

## Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

### Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Konferenz der Kantonalen Ärztegesellschaften

Abkürzung der Firma / Organisation : KKA

Adresse : St. Martinsplatz 8, Postfach 619, 7001 Chur

Kontaktperson : RA lic. iur. Marc Tomaschett, Geschäftsführer

Telefon : 081 257 01 73

E-Mail : [info@kka-ccm.ch](mailto:info@kka-ccm.ch)

Datum : 17.11.2020

#### **Wichtige Hinweise:**

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen:  
[tarife-grundlagen@bag.admin.ch](mailto:tarife-grundlagen@bag.admin.ch); [gever@bag.admin.ch](mailto:gever@bag.admin.ch)
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

**Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!**

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)  
Vernehmlassungsverfahren**

**Inhaltsverzeichnis**

<b>Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht</b>	<b>3</b>
<b>Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen</b>	<b>17</b>
<b>Weitere Vorschläge</b>	Fehler! Textmarke nicht definiert.
<b>Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:</b>	Fehler! Textmarke nicht definiert.

**Die folgende Stellungnahme der KKA stützt sich im Wesentlichen auf die Stellungnahmen der BEKAG und der AGZ, deren Ausführungen die KKA vollumfänglich unterstützt und sich ihnen anschliesst.**

## Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Firma	Bemerkung/Anregung
KKA	<p><b>1. Zielvorgaben: Kostensenkung nach einem tayloristischem Ansatz funktioniert im Gesundheitssystem nicht</b></p> <p>Die Kernaufgabe des Gesundheitswesens und der Politik besteht nach Auffassung des Bündner Ärztevereins 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.</p> <p>Die KKA 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. Die KKA 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, einverstanden.</p> <p><u>Allgemeine Bemerkungen zu den Kostendämpfungspaketen 1 und 2</u></p> <p>Der Bundesrat beabsichtigte offensichtlich bereits mit dem Kostendämpfungspaket 1, das Krankenversicherungsgesetz (KVG) vor allem im ambulanten Bereich, und damit in erster Linie auch zu Lasten der praktizierenden Ärzteschaft, anzupassen. Auch das Kostendämpfungspaket 2 richtet sich wiederum primär gegen die freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte.</p> <p>Direkter Ansatzpunkt der Kostendämpfungspakete ist der Arzttarif, und damit indirekt das über den Tarif erzielbare Einkommen der freipraktizierenden Ärzteschaft. Mit einem nationalen Tarifbüro, mit ersatzweiser behördlicher Tariffestsetzung und mittels Einführung ambulanter Tarifpauschalen soll 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.</p>

## Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

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 demokratischer Legitimität sowie für einen längeren Zeitraum.

Auch das Kostendämpfungspaket 2 und die CVP-Initiative beinhalten Global-budgets. 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 Gesundheitsversorgung der Bevölkerung bald zusätzliche Qualitätssicherungsmassnahmen 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 ärmeren Bevölkerung, 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 möglichst optimale Behandlung seiner Patientin oder seines Patienten einsetzen kann.

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

## Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

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 sollen also, damit sie der Vorlage zustimmen, dieses Zückerchen einer „Einkommensgarantie als Gatekeeper“ schlucken, womit sie inskünftig faktisch (via ihre Versicherten und deren Kopfpauschalen) bei der OKP angestellt wären – indessen ohne effektiv alle wesentlichen Vorteile eines Angestellten zu geniessen. Denn gleichzeitig würden sie weiterhin selber AHV und BVG in die Sozialversicherung einzahlen und ihre eigenen Unternehmerrisiken tragen. Die Kopfpauschale wäre vielleicht anfangs grosszügig bemessen, aber nur solange, bis diese vom Bundesrat gekürzt wird. 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 Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse.

Dementsprechend sollte sich die Ärzteschaft nicht spalten lassen und jedes Global-budget, inkl. diejenigen Massnahmen, die vom EDI lediglich aus taktischen Gründen mit anderen Begriffen umschrieben werden, aber ebenfalls Globalbudgets sind, weil sie sich so auswirken, entschieden bekämpfen. Weil sich die KKA gegen jede Rationierung im Rahmen der OKP wehrt, spricht sie sich hiermit im Interesse aller Mitglieder auch dezidiert gegen die vorgesehene Erstanlaufstelle aus.

Die KKA ist 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.

## Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

Die KKA hat Respekt vor allen Expertinnen und Experten, die im Jahr 2017 in einem sehr kurzen Zeitraum von sechs Monaten den Auftrag des Bundesrats umgesetzt haben, Massnahmen zur Beeinflussung des Mengenwachstums von Gesundheitsleistungen, zu Änderungen des regulatorischen Rahmens und zur Vermeidung unnötiger Leistungen vorzuschlagen. Die KKA hat weiter Respekt vor allen Studienautorinnen und Autoren, die mittels eigener theoretischer Analysen oder internationalen Vergleichsstudien Effizienz- und Sparpotenziale für das Schweizer Gesundheitswesen identifizieren. Die KKA lehnt aber trotzdem das Experten-zentrierte Vorgehen des Bundesrats in dieser Form ganz grundlegend ab. Denn der Bundesrat vermeint, gestützt auf dieses Expertenwissen, mit einem tayloristischen Ansatz am komplexen System Gesundheitswesen wie bei einer komplexen Maschine an vielen einzelnen Rädchen drehen zu können, im Glauben und der Hoffnung, dass die damit verbundenen anderen Rädchen sich ebenfalls in eine bestimmte Richtung drehen und zu einem beabsichtigten Ergebnis führen. Dieser Ansatz ist sowohl international gescheitert, denn Kosteneinsparungen sind mit vergleichbaren Massnahmen in andern Ländern nie in der beabsichtigten Form eingetreten. Er ist auch in der Schweiz mit ähnlichen Ansätzen in Teilbereichen bisher gescheitert und muss auch weiterhin scheitern. Denn bei allem wird eines vergessen: der «Faktor Mensch»: Der Mensch, der als Anbieter von Gesundheitsleistungen die Rädchen der komplexen Maschine Gesundheitswesen am Laufen hält, und der Mensch, der als Konsumenten der Gesundheitsleistungen mit der komplexen Maschine Gesundheitswesen interagiert.

Die «Zielvorgaben» des Kostendämpfungspakets 2 enthalten mit ihren in Art 54d festgehaltenen Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele den gleichen Mechanismus wie eine «Leistungs- und Kostenvereinbarung (LeiKoV)» zwischen Krankenversicherern und Ärzten, mit der die Versicherer (im Kanton Zürich während 10 Jahren zwischen 2006 und 2016; 2016 hat die KKA die LeiKoV gekündigt, nachdem die Versicherer erneut die Taxpunktweite um 2 Rp senken wollten) versuchten, die Mengen und die Kosten der ärztlichen Leistungen durch Preissenkungen (Senkung der kantonalen Taxpunktweite) zu steuern. Diese Strategie ist gescheitert bzw. sind die gegenteilige Effekte und unbeabsichtigte Auswirkungen auf die ambulante Versorgung eingetreten, die nachfolgend beschrieben werden.

### **Exkurs: «Leistungs- und Kostenvereinbarung (LeiKoV)»**

*Die Erbringung von Gesundheitsleistungen im Spannungsfeld zwischen Angebot und Nachfrage wird neben dem grundlegenden Faktor der Leistungsfähigkeit einer Volkswirtschaft (siehe unten unter Ziff. 3.) in erster Linie von nicht ökonomischen Faktoren wie Demografie, Veränderungen des Krankheitsspektrums, medizinischer Fortschritt bzw. Innovationen infolge (Weiter-) Entwicklung bestehender und neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die zum Teil bewusst neu in den Leistungskatalog aufgenommen wurden, bestimmt. Diese Faktoren sollten zwar bei der durch die LeiKoV mittels Preisveränderungen zu beeinflussenden Kosten als «Korrekturfaktoren» berücksichtigt werden. Das wurde aber nie gemacht bzw. wäre offensichtlich gar nicht möglich gewesen. Auch Studien wie bspw. die des OBSAN über die Entwicklung der Ausgaben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von 1998 bis 2010<sup>1</sup> leisten keine Hilfe, weil sie Veränderungen von Leistungsmengen und -kosten beobachten und beschreiben, aber keine fundierte Begründung bzw. Nicht-Begründung von Leistungsmengen und -kosten mit demografischen oder medizinischen Faktoren liefern. Nicht berücksichtigt wird, dass bei der tatsächlichen Erbringung bzw. Inanspruchnahme der Leistungen auch individuelle Verhaltensweisen bzw. soziale Verhaltensmuster mitspielen («Faktor Mensch»), die wiederum durch andere*

<sup>1</sup> OBSAN Bericht 53 (2012)

## Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

*Faktoren wie Veränderung von sozialen Normen und Werten, sozialen Lebensverhältnissen, Wohlstand etc. beeinflusst werden. Trotz oder wegen der Nicht-Erklärbarkeit des Mengen- und Kostenwachstums von Arztleistungen wurde unter dem Regime der LeiKoV versucht, das Wachstum der Mengen und Kosten durch Preissenkungen zu dämpfen. Der «Faktor Mensch» führte auf der Angebotsseite zu Reaktionen der Ärzte, die versuchten, Einkommensverluste zu vermeiden bzw. zu minimieren, und die auch in anderen Wirtschaftszweigen bei Preissenkungen üblich sind, zum Teil aber wegen der Besonderheit des Gesundheitsmarktes ohne Vergleich dastehen.*

*Durch «Rationalisierungsmassnahmen» wurde versucht, die Gestehungskosten der Leistungserbringung durch Optimierung der Behandlungsprozesse zu senken, mehr Patienten in der verfügbaren Zeit zu betreuen, nicht rentable Leistungen zu verschieben (zu anderen Fachärzten, in Spitäler, zu anderen Leistungserbringern, ...) bzw. nicht mehr zu erbringen, keine Investitionen in die Infrastruktur zu tätigen (unter dem LeiKoV-Regime war ein deutlicher Rückgang der Investitionen festzustellen), Infrastrukturkosten durch Zusammenschluss zu Gruppenpraxen zu teilen oder die selbständige Praxisführung aufzugeben und sich in einer grösseren, als Aktiengesellschaft oder GmbH geführten ambulanten ärztlichen Institution anstellen zu lassen. Letzteres passiert/e oft deshalb, weil Ärzte unter dem Preisdruck die Motivation zur Selbständigkeit verlieren, und für sie die Anstellung mit einem fixen Lohn die attraktivere Variante ist.*

*Zu letzterem Phänomen ist eine Nebenbemerkung zu der vom Bundesrat in seinem Kostendämpfungspaket mehrfach zitierten Effizienzstudie des Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie und des Forschungsinstituts INFRAS<sup>2</sup> angebracht, worin die ökonomisch nachvollziehbare These aufstellt wird, dass grössere ambulante Organisationen von Ärzten effizienter seien, weil sie ihre Fixkosten auf eine grössere Anzahl von Leistungserbringern verteilen könnten, woraus ein (durch Preissenkungen realisierbares) Effizienzpotenzial bei den ambulanten ärztlichen Behandlungen von angeblich 423 Mio. CHF resultiere. Wenn selbständige Ärzte sich zu Gruppenpraxen zusammenschliessen, dann deshalb, weil sie sich administrativen und finanziellen Aufwand teilen wollen, um trotz der bereits bisher gesunkenen Preise ihrer Leistungen ein für sie noch akzeptables Einkommen erzielen zu können. Oft handelt es sich um Ärztinnen aber auch Ärzte, die nicht mehr in Vollzeit sondern in Teilzeit arbeiten wollen. Selbständige Ärzte in Einzel- oder Gruppenpraxen haben heute nach einem über 10 Jahre andauernden Preisverfall unter dem LeiKoV-Regime ihr Effizienzpotenzial weitgehend ausgeschöpft. Weitere Preissenkungen würden den Trend zur Aufgabe der Selbständigkeit und zur vermehrten Anstellung in oft im Besitz von arztfremden Investoren befindlichen ambulanten ärztlichen Institutionen verstärken. In diesen Institutionen ist zwar der auf die einzelnen angestellten Ärzte umgelegte Infrastrukturanteil relativ gering, was einer theoretischen Effizienz entspricht. Aber es muss neben dem grössten Fixkostenposten, den Löhnen des medizinischen Personals, auch ein zusätzlicher Overhead-Aufwand und ein Gewinn für die Eigentümerschaft erwirtschaftet werden.*

*Für die Anstellung in einer AG oder GmbH als «Ausweich-Organisationsform» von selbständigen Ärzten als Folge von Preissenkungen gilt daher schon jetzt viel mehr als in selbständigen Praxen: die Patienten werden nach ökonomischen Prinzipien ganz eng getaktet, und es wird ein Maximum an möglichen Leistungen erbracht. Dem in der Studie theoretisch attestierten Effizienz-Ansatz stehen dann in grossen ambulanten Institutionen in der Realität der Leistungserbringung aufgrund einer an ökonomischen Zielen orientierten Betriebsführung höhere Leistungskosten gegenüber, die, und das hat die LeiKoV bestätigt, den Effekt der geringeren Preise überstiegen. Die sich nach unten drehende Spirale der sinkenden Preise = Taxpunktwerte für ambulant tätige Ärzte wird hingegen nicht ad infinitum fortgesetzt werden können. Denn bereits heute verbleiben wegen der sinkenden Attraktivität der ärztlichen Berufsausübung in ambulanten Praxen immer mehr ausgebildete Fachärzte in Anstellungsverhältnissen zu Spitälern (was durch den Trend «ambulant vor stationär» fortgesetzt werden wird), wo sie tendenziell*

<sup>2</sup> Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie ZHAW und INFRAS (2019): Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen

## Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

*mehr verdienen: der durchschnittliche Betriebsgewinn der selbstständigen Ärztinnen und Ärzte beträgt zurzeit im Median (alle Fachärzte aller Altersgruppen) CHF 153'000<sup>3</sup>, womit Ärzte als selbständige Unternehmer nach einer längeren Praxiskarriere weniger Einkommen erzielen, als Ärzte in einer Kaderfunktion in Spitälern.*

*Eine weitere Bemerkung zum ökonomischen Prinzip und dem Unterschied zwischen Gesundheitswesen und anderen Branchen: Während Unternehmen in anderen Branchen bei einem Preisverfall den Globalisierungstrend nutzen und die Produktion zum Zweck der Kostensenkung bzw. Gewinnmaximierung ins Ausland verlagern, ist das bei den Anbietern von ärztlichen bzw. medizinischen Dienstleistungen nicht möglich. Die «Verausländerung» der Leistungserbringung vollzieht sich im Inland. Ärzte und Angehörige von Pflegeberufen, für die die Schweizer Einkommen bzw. Löhne (noch) attraktiv sind, werden in der Schweiz tätig bzw. müssen rekrutiert werden, wenn bzw. weil der Arzt- oder Pflegeberuf unter anderem wegen unbefriedigender Löhne (im Vergleich zu anderen Branchen) und damit zusammenhängender unbefriedigender Arbeitsbedingungen (grosser Zeitdruck, Administration) für inländische Erwerbstätige unattraktiver wird.*

Aufgrund der während der LeiKoV gewonnenen Erfahrungen und deren Auswirkung auf die ambulante Versorgung erwarten und befürchten wir mittelfristig folgende vom Bundesrat vermutlich nicht geplanten Effekte:

- «Entfremdung des Arztberufs»: Verlagerung der Erbringung ambulanter Leistungen von Ärzte-eigenen Praxen in von Investoren betriebene ambulante Institutionen (siehe aktuelles negatives Beispiel der Kette «Mein Arzt»). Eine Reduktion von Leistungskosten durch weitere Tarifsenkungen wird dadurch kaum eintreten, eher eine – kurzfristige – Erhöhung von Leistungsmengen und Kosten aufgrund der ökonomischen Ziele der Investoren, zur Gewinnoptimierung möglichst viele Leistungen abrechnen zu können. Mittel- und langfristig wird auch der Betrieb von ambulanten Institutionen für Investoren unattraktiv werden, und sie werden sich aus dem ambulanten Gesundheitssektor zurückziehen.
- Verlagerung der Erbringung ambulanter Leistungen vom Arzt-ambulanten in den Spital-ambulanten Sektor: Spitäler bieten bereits jetzt durch die Strategie «ambulant vor stationär» gezielt mehr ambulante Leistungen an und werden ihre Spitalambulatorien in den nächsten Jahren ausbauen, solange das im Kontext der Zulassungsregulierung möglich ist. Sie werden das mittel- und langfristig tun müssen, weil der Arzt-ambulante Sektor schrumpfen wird. Spitalambulatorien haben höhere Betriebskosten als Arztpraxen und können bereits jetzt nur durch Quersubventionierung aus Steuermitteln kostendeckend arbeiten. Die Steuersubventionierung wird zunehmen müssen, wenn die Preise (Taxpunktwerte) der spitalambulanten Leistungen weiter sinken. Somit wird es keine Kostendämpfung, sondern eine Verlagerung der Finanzierung der Gesundheitskosten vom Prämien- zum Steueranteil geben.
- Erhöhung des Ausländeranteils bei Ärzten: Vor allem bei den Ärzten (aber auch bei anderen Gesundheitsberufen) werden mehr Ausländer rekrutiert werden müssen. Wenn Spitäler zwar zurzeit im Vergleich zu Arztpraxen zunehmend attraktivere Arbeitgeber werden, wird das infolge des zunehmenden Budgetdrucks auf die Spitäler mit den Konsequenzen für die Arbeitsbedingungen des Personals mittel- und langfristig nicht mehr der Fall sein. Inländische Spitalärzte und Pflegerinnen werden vermehrt ihren Beruf aufgeben, respektive werden junge Menschen

<sup>3</sup> Medienmitteilung Bundesamt für Statistik: Arztpraxen und ambulante Zentren 2018, 02.10.2020



## Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

	<p>wegen der sinkenden Attraktivität im Vergleich zu andern Branchen nicht mehr diese Berufsausbildungen wählen, und es wird kein Weg daran vorbeiführen, noch mehr ausländisches Gesundheitspersonal zu rekrutieren (sofern das noch möglich sein wird).</p> <p>Diese Effekte werden eintreten, weil die nationalen und kantonalen Kostenziele des Massnahmenpakets «Zielvorgabe» bei Nicht-Erreichung des Ziels von den Tarifpartnern bzw. durch die Kantone nur mit dem Instrument der Tarifsenkungen erreicht werden können, eine andere Möglichkeit besteht nicht. Denn die KKA musste insbesondere seit dem Jahr 2015 in Verhandlungen mit Krankenversicherern erfahren, dass Versicherer nicht in der Lage bzw. nicht daran interessiert sind, über Alternativen zur – siehe oben – gescheiterten Kostendämpfungsstrategie via Preissenkungen zu verhandeln. Eine weitere Tarifsenkung, um nationale oder kantonale Zielvorgaben zu erreichen, wird aber die oben beschriebenen, nicht kontrollierbaren Effekten haben und im Ergebnis zu einer Verschlechterung der (ambulanten) Gesundheitsversorgung und der Patientenbetreuung führen, die nicht mehr in der bisherigen Qualität verfügbar sein werden - zumindest nicht für alle OKP-Versicherten sondern im Sinne einer Zweiklassenmedizin nur noch für die vermögenden Bevölkerungsschichten, die bereit und in der Lage sein werden, nicht mehr über die OKP verfügbare ambulante Leistungen bzw. eine bessere Betreuung privat einzukaufen.</p>
KKA	<p><b>2. Zielvorgaben: Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit ist die sinnvollere Alternative</b></p> <p>Vollkommen unverständlich ist diese gross angelegte Budgetierung von Leistungen nicht zuletzt vor dem Hintergrund der zurzeit im Umsetzungsstadium befindlichen <a href="#">Revision des KVG zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit</a>. Durch diese gesetzlich verankerte, umfassende Qualitätsstrategie werden sich alle Ärztinnen und Ärzte an Qualitätsmessungen und Massnahmen zur Qualitätsentwicklung beteiligen, und diese Massnahmen werden ab dem Jahr 2022 in Qualitätsverträgen zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und der Versicherer verbindlich vereinbart werden (Art. 58a KVG). Das scheint eine wesentlich sinnvollere Alternative zu sein, anstatt mit einer ungezielten Kostendeckelung nicht nur keine Ineffizienzen zu beseitigen sondern auch die Versorgungsqualität zu verschlechtern: weil sie ermöglicht, durch Qualitätsmassnahmen wie bspw. Smarter Medicine oder Stärkung fachspezifischer Qualitätsstandards die Effizienz zu steigern, und damit – noch nicht bezifferbare aber zwangsläufig eintretende – <b>kostendämpfende Effekte, bei gleichzeitiger Erhaltung und Förderung der Versorgungsqualität</b> zu erzielen.</p>
KKA	<p><b>3. Zielvorgaben: Es droht eine Rationierung von Gesundheitsleistungen</b></p> <p>Zum Verschwinden von Leistungen aus der OKP wird im Zusammenhang mit den drohenden ambulanten Zielvorgaben die <b>Strategie ambulant vor stationär</b> beitragen. Die staatlich verordnete Ökonomisierung der Spitalversorgung durch das DRG-System hat zur Verschiebung von Leistungen und Kosten geführt, indem vorher in Spitälern erbrachte, von den Tagespauschalen abgegoltene Leistungen in den ambulanten Sektor ausgelagert wurden. So sind bspw. die von der Effizienzstudie beanstandeten, in der Schweiz vergleichsweise hohen ambulanten radiologischen Leistungen unter anderem darauf zurückzuführen, dass Spitäler die Radiologie zum Teil ambulant ausgelagert haben. Eine weitere (zu begrüßende) Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Sektor findet zurzeit durch nationale bzw. kantonale Listen von vorwiegend ambulant zu erbringenden Leistungen statt. Wenn nun die gewollt zunehmenden ambulanten Leistungen bei Überschreitung ambulanter Zielvorgaben nicht mehr oder nicht mehr ausreichend bezahlt und daher auch nicht mehr erbracht werden können, gibt es keinen Überlaufkanal mehr. Anders als bei der Verlagerung von stationär zu</p>

## Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

	<p>ambulant kann eine vom ambulanten Sektor nicht mehr erbringbare Leistung nicht durch eine andere Leistung substituiert werden. Das bedeutet zwangsweise eine Rationierung von ambulanten Gesundheitsleistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Ein Teil der Bevölkerung wird sie sich daher in Zukunft privat einkaufen (Zweiklassenmedizin).</p>
KKA	<p><b>4. Zielvorgaben: Die Kostensituation wird unvollständig interpretiert</b></p> <p>Der Bundesrat verfolgt seit längerem und insbesondere seit dem Jahr 2018 mit den Massnahmenpaketen 1 und 2 auf Grundlage des Expertenberichts aus dem Jahr 2017 das prioritäre gesundheitspolitische Ziel einer Kosteneindämmung im Gesundheitswesen. Die KKA verkennt nicht die Notwendigkeit, dass auch in der Schweiz als einem der reichsten Länder der Welt über die Effizienz des hochentwickelten Schweizer Gesundheitssystems und somit auch über sinnvolle Möglichkeiten von Kosteneinsparungen diskutiert werden muss. Die KKA ist aber der Auffassung, dass der Bundesrat die falschen Schlüsse zieht, und die falschen Massnahmen ergriffen werden, denn die prioritär auf Kosteneindämmungen im Gesundheitswesen zielende Strategie des Bundesrats basiert aus unserer Sicht auf einer unvollständigen Interpretation der Kostensituation.</p>
KKA	<p><b>4.1. Das Schweizer Gesundheitssystem kostet nicht viel mehr als andere Gesundheitssysteme</b></p> <p>Es mag den Anschein haben, dass die Schweiz mit einem Ausgabenanteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP) von 12% eines der teuersten Gesundheitssysteme hat. Betrachtet man aber nur die staatlichen und obligatorischen Gesundheitsausgaben, beträgt der Anteil am BIP allerdings nur 7.8%; die Schweiz ist damit gleichauf mit Österreich und Belgien und hat geringere obligatorische Ausgaben als das Vereinigte Königreich (8.0%), die Niederlande (8.2%), Dänemark (8.4%), Norwegen (9.0%), Japan (9.3%), Schweden (9.3%), Frankreich (9.4%), und Deutschland (9.9%).<sup>4</sup> Der Teil der Ausgaben, den die Schweizer Bevölkerung per Gesetz verpflichtend für das Gesundheitssystem ausgeben muss, und für den der Staat somit die regulatorische Verantwortung trägt, ist demnach vergleichsweise gering. Einen beträchtlichen Anteil der Gesundheitsausgaben zahlen die Menschen in der Schweiz freiwillig bzw. aus der eigenen Tasche. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob es legitim ist, dass der Bundesrat bei seinem Kostendämpfungsziel auf den 12%-Anteil der Gesamtgesundheitskosten am BIP abstellt oder ob er sich nicht ehrlicherweise auf die 7.8% Pflichtkosten beziehen sollte, mit denen die Schweiz aber nicht an der Spitze, sondern im Mittelfeld liegt. Das Abstellen auf die Gesamtgesundheitskosten passt insbesondere nicht mit dem Vorwurf zusammen, es gebe eine nachfrageinduzierte Mengenausweitung aufgrund von Moral Hazard-Verhalten der versicherten Personen. Der These einer Anspruchsmentalität der Grundversicherten zulasten der Versichertengemeinschaft steht die Realität eines relativ hohen Eigenfinanzierungsanteils der konsumierten Gesundheitsleistungen respektive der Bereitschaft und der Kapazität eines grossen Teiles der Bevölkerung zu dieser Eigenfinanzierung gegenüber, die über mehr Ersparnis verfügt (siehe weiter unten). In Deutschland ist die Situation ganz anders. Dort machen die staatlichen und obligatorischen Ausgaben für das Gesundheitssystem mit fast 10% am BIP erstens deutlich mehr und zweitens fast alle Gesamtausgaben aus, die bei 11.7% liegen.</p>

<sup>4</sup> OECD Health Data 2019, <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeld=9>

## Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

KKA	<p><b>4.2. Die Gesundheitskosten sind nicht zu hoch, weil sie stärker als das BIP steigen</b></p> <p>Reiche Volkswirtschaften geben mehr für ihre Gesundheitsversorgung aus – nicht nur absolut, sondern auch in Relation zum Einkommen. Das weist nicht auf einen Missstand hin, sondern ist Folge davon, dass der Gesundheit neben anderen Konsumausgaben mit zunehmendem Wohlstand ein grösserer Stellenwert zukommt, und in diesen Ländern die Gesundheitsversorgung zugänglicher und qualitativ besser ist. Deutlich wird dieser Zusammenhang zum einen im Zeitablauf – nimmt das Bruttoinlandsprodukt (BIP) eines Landes im Zeitablauf zu, steigt der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP – und zum anderen im Ländervergleich - Länder mit geringen Wohlstandsniveaus, geben einen geringeren Anteil ihres BIP für Gesundheitsversorgung aus als Länder mit hohen Wohlstandsniveaus.<sup>5</sup> Im Übrigen wird, sofern es auch in den nächsten Jahren zu einem sinkenden BIP kommen sollte, infolge dieses Zusammenhangs auch der Anteil der Gesundheitskosten am BIP zurückgehen, dies trotz zusätzlicher Pandemiekosten. Die Annahme, die Entwicklung der Gesundheitskosten müsse sich konstant zur wirtschaftlichen Entwicklung bewegen, ist somit falsch und wird der steigenden Nachfrage von Gesundheitsleistungen in einer reichen Volkswirtschaft nicht gerecht. Unklar ist und geht auch aus dem Expertenbericht des Bundesrats nicht hervor, ob bzw. warum in der Schweiz das Verhältnis zwischen (obligatorischen) Gesundheitsausgaben und BIP nicht stimmen bzw. ein Indiz dafür sein sollte, dass das System nicht genug effizient und zu teuer sei.</p>
KKA	<p><b>4.3. Die Schweiz kann sich ihr Gesundheitssystem leisten</b></p> <p>Die Schweizer Volkswirtschaft kann sich die gesundheitsbezogenen Ausgabensteigerungen aggregiert betrachtet gut leisten. Dies belegen die Haushaltsbudgeterhebungen des Bundesamts für Statistik. Die Budgetsituation der Haushalte hat sich seit 2006 verbessert. Ein durchschnittlicher Haushalt hatte 2017 nach Abzug aller Ausgaben (für obligatorische Steuern, Abgaben und Prämien, übrige Versicherungen, Gebühren und Übertragungen sowie Konsumausgaben) mehr Geld für Ersparnis zu Verfügung als 2006. Die Ersparnis stieg in dieser Zeit von 9.9% auf 14.4% am Bruttoeinkommen. Der Anteil der Gesundheitsausgaben (obligatorische Krankenkassenprämien, Zusatzversicherungsprämien und out-of-pocket Gesundheitsausgaben) am Bruttoeinkommen ist zwischen 2006 (10.2%) und 2017 (10.5%) konstant geblieben<sup>6</sup>. Der durchschnittliche Haushalt gibt also verhältnismässig nicht mehr für die Gesundheitsversorgung aus und hat am Ende des Monats einen grösseren Anteil seines Bruttoeinkommens übrig. Das Narrativ vom Finanzierungsproblem im Gesundheitswesen ist daher falsch und damit auch der Fokus auf allgemeinem Kostensparen und generellen Budgetkürzungen. Dagegen darf nicht ausser Acht gelassen werden, dass die Belastung einzelner Bevölkerungsteile von der oben dargestellten guten durchschnittlichen Budgetsituation der Haushalte abweicht und dass Finanzierungslösungen für stärker belastete Haushalte</p>

<sup>5</sup> Quellen: OECD Data 2019, Gross Domestic Product (GDP), <https://data.oecd.org/gdp/gross-domestic-product-gdp.htm>, OECD Health Data 2019, <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9>

<sup>6</sup> Haushaltsbudgeterhebung Bundesamt für Statistik, Haushalteinkommen und -ausgaben sämtlicher Haushalte nach Jahr (<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/einkommen-verbrauch-vermoegen/haushaltsbudget.assetdetail.10867220.html>)

## Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

	<p>gefunden werden müssen. Anstelle der allgemeingültigen Kostenreduktion sollte daher die unterschiedliche Lastenverteilung ins Zentrum der Diskussion gerückt werden.</p>
KKA	<p><b>5. Zielvorgaben: Der Nutzen der Gesundheitsversorgung ist hoch – und wird nicht berücksichtigt</b></p> <p>Man sollte meinen, dass die Kostendämpfungsmassnahmen vom Bundesrat vorgeschlagen werden, weil der Nutzen der teuren Gesundheitsversorgung den Kosten nachhinkt, und die Bevölkerung nicht angemessen von den Leistungen des Schweizer Spitzengesundheitssystems profitiert. Tatsächlich ist der Nutzen im internationalem Vergleich sehr gross, wie bspw. die unmittelbare Wirkung des Gesundheitssystems auf die Lebensdauer der Bevölkerung zeigt.<sup>7</sup> Auch bei den Wartezeiten, dem Zugang und der Zufriedenheit steht die Schweiz regelmässig im Ländervergleich an der Spitze.<sup>8</sup> Demzufolge zeigen Umfragen, dass die Bevölkerung mit dem Status quo der Gesundheitsversorgung sehr zufrieden ist und keinen Abbau von Leistungen, sondern die Beibehaltung des hohen Niveaus der Leistungen aus der Grundversicherung wünscht. Die Zahlungsbereitschaft der Bevölkerung, um den hohen Nutzen der Gesundheitsversorgung erhalten zu können, ist sehr hoch. Die Bereitschaft, für eine Kostensenkung individuelle Einschränkungen hinzunehmen, geht sogar tendenziell zurück.<sup>9</sup></p> <p>Es ist unverständlich, warum sich der Bundesrat in seiner gesundheitspolitischen Strategie bei seinem Vorschlag von Kostendämpfungsmassnahmen nicht damit auseinandersetzt, mit welchem Nutzenverlust für die Bevölkerung diese Vorschläge einhergehen. Es wird im Gegenteil mit der Fokussierung der Kostendämpfungsmassnahmen auf den ambulanten Sektor der Hebel dort angesetzt, wo die Bevölkerung den grössten Nutzen sieht. Eine Einschränkung der freien Arztwahl, sei es nach Kosten-, Qualitäts- oder Effizienzkriterien, sieht die Bevölkerung als den grössten Nutzenverlust an, respektive müssten die Krankenkassenprämien dafür sehr stark sinken, um den Nutzenverlust in Kauf zu nehmen.<sup>10</sup></p>

<sup>7</sup> Die unmittelbare Wirkung des Gesundheitsversorgungssystems auf die Lebensdauer kann durch den Indikator der vermeidbaren Sterblichkeit (Treatable Mortality Rate), der vorzeitigen vom Gesundheitsversorgungssystem potenziell beeinflussbaren Sterblichkeit gemessen werden. In der Schweiz gibt es pro 100'000 Einwohner nur knapp 53 Fälle von vorzeitiger Sterblichkeit, die bei rechtzeitiger und effektiver Gesundheitsversorgung nicht eingetreten wären. Das ist im OECD-Vergleich der absolut tiefste Wert. Quelle: Outcome-Messung im Gesundheitswesen, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien, 2018, S. 59

<sup>8</sup> [Euro Health Consumer Index 2018](#): Das Schweizer Gesundheitswesen ist bezüglich Zugang zu medizinischen Leistungen mit Abstand das beste europäische Land. Gemessen wird dieser Indikator anhand der Wartezeiten bspw. für Termine beim Hausarzt oder für operative Eingriffe. Insbesondere Deutschland und Grossbritannien, die in der politischen Diskussion um Qualität und Kosten immer wieder als Vergleichsländer herangezogen werden, schneiden in dieser Disziplin schlecht ab

<sup>9</sup> gfs Gesundheitsmonitor 2018

<sup>10</sup> H. Telsler, Wie viel ist uns die Qualität im Gesundheitswesen wert?, Die Volkswirtschaft 3 / 2017

## Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

KKA	<p><b>6. Zielvorgaben: Behauptete Ineffizienzen sind anzuzweifeln – Kostendämpfungsmassnahmen beseitigen Ineffizienzen nicht</b></p> <p>Die KKA verkennt nicht, dass es in einem teuren Gesundheitssystem, das einen grossen Nutzen mit sich bringt, auch Effizienzpotenziale geben kann. Das ist dann der Fall, wenn der gleiche hohe Nutzen mit weniger Ressourcen erreicht werden könnte. Allein solche Effizienzpotenziale können Massnahmen zur Kostensenkung im Gesundheitswesen rechtfertigen, wenn dadurch die Ineffizienzen gezielt bekämpft und beseitigt werden, und dabei die Versorgungsqualität nicht leidet. Bei den vorgeschlagenen Massnahmen, insbesondere bei den zentralen Massnahmen der Zielvorgabe, aber auch bei der Erstberatungsstelle, ist das nicht der Fall.</p> <p>Die im erläuternden Bericht zum zweiten Massnahmenpaket zur Kostendämpfung mehrfach prominent zitierte Studie des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie ZHAW und der INFRAS identifiziert im Schweizer Gesundheitssystem ein Effizienzpotenzial von 16 – 19% aller KVG pflichtigen Leistungen. Angesichts des offensichtlich grossen Gewichts dieser Studie für den Bundesrat und der attestierten hohen Ineffizienz des Schweizer Gesundheitssystems kommen wir nicht um eine kurze, beispielhaft gehaltene Kritik der Studie herum:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Unklar ist, ob bei den identifizierten Effizienzpotenzialen das jeweilige Versorgungsniveau beibehalten werden kann, wenn die angestrebten Einsparungen dort realisiert werden<sup>11</sup>. Diesen Beweis kann die Studie erwartungsgemäss nicht antreten.</li></ul>
-----	---

---

<sup>11</sup> Beispielsweise berufen sich die Studienautoren bei der Bestimmung des Effizienzpotenzials von unnötigen Laboranalysen (M3.S2) darauf, dass bei 11.5% der Befragten einer Studie über einen Zeitraum von zwei Jahren mindestens ein medizinischer Test wiederholt wurde. Dabei ist weder genau definiert, um was für einen Test es sich handelte noch, ob dieser Test ambulant oder stationär durchgeführt wurde. Trotz der geringen Kenntnis zu den Umständen der wiederholten Tests, gehen die Studienautoren davon aus, dass die Wiederholungen der Tests medizinisch unnötig und ineffizient waren und dass es nicht zu einer Verschlechterung der Patientenversorgung gekommen wäre, wenn diese Tests innerhalb der zwei Jahre nicht wiederholt worden wären.

## Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausserdem geht die Studie bei der Bezifferung der Effizienzpotenziale von zahlreichen Annahmen aus. Diese sind zum Teil falsch<sup>12</sup>, und zum Teil werden Annahmen getroffen, die ebenso auch in die gegensätzliche Richtung ausfallen könnten<sup>13</sup>.</li> <li>- Falsch ist darüber hinaus, dass die Studie einzelne Effizienzpotenziale in das Gesamteffizienzpotenzial miteinberechnet, zu denen die entsprechenden Massnahmen bereits umgesetzt sind, die also nicht mehr im Gesamteffizienzpotenzial erscheinen sollten. Dies sind zum einen die Substitution stationärer durch ambulante Leistungen in der Akutsomatik (P2.S1) sowie der Effekt der Anpassungen der TARMED-Tarife durch das BAG (P3.S1). Zudem ist nicht erkennbar, inwiefern sich die Leistungsverschiebung vom stationären in den ambulanten Sektor auf den Letzteren auswirkt.</li> </ul> <p>Insgesamt kann daher also die Grössenordnung des Effizienzpotenzials, an dem sich der Bundesrat nun offensichtlich orientiert, stark bezweifelt werden.</p> <p>Noch mehr erstaunt, dass die Pakete zur Kostendämpfung kaum Massnahmen zur gezielten Beseitigung der vom Bundesrat in diesem Ausmass identifizierten und als Begründung für sein Massnahmenpaket herangezogenen Ineffizienzen enthalten. Anstelle eines gezielten Angehens von angeblichen Ineffizienzen werden mit Kostenzielen alle Leistungen über einen Kamm geschoren, möglicher Weise in der Hoffnung, damit auch Ineffizienzen zu beseitigen. Diese Hoffnung dürfte wohl kaum in Erfüllung gehen.</p>
KKA	<p style="text-align: center;"><b>7. Zielvorgaben: Die Ansprüche der Bevölkerung scheinen nicht zu interessieren</b></p> <p>Das Gesundheitsversorgungssystem und seine Reformierung sollten sich nach Auffassung der KKA zuerst am Bedarf und den Bedürfnissen der Menschen orientieren, die die Versorgungsleistungen benötigen. Das Gesundheitsversorgungssystem und seine Reformierung müssten darauf aufbauend die Voraussetzungen dafür schaffen, dass die Angehörigen der Gesundheitsberufe die benötigten Leistungen unter guten Bedingungen und</p>

<sup>12</sup> Beispielsweise treffen die Studienautoren bei der Berechnung eines allfälligen Effizienzpotenzials bei den Betriebskosten von ambulanten Organisationen (P1.S3) die Annahme, dass sich «die Produktionskosten der Leistungserbringer in den Kosten KVG-pflichtiger Leistungen niederschlagen», das soll heissen, dass Leistungserbringer mit ineffizient hohen Betriebskosten dies kompensieren, indem sie mehr oder teurere Leistungen anbieten und verrechnen und dass Leistungserbringer, die aufgrund von einer Praxiszusammenlegung Betriebskosten effizienter gestalten können, die eingesparten Betriebskosten in Form von weniger Leistungen an die Patienten weitergeben. Diese Annahme ist völlig unsinnig. Denn wenn das so wäre, wären ja gar keine unterschiedlichen Betriebskostenanteile am Gesamtumsatz feststellbar. Hinzu kommt, dass die von Experten angegebenen Betriebskostenanteile jeder Datengrundlage entbehren und nicht den RoKo-Zahlen entsprechen.

<sup>13</sup> Beispielsweise gehen die Studienautoren bei der Beseitigung von angebotsinduzierter Nachfrage durch Einführung von Budgetmitverantwortung von Ärzten (M2.S2) von einer Unterschätzung ihrer Bezifferung aus, weil «sich bisher eher die besseren, effizienteren Ärzte an Budgetmitverantwortung beteiligen». Genauso ist es aber auch denkbar, dass Ärzte, die sich bisher nicht an Budgetmitverantwortung beteiligen, jene sind, die bei ihrem Patientengut kaum Leistungen einsparen können.

## Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

	<p>mit guter Qualität erbringen können. Das Gesundheitsversorgungssystem und seine Reformierung müssen drittens dafür sorgen, dass die Finanzierung dieser Leistungen in einer angemessenen, von der Gesamtwirtschaft und den Menschen tragbaren Höhe und Form sichergestellt ist.</p> <p>Der Bundesrat geht in seiner in erster Linie auf Kostendämpfung zielenden Gesundheitsreform anders vor. Er stützt sich auf technokratische Analysen von Experten, die zudem wenig fundiert sind, nicht das halten dürften, was sie versprechen und Kollateralschäden für Leistungsempfänger und Leistungserbringer verursachen werden. Die KKA beschränkt sich nicht darauf, ihre Besorgnis darüber auszudrücken und die Fehler in den Vorschlägen des Bundesrats aufzuzeigen. Die KKA ist bereit, einen eigenen Beitrag zu leisten und aufzuzeigen, wie eine Gesundheitsreform anders aufgegleist werden könnte. Dazu hat die AGZ eine umfassende Studie zu den Ansprüchen der Bevölkerung und der Ärzteschaft an die ärztliche Versorgung lanciert<sup>14</sup>.</p> <p>Die Ergebnisse dieser Studie liegen seit 2019 vor. Mit der Veröffentlichung Anfang 2020 und der Berichterstattung in der Schweizerische Ärztezeitung wurden die Studienergebnisse auch dem Bundesrat zur Verfügung gestellt. Die KKA macht die folgende Bewertung der Massnahmen des Kostendämpfungspaketes 2 unter anderem vor dem Hintergrund der Studienergebnisse, die belegen, wie das Versorgungssystem aus Sicht der Betroffenen aussehen sehen sollte.</p>
KKA	<p><b>8. Fazit zu Zielvorgaben - Vorschläge</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die KKA lehnt die betreffende Erzielung tatsächlicher Kostendämpfungseffekte fragwürdige, Ineffizienzen nicht beseitigende, mit einer Verschlechterung der Versorgung einhergehende Kostendämpfungsstrategie via Zielvorgaben kategorisch ab.</li> <li>- Die KKA unterstützt stattdessen die Qualitätsstrategie im KVG, die kostendämpfende Effekte ohne Einschränkung der Patientenversorgung haben wird.</li> <li>- Die KKA unterstützt stattdessen die Förderung der Effizienz in der Leistungserbringung. Sollten in der Realität der Leistungserbringung tatsächlich Ineffizienzen auftreten, sind die dafür vorgesehenen Instrumente des KVG zu nützen (Wirtschaftlichkeitsprüfung, Tarifcontrolling).</li> </ul>

<sup>14</sup> Der Vorstand der AGZ hat mit INFRAS ein anerkanntes Forschungsinstitut beauftragt, mit einer qualitativen und quantitativen Analyse den Bedarf und die Bedürfnisse der Menschen, die das Versorgungssystem potenziell oder tatsächlich in Anspruch nehmen, und der Menschen, die Versorgungsleistungen anbieten, zu erheben. Erhoben wurden nicht nur die Ansprüche an die Versorgung bzw. an die Rahmenbedingungen für die Erbringung der Versorgungsleistungen, sondern auch Erwartungen betreffend Versorgungsstrukturen sowie Finanzierungsaspekte. In Fokusgruppeninterviews wurde die Sichtweise der «Leistungsempfänger», differenziert nach jungen Menschen, Menschen mittleren Alters, betagten Menschen und Menschen mit chronischen Krankheiten, und der «Leistungserbringer» (in unserem Fall nur der Ärzte), differenziert nach zukünftigen Ärzten (Studierende sowie Ärzte in Weiterbildung), und Ärzten im Berufsalltag erhoben. In einem zweiten Schritt wurde aufgrund der Erkenntnisse der Fokusgruppen-Interviews eine repräsentative quantitative Erhebung durchgeführt.

## Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

	<ul style="list-style-type: none"><li>- Die KKA unterstützt stattdessen den Ansatz der Re-Evaluation von Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mittels Methoden des Health Technology Assessment HTA. Sollten dabei tatsächlich ineffiziente oder obsolete Leistungen identifiziert werden, sollten sie aus dem Leistungskatalog der OKP entfernt werden.</li></ul>
--	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.



**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)  
Vernehmlassungsverfahren**

<b>Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen</b>					
<b>Firma</b>	<b>Art.</b>	<b>Abs.</b>	<b>Bst.</b>	<b>Bemerkung/Anregung</b>	<b>Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)</b>
KKA	Art. 21			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 Mehrfachsammeln der gleichen Daten für verschiedene Behörden ein Allerheilmittel finden zu wollen. Die Datenerhebung sollte, so wie es sich bereits im Rahmen der Erhebung von Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren MAS bewährt hat, welche über das Bundesamt für Statistik (BFS) läuft, generell zentral durch das BFS erfolgen. Der damit verbundene administrative Aufwand ist bereits so erheblich, indem jährlich quasi eine zweite Steuererklärung ausgefüllt werden muss. Die Ärzteschaft wehrt sich nicht gegen die Erhebung derartiger sachdienlicher, aggregierter Daten, welche der Umsetzung des KVG dienen. Der vorgeschlagene Artikel ermächtigt das BAG aber, 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.	
KKA	Art. 21	Abs. 2	a-d	Im Absatz 2 wird ausgeführt, dass Daten grundsätzlich in aggregierter Form weiterzugeben sind. Allerdings soll der Bundesrat vorsehen können, dass die Daten pro versicherte Person weitergegeben werden müssen. Aus den Buchstaben a-d	Die Daten sind in aggregierter und anonymisierter Form weiterzugeben. a. zur Überwachung der Kostenentwicklung nach Leistungsart und nach Leistungserbringerkategorie.

## Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

			<p>sind keine Aufgaben erkennen, welche die Notwendigkeit von Daten pro versicherte Person voraussetzt.</p> <p>Das KVG regelt in Art. 43 ff die Tarife, deren Anforderungen und die Genehmigungsprozesse. Insofern ist unklar, inwiefern das BAG hier nochmals Daten zur Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen für Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung in einem strukturierten Prozess braucht. Es gilt festzuhalten, dass Tarife grundsätzlich der Tarifautonomie unterliegen und die subsidiäre Kompetenz des Bundesrates keine systematische und strukturierte Analyse im vorgesehenen Ausmass rechtfertigt. Das BAG ist ja bereits mit der subsidiären Kompetenz überfordert, wie die verschiedenen in der Vergangenheit getroffenen Massnahmen zeigen und daher ist auf dieses systematische Datensammlung und -Analyse zu verzichten.</p> <p>Die Tarifpartner müssen der Genehmigungsbehörde ohnehin die Entscheidungsgrundlagen für die Beurteilung eines Tarifes zur Verfügung stellen. Bei einer behördlichen Festsetzung kann die Behörde die entsprechenden Daten situativ einfordern. Die systematische Datenlieferung verursacht nur Kosten, welche in keinem Verhältnis zum Nutzen stehen. Auch die gesetzlichen Bestimmungen sollten analog der medizinischen Leistungen im KVG den WZW-Kriterien genügen.</p> <p>Zudem werden bereits heute durch die Versicherer WZW-Verfahren gegen auffällige Leistungserbringer durchgeführt, weshalb eine zusätzliche, auf einzelne Leistungserbringer heruntergebrochene Datensammlung überflüssig und unverhältnismässig ist. Im ergänzenden Bericht (S. 62) wird ausgeführt, dass die Kantone ihre Kostenziele bis hin zu einzelnen Leistungserbringern differenzieren können. Das würde bedeuten, dass die Daten also nicht nur dem BAG übermittelt werden, sondern das BAG die nicht anonymisierten Daten dann</p>	
--	--	--	--	--

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)  
Vernehmlassungsverfahren**

				an die Kantone weitergeben muss, was im vorliegenden Gesetzesentwurf mit keinem Wort erwähnt ist.	
KKA	Art. 21	Abs. 3		Da die Daten dem BAG nur in aggregierter und anonymisierter Form (vgl. Antrag MSN zu Art. 21 Abs. 2) weitergegeben werden dürfen, erübrigt sich der Absatz 3.	Ersatzlos streichen
KKA	Art. 25	Abs. 2	h, i	<p>Die KKA begrüsst grundsätzlich die Förderung der koordinierten Versorgung, kann aber die geplanten Regelungen zu den «Programmen der Patientenversorgung» im Hinblick auf ihre Effektivität und ihren Einfluss auf die Versorgungsqualität nicht abschliessend beurteilen.</p> <p>Die KKA bezweifelt aber, dass die Leistungen von Apothekerinnen und Apothekern im Rahmen von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung in der geplanten Form im Gesetz (Art. 24 Abs. 2 Bst. h und i) aufgeführt werden müssen. Zum einen ist dies bereits in Art. 25 Abs. 2 Bst. a mit «Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin beziehungsweise eines Chiropraktors oder einer Chiropraktorin Leistungen erbringen» genannt. Die gesetzliche Grundlage für Leistungen von Apothekerinnen und Apothekern im Rahmen ärztlich geleiteter strukturierter Programme ist also prinzipiell bereits vorhanden, die Leistungserbringung muss aber aktuell explizit auf ärztliche Anordnung oder im Auftrag erfolgen. Zum anderen verweisen wir auf das Medizinalberufegesetz, das die Kompetenzen der Leistungserbringer abschliessend regelt. Diese sehen für Apothekerinnen und Apotheker keine Kompetenz zur Erbringung ärztlicher Leistungen vor, sondern lediglich, dass Apothekerinnen und Apotheker «angemessene Grundkenntnisse über Diagnose und Behandlung häufiger Gesundheitsstörungen</p>	Ersatzlos streichen

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)  
Vernehmlassungsverfahren**

				<p>und Krankheiten» (Art. 9 MedBG) haben. Angemessene Grundkenntnisse genügen nicht, um selbstständig eine Differenzialdiagnose bei Patientinnen und Patienten durchzuführen und eine Behandlung einzuleiten. Daher müssen die Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker auch nicht im KVG erwähnt werden, denn es wird ja hinzugefügt, dass diese Leistungen nur im Rahmen von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen erbracht werden können. Das gibt Apothekerinnen und Apothekern zwar mehr Kompetenz zum selbständigen Erbringen von ärztlichen Leistungen, was wie oben bemerkt im Widerspruch zum Art. 9. MedBG steht, belässt die Haftung jedoch bei der Ärztin, dem Arzt oder der ärztlichen Institution, die das strukturierte Programm leitet.</p>	
KKA	Art. 32	Abs. 3		<p>Dieser Artikel regelt die Anforderungen an sämtliche Leistungen im KVG. Angesichts der gemäss den Erläuterungen beabsichtigten Fokussierung alleine auf Arzneimittel, ist eine solche Regelung an dieser Stelle systemwidrig, denn sie geht vom Wortlaut her darüber hinaus bzw. zu weit.</p> <p>Wir wehren uns auch dagegen, dass unter dem Wortlaut einer neuen Bestimmung, welche das Kostengünstigkeitsprinzip nicht erwähnt, der beabsichtigten Anwendung des Kostengünstigkeitsprinzip, wofür im KVG keine gesetzliche Grundlage ersichtlich ist, das Wort geredet wird. Art. 164 Abs. 1 BV sieht vor, dass wichtige Bestimmungen in Form eines Bundesgesetzes zu erlassen sind. Dementsprechend sind wir dagegen, dass dem Bundesrat mit dem neu vorgesehenen EArt. 32 Abs. 3 eine weitgehende Kompetenz übertragen werden soll, die periodische Überprüfung der WZW-Kriterien nach einzelnen Leistungskategorien und innerhalb der einzelnen Leistungen (Leistungssegmente) differenziert zu regeln. Dies betrifft nach</p>	



## Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

				<p>ein grosses Kosteneinsparpotenzial<sup>15</sup>. Die Wünsche insbesondere der jüngeren ÄrztInnen, mehr Teilzeit arbeiten zu können, sind wenig kompatibel mit dem Anspruch der PatientInnen, möglichst immer und spontan die gleiche Ärztin bzw. den gleichen Arzt zu konsultieren. Mehr koordinierte Versorgungsmodelle mit Stellvertreterlösungen und Gruppen-/Gemeinschaftspraxen könnten dieses Dilemma ggf. etwas auflösen.</p> <p>Die KKA bezweifelt, dass die geplante Gesetzesänderung (Festlegen der Zulassungsvoraussetzungen für Netzwerke zur koordinierten Versorgung durch den Bundesrat), eine effektive Förderung der koordinierten Versorgung bedeutet. Die Alternativen Versicherungsmodelle wurden und werden aktuell von Versicherern in Zusammenarbeit mit Ärztenetzen erfolgreich entwickelt, weil die Versorgungsstruktur eben gerade nicht vorgegeben und definiert ist und sich somit ein Konkurrenzsystem der verschiedenen Versorgungsstrukturen entwickeln konnte, was zu einer positiven Dynamik in der Weiterentwicklung geführt hat. Wird nun genau definiert, wie ein Netzwerk ausgestaltet sein muss, wird ein Standard definiert, welcher diese Dynamik unterwandert und jegliche Innovation verhindert.</p> <p>Eine Generalvollmacht für den Bundesrat zur Festlegung der Zulassungsvoraussetzungen der Netzwerke ist daher abzulehnen.</p> <p>Eine Definition eines Ärztenetzes ist überflüssig, da diese bereits unter die Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, subsumiert werden können und diese in Art. 36a bereits definiert sind.</p>	
--	--	--	--	---	--

<sup>15</sup> Trageser, J., Gschwend, E., von Stokar, Th. (INFRAS), Ansprüche an die ärztliche Versorgung – Befragung der Bevölkerung und der Ärztinnen, 2019

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)  
Vernehmlassungsverfahren**

KKA	Art. 40a-d		<p>Die KKA lehnt die Massnahme «Erstberatungsstelle» ab. Denn sie schränkt die Wahlfreiheit der Patienten unnötig ein, ist versicherungsökonomisch unsinnig, führt zu unnötigen Mehrleistungen und zusätzlichem Aufwand und stärkt die Grundversorgung nicht.</p> <p><b>Die Bevölkerung will die freie Wahl</b></p> <p>Bei der Massnahme «Erstberatungsstelle» handelt es sich um eine krasse Form der Einschränkung des freien Zugangs zu Leistungserbringern. Eine verpflichtende Erstberatungsstelle hebt die freie Arztwahl prinzipiell für alle auf. Kein Bürger soll mehr direkt den Leistungserbringer seiner Wahl aufsuchen können. Das entspricht nicht dem Willen der Bevölkerung.</p> <p>Bereits die deutliche Ablehnung der Managed Care Vorlage im Jahr 2012 hat gezeigt, dass die Bevölkerung grossen Wert auf die freie Arztwahl legt, dies obwohl die Managed Care Vorlage in Bezug auf die Einschränkung der freien Arztwahl harmlos war. Es sollte «lediglich» ein zusätzliches optionales Modell mit eingeschränkter Arztwahl (integriertes Versorgungsnetzwerk) eingeführt werden. Dabei waren sogar Aussichten auf eine geringere Krankenkassenprämie und Kostenbeteiligung bei Wahl eines integrierten Versorgungsnetzwerkes gegeben. Die Stimmbürger haben die Vorlage mit 76% Nein-Stimmen abgelehnt und somit offensichtlich den freien Zugang zu Leistungserbringern deutlich höher gewichtet als eine Reduktion der Prämien oder Kostenbeteiligungen.</p> <p>Zwar haben sich heute über drei Viertel (77%) der Deutschschweizer Versicherten freiwillig für eine Grundversicherung mit einem alternativen Versicherungsmodell (Hausarztmodell, Telmed-Modell, HMO-Modell) entschieden</p>	Ersatzlos streichen
-----	------------	--	--	---------------------

## Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

			<p>(INFRAS 2019); dabei spielt die Freiwilligkeit und Selbstverantwortung aber die entscheidende Rolle. Versicherte, die sich für ein Standard-Versicherungsmodell entschieden haben, haben i.d.R. einen bestimmten Grund, sich nicht per se in der freien Wahlmöglichkeit des Arztes einzuschränken (bspw. bei schlechtem Gesundheitszustand bzw. chronischer Erkrankung). Weiter zeigt die INFRAS-Studie der AGZ auf, dass die Versicherten, die ein Modell der freien Arztwahl respektive des freien Zugangs zu Spezialisten wählen, diese Freiheit nicht verlieren wollen (46% dieser Versicherten würden den Verlust der freien Arztwahl nicht gegen tiefere Prämien tauschen wollen).</p> <p>Es ist auch nicht ersichtlich, wie eine verpflichtende Erstberatung durch bspw. Patienten mit Krebs oder Menschen mit schwer identifizierbaren seltenen Krankheiten helfen sollten. Die Realität, dass es einen Mangel an gut und umfassend ausgebildeten Hausärzten gibt, die am ehesten die Rolle einer ständigen ersten Anlaufstelle übernehmen können (und aus Sicht der meisten Patienten übernehmen sollten), bzw. das Tarifsystem, das eine – wenn sie eine Wirkung haben soll – intensive und zeitaufwändige Erstberatung bei chronischen, komplexen oder seltenen Behandlungen nicht abbildet, stehen dem Ansatz einer Erstberatung entgegen.</p> <p><b>Der Impact der Massnahme auf Verhaltensänderungen ist gering</b></p> <p>Die abschreckende Wirkung und die negative Wahrnehmung einer verpflichtenden Erstberatungsstelle wird wegen der Beschneidung der persönlichen Wahlfreiheit in der Bevölkerung zwar immens sein. Eine ernstzunehmende Wirkung auf Verhaltensänderungen beim Arztbesuch wird die Massnahme indes aber nicht haben. Denn die meisten Patientinnen und</p>	
--	--	--	--	--



## Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

				<p>Patienten suchen heute schon zuerst eine definierte Erstberatungsstelle auf. Laut INFRAS-Studie gehen 97% der Versicherten mit Hausarztmodell und 99% der Versicherten mit HMO-Modell immer oder meistens zuerst zu ihrer Erstberatungsstelle. Aber auch die Standardversicherten, die eigentlich direkt zur Spezialistin bzw. zum Spezialisten gehen könnten, konsultieren in 80% der Fälle zuerst ihre Hausärztin bzw. ihren Hausarzt. Insgesamt suchen 89% der Patientinnen und Patienten ungeachtet des Versicherungsmodells für die Erstkonsultation immer oder meistens den persönlichen Hausarzt oder die eigene HMO-Praxis auf (INFRAS 2019, siehe Graphik). Die übrigen 11% gehen entweder zu wechselnden Grundversorgern (4%) oder suchen sich jeweils für das vorliegende Problem die aus ihrer Sicht geeignetsten Spezialärztinnen und Spezialärzte (7%). Die Steuerungswirkung kann also gerade mal diese 11% der Versicherten betreffen.</p> <p><b>Eine verpflichtende Erstberatungsstelle ist versicherungsökonomisch unsinnig</b></p> <p>Versicherte, die sich für die Standardversicherung, also für die freie Arztwahl, entschieden haben, zahlen höhere Prämien. Sie tragen also die allfälligen Mehrkosten, die ihre Versicherungsform verursacht, selbst. Es ist nicht einzusehen, warum man ihnen ein Produkt aufzwingen möchte, das zwar (vielleicht) günstiger ist, dafür aber nicht ihren Präferenzen entspricht. Wenn sie dieses Produkt wollten, könnten sie sich heute bereits dafür entscheiden.</p> <p><b>Keine Einsparwirkung aber zusätzlicher Aufwand und volle Wartezimmer</b></p>	
--	--	--	--	---	--

## Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

			<p>Wie gesagt gehen lediglich 11% der Versicherten heute nicht zuerst zu der gleichen ersten Anlaufstelle. Eine Verhaltensänderung kann also nur bei diesen 11% der Versicherten erzielt werden. Dagegen gibt es rund 23% Standardversicherte; diese sollen von einer Prämienreduktion ausgehen dürfen. Wenn aber nur zusätzliche 11% der Versicherten gesteuert werden, wird diese Prämienreduktion wohl nicht entsprechend hoch ausfallen können. Voraussetzung dafür, dass es überhaupt zu einer Prämienreduktion kommt, wäre ja, dass dadurch, dass die besagten 11% über die Erstanlaufstelle gehen, Kosten gespart werden. Das ist stark zu bezweifeln. Denn 7% der Versicherten wählen heute bewusst den direkten Weg zum Spezialisten. Bei diesen Patientinnen und Patienten wird der Besuch der Erstberatungsstelle nur ein notwendiges zu absolvierendes Übel sein, bevor sie den gewünschten Spezialisten aufsuchen können. Bei den Grundversorgerinnen und -versorgern wird das lediglich zu höherem Aufwand und vollen Wartezimmern führen.</p> <p><b>Pro-Kopf-Pauschalen für die Erstberatung führen zu falschen Anreizen</b></p> <p>Wenn Hausärztinnen und Hausärzte für die Erstberatung eine jährliche Pauschale pro versicherte Person erhalten, für die sie die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben, unabhängig davon, ob und wie häufig sich die versicherten Personen an sie wenden, führt das zu komplett falschen Anreizen. Bei knappen Ressourcen sind Ärztinnen und Ärzte gezwungen, sich auf ein möglichst gesundes Patientengut zu konzentrieren und komplizierte Fälle mit erhöhtem Behandlungs- bzw. Abklärungsbedarf so gut es geht zu vermeiden. Knappe bzw. beschränkte Ressourcen pro Patient</p>	
--	--	--	---	--

## Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

			<p>bedeuten auch, dass die Erstberatung so knapp wie möglich ausfallen muss, umfassende Abklärungen und eine gute Koordination nicht stattfinden können, sondern Patientinnen und Patienten schnellst möglich an einen anderen Arzt, einen Spezialisten, weiterüberwiesen werden müssen. Das Ziel, dass die Erstberatungsstelle Patientinnen und Patienten berät, entscheidet, ob eine weitere Untersuchung oder Behandlung notwendig ist und diese koordiniert, um die Versorgung zu verbessern und unnötige Leistungen zu vermeiden, wird mit einer Pro-Kopf-Pauschale für die Erstberatung konterkariert. Die Erstberatungsstelle droht unter diesen Umständen zu einem notwendigen Übel zu mutieren, das Versicherte auf sich nehmen müssen, und ein erhoffter Effekt auf die Vermeidung von «unnötigen» Leistungen wird nicht eintreten. Das Vertrauen der Patienten in die Grundversorgung dürfte dadurch eher geschwächt als gestärkt werden.</p> <p><b>Modell Erstberatungsstelle nicht durch Pflicht, sondern durch echte Stärkung der Grundversorgung fördern</b></p> <p>Die Tatsache, dass die Mehrheit freiwillig ein besonderes Versicherungsmodell wählt und bei gesundheitlichen Problemen in der Regel zuerst die Hausärztin oder den Hausarzt aufsucht, zeigt, dass diesen in der Grundversorgung tätigen Ärzten als erste und verfügbare Anlaufstelle eine zentrale Rolle spielen. Die meisten Menschen haben eine deutliche Präferenz für eine feste vertraute Bezugsperson und eine kontinuierliche Beziehung zur Hausärztin/zum Hausarzt (INFRAS 2019). Die Hausarztmedizin sollte daher unbedingt gestärkt, und Hausärzte sollten als Erstberatungsstellen gefördert werden. Durch ein zwangsweises Gatekeeping in Form des verpflichtenden Aufsuchens einer</p>	
--	--	--	--	--

## Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

				<p>Erstberatungsstelle wird sich aber wie beschrieben an der heutigen Situation wenig ändern, sondern ggf. wird sich die Bedeutung der Erstberatung durch Hausärztinnen und Hausärzte noch verschlechtern. Es ist nicht ersichtlich, wie eine verpflichtende Erstberatung bspw. Patienten mit Krebs oder Menschen mit schwer identifizierbaren seltenen Krankheiten helfen sollten. Die Realität, dass es einen Mangel an gut und umfassend ausgebildeten Haus- und Kinderärzten gibt, und ein Tarifsystem, das eine intensive und zeitaufwändige Erstberatung bei chronischen, komplexen oder seltenen Behandlungen nicht abbildet, stehen dem Ansatz einer Erstberatung zudem entgegen. Eine wichtige Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung des «Modells Erstberatungsstelle» sind ausreichende und gut ausgebildete Hausärztinnen und Hausärzte, qualitativ gute Netzwerke von Hausärzten und Spezialisten und ein Tarifsystem, das vor allem den Zeitbedarf für eine Erstberatung und die weitere Koordination des Behandlungsprozesses angemessen abbildet.</p> <p>Jede versicherte Person müsste inskünftig 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.</p> <p>Der Kanton müsste eine kantonale Liste der Erstberatungsstellen führen und die Versicherer müssten Nichtanschlusswillige</p>	
--	--	--	--	---	--

## Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

			<p>zwangsweise einer Erstberatungsstelle zuordnen. Der Bundesrat müsste auch den Wechsel der Erstberatungsstelle auf Verordnungsstufe regeln. Die KKA spricht sich wie gesagt klar gegen einen derartigen Zwang und gegen diesen Eingriff in die Behandlungsfreiheit zu Lasten der Patientinnen und Patienten aus. Die Erstanlaufstelle 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.</p> <p>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 übrigbleibende freie Wahl des Leistungserbringers (Spezialisten) nach erfolgter Überweisung durch die Erstberatungsstelle wird den Patienten wenig nützen.</p>	
KKA	Art. 41		Keine Bemerkungen	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)  
Vernehmlassungsverfahren**

KKA	Art. 41a			Da die Erstberatungsstelle (Art. 40a-d) abgelehnt wird, kann auf den Art. 41a ebenfalls verzichtet werden.	Ersatzlos streichen
KKA	Art. 42	Abs. 3		Es dürfte immer noch einzelne Mitglieder der Ärzteschaft geben, welche nicht elektronisch abrechnen. Den Patientinnen und Patienten müssen ja auch weiterhin die Rechnungen kostenlos in Papierform geliefert werden, falls gewünscht. 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.	
KKA	Art. 42a	Abs. 2, 3		Keine Bemerkungen	
KKA	Art. 48a	Abs. 1, 2		Die KKA kann noch nicht abschliessend beurteilen, inwiefern die pauschale Abgeltung der Leistungen des Netzwerkes zur koordinierten Versorgung zielführend sind. Pauschalen, die den gesamten Behandlungspfad abdecken sind grundsätzlich sinnvoller als solche die bspw. nur die Erstabklärung abdecken, wie dies bei der Erstberatungsstelle geplant ist. Allerdings scheint es dann auch vorgegeben zu sein, dass sich die Versorgungsnetzwerke auf spezifische Behandlungen spezialisieren, für die sich konkrete Behandlungspfade definieren lassen. In jedem Fall ist es wichtig, dass der Aufwand für die Koordination in den Pauschalen berücksichtigt und abgegolten wird. Gemäss INFRAS-Studie seien laut Ärztinnen und Ärzten u.a. fehlende finanzielle Anreize für Leistungserbringer, sich integrierten Versorgungsmodellen anzuschliessen und u.a. Budgetverantwortung zu übernehmen sowie fehlende Abrechnungsmöglichkeiten des Aufwands für die Koordination,	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)  
Vernehmlassungsverfahren**

				Hauptgründe dafür, dass die integrierte Versorgung in der Schweiz noch weiteres Umsetzungspotential hat.	
KKA	Art. 52	Abs. 1		Keine Bemerkungen	
KKA	Art. 52b			Auch die in den EArt. 52b und 52c vorgesehene Regelung von möglichen Rückerstattungen, wozu die Zulassungsinhaberin inskünftig bei Arzneimitteln gezwungen werden könnten, erscheint uns als kompliziert und wenig praktikabel. Wir sind insbesondere gegen Zwangslösungen unter der willkürlichen Ägide des BAG.	
KKA	Art. 52c			Auch die in den EArt. 52b und 52c vorgesehene Regelung von möglichen Rückerstattungen, wozu die Zulassungsinhaberin inskünftig bei Arzneimitteln gezwungen werden könnten, erscheint uns als kompliziert und wenig praktikabel. Wir sind insbesondere gegen Zwangslösungen unter der willkürlichen Ägide des BAG.	
KKA	Art. 53	Abs. 1		Keine Bemerkungen	
	Art. 54			Das Kernstück der Vorlage will der OKP Kostenziele und damit Globalbudgets auf allen Ebenen vorgeben. Und zwar zunächst auf Stufe Bund/gesamte OKP-Kosten, in-dem 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.	Ersatzlos streichen

## Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

			<p>Anschliessend erfolgt die Festlegung entsprechender Kostenziele pro Kanton inkl. einer einheitlichen Toleranzmarge, um welche von der kantonalen Gesamtzielvorgabe abgewichen werden kann.</p> <p>Die Kantone regeln ihre eigenen Ziele pro Kostenblock und können weitere Kosten-blöcke definieren (sic!). So könnte zum Beispiel im Kanton Bern inskünftig auch der Kostenanstieg pro Fachgesellschaft, und je nach Fachgesellschaft dann auch unterschiedlich, festgelegt werden.</p> <p>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.</p> <p>Die KKA lehnt die Massnahme «Zielvorgabe» und damit sämtliche Gesetzesartikel betreffend Kostenziele entschieden ab. Zielvorgaben bedeuten gedeckelte Budgets. Dies ist auch dann der Fall, wenn darin Mehrkosten aufgrund der wirtschaftlichen Entwicklung, des demographischen Wandels und des medizinischen Fortschrittes berücksichtigt werden.</p> <p>Die vorgegebene Zielvorgabe wird – trotz Einbezugs des demographischen Wandels und des medizinischen Fortschrittes neben der wirtschaftlichen Entwicklung geringer ausfallen, als es der aktuellen tatsächlichen Kostenentwicklung entspricht. Denn die erlaubten Mehrkosten aufgrund des demographischen Wandels und des technischen Fortschrittes werden nicht Mehrkosten entsprechen, die tatsächlich von diesen Effekten ausgelöst werden. Bisher konnte noch keine Wissenschaftlerin</p>	
--	--	--	--	--



## Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

				<p>und kein Wissenschaftler bestimmen, welcher Anteil am Anstieg der Gesundheitskosten auf die wirtschaftliche Entwicklung, den demographischen Wandel oder den medizinischen Fortschritt zurückzuführen ist. Die erlaubten Mehrkosten werden also politisch festgelegt sein.</p> <p>Leistungserbringer und ihre Patientinnen und Patienten werden also unter einer Zielvorgabe in jedem Fall mit weniger Mitteln auskommen müssen. Ärztinnen und Ärzte werden medizinische Leistungen beschränken müssen.</p> <p>Dies ist wird nicht zu einer Reduktion von Überversorgung führen, sondern zu einer Verschärfung der Problematik von Über-, Unter- und Fehlversorgung. Zielvorgaben reduzieren keine Ineffizienzen, sondern schaffen neue Fehlanreize. Sie werden ineffiziente Kosten nicht reduzieren, sondern Folgekosten verursachen. Sie verschlechtern die Versorgungsqualität und schaffen Versorgungslücken.</p> <p><b>Zielvorgaben rationieren notwendige medizinische Leistungen</b></p> <p>«Bei einem gedeckelten Budget ist es nicht möglich, alle Leistungen gegenüber allen Patientinnen und Patienten zu erbringen»<sup>16</sup>. Ärztinnen und Ärzte sind es gewohnt, ihren jeweiligen Patientinnen und Patienten die medizinische Behandlung zu geben, die diese benötigen. Haben sie eine Patientin mit einem bestimmten Behandlungsbedarf vor sich, wissen sie nicht, wie viele weitere Patientinnen in der laufenden Budgetperiode noch mit diesem oder einem noch dringenderen Behandlungsbedarf zu ihnen kommen. Sie können keine Gesamtabwägung darüber machen, welche Patientinnen und Patienten die Behandlung bekommen und welche Patientinnen</p>	
--	--	--	--	--	--

<sup>16</sup> FMH, Globalbudgets rationieren Leistungen und führen zu einer Zweiklassenmedizin, 2018, [https://www.fmh.ch/files/pdf21/Globalbudget\\_final.pdf](https://www.fmh.ch/files/pdf21/Globalbudget_final.pdf)

## Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

				<p>und Patienten auf die Behandlung verzichten müssen. Das heisst die knappen Ressourcen können aufgrund unvollständiger Information nicht sinnvoll am medizinischen Bedarf ausgerichtet verteilt werden. Medizinisch notwendige Leistungen werden nicht mehr allen Patienten zur Verfügung gestellt werden können bzw. in die nächste Budgetperiode verschoben werden. Dies verschärft die Problematik in jeder weiteren Budgetperiode. Die Folge ist, dass immer mehr Patientinnen und Patienten Leistungen vorenthalten werden müssen, und es immer häufiger zu langen Wartezeiten kommt.</p> <p>Die Schweizer Bevölkerung schätzt den guten Zugang zu Innovationen und die aktuell relativ geringen Wartezeiten in der Schweiz sehr. Die Mehrheit ist nicht bereit Abstriche beim Zugang oder den Wartezeiten in Kauf zu nehmen, selbst dann nicht, wenn im Gegenzug die Prämien sinken. Gut 70% der Befragten, der von der AGZ bei INFRAS in Auftrag gegebenen Studie lehnen es ab, Kürzungen des Leistungskataloges in Kauf zu nehmen, wenn dafür die Prämien sinken. 65% der Patientinnen und Patienten möchten nicht, dass die Therapiefreiheit der Ärztinnen und Ärzte eingeschränkt wird und ebenfalls 65% möchten keine Einschränkungen beim Zugang zu Innovationen hinnehmen. 75% der Befragten lehnen längere Wartezeiten bei Hausärzt*innen ab, 63% lehnen längere Wartezeiten bei Spezialist*innen und 46% längere Wartezeiten für planbare Operationen ab, wenn dadurch die Prämien sinken würden<sup>17</sup>.</p> <p><b>Zielvorgaben ebnen den Weg für eine Zweiklassenmedizin</b></p>	
--	--	--	--	--	--

<sup>17</sup> Trageser, J., Gschwend, E., von Stokar, Th. (INFRAS), Ansprüche an die ärztliche Versorgung – Befragung der Bevölkerung und der Ärztinnen, 2019

## Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

				<p>Wer trotz gedeckeltem Budget in der obligatorischen Krankversicherung keine Einschränkungen und längere Wartezeiten hinnehmen möchte und es sich leisten kann, wird die gewünschten Behandlungen aus der eigenen Tasche zahlen oder über Zusatzversicherungen erhalten. In Deutschland haben einige Ärztinnen und Ärzte ihr Angebot komplett auf privatversicherte oder selbstzahlende Patientinnen und Patienten ausgerichtet bzw. behandeln diese bevorzugt. Damit haben sich die ärztlichen Ressourcen, die der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung stehen, zusätzlich - sowohl quantitativ als auch qualitativ – verschlechtert. Die Einführung einer Zielvorgabe in der obligatorischen Krankenversicherung würde insbesondere in der Schweiz, in der es viele zahlungskräftige Bürgerinnen und Bürger gibt, den Weg für eine Zweiklassenmedizin ebnen.</p> <p>Gemäss INFRAS-Studie würden 29% der Befragten höhere Prämien zahlen, um dafür eine höhere Anzahl Hausärzte und Hausärztinnen verfügbar zu haben, 17% der Befragten würde für mehr Spezialisten mehr zahlen. Für kürzere Wartezeiten würde rund ein Viertel der Befragten höhere Prämien zahlen<sup>18</sup>.</p> <p><b>Zielvorgaben verschlechtern das Arzt-Patient-Verhältnis</b> «Die Politik will die Diskussion, wer wann keine Leistung mehr erhalten soll, nicht führen und delegiert diese Aufgabe an die Ärzteschaft»<sup>19</sup>. Damit geraten Ärztinnen und Ärzte in schwierige Konflikte mit ihren Patientinnen und Patienten. Versicherte in der OKP haben Anspruch auf volle Leistung ohne Deckelung. Eine Versicherung hat zu zahlen, wenn der Schaden eintritt. Die</p>	
--	--	--	--	--	--

<sup>18</sup> Trageser, J., Gschwend, E., von Stokar, Th. (INFRAS), Ansprüche an die ärztliche Versorgung – Befragung der Bevölkerung und der Ärztinnen, 2019

<sup>19</sup> FMH, Globalbudgets rationieren Leistungen und führen zu einer Zweiklassenmedizin, 2018, [https://www.fmh.ch/files/pdf21/Globalbudget\\_final.pdf](https://www.fmh.ch/files/pdf21/Globalbudget_final.pdf)

## Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

			<p>Deckelung soll nun dadurch erreicht werden, dass Leistungen von Ärztinnen und Ärzten gar nicht erst erbracht und auf diese Weise Patientinnen und Patienten vorenthalten werden. Dies belastet und untergräbt das vertrauensvolle Arzt-Patient-Verhältnis, welches für die gute ärztliche Versorgung von zentralster Bedeutung ist – dies ist eine der wichtigsten Schlussfolgerungen der INFRAS-Studie. Ein schlechtes Arzt-Patienten-Verhältnis bedeutet schlechte Versorgung. Die Ärzteschaft versteht sich als Partner der Patientinnen und Patienten. Die Ärzteschaft weigert sich, die Rolle des Rationierers zu übernehmen.</p> <p><b>Zielvorgaben beseitigen keine Ineffizienzen, sondern schaffen neue Fehlanreize</b></p> <p>In einem theoretischen Ansatz ist es möglich, Ineffizienzen im Schweizer Gesundheitssystem respektive unnötige Kosten zu identifizieren (im Gegensatz zur Realität, siehe die einleitenden Bemerkungen zum tayloristischen Ansatz und zum «Faktor Mensch»). Die ZHAW und INFRAS haben sich bemüht, diese Ineffizienzen in der vom BAG beauftragten Studie «Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen» zu benennen und zu beziffern. Die identifizierten Ineffizienz-Kategorien sollen unwirksame Leistungen, angebots- und nachfrageindizierte Mengenausweitung, mangelnde Koordination in der Versorgung, produktive Ineffizienzen bei Leistungserbringern, suboptimale Allokation der Versorgungssettings sowie zu hohe Leistungen von Gesundheitsleistungen und Produkten sein. Zusammen sollen diese Ineffizienzen 16 bis 19% der KVG-pflichtigen Leistungen ausmachen. Es ist zu befürchten, dass sich der Bundesrat bei der Festlegung der nationalen Zielvorgabe an den Studien-Ergebnissen orientieren wird. Aber durch eine Zielvorgabe wird</p>	
--	--	--	---	--

## Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

			<p>keine einzige dieser Ineffizienzen gezielt gesteuert und beseitigt. Im Gegenteil, eine Zielvorgabe schafft neue falsche Anreize. Dies sind a) das Verschieben notwendiger Leistungen in andere Leistungsblöcke, andere Kantone oder folgende Budgetperioden, b) das Vermeiden von aufwendigen komplexen Fällen, die einen hohen Ressourceneinsatz erfordern und c) ein Hamsterrad-Verhalten der einzelnen Marktteilnehmer (Patienten und Leistungserbringer).</p> <p><b>Zielvorgaben orientieren sich nicht am Behandlungsbedarf</b> Die Finanzierung der Gesundheitsleistungen sollte am Behandlungsbedarf der Bevölkerung ansetzen. Zielvorgaben berücksichtigen den Behandlungsbedarf nicht. Sie richten sich ggf. an der demographischen Entwicklung der Schweiz und der Bevölkerung der einzelnen Kantone aus. Diese beschreibt aber die Morbidität und damit den Behandlungsbedarf nur unzureichend.</p> <p><b>Unwirtschaftliche Leistungen werden bereits kontrolliert und nicht vergütet</b> Eine mögliche Überlegung der Regulatoren hinter der Einführung eines Zielvorgaben ist, dass Ärztinnen und Ärzte unter einem Kostenziel unwirksame und/oder unwirtschaftliche Leistungen weglassen. Das unterstellt, dass Ärztinnen und Ärzte heute mit vollem Bewusstsein unwirksame und/oder unwirtschaftliche Leistungen erbringen. Das hiesse, dass sie sehr genau wissen, welche Leistungen unwirtschaftlich und/oder unwirksam sind, ergo von heute auf morgen die Entscheidung treffen können, diese Leistungen wegzulassen. Das ist nicht der Fall. Ausserdem gibt es bereits heute Kontroll- und Sanktionsmechanismen bei unwirtschaftlicher Leistungserbringung</p>	
--	--	--	--	--

## Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

			<p>(Wirtschaftlichkeitsverfahren) und bei falscher oder auffälliger Tarifierung (Tarifcontrolling). Krankenversicherer kontrollieren heute systematisch die Kosten, Leistungserbringung und Tarifierung und fordern Vergütungen zurück. Der Spielraum für die unwirtschaftliche oder exzessive Anwendung von Leistungen ist daher bereits heute gering.</p> <p><b>Zielvorgaben senken die Kosten nicht</b> Die Kantone Genf, Waadt und das Tessin haben Zielvorgaben im Spitalbereich. Ein dämpfender Effekt auf das Ausgabenwachstum kann dort nicht bestätigt werden<sup>20</sup>. Zielvorgaben führen zu Folgekosten wegen unterlassener Behandlungen. Wenn beispielsweise eine ältere Patientin aufgrund einer Knie-Operation nur ein halbes Jahr länger selbständig wohnen kann, ist die Operation für die Gesellschaft bereits günstiger<sup>21</sup>.</p>	
KKA	Art. 54a		<p><b>Zielvorgaben verhindern integrierte Versorgung</b> Die Zielvorgabe wird auf verschiedene Leistungsblöcke (bspw. stationäre Leistungen im Spital, ambulante Leistungen im Spital, ambulante Leistungen in Praxen, Leistungen der Grundversorgung, Spezialärztliche Leistungen, Medikamente, Laborleistungen, etc.) aufgeteilt. Dies führt dazu, dass jeder Leistungsblock sein eigenes Teilbudget verteidigen wird, und dass Leistungserbringer geneigt sind, Patientinnen und Patienten in andere Leistungsblöcke zu verschieben. Die Trennung nach Leistungsblöcken lässt es nicht zu, dass Leistungserbringer ein gemeinsames Kostenbewusstsein und Verantwortung für die</p>	Ersatzlos streichen

<sup>20</sup> Trezzini, B., Meyer, B., Kantonale Globalbudgets erfüllen Erwartungen nicht, Schweizerische Ärztezeitung, 2019, 100(33):1057-1060

<sup>21</sup> FMH, Film: Auswirkungen des Globalbudgets, <https://www.fmh.ch/politik-medien/politische-geschaefte/kostendaempfung-globalbudget.cfm>

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)  
Vernehmlassungsverfahren**

				gesamten Fallkosten übernehmen. Dies widerspricht der integrierten Versorgung.	
KKA	Art. 54b			<p><b>Zielvorgaben wirken Zentralisierung und Spezialisierung entgegen</b></p> <p>Die Zielvorgabe wird auf die einzelnen Kantone verteilt. Dabei spielen die aktuelle Kostenverteilung, die Bevölkerungsverteilung und die demographische Entwicklung der Wohnbevölkerung der Kantone eine Rolle. Die Wohnbevölkerung spiegelt aber nicht realistisch wider, welche und wie viele Patientinnen und Patienten in einem Kanton tatsächlich ärztlich versorgt werden. Je spezialisierter das medizinische Angebot eines Kantons ist, umso mehr Patientinnen und Patienten aus anderen Kantonen werden dort versorgt. Dabei handelt es sich vor allem um schwere Fälle, die überdurchschnittlich hohe Kosten verursachen. Sollten diese Fälle in Zukunft in ihren eigenen Wohnkantonen behandelt werden, weil sie dort in der kantonalen Zielvorgabe berücksichtigt sind? Kantonale Zielvorgaben fördern es, dass unsinnige parallele kantonale Strukturen bestehen bleiben oder weiter ausgebaut werden. Sie wirken Zentralisierung und Spezialisierung von medizinischem Knowhow und Ressourcen entgegen.</p>	Ersatzlos streichen
KKA	Art. 54c			Da die Art. 54 – 54b ersatzlos gestrichen werden sollen, kann auf diesen Artikel verzichtet werden.	Ersatzlos streichen
KKA	Art. 54d			<p><b>Zielvorgaben gefährden die Versorgungssicherheit insbesondere in der Grundversorgung</b></p> <p>Die Kantone führen Korrekturmassnahmen durch, wenn die Kostenziele überschritten werden. Die Korrekturmassnahmen bestehen aus Anpassungen der Tarifverträge, Tarife und Preise (Taxpunktwerte, Baserates, etc.). Im schlimmsten Fall findet ein jährlicher Preisabschlag statt. Darunter werden insbesondere</p>	Ersatzlos streichen

## Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

				<p>Ärztinnen und Ärzte jener Fachbereiche leiden, deren Umsätze bereits heute kaum die Gestehungskosten der Praxis decken können. Dies sind vorallem Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte sowie Psychiaterinnen und Psychiater, also die Grundversorger. Bereits heute haben diese Fachgebiete Nachwuchsprobleme und insbesondere bei den Hausärzten und Kinderärzten spüren Patientinnen und Patienten bereits heute den Ärztemangel. Im Kanton Zürich gibt es kaum Kinderärzte, die keine Aufnahmebeschränkungen und Wartelisten bei Neuanfragen haben; teilweise gibt es sogar Aufnahmestopps.</p>	
KKA	Art. 54e			Da die Art. 54 – Art. 54d ersatzlos gestrichen werden sollen, kann auf diesen Artikel verzichtet werden.	Ersatzlos streichen
KKA	Art. 64	Abs. 7	b und c	Keine Bemerkungen	

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.