

Eidgenössisches Departement des Inneren EDI
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung
Abteilung Tarife und Grundlagen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Aarau, 15. November 2020

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative).

Sehr geehrte Frau Lévy
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, in der Vernehmlassung zur Revision der Verordnung über die Krankenversicherung (Massnahmenpaket II) Stellung nehmen zu können. Mit ihren rund 120 Mitgliedern vertritt der aargauische Gesundheitsverband vaka alle Akutspitäler, Rehabilitationskliniken, Psychosomatischen und Psychiatrischen Kliniken sowie die Pflegeinstitutionen im Kanton Aargau.

1. Allgemeine Bemerkungen

Die vaka lehnt die Vorlage in der vorliegenden Form ab. Mit dem Kostendämpfungspaket II soll der Anstieg der Gesundheitskosten in der Schweiz gebremst werden. Aus Sicht der vaka ist die Vorlage einseitig auf kostendämpfende Massnahmen bei den Leistungserbringern ausgerichtet. Sollte die Vorlage wie vorgesehen umgesetzt werden, sind gravierende Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit und Versorgungsqualität zu erwarten.

Durch die Bewältigung der Corona Pandemie stossen die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen in der ganzen Schweiz gegenwärtig an ihre Grenzen. Die Sicherstellung der Versorgung hängt in der aktuellen Situation an einem dünnen Faden und wird voraussichtlich nur mit vereinten Kräften und mit Einbezug des Zivilschutzes und der Armee von den Leistungserbringern zu bewältigen sein. Es erscheint geradezu zynisch, dass Bundesrat und EDI gerade zum jetzigen Zeitpunkt mit mehreren Vorlagen und Entscheiden den Druck auf die Leistungserbringer massiv erhöhen. Zu nennen sind insbesondere:

- Durch das Kostendämpfungspaket I wird das Effizienzmass verbindlich auf das 25. Perzentil festgelegt. Dies bedeutet, dass aus Sicht des Bundes 75 % der Spitäler ihre Dienstleistungen ineffizient erbringen und ihre Preise senken müssen. Die herangezogenen Kostenvergleiche berücksichtigen weder die unterschiedlichen Versorgungsaufträge (Leistungsangebote und Vorhalteleistungen) noch die Kostenverzerrungen durch direkte oder indirekte Subventionen durch die Kantone.
- Durch das Kostendämpfungspaket II wird ein Kostenziel-System eingeführt, das in seiner Wirkung einem klassischen Globalbudget mit entsprechend negativen Auswirkungen entspricht.
- Bund und Kassen weigern sich, sich an den durch den Bundesrat wegen der Covid Pandemie bestellten Vorhalteleistungen in den Spitälern und Kliniken zu beteiligen: Bedingt durch das daraus resultierende Behandlungsverbot entstehen den Leistungserbringern Ertragsausfälle in Milliardenhöhe.
- Die ebenfalls angeordneten Schutzmassnahmen in den Spitälern und Kliniken verursachen Mehrkosten von mehreren hundert Millionen, die ebenfalls bis heute nicht entschädigt wurden.

Die vaka verschliesst sich der Diskussion um die steigenden Gesundheitskosten nicht. Um eine nachhaltige Kostensenkung zu erreichen, ohne die Versorgungssicherheit und -qualität zu gefährden, sollten

- die Mitverantwortung der Bevölkerung beim Konsum von Gesundheitsdienstleistungen geprüft und gestärkt werden,
- die Gesundheitsziele, die mit der sozialen Grundversicherung erreicht werden sollten, müssen definiert werden (Effektivität der eingesetzten Mittel) ,
- das Anreizsystem bei den Kostenträgern (Krankenkassen und Versicherungen) und Leistungserbringern geprüft und angepasst werden,
- die Geschäftstätigkeit der Krankenversicherer nach den Grundsätzen von Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit ausgerichtet und beurteilt,
- der Leistungskatalog in der Grundversicherung kritisch geprüft,
- die administrative Belastung der Leistungserbringer reduziert,
- die ambulante Versorgung gestärkt,
- die integrierte Versorgung gestärkt
- und die einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen vorangetrieben werden.

Die vaka unterstützt eine sinnvolle Stärkung der integrierten Versorgung. Sie spricht sich aber dezidiert gegen die vorgeschlagene Einführung von einseitigen Kostenzielvorgaben für die Leistungserbringer aus. Diese entsprechen in ihrer Wirkung einem klassischen Globalbudget und führen zu einer verdeckten Rationierung von medizinischen Leistungen. Damit werden Versorgungssicherheit und -qualität gefährdet. Besonders gravierend ist, dass der Entscheid zur Rationierung an die Leistungserbringer delegiert wird!

Die vaka engagiert sich für den regulierten fairen Wettbewerb im Gesundheitswesen und lehnt die rein planwirtschaftliche und kostenbasierte Steuerung des Gesundheitswesens ab!

2. Bemerkungen zu den einzelnen Massnahmen

2.1 Einführung von Kostenzielen

Kostensenkende Massnahmen sind auf ihre Wirkung auf das Gesamtsystem, insbesondere die Versorgungssicherheit und -qualität zu prüfen. Die vorgeschlagene Einführung von Kostenzielen entspricht in ihrer Wirkung und Ausgestaltung einem klassischen Globalbudget.

Globalbudgets haben keine kostendämpfende Wirkung: Wie die Erfahrungen aus dem In- und Ausland zeigen, haben Globalbudgets höchstens eine geringe kostendämpfende Wirkung. Die Autoren Bruno Trezzini und Beatrix Meyer von der FMH¹ ziehen folgende klaren Schlüsse: «Ein wichtiges Ziel der Politik, nämlich die Eindämmung des Kostenwachstums im Spitalbereich, wurde mit den kantonalen Globalbudgets nicht erreicht. Gleichzeitig zahlen die Kantone Genf, Neuenburg und Waadt überdurchschnittlich hohe gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL). Wenn diese Kantone die Kosten für die stationäre Versorgung senken wollen, weshalb senken sie dann nicht ihre (wettbewerbsverzerrenden) GWL und verzichten dafür auf ein Globalbudget? Und weshalb haben die Kantone, die ein Globalbudget haben, überdurchschnittlich hohe Prämien und überdurchschnittlich hohe OKP-Bruttokosten pro Kopf?

In Ländern mit Globalbudget- oder Kostenzielvorgaben zeigt sich insbesondere gegen Ende der festgelegten Periode, dass die notwendige Versorgungszugänglichkeit für Patientinnen und Patienten erschwert, wenn nicht verunmöglicht wird. Hat ein Leistungserbringer seine Global- oder Kostenzielvorgaben erreicht und droht ihm der Wegfall der Leistungsentschädigung, so bleibt oft nur die massive Reduktion oder die Schliessung der Versorgung als Lösung. Die Versorgungssicherheit und damit die notwendige Zugänglichkeit für die Bevölkerung, die Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung sind mit einem solchen System akut gefährdet.

Angesichts solch offener Fragen, der noch nicht im Detail untersuchten Nebenwirkungen und der vorhandenen Alternativen zum Globalbudget ist zu hoffen, dass der Einsatz dieses problematischen Instruments keine weiteren Nachahmer findet.»

Das vorgeschlagene System ist nicht praktikabel: Die vorgeschlagene Zielvorgabe erhöht die zentrale Steuerung und verunmöglicht den regulierten Wettbewerb. Die jährliche Festlegung der Kostenziele für die einzelnen Leistungsgruppen führt zu einem enormen administrativen Aufwand und ist weder für die Kantone noch für die Leistungserbringer praktikabel. Die Zielvorgaben müssten überprüft und angepasst werden, wenn die Daten aus dem Vorjahr noch gar nicht vorliegen.

Das Gesundheitssystem wird administriert und verpolitisiert: Mit einem Globalbudget lassen sich die Gesundheitskosten nicht eindämmen. Gleichzeitig können aber die Geldflüsse dorthin gelenkt werden, wo dies aus politischer Sicht wünschenswert ist. In einem solchen System dreht sich der Wettbewerb nicht mehr um die Erbringung von qualitativ hochwertigen medizinischen und pflegerischen Leistungen zu einem vorteilhaften Preis, sondern um die Gunst der Politik. Deshalb ist in einem Gesundheitswesen, das von politischen statt von regulierten wettbewerblichen oder marktwirtschaftlichen Mechanismen gesteuert werden soll,

¹ Trezzini B. Meyer B. Kantonale Globalbudgets erfüllen Erwartungen nicht. Schweiz. Ärztezeitung 2019; 100(33):1057-1060

eine dominante Rolle der Interessenvertretung aller Stakeholder zu erwarten. Das wird auch bei dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Kostenziel-System der Fall sein.

In einem von Lobbyismus geprägten System erhalten aber vor allem jene Kreise Auftrieb, welche über grosse politische Einflussmöglichkeiten verfügen. Das sind in der Regel nicht Leistungserbringer oder Arbeitnehmer. In den Genuss politischer Unterstützung käme oft das, was aus politischer Sicht förderungswürdig erscheint, selten aber das was evidenzbasiert oder aufgrund von neuen Erkenntnissen angezeigt wäre. Vielmehr kommen gerade herrschende Modeströmungen in den Genuss politischer Unterstützung, sprich einer vorteilhaften Budgetzuteilung bzw. eines grosszügigen Kostenziels.

Fazit: Die Vaka lehnt die Einführung von Kostenzielen ab. Bevor zum Instrument des Globalbudgets gegriffen wird, muss die Wirksamkeit der bisherigen Kostensenkungsmassnahmen abgewartet, die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausgebaut und die richtigen Anreizsysteme für die Stakeholder eingeführt und das Rationalisierungspotential ausgeschöpft werden. Der Vorschlag des Globalbudgets ist verfrüht und stellt alle anderen, bisher in die Wege geleiteten, zum Teil erfolgversprechenden Massnahmen, wie z.B. die Festlegung von ambulanten Behandlungen, die einheitliche pauschale Finanzierung im stationären Bereich (DRG, TARPSY, ST-Reha), EFAS, EPDG, ambulante Pauschalen, Anpassungen der Analyseliste, der MIGEL etc. unnötigerweise in Frage. Der zunehmende Aktivismus und die rasch aufeinander folgenden Massnahmenpakete von Seiten des Bundes gefährden eines der besten Gesundheitsversorgungssysteme auf der Welt.

2.2 Erstberatungsstelle

Bereits heute ist die Mehrheit der Bevölkerung in Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Wahlfreiheit versichert. Diese Modelle sind attraktiv, da sie Prämienrabatte für die Versicherten bieten.

Die kostendämpfende Wirkung der Erstberatungsstelle ist fraglich: Mit der Einführung einer obligatorischen Erstberatungsstelle werden die Prämienrabatte für eine eingeschränkte Wahlfreiheit hinfällig. Damit wird wohl die Mehrheit der Versicherten mit höheren Prämien rechnen müssen.

Die kostendämpfende oder sogar kostensteigernde Wirkung einer solchen Massnahme ist wissenschaftlich nicht untersucht und daher mehr als fraglich. Es ist zudem festzuhalten, dass sich gerade die Fachärzte und die Spitäler zunehmend einer besser informierten Kundschaft stellen müssen. Die Transparenz in der Qualität der Leistungserbringung und Symptomauswirkung, moderne Diagnose-, Behandlungs- und Informationstechnologien (z.B. basierend auf Big Data, Web- oder Wearablesfunktionen) werden die Gesundheitsversorgung der Zukunft revolutionieren. Die vom Bund vorgeschlagene Einführung von Erstberatungsstellen kollidiert mit der raschen medizinischen und technologischen (digitalen) Entwicklung. Die Erstberatungsstellen sind ein verzweifelter politischer Versuch, eine weltweite Spezialisierungs- und Vernetzungsentwicklung in der Medizin aufzuheben. Das schweizerische Gesundheitssystem bleibt nur dann attraktiv, wenn die Wettbewerbsfähigkeit (Diagnose- und Behandlungsinnovation, faires Preis-Leistungsverhältnis) aufrechterhalten werden kann.

Chronisch kranke Personen werden benachteiligt: Welche Stellen als Erstberatungsstellen funktionieren dürfen bleibt auch mit den Erläuterungen unklar. Wird die Auswahl (aus Kostengründen) eng gefasst, so verlieren viele chronisch kranke Patientinnen und Patienten ihre langjährigen Fachspezialisten. Sollte die Massnahme umgesetzt werden, so muss die Auswahl der Erstberatungsstellen weiter gefasst sein und insbesondere auch die Spitäler und die integrierten Versorgungsnetze (wie Praxen, Ambulatorien und Notfallversorgungseinheiten) umfassen.

Definition von Beratungsstellen: Die im Gesetzesentwurf als Beratungsstellen vorgeschlagenen Ärzte mit den Weiterbildungstiteln Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, praktische Ärztin oder praktischer Arzt sind weder fachlich noch von der Anzahl her in der Lage, sämtliche Krankheitsbilder zu diagnostizieren und die Patienten qualitativ hochstehend zu beraten oder auch zu behandeln (z.B. bei schweren psychiatrischen Erkrankungen).

Die Aufteilung der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in zwei Gruppen, welche mit der staatlich verordneten Einführung der Erstberatungsstelle geschaffen würde, führt zu einem Zweiklassensystem in der Versorgung. Durch das Gate-Keeping via fachfremde Entscheider in den Erstberatungsstellen werden z.B. die systemrelevanten sozialpsychiatrischen Service-public Leistungen der institutionellen Ambulatorien verunmöglicht. Damit würde die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Schweizer Bevölkerung verschlechtert. Aus Sicht der Psychiatrie würden diese Erstberatungsstellen aus Profitgründen (Kopfpauschale) die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie zugunsten von nicht ärztlichen psychologischen Psychotherapeuten benachteiligen. Das würde zudem zu Fehlbehandlungen bei psychischen Erkrankungen und zu einer Zunahme der Invalidisierung führen.

Wer als Erstberatungsstelle qualifiziert würde, würde von einer jährlichen Kopfpauschale nicht pro Patient, sondern pro jede versicherte Person profitieren, welche die Ärztin oder den Arzt als Erstanlaufstelle wählt. Damit würde das Nichtbehandeln belohnt und wer eine solche Erstberatungsstelle betreibt, hätte eine wesentliche Einkommensgarantie. Alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die nicht als Erstberatungsstelle qualifiziert würden, könnten dann mit Ausnahme weniger Spezialisten, nur noch OKP-Patienten behandeln, welche von der Erstberatungsstelle die Erlaubnis erhalten haben, einen Spezialarzt aufzusuchen. Damit würden die Spezialärzte zu Ärzten zweiter Klasse.

Dass die Versicherer für Versicherte, die keine Erstberatungsstelle haben, eine solche bestimmen können, verdeutlicht die Machtverschiebung zu den Krankenkassen und Versicherungen. Es versteht sich von selbst, dass die Versicherungen adverse Interessen zu den Leistungserbringern im Gesundheitswesen haben. Eine solche Machtverschiebung führt in Konsequenz zur Steuerung der Patientenströme durch die Krankenkassen und Versicherungen und zur Aufhebung des heute bundesgesetzlich verankerten Kontrahierungszwangs bei zugelassenen Leistungserbringern.

Die Einführung von den stark eingeschränkten Beratungsstellen führen zu einem Flaschenhals, zu einer sinkenden Qualität und zur Abschaffung der Wahlfreiheit des Leistungserbringers (Facharzt, Spital) für die Bevölkerung.

Pauschale Vergütung fördert die Risikoselektion: Die Erstberatungsstelle erhält für jeden Patienten die gleiche Pauschale. Für aufwändige Patientinnen und Patienten dürfte diese Pauschale nicht kostendeckend sein. Die Versorgung von chronisch kranken Personen wird erschwert. Es besteht die Gefahr der Über- resp. Unterversorgung.

Fazit: Die vom Volk im Jahre 2012 wuchtig abgelehnte Managed-Care Vorlage (76% der Wähler) und damit die massive Einschränkung der freien Arztwahl soll nun unter anderem Deckmantel wieder eingeführt werden. Die vaka lehnt die Einführung einer obligatorischen Erstberatungsstelle ab. Bereits heute schränken 70% der Bevölkerung die Wahlfreiheit freiwillig ein und erhalten entsprechende Prämienrabatte. Sollte eine obligatorische Erstberatungsstelle trotzdem eingeführt werden, ist die Zahl der möglichen Leistungserbringer weit zu fassen. Insbesondere muss sichergestellt sein, dass auch Spitäler, Kliniken und integrierte Versorgungsnetze als Erstberatungsstellen fungieren dürfen.

2.3 Stärkung der koordinierten Versorgung

Die vaka unterstützt die Stärkung der koordinierten Versorgung. Nur mit einer koordinierten Versorgung aller Leistungserbringer kann die Versorgung auch künftig flächendeckend und qualitativ hochwertig erbracht werden.

Wenn diese Netzwerke langfristig bestehen und funktionieren sollen, müssen sie lokal verankert sein und von den Leistungserbringern getragen werden. Aus diesem Grund müssen die Leistungserbringer und die Kantone die Hauptverantwortung für die koordinierte Versorgung erhalten. Vom Bund «top down» verordnete Zusammenarbeit ist in den meisten Fällen zum Scheitern verurteilt. Weiter muss der Zusatzaufwand für die Koordination zwingend abgegolten werden.

3. Fazit

Der regulierte Wettbewerb im Gesundheitswesen ist das beste Mittel für eine hochwertige und kostengünstige Versorgung. Der vorgeschlagene tiefgreifende Systemwechsel gefährdet die qualitativ hochstehende und innovative Gesundheitsversorgung in der Schweiz, ohne auch nur die geringste Aussicht auf eine sinnvolle kostendämpfende Wirkung. Der Vorschlag zielt auf ein zentral gesteuertes, planwirtschaftliches Gesundheitswesen, das nur über die Kosten gesteuert wird. Damit wird die sinnvolle Weiterentwicklung des schweizerischen Gesundheitswesens in Frage gestellt. **Die vaka lehnt das Kostendämpfungspaket II in der vorliegenden Form ab!**

Freundliche Grüsse

vaka

Dr. Hans Urs Schneeberger
Geschäftsführer