



ÄRZTEGESELLSCHAFT  
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:

[abteilung-leistungen@bag.admin.ch](mailto:abteilung-leistungen@bag.admin.ch)  
[gever@bag.admin.ch](mailto:gever@bag.admin.ch)

Per A-Post:

Herr Bundesrat Alain Berset  
p.A. Bundesamt für Gesundheit  
Abteilung Leistungen  
Schwarzenburgstrasse 165  
3003 Bern

Bern, den 8. November 2018

## **Vernehmlassung Teilrevision KVG: Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1**

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset

Der Kantonalvorstand der Aerztesgesellschaft des Kantons Bern (BEKAG) hat sich einlässlich mit der Vorlage befasst.

### **I. Allgemeine Bemerkungen**

Der Bundesrat beabsichtigt, das Krankenversicherungsgesetz (KVG) vorerst in 8 Hauptpunkten anzupassen. Alleine 4 der 8 geplanten Gesetzesänderungen betreffen ausschliesslich den ambulanten Bereich, und damit die praktizierende Ärzteschaft, welche den grössten Teil unserer ordentlichen Mitglieder ausmacht. Gleichzeitig sollen der preisbezogene Zuschlag sowie der Zuschlag je Packung für verschreibungspflichtige Arzneimittel per 1. Juli 2019 erneut gesenkt werden. Gegen die zuletzt erwähnte Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV), welche wir ablehnen, gibt es kein Rechtsmittel. Dies gilt bekanntlich auch für die ständigen Anpassungen der Analysenliste zum Nachteil unserer Mitglieder, welche das EDI ebenfalls einseitig verordnen kann.

Nur gegen eine Gesetzesanpassung kann das Referendum ergriffen werden. Solche Verschlechterungen, wie insbesondere auch die 4 neuen Sparmassnahmen, welche auf Gesetzesstufe erfolgen sollen, könnten zwar zunächst zu einer weiteren Kostendämpfung im ambulanten Bereich führen. Die indirekten Folgekosten dürften aber deutlich höher ausfallen, wenn inskünftig heute noch mögliche ambulante Behandlungen wegen nicht mehr vorhandenen Kapazitäten ambulant oder stationär an den Spitälern durchgeführt werden müssten. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ dürfte somit sozusagen ins Gegenteil verkehrt werden.

Zu fragen ist also, wieso bei den Sparbemühungen ausgerechnet der kostengünstige ambulante Bereich derart in den Vordergrund gestellt wird. Und mit welchen Nebenwirkungen muss mit Blick auf die Grundversorgung der Bevölkerung im ambulanten Bereich gerechnet werden?



Weil die Nachfolgeproblematik im Grundversorgungsbereich (noch lange) nicht gelöst ist, und somit auch in Zukunft (aus heutiger Sicht zumindest kurz- und mittelfristig) nicht genügend Hausärztinnen und Hausärzte zur Verfügung stehen werden, erachten wir es als grobfahrlässig, deren Einkommensmöglichkeiten immer noch weiter hinunter zu schrauben. Wo soll dies hinführen?

Wir erlauben uns, wie folgt aus unserer Vernehmlassung vom Mai 2017 zum 2. Tarifeingriff des Bundesrats zu zitieren:

*„Gerade dies steht nun aber unseres Erachtens mit dem per 1. Januar 2018 geplanten zweiten Tarifeingriff des Bundesrates zur Disposition. Stossend ist bereits die Zielsetzung, wonach CHF 700 Mio. eingespart werden sollen. Gemäss früheren Berechnungen des Tarifiedienstes der FMH, welche dem EDI und dem BAG bekannt sind, verzichtete die ambulant praktizierende Ärzteschaft alleine in den Jahren 2004-2012 teuerungsbedingt auf insgesamt CHF 9,567 Mia. an eigentlich gerechtfertigtem Umsatz. Alleine die über den Tarif nicht abgegoltenen Lohnmehrkosten machten für diesen Zeitraum CHF 2,189 Mia. aus. Es mussten also Umsatz- und entsprechende Lohneinbussen in erheblichem Ausmass akzeptiert werden, blieben doch die Taxpunkte und vor allem auch die Taxpunktwerte grösstenteils über diesen sehr langen Zeitraum praktisch unverändert. Dies gilt auch für die Jahre ab 2013. Folglich würde allgemein ein riesiger Nachholbedarf bestehen.“*

Zudem soll hier die für unsere Mitglieder existenzbedrohende, die Grundversorgung im ambulanten Bereich zunehmend gefährdende Problematik der seit Jahren sinkenden Einkommen anhand des folgenden Rechenbeispiels mit fiktiven Zahlen zusätzlich plausibilisiert werden:

*Wenn die Grundversorgerpraxis eines einzelnen Arztes im Berner Oberland einen jährlichen Umsatz in der Grössenordnung von CHF 500'000.— erzielt, so verbleibt heute nach Abzug der Praxiskosten, welche hier der Einfachheit halber mit 75% eingesetzt werden, ein Bruttogewinn in der Höhe von CHF 125'000.—. Dies entspricht aber nicht einem Bruttomonatslohn von fast CHF 10'000.— x 13, sondern von diesem Betrag müssen noch die ganze AHV des Selbständigerwerbenden (keine Arbeitgeberbeiträge) abgezogen und ein freiwilliges BVG (keine Arbeitgeberbeiträge) oder die Kosten der grossen Säule 3a-Vorsorgelösung finanziert werden. Das steuerbare Nettoeinkommen liegt also hier deutlich tiefer als bei einem Arbeitnehmer mit einem Bruttolohn von fast CHF 10'000.—. Wenn nun wegen Tarifsenkungen (z.B. Analysenliste und KLV-Zuschläge für Arzneimittel sowie Tarmed-Tarifeingriffe des Bundesrats, etc.) beispielsweise der Gesamtumsatz der Arztpraxis um 5% auf CHF 475'000.— fällt, so reduziert sich damit das Bruttoeinkommen um 20%, indem es von CHF 125'000.— auf CHF 100'000.— fällt.*

Somit gefährden der Bundesrat, und auch das eidgenössische Parlament, sofern es diesen Sparmassnahmen für den ambulanten Bereich zustimmen sollte, eine gut funktionierende günstige Erstversorgung durch den Hausarzt. Denn diesen Hausarzt gibt es spätestens dann nicht mehr, wenn es überhaupt nicht mehr attraktiv ist, eine Arztpraxis zu führen oder zu übernehmen.

Dort sind wir heute leider bereits angelangt. Denn die erwähnten Einkommensverluste lassen sich auch durch Effizienzsteigerungen in Gruppenpraxen ohne Qualitätsverlust für den Patienten höchstens zu einem kleineren Teil wettmachen, weshalb es bereits heute für Ärztinnen und Ärzte attraktiver ist, am Spital zu bleiben oder eine andere Stelle im Gesundheitswesen zu suchen (z.B. in der Industrie, in der Verwaltung des Bundes oder bei einem Krankenversicherer).

Folglich wird die Ärzteschaft, wenn der Berufsstand der praktizierenden Ärztin oder des praktizierenden Arztes erhalten bleiben soll, vor allem **gegen die folgenden Gesetzesänderungen nötigenfalls das Referendum ergreifen** müssen:



**1. EArt. 47 c KVG: Massnahmen zur Steuerung der Kosten im ambulanten Bereich, die von Tarifpartnern vereinbart werden müssen: Globalbudget 1**

Anlässlich der letzten Klausurtagung hat der Kantonalvorstand der BEKAG beschlossen, derartige Globalbudgets, auch wenn sie „Mithilfe der Tarifpartner“ sozusagen durch die Hintertür eingeführt werden müssten, klar und eindeutig abzulehnen. Denn dies würde darauf hinauslaufen, dass in den Tarifverträgen degressive Tarife und/oder jährliche Budgets vereinbart und/oder bundesrätlich verordnet werden müssten. Dies wiederum hätte zur Folge, dass gegen Ende Jahr nur noch wenige oder keine Patienten mehr behandelt werden könnten (ausser in Notfällen). Sie werden verstehen, dass dies unsere Mitgliederbasis nie akzeptieren würde. Damit würde das ambulante Gesundheitswesen vollständig auf den Kopf gestellt, und abgeschafft, was die Bevölkerung so sehr schätzt, nämlich den niederschweligen Zugang zu einer relativ günstigen Grundversorgung. Es kann nicht sein, dass die Mehrheit der prämienzahlenden Gesunden der kranken Bevölkerung eine derartige Verschlechterung der ambulanten Gesundheitsversorgung aufzwingt.

Dies wäre in hohem Masse unsozial und stünde im Widerspruch zu den Vorstellungen unserer Wohlstandsgesellschaft hinsichtlich der Ansprüche, welchen die heutige Gesundheitsversorgung genügen muss. Die Kosten der Gesundheitsversorgung im ambulanten Bereich sind im Verhältnis zum erreichten volkswirtschaftlichen Nutzen unserer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung nach wie vor bezahlbar. Es kann nicht darum gehen, in unserer auf Konsensfindung und Kompromissfähigkeit ausgerichteten Gesellschaft immer nur die Kosten einseitig zu betrachten, und bei Kostensteigerungen die damit erreichten Vorteile bei der Qualität der Versorgung und beim Anstieg der Lebenserwartung der Bevölkerung auszuklammern. Die CVP Gesundheitsinitiative lässt grüssen!

Es kommt hinzu, dass die Sparmassnahmen – wie gesagt – am falschen Ort schlussendlich sowieso nichts bringen dürften, weil vermeintliche Einsparungen im Grundversorgungsbereich durch vermehrte Notfallbehandlungen an stationären Institutionen überkompensiert würden.

**EArt. 47c KVG ist ersatzlos zu streichen.**

**2. EArt. 59b Abs. 1 lit. f KVG: Experimentierartikel: Teilaspekt Globalbudget 2**

Wir sind grundsätzlich für einen Experimentierartikel, sprechen uns aber klar gegen eine derart lange Dauer solcher Versuche und gegen den Zwang zur Teilnahme ohne die Möglichkeit einer gleichberechtigten Mitarbeit in der Ausarbeitung entsprechender Projekte aus.

Wenn die Vorlage von „*begrenzter Dauer + Verlängerung + ein Jahr nach der Verlängerung*“ spricht und „*weitere Instrumente zur Steuerung der Kosten*“ unter dem Experimentierartikel zulassen will, so ist dies für uns inakzeptabel.

Nur allzu leicht könnte hier für mehrere Jahre ein Globalbudget, in einer mit den oben unter Ziff. 1 erwähnten Massnahmen zur Steuerung der Kosten im ambulanten Bereich vergleichbaren Art und Weise, unter anderem Titel drohen. Und dies wohlgerne unter vollständiger Aushebelung jeglicher Rechtsstaatlichkeit und demokratischen Legitimität für einen längeren Zeitraum. Die Art. 59b Abs. 2-6 sind somit zu ändern und müssen eine klare zeitliche Begrenzung von Versuchen auf höchstens 2 Jahre vorsehen.

**EArt. 59b Abs. 1 lit. f KVG ist ersatzlos zu streichen.** Die Bevölkerung würde dies nicht akzeptieren, und ein Referendum gegen jegliche Art von Globalbudgetierung erscheint uns wie gesagt unabwendbar, sofern das Parlament hier nicht doch noch erhebliche Korrekturen anbringt.



**3. EArt. 47a und 47b KVG: Schaffung eines paritätischen Tarfbüros im ambulanten Bereich und Datenbekanntgabe im Tarifwesen für ambulante Behandlungen bzw. Verpflichtung zur Datenlieferung an Tarfbüro und Bundesrat: Datenlieferung / Abschaffung der Tarifhoheit der Tarifpartner**

Die Schaffung eines paritätisch zusammengesetzten nationalen Tarfbüros im ambulanten Bereich mag zwar zunächst als bestechende Idee daher kommen, hat sich doch eine solche Lösung im stationären Bereich mit der Swiss DRG AG bewährt. Wir hätten denn auch weniger dagegen einzuwenden, falls ein solches Tarfbüro eingesetzt würde, sofern damit inskünftig Mehrheitsbeschlüsse der Tarifpartner ermöglicht würden. Dies müsste der Bundesrat in der vorgesehenen Verordnung vorschreiben bzw. es müsste den Tarifpartnern inskünftig ermöglicht werden, Mehrheitsbeschlüsse zu fassen und genehmigen zu lassen. Denn heute werden erfahrungsgemäss sämtliche Beschlussfassungen der Tarifpartner verunmöglicht, sofern und solange auf Seiten der beiden grossen Gruppen santésuisse und curafutura der Krankenversicherer keine einheitliche Zustimmung vorliegt. Es genügt indessen unseres Erachtens nicht, die notwendigen Rahmenbedingungen nur *vielleicht* später in einer Verordnung zu regeln.

Die Verknüpfung mit einer unentgeltlichen Datenlieferungspflicht, welche soweit geht, dass der Bundesrat die Möglichkeit erhalten würde, die Tarifstruktur im ambulanten Bereich sowie die Preise inskünftig selber festzulegen, kommt für unsere Mitglieder indessen überhaupt nicht in Frage. Dieses Instrument könnte dem Bundesrat dazu dienen, durch ersatzweise angeordnete Massnahmen zur Steuerung der Kosten das Globalbudget einzuführen, weshalb EArt. 47b nicht mehr benötigt wird, sofern die EArt. 47c und 59b Abs. 1 lit. f KVG sowieso antragsgemäss ersatzlos gestrichen werden.

Es kommt hinzu, dass unsere Mitglieder dem BFS sehr viele Daten im Rahmen von MAS bereits liefern, weshalb wir eine solche Doppelspurigkeit schon alleine wegen dem damit verbundenen Aufwand und wegen den Kosten, die wiederum unsere Mitglieder tragen würden (sic!), dezidiert ablehnen.

Am Prinzip der Tarifpartnerschaft mit primär vertraglichen Tarifen und Preisen ist unbedingt festzuhalten. Die Einführung eines ausschliesslich staatlichen Tarifwesens im KVG-Bereich würde den praktizierenden Ärztinnen und Ärzten auf der einen Seite alle Möglichkeiten der legitimen Einflussnahme auf die Tarife und Preise in Zukunft verunmöglichen, ihnen aber auf der anderen Seite weiterhin sämtliche Unternehmerrisiken überbinden.

Falls der ambulante Bereich der Gesundheitsversorgung in dieser Art und Weise verstaatlicht würde, könnten sich unsere Mitglieder mittelfristig mit Fug und Recht auf den Standpunkt stellen, dass sie unter den gegebenen Umständen eigentlich lieber einen Anspruch auf eine staatliche Anstellung mit Lohnausweis hätten. Will dies das Parlament, und könnten damit effektiv Kosten gespart werden?

**EArt. 47b KVG ist ersatzlos zu streichen.**

**II. Zu den Gesetzesänderungsvorschlägen (Reihenfolge gemäss Vortrag)**

**1. EArt. 59b KVG: Experimentierartikel**

Hierzu fordern wir unter Hinweis auf die Ausführungen unter **Ziff. I 2. hiervor ersatzlose Streichung von Absatz 1 lit. f.** Diese Forderung ist Gegenstand der Referendumsdrohung für den Fall der Einführung eines Globalbudgets.



Ferner beantragen wir eine Ergänzung des Absatzes 2 wie folgt:

*„Die Pilotprojekte sind inhaltlich, zeitlich und räumlich zu begrenzen. Ein Pilotprojekt tritt spätestens nach 2 Jahren ausser Kraft, sofern der Bundesrat bis dahin der Bundesversammlung keinen Entwurf einer gesetzlichen Grundlage unterbreitet hat. Ein Pilotprojekt tritt ausserdem ausser Kraft mit der Ablehnung des Entwurfs durch die Bundesversammlung oder mit Inkrafttreten der gesetzlichen Vorlage.“*

Dementsprechend sind die Absätze 4 und 6 zu streichen, und der bisherige Absatz 5 wird zu Absatz 4.

## **2. Art. 42 Abs. 3 dritter Satz: Rechnungskopie im Tiers payant**

Diese Bestimmung existiert bereits heute, wird aber teilweise nicht umgesetzt, weshalb eine Verschärfung mittels Kontrolle und möglichen Sanktionen auf der einen Seite zwar wünschbar, aber auf der anderen Seite kaum praktikabel sein dürfte. Zu prüfen sind dagegen unseres Erachtens verhältnismässig umsetzbare Massnahmen, mit welchen die Verständlichkeit der Rechnungen und damit die Kontrolle *effektiv* erhöht werden könnten.

## **3. EArt. 47a KVG: Organisation für Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen (Tarifbüro)**

Es kann im Wesentlichen auf die Ausführungen unter **Ziff. I 3. hiervor** verwiesen werden. Die BEKAG lehnt ein nationales Tarifbüro ab, sofern es dazu dienen sollte, die Autonomie der Tarifpartner durch eine aufwändige Bürokratielösung zu untergraben, und lediglich eine Alibiübung wäre, welche zwangsläufig in einem staatlichen Tariffestsetzungssystem endet. Dies allerdings wie gesagt mit einer Einschränkung und Präzisierung. Die Tarifautonomie könnte unter Umständen auch so erhalten bleiben, sofern das Aktionariat verbreitert und inskünftig eine Beschlussfassung nach dem Mehrheitsprinzip möglich würde.

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats SGK-NR hatte in ihrer parlamentarischen Initiative vom 2. Februar 2017 und in ihrem Bericht vom 19. April 2018 unter anderem folgendes gefordert:

*„Vielmehr herrsche bei den Diskussionen um die TARMED-Anpassungen seit nun zehn Jahren eine Blockade zwischen Kantonen, Leistungserbringern und Versicherern. Die Kommission will mit ihrer Initiative die Tarifpartner verpflichten, eine Organisation einzusetzen, welche die Anpassungen und die Pflege der Tarifstruktur kontinuierlich fortführt.“*

Im Vortrag wird nun aber erwähnt, dass die Versicherer und Leistungserbringer im Verwaltungsrat paritätisch über gleich viele Stimmen verfügen sollen. Wir befürchten, dass dies nicht zielführend wäre, weil gerade damit die Pattsituation nicht behoben werden könnte.

Weil EFAS mit Sicherheit eingeführt werden muss bzw. dürfte, müssen auch die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK), und nebst santésuisse zusätzlich curafutura sowie unter Umständen auch die Schweizerische Patientenorganisation in der Trägerschaft der neuen Organisation vertreten sein. Die Trägerschaft müsste dementsprechend derart breiter aufgestellt und die Abläufe so geregelt werden, dass Mehrheitsbeschlüsse betreffend Tarifierungen möglich wären. Wir erlauben uns, wie folgt aus den Statuten der SwissDRG AG zu zitieren:

Art. 15 Abs. 2 Ziff. 6 (unübertragbare/unentziehbare Befugnisse Aufgaben des VR):

*Beschluss über die Tarifstrukturen, deren Ausführungsbestimmungen und deren Änderungen sowie Antragstellung an die Genehmigungsbehörden.*



Art. 19 Abs. 4

*Die Beschlüsse des Verwaltungsrats werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst.*

Dementsprechend beantragen wir wie folgt eine entsprechende Ergänzung und Anpassung des Absatzes 1 des EArt. 47a:

*„Die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer setzen gemeinsam eine Organisation ein, welche für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen zuständig ist. Nebst gleich grossen Vertretungen der Leistungserbringer sowie der Versicherer müssen auch die Kantone [und die Patientenorganisationen] in der Organisation vertreten sein. Die Organisation muss sicherstellen, dass das für die Beschlussfassungen über die Tarifstrukturen zuständige Gremium Mehrheitsbeschlüsse fällen kann.“*

Rest unverändert.

#### **4. EArt. 47b KVG: Datenbekanntgabe im Tarifwesen für ambulante Behandlungen an den Bundesrat**

Es kann auf die Ausführungen unter **Ziff. I 3. hiervor** verwiesen werden, womit wir ersatzlose Streichung der Bestimmung fordern.

Dem Vorstand der BEKAG fällt auf, dass immer mehr Verpflichtungen, zum Teil doppelt- und dreifach, gesetzlich verankert werden sollen, welche die Leistungserbringer verpflichten sollen, Daten kostenlos zu liefern.

Abgesehen davon, dass es unsere Mitglieder angesichts der desolaten Tarifsituation strikt ablehnen, weitere unentgeltliche Leistungen erbringen zu müssen, ist klar, dass der Bund und die Kantone nicht immer wieder die gleichen oder ähnliche Daten auf verschiedenen Kanälen einfordern können. Im Zentrum steht die Datenlieferung im Rahmen von MAS an das BFS. Die BEKAG wird bei der nächsten MAS-Erhebung keine negative Empfehlung/Aufforderung zur Nichtteilnahme mehr abgeben, weil das BFS zwischenzeitlich im Vergleich zur ersten Umfrage wesentliche Verbesserungen vorgenommen hat.

Mit der verbesserten MAS-Umfrage müssen dann aber auch sämtliche Bedürfnisse abgedeckt werden können. Zusätzliche Datenlieferungen auf separaten Schienen zwecks Handhabung der Zulassungsbeschränkung zur Tätigkeit zu Lasten des KVG oder zur Tarifpflege, etc. lehnt die BEKAG ab.

Die Bestimmung steht wie gesagt auch im Zusammenhang mit der geplanten Umsetzung des EArt. 47c KVG. Sie ist deshalb ebenfalls ersatzlos abzulehnen und ist Gegenstand der Referendumsdrohung für den Fall der Einführung eines Globalbudgets.

#### **5. EArt. 47c KVG: Massnahmen zur Steuerung der Kosten**

Es kann vollumfänglich auf die Ausführungen unter **Ziff. I 1. hiervor** verwiesen werden, womit wir ersatzlose Streichung der Bestimmung fordern, unter Androhung des Referendums im Widerhandlungsfall.



## 6. **EArt. 43 Abs. 5 erster Satz KVG: gesamtschweizerisch vereinbarte, einheitliche Tarifstruktur für ambulante Patientenpauschaltarife**

Die Vorstellung, im ambulanten Bereich die Einzelleistungsvergütung weitgehend oder in grösserem Ausmass durch Pauschaltarife ersetzen und damit Kosten einsparen zu können, erscheint uns als weder praktikabel noch zielführend. Wir lehnen dies für den ambulanten Bereich ab, weil zwar je nach Leistungskategorie entweder die Einzelleistungsvergütung oder die Pauschalvergütung besser passt, aber in den Arztpraxen unserer Mitglieder das Gespräch und die Grundleistungen im Vordergrund stehen, welche auch weiterhin nach effektivem Zeitaufwand verrechnet werden müssen.

Alles andere würde sich zum Nachteil der Patientinnen und Patienten auswirken, weil mit vermehrten Pauschaltarifen den spezifischen Bedürfnissen der einzelnen Patientinnen und Patienten inskünftig nicht mehr ausreichend Rechnung getragen werden könnte.

Somit ist es auch nicht notwendig, eine gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur für ambulante Patientenpauschalen zu erarbeiten, und wir fordern ersatzlose Streichung des EArt. 43 Abs. 5 erster Satz KVG.

## 7. **EArt. 52a und 52b KVG: Referenzpreissystem bei Arzneimitteln**

Wir befürworten zwar die heute mögliche Substituierung von Originalpräparaten durch Generika unter bestimmten Voraussetzungen, lehnen aber ein voraussetzungsloses Preisgünstigkeitssystem ab, welches die Behandlungsfreiheit einschränkt. Mit anderen Worten dürfen sich Preisfestlegungen nicht zum Nachteil der Behandlungsqualität auswirken, auf welche die Patientinnen und Patienten Anspruch haben. Die Kontrolle der Medikamentencompliance auf Patientenseite ist schon jetzt eine sehr anspruchsvolle und fordernde ärztliche Tätigkeit, die nicht delegiert werden darf. Ein wie auch immer geartetes Referenzpreissystem mit wechselnden Vergütungen der unterschiedlichen Medikamentenpackungen verschiedener Firmen mit identischer Grundsubstanz kann rasch zu gefährlichen Einnahmefehlern führen, z.B. zwei Blutdruckmedikamente mit identischer Wirksubstanz aber unterschiedlichem Produkthenahmen abgegeben in zwei unterschiedlichen Institutionen. Insbesondere lehnen wir EArt. 52a KVG ab, weil die „gleiche medizinische Eignung“ nicht praktikabel ist sowie beim EArt. 52b KVG das administrativ nicht zu bewältigende Meldesystem. Wir fordern deshalb:

Prinzipialiter: ersatzlose Streichung der EArt. 52a und EArt. 52b KVG.

Zumindest müsste EArt. 52a KVG mit einem Absatz ergänzt werden, wonach die Einschränkung, womit bei zwei vergleichbaren Arzneimitteln nur noch das preisgünstigere Arzneimittel vergütet würde, zumindest dann nicht gilt, wenn der Arzt ausdrücklich die Abgabe oder Anwendung eines ganz bestimmten Arzneimittels der betreffenden Wirkstoffgruppe anordnet.

Eventualiter: EArt. 52a KVG ist wie folgt zu ergänzen:

*„Erachtet der behandelnde Arzt die Abgabe oder Anwendung eines bestimmten Arzneimittels für medizinisch notwendig, kann er ausdrücklich die Abgabe oder Anwendung des betreffenden Arzneimittels anordnen. In diesem Fall vergütet die obligatorische Krankenpflegeversicherung die gesamten Kosten des betreffenden Arzneimittels.“*



**8. EArt. 53 Abs. 1<sup>bis</sup> KVG: Beschwerderecht der Versicherer von nationaler oder regionaler Bedeutung gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 39 (Spital- und Pflegeheimliste)**

Wir lehnen ein Beschwerderecht der Organisationen der Versicherer von nationaler oder regionaler Bedeutung, was immer dies auch heissen mag, klar ab und fordern ersatzlose Streichung des EArt. 52 Abs. 1<sup>bis</sup> KVG.

Wir sind ganz generell gegen Änderungen des KVG, welche die Tariflandschaft und die Planung im stationären Bereich zusätzlich verkomplizieren. Wir sehen hier insbesondere ein Missbrauchspotential, weil die Beschwerdelegitimation der santésuisse zumindest die Möglichkeit eröffnen würde, das Versorgungssystem teilweise lahm zu legen oder mit jahrelangen Rechtsstreitigkeiten erheblich zu belasten. Damit stören wir uns an möglichen Mehrfachzuständigkeiten der Behörden auf eidgenössischer und kantonaler Ebene mit gegenseitiger Beschwerdebefugnis.

Heute sind sowohl das BAG (Zentralverwaltung für die Überwachung der Krankenversicherer) als auch die Krankenversicherer (ausgelagerte Verwaltung zwecks Durchführung der sozialen Krankenversicherung) für das KVG in Teilbereichen verantwortlich, mit entsprechender Aufgabenteilung. Gleiches gilt für die Kantone. So legt das BAG zum Beispiel die Arzneimittelpreise in der SL fest und die Kantonsregierungen erlassen die Spitalplanung und die Spitalliste. Wenn eine Behörde für die Entscheidung von Tariffragen oder Planungsfragen zuständig ist, so kann es unseres Erachtens nicht sein, dass eine andere Behörde dies anfechten kann (auch wenn es hier die Verbände der Krankenversicherer sein sollen), und dann noch ein Gericht als dritte Behörde über solche Beschwerden entscheiden muss.

Wir ersuchen Sie dringend darum, die Vorlage grundlegend zu überarbeiten.

Mit freundlichen Grüssen

**AERZTEGESELLSCHAFT DES KANTONS BERN**

**Die Präsidentin**

Dr. med. Esther Hilfiker

**Der Sekretär**

Dr. Th. Eichenberger, Fürsprecher

**Kopie z.K.:**

- FMH
- KKA
- Kantonale Fachgesellschaften
- VSAO Schweiz und Bern
- Hausärzte Schweiz mfe
- SPO
- GDK und H+
- santésuisse und curafutura
- Junge Hausärztinnen und -ärzte Schweiz JHaS