

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Herrn Alain Berset
Inselgasse 1
3003 Bern

Per E-Mail: tarife-grundlagen@bag.admin.ch und
gever@bag.admin.ch

Ort, Datum:	Bern, 10. Dezember 2020	Direktwahl:	031 306 93 85
Ansprechpartnerin:	Agnes Nienhaus	E-Mail:	agnes.nienhaus@unimedsuisse.ch

Stellungnahme im Vernehmlassungsverfahren zur Teilrevision des KVG «Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2»

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

In Ihrem Schreiben vom 19. August 2020 haben Sie uns Gelegenheit zur Stellungnahme in der obenerwähnten Vernehmlassung gegeben. Gerne nehmen wir diese Möglichkeit wahr und möchten Ihnen unsere Beurteilung zur Vorlage mitteilen.

Der Verband Universitäre Medizin Schweiz (unimedsuisse) unterstützt die Stellungnahme von H+ vom 10. Dezember 2020 zum Massnahmenpaket ausdrücklich.

Generelle Bemerkungen

unimedsuisse lehnt die Vorlage als indirekten Gegenvorschlag zur eidg. Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» ab. Es müssen gezielte Massnahmen ergriffen werden, die die effektiven Brennpunkte der Kostensteigerungen in den Fokus rücken.

Die soeben für das Jahr 2018 herausgekommene Statistik des Gesundheitskosten zeigt, dass sich die Gesundheitskosten in den zwei letzten ausgewerteten Jahren stabilisiert haben. Dazu haben die Akutspitäler einen grossen Beitrag geleistet: Bei den stationären Leistungen gehen die Kosten zurück und bei den spitalambulanten Leistungen stabilisieren sich die Kosten obwohl weiterhin Verlagerungen von der stationären in die ambulante Versorgung umgesetzt werden. Die grössten Kostensteigerungen zeigen sich in den letzten Jahren bei der Langzeitpflege und in der Prävention – zwei Bereiche, in denen das Kostenwachstum aus demografischen und gesundheitspolitischen Gesichtspunkten gut begründet sind. Die Kostenentwicklung im Bereich der Arzneimittel, Laboranalysen und Medizinprodukte schwankt hingegen stark und bleibt ein Brennpunkt, der ein genaueres Hinsehen sinnvoll macht.

Ein weiterer Mangel der Vorlage ist, dass sie ausschliesslich von der Kostenperspektive und Kostenregulierung ausgeht und die Versorgungsperspektive bzw. die Realität der Versorgung nicht abbildet. Da die Auswirkungen der Massnahmen auf die Versorgungspraxis nicht reflektiert werden, sind die Massnahmen konzeptionell zu wenig durchdacht. Dies wird neue Fehlanreize nach sich ziehen und dazu führen, dass gut gemeinte Massnahmen etwa zur vernetzten Versorgung wirkungslos bleiben. Massnahmen,

welche das Versorgungsgefüge als Ganzes betreffen, müssen zwingend auf soliden Versorgungskonzepten beruhen. Diese sind in der Vorlage nicht sichtbar.

Schliesslich unterlässt es die Vorlage, zu thematisieren, wie die Ziele der Kostendämpfung mit dem medizinischen Fortschritt (technische Innovationen, neue Behandlungsansätze) und mit dem Megatrend der Verschiebung vom Spitalsektor in die ambulante Versorgung in Einklang gebracht werden.

Im Hinblick auf die 10 Massnahmen der Vorlagen möchte unimedsuisse die folgenden Punkte besonders hervorheben.

Massnahme 1: Zielvorgaben betr. Kostenziele und Korrekturmassnahmen bei Zielüberschreitungen

unimedsuisse unterstützt vollumfänglich die sehr detaillierte Stellungnahme von H+, welche die Schwächen und Gefahren der Massnahme 1 aufgezeigt hat. Entsprechend beschränken wir uns im Folgenden auf einige allgemeine Bemerkungen.

unimedsuisse erachtet die vorgeschlagenen Zielvorgaben betr. Kostenziele mit Korrekturmassnahmen bei Zielüberschreitungen – die auf dem Konzept von Globalbudgets beruhen – als falschen Ansatz zur Eindämmung der Kostenentwicklung. Wie H+ in seiner Stellungnahme ausführt, stellt die Massnahme die Kostensteuerung als Steuerungsinstrument über alle anderen regulatorischen Vorgaben. Die Massnahme macht damit die Gesundheitsversorgung zum Spielball der kantonalen Finanzpolitik. Auch wenn der Versorgungsauftrag nach wie vor in den kantonalen Verfassungen verankert bleibt, so wird der Versorgungsbedarf der Bevölkerung bzw. die Gewährleistung einer guten Versorgung in der politischen Aushandlung der Zielvorgaben an Gewicht verlieren. Die Kantone werden ausserdem sich auf die grossen Kostenblöcke aus Kantonssicht fokussieren, um ihren Finanzierungsbeitrag als Finanzierungsträger zu optimieren. Das Ziel müsste jedoch sein, neue Regulierungen und Massnahmen gezielt auf jene Bereiche auszurichten, in denen die Kostenentwicklung nicht der Entwicklung des Versorgungsbedarfs entsprechen, in denen Fehlanreize bestehen oder Rationalisierungspotenzial besteht. Mit der Vorlage ist ein solch gezieltes Vorgehen nicht realistisch.

Mit ihrem starren und undifferenzierten Ansatz dürfte die Massnahme die Einführung neuer Behandlungsmethoden in Spitälern, insbesondere in den Universitätsspitalern, behindern. Bereits heute werden die zusätzlichen Kosten neuer Techniken für hospitalisierte Patientinnen und Patienten während einer mehrjährigen Phase von den Spitälern getragen, bevor sie im System von SwissDRG abgebildet sind. Mit den geplanten Massnahmen werden die negativen Anreize für Spitäler zur Einführung neuer Methoden verstärkt und auf den ambulanten Sektor ausgedehnt. Um zu vermeiden, dass Schweizer Patientinnen und Patienten der Nutzen von Innovationen vorenthalten wird, müssen für Innovationen Ausnahmen von den Zielvorgaben gemacht werden. Eine allgemeine Betrachtung des medizinisch-technischen Fortschritts, wie sie in der Vorlage vorgesehen wird, ist nicht ausreichend und zielgerichtet genug.

In Bezug auf die konkrete Ausgestaltung beurteilen wir insbesondere das beschriebene Vorgehen bei Überschreitung der Kostenziele als höchst problematisch:

- Das von allen Partnern im Gesundheitswesen hoch gehaltene Prinzip des Verhandlungsprimates würde mit diesen Massnahmen faktisch ausgehebelt.
- Einvernehmlich verhandelte Tarife, die notabene von den Kantonen resp. dem Bundesrat genehmigt werden müssen, wären nicht mehr verbindlich und könnten jederzeit durch die jeweilige Festsetzungsbehörde übersteuert werden.
- Der Druck auf die Verhandlungspartner, partnerschaftliche und tragfähige Lösungen zu erarbeiten, fällt weg. Insbesondere die Kostenträger werden – im Wissen, dass der Kanton/Bundesrat schon eingreifen wird – sich zurücklehnen können und keine Kompromissbereitschaft mehr zeigen.

- Eine Prozessflut wäre die Konsequenz und über die Hintertür würden damit Amtstarife im Gesundheitswesen eingeführt.

Gleichzeitig möchten wir darauf hinweisen, dass wir die Umsetzbarkeit der Massnahme als äusserst unrealistisch erachten: Gemäss Art. 54d Abs. 1 müssen die Tarifverträge von den Tarifpartnern so angepasst werden, dass darin hinreichende Massnahmen zur Senkung der Kosten vorgesehen werden. Es stellt sich die Frage, wie dies umgesetzt werden soll in Situationen, in denen seit mehreren Jahren keine Tarifverträge zustande gekommen sind und mit provisorischen Arbeitstarifen gearbeitet wird.

unimedsuisse lehnt die Massnahme 1 der Zielvorgabe betr. Kostenziele und Korrekturmassnahmen bei Zielüberschreitungen entschieden ab. Der damit verbundene Systemwechsel stellt die Kostensteuerung über die Gewährleistung der Versorgung und steht im Widerspruch zu den zentralen geltenden Grundsätzen des KVG, darunter die Zusicherung eines verlässlichen Zugangs der Versicherten zu Leistungen, das Konzepts der Tarifpartnerschaft und das Prinzip des Wettbewerbs im Schweizerischen Gesundheitswesen. Die Vorlage behindert ausserdem, dass der medizinische Fortschritt der Bevölkerung zugutekommt.

unimedsuisse erachtet es als elementar, Massnahmen zur Kostendämpfung gezielt auf die Ausmerzung von Fehlanreizen sowie auf die Ausschöpfung der Rationalisierungspotenzials des Gesundheitswesens auszurichten und ist gerne bereit, an entsprechenden Reformen mitzuwirken.

Massnahme 2: Erstberatungsstelle

Grundsätzlich begrüssen wir Erstberatungsstellen im Gesundheitswesen, die neben der Rolle als verlässliche Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten auch die Funktion als Gatekeeper einnehmen. Das Konzept, das der Vorlage zugrunde liegt, erachten wir jedoch als zu eng und noch nicht ausgereift.

Der in der Vorlage vorgesehene Zwang zur Wahl einer Erstberatungsstelle ist problematisch, da es die Freiheit der Versicherten zur Wahl ihrer Leistungserbringer stark eingeschränkt. Patientinnen und Patienten werden stark von der Erstberatungsstelle abhängig, auch weil sie die Erstberatungsstelle nicht einfach wechseln können, sondern der Bundesrat festlegt, unter welchen Bedingungen ein Wechsel möglich ist und sogar der Versicherer eine Erstberatungsstelle bestimmen kann, falls die versicherte Person noch keine hat. Gleichzeitig birgt die Vorlage das Risiko einer Risikoselektion durch die Erstberatungsstellen, indem diese bevorzugt gesunde Personen annehmen und chronisch kranke, multimorbide oder ältere Positionen benachteiligt werden.

Das System mit Erstberatungsstellen in der vorliegenden Form wird nicht nur kostendämpfend wirken sondern beinhaltet auch kostentreibende Elemente:

- Die administrative Last wird sich für alle beteiligten Akteure zwangsläufig erhöhen. Das Führen resp. Aktualisieren der Listen (welche Erstberatungsstelle von welchen Versicherten gewählt wurden) wird nicht ohne Aufwand zu bewerkstelligen sein, sowohl bei den Kantonen, wie auch bei den Versicherern und Leistungserbringern. Die Prüfung, ob eine korrekte Überweisung vorliegt, ist aufwändig und müsste auf Rückfrage des Versicherers lückenlos nachgewiesen werden können.
- Dass Überweisungen nur durch die Erstberatungsstelle möglich sind, bedeutet, dass jede Entscheidung zu einer Weiterverweisung, etwa an einen Spezialisten oder in ein Spital wieder mit der Erstberatungsstelle abgestimmt werden muss. Dies ist aufwändig und nicht praktikabel.

Gegenwärtig werden in den Notfallabteilungen grosser Spitäler, insbesondere Universitätsspitalern, viele Patienten behandelt, die keinen Hausarzt haben. Dies ist vor allem auf den Mangel an Hausärzten in grossen Ballungsräumen sowie auf den sozioökonomischen Status der Patientinnen und Patienten zurückzuführen. Es ist unwahrscheinlich, dass die geplanten Verwaltungsmassnahmen diese Probleme

lösen werden. Die Spitäler müssen daher in der Lage sein, diese Patienten ohne unnötige bürokratische Hindernisse weiter zu behandeln.

Es ist ausserdem nicht ganz klar, ob Spitäler nach Art. 40a Abs. 3 lit. b als Erstberatungsstelle zulässig wären. Der Artikel sollte klarer formuliert werden, um es denjenigen Spitälern, die diese Funktion übernehmen möchten, zu ermöglichen, als Erstberatungsstelle zu fungieren. Gerade für polymorbide Personen und Personen mit komplexen chronischen Krankheiten ist eine solche Erstberatungsstelle an einem Universitätsspital von hoher Bedeutung. Darüber hinaus ist es wichtig, dass grosse Institutionen wie etwa Universitätskliniken in der Lage sind, Patienten von einer internen Klinik mit dem Status einer ersten Anlaufstelle in eine andere Klinik zu verlegen. Gemäss dem aktuellen Gesetzes-Entwurf wäre dies aber nicht zulässig, weil in Art. 40b Abs. 1 Bst. b nur von einer «Überweisung an einen anderen Leistungserbringer» die Rede ist. Unseres Erachtens muss deshalb der entsprechende Text angepasst werden (siehe untenstehenden Wortlaut).

Die Vorlage sieht ausserdem vor, dass die Versicherten eine Erstberatungsstelle aus einer kantonalen Liste wählen können. Es ist dabei wichtig zu betonen, dass Versicherte die Möglichkeit haben müssen, auch Erstberatungsstellen aus anderen Kantonen zu wählen, etwa, wenn sie spezifische chronische Krankheiten haben, für die gute Erstberatungsstellen in einem anderen Kanton vorhanden sind. Auch für Personen, die nahe an einer Kantonsgrenze wohnen oder die in einem kleinen Kanton ohne breite Auswahlmöglichkeiten leben, ist eine Beschränkung auf eine kantonale Liste nicht zumutbar. Art. 40a Abs. 46 muss deshalb klarer formuliert werden.

unimedsuisse erachtet ausserdem die Regelung in Art. 40c Abs. 3, dass der Bundesrat eine Einheitspauschale für Erstberatungsstellen festlegt, nicht als akzeptabel. Je nach Patientenstruktur einer Erstberatungsstelle werden die jährlichen Durchschnittskosten dieser Leistungserbringer stark variieren. Eine einheitliche Pauschale für alle Erstberatungsstellen würde diesem Umstand nicht gerecht. Einmal mehr würden die Leistungserbringer mit komplexeren Patientinnen und Patienten finanziell bestraft und das «Rosinenpicken» belohnt. Werden Erstberatungsstellen umgesetzt, so ist es deshalb wichtig, dass die Vergütung mittels differenzierter Pauschalen erfolgt oder die Abgeltung von den Leistungserbringern oder deren Verbänden datengestützt verhandelt wird.

Als letzten Punkt möchten wir Fragen der Aus- und Weiterbildung aufführen. Um ihren Auftrag im Bereich des Aus- und Weiterbildungsauftrag für die Ärztinnen und Ärzte (Unterassistenten- und Assistentenstellen) aufrechterhalten und umsetzen zu können, müssen die Universitätsspitäler die Aufgaben einer Erstberatungsstelle in ihren Ausbildungsprogrammen integrieren können, unter anderem in den Abteilungen für Allgemeine Innere Medizin, in den Polikliniken und in der Pädiatrie. Es ist nicht klar, wie dies mit dieser Vorlage umgesetzt werden kann.

unimedsuisse **lehnt die Erstberatungsstelle in der vorliegenden Form ab**. Sie ist zu eng konzipiert und verursacht einen hohen bürokratischen Aufwand. Sie erschwert Überweisungsabläufe unnötig. Gleichzeitig birgt sie Risiken von Fehlanreizen wie etwa die Risikoselektion durch die Leistungserbringer mit dem Status als Erstberatungsstelle und kann chronisch kranke und ältere Personen benachteiligen.

Wird die Massnahme der Erstberatungsstellen umgesetzt, so sind mehrere Anpassungen am Entwurf vorzunehmen. unimedsuisse beantragt für diesen Fall folgende Anpassungen:

- Der Zwang zur Wahl einer Erstberatungsstelle muss aufgehoben werden.
- Art. 40a Abs. 2 Bst. c: Die Beurteilung zur Überweisung darf nicht allein bei den Erstberatungsstellen liegen, sondern muss auch durch weitere Leistungserbringer möglich sein.
- Art. 40a Abs. 3 Bst. b: Einrichtungen/Spitäler, die der ambulanten Krankenpflege...

- Art. 40a Abs. 6: Die versicherte Person wählt ihre Erstberatungsstelle frei unter den Leistungserbringern aus, die auf einer der kantonalen Listen der Erstberatungsstellen aufgenommen sind....
- Art. 40a Abs.7: kann ersatzlos gestrichen werden.
- Art. 40b Abs. 1 Bst. b: für die Leistungen eine Überweisung der Erstberatungsstelle an einen anderen Leistungserbringer oder an eine andere Klinik des selbigen Leistungserbringers vorliegt.
- Art. 40d Abs. 1: Überweist die Erstberatungsstelle die versicherte Person für eine ambulante Untersuchung oder Behandlung an einen anderen Leistungserbringer oder eine andere Klinik des selbigen Leistungserbringers, so ...

Massnahme 3: Netzwerke zur koordinierten Versorgung als neue Leistungserbringerkategorie

Seit Jahren besteht ein Konsens unter den Akteuren der Gesundheitspolitik, dass die koordinierte Versorgung gefördert werden soll. Nachdem die Tarifeingriffe des Bundesrates in den letzten Jahren mehrfach zu einer Schwächung der Zusammenarbeit im Gesundheitswesen beigetragen haben, unternimmt der Bund mit der jetzigen Vorlage einen Versuch, die koordinierte Versorgung zu stärken. Netzwerke als abgeltungsberechtigte Leistungserbringer sollen dabei vor allem für chronisch kranke und multimorbide PatientInnen zur Anwendung kommen. Die Netzwerke sollen im ambulanten Bereich mit **Pauschalen** abrechnen, deren Erträge innerhalb der Netzwerke verteilt werden. Die Pauschalen sollen dabei die Leistungen der gesamten Versorgungskette abdecken. Die Leistungen müssen dazu im Detail erfasst und für die Tarifiermittlung und -verhandlung transparent gemacht werden. In den Erläuterungen wird darauf hingewiesen, dass solche Netzwerke besonders für junge Ärztinnen und Ärzte attraktiv sein dürften. Dies weist darauf hin, dass es hier primär um eine Art Weiterentwicklung der Gruppenpraxen bzw. neuer Modelle der ärztlichen Praxen gehen soll, die einfach mit einer Pauschale für sämtliche Leistungen statt ambulanten Leistungstarifen gemäss Tarmed vergütet werden sollen.

unimedsuisse begrüsst die Idee, die koordinierte Versorgung im Sinne einer interprofessionellen Zusammenarbeit und einer verstärkten Kooperation der Leistungserbringer entlang der gesamten Versorgungskette zu stärken. Die Konzeption der Netzwerke als eigenständige Leistungserbringer ist aus unserer Sicht allerdings nicht klar und deren Ausgestaltung in den rechtlichen Rahmenbedingungen noch nicht ausgereift. So ist nicht klar, ob es sich um Netzwerke im Sinne von allgemeinen Managed-Care-Gruppenpraxen (unter einem Dach) und Managed Care-Verbänden (regionale Netzwerke) gehen soll oder eher um krankheitsspezifische regionale Netzwerke, die Behandlungspfade für spezifische Patientengruppen vorsehen. Denn ambulante Gruppenpraxen verfügen in der Regel über ein äusserst gemischtes Patientengut, während Netzwerke, die sich auf chronische und multimorbide Patientengruppen spezialisieren, ganz anders zusammengesetzt sein müssen und einen anderen Grad an Spezialisierung benötigen. Es ist deshalb unser Eindruck, dass mit der Massnahme die Managed-Care-Vorlage, die 2012 vom Volk verworfen wurde, über eine neue Begrifflichkeit doch noch eingeführt werden soll. Die Schwächen der Managed-Care-Vorlage von 2012 – namentlich die Aufhängung an einem Versicherungsmodell anstatt an einer Versorgungskonzeption – werden in der Vorlage allerdings nicht ausgeräumt, sondern durch neue Elemente wie die vorgesehene Pauschale für die gesamte Versorgungskette noch weiter verstärkt. Diese Hauptschwäche möchten wir im Folgenden genauer aufzeigen.

Die Vorlage geht von einer eingeschränkten Konzeption der ambulanten Versorgung aus. Sie ist vor allem auf Praxen von niedergelassenen Ärzten und mit diesem verbundenen Leistungserbringern wie Spitex, und ambulante Therapieangebote wie Physiotherapie etc. ausgerichtet. Es wird entsprechend nicht klar, wie die Spitäler mit ihren spitalambulanten Leistungen, Konsilien, Notfallangeboten und stationären Leistungen bei Krankheitsentgleisungen in die Netzwerke eingebunden werden können. Für eine Versorgung über die gesamte Versorgungskette sind jedoch die spitalambulanten Leistungen zwingend

notwendig. Die Idee einer Versorgung über die gesamte Versorgungskette – wie es die Vorlage immer wieder betont – kann mit dem Modell unseres Erachtens nicht umgesetzt werden. Allenfalls ist eine Zusammenarbeit von regionalen Netzwerken von niedergelassenen Leistungserbringern mit kleinen Spitälern mit kleinem Einzugsgebiet möglich. Schon bei Zentrumsspitalern wird die Integration der spezialisierten spitalambulantem Leistungen in die koordinierten Versorgungsketten (mit entsprechenden Pauschalen) schwieriger, bei Universitätsspitalern als Endversorgern in allen Krankheitsbereichen ist diese Integration quasi unmöglich. Eine Versorgungskette, in welche die Endversorgung nicht eingezogen ist, kann jedoch nie als «gesamte Versorgungskette» bezeichnet werden. Die Vorlage schafft damit neue Gräben zwischen niedergelassenen Angeboten zur spitalambulantem und stationären Versorgung.

Entsprechend diesen Ausführungen ist auch die skizzierte Wirkungsweise der Pauschalen wenig überzeugend: So kann das Konzept von ambulanten Pauschalen für multimorbide und chronisch kranke PatientInnen u.E. nur dann funktionieren, wenn die Leistungen einigermaßen standardisiert werden können. Innerhalb der Versorgungskette ist dies allenfalls für die Leistungen der Grundversorgung und weniger spezialisierten Versorger möglich. Sobald Fälle komplexer werden, Komplikationen eintreten und vertiefte Abklärungen notwendig werden, Spezialisten oder sogar universitäre Leistungen zugezogen werden müssen, sind übergreifende Pauschalen kaum mehr anwendbar. Bei einer umfassenden Pauschale müssen aber genau diese Leistungen ebenfalls mitbegriffen sein. Die vorgesehene Pauschale birgt die Gefahr, dass auf die einfach zu berechnenden Fälle abgestellt wird und die hohen Kosten der komplexen Fälle zu gering bewertet werden. Damit werden die spezialisierten Leistungserbringer, welche die Hochkostenfälle übernehmen, zu wenig abgebildet und entsprechend unterfinanziert – ein Mechanismus, der bereits für das DRG-System bekannt ist und dazu führt, dass die Leistungen der Universitätsspitaler im Abgeltungssystem systematisch falsch abgebildet werden.

Ausserdem geht die Vorlage davon aus, dass die vorgesehene Pauschale nur die Leistungen am Patienten umfassen. Doch jedes Netzwerk bringt auch einen Koordinationsaufwand mit sich, für die Netzwerkstruktur, die Koordination unter den Partnern, gemeinsame Datenstrukturen, Erfüllung von Auflagen und Anforderungen, Erhebung von Kostendaten, die Verhandlung mit den Krankenversicherern etc. Diese Kosten der Koordination im Netzwerk und zur Erfüllung der Auflagen werden weder im Rechtstext noch in den Erläuterungen erwähnt und sind offensichtlich nicht für eine Integration in der Pauschale vorgesehen. Bereits heute gibt es Netzwerke und Patientenpfade für chronisch erkrankte Patientinnen und Patienten (z.B. Brustzentrum Aare für Brustkrebs). Eine der Hürden zur Bildung solcher Netzwerke sind schon heute die hohen Transaktionskosten für die Etablierung, Gestaltung und Pflege des Netzwerkes, entsprechend gibt es solche Netzwerke vor allem für häufige Krankheiten. Das vorgelegte Modell von Netzwerken als Leistungserbringern wird entsprechend kaum funktionieren: Wenn die Transaktionskosten für die Etablierung und langfristige Umsetzung der Koordination zwischen den Netzwerkpartnern ignoriert werden, haben die Leistungserbringer kaum Anreize zur Bildung solcher Netzwerke. Im günstigeren Fall ist die Vorlage also wirkungslos. Im ungünstigeren Fall kann die Vorlage aber sogar schädlich sein, indem Netzwerken mit Pauschalen Patientinnen und Patienten, wenn sie zu teuer werden, vom ambulanten Setting (in dem die Pauschale gilt) in den stationären Bereich verlegen, oder indem Personen mit ungünstigem Risiko nicht in Versorgungsnetzwerke aufgenommen werden. Soll die Förderung von Netzwerken und koordinierter Versorgung deshalb gelingen und zur Kostendämpfung beitragen, so müssen sowohl Nutzen wie auch Kosten der Koordination ehrlich dargestellt und im Tarifmodell mit einer entsprechenden Setzung von Anreizen abgebildet werden.

Angesichts des Reformstaus beim Tarmed und den bereits lange andauernden und komplexen gesetzgeberischen Arbeiten zur Einführung von ambulanten Pauschalen (im Rahmen von EFAS) erachten wir es ausserdem als unrealistisch, in nutzbringender Frist für ambulante Leistungen im Netzwerk

Pauschalen über die gesamte Versorgungskette bzw. mehrere Leistungserbringer unterschiedlichster Spezialisierung einführen zu können.

Wir möchten ausserdem darauf hinweisen, dass für Universitätsspitäler die vorgesehene Netzwerkkonzeption mit einem enormen administrativen Aufwand verbunden wäre. So müssten aufgrund der Vorgabe der umfassenden Versorgungskette in jedem Netzwerk auch spezialisierte Leistungserbringer mit Endversorgungsfunktion angeschlossen sein oder es müssten mit diesen Kooperationsverträge abgeschlossen werden, was bedeutet, dass Universitätsspitäler ihre Leistungen mit einer Vielzahl von Netzwerken vertraglich sichern müssten.

Schliesslich möchte unimedsuisse als Mitglied der Nationalen Koordination Seltene Krankheiten (kosek) seine Enttäuschung darüber ausdrücken, dass die nationalen Netzwerke, die im Rahmen der bundesrätlichen Massnahmen zu den seltenen Krankheiten geschaffen werden, konzeptionell in der Massnahme 3 nicht mitgedacht wurden und aufgrund der vorgelegten Rahmenbedingungen auch nicht als Leistungserbringer anerkannt werden könnten. Obwohl es für chronisch Erkrankte gelten soll, ist das Modell für den Bereich der seltenen Krankheiten nicht attraktiv.

- Netzwerke für die Versorgung von Patienten mit seltenen Krankheiten sind als Mittel anerkannt, die Versorgung dieser Gruppe von chronisch Erkrankten schweizweit zu organisieren, und so die Versorgung zu verbessern und effizient zu gestalten. Die kosek fördert seit 2017 die Schaffung von entsprechenden schweizweiten Netzwerken, die eine Verantwortung in der Versorgung dieser unterversorgten Patientengruppe übernehmen. Die Netzwerke gemäss Vorlage sind jedoch lokal oder regional gedacht, nationale Netzwerke sind nicht vorgesehen.
- Ambulante Pauschalen funktionieren für seltene Krankheiten nicht, weil die Leistungen aufgrund der Heterogenität der Krankheiten und Leistungen kaum standardisiert werden können.
- Aus der Projekterfahrung der kosek wird klar, dass die fehlende Abgeltung des Koordinationsaufwandes im Netzwerk von Leistungserbringern wie auch die Koordination für einzelne Betroffene – schon heute ein wichtiger Hemmschuh bei der Etablierung der Netzwerke für seltene Krankheiten darstellt. Die Annahme der Motion zur besseren Abgeltung von koordinierter Versorgung im Parlament gaben den Projekten der kosek auf diesem Hintergrund eine Zukunftsperspektive, denn auch wenn der Initialaufwand bei der Netzwerkbildung in der kosek nicht abgegolten wird, so bestand doch die Möglichkeit einer zukünftigen Finanzierung des Koordinationsaufwandes. Diese Perspektive wird mit der Vorlage zerschlagen: Ohne eine entsprechende Abgeltung wird es schwierig sein, die Netzwerke für seltene Krankheiten über alle Bereiche der seltenen Krankheiten aufzubauen und nachhaltig zu sichern. Seltene Krankheiten sind für die beteiligten Spitäler in der Regel schon so ein Verlustgeschäft; kommt noch der Koordinationsaufwand hinzu, fehlen die Anreize, sich langfristig zu engagieren, vollumfänglich.
- Die Netzwerkkonzeption sieht keine Beteiligung von Patientenorganisationen bzw. Patientenvertreter vor, diese ist aus Sicht der kosek für chronische Krankheiten jedoch wichtig und entspricht auch den strategischen Zielen des Bundes, die Position der Patienten und Patientinnen in der Versorgung zu stärken.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass es die Vorlage verpasst, ein ausgereiftes Modell für die koordinierte Versorgung bei chronischen Krankheiten zu entwickeln und über eine angemessene Abgeltung Anreize zu schaffen, dieses auch umzusetzen. Damit erfüllt die Vorlage unseres Erachtens die Aufträge der zugrundeliegenden Motion Humbel «Stärkung von integrierten Versorgungsmodellen. Abgrenzung zu einseitigen Listenangeboten ohne koordinierte Behandlung» nicht.

unimedsuisse ist der Ansicht, dass für die Etablierung einer echten koordinierten Versorgung eine weit weniger komplizierte KVG-Revision notwendig ist. Dabei müsste auf die Pauschale für die gesamte

Versorgungskette verzichtet und ein viel einfacheres Abgeltungsmodell für Netzwerke eingeführt werden, welches echte Anreize für die Koordination und entsprechende Effizienzgewinne erlaubt: Die individuellen Leistungen der einzelnen Leistungserbringer im Netzwerk können dabei weiterhin individuell abgerechnet werden, gleichzeitig sollte jedoch eine Abgeltung für die Koordinationsleistungen selbst (für den einzelnen Patienten und für das Netzwerk) vorgesehen werden. Diese Abgeltung kann an anerkannte Netzwerke ausbezahlt werden und muss von diesen für die Gestaltung und Pflege des Netzwerkes verwendet werden. Ausserdem möchten wir erwähnen, dass nachhaltig verbesserte Rahmenbedingungen für die koordinierte Versorgung bereits im Rahmen des heutigen KVG möglich sind, etwa indem die Limitationen für Koordinationsleistungen für spezifische Gruppen von Patientinnen und Patienten flexibler gestaltet werden und diese in den Verordnungen besser differenziert werden. So wären bereits heute mehr Koordinationsleistungen etwa im Bereich der patientenfernen Leistungen möglich. Eine derartige Reform ist möglich und auch im Hinblick auf die Einführung von Pauschalen im ambulanten Bereich (gemäss EFAS) ein angemessener erster Schritt.

Beibehalten werden kann die Idee einer Anerkennung von Netzwerken als eigenständige Leistungserbringer. Dazu müsste eine unabhängige Anerkennung oder Zulassung der Netzwerke als Leistungserbringer geschaffen werden. Dieser Anerkennungsprozess sollte nicht von den Krankenversicherern vorgenommen und in Tarifverhandlungen ausgehandelt werden, sondern sollte nach dem Nutzen für die Versorgung beurteilt werden. Diese Beurteilung könnte entweder durch unabhängige Zertifizierungsunternehmen oder durch ein gemeinsames Gremium der Stakeholder unter Führung der Kantone durchgeführt werden.

Bereits heute bestehen Netzwerke, die sich für eine solche Anerkennung interessieren. Es ist sinnvoll, mit diesen Netzwerken zu starten. Möglich ist ausserdem, dass solche Netzwerke Pilotprojekte durchführen, um differenzierte Pauschalen für verschiedene Patientengruppen zu entwickeln (z.B. Patientinnen/en bei guter Gesundheit, fragile/multimorbide Personen und Patientinnen/en mit komplexem Bedarf). Solche Pilotprojekte werden durch die Massnahmen des ersten Massnahmenpakets ermöglicht (Experimentierartikel) und könnten die Grundlage dazu legen, eine differenzierte Abgeltung der vorgesehenen Netzwerke zu schaffen und die richtigen Anreize zu schaffen.

unimedsuisse lehnt die Massnahme 3 **der Netzwerke als eigenständige Leistungserbringer in der vorliegenden Form** ab. Die Vorlage ist von einer abstrakten Vorstellung von Managed Care her gedacht und schafft es nicht, zu klären, wie die zugrundeliegende koordinierte Versorgung in «umfassenden Versorgungsketten» funktionieren soll.

Für einen kohärenten Rechtsrahmen muss zwingend ein Konzept von koordinierter Versorgung im Netzwerk vorliegen, welches von der **Versorgung von chronischen Kranken** her gedacht ist und welche angemessene Abgeltungsmodelle mit echten Anreizen zur Koordination schafft.

Die **Idee von Pauschalen für die gesamte Versorgungskette muss unseres Erachtens fallen gelassen werden, da sie nicht umsetzbar ist**. Die Anerkennung von Netzwerken als Leistungserbringern und die Abgeltung der koordinierten Versorgung **kann im Rahmen von einfacheren Reformschritten** verbessert werden. unimedsuisse ist mit seinen Erfahrungen im Bereich der Schaffung von Versorgungsnetzen gerne bereit, zur Erarbeitung angepasster Modelle beizutragen.

unimedsuisse schlägt ausserdem vor, die Idee von Netzwerken auch im Rahmen von Pilotprojekten weiterzuverfolgen, um damit differenzierte Abgeltungsmodelle zu entwickeln und gleichzeitig die richtigen Anreize für alle Beteiligten zu schaffen. Dies ist unseres Erachtens im Rahmen der Massnahmen des ersten Revisionspaketes möglich.

Massnahme 4: Programme der Patientenversorgung

Die Massnahme 4 hat einen breiten Anspruch, indem für Programme der Patientenversorgung ein eigener Artikel unter Art 25. Absatz 2 Bst. i geschaffen wird. unimedsuisse befürwortet diese explizite Nennung von Programmen der Patientenversorgung als eigenständige Leistungen unter Art. 25. Aus den Erläuterungen wird jedoch klar, dass bereits heute Programme der Patientenversorgung bestehen und gemäss KVG auch möglich sind. Die Ergänzungen sind entsprechend vor allem dazu notwendig, es Apothekerinnen und Apothekern zu ermöglichen, unter ärztlicher Leitung Leistungen in Patientensteuerungsprogrammen zu erbringen und abzurechnen.

Unser Verband erachtet es als richtig, dass der Rechtstext offen formuliert ist und damit ganz unterschiedliche Programme möglich werden. Die Massnahme 4 ist – wird sie gemäss Vorlage umgesetzt – mit geringeren administrativen Hürden und Transaktionskosten verbunden, was eine hohe Wirksamkeit fördert.

Während gemäss Art. 33 Abs 3^{bis} der Bundesrat die Voraussetzungen für Programme festlegt und das Departement des Innern die Programme genehmigt, sind es die Versicherer und Leistungserbringer, die die Tarife dafür aushandeln müssen. Auch hier erachtet der Bund Pauschalen als sinnvoll, setzt diese aber nicht voraus. Dies erachten wir als pragmatisch, da Programme zur Patientenversorgung sehr unterschiedlich gestaltet sind und betr. der beteiligten Leistungserbringer stark variieren können.

Was ein strukturiertes Programm zur Patientenversorgung ist, bleibt in der Vorlage allerdings vage. Es ist deshalb wichtig, dass der Bund im Rahmen der Erarbeitung des Verordnungsrechts die konzeptuellen Vorstellungen zu derartigen Programmen vorlegt und diese mit Vertretern der Versorgung abgleicht, damit aktuelle und zukünftige Entwicklungen im Bereich strukturierter Patientenprogramme möglich bleiben.

unimedsuisse befürwortet die gemäss Massnahme 4 enthaltenen Anpassungen von Art. 25 Abs 2 Bst. h und i und Art 33 Abs 3^{bis}. Bei der Ausarbeitung des Verordnungsrechts wird es wichtig sein, der Dynamik im Bereich von strukturierter Patientenversorgung gerecht zu werden und zukünftige, vielversprechende Entwicklungen nicht durch eine enge Regulierung zu behindern.

Massnahmen 5 und 6: Preismodelle und Ausnahme von den diesbezüglichen Offenlegungspflichten

unimedsuisse erachtet es als wichtig, dass bei der Einführung von neuen Arzneimitteln, Arzneimittelkombinationen und Medizinprodukten verlässliche Rahmenbedingungen für die Vergütung bestehen. Die hohe Dynamik in der Forschung und Entwicklung in diesem Bereich macht eine entsprechende Revision der Rechtsgrundlagen zwingend notwendig. Unser Verband erachtet es dabei als richtig, dass angepasste Preismodelle möglich sind, die die Unsicherheiten im Bereich der Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit angemessen einbeziehen.

Die universitäre Medizin ist daran interessiert, neue Therapieoptionen für die Gewährleistung einer qualitativ guten Versorgung in der Schweiz rasch einführen zu können. unimedsuisse erachtet es deshalb als richtig, dass die Schweiz die internationalen Entwicklungen bei den Vergütungsmodellen für Arzneimittel nachvollziehen kann und entsprechende Preismodelle umsetzen kann.

unimedsuisse beurteilt die Regelungen der Rückerstattungen gemäss Art. 18 Abs, 2^{septies} Bst. b und Art. 52b als zwiespältig. Einerseits könnten mit den vorgesehenen Abläufen Rückerstattungen ohne grossen bürokratischen Aufwand ermöglicht werden. Gleichzeitig steht diese Ausgestaltung der Rückerstattungen möglicherweise im Widerspruch mit dem heute gültigen Art.56 Abs. 3^{bis} KVG sowie Art. 76a KVV betreffend nicht vollständige Weitergabe der Vergünstigungen für Arzneimittel und Medizinprodukte. Die

Abhängigkeiten zwischen der Rückerstattung, die der Bund verlangen kann und den nicht vollständigen Weitergaben von Vergünstigungen gemäss VITH müssten zwingend geklärt werden.

Ausserdem ist zu beachten, dass die Rückerstattungen in der Statistik transparent gemacht bzw. korrekt verbucht werden müssen, damit die Kosten der Versorgungsbereiche korrekt abgebildet sind.

Aus ordnungspolitischer Sicht ist es störend, wenn Preise und Rückvergütungen nicht offengelegt werden. Die im Gesetz vorgesehenen Ausnahmen zur Offenlegungspflicht sind jedoch notwendig, um Schweizer Patientinnen und Patienten den Zugang zu neuen Therapien zu ermöglichen und dazu gute Preise auszuhandeln.

unimedsuisse befürwortet die Einführung von angepassten Preismodellen für Arzneimittel und die Möglichkeit, Preise und Rückvergütungsvereinbarungen von der Offenlegungspflicht auszunehmen. Im Hinblick auf die Rückvergütungen muss allerdings geklärt werden, **wie die verschiedenen Abläufe im Bereich von Rückvergütungen und Weitergabe von Vergünstigungen (gemäss VITH)** zueinander stehen.

Rückerstattungen müssen ausserdem statistisch korrekt den Versorgungsbereichen und Kostenblöcken zugeordnet werden, damit die Kosten des Gesundheitswesens korrekt abgebildet werden.

Massnahme 7: Differenzierte Prüfung der WZW-Kriterien

unimedsuisse unterstützt die Ergänzung Art. 32 durch einen Abs. 3, der dem Bundesrat die Kompetenz erteilt, die konkrete Durchführung der Prüfung der WZW-Kriterien auf Verordnungsebene zu regeln. Es ist dabei richtig, differenzierte Vorgaben für die Prüfung vorzusehen.

Aufgrund der sehr allgemein gehaltenen Bestimmung im KVG erachten wir es jedoch als zentral, wie diese Bestimmung im Rahmen des Verordnungsrechts umgesetzt wird. Die Formulierung aus den Erläuterungen, dass der Bundesrat auf Verordnungsstufe das Ziel verfolgen soll, Kriterien für eine «möglichst kostengünstige Vergütung» festzulegen, ist uns deshalb nicht einsichtig. Eine effiziente Leistungserbringung ist nicht gleichzusetzen mit «möglichst kostengünstiger Vergütung». Mit letzterer Formulierung wird impliziert, dass Preisdruck auch unabhängig von den anrechenbaren Kosten und sachgerechten Vergütungen angestrebt wird. Tarife und Vergütungen müssen nach wie vor sachgerecht bemessen sein und den anrechenbaren Kosten folgen.

Gleichzeitig möchte unimedsuisse auf wichtige Stolpersteine bei der Anwendung der WZW-Kriterien im Bereich der seltenen Krankheiten aufmerksam machen. Der Nachweis der WZW-Kriterien ist bei seltenen Krankheiten oft erschwert, weil wenig Literatur vorliegt und aufgrund der Seltenheit die Studienbedingungen schwierig sind. Ausserdem ist ein Quervergleich von Therapien oft nicht möglich, weil es für viele dieser Krankheiten gar keine Therapien gibt. Die Anforderungen im Rahmen der Erstprüfung der WZW-Kriterien müssen deshalb der spezifischen Ausgangslage bei diesen Krankheiten angepasst werden. Wird eine solche Therapie zur Leistungserbringung zugelassen, ist es jedoch zwingend notwendig, dass die Anwendung dokumentiert wird.

unimedsuisse möchte auch darauf hinweisen, dass die Dokumentation der Wirksamkeit von Therapien in unabhängigen Registern erfolgen muss, d. h. nicht in Register angesiedelt sein darf, deren Datenhoheit bei der Produktionsfirma ist. Nur so sind unabhängige Studien zur Wirksamkeit und Zweckmässigkeit sowie Therapie-Vergleiche möglich. Der Bund hat im Rahmen der Zulassung einer Therapie die Möglichkeit, eine solche Dokumentation vorzugeben und muss unseres Erachtens auch die

Rahmenbedingungen dafür setzen, dass die unabhängigen Register, die diese gesetzliche Aufgabe übernehmen, angemessen finanziert werden.

unimedsuisse begrüsst es, dass der Bundesrat die Möglichkeit erhält, gemäss Art. 32 Abs. 3 differenzierte Vorgaben zur Prüfung der WZW-Kriterien zu erlassen.

In der Umsetzung müssen die erschwerten Rahmenbedingungen bei **Therapien zu seltenen Krankheiten** berücksichtigt werden.

Vorgaben zur Dokumentation der Therapien sind als Teil der Zulassung zur Leistungsvergütung zu verstehen. Der Bund muss diesbezüglich die Verantwortung übernehmen, die dazu notwendigen unabhängigen Register mittels geeigneter finanzieller Rahmenbedingungen und infrastruktureller Einbettung ihre gesetzliche Aufgabe wahrnehmen können.

Die Vergütung muss sachgerecht sein und nicht einfach dem Ziel der möglichst kostengünstigen Vergütung folgen.

Massnahme 8: Festlegung von Referenztarifen für ausserkantonale Wahlbehandlungen

Gemäss Art. 41 Abs. 1^{bis}, 1^{ter}, und 3^{bis} der Vorlage ist immer noch vorgesehen, dass Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale Behandlungen festlegen können. Aus den Erfahrungen der letzten 8 Jahre sind wir zur Überzeugung gelangt, dass das Konstrukt mit den Referenztarifen in der Praxis nicht funktioniert resp. einen riesigen Aufwand und oft grosse Verzögerungen bei den geplanten Behandlungen verursacht. Auch ist es für die Bevölkerung nicht nachvollziehbar, dass trotz dem Grundsatz der freien Spitalwahl die Wahl eingeschränkt wird oder diese mit nicht nachvollziehbaren Kostenfolgen einhergeht.

Aus Sicht der Universitätsspitäler mit einem grossen Anteil an ausserkantonalen Patienten sind folgende Ärgernisse auf das System der Referenztarife zurückzuführen:

- Kantone passen ihre Referenztarife oft rückwirkend an: Folge sind Storno und Rückvergütungen.
- Referenztarife werden von den Kantonen situativ und oft auch willkürlich gewählt: Patienten haben keine Planungssicherheit.
- Die Beurteilung, ob eine medizinische Indikation vorliegt, die eine ausserkantonale Behandlung erlauben würde, ist oft willkürlich und wird von den Kantonsarztämtern unterschiedlich gehandhabt. Nicht selten werden nach mehrfachen Wiedererwägungsgesuchen die Kostenübernahme durch den Kanton garantiert: Konsequenz sind unschöne Verzögerungen bei der Behandlung und ein hoher administrativer Aufwand.
- Bei den Entscheiden der Kantone ist weitgehend die Höhe der Baserate massgebend. Dies obwohl hinlänglich bekannt ist, dass unterschiedliche Fallnormkosten auf unterschiedlichen Patienten- und Leistungsstrukturen der Häuser zurückzuführen sind und nur bedingt als Effizienzmassstab herangezogen werden können.

Die Problematik der Referenztarife wirkt sich besonders auf die Universitätsspitäler aus. Diese haben als Endversorger eine überregionale Bedeutung, und weisen entsprechend dieser Funktion einen höheren Anteil an komplexen Fällen und hoch spezifischen Leistungsangeboten und Vorhalteleistungen auf. Dies wird von den Kantonen, die nicht Standortkanton der Universitätsspitäler sind, über das Referenzpreissystem bzw. ihre Entscheidungshoheit über die medizinische Indikation ausgehebelt. Dies wird sich auch mit der Reform der Referenzpreise nicht ändern. Das Referenzpreissystem ist deshalb nicht nur überflüssig, sondern schädlich. Es führt dazu, dass Kantone unter Missachtung der Wahlfreiheit der Patienten ihre eigenen Ausgaben auf Kosten anderer Kantone senken oder Spitälern, die in öffentlichem (oft

kantonalen) Eigentum sind, Patienten forciert zuführen. Der Wettbewerb unter den Spitälern wird so durch die Kantone stark verzerrt.

Die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung wird bei den stationären Leistungen bereits mehrfach geprüft. Einerseits im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei der Bezeichnung von Leistungserbringern auf der Spitalliste. Andererseits mit der Tarifiermittlung für stationäre Leistungen, welche ein Benchmarking unter vergleichbaren Leistungserbringern umfasst. Universitätsspitäler sind bereit, ihre Kosten dazu offenzulegen, damit ein angemessenes Benchmarking unter Universitätsspitalern als vergleichbaren Leistungserbringern durchgeführt werden kann (siehe dazu die Stellungnahme unseres Verbands zur KVG-Vorlage betr. die Tarifiermittlung von September 2020).

Wird die Tarifiermittlung und Tarifgenehmigung (oder Tariffestsetzung) korrekt durchgeführt, resultieren angemessene Tarife, die überkantonal gelten sollten. Die Kantone benötigen keinen zusätzlichen Hebel, um die Preise und Zuweisungspraxis zu steuern.

unimedsuisse fordert die Aufgabe des Referenzpreissystems. Dieses ist nicht geeignet, die Kosten zu senken, sondern führt zu einer intransparenten Umverteilung der Kosten zuungunsten der Universitätskantone, die sowieso höhere Lasten tragen.

Wird am **System der Referenzpreise dennoch festgehalten, ist zwingend ein schweizweiter Referenzpreis für Universitätsspitäler festzulegen**, der der Kostenstruktur der Universitätsspitäler mit ihrer spezifischen Funktion als Endversorger entspricht. Gleichzeitig sind Verfahren für eine faire und Rechtsgleichheit schaffende kantonale Beurteilung der medizinischen Indikation zu schaffen.

Massnahme 9: Elektronische Rechnungsübermittlung

Grundsätzlich befürworten die Universitätsspitäler die elektronische Rechnungsübermittlung: Sie sind bei Ihnen bereits heute üblich und in der Regel arbeiten die Universitätsspitäler dabei im System des *Tiers payant*.

Als generelle Anmerkung möchten wir darauf hinweisen, dass die in der Vorlage vorgesehenen Abläufe im System des *Tiers garant* administrativ aufwändig werden können: Die Rechnungen müssen an die versicherte Person gesandt werden, und wenn diese die Angaben als Papiervorlage an die Versicherer weiterleiten, müssen letztere die elektronische Rechnungsstellung bei den Leistungserbringern anfordern. Dieser Ablauf birgt eine Fehlergefahr und kann deshalb zu erheblichem administrativem Aufwand bei den Leistungserbringern führen. Zur Rechnungsstellung im System des *Tiers garant* ist deshalb eine möglichst einfache Lösung in der Verordnung umzusetzen.

Massnahme 10: Invalidenversicherung analog zu KVG

Die Angleichung der Regelungen der Invalidenversicherung zu denjenigen der Krankenversicherung ist aus rechtssystematischer Sicht sicherlich zu begrüßen. Sie ist jedoch mit Risiken verbunden, auf die wir hier besonders aufmerksam machen möchten.

Gerade für die Zielgruppe der Leistungsbeziehenden der IV entstehen mit der Anpassung an das KVG besondere Risiken, die mit den Schwächen der WZW-Beurteilung im Rahmen des KVG verbunden sind. Wie oben beschrieben betreffen diese Schwächen vor allem Arzneimittel für seltene Krankheiten, bei denen die Beurteilung der WZW-Kriterien bzw. deren Nachweis erschwert ist. Da bei den medizinischen Leistungen der IV viele Kinder und Jugendliche mit seltenen Krankheiten betroffen sind, können die Folgen für die Betroffenen gross sein. Mittels der Revision wird der IV der Handlungsspielraum entzogen, den Zugang zu Therapien für diese vulnerable Patientengruppe weiterhin zu vereinfachen.

Es ist deshalb zwingend notwendig, die Schwächen des KVG im Hinblick auf die Anwendung der WZW-Kriterien im Rahmen des Verordnungsrechts auszumerken. Erst dann ist eine Angleichung der Abgeltung gemäss IVG an das KVG angemessen. Wir beantragen, die Einführung der KVG-WZW-Verfahren in der IV entsprechend zu verschieben, bis die entsprechenden Prozesse für seltene Krankheiten etabliert sind.

unimedsuisse beantragt, die Einführung der Prüfung der WZW-Kriterien nach KVG für die Invalidenversicherung so lange aufzuschieben, bis angemessene Kriterien spezifisch für seltene Krankheiten etabliert sind und deshalb die betroffenen IV-Bezügerinnen und Bezüger keine Nachteile befürchten müssen.

Verzicht auf die Einführung eines Beschwerderechts für Krankenversicherer

unimedsuisse unterstützt die Entscheidung des Bundesrates, auf die Einführung eines Beschwerderechts für Krankenversicherer betreffend die Aufnahme von Arzneimitteln auf die Spezialitätenliste zu verzichten. Andernfalls besteht das Risiko, dass der Zugang zu Arzneimitteln für Patientinnen und Patienten über gerichtliche Verfahren systematisch blockiert wird. Eine solche Blockade würde zu einem weiteren Anstieg des administrativen Aufwands für individuelle Kostengutsprachen führen, sowohl bei den Leistungserbringern wie auch bei Vertrauensärztinnen und -ärzten und Krankenversicherern und den rechtsgleichen Zugang der Patienten zu medizinischen Leistungen weiter in Frage stellen.

unimedsuisse begrüsst die Entscheidung des Bundesrates, kein Beschwerderecht für Krankenversicherer betr. die Spezialitätenliste einzuführen.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen bei der weiteren Bearbeitung der Vorlage und stehen Ihnen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Bertrand Levrat
Präsident Universitäre Medizin Schweiz