

Per Mail
alexandra.schweiger@bag.admin.ch

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Recht
3003 Bern

Zürich, 13. Mai 2009

Vernehmlassungsantwort der Konferenz der Kantonalen AerzteGesellschaften KKA zur dringlichen Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG): Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung

Sehr geehrter Herr Bundesrat Couchepin
Sehr geehrter Herr Direktor
Sehr geehrte Damen und Herren

Die Geschäftsführung der KKA hat sich einlässlich mit den vorgeschlagenen Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung befasst und wir erlauben uns, Ihnen nachfolgend unsere Stellungnahme zur dringlichen Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) zu unterbreiten.

A. Allgemeine Bemerkungen

Einleitend möchten wir unserem Befremden über die vom EDI gewählte Form der Vernehmlassung Ausdruck geben. Das am Montag, 11. Mai 2009, statt gefundene Hearing kann nur als Alibi-Übung aufgefasst werden. Es erstaunt demnach nicht, dass verschiedene Organisationen an dieser sogenannten konferenzionellen Vernehmlassung nicht teil genommen haben. Auch die für eine schriftliche Vernehmlassungsantwort angesetzte Frist bis Mittwoch, 13. Mai 2009 erscheint überhastet und unnötig gedrängt.

Inhaltlich vermag die Vorlage dem eigenen Titel und damit dem Ziel der Kosteneindämmung nicht gerecht zu werden. Die vorgeschlagenen Massnahmen scheinen wenig geeignet, effektive Auswirkungen auf die Kostenentwicklung zu zeitigen. Dass die geplanten Massnahmen gar bereits auf die nächste Prämienrunde ihre Wirkung entfalten sollen, sehen wir als unrealistisch an. Die vorgeschlagenen Massnahmen erscheinen als administrativ aufwändige und punktuelle Schnellschüsse. Klar festzuhalten ist, dass diese Massnahmen (Strategie) jede gesamtheitliche Ausrichtung vermissen lässt.

Allgemein ist festzuhalten, dass das Schweizer Gesundheitswesen an falschen finanziellen Anreizen leidet. Diese können nicht durch punktuelle Einzelmassnahmen, welche im Wesentlichen versuchen, die Nachfrage zu steuern, beseitigt werden. Aus unserer Sicht sollte im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes in erster Linie der Risikoausgleich unter den Krankenkassen verbessert werden, indem der Gesundheitszustand mitberücksichtigt wird. Nur unter dieser Grundvoraussetzung kann und soll die Förderung von Managed Care mit Vehemenz vorangetrieben werden. Und nur mit einem koordinierten Massnahmenkatalog über den ambulanten und stationären Leistungsbereich können effektive Auswirkungen auf die Kostenentwicklung erzielt werden.

B. Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen

Art. 13 Abs. 2 Bst. g (neu)

Die Versicherer sollen mit dieser neuen Bestimmung verpflichtet werden, in Zukunft für jeden Versicherten eine unentgeltliche Telefontrriage anzubieten. Eine solche Dienstleistung ist aber in keinem Fall kostenneutral. Gemäss den Erläuterungen sollen die Versicherungen die Telefondienste denn auch aus den Verwaltungskosten finanzieren. Die bisherigen mit einem Prämienrabatt verknüpften Versicherungsformen sollen die obligatorische Telefontrriage in Zukunft nicht mehr vorsehen. Das Interesse der Versicherer, eine solche flächendeckende Dienstleistung anzubieten, dürfte denn auch sehr gering sein und es ist zu bezweifeln, ob die Versicherer, welche eine solche Telefontrriage aus eigenen Mitteln finanzieren müssen, die mit hohen Kosten verbundene Qualität auch sicherstellen können.

Eine effiziente, qualitätsbasierte Telefontrriage gehört nicht zu den Versicherern, sondern in die Behandlungskette, wo sie durchaus nutzbringend sein kann. Erfahrungen mit ärzteeigenen Call-Centern zeigen, dass nur rund 1/3 der eingehenden Telefonanrufe anschliessend zu einem Arztkontakt führen. Solche Telefondienste bieten eine Möglichkeit, Patientenströme zu lenken und beinhalten damit eine gewisse Kosteneinsparung. Damit die Qualität und die Patienteninteressen gewährleistet sind, müssen solche Telefondienste einen umfassenderen als nur einen kostenmindernden Ansatz verfolgen. Ein Patient sollte anlässlich eines Telefonats mit einem Call-Center nicht nur erfahren, ob er nun zum Arzt gehen soll oder nicht. Er sollte direkt mit einem diensthabenden Arzt (Hausarzt, Notfallarzt, Spital etc.) verbunden werden können. Und im besten Fall sollte es möglich sein, dass über das Call-Center direkt ein Termin bei einem Arzt vereinbart werden kann. Die Ärzteschaft betreibt seit geraumer Zeit Call-Center, welche neben der ärztlichen telefonischen Beratung auch solche direkten ärztlichen Kontakte vermitteln und tragen demnach ganz im Sinne eines effizienten service public schon zu einer effizienten Kostensteuerung bei. Zudem geniessen diese Angebote bereits das Vertrauen der Bevölkerung.

Art. 21

Die Versicherer sollen mit dieser gesetzlichen Bestimmung verpflichtet werden, monatlich ihre Rechnungsdaten über den Datenpool an das BAG zu liefern. Diese Vorgabe erscheint unrealistisch und vergrössert den administrativen Aufwand der Versicherer in erheblichem Mass. Im übrigen bringt es wenig Nutzen, monatlich Daten zu erheben, wenn mit den Daten anschliessend nicht auch mit der gleichen zeitlichen Kadenz Auswertungen durchgeführt bzw. kurzfristig greifende Massnahmen getroffen werden.

Art. 39 Abs. 1bis (neu)

Dass die Kantone den ambulanten Bereich der Spitäler in der Spitalplanung bzw. der Leistungsplanung mitberücksichtigen müssen, erscheint aus Sicht der Ärzteschaft sinnvoll. Dies vor allem vor dem Hintergrund, als zum Beispiel eine Notfallkonsultation in einem Spital erheblich teurer ist (die entsprechenden Spitalrechnungen sind durchschnittlich rund doppelt so hoch wie beim Hausarzt) als eine entsprechende Notfallkonsultation beim Hausarzt. Diese Regelung braucht aber nicht mit einer dringlichen Massnahme eingeführt zu werden. Sie kann im Rahmen der ohnehin schon traktandierten Vorlagen in der parlamentarischen Diskussion eingebracht werden.

Art. 55b (neu)

Mit diesem Artikel soll dem Bund die Kompetenz für Tarif- bzw. Taxpunktwertsenkungen subsidiär zugewiesen werden. Als Begründung für die neue Kompetenzzuweisung wird erwähnt, dass das einzige Instrument, das eine gewisse Kostensteuerung erlaubt, die nationale LeiKoV für den Bereich der ambulant tätigen Ärzteschaft darstelle. Nachdem der Beitritt zu der Vereinbarung aber freiwillig sei, entfalte sie nur wenig Wirkung. Diese Aussage kann

so nicht stehen gelassen werden. Die Vertragspartner FMH und santésuisse haben insbesondere in der Einführungsphase des neuen Tarifsystems TARMED einschneidende und umfassende Senkungen der Taxpunktwerte in verschiedensten Kantonen ausgehandelt und umgesetzt. Erhöhungen von Taxpunkten wurden hingegen kaum beschlossen. Die Tarifpartner haben in der Vergangenheit gezeigt, dass sie durchaus in der Lage und bereit sind, wo notwendig und basierend auf einer validierten Datengrundlage Tarifsenkungen vorzunehmen. Hinsichtlich der freiwilligen Teilnahme an der LeiKoV ist klar festzuhalten, dass der Grossteil der Kantonalgesellschaften (21 von 24) mit santésuisse im Anhang zum kantonalen Anschlussvertrag TARMED eine LeiKoV abgeschlossen hat. **Deshalb sind wir die einzigen Leistungserbringer, die mit den Kostenträgern zusammen über ein Instrument zur Steuerung von Leistungen und Kosten verfügen, die Spitäler hingegen nicht. Zudem sieht der vorliegende Artikel vor, dass die Leistungserbringer für ihre Mehrarbeit mit einer Verringerung der Entschädigung „belohnt“ würden. Ein Mechanismus, der sämtlichen üblichen Regeln unserer Wirtschaft widerspricht.**

Die in den Erläuterungen zur Vorlage gemachten Bemerkungen, aufgrund welcher Berechnungsgrundlagen der Bundesrat in Zukunft allfällige Tarifsenkungen umsetzen will, sind wenig präzise und statistisch zu ungenau. Insbesondere sollen Zahlen zu Rate gezogen werden, welche gar nicht vorhanden sind. So sind die auf Seite 7 der Erläuterungen erwähnten „besonderen Umstände“ wie zum Beispiel die Änderung der Behandlungspraxis und die Verschiebung von Behandlungen von stationären in den ambulanten Bereich zahlenmässig gar nicht evaluierbar. Für statistisch relevante Aussagen in diesen Bereichen wäre die von der KKA im Zusammenhang mit der Einführung der DRG bereits mehrfach geforderte Begleitforschung zwingend notwendig. Auch der Hinweis, dass eine Tarif- bzw. Taxpunktwertsenkung nicht unter Anwendung einer vorgegebenen Formel erfolgen soll, lässt wenig Vertrauen in den dannzumal durch den Bundesrat vorzunehmenden Prozess einer Tarifsenkung aufkommen.

Art. 62 Abs. 2ter (neu)

Eine Erhöhung der Mindestvertragsdauer für Versicherungsformen mit höherer Franchise erscheint aus unserer Sicht durchaus sinnvoll. Auch dieser Änderung braucht aber nicht als dringliche Massnahme eingebracht zu werden, sondern kann im Rahmen der regulären Vorlagen diskutiert werden.

Art. 64 Abs. 5bis (neu)

Der vorgeschlagene Behandlungsbeitrag von Fr. 30.- dürfte kaum zu langfristigen Kostensenkungen bzw. -eindämmungen führen. Allenfalls ist eine kurzfristige Änderung des Patientenverhaltens zu erzielen. Die allfällig zu erzielenden Kosteneinsparungen dürften durch den zusätzlichen administrativen Aufwand aber mehr als kompensiert werden. Zudem stellt die Gebühr die Ärzteschaft vor grosse Umsetzungsprobleme. Soll/kann eine Ärztin eine Patientin, welche sich weigert, die Gebühr bar zu bezahlen, wieder nach Hause schicken? Ein solches Verhalten wäre mit der ärztlichen Berufsethik kaum vereinbar und in einer Notfallsituation auch rechtlich nicht haltbar. Falls sich die Ärztin entscheidet, die Patientin trotz nicht bezahlter Gebühr zu behandeln, dann trägt sie das finanzielle Risiko, dass die Patientin diesen Teil der Rechnung auch später nicht bezahlt (tiers garant) bzw. dass die Versicherung diesen Teil der Rechnung nicht zurück erstattet (tiers payant). Dazu kommen Sicherheitsprobleme bei der Praxisadministration, müssen doch die Fr. 30.- bar eingezogen werden, was bei einem durchschnittlichen täglichen Patientenaufkommen eine erhebliche Bargeldsumme ausmachen wird. Diese Bargeldzahlung widerspricht allen gängigen Entwicklungen, welche in Richtung elektronischer Zahlung auch von Kleinstbeträgen geht (aufladbare „chipguthaben“) und erstaunt umso mehr, wenn man an die Ausrichtung des Strategiepapiers eHealth des Bundes denkt. Zusätzlich zu den anderen durch diese Taxe generierten administrativen

Aufwendungen wird diese Aufblähung der Praxisadministration eine zusätzliche halbe MPA-Stelle in jeder Praxis ausmachen.

Die Einführung einer solchen Gebühr birgt zudem die Gefahr, dass finanzschwache Patienten, welche eine ärztliche Behandlung bedürfen, zu spät oder gar nicht zum Arzt gehen. In der Vorlage wird erwähnt, dass Patienten, welche sich die Praxisgebühr nicht leisten können, sich an die unentgeltliche telefonische Beratung wenden können. Wenn aber eine Notwendigkeit für einen Arztbesuch besteht, hilft auch diese telefonische Beratung dem Patienten nicht weiter. Wenn er anschliessend an die telefonische Beratung nämlich trotzdem einen Arzt aufsuchen muss, dann ist die Praxisgebühr wiederum geschuldet. Nicht zuletzt kann die Gebühr dazu führen, dass man zu spät einen Arzt aufsucht, damit wertvolle Zeit für eine rechtzeitige Behandlung verstreicht und dies wiederum zu entsprechenden Mehrkosten führt.

Art. 64 Abs. 4 und 6 Bst. D

Die vorgeschlagenen Ausnahmen im Bereich der Mutterschaft und Prävention von der Praxisgebühr erscheinen per se sinnvoll.

Übergangsbestimmung

Die Einführung der Praxisgebühr ist für den 1. Januar 2010 vorgesehen. Die unentgeltlichen telefonischen Beratungsdienste sollen hingegen erst per 1. Januar 2011 verpflichtend sein. Die verzögerte Einführung mag aus Sicht der Umsetzbarkeit Sinn machen. Zeigt aber erneut auf, dass die Telefonberatung vor allem den Personen mit tieferem Einkommen keine zeitgerechte Alternative zur Praxisgebühr bietet. Mindestens im ersten Jahr würde die Praxisgebühr die Personen aller Einkommensklassen gleich hart treffen.

Allgemein ist festzuhalten, dass das Schweizer Gesundheitswesen an falschen finanziellen Anreizen leidet. Im Besonderen ist festzuhalten dass das KVG eine volkswirtschaftliche Kostenbetrachtung ausschliesst. Damit werden anstelle der volkswirtschaftlichen Gesamtkosten lediglich sektorielle Kosten betrachtet. Eine derart eingenge Kostenbetrachtung mündet in Fehlanreizen. Diese können nicht durch punktuelle Einzelmassnahmen, welche im Wesentlichen versuchen, die Nachfrage zu steuern, beseitigt werden. Nur mit einem bereichsübergreifenden Massnahmenkatalog, welcher den ambulanten und stationären Leistungsbereich koordiniert, können effektive Auswirkungen auf die Kostenentwicklung erzielt werden. Die grundlegende Voraussetzung dafür bildet die morbiditätsorientierte Verbesserung des Risikoausgleichs unter den Krankenversicherern.

Wir hoffen gerne, sehr geehrter Herr Bundesrat, sehr geehrter Herr Direktor, sehr geehrte Damen und Herren, dass Sie unsere Anliegen bei der Ausarbeitung der Botschaft an das Parlament berücksichtigen.

Freundliche Grüsse

Konferenz der Kantonalen AerzteGesellschaften KKA



Urs Stoffel, Co-Präsident KKA



Marc-Henri Gauchat, Co-Präsident CCM

Sekretariat KKA/CCM

Barbara Zinggeler, Geschäftsführerin
Freiestrasse 138, 8032 Zürich, T: 044 421 14 44 F: 044 421 14 15
barbara.zinggeler@kka-ccm.ch

