



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

Bern, 1. April 2020

Per E-Mail:

tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch
lex@fmh.ch
direction@fmh.ch
nora.wille@fmh.ch

Per A-Post:

Herr Bundesrat Alain Berset
Eidgenössisches Departement des Innern (EDI)
Inselgasse 1
3003 Bern

Herr Dr. med. Jürg Schlup
Präsident der FMH
Elfenstrasse 18
Postfach 300
3000 Bern 15

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) betreffend Weiterentwicklung der Planungskriterien sowie Ergänzung der Grundsätze zur Tarifiermittlung sowie der VKL und der UVV: Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrter Herr Dr. Schlup
Sehr geehrte Damen und Herren

Die Ärztesgesellschaft des Kantons Bern (BEKAG) repräsentiert die im Kanton Bern in der Arztpraxis praktizierenden Ärztinnen und Ärzte sowie die an den Spitälern tätigen Kaderärztinnen und Kaderärzte (Chefärzte und Leitende Ärzte) innerhalb der FMH. Die BEKAG vertritt somit als Basisorganisation Ärztinnen und Ärzte verschiedenster Fachbereiche, tätig in der Arztpraxis und an unseren Spitälern in verantwortlicher Position.

Namens und im Auftrag des geschäftsführenden Ausschusses des Kantonalvorstandes der BEKAG nehmen wir hiermit zur Vorlage gerne fristgerecht Stellung, wobei wir **uns auf die Krankenversicherungsverordnung KVV beschränken**:

I. Allgemeine Bemerkungen

Leider steht das Schweizerische Gesundheitswesen im Rahmen der Bekämpfung des neuen Coronavirus vor einer noch nie dagewesenen Belastungsprobe. Der Bund und die Kantone sind unseres Erachtens zu wenig auf eine Pandemiesituation vorbereitet gewesen, und es fehlten, neben Schutzmaterialien, am Anfang vor allem auch die Kompetenzen und der Wille, um rechtzeitig die notwendigen Massnahmen ergreifen zu können. Die gegenwärtige Situation (zurzeit vor allem) im Tessin führt uns drastisch vor Augen, wie leicht verwundbar das Schweizer Gesundheitswesen ist. Das Gesundheitswesen steht im Spitalbereich bereits unter normalen Bedingungen, also auch ohne Pandemiesituation, tagtäglich unter enormem Kostendruck,

und von der Ärzteschaft und der Pflege wird sehr viel abverlangt. Insbesondere die Administration hat in den letzten Jahren überhandgenommen. Ein starker Anstieg von Erkrankten, vor allem wenn diese Intensivpflege benötigen, kann sehr schnell zu einer totalen Erschöpfung und Überforderung des gesamten Gesundheitsversorgungssystems führen.

Die BEKAG war weder mit der Zusammensetzung noch mit dem Bericht der Expertengruppe betreffend „*Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung*“ vom 24. August 2017 einverstanden.

Vor dem Hintergrund der Pandemiesituation stellt sich ernsthaft die Frage, ob die Kapazitäten nicht zunächst eher ausgebaut denn abgebaut werden sollten. Im stationären Bereich ist der Kostendruck schon heute kaum mehr zu bewältigen.

Die Vorlage beinhaltet mit der Umsetzung der **Massnahme 03** (Aufnahme von Spitälern auf die Spitalliste in Abhängigkeit von der Entschädigung interner und externer Fachkräfte – Verbot von mengenbezogenen Boni oder Kickbacks) eine **angebliche Kostenersparnis um ein Vielfaches des Aufwandes** für die Umsetzung der Massnahme (vgl. S. 14 f. der Vernehmlassungsvorlage). Und durch Festlegung des Benchmarks für Spitäler **auf dem 25. Perzentilwert sollen Minderkosten in der Höhe von CHF 200 bis 250 Millionen Franken realisierbar sein** (vgl. S. 17). Für beides gibt es keine nachvollziehbare Kostenfolgeschätzung, und folglich auch keine Evidenz. Wir gehen vielmehr davon aus, dass die Einsparung auf dem erwähnten Benchmark deutlich über CHF 500 Millionen liegen würde, aber vor allem würde die Umsetzung des erwähnten Benchmarks die Grundversorgung im Spitalbereich mittel- bis langfristig gefährden.

Viele Spitäler müssten schliessen, es sei denn der Kanton würde sie – wie zu Zeiten der Objektfinanzierung mit Defizitgarantie – künstlich am Leben erhalten, was der im KVG verankerten Leistungsfinanzierung diametral widerspricht.

Auch wenn das Parlament mit dem neuen Art. 43 Abs. 4^{bis} KVG scheinbar eine Grundlage für eine möglichst günstige Leistungserbringung geschaffen hat, wollte es damit sicher nicht das extreme Perzentil-Modell des Preisüberwachers umsetzen. Art. 43 Abs. 6 KVG sieht für die KVG-Tarife generell eine **qualitativ hochstehende Versorgung zu möglichst günstigen Kosten** als Ziel vor. Und Art. 46 Abs. 4 KVG geht für die Tarifgenehmigung von einer Überprüfung des Tarifvertrages auf **Übereinstimmung mit dem Gesetz sowie mit dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit** aus.

Das Günstigkeitsprinzip existiert damit nicht um seiner selbst willen!

Es ist immer in Relation zur angestrebten qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung zu stellen. Zudem besteht nach dem Gesagten von Gesetzes wegen eine **gewisse Vertragsautonomie zwischen den Tarifpartnern, und Effizienzgewinne sollen/müssen nach wie vor möglich sein/bleiben**. Dies wäre vorliegend indessen nur für diejenigen Spitäler möglich, welche unterhalb des 25. Perzentils liegen. Wer über dem 25. Perzentilwert liegt, könnte dagegen höchstens die eigenen Kosten decken, aber auch nur dann, wenn das betreffende Spital nachweisen kann, dass auf dem Benchmarkwert Zuschläge gerechtfertigt sind, weil ansonsten die Kosten nicht gedeckt werden könnten. Damit würde aus der Sicht der Krankenversicherer kein Grund mehr bestehen, Tarifverträge abzuschliessen. Denn im Falle einer behördlichen Tariffestsetzung würden die Krankenversicherer im Maximum gleich schlecht dastehen (Deckung der vollen Kosten), aber vielleicht auch besser, nämlich dann, wenn ein über dem 25. Perzentilwert liegendes Spital die höheren Kosten nicht ausreichend beweisen kann. Die Beweislast vor Gericht läge beim Spital (sic!).

Weiter sollen an Spitälern nicht Boni und Kick Backs verboten werden, sondern „*unsachgemässe ökonomische Anreize zur Mengenausweitung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung*“. Wir befürchten, dass damit auch **variable Lohnbestandteile** für Zielerreichungen auf Spital, Departements- oder Abteilungsstufe sowie **Honorare im Zusatzversicherungsbereich** verboten werden sollen. Das BAG behauptet fast gebetsmühleartig, dies im

KVG regeln zu können, weil angeblich zu viele Behandlungen und damit einhergehende vermeintlich zu hohe Honorare im VVG-Zusatzversicherungsbereich auch auf den KVG-Bereich der OKP durchschlagen würden (vgl. dazu die Empfehlung der Experten, auch im Zusatzversicherungsbereich mengenabhängige Entschädigungen in den Tarifen und Vereinbarungen auszuschliessen, was immer auch dies heissen mag). Diese Betrachtung ist verfassungswidrig.

Zum einen kommt es bei den variablen Lohnbestandteilen auf das Ausmass an. Und zum anderen würde mit einem Ausschluss von Honoraren ein Bereich geregelt, der dem VVG untersteht. Mit anderen Worten würde damit der **Zusatzversicherungsbereich faktisch abgeschafft**. Die Zusatzversicherten würden inskünftig auf etwas verzichten, das sie zwar mit ihren VVG-Prämien zahlen (z.B. freie Arztwahl), aber nicht mehr erhalten. Und die Wirtschaftsfreiheit der Spitäler würde ohne Grundlage auch im VVG-Bereich aufgehoben bzw. der Wettbewerb würde nicht nur im KVG-, sondern auch im VVG-Bereich erheblich eingeschränkt. Dies ist/wäre nach dem Gesagten weder gesetzes-, geschweige denn verfassungskonform.

II. Anträge

1. Wir beantragen, dass die vorgeschlagenen Verordnungsänderungen so lange nicht umgesetzt, und ein **generelles Gesetzes- und Verordnungsmoratorium** eingeführt wird, bis die Konsequenzen aus der COVID-19 Pandemie gezogen und die Gesetzgebung entsprechend angepasst ist.
2. Die Gesetzesänderung „Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit“ vom 21. Juni 2019 und die hier geplanten Verordnungsänderungen, welche die Kantone mit Mehrkosten belasten würden, sind zudem **frühestens dann weiter zu diskutieren, wenn EFAS umgesetzt ist**.
3. Dementsprechend ist die gesamte Vorlage **zur erheblichen Überarbeitung an das EDI zurückzuweisen und vorderhand nicht weiter zu verfolgen**.

III. Bemerkungen zu einzelnen Artikeln

1. Ad EArt. 58f Abs. 7 KVV

Wir beantragen aus den weiter oben unter Ziff. I hiavor genannten Gründen **eine ersatzlose Streichung dieser Bestimmung**.

Die Auflagen der Kantone, deren Nichteinhaltung zu einer Streichung von der Spitalliste führen könnten, sollen ein Verbot unsachgemässer ökonomischer Anreizsysteme zur Mengenausweitung zulasten der obligatorischen Krankenversicherung beinhalten. Sowohl das Wort „*unsachgemäss*“ wie auch der Terminus „*ökonomisches Anreizsystem zur Mengenausweitung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung*“ stellen nach dem unter Ziff. 1 hiavor Ausgeführten unbestimmte Rechtsbegriffe dar, welche je nach Auslegung sogar noch über die Forderungen des Expertenberichts hinausgehen. Die damit verbundene Rechtsunsicherheit ist so oder so nicht tolerierbar, denn für die Spitäler wäre damit nicht zuverlässig voraussehbar, wann sie die Auflage verletzen würden und wann nicht.

Eventualiter fordern wir die folgende Präzisierung:

„Die Leistungsaufträge der Spitäler sehen als Auflage das Verbot von Mengenvorgaben oder Boni sowie Rückvergütungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung oder zur Umgehung der Aufnahmepflicht vor. Das Verbot ist dann verletzt, wenn die Erfüllung von Mengenvorgaben oder eine mengenabhängige Abgeltung zu einer Erhöhung der Entschädigung von Leistungserbringern führt, welche mehr als 10% des am Spital erzielten Gesamteinkommens ausmacht.“

Diese Lösung würde sich mit den Vorgaben der FMH sowie des VLSS decken, denn damit würde der Wirtschaftsfreiheit der Spitäler und dem Wettbewerbsgedanken des KVG zumindest teilweise Rechnung getragen. Die BEKAG lehnt im übrigen Obergrenzen der Gesamtbezüge für Kaderärztinnen und Kaderärzte nach wie vor ab. Solche Vorgaben behindern, unbesehen davon, ob sie auf Stufe Bund oder Kanton implementiert werden, die internationale Konkurrenzfähigkeit der Schweiz bei der Rekrutierung von Spitzenmedizinern.

2. Ad EArt. 59c^{bis} KVV

Wir beantragen aus den weiter oben unter Ziff. I hiavor genannten Gründen **eine ersatzlose Streichung dieser Bestimmung.**

Uns fällt bei dieser Bestimmung nebst dem **25. Perzentilwert**, welcher **als Benchmark absolut unhaltbar** ist, folgendes auf:

- Der **Detaillierungsgrad der Bestimmung** ist für eine Tarifierung, welche im Ermessen der Tarifpartner liegt, **extrem hoch**, was nicht der Idee des Gesetzgebers entspricht;
- **Die Versicherer ermitteln** individuell oder pro Versichertenverband **den Benchmarkwert** und legen den Kantonen die Herleitung mit den entsprechenden Kosten- und Leistungsdaten der Leistungserbringer offen. Eine (unseres Erachtens notwendige) Zusammenarbeit mit dem Tarifpartner ist nicht (mehr) vorgesehen;
- **Die Gewichtung erfolgt** unter Nichtberücksichtigung der sehr unterschiedlichen Leistungsvolumen der Leistungserbringer und nur **nach Anzahl von Spitälern**. Sehr viel kleine, unter Umständen nicht systemrelevante Spitäler verzerren aufgrund von Sonderfaktoren das Bild, während grössere Spitäler benachteiligt werden (vgl. dazu die folgende Studie von Polynomics aus dem Jahr 2015: <http://www.usz.ch/news/medienmitteilungen/Seiten/Für-mehr-Chancengleichheit-in-der-Spitalfinanzierung.aspx>) **die Versicherer hätten den Benchmark somit unter Anwendung einer Methode zu ermitteln, welche zu willkürlichen Ergebnissen führt;**
- Die Möglichkeit von Zuschlägen ändert nichts an der Tatsache, dass 75% der Spitäler mit diesem Modell **keine Effizienzgewinne mehr** erwirtschaften könnten. Zudem müssten die Spitäler vor Gericht den Beweis für das Ausmass der Unterkostendeckung erbringen, damit im Maximum lediglich eine Deckung ihrer Kosten erreichen könnten, was unzumutbar ist;
- Letzteres könnte dazu führen, dass die **Krankenversicherer die Notwendigkeit einer Tarifvereinbarung nicht mehr einsehen**, denn sie würden vor Gericht auf jeden Fall nicht schlechter und vielleicht sogar besser wegkommen;
- Schlussendlich **würden** mit der rigiden Regelung **auch die Kantone ihres Ermessensspielraums im Rahmen der Genehmigung von Tarifen beraubt.**

All dies verletzt die gesetzliche Tarifautonomie gemäss Art. 46 Abs. 1 und Art. 49 Abs. 1 KVG, den Anspruch auf einen angemessenen Tarif gemäss Art. 43 Abs. 6 KVG sowie die Tarifgenehmigungsautonomie der Kantone gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG. Analog zu **EArt. 59c^{bis} KVV** ist unseres Erachtens auch der geltende, **bereits heute nicht gesetzeskonforme Art. 59c KVV** dringend zu revidieren. Dabei muss die Revision genau in die entgegengesetzte Richtung gehen als sich das EDI und das BAG dies vorstellen. Art. 59c Abs. 1 lit. a KVV verlangt eine Limitierung des Tarifs höchstens auf die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung und der Tarif darf gemäss Art. 59c Abs. 1 lit. b KVV höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. Wir lehnen sowohl diese beiden Vorgaben ab, wie auch die **generelle Anwendbarkeit** der Absätze 1 und 2 in Tariffragen des KVG **auch bei Tariffestsetzungen und Tarifstrukturanpassungen** (vgl. Abs. 4 des Entwurfs).

Sie werden verstehen, dass die BEKAG einer solchen Vorlage, mit welcher viele Spitäler ausgehungert würden, was sich wiederum auf noch schlechtere Anstellungsbedingungen unserer in Kaderposition am Spital angestellten Mitglieder auswirken würde, niemals zustimmen kann. Dies zumal sich das Arbeitsklima, der Arbeitsinhalt und die Arbeitsbedingungen seit Jahren stetig verschlechtert haben.

Lediglich eventualiter beantragen wir, dass im **EArt. 59c^{bis} Abs. 1 lit. b KVV** anstelle des 25. Perzentilwertes der **50. Perzentilwert** vorgeschrieben wird. Dieser Perzentilwert entspricht der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (vgl. BVGer-Urteil C-1319/2018). Es ist unseres Erachtens reichlich unverfroren und unverantwortlich, darunter zu gehen. Also würden wir auch einen Perzentilwert bei 30 oder 40 ganz klar ablehnen.

3. Ad EArt. 59c Abs. 3 KVV

Gemäss Absatz 3 Satz 1 müssten die Tarifpartner die Tarife überprüfen und anpassen, wenn die Erfüllung der Grundsätze des (wie gesagt nicht gesetzeskonformen) Absatz 1 nicht mehr gewährleistet ist. Damit würden **Effizienzgewinne auch im ambulanten Bereich für einen wesentlichen Teil unserer praktizierenden Mitglieder ausgeschlossen**. Dies vor allem dann, wenn auch für den Taxpunktwert im ambulanten Bereich entsprechende Perzentilwerte gelten sollten, was wir befürchten und ganz klar ablehnen.

Unsere praktizierenden Mitglieder werden je länger je weniger akzeptieren, als freier Berufsstand nur alle Risiken eines Unternehmers tragen zu müssen, ohne Aussicht auf ein angemessenes Einkommen. Dies gilt vor allem auch für diejenigen Mitglieder, welche im Grundversorgungsbereich tätig sind, und sowieso bald fehlen werden, unter anderem namentlich für Hausärzte und Pädiater, Psychiater und Kinderpsychiater. Der Staat kann nicht auf der einen Seite in die Grundversorgung investieren und die Grundversorgung fördern (siehe zum Beispiel Praxisassistentenprogramm), was wir sehr begrüßen und wofür wir auch ausserordentlich dankbar sind, und auf der anderen Seite die tarifarischen Bedingungen ständig verschlechtern. Dies würde nicht gut ausgehen, denn jeder auf einem zu tiefen Perzentilwert basierende Benchmark führt zu einer permanenten Preisspirale nach unten.

Wollen Sie das dem Schweizerischen Gesundheitswesen wirklich antun?

Wir bitten Sie um Berücksichtigung unserer Anliegen.

Freundliche Grüsse

AERZTEGESELLSCHAFT DES KANTONS BERN

Die Präsidentin

Der Sekretär



Dr. med. Esther Hilfiker

Dr. Thomas Eichenberger, Fürsprecher

Kopie z.K.:

- Fachgesellschaften der BEKAG
- VSAO Bern
- H+
- diespitäler.be
- VPSB
- GDK
- GSI, z.H. Herr Regierungsrat Pierre Alain Schnegg
- KKA
- Berner KMU