

HERR BUNDESRAT ALAIN BERSET

P.A. BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT
DIREKTIONSBEREICH KRANKEN-
UND UNFALLVERSICHERUNG
ABTEILUNG LEISTUNGEN
SCHWARZENBURGSTRASSE 157
3003 BERN

PER E-MAIL
ABTEILUNG-LEISTUNGEN@BAG.ADMIN.CH

ZÜRICH, 21. NOVEMBER 2018

**TEILREVISION DES BUNDESGESETZES VOM 18. MÄRZ 1994 ÜBER DIE KRANKENVERSICHERUNG:
MASSNAHMEN ZUR KOSTENDÄMPFUNG – PAKET 1
VERNEHMLASSUNGSANTWORT AGZ**

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Die AGZ ÄRZTEGESELLSCHAFT DES KANTON ZÜRICH vertritt die Interessen von rund 5800 diplomierten Ärztinnen und Ärzten im Kanton Zürich, in deren Namen wir uns erlauben, Stellung zu den vorgeschlagenen Massnahmen zu beziehen. Unsere Stellungnahme geben wir aber auch als Anwältin der von unseren Ärztinnen und Ärzten betreuten Patienten sowie der Menschen ab, die im Bedarfsfall auf eine gute Versorgung durch die Ärzte vertrauen.

Die AGZ zeigt sich sehr besorgt über die Stossrichtung und die einzelnen Massnahmen der vorgeschlagenen Teilrevision des KVG. Der Bundesrat verfolgt nach wie vor das prioritäre gesundheitspolitischen Ziel einer Kosteneindämmung im Gesundheitswesen. Die AGZ verkennt nicht die Notwendigkeit, dass auch in der Schweiz als einem der reichsten Länder der Welt über die Kosten des hochentwickelten Schweizer Gesundheitssystems diskutiert werden muss. Die AGZ ist aber der Auffassung, dass in dieser Diskussion zurzeit die falschen Schlüsse gezogen und die falschen Massnahmen ergriffen werden.

I. ZUR KOSTENSITUATION ALLGEMEIN

Die Vorlage steht im Kontext der bundesrätlichen Strategie Gesundheit2020 und der Legislaturziele 2015 - 2019, in denen der Bundesrat eine finanziell tragbare Gesundheitsversorgung zu einem seiner Hauptziele erklärte. Um dies zu erreichen, will der Bundesrat Kostendämpfungsmassnahmen in allen grossen Kostenblöcken („Spital stationär“, „Arztbehandlungen ambulant“, „Arzneimittel“, „Spital ambulant“) und – aufgrund der Kompetenzaufteilung im Schweizer Gesundheitswesen – auf allen Ebenen und bei allen Akteuren implementieren.

Wir erlauben uns, zum wiederholten Mal darauf hinzuweisen, dass es bei einer sachlichen Betrachtungsweise kein wirkliches Kostenproblem für die Volkswirtschaft und den Grossteil der Bevölkerung gibt. Die Schweizer Gesundheitsversorgung ist zurzeit finanziell tragbar und wäre auch in der Zukunft noch finanziell tragbar, wenn für

Gesundheitsausgaben bspw. 15% des Bundesinlandsprodukts verwendet würden. Es ist auch nicht so, dass das KVG, trotz der Einführung zahlreicher zusätzlicher Leistungen, der starken Bevölkerungszunahme und der demografischen Alterung, keinen Kostendämpfungseffekt gehabt hätte. Der inflationsbereinigte reale jährliche Kostenanstieg betrug in 20 Jahren KVG 3.5% im Vergleich zu 3.7% vor der Einführung des KVG.¹

Diese im internationalen Umfeld vergleichbaren Kostensteigerungen haben hingegen bewirkt, dass das Schweizer Gesundheitssystem mittlerweile eine Versorgungsqualität erreicht hat, die in anderen Ländern, mit denen sich der Bundesrat vergleicht, nicht vorhanden ist. Die aus unserer Sicht ohne finanzielle Not vorgeschlagenen, umfangreichen Kostendämpfungsmassnahmen werden zwangsläufig negative Auswirkungen auf die Versorgung der Bevölkerung haben. Wir vermischen in der Kostendämpfungsstrategie des Bundesrates die Bezugnahme auf den exzellenten Leistungsausweis des Versorgungssystems zugunsten der Schweizer Bevölkerung, und ein «Health Impact Assessment» seiner von ihm vorgeschlagenen Massnahmen:

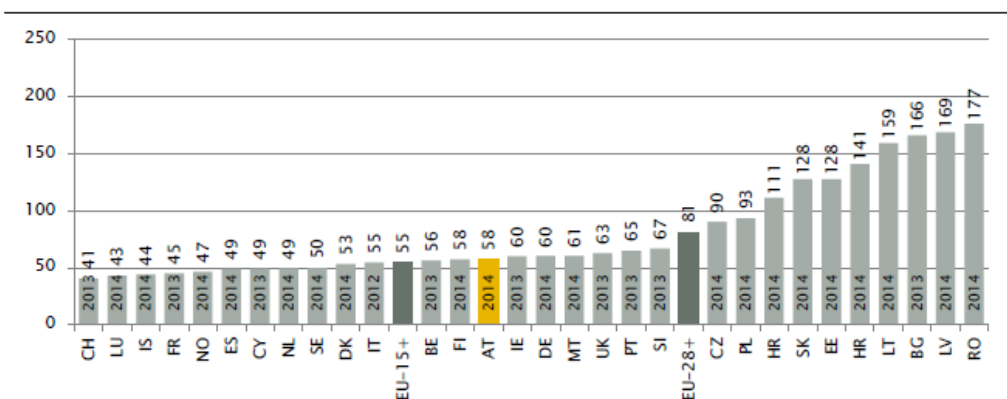
Von einer Gesetzesrevision, die gravierende Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung hat, darf die Bevölkerung nicht nur eine Antwort darauf erwarten, welche finanziellen Auswirkungen die Revision hat (nicht einmal darüber gibt die Gesetzesvorlage eine Antwort), sondern auch darauf, welche Auswirkungen auf ihre Gesundheitsversorgung die Kostendämpfungsmassnahmen haben.

Wir erwähnen hier nur einige wesentliche Indikatoren, auf deren Auswirkungen wir Antworten erwarten:

Beste Versorgungsqualität bei der durch Medizin beeinflussbaren vorzeitigen Sterblichkeit

Zurecht wird betreffend Beeinflussung der in der Schweiz sehr hohen Lebenserwartung der Bevölkerung darauf hingewiesen, dass die hohe Lebenserwartung nicht nur auf die Qualität der Gesundheitsversorgung zurückzuführen ist, und daneben das natürliche und soziale Umfeld und der Lebensstil einen wesentlichen Einfluss haben. Die unmittelbare Wirkung des Gesundheitsversorgungssystems auf die Lebensdauer kann besser durch den Indikator «Vorzeitige vom Gesundheitsversorgungssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit (Mortality Amenable to Health Care, MAHC)» gemessen werden. Vorzeitig bezieht sich dabei in den meisten Fällen auf ein Alter von unter 75 Jahren. In die Berechnung fliessen Todesursachen ein, die unmittelbar durch das Gesundheitsversorgungssystem beeinflussbar gewesen wären. Dieser Indikator verweist damit direkt auf die Versorgungsqualität von Gesundheitssystemen. In der Schweiz gibt es pro 100'000 Einwohner nur 41 Fälle von vorzeitiger Sterblichkeit, die bei rechtzeitiger und effektiver Gesundheitsversorgung nicht eingetreten wären. Das ist gemäss dem in der nachfolgenden Tabelle abgebildeten OECD-Vergleich der absolut tiefste Wert.²

Abbildung 2.27:
MAHC im europäischen Vergleich, 2014



Altersstandardisiert nach OECD-2005-Bevölkerung
Referenzjahr 2014 oder jüngstes verfügbares Jahr

Quelle: WHO Mortality Database Stand 2017; AT: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2014 und Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

¹ Quelle: A. Froidevaux, Ch. Kilchenmann, Ein statistischer Rückblick auf 20 Jahre KVG, Soziale Sicherheit, 3/2016

² Quelle: Outcome-Messung im Gesundheitswesen, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien, 2018, S. 59

Ein ähnliches Bild zeigt die OECD-Statistik über die «Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren», die vom BAG in der Strategie Gesundheit2020 als Ergebnis-Indikator herangezogen wird, und die «einen Überblick gibt, ob sich die Gesundheitsversorgung eines Landes in die richtige Richtung bewegt.»³

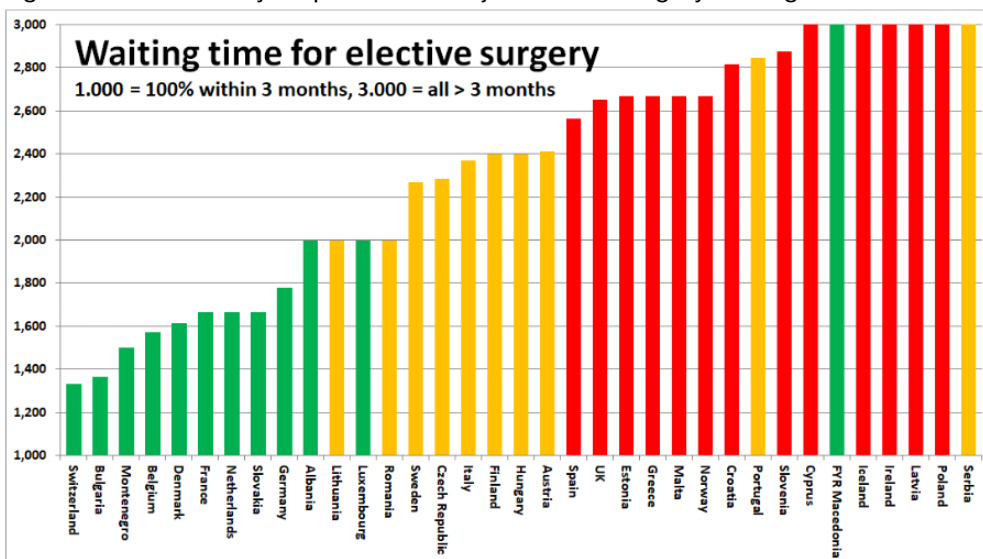
Es werden nun vom Bundesrat Kostendämpfungsmaßnahmen für ein Gesundheitssystem vorgeschlagen, das die Bevölkerung im internationalen Vergleich am besten vor vorzeitiger Sterblichkeit schützt, beste Versorgungsqualität anbietet, und sich in die richtige Richtung bewegt.

Wir erwarten vom Bundesrat Antworten auf die Frage, mit welchen Auswirkungen auf das Ansteigen von vermeidbaren Todesfällen er durch seine Kostendämpfungsstrategie rechnet.

Besten Leistungsausweis betreffend kurze Wartezeiten und gleichem Zugang zu Leistungen für alle

Der Gesundheitszustand der verschiedenen sozioökonomischen Gruppen in der Schweiz unterscheidet sich weniger stark als in anderen Ländern, was nicht zuletzt auf einen umfassenden Zugang der Bevölkerung zu den Gesundheitsdienstleistungen zurückzuführen ist. In anderen europäischen Ländern, in denen Kostendämpfungs- und Rationierungsmassnahmen ergriffen wurden, sind bspw. zum Teil hohe Wartezeiten auf «Wahleingriffe», d.h. Operationen in nicht unmittelbar lebensbedrohlichen Situationen zu verzeichnen. Gemäss nachfolgender Tabelle aus dem Euro Health Consumer Index 2017 EHCI hat die Schweiz in der OECD die kürzesten Wartezeiten auf koronare Bypass-Operationen/PTCA (Herzkranzgefässerweiterungen) und Hüft- und Knie-Operationen:⁴

Figure 7.10.2.3 Survey responses on major elective surgery waiting times.



Als Beispiel für ein von der internationalen Expertengruppe des Bundesrats für die Schweiz attestiertes, auf keinerlei Datengrundlagen gestütztes, 20%iges Einsparungspotenzial in der OKP werden immer wieder «unnötige» chirurgische Eingriffe an Gelenken genannt – Zitat Verena Diener, Leiterin der Expertengruppe: «Es gibt chirurgische Eingriffe, bei denen grosse Skepsis besteht, ob alles, was gemacht wird, sinnvoll ist. Vor allem bei den Gelenken, beim Rücken oder der Gebärmutter. Neue Studien aus Deutschland zeigen erschreckende Resultate: Die Ärztedichte und die Spezialisierung von Kliniken liessen die Zahl von medizinisch nicht klar indizierten Behandlungen hinaufschnellen. Das hat mit Angebot und Nachfrage zu tun. In vielen Fällen entscheidet der Arzt, ob operiert wird oder nicht.»⁵

³ Quelle: Indikatoren «Gesundheit 2020», OBSAN, 2016, S. 9

⁴ Quelle: Euro Health Consumer Index 2017, <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2017/EHCI-2017-report.pdf> S. 69

⁵ Interview im «Tagesanzeiger» vom 21.12.2017

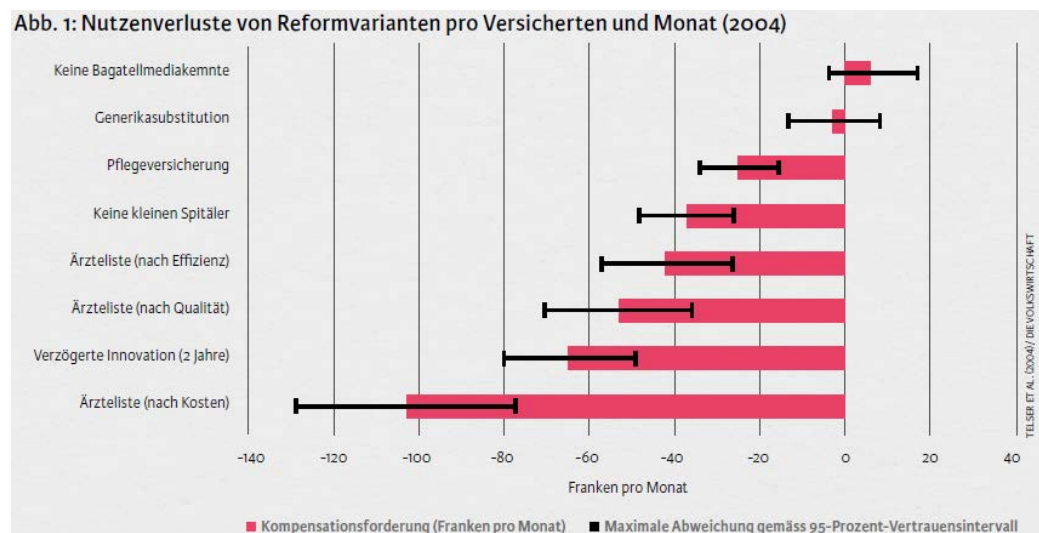
Im Hinblick darauf, dass bspw. in den umliegenden Ländern v.a. ältere, nur grundversicherte Patienten von Rationierungsmassnahmen oder langen Wartezeiten für Endoprothesen oder andere Wahleingriffe betroffen sind, erwarten wir vom Bundesrat, der gestützt auf die Empfehlung der Expertengruppe dieses angebliche Einsparungspotenzial durch Kostendämpfungsmassnahmen nützen will, Antworten auf die Fragen: Bei welchen Indikationen sollen welche Bürger/Versicherten keine Hüft- oder Knie-Gelenksprothesen oder keine sonstigen «Wahleingriffe» erhalten, respektive länger als bisher darauf warten? Soll es eine Altersselektion geben? Sollen gewisse Leistungen nur für Zusatzversicherte erbracht werden?

Nutzen der Gesundheitsversorgung, Sichtweise der Patienten bzw. Versicherten und Finanzierbarkeit

Man sollte meinen, dass die Kostendämpfungsmassnahmen vom Bundesrat vorgeschlagen werden, weil der Nutzen der Gesundheitsversorgung den Kosten nachhinkt, und die Bevölkerung nicht angemessen von den Leistungen des Schweizer Spitzengesundheitssystems profitiert. Demgegenüber 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.⁶

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. Die folgende Abbildung zeigt, wie stark aus Sicht der Versicherten die Krankenkassenprämie sinken müsste, damit eine Leistungseinschränkung in der OKP akzeptiert würde.⁷

Abb. 1: Nutzenverluste von Reformvarianten pro Versicherten und Monat (2004)



Die Haushaltsbudgeterhebungen des Bundesamtes für Statistik bestätigen auch, dass sich die Schweizer Volkswirtschaft die Gesundheitskosten aggregiert betrachtet gut leisten kann, und dass sich die Budgetsituation der Haushalte durch die steigenden Gesundheitskosten und Krankenkassenprämien nicht verschlechtert hat: Den Haushalten stand im Durchschnitt nach Abzug von Steuern, Krankenkassenprämien und sonstigen Sozialabgaben im Jahr 2015 sogar um 14% mehr frei verfügbares Einkommen zur Verfügung als im Jahr 2008.⁸

⁶ Quelle: gfs Gesundheitsmonitor 2018

⁷ Quelle: H. Telser, Wie viel ist uns die Qualität im Gesundheitswesen wert?, Die Volkswirtschaft 3 / 2017

⁸ Tabellen der Haushaltsbudgeterhebungen auf Website des BFS: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/einkommen-verbrauch-vermoegen/haushaltsbudget>.

Somit ist die Finanzierbarkeit des hohen Niveaus an Gesundheitsleistungen weder ein volkswirtschaftliches Problem, noch ein Problem für den Durchschnittsbürger.

Die Krankenkassenprämien dürften auch im Kontext der Sozialausgaben nicht für sich allein betrachtet werden. Die Fiskalquote, die die effektiven Steuereinnahmen und Sozialversicherungsabgaben im Verhältnis zum nominalen Bruttoinlandprodukt (BIP) darstellt, ist in der Schweiz im OECD-Vergleich gemäss nachfolgender Tabelle sehr tief, umfasst aber in der Schweiz nicht so wie auch in anderen Ländern die Einnahmen aus Krankenkassenprämien.⁹

Tabelle 2: Internationaler Vergleich der Fiskalquoten, in % des BIP, 1990-2016

in % des nominalen BIP									
	1990	1995	2000	2005	2012	2013	2014	2015	2016
Schweiz	23.8	25.7	27.7	26.7	27.0	27.1	26.9	27.6	27.8
Belgien	41.2	42.6	43.5	43.2	44.2	45.2	45.0	44.8	44.2
Dänemark	44.4	46.5	46.9	48.0	45.5	45.9	48.6	45.9	45.9
Deutschland	34.8	36.2	36.2	33.9	36.4	36.8	36.8	37.1	37.6
Finnland	42.9	44.5	45.8	42.1	42.7	43.6	43.8	43.9	44.1
Frankreich	41.0	41.9	43.1	42.8	44.3	45.2	45.3	45.2	45.3
Grossbritannien	32.9	29.8	33.2	32.9	32.8	32.6	32.2	32.5	33.2
Irland	32.4	31.7	30.8	29.4	27.5	28.2	28.5	23.1	23.0
Italien	36.4	38.6	40.6	39.1	43.9	44.1	43.5	43.3	42.9
Japan	28.2	25.8	25.8	26.2	28.2	28.9	30.3	30.7	..
Kanada	35.2	34.8	34.8	32.2	31.0	30.9	31.2	32.0	31.7
Luxemburg	33.5	34.9	36.9	37.8	38.4	38.2	37.4	36.8	37.1
Neuseeland	36.2	35.6	32.5	36.1	32.1	31.1	32.4	33.0	32.1
Niederlande	40.2	37.7	37.2	35.4	36.0	36.5	37.5	37.4	38.8
Norwegen	40.2	40.0	41.9	42.6	41.5	39.9	38.9	38.3	38.0
Österreich	39.4	41.4	42.4	41.2	42.0	42.8	43.1	43.7	42.7
Schweden	49.5	45.6	49.0	46.6	42.6	42.9	42.6	43.3	44.1
Spanien	31.6	31.3	33.2	35.1	32.2	33.1	33.7	33.8	33.5
Vereinigte Staaten	26.0	26.5	28.2	25.9	24.1	25.7	25.9	26.2	26.0
OECD Durchschnitt	31.9	33.3	33.9	33.5	33.3	33.6	33.9	34.0	34.3

Quelle: OECD 2017, EFV 08.03.2018

Wenn schon vom Bundesrat die Finanzierbarkeit des Gesundheitsversorgungsystems zur Diskussion gestellt wird, sollte in dieser Diskussion analysiert werden, welcher Anteil des BIP für Steuern und andere Sozialabgaben inklusive Krankenkassenprämien aufgewendet wird. Es erscheint aus dieser Perspektive zumindest überraschend, warum in der Schweiz als einem Land mit einer international sehr tiefen Steuerbelastung gerade jetzt die Steuer-finanzierten Prämienverbilligungen zurückgehen, und damit die Prämienbelastung für Versicherte mit tiefen Einkommen erhöht wird.

Von einer gesundheitspolitischen Strategie des Bundesrats könnten zugunsten der Aufrechterhaltung einer hochstehenden Gesundheitsversorgung für alle Einkommensklassen Vorschläge im Hinblick auf eine bessere Verteilung der Finanzierungslast, insbesondere durch einen Ausgleich aus Steuermitteln erwartet werden.

Zusammenfassung zur Kostensituation

Es ist eine Paralyse der Gesundheitspolitik festzustellen, die sich seit Jahren in einer nahezu irrationalen Weise exklusiv mit mehr oder weniger untauglichen Mitteln zur Kostendämpfung beschäftigt, entgegen der Faktenlage die Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung in Frage stellt und konsequent verweigert, sich mit dem Nutzen einer guten Gesundheitsversorgung für alle auseinanderzusetzen. Es stellt sich die Frage, welche Interessen im Hintergrund tatsächlich verfolgt werden. Diese deutlichen Worte müssen gerade jetzt ausgesprochen werden, weil sich das Gesundheitsversorgungssystem mit den angedrohten Massnahmen an einem Scheideweg befindet, und etwas zerstört zu werden droht, was nicht mehr repariert werden kann.

⁹ Quelle : Eidgenössische Finanzverwaltung EFV, Fiskal- und Steuerquote der Schweiz im internationalen Vergleich, 19.06.2018

Die staatlich verordnete Ökonomisierung der Spitalversorgung durch das DRG-System hat keine Einsparungen gebracht und zur Verschiebung von Leistungen und Kosten geführt, indem vorher in Spitälern erbrachte, von den Tagespauschalen abgegoltene Leistungen in den ambulanten Sektor ausgelagert wurden. Stellte das alte System einen Anreiz für zu lange Spitalaufenthalte dar, stellt das neue System einen Anreiz zur Mengenausweitung von stationären und ambulanten Leistungen in Spitälern und von ambulanten Leistungen ausserhalb von Spitälern dar. 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.

Mitten in diese Verlagerungsstrategien von Leistungen in den ambulanten Sektor hinein bezweckt nun der Bundesrat, insbesondere mit den **Steuerungsmassnahmen der ambulanten Kosten gemäss Art. 47c KVG und Art. 59b Abs. 1 lit. f**, die ambulanten Leistungen zu deckeln und ein Globalbudget einzuführen. Es gibt aber keinen Überlaufkanal mehr. Anders als bei der Verlagerung von stationär zu ambulant kann eine vom ambulanten Sektor nicht mehr erbringbare Leistung nicht durch eine andere Leistung substituiert werden. Das bedeutet zwangsweise eine Rationierung von Gesundheitsleistungen. Diese Strategie verfolgt der Bundesrat ohne finanzielle Not, ohne Datengrundlage und ohne «Health Impact Assessment». Dass diese Rationierung negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung haben wird, liegt auf der Hand. Der schwarze Peter dafür wird den Leistungserbringern zugeschoben, denen zugemutet wird, Leistungen zu nicht kostendeckenden Tarifen oder sogar auf unbezahlte Weise zu erbringen.

Die AGZ fordert daher den Bundesrat auf, die Teilrevision des KVG mittels der vorliegenden, unreflektierten Steuerungsmassnahmen der ambulanten Kosten zurückzuziehen. Der Bundesrat soll die ihm seit 2015 auch für den ambulanten Sektor vorliegenden Strukturdaten zur Hand nehmen und zusammen mit anderen Daten in ein umfassendes Assessment der Leistungsfähigkeit, der Kosten-Nutzensituation, der volkswirtschaftlichen Finanzierbarkeit, von Finanzierungslösungen und von Effizienzpotenzialen des Schweizer Gesundheitsversorgungssystems mit einbeziehen. Danach sollen neue Vorschläge gemacht werden, deren erstes Ziel die Aufrechterhaltung des Leistungsniveaus und des Nutzens, und deren nachgelagertes Ziel die Finanzierbarkeit sein soll. Die Leistungserbringer, die in der aktuellen Strategie ohne Gehör mit Kostendämpfungsstrategien bedient werden, sollen in diese Analyse und Ausarbeitung von Lösungsvorschlägen mit einbezogen werden.

Die AGZ teilt offen mit, dass sie für den Fall, dass das Gesetzesvorhaben mit der Deckelung der ambulanten Kosten in dieser Form durchgezogen werden soll, das Referendum ergreifen bzw. ein von der Ärzteschaft ergriffenes Referendum mittragen wird.

II. ANGEBOT DER AGZ: VORLEISTUNG DER ZÜRCHER ÄRZTE FÜR GESUNDHEITSREFORMEN

Das Gesundheitsversorgungssystem und seine Reformierung müssen sich nach Auffassung der AGZ zuerst am Bedarf und den Bedürfnissen der Menschen orientieren, die die Versorgungsleistungen benötigen (mit dem unschönen technologischen Begriff als «Leistungsempfänger» bezeichnet). Das Gesundheitsversorgungssystem und seine Reformierung müssen zweitens die Voraussetzungen dafür schaffen, dass die Angehörigen der Gesundheitsberufe (mit dem unschönen technologischen Begriff als «Leistungserbringer» bezeichnet) die benötigten Leistungen unter guten Bedingungen und 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.

Wie oben dargelegt, geht der Bundesrat nach Beurteilung der AGZ in seiner 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 AGZ beschränkt sich nicht darauf, ihre Besorgnis darüber auszudrücken und die Fehler in den Vorschlägen des Bundesrats aufzuzeigen. Die AGZ ist bereit, einen eigenen Beitrag zu leisten und aufzuzeigen, wie eine Gesundheitsreform anders aufgeleitet werden könnte. Dazu hat die AGZ ein umfassendes Projekt lanciert.

Der Vorstand der AGZ hat 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 werden 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 wird 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 wird aufgrund der Erkenntnisse der Fokusgruppen-Interviews eine repräsentative quantitative Erhebung durchgeführt.

Die Ergebnisse dieser Studie werden im April 2019 vorliegen. Die AGZ wird somit im Frühjahr 2019 aufzeigen können, wie das Versorgungssystem aus Sicht der Betroffenen aussehen sehen sollte. Gerne werden wir diese Studienergebnisse dem Bundesrat zu Verfügung stellen, damit er sie in seinen weiteren Reformüberlegungen berücksichtigen kann.

III. ZU DEN GESETZESÄNDERUNGSVORSCHLÄGEN

Basierend auf dem Expertenbericht «Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» werden die folgenden Gesetzesanpassungen vorgeschlagen:

1. Einführung eines **Experimentierartikels**, welcher innovative und kostendämpfende Projekte ausserhalb des «normalen» Rahmens des KVG ermöglicht.
2. Zwingende **Rechnungskopie** des Leistungserbringers für die versicherten Personen inkl. Sanktionsmöglichkeiten.
3. Schaffung einer **Tariforganisation** im ambulanten Bereich, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der ambulanten Tarifstrukturen zuständig ist.
4. Pflicht der Leistungserbringer und Versicherer, dem Bundesrat diejenigen **Daten kostenlos bekanntzugeben**, die für die Festlegung, Anpassung und Genehmigung der Tarife und Preise notwendig sind inkl. Sanktionsmöglichkeit.
5. Leistungserbringer und Versicherer sehen in gesamtschweizerisch geltenden Verträgen **Massnahmen zur Steuerung der Kosten** vor. Die Verträge sind dem Bundesrat zur Genehmigung zu unterbreiten und bei Nichteinigung legt der Bundesrat die Massnahmen fest.
6. Auf ambulante Behandlungen bezogene **Patientenpauschaltarife** müssen gleich wie Einzelleistungstarife auf einer gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Die subsidiären Kompetenzen des Bundesrates zur Anpassung und Festlegung von Einzelleistungstarifstrukturen werden auf Tarifstrukturen für Patientenpauschaltarife ausgeweitet.
7. Für Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung soll ein maximaler Preis (Referenzpreis) festgelegt werden. Nur dieser Referenzpreis wird von der OKP vergütet. Damit die versicherten Personen nicht übermässig belastet werden, wird ein Höchstpreis festgelegt, den die Leistungserbringer höchstens in Rechnung stellen dürfen. In Anlehnung an Referenzpreissysteme im Ausland werden zwei Varianten zur Diskussion gestellt.
8. Das Beschwerderecht gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen zur Spital- und Pflegeheimplanung wird erweitert auf Organisationen der Versicherer von nationaler oder regionaler Bedeutung, die sich gemäss ihren Statuten dem Schutz der Interessen ihrer Mitglieder im Rahmen dieses Gesetzes widmen.
9. UVG/MVG/IVG: Parallele oder ähnliche Ausgestaltung wie im KVG betreffend Massnahmen zur Steuerung der Kosten sowie Datenlieferungspflicht

Die AGZ bezieht zu den Vorschlägen 1 bis 6 in dieser Reihenfolge Stellung.

1. Experimentierartikel: Art. 59b KVG

Die AGZ begrüsst grundsätzlich Projekte mit den Versicherern, die zu Innovationen führen. Es ist aber nicht ersichtlich, aus welchem Grund der vorgeschlagene Experimentierartikel zu mehr Innovationen führen sollte. Das bisherige Fehlen einer gesetzlichen Grundlage dürfte nicht der Grund für die Abwesenheit der Innovationen sein. Eher wahrscheinlich ist, dass der nach geltendem Recht bestehende Handlungsspielraum des KVG nicht genutzt wurde, weil es schwierig ist, effektive Innovationen mit einem tatsächlichen Kostenhebel auf dezentraler Ebene zu implementieren. Vielmehr müssten grundsätzliche Fehlanreize im Gesundheitssystem zentral beseitigt werden und bedürfen einer sektorenübergreifenden Sichtweise. Bisherige zentrale, nicht sektorenübergreifend durchdachte Strategien wie die bspw. oben erwähnte Ökonomisierung des Spitalsektors oder die Strategie «ambulant vor stationär» haben im Gesamtkontext aber zu keiner Kostendämpfung geführt, konnten es auch nicht tun. Von einem innovationsförderlichen Klima sind wir gerade aus dem Grund, dass die Beziehung zu den Versicherern immer durch den permanenten Kostenneutralitäts- und Kostensenkungsdruck belastet wird, weit entfernt. So hat die AGZ bspw. den Versicherern vorgeschlagen, parallel zu Taxpunktverhandlungen auf einer zweiten Ebene Gespräche über die Versorgung, ohne eine vordergründige Fokussierung auf Kosten und Preise zu führen. Dazu bestand seitens der Versicherer keine Bereitschaft. Innovative, effizientere Versorgungslösungen werden aber nicht unter Preis- oder Kostendämpfungszielen gefunden werden können, v.a. nicht, wenn wie vorgeschlagen die Projektregeln und Verfahrensbedingungen per Dekret vorgegeben, und eine zwangsweise Verpflichtung zur Teilnahme bei fehlender Freiwilligkeit angedroht werden.

Rechtlich bzw. politisch fragwürdig sind einzelne Anwendungsfelder des Experimentierartikels:

- lit. a. Natural(Sach-)leistungsprinzip: Was ist damit gemeint? Bspw. hat das im KVG ausnahmsweise mögliche Tiers Payant-Prinzip einen Sachleistungscharakter im Vergleich zum prioritären Tiers garant-Prinzip: und der Tiers Garant hat wohl eher einen Kostendämpfungseffekt als der Tiers Payant.
- lit. b. Übernahme von Behandlungen im Ausland: das ist im Rahmen der gemäss Art. 34 Abs. 2 KVG möglichen grenzüberschreitenden Zusammenarbeit sinnvoll; eine Erweiterung würde einen unfairen Wettbewerb schaffen und gesundheitsaufsichts-technische Anforderungen untergraben.
- lit. c. und f. Einschränkung der Wahl der Leistungserbringer, koordinierte und integrierte Versorgung: das gibt es bereits in hohem Masse, die Mehrheit der Versicherten sind in derartige Versicherungsmodelle integriert.
- lit. f. weitere Instrumente zur Steuerung der Kosten: isolierte Pilotprojekte sollen nicht mit einem Kostendämpfungsziel geführt werden, weil es nicht möglich sein wird, Aussagen über ökonomische Auswirkungen auf das gesamte Versorgungssystem zu machen. Die Ärzteschaft hat sehr negative Erfahrungen mit Strategien der Kostensteuerung über (zu tiefe) Preise gemacht, die nur zu Qualitätsverlusten, Schliessungen von Praxen und Formen der Praxisführung mit «Massenproduktion» führen und daher dezidiert abgelehnt werden.

Eine unter dem Regime des Art. 59b KVG zu befürchtende Projektitis würde keine Erkenntnisgewinne betreffend Kostendämpfungsaspekte im Gesamtsystem bringen. Es besteht im Gegenteil die Gefahr, dass aus isolierten Projekten dauerhafte Massnahmen abgeleitet werden, die im Gesamtsystem einen gegenteiligen Effekt bewirken.

Art. 59b KVG ist daher in der vorliegenden Form ersatzlos zu streichen.

2. Rechnungskopie im Tiers Payant: Art. 42 Abs. 3 dritter Satz

Die Übermittlung von Rechnungskopien an die versicherte Person sollte in jedem Fall erfolgen; dies nicht nur bei Arztrechnungen, sondern auch bei Rechnungen von Apothekern oder Detailabrechnungen von Physiotherapeuten. Im System des Tiers Payant erhält die versicherte Person vom Versicherer ohnehin eine Abrechnung der Leistungen mit Rechnungshöhe, Deckung, Kostenbeteiligung, etc.. Es ist daher aus prozesstechnischen Effizienzgründen wesentlich sinnvoller, wenn die Übermittlung der Rechnungskopie nicht durch den Leistungserbringer, sondern durch den Versicherer erfolgt. In vielen Fällen gewähren Versicherer ihren Versicherten heute elektronisch Zugang auf diese Informationen. Es wäre daher eine effizientere Lösung, wenn die Abrechnungsinformationen vom Versicherer zugänglich gemacht werden; damit wären die Administrativkosten geringer.

Änderungsvorschlag: ... Im System des Tiers payant erhält die versicherte Person vom **Versicherer** eine Kopie der Rechnung, die an den Versicherer gegangen ist... .

Ob das Ziel des Vorschlags, das Kostenbewusstsein der Leistungsbezieher zu fördern, dadurch erreicht werden kann, ist hingegen fraglich. Die AGZ würde eher zielführende Bestrebungen unterstützen, die Rechnungen bzw. Rechnungskopien für die Versicherten verständlicher zu machen.

3. Organisation für Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen: Art. 47a

Die Schaffung einer paritätisch zusammengesetzten nationalen Tariforganisation für den ambulanten Arztbereich ist grundsätzlich positiv zu bewerten, da sie für die Weiterentwicklung und regelmässige Überarbeitung der Tarifstruktur deblockierend wirken kann. Zu diesem Zweck müsste in der Organisation des Tarifbüros auf jeden Fall sichergestellt werden, dass Tarifpartner Mehrheitsbeschlüsse fassen können.

Die Tarifpartner sollen die Organisation dieses Büros jedoch autonom gestalten können. Die in Absatz 2 vorgeschlagene Kompetenz des Bundesrats, Grundsätze betreffend Form und Betrieb der Organisation aufzustellen, ist nicht nötig, und so auch nicht im stationären Bereich (SwissDRG) vorgesehen.

Art. 47a Abs. 2 ist daher ersatzlos zu streichen.

Ein Tarifbüro für den gesamten ambulanten Bereich (inkl. Physiotherapeuten, Hebammen, etc.) erachten wir für nicht notwendig.

4. Datenbekanntgabe im Tarifwesen für ambulante Behandlungen: Art. 47b

Das nationale Tarifbüro muss über die Daten verfügen können, die es für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen benötigt. Jede Datenerhebung, -konsolidierung, -lagerung und -lieferung verursacht aber Kosten. Analog zum DRG-System müssen daher auch die durch das KVG verursachten Kosten der ambulanten Leistungserbringer für die Datenbereitstellung über die Tarife finanziert werden.

Änderungsvorschlag: Art. 47b Abs. 1 ist zu ergänzen: «...nach Artikel 47a diejenigen Daten bekanntzugeben, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie.... **Die dabei entstehenden Betriebskosten werden bei der Tarifierung berücksichtigt.**»

Nach dem vorgeschlagenen Art. 47b KVG Abs. 2 müssten dem Bundesrat unentgeltlich Daten geliefert werden, und zwar auch dann, wenn kein Tarif zur Genehmigung eingereicht wird. Dazu besteht keine Notwendigkeit, denn Art. 59d KVV enthält eine ausreichende Regelung, welche Unterlagen dem Bundesrat bei der Genehmigung eines Tarifvertrags vorzulegen sind. Es gibt bereits genug Belastungen der Ärzte durch Datensammlungen, insbesondere an das Bundesamt für Statistik im Rahmen der Erhebung MAS. Eine unnötige weitere Datenlieferung an den Bundesrat, noch dazu verbunden mit einer Sanktionskompetenz, würde von unseren Mitgliedern keinesfalls akzeptiert werden.

Art. 47b Abs. 2 und Abs. 3 sind daher ersatzlos zu streichen.

5. Massnahmen zur Steuerung der Kosten: Art 47c

Diese Bestimmung wird dezidiert abgelehnt, weil sie unweigerlich zur staatlichen Kostensteuerung, einem Globalbudget und zu Rationierungen führen würde.

Bei den Verhandlungen über Massnahmen zur Kostensteuerung bzw. die Notwendigkeit für Massnahmen zur Kostensteuerung würde es ausschliesslich um die Frage gehen, ob beobachtete Kostenerhöhungen gerechtfertigt oder akzeptabel wären. Hier würden die Meinungen der Versicherer und der Ärzte immer auseinandergehen, und die Einigung darüber scheint eine Illusion. Im Rahmen der Taxpunktwertverhandlungen konnten dazu von der Ärzteschaft viele Erfahrungen dazu gesammelt werden. So wurde im Rahmen der Taxpunktwertverhandlungen von Seiten der Ärzteschaft argumentiert und aufgezeigt, dass Erhöhungen von Mengen und Kosten in erster Linie auf neue Pflichtleistungen, medizinischen Fortschritt, demographische Entwicklung, Effizienzsteigerung in der medizinischen Versorgung, strukturelle Angebots- und Nachfrageentwicklungen, Änderungen der gesetzlichen

Rahmenbedingungen, etc. zurückzuführen sind. Diese Kriterien messbar zu machen und der Kostenentwicklung so gegenüberzustellen, dass ihre Auswirkung quantifiziert werden können, ist aber quasi unmöglich, geschweige denn innerhalb von zwei Jahren realisierbar.

Ausserdem würden mit der Androhung, dass der Bundesrat bei Ausbleiben einer Einigung der Tarifpartner innerhalb von zwei Jahren seinerseits Massnahmen festlegt, die Versicherer überhaupt kein Interesse oder einen Anreiz haben, eine Verhandlungslösung zu erzielen. Dies kommt der Vorwegnahme eines Verhandlungsergebnisses durch staatliche Steuerungsmassnahmen gleich.

Die durch die Bestimmung drohenden Massnahmen wie Globalbudgets, Kostenneutralität oder nicht kostendeckende, zu tiefe Taxpunktwerte konterkarieren die bestehenden Tarifgrundsätze der Betriebswirtschaftlichkeit und einer qualitativ hochstehenden und effizienten Versorgung. Es wird der Anreiz geschaffen, systematisch aufgrund der Kostenentwicklung von diesen Grundsätzen abzuweichen. Feste, willkürliche Globalbudgets oder nicht kostendeckende Preise (Taxpunktwerte) führen zu Rationierung, Patientenselektion oder Qualitätseinbussen und sind aus diesem Grund – auch als subsidiäre Massnahme beim Scheitern von Verhandlungen – vehement abzulehnen.

Fraglich ist ausserdem, wie gesamtschweizerische Vereinbarungen zwischen den Tarifpartnern in Bezug auf Taxpunktwerte, die ja kantonale Besonderheiten abbilden sollen, aussehen sollen.

Art. 47c ist daher ersatzlos zu streichen.

6. Pauschaltarife: Art. 43 Abs. 5 erster Satz

Wir begrüssen es grundsätzlich, dass Tarifpartner im Rahmen einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur Pauschaltarife vereinbaren können. Es sollten hingegen auch regionale/kantonale Pauschalen möglich sein, wenn die Vergleichbarkeit der Tarife gesamtschweizerisch nicht möglich oder nicht notwendig ist.

Änderungsvorschlag: Nach dem ersten Satz des § 43 Abs. 5 wäre folgender Satz einzufügen: «Die Tarifpartner können von diesem Grundsatz abweichen, wenn die Vergleichbarkeit der Tarife gesamtschweizerisch nicht möglich oder nicht notwendig ist».

Wir bedanken uns für die Kenntnisnahme und ersuchen Sie dringend, die Vorlage grundlegend zu überarbeiten.

Freundliche Grüsse
ÄRZTEGESELLSCHAFT DES KANTONS ZÜRICH



Dr. med. Josef Widler
Präsident



Dr. iur. Michael Kohlbacher, MPH
Generalsekretär

Kopie an:
FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
Konferenz der Kantonalen Ärztegesellschaften (KKA)
Verband Deutschschweizer Ärztegesellschaften (VEDAG)