



ÆRZTEGESELLSCHAFT  
DES KANTONS BERN  
SOCIÉTÉ DES MÉDECINS  
DU CANTON DE BERNE

Postgasse 19, Postfach  
CH-3000 Bern 8  
T 031 330 90 00  
F 031 330 90 03  
bekag@hin.ch

Per E-Mail:  
lex@fmh.ch  
elgk-sekretariat@bag.admin.ch  
dorota.hofer-zglinski@bag.admin.ch

Per A-Post:  
Herr Bundesrat  
Alain Berset  
p.A. Bundesamt für Gesundheit  
Direktion Kranken- und Unfallversicherung  
Schwarzenburgstrasse 165  
3003 Bern

Herr Dr. med. Jürg Schlup  
Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)  
Elfenstrasse 18  
Postfach 300  
3000 Bern 15

Bern, 24. August 2018

**Stellungnahme zum Entwurf «Ambulant vor stationär»: Konsultation der Stakeholder betreffend Anpassung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) sowie der Verordnung des EDI über die Datensätze für die Datenweitergabe zwischen Leistungserbringern und Versicherern (SR 832.102.14)**

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset  
Sehr geehrter Herr Dr. Schlup

Die Aertzegesellschaft des Kantons Bern nimmt unaufgefordert zur geplanten Verordnungsänderung Stellung, wobei zu betonen ist, dass sich sommerferienbedingt nur der Ausschuss des Kantonalvorstandes mit der Vorlage befassen konnte. Wir erachten es ganz grundsätzlich als eher unglücklich und nicht zielführend, wenn die Bundesverwaltung immer wieder Vorlagen während den Sommerferien in eine Konsultation gibt.

Die geplante Verordnungsänderung stellt unseres Erachtens einen Eingriff in die ärztliche Behandlungsfreiheit dar. Kriterium für den Entscheid einer Hospitalisation ist primär die ärztliche Indikationsstellung. Diese muss sich auf den Gesundheitszustand des einzelnen betreffenden Patienten, dessen eigenen Risiken und dessen zu erwartende Reaktion auf den konkreten Eingriff bzw. sowie auf allfällig dabei auftretende Komplikationen abstützen.

Der geplante Eingriff (Krampfaderoperationen usw.) kann dabei höchstens ein Kriterium für die notwendige Dignität des Operateurs, für die notwendige Assistenzdotation und für die Art des Operationssaals sein. Diese Parameter sind unabhängig davon, ob der Patient hospitalisiert wird oder nicht. Patienten lediglich auf Grund des geplanten Eingriffs in „ambulant versus stationär“ aufzuteilen, ist folglich aus fachlicher Sicht nicht vertretbar.

Im Vordergrund steht also immer die medizinische Indikation bezüglich Patient. Die medizinische Indikation zur stationären Durchführung entspricht den „besonderen Umständen“, die in der Verordnung als Anhang erwähnt werden. Die KLV kann ärztliche Behandlungen und/oder Behandlungsmethoden näher umschreiben und eine Leistungspflicht für den ambulanten Bereich konkret bejahen (Positivliste) oder verneinen (Negativliste). Die Tatsache, dass es dem Verordnungsgesetzgeber nicht gelingt, operative Eingriffe eindeutig dem stationären Bereich (Ausschluss ambulanter Behandlung) oder dem ambulanten Bereich (Ausschluss stationärer Behandlung) zuzuordnen, zeigt klar auf, dass die Idee, hier regulierend einzugreifen, zum Scheitern verurteilt ist. Das formulierte Ziel, einheitliche Regeln für alle Versicherten zu schaffen, wird damit von vornherein nicht erreicht. Das vom Obsan erhobene Einsparpotential von 90 Mio. CHF wird unsererseits bestritten. Denn es drohen gleichzeitig nicht quantifizierbare Mehrkosten der Bürokratie, welche sich mit der Umsetzung und Kontrolle des falschen Ansatzes „ambulant vor stationär“ hinsichtlich bestimmter operativer Eingriffe befassen müsste. Der angekündigte Kontrollapparat zur Überwa-



chung der Anwendung der KLV würde insbesondere mit anderen Worten Mehrkosten bei Behörden, Leistungserbringern, Spitalverwaltung, Codierern, Krankenkassen und Gesundheitsämtern generieren.

Mit der voraussichtlichen Einführung der einheitlichen Finanzierung EFAS (sog. Monismus) wird es automatisch zu einer Anreizverlagerung bzw. tendenziell zur vermehrten Verlagerung von bisher vielleicht unnötig stationär durchgeführten Eingriffen in den ambulanten Bereich kommen, soweit dies medizinisch vertretbar ist. Auf die vorgesehene Regulierung auf Stufe KLV könnte deshalb unseres Erachtens gänzlich verzichtet werden.

Nicht klar geregelt ist die Situation bei Rezidiveingriffen, welche bezüglich Operationsaufwand und/oder Komplikationsrisiko viel mehr ins Gewicht fallen als ein Ersteingriff. Diese Eingriffe müssen ebenfalls unter stationären Bedingungen durchgeführt werden können. Die Prüfung der Kriterienerfüllung für eine trotzdem stationär durchgeführte Behandlung muss bei der aktuellen finanziellen Abgeltung sicher ex ante erfolgen. Und wenn schon Modalitäten des Prüfverfahrens der Kriterien nach Anhang 1a Ziffer II festgelegt werden müssen, dann **durch die Tarifpartner** und nicht durch das BAG. Soweit zur Hauptfrage.

Es ist unbedingt eine 3-jährige Evaluation der Auswirkungen der modifizierten KLV *ambulant vor stationär* festzulegen, um Erfahrungen vor allem mit der Anwendung der Kriterien zu Gunsten einer stationären Durchführung sowie mit den Modalitäten des Prüfverfahrens zu sammeln und gestützt darauf Anpassungen vornehmen zu können. Eine allfällige Erweiterung des Kataloges der ambulant zu erbringenden medizinischen Leistungen darf nicht vor Ablauf der Beobachtungsperiode und der Implementierung der Anpassungen erfolgen. Die Kosten für das Handling der neuen Regelung, welche von den Versicherten zu tragen sind, müssen dabei zwingend berücksichtigt bzw. vom vermeintlichen Einspareffekt in Abzug gebracht werden.

Mit freundlichen Grüssen

#### **AERZTEGESELLSCHAFT DES KANTONS BERN**

**Die Präsidentin**

**Der Sekretär**

Dr. med. Esther Hilfiker

Dr. Th. Eichenberger, Fürsprecher

#### **Kopie z.K.:**

- Herr Regierungsrat Pierre-Alain Schnegg, Gesundheitsdirektor Kanton Bern
- KKA
- fmCH
- BBV+
- curafutura
- santésuisse
- H+
- GDK