

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : mfe

Adresse : Effingerstrasse 2

Kontaktperson : Reto Wiesli

Telefon : 031 508 36 10

E-Mail : gs@hausarzt-schweiz.ch

Datum : 9.11.2020

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; 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

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	3
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen	6
Weitere Vorschläge	19
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:	20

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	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
mfe	<p>Wir begrüssen grundsätzlich, dass die Vorlage die zentrale Rolle der Hausarztmedizin erkennt und anerkennt, etwa im Rahmen der Erstberatung, in Netzwerken zur koordinierten Versorgung oder bei der interprofessionellen Zusammenarbeit. Wir sind überzeugt, dass ein hausarztbasiertes Gesundheitswesen die besten Resultate liefert, und zwar bezüglich Qualität wie auch bezüglich Kosten. Der Vergleich mit Gesundheitssystemen in anderen Ländern zeigt dies klar. Haus- und Kinderärzte lösen 94.3% der Gesundheitsprobleme (Studie des Instituts für Hausarztmedizin Zürich) selber und nehmen dafür nur 7.9% der Gesundheitskosten in Anspruch (Obsan Bulletin 2016/1). Sie können unnötige Untersuchungen und Behandlungen vermeiden. Mit der Stärkung der medizinischen Grundversorgung lassen sich unnötige Untersuchungen und Behandlungen vermeiden und können die Versorgungsqualität verbessert und finanzielle Ressourcen geschont werden.</p>
mfe	<p>Den Haus- und Kinderärzten obliegt die Verantwortung, Entscheide zusammen mit und im Sinne ihrer Patientinnen und Patienten zu treffen. Finanzielle Überlegungen dürfen dabei aber keine Rolle spielen. Sparmassnahmen sind von den politischen Behörden zu entscheiden und auch zu verantworten. Die Politik darf diese Verantwortung nicht auf die Leistungserbringer abschieben, wie dies insbesondere mit den vorgesehenen Zielvorgaben geschehen würde. Welche Medizin wir wollen und welchen Preis wir zu bezahlen bereit sind, darf weder von den Leistungserbringern noch von den Kostenträgern entschieden werden.</p> <p>Dass die Kosten im Gesundheitswesen steigen, hat viele Ursachen, etwa der medizinische Fortschritt (gewollt und für alle von Vorteil), die gestiegene Nachfrage (durch demographischen und gesellschaftlichen Wandel und verändertes Patientenverhalten), Veränderungen im Angebot (z.B. neue Leistungen) oder die Struktur der Versicherungslandschaft. Der Vorschlag des Bundesrats zur Kostendämpfung setzt ungeachtet dessen fast ausschliesslich bei den Leistungserbringern an, während andere kostentreibende Faktoren mehrheitlich ausgeblendet werden. Das ist nicht zielführend und für mfe nicht nachvollziehbar. Wir lehnen eine solche einseitige Kostenbetrachtung ab.</p> <p>Wenn der Bundesrat überzeugt ist, dass Kosten gespart werden können, steht er in der Pflicht aufzuzeigen, wo dies der Fall sein soll, also konkret: worauf verzichtet werden soll. Lineare Preissenkungen widersprechen dem KVG, das Sachgerechtigkeit und Betriebswirtschaftlichkeit verlangt. Sie führen zu Rationierung und einer Verschlechterung der Versorgung. Zielvorgaben haben den gleichen Effekt. Sie sind nichts anderes als ein Kostendach, das einzuhalten nur dann gelingt, wenn auf Leistung verzichtet wird.</p>
mfe	<p>Die Grundidee, die der Bundesrat mit der Erstberatungsstelle vorschlägt, haben wir bereits im Zusammenhang mit der Managed-Care-Vorlage unterstützt: Die zentrale Funktion von Haus- und Kinderärzten und ihre Rolle zur Koordination und Steuerung der Behandlungswege. Wir begrüssen einen solchen Schritt in Richtung hausarztbasiertes Gesundheitswesen. Er muss aber konsequent erfolgen.</p> <p>Entscheidend für den therapeutischen Erfolg sind langjährige Beziehungen zu den Patientinnen und Patienten, das Kennen ihrer Kranken- und</p>

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

	<p>auch der Familiengeschichten. Das wird nur unter haus- und kinderärztlicher Leitung in deren Praxen tatsächlich sichergestellt. Andere Formen, z.B. telemedizinische Angebote, wie sie der Bundesrat mit vorschlägt, können dies nicht bieten. Langjährige Patientenbeziehungen wirken vor allem präventiv und tragen so aktiv und auf lange Sicht dazu bei, Kosten zu vermeiden.</p> <p>Die Entwicklung der vergangenen Jahre hat gezeigt, der Bundesrat weist selber darauf hin, dass sich Hausarzt- und damit verwandte Modelle durchsetzen, wenn Prämienrabatte einen Anreiz setzen und wenn das Wohl der Patientinnen und Patienten im Vordergrund steht. Die Schweizer Bevölkerung wählt als primäre Anlaufstellen bereits heute zu einem grossen Teil ihren Haus- oder Kinderarzt. 70 % der Versicherten sind in einem so genannten alternativen Versicherungsmodell mit reduzierter Prämie. mfe setzt deshalb weiter auf Freiwilligkeit und lehnt ein Obligatorium für Erstberatungsstellen, wie es der Bundesrat vorsieht, ab. Wir halten es für nicht angemessen und zielführend, für die noch fehlenden 30 % der Versicherten das bisher erfolgreiche System alternativer Versicherungsmodelle umzukrempeln und damit seinen Erfolg zu gefährden. Stattdessen muss nach gezielten Anreizen gesucht werden, mit denen jener Rest überzeugt werden kann, der noch nicht in einem hausarztbasierten System versichert ist.</p>
mfe	<p>Der Bundesrat will die Kosten mit Hilfe von verbindlichen Zielvorgaben dämpfen. Als Massnahmen sieht er dafür einzig tarifpolitische Korrekturen auf kantonaler Ebene vor und schliesst Leistungseinschränkungen ausdrücklich aus. Der Bundesrat geht davon aus, dass Tarifeingriffe weder auf den Umfang der Leistungen noch auf deren Qualität oder die Versorgung generell einen Einfluss haben. Diese Annahme ist nicht haltbar und schlicht falsch. Preise entscheiden immer über das Angebot. Tarifsenkungen werden immer dazu führen, dass das Angebot an medizinischen Leistungen abnimmt, also faktisch rationiert wird.</p> <p>mfe lehnt die Einführung rationierender Zielvorgaben entschieden ab. Sie gehen direkt zulasten der Kranken und Verunfallten. Dafür gibt es im Ausland Belege genug. Zudem kann es nicht ernsthaft die Absicht des Bundesrats sein, die angestrebte Stärkung der Hausarzt- und Kindermedizin (z.B. Hausarztzuschlag) ausgerechnet durch drohende undifferenzierte, lineare Preissenkungen zu gefährden. Zumal jetzt, da sich erste Erfolge zeigen, etwa, wenn wieder mehr Studierende die Hausarztmedizin für eine attraktive Karriereoption halten.</p> <p>Wir erinnern den Bundesrat auch daran, dass die Tarifpartner mit Tardoc vor über einem Jahr einen vollständig revidierten ambulanten Tarif vorgelegt haben. Dieser sieht auch verbindliche Korrekturmassnahmen vor. Der Bundesrat ist aufgefordert, diesen neuen Tarif zuerst zu genehmigen, bevor er so einschneidende Massnahmen wie Zielvorgaben zur Diskussion stellt.</p>
mfe	<p>mfe begrüsst die vorgesehene Stärkung der koordinierten und interprofessionellen Versorgung. Eine Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit ist eine langjährige Forderung von mfe. Wir engagieren uns seit Jahren dafür und haben schon früh deren Relevanz erkannt. Es ist aber dringend nötig, dass interprofessionelles Arbeiten und die nötigen Koordinationsaufgaben dem Nutzen und Aufwand entsprechend vergütet werden. Bei Patientinnen und Patienten mit komplexen Krankheitsbildern ist diese Koordination häufig zeitintensiv, lohnt sich aber langfristig sowohl bezüglich Versorgungsqualität als auch wegen der finanziellen Folgen für das Gesundheitswesen, können so doch z.B. Hospitalisationen vermieden werden.</p>

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

	<p>Zentral ist, dass Netzwerke hausarztbasiert arbeiten, also Haus- und Kinderärzte die koordinierende Rolle übernehmen. Die letzten Jahre haben gezeigt, dass viele unterschiedliche Formen solcher Netzwerke entstehen, je nach regionalen Voraussetzungen. mfe plädiert deshalb dafür, den Netzwerken nicht Vorgaben zu machen, wie dies in der Vorlage der Fall ist. Netzwerke brauchen Freiheiten, damit sie innovativ sein können und so dazu beitragen, einen Beitrag zur Kostendämpfung zu leisten.</p> <p>Interprofessionelle Arbeit findet heute auch im Rahmen von Patientenprogrammen statt. Sie funktionieren nicht ohne Ärztinnen und Ärzte. Zentral ist, dass solche Programme die strukturierte interprofessionelle Zusammenarbeit fördern. Nicht zielführend sind dagegen krankheitsbezogene Programme. Medizin, namentlich haus- und kinderärztliche Medizin, stellt Patientinnen und Patienten ins Zentrum und nicht Krankheiten. Aus diesem Grund hat sich mfe seit jeher gegen krankheitsspezifische Programme ausgesprochen. Auch das BAG ist in der Zwischenzeit richtigerweise davon abgekommen, auf einzelne krankheitsfokussierte Strategien zu setzen.</p> <p>Der Bundesrat möchte im Zusammenhang mit Programmen die Rolle von Apothekern stärken, auch im KVG. Echte Interprofessionalität setzt aber voraus, dass grundsätzlich alle und nicht nur eine Berufsgruppe involviert werden. Die ausdrückliche Bezeichnung einer Berufsgruppe ist weder zielführend noch wünschenswert, sondern widerspricht dem Grundgedanken von Interprofessionalität.</p>
mfe	<p>Erstberatungsstelle und Netzwerke sollen, so der Vorschlag des Bundesrats, mit Pauschalen für ihre Leistungen abgegolten werden. mfe steht solchen Pauschalen sehr kritisch gegenüber. Pauschalen sind gerade in der Erstbeurteilung nicht zielführend und verhindern ein auf den Bedürfnissen der Patienten beruhendes Vorgehen. Wir Haus- und Kinderärzte fordern seit Jahren einen sachgerechten Tarif mit adäquater Vergütung unserer Leistung. Grundsätzlich sind in der haus- und kinderärztlichen Medizin Pauschalen schwierig, da der Bedarf an ärztlicher Beratung und Untersuchung je nach Patient, Erkrankung und Situation stark variieren kann. Inakzeptabel ist eine Pauschalisierung der Erstberatung, wenn die Abgeltung der haus- und kinderärztlichen Leistungen zur faktischen Rationierung von Versorgungsleistungen führen sollte.</p> <p>Solche Pauschalen sieht der Bundesrat auch für Netzwerke vor, wobei diese von den Tarifpartnern ausgehandelt werden sollen. Netzwerke sind heute deshalb in verschiedenerlei Hinsicht erfolgreich, weil sie innovativ und mit grossen vertraglichen Freiheiten gemeinsam mit den Versicherern Vergütungsmodelle aushandeln können, die auf lokale/regionale Begebenheiten und die Struktur und die medizinische Ausrichtung eines Netzwerks Rücksicht nehmen. Schon heute arbeiten Netzwerke und Versicherer häufig mit verschiedenen Formen von Pauschalen. Wir lehnen enge Vorgaben für Netzwerke auch bezüglich Abrechnungsformen ab, weil sie das behindern, was Netzwerke erfolgreich macht: Innovation und Flexibilität.</p>

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**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
mfe	21			<p>mfe lehnt die Ausweitung der Datenweitergabepflichten ab. Sie ist nicht nötig, um die Voraussetzungen für eine datengetriebene Versorgungssteuerung zu schaffen. Mit dem Vorschlag ritzt der Bundesrat das Arztgeheimnis, indem er in kleinen Schritten den Weg in Richtung gläserne Patienten und Ärztinnen und Ärzte einschlägt. Dagegen wehren wir uns. So weitreichende Datenfreigaben sind für die Ziele, die der Bundesrat verfolgt, gar nicht erforderlich. Widersprüchlich ist in diesem Zusammenhang, dass die Daten zwar in aggregierter Form weitergeben werden sollen (Abs. 2), sie aber in einer Form geliefert werden müssen, in der gleichwohl eine Aufteilung, unter anderem auf Leistungserbringer, möglich ist.</p>	
mfe	54			<p>mfe lehnt Kostenziele entschieden ab. Sie entsprechen einem Globalbudget, beliebig skalierbar bis auf einzelne Leistungserbringergruppen. Welche negativen Auswirkungen solche Globalbudgets auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten haben, lässt sich z.B. in Deutschland beobachten, wo die Kosten übrigens trotz Globalbudget in vergleichbarem Masse ansteigen wie in der Schweiz.</p> <p>Unrealistisch ist die Vorstellung, dass Zielvorgaben ohne Auswirkungen auf die Versorgung und die Leistungen eingehalten werden können. Ohne Beschränkungen sind Zielvorgaben unter dieser Prämisse nur noch undifferenziert und unsachgerecht durch Kürzungen der Taxpunktwerte zu erreichen. Die Last der Kostendämpfung wird so einseitig auf die</p>	

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

			<p>Leistungserbringer abgewälzt, während z.B. die Nachfrageseite weder thematisiert noch problematisiert wird. Weder Versicherte noch Versicherer werden zur Verantwortung gezogen. Gegen eine dergestalt einseitige Betrachtungsweise wehren wir uns. Sie ist nicht zielführend, wird der Komplexität der Kostensteigerung nicht gerecht und wird auf mittlere und lange Sicht deshalb auch nichts zur Problemlösung beitragen.</p> <p>Eingriffe in Preise werden zudem immer Auswirkungen auf das Angebot und die Qualität der Versorgung haben. Eine undifferenzierte Absenkung des Taxpunktwertes in einem Kanton wird über kurz oder lang dazu führen, dass dieser für die Ansiedlung junger Hausärztinnen und Kinderärzte weniger attraktiv ist. Nach jahrelangen Bemühungen zur Stärkung der Hausarztmedizin kann so etwas nicht ernsthaft die Absicht des Bundesrats sein.</p>	
mfe	54a		<p>Die differenzierte Betrachtung nach Kostenblöcken macht grundsätzlich Sinn. Ohne eine Differenzierung drohen bei Korrekturen nicht beabsichtigte negative Auswirkungen, etwa Angebots- und Leistungsreduktionen am falschen Ort, auch und gerade in der Hausarztmedizin, namentlich in ländlichen Regionen.</p> <p>mfe fordert schon lange, praxis- und spitalambulante Entwicklungen getrennt zu analysieren und anzugehen. Damit lassen sich unsachgerechte lineare Eingriffe verhindern, die auch jene treffen, die massgeblich zur Kostendämpfung beitragen. Das gilt vor allem für die Hausarztmedizin, die nach den zaghafte[n] tarifarischen Aufwertungen weiter zu stärken ist. Hausarztbasierte Gesundheitssysteme sind nachweislich kostengünstiger als andere.</p> <p>Die Absicht, die hinter der Schaffung solcher Kostenblöcke steckt, nämlich Tarifeingriffe auf kantonaler Ebene, stehen aber</p>	

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

			<p>grundsätzlich in Widerspruch zum geltenden Tarifsysteem für den ambulanten Bereich, wenn die Tarifpartner einerseits verpflichtet sind, in langer Arbeit betriebswirtschaftlich sachgerechte, WZW-basierte Tarife auszuhandeln, der Bund oder die Kantone andererseits diese Tarife jederzeit unsachgerecht abändern können.</p> <p>Die Kostenblöcke sind ferner so auszugestalten, dass für die Bereitstellung der für die Analyse notwendigen Grundlagen keine zusätzlichen Daten notwendig sind und der Datenschutz und das Arztgeheimnis unter allen Umständen gewahrt bleiben können (vgl. Bemerkungen zu Art. 21). Einfache, fest definierte und mit bestehenden Daten definierbare Blöcke reichen aus.</p>	
mfe	54b		<p>Es gelten die gleichen Bemerkungen wie bezüglich der Kostenziele von Bundesseite (Art. 54): Es ist einfach nicht realistisch, einen Kostenkorridor durchzusetzen bei gleichzeitig gleichbleibender Qualität und Versorgung.</p>	
mfe	54c		<p>mfe lehnt die Vorgabe von Kostenzielen ohnehin ab. Wir weisen an dieser Stelle darauf hin, dass die seriöse Aufbereitung und die korrekte Analyse von komplexen Daten als Entscheidungsgrundlagen, zumal differenziert nach Kostenblöcken und Kantonen, Zeit in Anspruch nimmt.</p> <p>Wenn man schon datengetriebene Steuerung machen möchte, was wir aus oben genannten Gründen ablehnen, muss ausreichend Zeit bleiben für die Formulierung von Steuerungsmassnahmen, zumal diese gemäss Art. 54d partnerschaftlich verhandelt werden sollen.</p> <p>Nicht geklärt ist die Frage, was bei falschen Berechnungen der Datengrundlagen passiert.</p>	

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

mfe	54d			<p>Die vom Bundesrat vorgeschlagenen Massnahmen lehnt mfe ab. Sie sind einseitig, weil sie einzig und alleine auf der Tarifebene ansetzen, durch Anpassung der Tarifverträge, entweder durch Tarifpartner oder durch Behörden. Die Kostenentwicklung hat komplexe Gründe und viele Ursachen, die der Bundesrat gar nicht erst in Betracht zieht und stattdessen nur auf den Preis fokussiert. Keine Rede von anderen möglichen Massnahmen, seien diese eine Steuerung der Nachfrage oder des Angebots, z.B. Spitalschliessungen, Limitation von Untersuchungen und Eingriffen oder Streichungen im Leistungskatalog. Zudem missachtet dieser Vorschlag das Gebot, dass Tarife betriebswirtschaftlich korrekt errechnet werden müssen. Er verletzt damit das Kriterium der Wirtschaftlichkeit und verliert die Gesamtsicht.</p> <p>Die Tarifpartner haben mit Tardoc ein neues Tarifmodell eingereicht. Der Bundesrat präsentiert hier Massnahmen, bevor er Tardoc geprüft hat. Tardoc enthält ebenfalls verbindliche Korrekturmechanismen, und zwar korrekterweise gegen oben und gegen unten. Stossend ist, dass ein Arzt bzw. eine Ärztin, der bzw. die tadellose, qualitativ hochwertige, wirtschaftliche und zweckmässige Leistungen erbringt, wegen Kostenüberschreitungen im «eigenen» Kostenblock mit einer Minderbezahlung der gleichen Leistungen bestraft werden kann. Eine solches Vorgehen ist nicht akzeptabel.</p>	
mfe	54e			<p>Da mfe Kostenzielvorgaben grundsätzlich ablehnt, stimmen wir auch der Schaffung einer entsprechenden Kommission nicht zu. Für sachgerechte Korrekturen im ambulanten Tarif sind die Tarifpartner zuständig, die dem Bundesrat mit Tardoc überdies bereits verbindliche Korrekturmechanismen vorgelegt haben.</p>	
mfe	40a	1		mfe befürwortet grundsätzlich hausarztzentrierte Modelle,	

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

			<p>weshalb wir seinerzeit auch die Management-Care-Vorlage unterstützt hatten. Wir sind der Meinung, dass die Haus- und Kinderärzte dabei eine zentrale steuernde Rolle einnehmen müssen, insbesondere was die Koordination angeht. Eine Erstberatungsstelle wird, wenn sie so konzipiert ist wie vom Bundesrat vorgeschlagen, dem Managed-Care-Gedanken und der darin vorgesehenen steuernden Rolle der Haus- und Kinderärzte aber nicht gerecht, weil diese Erstberatung dann nur am Anfang einer Behandlungskette steht, anschliessend aber keine Koordinationsfunktion übernimmt.</p> <p>mfe votiert dabei aber für doppelte Freiwilligkeit: Der Patient soll den Arzt und allenfalls ein einschränkendes Versicherungssystem mit Prämienrabatt wählen dürfen, der Arzt soll entscheiden können, ob und für wen er die Funktion übernehmen will, als Anlaufstelle für alle oder nur als Hausarzt für seine eigenen Patienten.</p> <p>Dieses Modell war bisher sehr erfolgreich und wird sich auf Dauer durchsetzen. Die Pflicht, eine Erstberatungsstelle zu wählen, kann in einem staatlichen Gesundheitssystem Sinn machen, nicht aber in einem freiheitlichen wie jenem der Schweiz. Das verordnete Modell gefährdet die bisher partnerschaftlich entwickelten Hausarztmodelle. Innovation, die dadurch möglich war und ist, wird behindert. Statt mit einem Obligatorium für alle müssen die verbleibenden 30% mit anderen, zielgruppenspezifischen Anreizen gewonnen werden. Dafür bedarf es zunächst einer näheren Analyse dieser fehlenden 30% und Erkenntnisse darüber, was diese bisher davon abgehalten hat, trotz finanzieller Anreize in ein hausarztbasiertes System zu wechseln.</p>	
mfe	40a	2	Es muss sichergestellt werden, dass pragmatische und praxiserprobte Modelle zur Triage auch in Zukunft möglich	

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

				<p>bleiben. Zentral ist dabei, dass die Stelle, die diese Erstberatung macht und entscheidet, ob und welche weiteren Schritte notwendig sind, immer unter haus- bzw. kinderärztlicher Leitung stehen. Erfolgreiche hausarztbasierte Systeme zeichnen sich gerade dadurch aus, dass diese Funktion nicht ausserhalb von Haus- und Kinderarztpraxen vorgenommen wird.</p>	
mfe	40a	3		<p>In den Erläuterungen zählt der Bundesrat auch telemedizinische Angebote zur Erstberatung. Dabei muss bedacht werden, dass telemedizinischen Angeboten gegenüber hausarztzentrierten Angeboten ein ganz entscheidendes, auch kostenrelevantes Element fehlt: Sie kennen die Patientinnen und Patienten nicht. Zudem läuft Telemedizin der bundesrätlichen Absicht zuwider, mit der Erstberatung „koordinierende Versorgungsstellen“ zu schaffen.</p> <p>Bekannt ist auch, dass die Patientinnen und Patienten in der Telemedizin häufig via telefonischer Verordnung direkt an Spezialisten weitergeleitet werden, also ohne Beurteilung, ob der Haus- oder Kinderarzt das Problem hätte lösen können. Damit besteht eine Gefahr, dass telemedizinische Angebote gar kostentreibend wirken könnten. Jedenfalls müssten sie im Rahmen der Kostenkontrolle differenziert monitorisiert werden.</p> <p>Explizit zu klären ist unter Abs. 3 die Frage, welche Rolle die in der haus- und kinderärztlichen Praxis wichtigen MPA übernehmen, wenn es um Erstberatung und Triage unter direkter ärztlicher Aufsicht und Verantwortung geht.</p>	
mfe	40	5/6/7		<p>mfe ist gegen eine faktische Verpflichtung, dass sich Haus- und Kinderärzte für die Liste melden. Die Kann-Formulierung in Abs. 5 lässt zwar offen, ob ein Haus- und Kinderarzt sich als Erstberatungsstelle anmelden will. Faktisch wird er das aber tun müssen, weil sonst all seine bisherigen Patienten und</p>	

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

			<p>Patientinnen eine entsprechende Stelle suchen müssen, obschon sie schon einen Haus- und Kinderarzt haben.</p> <p>Sollte es zu einer Verpflichtung kommen, wären alle im Kanton tätigen Haus- und Kinderärzte automatisch auf der Liste zu erfassen, um unnötigen administrativen Aufwand zu sparen. Der Arzt muss allerdings selber entscheiden können, für welche und für wie viele Patientinnen und Patienten er als Erstanlaufstelle fungieren will.</p> <p>Nicht geregelt sind ausserdem Fälle von ausserkantonalen Patientinnen und Patienten zum Beispiel an Kantonsgrenzen. In der kleinräumigen Schweiz ist es zwingend, dass auch ausserkantonale Erstberatungsstellen bezeichnet werden können. Diese Möglichkeit fehlt.</p> <p>Ebenfalls offen bleibt die wichtige Frage, unter welchen Bedingungen und zu welchen Zeitpunkten ein Patient die Erstberatungsstelle wechseln kann. Wenn ein Hausarzt steuern und koordinieren soll und die Patientin einfach ausweichen kann, indem er eine andere Erstberatungsstelle wählt, ist das System nicht erfolversprechend. Zudem besteht auch bei diesem Modell die Gefahr, dass einzelne Patientinnen und Patienten die Erstberatungsstelle nur aufsuchen, um eine Weiterverweisung zu bekommen. In diesem Fall würde das unnötig Mehrkosten generieren.</p> <p>Und schliesslich ist zu klären, was mit Versicherten passiert, die von keiner Erstanlaufstelle betreut werden wollen. Der Bundesrat will gemäss Abs. 7 die Voraussetzung regeln, damit eine solche Anlaufstelle bestimmt werden kann. Was aber, wenn der Grund für die Ablehnung durch andere Stellen das "schlechte Risiko" ist? Und: Unter welchen Voraussetzungen kann sich eine Erstanlaufstelle von einem Patienten wieder trennen?</p>	
--	--	--	---	--

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

mfe	40b	2		<p>Was ein Notfall ist, wird zunächst immer den Patientinnen und Patienten definiert. Eine abschliessende, in der Praxis handhabbare Definition dessen, was retrospektiv als Notfall anerkannt werden soll und was nicht, ist nicht realistisch. Steuerung ist hier zudem kaum möglich, solange die Spitäler eine entsprechende Aufnahmepflicht haben.</p>	
mfe	40b	4		<p>Weitere Ausnahmen, in denen eine Überweisung via Erstberatungsstelle nicht nötig ist, untergraben die Idee der Erstberatungsstelle und sind deshalb nicht sinnvoll. Ihre nähere Bezeichnung müsste sehr restriktiv ausfallen.</p> <p>Nicht verhindert werden zudem so genannte «Querüberweisungen» von einem Spezialisten zum nächsten. Die Möglichkeit von «Querüberweisungen» unterlaufen die wichtige Koordinationsfunktion einer Erstanlaufstelle und damit ihr Potenzial zur Kostendämpfung. Realisieren lässt sich ein solches Potenzial nur dann, wenn die Erstberatung im Sinne von Managed-Care-Modelle eine Steuerungsfunktion übernimmt und den Überblick über die gesamte Behandlungskette behält.</p>	
mfe	40c			<p>mfe steht den vorgesehenen Pauschalen skeptisch gegenüber. Wir lehnen sie ab, weil der Hausarzt bzw. die Kinderärztin grundsätzlich für das adäquat bezahlt werden soll, was er bzw. sie leistet. Zudem stellt sich die Frage, ob im Rahmen der Erstberatung dann auch zusätzliche Leistungen verrechnet werden könnten oder es dafür zwingend eine Folgekonsultation braucht. Ist es wie in Deutschland, dann beginnt die Pauschale beim Erstkontakt und gilt für den ganzen Zeitraum, unbesehen wie oft eine Konsultation notwendig ist. Erstberatungen sind in diesem Fall sehr eindeutig und eng von Konsultationen abzugrenzen.</p> <p>Sollte eine Pauschale eingeführt werden, braucht es also eine</p>	

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

				<p>klare Definition, was die Erstberatung beinhaltet, ob sie limitiert ist, wie hoch sie ausfällt. Die Erstberatung durch einen Haus- oder Kinderarzt, eingebunden in eine Praxis und mit langfristigen Patientenbeziehungen, ist von ganz anderer Qualität als eine Telefonberatung, welche ohne Kenntnis der Patientin und ihrer Vorgeschichte und lediglich anhand eines Algorithmus erfolgt. Dieser Qualitätsunterschied müsste auch tarifarisch abgebildet werden. Um Risikoselektion zu verhindern, müsste zudem eine Form von Risikoausgleich stattfinden.</p> <p>Zudem muss auch definiert werden, was in (seltenen) Fällen passiert, in denen ein Patient die Erstberatungsstelle «missbräuchlich» kontaktiert (zu oft und unnötig, aus anderen als medizinischen Gründen, z.B. Einsamkeit etc.). Die Pauschale ist in solchen Fällen massiv zu niedrig, während der Patient selber für sein Verhalten keine negativen finanziellen Konsequenzen zu gewärtigen hat, weil die Kostenbeteiligung für Erstberatungen entfällt (vgl. Art. 64 Abs. 7 Bst. c).</p>	
mfe	40d			<p>Die freie Wahl durch die Patientinnen und Patienten widerspricht dem hausarztbasierten System. Der Hausärztin oder die Kinderärztin verliert die Übersicht und ist nicht in die Behandlungsprozesse involviert. Damit unterläuft diese Regelung die Steuerungs- und Koordinationsfunktion, die im hausarztbasierten System zentral ist und wesentlichen Anteil an der hohen Qualität und seiner kostendämpfenden Wirkung hat. Dem Phänomen des teuren «Doctor-Shoppings» kann so nicht begegnet werden.</p>	
mfe	64	7	c	<p>Vgl. Ausführungen zu Art. 40c bezüglich missbräuchlicher Inanspruchnahme der Erstberatungsstelle.</p>	
mfe	35	2	o	<p>mfe begrüsst zwar grundsätzlich die interprofessionelle Stossrichtung, die hinter dieser Idee steht. Dafür ist aber keine</p>	

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

			<p>neue, enge Regulierung der Netzwerke nötig. Interprofessionelle Zusammenarbeit muss anderweitig gefördert werden. Das Erfolgsgeheimnis von Netzwerken besteht ja gerade darin, dass diese innovativ und flexibel, mit einzelnen Versicherungen und nach regionalen Bedürfnissen entstehen und wachsen können. Betonen wollen wir an dieser Stelle, dass auch in Netzwerken immer sichergestellt sein muss, dass sie hausarztzentriert geführt und koordiniert werden, also Haus- und Kinderärzte Entscheide über Behandlungswege mittragen. Zudem müssen die Haus- und Kinderärzte weiterhin freie Wahl haben, ob sie sich einem Netzwerk anschliessen wollen oder nicht.</p>	
mfe	36b		<p>Die Definition dessen, was ein Netzwerk ist, fällt im Vorschlag sehr kompliziert und abschreckend aus. Ein Netzwerk, das den skizzierten Voraussetzungen entspricht, existiert heute gar nicht. Die heute betriebenen Netzwerke verdanken ihren Erfolg gerade der Freiheit, sich selber zu konstituieren, abgestimmt auf die regionalen Begebenheiten und frei, mit welchen Partnern oder Versicherern. Dieser Spielraum für Innovation muss zwingend erhalten bleiben, was uns mit Blick auf die vorgeschlagene Definition nicht gegeben scheint. Noch offen lässt der Bundesrat die Bedingungen, die erfüllt sein müssen, damit ein Netzwerk als solches zugelassen wird. Das soll auf Verordnungsebene geregelt werden. Diese Bedingungen sind zentral und müssen deshalb vorher bekannt sein.</p> <p>In Anbetracht der Situationen in vielen Praxen ist namentlich die vorgesehene Verpflichtung zum EPD nicht haltbar. Wir haben uns in dieser Sache stets für die doppelte Freiwilligkeit ausgesprochen. Die Verpflichtung kommt einem EPD-Obligatorium gleich, das wir immer abgelehnt haben. mfe setzt sich stark für eHealth ein, die Realität sieht heute in vielen Praxen aber immer noch anders aus, nicht wenige Arbeiten mit Papier. Diese einfach per se von Netzwerken auszuschliessen, ist nicht</p>	

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

				zielführend, sondern verhindert die Entwicklung von Netzwerken. Zudem sind auch die technischen Grundvoraussetzungen noch immer nicht gegeben, damit ein EPD erfolgreich und flächendeckend eingeführt werden könnte.	
mfe	48a			Der Erfolg von Netzwerken basiert auf den Freiheiten der Vertragspartner, Verträge individuell zwischen Netzwerken und Versicherungen abzuschliessen. Diese Verträge enthalten schon heute Pauschalen zur Entschädigung der Netzwerke für ihre Arbeit. Es ist weder zielführend noch einzusehen, nun den Tarifpartnern anstelle der Vertragspartner die Aushandlung von Abgeltungsmodellen zu überantworten. Das ist gar nicht nötig, behindert Innovation und Flexibilität und damit eigentliche Kernelemente heutiger erfolgreicher Netzwerke.	
mfe	25	2	h, i	mfe setzt sich seit jeher stark für Interprofessionalität ein. Echte Interprofessionalität setzt aber voraus, dass grundsätzlich alle und nicht nur einzelne Berufsgruppen involviert bzw. wahlweise ergänzt werden. Die ausdrückliche Bezeichnung einer einzelnen zusätzlichen Berufsgruppe ist weder zielführend noch wünschenswert, sondern widerspricht dem Grundgedanken von Interprofessionalität.	
mfe	33	3bis		mfe spricht sich schon lange gegen krankheitsspezifische Programme aus. Medizin, und namentlich die haus- und kinderärztliche Medizin, arbeitet patientenspezifisch, mit Menschen im Mittelpunkt und nicht mit Krankheiten. Dass der Bundesrat krankheitszentrierte Programme vorschlägt, erstaunt auch deshalb, weil sich das BAG schon vor längerer Zeit davon verabschiedet hat, krankheitsspezifische Strategien zu machen, wie dies früher häufig der Fall war. Programme sollten, wenn schon, die strukturierte interprofessionelle Zusammenarbeit sichern, so wie das bereits heute in vielen interprofessionellen	

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

				Qualitätszirkeln getan wird.	
mfe	42	2		mfe begrüsst diesen Schritt grundsätzlich. Die Massnahme ist mit grosszügig bemessener Übergangsfrist aber so auszugestalten, dass insbesondere ältere Hausärzte und Kinderärztinnen, die nach wie vor einen wesentlichen Teil der Grundversorgung abdecken, nicht benachteiligt werden. Zudem bezweifeln wir die kostendämpfende Wirkung einer solchen Massnahme. Sie müsste wenn schon bei den Versicherern administrativen Aufwand sparen und dort kostenwirksam werden.	
mfe	42a	2, 3		mfe begrüsst die Möglichkeit, die der Bundesrat damit schaffen will, nämlich die Versichertenkarten auch elektronisch auszustellen. Angezeigt sind dabei Smartphone-kompatible Applikationen. Zu klären sind allerdings die Voraussetzungen für das Lesen der Karten in den Praxen.	
mfe	32	3		Der Bundesrat beabsichtigt, sich selber mehr Kompetenzen im Bereich von WZW-Überprüfungen geben zu lassen, namentlich was die Häufigkeit und den Umfang derselben betrifft. Diese Kompetenz lag bisher bei tarifsuisse, ebenso die Festlegung der entsprechenden Methoden. mfe lehnt die geplante Verschiebung der Kompetenzen ab. Diese gehört wie bisher in die Hände der Tarifpartner, die die Methoden der WZW-Überprüfungen regelmässig überarbeiten und für die Tarifpflege verantwortlich sind. Mit Tardoc haben sie auch verbindliche Massnahmen eingereicht, wie Korrekturen im Tarif vorgenommen werden müssen. Wir sind der Meinung, dass der Bund nicht ohne Not tarifpartnerschaftliche Bestrebungen untergraben und Aufgaben selber übernehmen sollte. In jedem Fall muss sichergestellt sein, dass WZW-Überprüfungen nie ohne die Beteiligten erfolgen dürfen.	

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

mfe	41		<p>Dass der Patient das Spital frei wählen kann, widerspricht jeder bisher gehandhabten Steuerung in Netzwerken, die der Bundesrat insbesondere bezüglich ihrer koordinierenden Aufgaben stärken möchte. Die Begleitung des Patienten und die Koordination der Behandlungskette wird nicht einbezogen. Dies läuft der Absicht des Bundesrats zu wieder, mit dieser Vorlage hausarztbasierte, koordinierte Systeme mit Blick auf ihre kostendämpfende Wirkung zu stärken.</p>	
-----	----	--	--	--

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**

Weitere Vorschläge

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

2 Zeilen einfügen

Ganze Zeile mit leeren grauen Feldern markieren (die Zeile wird blau hinterlegt)

Control-C für Kopieren

Control-V für Einfügen



3 Dokumentschutz wieder aktivieren

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

Vernehmlassungsformular_TabPG_DE [Kompatibilitätsmodus] - Microsoft Word

Start Einfügen Seitenlayout Verweise Sendungen Überprüfen Ansicht Add-Ins

Rechtschreibung und Grammatik Recherchieren Thesaurus Übersetzen Wörter zählen

Markieren

Kommentar

Endgültige Version enthält Markups

Markup anzeigen

Annehmen Ablehnen Weiter

Vergleichen Quelldokumente anzeigen

Dokument schützen

Formatierung und Bearbeitung

1. Formatierungseinschränkungen

2. Bearbeitungseinschränkungen

3. Schutz anwenden

Ja, Schutz jetzt anwenden

Vernehmlassung Tabakproduktegesetz

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : []

Abkürzung der Firma / Organisation : []

Adresse : []

Kontaktperson : []

Telefon : []

E-Mail : []

Datum : []

Wichtige Hinweise:

- Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen.
- Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Extras/Dokumentenschutz aufheben" den Schreibschutz aufheben.
- Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
- Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am 12. September 2014 an folgende E-Mail Adresse: dm@baq.admin.ch und tabak@baq.admin.ch