



Dufourstrasse 30
CH—3005 Bern

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 157
CH—3003 Bern

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Bern, den 14. Dezember 2018

Vernehmlassungsverfahren

Teilrevision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994

über die Krankenversicherung; Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1.

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 14. September 2018 hat der Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Innern, Bundespräsident Alain Berset, die Vernehmlassung in obengenanntem Geschäft mit Frist bis 14. Dezember 2018 eröffnet. Wir lassen Ihnen nachstehend die Stellungnahme der FMCH fristgerecht zukommen.

1. Allgemeine Bemerkungen

Die FMCH anerkennt, dass die Finanzierbarkeit der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) an ihre Grenzen stösst. Sie hat dies der SGK-S mit Schreiben vom 7. November 2017 bereits mitgeteilt. Die Gesundheitskosten explodieren zwar nicht, wie das immer wieder boulevardmässig behauptet wird, aber sie steigen seit Jahren kontinuierlich an. Da gleichzeitig ein Stillstand bei den mittleren und unteren Einkommen besteht, nimmt die Diskrepanz zwischen Kosten und Finanzierbarkeit zu, und dies trotz massiver Prämienverbilligungen durch Bund und Kantone.

Die FMCH anerkennt weiter, dass sich unter den 38 Massnahmen, die eine vom EDI eingesetzte Expertengruppe vorgeschlagen hat, durchaus solche befinden, die zu begrüssen sind und die sie sogar selbst aktiv vorantreibt, wie z.B. den ambulanten Pauschaltarif. Die FMCH hat dies dem BAG mit Schreiben vom 12. Januar 2018 mitgeteilt. In einem Spitzengespräch mit den BAG-Verantwortlichen am 1. Juni 2018

haben FMCH-Vertreter ihre Bereitschaft erklärt, an der Entwicklung weiterer, zielführender Massnahmen mitzuwirken. Damit folgte die FMCH dem Appell des Bundespräsidenten, der anlässlich der Nationalen Konferenz Gesundheit2020 vom 29. Januar 2018 zu einer aktiven Mitgestaltung der Akteure an den kostendämpfenden Massnahmen aufgerufen hatte.

Im vorliegenden, in Vernehmlassung gegebenen Massnahmenpaket sind einige begrüssenswerte Massnahmen des Expertenberichts aufgenommen worden, wie zum Beispiel der ambulante Pauschaltarif. Leider wurden auch Elemente integriert, die klar abzulehnen sind. Insgesamt bedauert die FMCH, dass massgebende Akteure bei der Erarbeitung des Massnahmenpaketes nicht stärker eingebunden wurden, wie dies aufgrund des bundespräsidialen Appells vom 29. Januar 2018 zu erwarten gewesen wäre. Dies hätte die Erfolgsaussichten der Vorlage deutlich verbessert.

Die FMCH sieht sich ausserstande, zur Vorlage in ihrer Gesamtheit Stellung zu beziehen, das heisst weder in einer generell befürwortenden, noch in einer generell ablehnenden Form. Sie wird deshalb im nachfolgenden Teil zu den einzelnen Massnahmen gesondert Stellung beziehen. Sie bittet das BAG, dies bei der Auswertung der Stellungnahmen so berücksichtigen zu wollen. Die FMCH würde eine subsummierende Auswertung als Verfälschung ihrer Stellungnahme betrachten und zurückweisen müssen.

Weiter bedauert die FMCH, dass die Regulierungsfolgenabschätzung (RFA) bezüglich Referenzpreissystem der Generika erst für Ende 2018 in Aussicht gestellt wird. Diese sollte heute schon als integraler Bestandteil der Vernehmlassungsdokumente vorliegen. Eine RFA sollte auch zu den anderen vorgeschlagenen Massnahmen durchgeführt werden. Es sei hier daran erinnert, dass das Instrument der RFA zur Untersuchung der volkswirtschaftlichen Auswirkungen von Vorlagen des Bundes dient. Zu einem Massnahmenpaket, das sich die Dämpfung der Gesundheitskosten zum Ziel setzt, sollte eine sorgfältige RFA eine Selbstverständlichkeit sein. Es ist enttäuschend, dass dies nicht geschehen ist, umso mehr als RFA's bei Botschaften, in Vernehmlassungsunterlagen sowie bei Verordnungen des Bundesrates *obligatorisch* sind¹.

¹ Vgl. Eidgenössisches Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung WBF. Regulierungsfolgenabschätzung, Handbuch; März 2013.

2. Spezieller Teil. Stellungnahme der FMCH zu den einzelnen Massnahmen

2.1. Experimentierartikel

Mit Artikel 59b KVG soll ein Experimentierartikel eingeführt werden, welcher innovative und kostendämpfende Pilotprojekte ausserhalb des „normalen“ Rahmens des KVG ermöglicht. Dieser Vorschlag entspricht Massnahme M02 des Expertenberichts und leistet zwei parlamentarischen Motionen Folge (17.3716 „Einführung einer Innovationsbestimmung im Krankenversicherungsgesetz“ und 17.3827 „Pilotversuche im KVG“). Der Vorschlag wird damit begründet, dass sowohl Leistungserbringer als auch Versicherer den Handlungsspielraum für Innovationen bei Tarifen, bei Budgetvereinbarungen oder bei alternativen Versicherungsmodellen zu wenig genutzt hätten, obwohl das KVG diesen Spielraum explizit ermöglichen würde (Art. 41, 43, 54, 55 und 62 KVG). Sinn und Zweck der Pilotprojekte sei festzustellen, ob ein Modell eine kostendämpfende Wirkung habe und folglich gesetzlich verankert werden soll. Pilotprojekte sollen von Kantonen, Krankenversicherern, Leistungserbringern oder Patientenorganisationen eingereicht werden können. Betroffene Akteure sollen zur Teilnahme an solche Pilotprojekte verpflichtet werden können.

2.1.1. Kommentar der FMCH

Die FMCH begrüsst die dem Experimentierartikel zugrunde gelegte Absicht, die Experimentierfreudigkeit der Akteure des Gesundheitswesens zu fördern. Tatsächlich bietet das KVG weitaus mehr Gestaltungsmöglichkeiten, als dies gemeinhin wahrgenommen wird. Allerdings bezweifelt die FMCH, dass der vorgelegte Gesetzesartikel einen Innovationsschub auslösen wird. Dazu fehlt ihm schlechterdings die rechtliche Grundlage. Ausserdem wirkt er eher abschreckend als motivierend.

Gemäss Art. 59b Abs. 3 soll das EDI Abweichungen vom Gesetz sowie die Rechte und Pflichten der Teilnehmer des Pilotprojektes in einer Verordnung regeln. Die FMCH bezweifelt, dass Abweichungen vom Gesetz mit Erlassen geregelt werden können. Dies würde die in der Schweiz geltende Normenhierarchie auf den Kopf stellen und die Behörde mit Kompetenzen ausstatten, die ihr nicht zustehen und ihr auch ausnahmesweise nicht erteilt werden können. Weiter ist es nicht denkbar, dass OKP-Versicherten, die von Pilotprojekten betroffenen sind, gesetzlich verbürgte Rechte vorenthalten werden können. Dies würde den Geltungsbereich des KVG auf verfassungswidrige Art einschränken und zu einer erheblichen, nicht tolerierbaren Rechtsunsicherheit führen.

Gemäss Art. 59b Abs. 3 sollen betroffene Akteure zur Teilnahme an Pilotprojekten verpflichtet werden können. Auch hier bezweifelt die FMCH, ob eine solche Verpflichtung aus rechtlicher Sicht überhaupt möglich ist. Ausserdem steht diese Bestimmung im Widerspruch zur Feststellung, dass die Handlungsspielräume des

KVG zu wenig genutzt würden. Die Nutzung dieser Freiräume setzt Freiwilligkeit, Motivation, Kreativität, Gestaltungswillen, Unternehmergeist, Verantwortungsbewusstsein und, *last but not least*, Sinn für das Gemeinwohl voraus. Zusätzliche Regulierungen und Verpflichtungen wirken jedoch nicht motivierend, im Gegenteil. Pilotprojekte, die zuerst den Hürdenlauf eines behördlichen Genehmigungsverfahrens bestehen müssen und später Akteure, die sich womöglich nicht für das Projekt interessieren, zur Teilnahme verpflichten, sind kaum geeignet, einen Innovationsschub bei kostendämpfenden Massnahmen auszulösen. Die Behörden des Bundes und der Kantone würden viel mehr erreichen, wenn sie die Akteure nur schon zur Nutzung der **bestehenden**, gesetzlich gebilligten Handlungsspielräume ermutigen und, soweit zulässig, unterstützen würden. Wenn beispielsweise FMCH und santésuisse bei der Entwicklung eines ambulanten Pauschaltarifs, der durchaus den Charakter eines Pilotprojektes aufweist, Unterstützung von den Behörden erfahren würden, würde dies dem Projekt eine zusätzliche Dynamik verleihen.

2.2. Rechnungskontrolle

Die bereits in der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV) enthaltene Bestimmung, wonach der Leistungserbringer verpflichtet ist, der versicherten Person im System des Tiers payant die Kopie der Rechnung zukommen zu lassen, wird neu auf Gesetzesstufe verankert (Art. 42 Abs. 3 Satz 3 KVG). Verstösse gegen diese Bestimmung sollen neu sanktioniert werden können (Art. 59 Abs. 1 erster Satz sowie Art. 59 Abs. 3 Bst. G). Vorgaben zur Verständlichkeit der Rechnungen sollen auf Verordnungsstufe konkretisiert werden.

2.2.1. Kommentar der FMCH

Die FMCH kann diese Massnahme nur unterstützen. Neben den Versicherern spielt die versicherte Person eine wichtige, vermutlich stark unterschätzte Rolle bei der Rechnungsprüfung. Wie die FMCH im Qualitätsprojekt „FMCH Public Database“ selbst feststellen konnte, ist der Patient das beste Prüforgang für Qualitätsdaten, weil er deren Richtigkeit am besten kontrollieren kann². Diese Erkenntnis lässt sich zweifellos auf die Kontrolle der Rechnung übertragen. Der Patient ist am besten in der Lage, erbrachte Leistungen und dafür verrechnete Positionen zu vergleichen und allfällige Unstimmigkeiten zu beanstanden. Gewiss besteht noch ein grosser Handlungsbedarf bei der Lesbarkeit der Rechnungen. Immerhin kann eine baldige Verbesserung dieser Situation im ambulanten Bereich durch die Schaffung eines ambulanten Pauschaltarifs in Aussicht gestellt werden. Durch die Pauschalierung der häufigsten Eingriffe wird eine massive Vereinfachung des Tarifsystems und damit eine entsprechend verbesserte Lesbarkeit der Rechnungen erreicht werden. Die FMCH erklärt sich gerne

² Vgl. <https://www.publicdatabase.ch/>

bereit, ihre Erfahrungen zur Verfügung zu stellen und bei der Erarbeitung einer Verordnung über die Verständlichkeit der Rechnungen konstruktiv mitzuwirken.

2.3. Tariforganisation im ambulanten Bereich

Gemäss Art. 47a soll nach dem Vorbild der SwissDRG AG auch im ambulanten Bereich eine Tariforganisation eingesetzt werden, welche für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege von schweizweit einheitlichen Tarifstrukturen zuständig ist. Neben den Einzelleistungstarifen sollen neu auch ambulante Pauschaltarife auf einer einheitlichen Tarifstruktur beruhen (Art. 43 Abs. 5 erster Satz).

2.3.1. Kommentar der FMCH

Der Erfolg der SwissDRG AG kann mit der alleinigen Einsetzung einer analogen Tariforganisation für den ambulanten Bereich nicht automatisch wiederholt werden. Ohne deren Leistung schmälern zu wollen, muss doch daran erinnert werden, dass die SwissDRG AG die stationäre Tarifstruktur auf der Basis eines bereits existierenden Tarifwerks – GermanDRG – aufbauen und weiterentwickeln konnte. Dabei übernahm die SwissDRG AG das in Deutschland erprobte Konzept eines regelbasierten, datengetriebenen und lernenden Tarifsystems. Diese Faktoren, die der SwissDRG AG zum Erfolg verholfen haben, lassen sich bei ambulanten Tarifstrukturen, die von der Tariforganisation revidiert oder neu erarbeitet werden sollen, nicht ohne weiteres reproduzieren. Die Erfolgsfaktoren sind viel mehr von der Wahl eines geeigneten Tarifsystems als vom alleinigen Vorhandensein einer Institution abhängig. Die Tariforganisation sollte sich an die Besonderheiten des Tarifsystems richten und nicht umgekehrt.

Ein weiterer Erfolgsfaktor der SwissDRG AG ist die gesetzlich ermöglichte Finanzierung der Tariforganisation mittels Fallbeiträgen (Art. 49 Abs. 2 KVG, Art. 59e KVV). Auf diese Weise ist es den Tarifpartnern nicht möglich, durch Zurückhaltung von fälligen Mitgliederbeiträgen die Existenz der Tariforganisation zu bedrohen und damit tarifarische Interessen durchzusetzen, wie dies in TARMED Suisse wiederholt geschah und zu den bekannten Blockaden führte. Leider fehlt eine entsprechende Bestimmung zur Finanzierung der ambulanten Tariforganisation im vorliegenden Gesetzesentwurf. Ohne geregelte Finanzierung würde die Tariforganisation aber gleich zu Beginn ihrer Existenz mit einem schwerwiegenden Geburtsfehler zu kämpfen haben.

Das Fehlen einer Einstimmigkeitsregel kann ebenfalls als Erfolgsfaktor der SwissDRG AG bezeichnet werden. Damit verfügen die Tarifpartner nicht über eine Veto-Macht, wie sie diese in TARMED Suisse noch hatten und deren Anwendung ebenfalls zu

Blockaden führte. Wie sich die Entscheidungsprozesse in einer paritätisch zusammengesetzten Tariforganisation gestalten würden, kann nur schwer vorausgesagt werden. Mit der Möglichkeit von andauernden Patt-Situationen zwischen den Vertretern der Leistungserbringer und denjenigen der Versicherer muss aber gerechnet werden. Wie in dieser Situation vorgegangen werden soll, geht aus dem Gesetzesentwurf nicht hervor. Sollte in solchen Fällen dem Bundesrat die Rolle des Schiedsrichters zufallen, würde faktisch wieder der gleiche Zustand wie heute vorliegen. Damit würde sich die Gründung einer ambulanten Tariforganisation als vergeblich erwiesen haben.

Schliesslich muss erwähnt werden, dass das Bundesamt für Statistik (BFS) einen erheblichen Anteil am Gelingen des Tarifsystems SwissDRG trägt. Dank der kompetenten und unbürokratischen Bewältigung des Antragsverfahrens zur umfangreichen Erweiterung des CHOP-Klassifikation in den Jahren 2008 und 2009 konnte das BFS die Anwendung der neuen Tarifstruktur überhaupt ermöglichen. Die Zusammenarbeit zwischen der SwissDRG AG und dem BFS erwies sich als grosse Herausforderung, da sie weder im Gesetz geregelt war noch von der übergeordneten Instanz koordiniert wurde. Sie gelang trotzdem dank viel guten Willens auf beiden Seiten. Bis zum heutigen Tag sind aber Datenflüsse und Ressourcenfragen nicht zufriedenstellend geregelt, was regelmässig zu Reibungsverlusten führt und die Weiterentwicklung des DRG-Systems dereinst gefährden könnte. Bei der Schaffung einer ambulanten Tariforganisation sollte diesen Erfahrungen gebührend Rechnung getragen werden. Leider wird in der Vorlage mit keinem Wort erwähnt, ob und in welcher Weise das BFS an den Aufgaben einer ambulanten Tariforganisation mitwirken soll. Es ist unverständlich, warum die unter Art. 47b erwähnten Datenflüsse ohne Bezug zu den heute schon bestehenden Artikeln 23 und 59a KVG bzw. Art. 30ff KVV stehen. Sollten neue Datenflüsse, parallel zu den schon bestehenden Datenflüssen, geschaffen werden, würde dies dem Prinzip einer koordinierten, effizienten Datennutzung ohne Doppelspurigkeiten zuwiderlaufen.

Aufgrund dieser Analyse kommt die FMCH zum Ergebnis, dass im vorliegenden Gesetzesentwurf keine hinreichenden Voraussetzungen für das Gelingen einer ambulanten Tariforganisation erkennbar sind. Leider wurden die zahlreichen Lehren aus den positiven und negativen Erfahrungen von TARMED Suisse und der SwissDRG AG nicht genügend berücksichtigt.

Für ein ambulantes Tarifbüro sind verschiedene Modelle denkbar. Darunter existieren solche, die erfolgsversprechend sind. Immerhin wird im Erläuternden Bericht die Möglichkeit skizziert, dass eine Dachorganisation mit Untereinheiten nach Leistungserbringerbereich oder pro Tarifstruktur eine separate Organisation eingesetzt werden könnte. Ein solcher Ansatz könnte zielführend sein. Wie sich dieses Modell mit dem vorgelegten Gesetzestext in Einklang bringen liesse, ist nicht ohne

weiteres ersichtlich. Dazu müsste Art. 47a wesentlich genauer formuliert und die Möglichkeit einer Dachorganisation explizit erwähnt werden.

Die FMCH ist gerne bereit, alternative Modelle für das ambulante Tarifbüro zu diskutieren und gegebenenfalls mitzutragen, sofern das gewünscht sein sollte.

2.4. Tarifstruktur aktuell halten (Datenbekanntgabe)

Gemäss Art. 47b sollen die Leistungserbringer verpflichtet werden, Daten an die ambulante Tariforganisation zu liefern, die für die Erarbeitung, Weiterentwicklung, Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen notwendig sind. Ebenso sollen sie, wie auch die Versicherer, diese Daten dem Bundesrat bekanntgeben. Gegen Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer, die gegen diese Pflicht verstossen, sollen Sanktionen ergriffen werden.

2.4.1. Kommentar der FMCH

Wie oben unter 2.3.1. bereits erwähnt, sollten neben den schon bestehenden, gesetzlich festgelegten Datenflüssen keine neuen Datenflüsse geschaffen werden. Das Prinzip einer koordinierten, effizienten Datennutzung ohne Doppelspurigkeiten sollte strikt eingehalten werden. Warum es nicht möglich sein sollte, die benötigten Kosten- und Leistungsdaten auf der Basis der heute schon existierenden Bestimmungen in Art. 23 und 59a KVG bzw. Art. 30 ff. KVV zu erheben, ist nicht nachvollziehbar. Nur weil sich die Bundesstatistiken für den ambulanten Bereich noch im Aufbau befinden, wie es im Erläuternden Bericht heisst, ist das kein Grund, weitere neue Erhebungen „*from the scratch*“ aufzubauen, auch wenn diese ausschliesslich dem Zweck einer behördlichen Aufsicht dienen sollen. Wenn das Only-Once-Prinzip der bundesrätlichen Datenstrategie jemals gelingen soll, so ist heute schon das dazu notwendige Fundament zu legen. Unkoordinierte Mehrfacherhebungen im Nachhinein zusammenzuführen, würde sich als weitaus schwieriger erweisen, als von Beginn an eine durchdachte Datenarchitektur aufzubauen, auch wenn damit eine gewisse zeitliche Verzögerung in Kauf genommen werden müsste.

Die Verbände mit der Überlieferung der Daten zu beauftragen, ist aus rechtlichen Gründen nicht durchführbar. Die Verbände sind in der Regel Vereine nach Art. 60 ff. ZGB. Daraus folgt, dass ihnen die Mittel zur Durchsetzung solcher Aufgabe schlechterdings nicht zur Verfügung stehen. Daran würden auch Sanktionen gegen säumige Verbände nichts ändern. Vereinen stehen nur sehr beschränkte Sanktionsmöglichkeiten gegen ihre eigenen Mitglieder zur Verfügung. Während die Vereine nur mit Mühe imstande wären, die verlangten Vollerhebungen durchzuführen, würde es ihre Möglichkeiten definitiv übersteigen, auch noch für die Richtigkeit der gelieferten Daten zu bürgen. Doch müsste dies gewährleistet sein, wenn mit der neuen

gesetzlichen Regelung eine signifikante Verbesserung der aktuellen Situation erreicht werden soll. Im Ergebnis ist die FMCH der Auffassung, dass die geplanten Datenlieferungen an die ambulante Tariforganisation und an den Bundesrat als behördliche Aufgabe zu definieren und entsprechend einzurichten ist. Sie sollte auf der Grundlage der bestehenden gesetzlichen Regelungen organisiert werden.

Eine Datenlieferung an die Kantonsregierungen ist nicht vorgesehen. Wie dem Erläuternden Bericht zu entnehmen ist, sei diese gar nicht nötig, weil es sich bei den zu liefernden Daten vorwiegend um solche handle, welche für die Festlegung, Anpassung und Genehmigung von Tarifen und Preisen benötigt würden, welche in den Zuständigkeitsbereichen des Bundesrates fielen. Sollte diesem Ansinnen Folge geleistet werden, würden die Kantone faktisch sämtliche Kompetenzen im Tarifbereich verlieren. Eine derart schwerwiegende Kompetenzdelegation von den Kantonen an den Bund ist nicht zu rechtfertigen und ohne tiefgreifende KVG-Revision, wenn nicht sogar ohne Verfassungsänderung, nicht durchführbar. Das Tarifrecht des KVG beruht auf dem Grundsatz der Tarifautonomie, ein Grundsatz, dessen Vorrang der Bundesrat wiederholt bekräftigt hat, zuletzt im vorliegenden Erläuternden Bericht selbst³. Tarifautonomie bedeutet aber gleichzeitig Verhandlungsprimat. Wenn es der erklärte Wille der Tarifpartner ist, den vereinbarten Tarif kantonal einzuführen, so liegt die Genehmigungszuständigkeit bei den Kantonsregierungen. Dies gilt für sämtliche KVG-Tarife mit Ausnahme der Einzelleistungstarifstruktur, die gesamtschweizerisch einheitlich sein muss. Dies entspricht auch dem Grundsatz des KVG, wonach die Kantonsregierungen für Genehmigungen zuständig sind. Davon auszugehen, dass bei der Genehmigung von ambulanten Tarifen in der Regel der Bundesrat zuständig sei, wie dies im Erläuternden Bericht behauptet wird, ist demnach verfehlt. Dieser Behauptung ist entschieden zu widersprechen. Selbstverständlich sollen auch Kantonsregierungen auf Kosten- und Leistungsdaten zugreifen können, wenn sie diese im Rahmen von Genehmigungsverfahren benötigen. Wenn schon beklagt wird, dass die Tarifpartner den Handlungsspielraum des KVG, insbesondere in Tariffragen, zu wenig ausschöpfen würden, so sollte dieser Handlungsspielraum nicht auch noch eingeschränkt werden, wie z.B. mit Kompetenzdelegationen an den Bund. Dies würde dem im Experimentierartikel zum Ausdruck gebrachten Willen, die Gestaltungsmöglichkeiten der Tarifpartner zu stärken, zuwiderlaufen. In diesem Punkt erweist sich das Massnahmenpaket als inkohärent.

2.5. Massnahmen zur Steuerung der Kosten

Gemäss Art. 47c sollen die Leistungserbringer und die Versicherer verpflichtet werden, Massnahmen zur Steuerung der Kosten vertraglich zu vereinbaren, sei es als

³ Vgl. Erläuternden Bericht, Seite 30: „Der Auslegungscharakter der subsidiären Kompetenz bleibt bestehen; demnach regelt der Bundesrat gerade so viel wie für das Bestehen einer Struktur notwendig ist, um den Vorrang der Tarifautonomie so weit wie möglich zu berücksichtigen.“

integraler Bestandteil von Tarifverträgen, sei es als eigenständige Verträge. Zu regeln sind Mengen- und Kostenentwicklungen. Bei ungerechtfertigten Erhöhungen sind Korrekturmassnahmen vorzusehen. Kommen die Leistungserbringer und die Versicherer dieser Pflicht nicht nach, greift der Bundesrat mit entsprechenden Massnahmen ein.

2.5.1. Kommentar der FMCH

Wer über Tarife und Preise verhandelt, ist auch für die Kosten, die damit, direkt oder indirekt, verursacht werden, mitverantwortlich. Wer diese Verantwortung nicht übernehmen kann oder will, kann nicht den Anspruch erheben, als Tarifpartner ernstgenommen zu werden. Leider wurde diesem Prinzip in der Vergangenheit nur teilweise nachgelebt. Beispielsweise wurde nach Fertigstellung der Tarifstruktur SwissDRG die Frage der Preisbildung leichtfertig ihrem Schicksal überlassen. Auf ein Preisbildungskonzept vonseiten der Tarifpartner wartete man vergebens. Eine Intervention der FMCH beim damaligen Vorsteher des EDI, Herrn Bundesrat Didier Burkhalter, blieb folgenlos. Es geschah dann, was die logische Konsequenz dieses Versäumnisses: reihenweise gescheiterte Baserate-Verhandlungen in der ganzen Schweiz. Letztlich mussten die Prinzipien der Preisbildung vor den Gerichten dieses Landes erstritten werden. Auf dem Hintergrund dieser Erfahrungen ist es verständlich, dass eine Wiederholung der gleichen Fehler tunlichst vermieden werden soll. Die Kosten- bzw. Preisproblematik gewissermassen in die Tarifstruktur zu integrieren, wie dies mit Forderungen zur Normierung oder zur doppelten Normierung von Tarifstrukturen geschehen ist, kann bestenfalls als Notbehelf bezeichnet werden, welches vielleicht das Gewissen der Kostenträger zu beruhigen („man tut etwas“), aber letztlich nicht zu überzeugen vermag. Die Vermischung von Tarifstruktur und Preisbildung bzw. Kostensteuerung bleibt letztlich ein systemwidriges Unterfangen.

Die vorgeschlagene Kostensteuerung hat wenigstens den Vorteil, die Preis- und Kostendiskussion zu institutionalisieren. Eine Delegation der Verantwortung an die Gerichte wäre nicht mehr möglich. Die Kostensteuerung ist ein typisches planwirtschaftliches Steuerungsinstrument, das den Vorteil der Einfachheit aufweist, aber oft nur zum Preis einer schwerfälligen, meist intransparenten und damit korruptionsanfälligen Bürokratie zu haben ist. Die im Erläuternden Bericht positiv erwähnten deutschen und holländischen Beispiele erweisen sich bei näherer Betrachtung als Bürokratie-Ungetüme mit eingeschränkter, um nicht zu sagen enttäuschender Wirkung auf die Gesundheitskosten. Eine qualitäts- und nutzenorientierte Ressourcenallokation ist unter diesen Umständen nur schwer zu erreichen.

Die FMCH bevorzugt ein Preisbildungskonzept, das einen Qualitäts- und Nutzenbasierten Wettbewerb ermöglichen würde. Der Aufbau eines solchen Konzeptes ist zugegebenermassen anspruchsvoller als die Einrichtung einer Kostensteuerung vom Typ LeiKoV. Das deutsche Beispiel der Kostensteuerung ist aber derart abschreckend, dass sich eine sorgfältige Prüfung dieser Alternative lohnen würde. Die Schweiz ist

nicht schicksalhaft dazu verurteilt, alle Fehler unseres nördlichen Nachbarn zu wiederholen, insbesondere wenn die Fehler dort längst erkannt worden sind. Die Einrichtung eines qualitäts- und nutzenorientierten Wettbewerbs wäre weitaus zukunftsgerichteter und würde dem Pionierland Schweiz gut anstehen.

2.6. Ambulante Pauschaltarife

Gemäss Art. 43 Abs. 5 erster Satz sollen neben Einzelleistungstarifen neu auch Pauschaltarife auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Aufgrund dieser Bestimmung soll die subsidiäre Kompetenz des Bundesrates auf Pauschaltarifstrukturen ausgedehnt werden. Der Auslegungscharakter dieser Kompetenz soll aber unverändert bestehen bleiben. Dies würde zu einer Stärkung von Pauschalabgeltungen führen, was einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten (Art. 43 Abs. 6) sowie der Strategie „Gesundheit2020“ entsprechen würde. Ausserdem könne so der Druck auf Tarifpartner erhöht werden. Auf eine Verpflichtung zu Pauschaltarifen werde aber verzichtet, insbesondere weil es keine Evidenz gäbe, in welchen Bereichen Pauschalen adäquat seien. Nicht als Inhalt der Vorlage, aber auf Verordnungsebene geplant sei schliesslich, dass die Tarifpartner regelmässig prüfen sollen, ob sich Einzelleistungstarife zu Pauschalen zusammenfassen lassen.

2.6.1. Kommentar der FMCH

Die FMCH begrüsst den Willen des Bundesrates, ambulante Pauschaltarife zu fördern. In einer tarifpartnerschaftlichen Zusammenarbeit mit *santésuisse* befasst sich die FMCH seit mehr als zwei Jahren intensiv mit der Entwicklung eines ambulanten Pauschaltarifs. Erste Pauschalen für die Augen Chirurgie wurden bereits entwickelt. Pauschalen für zahlreiche weitere Fachgebiete stehen in der Pipeline oder kurz vor Abschluss. Dieser Tarif beruht auf einem eigens dafür entwickelten Kostenmodell, welches effiziente ambulante Prozesse abbildet, wie sie heute in der Schweiz bereits existieren oder von vielen öffentlichen und privaten Spitälern für die nahe Zukunft geplant werden. Der ambulante Pauschaltarif wird mit der Verpflichtung zur Teilnahme an qualitätssichernde Massnahmen verknüpft. In diesem Sinn ist der am 7. Februar 2018 zwischen FMCH und *santésuisse* unterzeichnete Rahmenvertrag ein Qualitätsvertrag *avant la lettre*, d.h. ein Qualitätsvertrag, wie er in der Vorlage zur Stärkung von Wirtschaftlichkeit und Qualität (15.083) vorgesehen ist, welcher der Nationalrat bereits grossmehrheitlich zugestimmt hat.

Dem Bundesrat ist zuzustimmen, dass Pauschaltarife nicht für alle Bereiche der Medizin adäquat sind. Es kann aber mit vernünftiger Sicherheit vorausgesagt werden, dass sich standardmässig durchgeführte Eingriffe, die bis zu 80 Prozent, ja teilweise sogar 90 Prozent des Leistungsvolumens eines jeweiligen Fachgebiets

abdecken, für eine Pauschalierung hervorragend eignen. Dabei kann auf die in der Schweiz in den letzten Jahrzehnten gemachten Erfahrungen mit diversen Pauschaltarifen verwiesen werden, ohne auf internationale Evidenz zurückgreifen zu müssen.

In Übereinstimmung mit den Ausführungen des Erläuternden Berichts können folgende Vorzüge eines ambulanten Pauschaltarifs hervorgehoben werden:

- Optimaler Einsatz von Leistungen innerhalb einer Pauschale;
- Förderung einer effizienten Leistungserbringung;
- Reduktion der Komplexität;
- Vereinfachung der administrativen Abwicklung der Rechnungsstellung;

Überdies sind ambulante Pauschalen ein effizientes Mittel gegen Tarifmissbrauch. Im Erläuternden Bericht werden Pauschalen auch als probates Mittel angepriesen, „um die Erbringung möglichst vieler Leistungen zu verhindern“. Diese Eigenschaft, die grundsätzlich allen Pauschaltarifen anhaftet, kann nicht ernsthaft als Vorteil bezeichnet werden, es sei denn, man würde eine rein finanzielle Betrachtungsweise anwenden, was aber aus medizinischen und ethischen Gründen klar abzulehnen ist. In Wahrheit kann ein Pauschaltarif eine potentielle Gefahr darstellen, wenn er zur Verhinderung von medizinisch notwendigen Leistungen führen würde. Dieser Gefahr muss zwingend mit qualitätssichernden Massnahmen begegnet werden. Die von FMCH und santésuisse entwickelten ambulanten Leistungspauschalen sehen gerade dies vor. Wer mit diesem Tarif abrechnen will, muss sich zwingend einem anerkannten Qualitätsprogramm, in der Regel einem Register, anschliessen. Einen ambulanten Pauschaltarif ohne begleitende qualitätssichernde Massnahmen zu vereinbaren, wie das gelegentlich gemacht wird, ist unseriös und kurzsichtig. Dauerhafte, qualitätsschonende Kosteneinsparungen lassen sich so nicht erzielen.

Bereits heute gibt es im ambulanten Bereich die Möglichkeit, Pauschaltarife zu vereinbaren und darüber abzurechnen. Diese Möglichkeit wird seit längerem genutzt, wenn auch nur punktuell in einzelnen Fachgebieten (z.B. Ophthalmologie, ORL), in bestimmten Regionen der Schweiz oder während einer bestimmten Zeit im Unfallversicherungsbereich (IAP). Die Erfahrungen waren durchwegs positiv. Die von FMCH und santésuisse entwickelten Leistungspauschalen stellen das bisher umfangreichste und ehrgeizigste Projekt im Bereich der ambulanten Pauschalen dar. Grundsätzlich sieht die FMCH Leistungspauschalen für alle ihre 21 Fachgesellschaften vor, wenn auch in unterschiedlicher Priorität. Auch sollen Pauschalen in möglichst vielen Kantonen, die entsprechende Angebote aufweisen, eingeführt werden. Dabei erweist sich die vom KVG gebotene Flexibilität als grosse Chance. So können beispielsweise kantonale oder regional unterschiedliche Preise nach Massgabe der jeweiligen Löhne und Mietpreise vereinbart werden. Der Pauschalvertrag kann auf einzelne Gruppen von Leistungserbringern eingeschränkt werden, wenn dies sinnvoll erscheint, zum Beispiel aus Qualitätsgründen. Auf dem

Hintergrund dieser Tatsachen ist es unverständlich, warum der Erläuternde Bericht diese Anstrengungen bei der Entwicklung von ambulanten Bereich verschweigt. Wenn schon beklagt wird, dass die Freiräume des KVG zu wenig genutzt würden, was allgemein betrachtet zutrifft, so sollten doch diejenigen Tarifpartner, die eben dies tun, nicht auch noch unterschlagen, sondern vielmehr als gutes Beispiel angeführt und gefördert werden, zumal es doch gerade die Absicht des Bundesrates ist, ambulante Pauschalen zu fördern. Ebenso unverständlich ist die Absicht des Bundesrates, schweizweit einheitliche Tarifstrukturen für Pauschaltarife vorzuschreiben. Damit wird der existierende Handlungsspielraum des KVG empfindlich eingeschränkt und die Hürde für eine Genehmigung deutlich erhöht⁴. Ausserdem wird damit der experimentelle Charakter, der ambulanten Pauschalen durchaus innewohnt, von vorneherein zerstört, was wiederum in offensichtlichem Widerspruch zum Sinn und Geist des Experimentierartikels steht. So würden kostendämpfende Innovationen, die auf regionaler oder kantonaler Ebene durch einzelne Akteure pilotiert werden könnten, verhindert.

Aus technischer Sicht macht eine einheitliche Tarifstruktur wenig Sinn, da im Kalkulationsmodell kantonale unterschiedliche Eckwerte verwendet werden. Für eine Genehmigung durch den Bund müsste das Kalkulationsmodell mit künstlichen Werten versehen werden, was bei der Preisgenehmigung auf Kantonsebene sogleich wieder rückgängig gemacht werden müsste, um reelle Eckwerte zu integrieren – ein kompliziertes und unnötiges Verfahren.

Schliesslich bedauert die FMCH, dass der Bundesrat heute schon mit der Ankündigung der subsidiären Kompetenz eine Drohkulisse aufbaut. Die subsidiäre Kompetenz hatte möglicherweise ihre Berechtigung im Bereich des Einzelleistungstarifs, nachdem sämtliche Revisionsversuche, trotz jahrelanger Bemühungen, gescheitert waren. Warum aber der Bundesrat mit diesem Instrument ausgerechnet bei den ambulanten Pauschalen droht, wo doch die Initiative, diesen Tariftyp zu entwickeln, eindeutig von den Tarifpartnern ausgegangen ist und keine Blockade in Sichtweite ist, ist nur mit einem Misstrauen gegenüber den Tarifpartnern zu erklären. Wie das mit dem bekundeten Willen, die Innovationsfähigkeit der Akteure zu stärken, zusammenpassen soll, ist rational nicht mehr erklärbar. Auch in diesem Punkt tritt einer der vielen inneren Widersprüche des Massnahmenpaketes zu Tage. Bekundete Absichten und geplante Massnahmen sind beim besten Willen nicht in Übereinstimmung zu bringen. Was der Bundesrat wirklich will, bleibt letztlich enigmatisch.

2.7. Referenzpreissystem für Generika

Für Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung soll ein maximaler Preis, ein sogenannter Referenzpreis, festgelegt werden. Nur dieser Referenzpreis soll von der OKP vergütet werden. Damit die versicherten Personen nicht übermassig belastet

Siehe die jüngere Geschichte des Einzelleistungstarifs TARMED.

werden, wird ein Höchstpreis festgelegt, den die Leistungserbringer höchstens in Rechnung stellen dürfen.

2.7.1. Kommentar der FMCH

Die FMCH lehnt das vorgeschlagene Referenzpreissystem ab. Die FMCH ist der Auffassung, dass das Problem der schwachen Marktdurchdringung von Generika in der Schweiz weitaus schwerer wiegt als die im internationalen Vergleich hohen Generikapreise. In der Schweiz liegt die Marktdurchdringung mengenmässig bei 17 Prozent, während sie in Holland bei 71,4 Prozent und in Deutschland bei 81 Prozent liegt. Wenn nun Generika im Sinn einer kostendämpfenden Massnahme gefördert werden sollen, so ist vorrangig deren Marktdurchdringung zu verbessern. Ob dies mit einem Referenzpreissystem zu erreichen ist, muss ernsthaft in Frage gestellt werden. Ein Referenzpreissystem führt in der Regel zu einem Preiskampf mit einem «race to the bottom»: Der Billigste gewinnt das Rennen. Bei der kleinen Marktgrösse der Schweiz ist anzunehmen, dass sich unter diesen Bedingungen Anbieter von Generika aus dem Schweizer Markt zurückziehen werden. Das Ziel einer erhöhten Marktdurchdringung würde dadurch verfehlt werden. Die FMCH ist überzeugt, dass mit der Schaffung von geeigneten Anreizen eine höhere Marktdurchdringung mit Generika und damit, selbst bei gleichbleibenden Preisen, dauerhaftere Einsparungen erzielt werden können als mit einem Referenzpreissystem. Wie geeignete Anreize aussehen können, hat Frau Nationalrätin Humbel (AG, cvp.) in ihrer Motion 16.4049 überzeugend dargelegt. Daraus folgendes Zitat:

«Selbstdispensierende Ärzte haben kaum ein Interesse, Generika abzugeben, weil sie durch die tiefere Marge potenziell weniger verdienen. Das Gleiche gilt für Apotheker, welche zwar ein Medikament substituieren können, dies aber in Rücksprache mit dem Arzt tun müssen und daher der Aufwand für sie grösser ist als der Nutzen. Um den Anreiz richtig zu setzen, braucht es Fixmargen. Mit einer preisunabhängigen Vertriebsmarge könnte auch der Fehlanreiz reduziert werden, dass anstatt eines günstigen Generikums ein wirkstoffähnliches, aber teureres patentgeschütztes Arzneimittel verschrieben und abgegeben wird.»

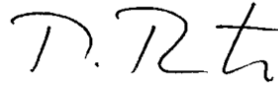
Wie eingangs dieser Stellungnahme bereits erwähnt, bedauert die FMCH, dass die geplante Regulierungsfolgenabschätzung (RFA) erst Ende 2018 in Aussicht gestellt wird. Sie gehört eigentlich als Beilage zur dieser Vernehmlassung. Die FMCH möchte beliebt machen, dass die oben geschilderte Hypothese, wonach mit geeigneten Anreizen eine höhere Marktdurchdringung und damit weitaus grössere Einsparungen erreicht werden können als mit einem Referenzpreissystem, in der geplanten RFA als Alternative zum Referenzpreissystem vertieft geprüft wird.

Mit bestem Dank für Ihre Kenntnisnahme und freundlichen Grüssen

FOEDERATIO MEDICORUM CHIRURGICORUM HELVETICA



Dr. med. Josef E. Brandenburg
Präsident der FMCH
josef.brandenberg@hin.ch
Tel.: 079 304 71 18



Dr. med. Markus Trutmann
Generalsekretär der FMCH
markus.trutmann@fmch.ch
Tel.: 078 836 09 10

Die FMCH ist der Dachverband von 21 chirurgisch und invasiv tätigen Fachgesellschaften und 3 Berufsorganisationen mit rund 10'000 Ärztinnen und Ärzten.
Die FMCH vertritt die Interessen ihrer Mitglieder gegenüber Politik, Behörden, Versicherungen, Verbänden und anderen Organisationen des Gesundheitswesens.
Internet: www.fmch.ch