politik gemacht wird, ist eine Grafik des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Eine rote Diagonale suggeriert, dass der Prämienanstieg im Vergleich zum Wachstum des BIP pro Kopf enorm steil verläuft. Bewusst wird verschwiegen, dass die Grafik den Anstieg der sogenannten «Standardprämie» abbildet. In Realität haben im Jahr 2020 weniger als 15 Prozent der Versicherten diese «Standardprämie» bezahlt. Der Prämienanstieg wird so absichtlich verzerrt dargestellt, um daraus Forderungen für drastische Reformen abzuleiten. Gilli plädiert für eine differenzierte Betrachtungsweise: Nicht nur die Prämien sind in den letzten Jahren gewachsen, sondern auch die Einkommen der Haushalte. Durchschnittlich können Haushalte heute mehr Geld beiseitelegen als noch vor 20 Jahren. Eine Kostenexplosion, so Gilli, sieht anders aus.

Immer mehr Vorstösse, immer mehr Gesetze

Diese Erkenntnis passt nicht ins Bild. Ungebrochen wird der Kostendruck in der Medizin als Vorwand gebraucht, um eine zunehmende Staatsmedizin zu legitimieren. Gilli rechnet vor: «Seit dem Jahr 2000 hat sich die Zahl gesundheitspolitischer Vorstösse verfünffacht. Die Gesetzestexte haben sich in dieser Zeit verdoppelt.» Mehr staatliche Steuerung bringt aber nicht zwingend bessere Resultate. Jüngstes Beispiel: die ärztliche Zulassungssteuerung. Im Januar 2022 in Kraft getreten, muss sie bereits überarbeitet werden, weil die Kantone das ärztliche Angebot nur unzureichend regulieren können.

Ein ähnliches Szenario droht mit der geplanten Einführung von Kostenvorgaben. Staaten wie Deutschland, Grossbritannien und die Niederlande wenden seit Jahren Globalbudgets an. Doch das Wachstum ihrer Gesundheitsausgaben konnten sie damit nicht dämpfen. Leidtragende der verfehlten staatlichen Steuerung sind die Patientinnen und Patienten. Sie bezahlen höhere Beiträge und haben einen eingeschränkteren Zugang zu medizinischen Leistungen. Gilli legt dar, dass in Grossbritannien neun von zehn Erwachsenen aktuell keinen Termin mehr bei einer staatlich anerkannten Zahnarztpraxis erhalten. Die staatliche Unterfinanzierung des Systems sorgt für eine medizinische Unterversorgung der Bevölkerung. Die Rationierung ist eine Folge unsachgemässer Planung.

Erfolgsrezepte unter Beschuss

Noch präsentiert sich die Situation in der Schweiz anders. Gilli sieht die Gründe im Versicherungsprinzip und der Tarifpartnerschaft. Beim Versicherungsprinzip legt die Krankenversicherung die versicherten Risiken und Leistungen vorab fest. Im Bedarfsfall werden die Leistungen übernommen. Dieses Prinzip steht in krassem Widerspruch zu jeglicher Art politisch motivierter Budgetierung. Die FMH hat deshalb dazu ein rechtliches Gutachten erstellen lassen. Dieses kommt zum Schluss: Eine Deckelung von Leistungen aufgrund von Kostenzielen wäre verfassungswidrig. Auch der zweite Erfolgsfaktor, die Tarifpartnerschaft, steht unter Beschuss. Schon mehrmals haben die Tarifpartner den überarbeiteten Arzttarif TARDOC beim Bundesrat eingereicht – ohne Erfolg. Dabei ist der gültige Arzttarif stark veraltet und setzt falsche Anreize. Politisch blockiert ist auch ein anderer Reformvorschlag, für den sich die Ärzteschaft stark macht: die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS). EFAS brächte jährliche Einsparungen von einer Milliarde Franken und würde Versorgungsmodelle wie die integrierte Versorgung fördern. Eine sinnvolle Lösung, ohne Einbusse für die Patienten.

Gilli fasst zusammen: «Wir wollen eine möglichst gute Versorgung möglichst kostengünstig erbringen.» Es werde aber immer Menschen geben, die gezielte Unterstützung benötigen. Die aktuelle Gesundheitspolitik hat stattdessen eine Regulierungsmaschinerie angestossen. Diese läuft auf Hochtouren und fördert inzwischen auch Vorstösse, die an die Substanz gehen. Erfolgsrezepte unseres Gesundheitswesens werden ausgehöhlt.

Ärztinnen und Ärzte für ein Gesundheitswesen mit Augenmass

Das Parlament arbeitet an Gesetzesvorlagen, welche die Versorgung von Patientinnen und Patienten gefährden. Dagegen wehren sich zahlreiche kantonale Ärztesgesellschaften mit einer politischen Kampagne. Auch der VLSS unterstützt die Kampagne.

Text: Markus Gubler, Presse- und Informationsdienst (PID)

Die Politik droht in einer Weise in das Gesundheitssystem einzugreifen, welche die Versorgung von Patientinnen und Patienten gefährdet. Vor allem ältere, chronisch- und mehrfacherkrankte Patienten würden darunter leiden. Auch Ärztinnen und Ärzte würden zu den Verlierern dieser Reformen zählen. Kostenziele, unter welchem Namen sie auch immer daherkommen, untergraben das Vertrauen zwischen Arzt und Patient. Das ist gefährlich. Eine Patientin kann sich so nicht mehr sicher sein, ob ihre Ärztin eine bestimmte Therapie ablehnt, weil sie die Therapie als uneignet betrachtet, oder zum Sparen gezwungen ist.

In dieser alarmierenden Situation haben kantonale Ärztesgesellschaften beschlossen, eine politische Kampagne zu lancieren. Ärztinnen und Ärzte wehren sich mit aller Kraft gegen Massnahmen, welche die Gesundheitsversorgung ihrer Patienten verschlechtern. Das Vertrauensverhältnis zwischen Ärztin, Arzt und Patient ist zentral in der Medizin. Es muss geschützt werden.

Die Kampagne unterstreicht auch: Ärztinnen und Ärzte setzen sich für ein Gesundheitswesen ein, das den Patienten dient. Ärztinnen und Ärzte setzen sich für eine kosteneffektive Medizin ein. Deshalb macht die Kampagne Ärztinnen, Ärzte und ihre Patienten zu Verbündeten. In fiktiven Dialogen sprechen sie aus, was sie vom Gesundheitswesen erwarten.

Kampagne startete Ende August 2022

Auf die Herbstsession des eidgenössischen Parlaments hin wurden in zahlreichen Schweizer Medien Inserate geschaltet. Konzipiert wurde diese Kampagne zusammen mit dem erfahrenen Politwerber Hermann Strittmatter, GGK. Er begleitet seit vielen

Jahren nationale Abstimmungskampagnen. Vor drei Jahren hat er zusammen mit der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern die Kampagne entwickelt und umgesetzt. Angesichts der weitgreifenden Reformvorhaben wurde sie jüngst aktualisiert.

Von Chur bis Lausanne

Zahlreiche kantonale Ärztesgesellschaften sowie der VEDAG und der SMSR, die ärztlichen Dachverbände aus der Deutschschweiz und der Romandie, haben die Kampagne übernommen. Die FMH leistet Unterstützung. Von Basel bis Frauenfeld, von St. Gallen bis Chur, von Zürich über Aarau bis Luzern erscheinen in lokalen und regionalen Print- und Online-medien adaptierte Versionen der Dialogsujets. In der Romandie liegt das Kampagnenmaterial in Arztpraxen zum Mitnehmen auf. In einer späteren Etappe erfolgt der Einsatz von Social Media.

Die Kampagne ist nur ein erster Schritt auf einem langen Weg hin zu einem Gesundheitswesen mit Augenmass. Vor allem geht es darum, dass Ärztinnen und Ärzte nach medizinischen Kriterien entscheiden können, welche Therapie für einen Patienten richtig ist.

Unterstützen Sie die Kampagne!

Auch der VLSS begleitet die Kampagne im Rahmen seiner Möglichkeiten. So setzt er in der elektronischen Kommunikation spezielle Mailsignaturen ein. Auch Sie können die Kampagne aktiv unterstützen! Auf der Website des VLSS steht die Mailsignatur zum Herunterladen bereit! Eine kurze Anleitung erklärt, wie Sie die Signatur in Ihrem Mailprogramm integrieren können. Worauf warten Sie!

www.vlss.ch/politik/kampagne

Der VLSS unterstützt die politische Kampagne der kantonalen Ärztegesellschaften.

gek

Gemeinsam für ein Gesundheitswesen mit Augenmass.

«Ich erwarte, dass mich mein Arzt nicht nach der Stoppuhr behandelt.»

«Ich will die Zeit für meine Patienten nicht rationieren müssen.»



Die wichtigsten Argumente:
www.aerzte-und-patienten.ch

**Ärzte und Patienten –
miteinander, füreinander.**

Aktion für ein Gesundheitswesen mit Augenmass
Postgasse 19, 3000 Bern 8

gek

Gemeinsam für ein Gesundheitswesen mit Augenmass.

«Behandelt mich in Zukunft mein Arzt bis ich gesund bin oder solange das Geld reicht?»

«Meine Patienten verdienen es, dass ihre Gesundheit weiterhin wichtiger ist als irgend ein Kostendeckel.»



Die wichtigsten Argumente:
www.aerzte-und-patienten.ch

**Ärzte und Patientinnen –
miteinander, füreinander.**

Aktion für ein Gesundheitswesen mit Augenmass
Postgasse 19, 3000 Bern 8

Die Inserate der Kampagne machen Ärztinnen, Ärzte und Patienten, Patientinnen zu Verbündeten.

Bericht über die Ärztekammer vom 27. Oktober 2022 und zum Stand der KVG-Gesetzgebung i.S. Kostendämpfung

Im Jahr 2019 hat der Bundesrat die Botschaft zur Änderung des KVG betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1 verabschiedet. Das Parlament hat dieses Paket in zwei Pakete 1a und 1b aufgeteilt und das erste Paket (1a) am 18. Juni 2021 angenommen. Die ersten Massnahmen sind Anfang 2022 in Kraft getreten.

Text: Dr. iur. Thomas Eichenberger, Geschäftsleiter VLSS

Kostendämpfungspaket 1a

Das Kostendämpfungspaket 1a umfasst sechs Massnahmen, welche primär den ambulanten Bereich betreffen. Drei dieser Massnahmen sind per 1. Januar 2022 in Kraft getreten. Es handelt sich dabei um die Massnahmen betreffend immer «notwendige Rechnungskopie für die Versicherten», «Einführung einer nationalen Tariforganisation für den ambulanten Bereich» und «maximale Bussenhöhe von CHF 20'000» bei Sanktionen, die gegen Leistungserbringer verhängt werden können, wenn diese gegen im Gesetz vorgesehene Anforderungen, gegen vertragliche Abmachungen betreffend Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen oder gegen die Bestimmungen über die Rechnungsstellung verstossen. Pro Memoria: Die Rückforderungen seitens der Krankenversicherer wegen Überarztung und/oder falscher Tarifierung sind keine reinen Sanktionen und die Rückforderungsbeträge können bekanntlich deutlich höher ausfallen.

Unlängst haben die Tarifpartner einvernehmlich beschlossen, die vom Gesetzgeber geforderte Organisation für ambulante Arzttarife (OAAT) zu gründen. Sie wird ähnliche Aufgaben haben und soll ähnlich funktionieren wie die Tariforganisation SwissDRG AG, welche sich bekanntlich bewährt hat, und ebenfalls von den Tarifpartnern und von der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) getragen wird. Tariforganisationen sollten den Vorteil einer stärkeren Professionalisierung bei einer gleichzeitigen Entpolitisierung wichtiger Entscheidungen im Bereich des Tarifwesens mit sich bringen. Die OATT muss spätestens bis Ende 2024 operativ sein.

Am 3. Juni 2022 hat der Bundesrat zum Genehmigungsgesuch der Tarifpartner FMH und curafutura entschieden, dass der «Einzelleistungstarif TARDOC» noch nicht genehmigungsfähig sei. Das Genehmi-

Nach den Warnungen des Bundesrats vor einer Rationierung hat auch der Nationalrat die Kostenbremse-Initiative der Mitte deutlich abgelehnt.



gungsgesuch wurde nicht abgelehnt. In einem Schreiben des Bundesrates an die einreichenden Tarifpartner (curafutura und FMH) wurden aber konkrete Forderungen definiert, welche Auflagen noch zu erfüllen sind, bevor der TARDOC genehmigt werden kann. Grundsätzlich ist TARDOC aber als Einzelleistungstarif gesetzt. Bis spätestens Ende 2023 müssen der TARDOC und allfällige, bis zu diesem Zeitpunkt genehmigungsfähige, «ambulante Pauschalen» beim Bundesrat zur Genehmigung eingereicht werden. Hintergrund: Künftig müssen auch auf ambulante Behandlungen bezogene Patientenpauschaltarife auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Pauschalen haben Vorrang vor dem Einzelleistungstarif, wenn sie von den Tarifpartnern vereinbart werden. Die Tarifpartner können für bestimmte ambulante Behandlungen regional geltende Patientenpauschaltarife vereinbaren, die nicht auf einer gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur beruhen, sofern dies insbesondere regionale Gegebenheiten erfordern.

Ein Inkrafttreten der neuen Tarife im ambulanten Bereich wird damit immer weiter hinausgeschoben. Sowohl die Tarife der Arztpraxen im ambulanten Bereich als auch – und insbesondere – die Tarife für ambulante Spitalleistungen bleiben damit noch auf nicht absehbare Zeit mehr oder weniger unverändert. Das «Aushungern auf nicht kostendeckenden Tarifen» geht somit weiter, und man fragt sich, ob nicht eine bewusste politische Absicht dahintersteckt. Eine derartige «hidden agenda» wäre aber konträr zur Absicht, die Kostenentwicklung durch vermehrte Verschiebungen von Leistungen in den ambulanten Bereich zu dämpfen («ambulant vor stationär»). Die von der FMH und vor allem vom VLSS seit Jahrzehnten nachdrücklich unterstützte einheitliche Finanzierung bzw. jetzt die im Rahmen der erfolgten Vernehmlassung grösstenteils akzeptierte Finanzierungsreform EFAS könnte nicht nur die Kosten dämpfen, sondern auch die Prämienzahlenden entlasten. Dies indem inskünftig die Kantone (Beitrag von mindestens 25.5%) und die Krankenversicherer (Beitrag von höchstens 74.5%) sowohl den stationären als auch den ambulanten Bereich gemeinsam und in gleicher Höhe mitfinanzieren würden (vgl. www.pro-efas.ch).

Die weiteren Massnahmen im Kostendämpfungspaket 1a bzw. die «Datenbekanntgabe im ambulanten Tarifwesen» und der «Experimentierartikel», müssen auf Verordnungsstufe bzw. in der KVV und KVAV konkretisiert werden. Die Leistungserbringer und deren Verbände, die Versicherer und deren Verbände sowie die Tariforganisationen werden inskünftig verpflichtet sein, dem Bundesrat oder der zuständigen Kantonsregierung auf Verlangen kostenlos diejenigen Daten bekannt zu geben, die für die Erfüllung der Tarifierungsaufgaben notwendig sind. In Zukunft kann das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) Pilotprojekte bewilligen, die neue Modelle zur Eindämmung der Kostenentwicklung, zur Stärkung der Qualität oder zur Förderung der Digitalisierung erproben.

Kostendämpfungspaket 1b

Nach den Warnungen des Bundesrats vor einer Rationierung hat auch der Nationalrat die Initiative der Mitte «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» als Gefahr für unser Gesundheitswesen deutlich abgelehnt. Gleichzeitig hielt der Nationalrat jedoch entgegen den Empfehlungen der vorberatenden Kommission am Prinzip der Kostenvorgaben fest. Im Fokus der Beratung des Kostendämpfungspaketes 1b stand zumeist Artikel 47c im KVG, der die Tarifpartner zur Kostensteuerung gemäss behördlichen Vorgaben verpflichten sollte. Die schädlichen Auswirkungen, die eine politisch gesteuerte Vergütung der medizinischen Versorgung haben kann, sind von der FMH und vom VLSS in den letzten Jahren immer wieder thematisiert worden. Dank eines Kompromissvorschlages der ständerätlichen Gesundheitskommission in der Herbstsession werden zwar die Tarifpartner beauftragt, die Kosten in ihrem Bereich zu überwachen und Korrekturmassnahmen zu ergreifen, sobald sich die Kostenentwicklung nicht durch Faktoren wie etwa die Alterung der Bevölkerung erklären lassen. Anders als in der Version von Bundesrat und Nationalrat bekamen jedoch die Bundes- und Kantonsbehörden keine subsidiäre Kompetenz einzugreifen für den Fall, dass sich die Tarifpartner nicht einigen können. Damit ist die Gefahr zur Durchsetzung politischer Budgetvorgaben respektive einer politisch verordneten Unterfinanzierung und damit auch das Risiko für die Pati-



In einem Netzwerk zur koordinierten Versorgung schliessen sich Gesundheitsfachpersonen unterschiedlicher Berufe unter ärztlicher Leitung verbindlich zusammen, um eine medizinische Betreuung «aus einer Hand» anzubieten. Diese Massnahme stösst bei bestehenden Netzwerken auf Kritik.

entenversorgung vorerst gebannt. Im Rahmen der Beratung der Sparziele als Gegenvorschlag zur Mitte-Initiative wird das Thema «Globalbudget» hingegen erneut im Parlament diskutiert werden müssen. Und es ist nicht ausgeschlossen, dass die FMH zum Schluss gegen die Verankerung solcher Sparziele das Referendum ergreifen muss. Mit der Bereinigung der letzten Differenz beim Art. 47c KVG wurde das Kostendämpfungspaket 1b vom Parlament am 19. September 2022 beschlossen und verabschiedet. Das Parlament hat sich im Rahmen dieser Vorlage unsinnigerweise für ein «Beschwerderecht der Krankenversicherungsverbände gegen Spitalplanungs-Entscheide in den Kantonen» ausgesprochen. Und bei der «Zulassung von parallelimportierten Arzneimitteln» soll Swissmedic inskünftig Vereinfachungen vornehmen können. Das Substitutionsrecht des Apothekers oder der Apothekerin wird schliesslich insoweit konkretisiert, als der Bundesrat neu festlegen kann, «unter welchen Voraussetzungen Arzneimittel als medizinisch nicht gleich geeignet gelten», womit dann keine Substitution erfolgen darf. Abgelehnt wurde indessen die «Einführung eines Referenzpreissystems für Generika».

Gerade die aktuellen Prämiensteigerungen verdeutlichen, dass es nicht irgendwelche einseitigen Massnahmen, sondern eine wirksame Prämien- und Kostendämpfung braucht. Dabei ist zunächst einmal wichtig anzuerkennen, dass die Prämien stärker steigen als die Kosten, und auf Basis differenzierter Analysen zur Prämienlast und -entwicklung zielgerichtete Massnahmen zu ergreifen (siehe Artikel auf Seite 2). Und die Umsetzung von EFAS wäre – wie gesagt – vorzuziehen, denn mit dieser Harmonisierung der Anreizsysteme zwischen stationärem und ambulantem Bereich liessen sich auf jeden Fall Kosten einsparen. Immerhin hat die Gesundheitskommission des Ständerates EFAS nun doch zu Ende beraten. Die einheitliche Finanzierung soll nun auch die Pflege umfassen, womit die Beratung in den eidgenössischen Räten (zuerst im Ständerat) noch länger andauern könnte.

Kostendämpfungspaket 2

Am 7. September 2022 hat der Bundesrat die Botschaft zur Änderung des KVG betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2 verabschiedet. Der Bundesrat hat dabei wie gesagt einen indirekten Gegenvorschlag zur Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» der Mitte vorgelegt. Der indirekte Gegenvorschlag bestand insbesondere aus dem Vorschlag zur Umsetzung einer Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP (Globalbudget) und acht weiteren Massnahmen, die dazu beitragen sollten, die Kosten in der OKP auf ein medizinisch erforderliches Mass zu beschränken.

Am 28. April 2021 hat der Bundesrat entschieden, dass der Vorschlag für eine Zielvorgabe aus dem Paket herausgelöst und separat weiterverfolgt und verabschiedet wird. Die Einführung einer Zielvorgabe stellt neu allein den indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative dar.

Die Massnahmen des zweiten Kostendämpfungspakets wurden vor dem Hintergrund der Rückmeldungen aus der Vernehmlassung nochmals vertieft überprüft. Von den in der Vernehmlassungsvorlage vorgeschlagenen neun Massnahmen werden – nebst der für den indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative herausgelösten Zielvorgabe – zwei Massnahmen (Erstberatungsstelle und Programme der Patientenversorgung) zum Glück nicht beibehalten.

Hingegen kommt eine weitere Massnahme zu den Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker hinzu. Das Paket enthält somit Änderungen zu sieben Massnahmen. Es fokussiert angeblich auf die Stärkung der koordinierten Versorgung sowie der Kompetenzen des Bundes bezüglich der Vergütung medizinischer Leistungen, damit diese zukünftig kostengünstiger erbracht werden können. Die KVG-Änderung schafft die notwendigen Rechtsgrundlagen u.a. für die (hier nicht abschliessend aufgeführten) folgenden Massnahmen:

- Das «Netzwerk der koordinierten Versorgung» wird als neuer Leistungserbringer nach Art. 35 KVG definiert. In einem Netzwerk zur koordinierten Versorgung schliessen sich Gesundheitsfachpersonen unterschiedlicher Berufe unter ärztlicher Leitung verbindlich zusammen, um eine den Patientenbedürfnissen entsprechende medizinische Betreuung «aus einer Hand» anzubieten. Diese Massnahme stösst bei bestehenden Netzwerken, vor allem wegen den zu befürchtenden administrativen Auflagen, eher auf Kritik denn auf Zustimmung.

- Der Bundesrat wird ermächtigt, festzulegen, «wie und wann die periodische Überprüfung der Leistungen» nach den Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) erfolgt. Im Zusammenhang mit den in der Spezialitätenliste (SL) figurierenden Arzneimittelpreisen, die

heute regelmässig alle drei Jahre überprüft werden, stellen sich damit unter Umständen relativ komplexe Umsetzungsfragen.

- Sogenannte «Preismodelle und Rückerstattungen» beschreiben neu mögliche Regelungen, die den Zugang zu (d.h. die Vergütung) einer neuen Gesundheitstechnologie unter bestimmten Bedingungen ermöglichen. Dazu gehört zum Beispiel die Möglichkeit, bei Nichtansprechen auf eine medikamentöse Behandlung eine Rückerstattung zu verfügen. Die Einsichtnahme in amtliche Dokumente nach dem Bundesgesetz über das Öffentlichkeitsprinzip der Verwaltung (BGÖ) soll für solche Preismodelle bzw. Rückerstattungen verweigert werden können (sog. vertrauliche Preismodelle). Die Aufnahme einer solchen Ausnahmebestimmung ist im internationalen Kontext (weil mehrheitlich auf solche Modelle abgestellt wird) unumgänglich: Es besteht ansonsten die Gefahr, dass ohne die erwähnte Ausnahmeregelung im BGÖ die Zulassungsinhaberinnen nicht mehr bereit wären, Preismodelle zu akzeptieren, oder sie könnten sogar auf Aufnahme gesuche in die Spezialitätenliste bei für die Versorgung wichtigen Produkten verzichten.

- Die Kantonsregierungen müssen «Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen» festlegen. Die Referenztarife orientieren sich am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist. Mit dieser Massnahme soll der kantonsübergreifende Spitalwettbewerb gefördert werden.

- Sämtliche Leistungserbringer im stationären und im ambulanten Bereich werden verpflichtet, ihre «Rechnungen künftig in elektronischer Form zu übermitteln».

- Die «Regelung der von den Apothekerinnen und Apothekern zu Lasten der OKP durchführbaren Leistungen» wird angepasst. Dazu gehört insbesondere die Möglichkeit der Durchführung von selbständigen Leistungen im Rahmen von Präventionsprogrammen oder von pharmazeutischen Beratungsleistungen zur Optimierung der Arzneimitteltherapie und Therapietreue unabhängig von der Arzneimittelabgabe.

Auf besondere Kritik stossen die zusätzlich auf Stufe KVV und KLV geplanten Massnahmen im Arzneimittelbereich. Die Vernehmlassungsfrist zu diesen Verordnungsänderungen ist im September abgelaufen. Hauptkritikpunkte sind die geplante «Einführung des sog. Kostengünstigkeitsprinzips» anstelle der im Gesetz bisher verankerten «qualitativ hochwertigen Versorgung zu möglichst günstigen Preisen». Dies könnte u.a. dazu führen, dass inskünftig Pharmaunternehmen keine Aufnahme von neuen, wirksameren Arzneimitteln in die Spezialitätenliste (SL) beantragen könnten.

Die Kostenbeteiligung beim differenzierten Selbstbehalt soll neu 50% anstatt 20% betragen, sofern keine medizinischen Gründe für das Einsetzen des Originalpräparats bestehen. Schliesslich sollen die medizinischen Gründe eingeschränkt werden, die im Einzelfall dafür sprechen können, das bessere, aber teurere, durch das Generikum oder Biosimilar nicht 100% substituierbare Original ohne Selbstbehalt abgeben zu können («Verfassen einer sog. Substitutionsausnahmeliste durch das BAG nach Anhörung der EAK: eidgenössische Arzneimittelkommission»). Dies hätte für die Patientinnen und Patienten vermutlich einen spürbaren Einfluss auf die Behandlungsqualität und würde in die Behandlungsfreiheit eingreifen. Denn es ist zu befürchten, dass eine politisch zusammengesetzte Kommission die Liste der möglichen Ausnahmen aus medizinischen Gründen trotz Anhörung der EAK deutlich zu restriktiv ausgestalten könnte.

Schliesslich sollen die Regelungen zur Vergütung im Einzelfall (Artikel 71a-71d KVV) erheblich angepasst werden. U.a. ist dabei vorgesehen, dass das Arzneimittel eine Mindestverbesserung der Behandlung von 35% im Vergleich zu bestehenden Therapien erreichen muss, damit es vergütet werden kann. Zudem müssen die Krankenversicherer für die Vergütung dieser Arzneimittel fixe Abschläge vornehmen. Insbesondere dieser Teil der Revision wird durchs Band hinweg kritisiert (vgl. die gemeinsame Position von 21 Organisationen des Gesundheitswesens vom 11. Oktober 2022).

Fazit

Die Salamataktik im Rahmen der Umsetzung immer neuer Kostendämpfungsmassnahmen, das Taktieren von Behörden und Parlament und die Unübersichtlichkeit über den jeweils aktuellen Status der umfangreichen Gesetzgebungsmaschinerie bleiben uns erhalten. Was ist bereits in Kraft, was wurde beschlossen und ist noch nicht in Kraft, und was wird vorerst nur diskutiert? Nur Spezialisten haben da – wenn überhaupt – noch den Durchblick. Mehr Koordination wäre wohl notwendig, denn es fehlt an der Durchsetzung eines übergeordneten ordnungspolitischen Ansatzes. Das Modell «Netzwerk der koordinierten Versorgung» ist keine Lösung, verfolgt es doch einen ausschliesslich regulatorischen Ansatz, mit neuen staatlichen Kompetenzen und administrativen sowie tarifarischen Hürden. Es würde einzig die bereits bestehenden alternativen Versicherungsmodelle (z.B. Hausarztmodelle) benachteiligen, die ihre Leistungen ohne Umstrukturierung ebenfalls noch besser koordinieren und die interprofessionelle Zusammenarbeit ohne mehr Bürokratie verbessern möchten. Man könnte die ganze Entwicklung auch mit der unausgesprochenen politischen Zielsetzung einer zunehmenden «Verstaatlichung des Gesundheitswesens» mit allen negativen Folgen für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und zunehmenden administrativen Hürden umschreiben. Offenbar obsiegt angesichts der Prämienbelastung der gesunden prämienzahlenden Bevölkerung im Moment diese Mehrheit mit ihren Anliegen gegenüber den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten.

Neumitglieder

Baumann Frederic, PD Dr. med., Chefarzt, Spital Schiers
Chautems Roland, Professeur, Chef de Service, Réseau Hospitalier Neuchâtelois
Fuchs Oliver, PD Dr. med., Leitender Arzt, Luzerner Kantonsspital
Klass Natalie, Dr. med., Leitende Ärztin, Kantonsspital Graubünden
Mehling Matthias, PD Dr. med., Kaderarzt, Universitätsspital Basel
Nussbaumer François, Dr., Médecin-chef, Hôpital du Jura
Traupe Tobias, PD Dr. med., Leitender Arzt, Spital Tiefenau, Bern

Coach my Career

Möchten auch Sie ihre beruflichen Erfahrungen an jüngere Kolleginnen und Kollegen weitergeben?
Dann melden Sie sich als Mentorin oder Mentor für das generationenübergreifende Programm «Coach my Career».

Weitere Informationen finden Sie unter:
www.vlss.ch/karriere/coach-my-career

VLSS-Mitglieder geniessen Vorzugskonditionen bei der privaten Hochschule Wirtschaft PHW Bern

Der VLSS und die private Hochschule Wirtschaft PHW Bern haben eine Kooperationsvereinbarung geschlossen.
Die PHW Bern bietet allen VLSS-Mitgliedern für ihre persönlichen Aus- und Weiterbildungen an der Hochschule einen **Direktrabatt von 5 Prozent**.

Mehr unter: www.phw.ch/vlss

Kontakt

Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS)
Sekretariat Amthausgasse 28, 3011 Bern
T +41 (0)31 330 90 01 | info@vlss.ch | www.vlss.ch

Die Rechtsberatung des VLSS

Der VLSS berät seine Mitglieder in juristischen Belangen nach einem dreistufigen Verfahren:

Stufe 1 Jedes Mitglied hat Anspruch auf eine **unentgeltliche Rechtsberatung**. Anfragen können per E-Mail (info@vlss.ch) an den Verbandsjuristen gerichtet werden. Dieser gibt Empfehlungen für das weitere Vorgehen ab. Sofern keine Weiterungen entstehen, ist die Beratung normalerweise nach zwei oder drei Kontakten abgeschlossen.

Stufe 2 Ist eine **anwaltliche Vertretung** gewünscht oder objektiv erforderlich, kann das Mitglied beim Geschäftsleiter Antrag auf Rechtsschutz stellen. In diesem Fall erhält es einen **einmaligen Kostenbeitrag an die effektiv entstandenen Anwaltskosten in der Höhe von maximal CHF 2'000.-**. Das Mitglied entscheidet, ob es dem Vorstand des VLSS beantragen möchte, zu einem Sachverhalt im Interesse des Mitglieds auch offiziell Position zu ergreifen. (Der Vorstand entscheidet über die Gewährung eines beantragten Kostenbeitrages, wenn das Gesuch vom Geschäftsleiter abgelehnt wurde, aber vom Mitglied an den Vorstand weitergezogen wird). Die Unterstützung gemäss Stufe 2 hat durch einen vom Mitglied beantragten und vom Geschäftsleiter des VLSS empfohlenen Anwalt zu erfolgen. Ein solcher Kostenbeitrag **wird nur gewährt, wenn** das betreffende Mitglied über **keine Rechtsschutzversicherung** verfügt. Wir empfehlen mit Blick auf Stufe 3 hiernach trotzdem den **Abschluss einer Rechtsschutzversicherung** über den VLSS bei **der AXA-ARAG oder den Abschluss einer gleichwertigen Versicherung bei einer anderen Gesellschaft**.

Stufe 3 Unterstützung für anwaltliche Vertretung, die den Kostenrahmen von CHF 2'000.- übersteigt, wird nur in ausserordentlichen Fällen von grundsätzlicher Bedeutung für den VLSS und seine Mitglieder gewährt, sofern das Mitglied über **keine Rechtsschutzversicherung** verfügt. Anwaltskosten sind in der Regel über die unter Stufe 2 hiervoor erwähnte Rechtsschutzversicherung des Mitglieds zu decken; für die Bewilligung ausserordentlicher Gesuche ist der Vorstand des VLSS auf Antrag des Geschäftsleiters abschliessend zuständig.