



ÄRZTEGESELLSCHAFT
DES KANTONS BERN
SOCIÉTÉ DES MÉDECINS
DU CANTON DE BERNE

Amthausgasse 28
CH-3011 Bern
T 031 330 90 00
info@berner-aerzte.ch

Konsultation Kosten- und Qualitätsziele 2028-2031

Detaillierte Einschätzung zu den Kosten- und Qualitätszielen

Inhalt

0. Management Summary	2
1. Einleitung	2
2. Gesamtbeurteilung	3
3. Kritische Analyse des Konzepts zur Festlegung der Kostenziele	6
3.1 Grundsätzliche Würdigung	6
3.2 Unklare Definition der Zielgrösse	7
3.3 Hohe Abhängigkeit von Modellannahmen	7
3.4 Quantifizierung des medizinisch technischen Fortschritts	8
3.5 Annahmen zum Effizienzpotenzial	8
3.6 Fehlende Berücksichtigung der Versorgungsperspektive	9
4. Kritische Würdigung der Kostenziele 2028 bis 2031	9
4.1 Nachvollziehbarkeit der Herleitung	9
4.2 Scheingenauigkeit der Zielwerte	10
4.3 Fehlende Einordnung der Zielabweichungen	10
4.4 Fehlende Berücksichtigung gesundheitspolitischer Zielkonflikte	11
5. Kritische Würdigung der Ziele des Bundesrates zur Qualitätsentwicklung 2028–2031	11
6. Auswirkungen der Kostenziele auf die Ärzteschaft	12
6.1 Faktische Steuerungswirkung	12
6.2 Auswirkungen auf die Tarifpartnerschaft und Vertragsautonomie	12
6.3 Auswirkungen auf die ambulante Versorgung	13
6.4 Innovation und medizinischer Fortschritt	13
6.5 Zusätzliche administrative Belastung	13
6.6 Versorgungssicherheit	14



0. Management Summary

Die BEKAG anerkennt das Anliegen des Bundesrates, die Entwicklung der Gesundheitskosten transparent darzustellen und die Festlegung der Kostenziele auf eine nachvollziehbare methodische Grundlage zu stellen. Die vorliegenden Unterlagen zeigen jedoch, dass wesentliche konzeptionelle und methodische Fragen weiterhin offen sind.

Das Konzept basiert auf einem mehrstufigen Modell, dessen Resultate wesentlich von normativen Annahmen und Prognosen abhängen. Die externe wissenschaftliche Validierung bestätigt zwar grundsätzlich den gewählten Ansatz, weist gleichzeitig jedoch auf erhebliche Unsicherheiten hinsichtlich der Definition der Zielgrösse, der Modellparameter sowie einzelner Einflussfaktoren hin. Insbesondere die Quantifizierung des medizinisch technischen Fortschritts und der angenommenen Effizienzpotenziale bleibt mit erheblichen Unsicherheiten behaftet. Diese Einschränkungen werden im Konzept sowie bei der Festlegung der konkreten Kostenziele nur teilweise berücksichtigt.

Aus Sicht der BEKAG besteht deshalb die Gefahr, dass den ausgewiesenen Kostenzielen eine Genauigkeit zugeschrieben wird, welche aufgrund der zugrunde liegenden Modellannahmen nicht gegeben ist. Damit besteht das Risiko, dass politische und tarifarische Entscheide auf einer Scheingenauigkeit beruhen.

Die BEKAG weist zudem darauf hin, dass die Kostenziele trotz fehlender unmittelbarer Rechtswirkungen künftig einen erheblichen Einfluss auf Tarifverhandlungen, gesundheitspolitische Diskussionen sowie die öffentliche Beurteilung der Kostenentwicklung entfalten werden. Damit erhalten sie faktisch eine Steuerungswirkung, welche deutlich über ihre gesetzliche Funktion als Orientierungsgrösse hinausgeht.

Die Auswirkungen auf die medizinische Versorgung sowie auf die ambulant tätige Ärzteschaft werden in den vorliegenden Unterlagen nur unzureichend analysiert. Ebenso fehlen Aussagen dazu, welche Folgen dauerhafte Zielabweichungen auf Innovation, Investitionen, Versorgungssicherheit und Fachkräftemangel haben können.

Die BEKAG beantragt deshalb, das Konzept vor einer dauerhaften Anwendung methodisch weiterzuentwickeln, die Modellannahmen transparenter offenzulegen und die Auswirkungen auf Versorgung und Leistungserbringung systematisch zu evaluieren. Bis dahin dürfen die Kostenziele ausschliesslich als analytische Orientierungsgrössen verwendet werden. Sie dürfen weder unmittelbar noch mittelbar als Grundlage für tarifarische oder regulatorische Eingriffe dienen.

1. Einleitung

Die BEKAG bedankt sich für die Möglichkeit, zum Konzept zur Festlegung der Kostenziele sowie zu den Kostenzielen für die Jahre 2028 bis 2031 Stellung nehmen zu können.

Die Einführung der Kostenziele stellt eine grundlegende Neuerung der Steuerung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung dar. Die Festlegung eines Zielwertes für die Entwicklung der Gesundheitskosten wird künftig einen wesentlichen Referenzrahmen für gesundheitspolitische Diskussionen, für die Beurteilung der Kostenentwicklung sowie für Tarifverhandlungen bilden. Umso wichtiger ist es, dass die zugrunde liegende Methodik wissenschaftlich nachvollziehbar, transparent und reproduzierbar ausgestaltet ist.

Bereits im Rahmen der parlamentarischen Beratung des Kostendämpfungspakets 2 hat die Ärzteschaft darauf hingewiesen, dass Kostenziele nicht dazu führen dürfen, den gesetzlichen



Leistungsanspruch oder das Versicherungsprinzip der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu relativieren. Medizinisch notwendige Leistungen müssen unabhängig von Kostenentwicklungen gewährleistet bleiben. Ebenso dürfen Kostenziele nicht faktisch zu einer Budgetierung medizinischer Leistungen führen.

Diese Grundhaltung hat die BEKAG auch in den späteren Stellungnahmen zur Umsetzung des Kostendämpfungspakets auf Verordnungsebene bekräftigt. Kostendämpfende Massnahmen müssen so ausgestaltet sein, dass sie weder die Versorgungsqualität noch die Patientensicherheit oder den diskriminierungsfreien Zugang zu medizinisch notwendigen Leistungen beeinträchtigen. Gleichzeitig hat die Ärzteschaft wiederholt darauf hingewiesen, dass zunehmende regulatorische Vorgaben und administrative Belastungen erhebliche Auswirkungen auf die medizinische Versorgung haben können.

2. Gesamtbeurteilung

Die BEKAG nimmt zur Kenntnis, dass das Bundesamt für Gesundheit die Entwicklung des Modells durch eine externe wissenschaftliche Validierung begleiten liess. Die Einbindung einer unabhängigen Evaluation stellt einen wichtigen Beitrag zur Transparenz und Nachvollziehbarkeit des Verfahrens dar. Positiv ist, dass das Konzept die Herleitung der Kostenziele grundsätzlich offenlegt und die verwendeten Einflussfaktoren beschreibt.

Das Konzept vermittelt den Eindruck eines methodisch weitgehend abgeschlossenen Steuerungsmodells. Die externe Validierung zeichnet jedoch ein differenzierteres Bild. Sie bestätigt zwar die grundsätzliche Struktur des Modells, weist gleichzeitig aber auf zahlreiche konzeptionelle und methodische Unsicherheiten hin. Diese betreffen insbesondere die Definition der Zielgrösse, die Parametrisierung einzelner Einflussfaktoren, die Quantifizierung des medizinisch technischen Fortschritts sowie die Schätzung der Effizienzpotenziale.

Aus Sicht der BEKAG werden diese Einschränkungen im Konzept sowie bei der Ableitung der konkreten Kostenziele nicht ausreichend berücksichtigt.

Besonders kritisch beurteilt die BEKAG, dass die ausgewiesenen Kostenziele den Eindruck einer hohen Präzision vermitteln, obwohl zahlreiche Modellparameter auf Annahmen beruhen, deren Unsicherheit ausdrücklich dokumentiert ist. Damit entsteht das Risiko einer Scheingenaugkeit. Je präziser Zielwerte ausgewiesen werden, desto grösser ist die Gefahr, dass politische Diskussionen oder tarifarische Entscheide diesen Zahlen eine Aussagekraft beimessen, welche sie methodisch nicht besitzen.

Hinzu kommt, dass sich die Unterlagen nahezu ausschliesslich auf die Erklärung der Kostenentwicklung konzentrieren. Demgegenüber bleiben die Auswirkungen der Kostenziele auf die medizinische Versorgung, auf die Sicherstellung des Zugangs zu Leistungen, auf Innovation sowie auf die Arbeitsbedingungen der Leistungserbringer weitgehend unbehandelt.

Die BEKAG erachtet diese Lücke als wesentlich. Ein Steuerungsinstrument, das künftig erhebliche Auswirkungen auf das Gesundheitswesen entfalten kann, muss nicht nur ökonomisch nachvollziehbar sein, sondern ebenso seine Auswirkungen auf Qualität, Versorgungssicherheit und Patientenversorgung systematisch berücksichtigen.



Thema	Aussage BAG-Konzept	Aussage BSS-Validierung	Kostenzielen 2028 bis 2031	Auswirkungen auf die Ärzteschaft	Würdigung der BE-KAG
Zielsetzung des Modells	Das Modell soll ein nachvollziehbares und begründbares Kostenwachstum bestimmen.	Die Zielgrösse ist konzeptionell nicht eindeutig definiert.	Die Kostenziele übernehmen die Zielwerte, ohne die Zieldefinition nochmals zu erläutern oder die verbleibenden Unsicherheiten darzustellen.	Unsicherheit über Referenzgrösse bei Tarifverhandlungen	Die fehlende Präzisierung der Zielgrösse erschwert die Interpretation der Kostenziele. Vor einer Anwendung sollte die Zieldefinition eindeutig geklärt werden.
Modellmethodik	Mehrkomponentenmodell gemäss Art. 54a KVG.	Grundsätzlich nachvollziehbar, jedoch mit mehreren methodischen Einschränkungen.	Die Kostenziele übernehmen das Modell unverändert als Berechnungsgrundlage.	steigender Rechtfertigungsdruck bei Kostenabweichungen	Das BAG stützt sich auf ein Modell, dessen Limitationen zwar validiert wurden, in den Kostenzielen jedoch kaum sichtbar werden.
Demografie und Morbidität	Wesentliche Kostentreiber werden berücksichtigt, wobei Morbidität im Modell nicht berücksichtigt wird.	Grundsätzlich geeignet, jedoch bestehen Prognoseunsicherheiten.	Werden als zentrale Einflussgrössen übernommen.	Höhere Behandlungsnachfrage wird nur teilweise erklärt	Die Berücksichtigung der Demographie ist sachgerecht. Es fehlt jedoch eine Darstellung der Unsicherheitsbandbreiten.
Medizinisch-technischer Fortschritt / Innovation	Wird als eigenständiger Kostenfaktor annäherungsweise in Form einer berechneten Residualgrösse im retrospektiven Modell modelliert.	Quantifizierung ist nur eingeschränkt belastbar und methodisch schwierig.	Wird als fixer Bestandteil der Zielwerte übernommen.	Innovation gerät unter Kostendruck	Die Kostenziele vermitteln den Eindruck einer präzisen Quantifizierung, obwohl die Validierung ausdrücklich auf erhebliche Unsicherheiten hinweist. Ist als Residualgrösse in einem retrospektiven Modell der Jahre 2012 - 2023 konzipiert, welche als medizinisch-technischer



					Fortschritt interpretiert wird, faktisch aber nicht einem bestimmten Faktor zugeschrieben werden kann. Die Bezeichnung als medizinisch-technischer Fortschritt suggeriert ein inhaltlicher definierter Indikator. Die Bezeichnung sollte geändert werden, damit die Messung als Residualgrösse begrifflich transparent ist.
Effizienzpotenziale	Effizienzgewinne werden als Bestandteil des Modells berücksichtigt.	Effizienzpotenziale sind empirisch kaum direkt beobachtbar und beruhen auf Annahmen und Schätzungen.	Die angenommenen Effizienzpotenziale fliessen direkt in die Zielwerte ein.	Gefahr impliziter Sparvorgaben	Es bleibt unklar, auf welcher empirischen Grundlage die Höhe der Effizienzpotenziale bestimmt wurde. Daraus dürfen keine impliziten Sparvorgaben gegenüber den Leistungserbringern abgeleitet werden.
Modellunsicherheiten	Das Konzept beschreibt die Methodik und deren Weiterentwicklung.	Mehrere Parameter weisen erhebliche Unsicherheiten auf.	Die Kostenziele weisen Punktwerte aus, Unsicherheiten oder Vertrauensbereiche fehlen.	steigender politischer Rechtfertigungsdruck	Die BEKAG erachtet die Darstellung als zu präzise. Bandbreiten oder Szenarien wären wissenschaftlich angemessener.
Sensitivitätsanalysen	Im Konzept nicht vorgesehen.	Die Validierung weist auf die Bedeutung der Parametrisierung hin.	Keine Sensitivitätsanalysen veröffentlicht.	Unsicherheit über Aussagekraft	Ohne Sensitivitätsanalysen kann die Robustheit der Kostenziele nicht beurteilt werden.
Transparenz der Modellannahmen	Die wesentlichen Einflussfaktoren werden beschrieben.	Einzelne Annahmen bleiben nur teilweise nachvollziehbar.	Die konkreten Annahmen hinter den Zielwerten werden nur begrenzt erläutert.	mangelnde Nachvollziehbarkeit	Die BEKAG fordert eine vollständige Offenlegung sämtlicher Modellannahmen sowie der verwendeten Parameter.



Versorgungsqualität	Versorgung soll nicht beeinträchtigt werden.	Die Validierung beurteilt ausschliesslich die Methodik.	Die Kostenziele enthalten keine Indikatoren zur Versorgungsqualität.	Qualitätsaspekte geraten in den Hintergrund	Die Auswirkungen der Kostenziele auf Qualität, Patientensicherheit und Versorgung werden nicht systematisch analysiert.
Ambulantisierung	Veränderungen der Leistungsstrukturen werden grundsätzlich berücksichtigt.	Keine vertiefte Beurteilung.	Es bleibt unklar, wie politisch gewünschte Verlagerungen vom stationären in den ambulanten Bereich in den Zielwerten berücksichtigt werden.	ambulante Kosten könnten falsch interpretiert werden	Erfolgreiche Ambulantisierung darf nicht als Überschreitung der Kostenziele interpretiert werden.
Steuerungswirkung	Kostenziele dienen als Orientierungsgrössen.	Keine Beurteilung der politischen Wirkung.	Die Kostenziele werden künftig den Referenzrahmen für Monitoring und gesundheitspolitische Diskussionen bilden.	Einfluss auf Tarifverhandlungen	Obwohl rechtlich unverbindlich, entfalten die Kostenziele faktisch erhebliche Auswirkungen auf Tarifpartnerschaft, Regulierung und öffentliche Wahrnehmung.
Monitoring und Evaluation	Laufende Überprüfung der Zielerreichung vorgesehen.	Keine Aussagen zum administrativen Aufwand.	Umfangreiche Monitoringprozesse vorgesehen.	zusätzlicher administrativer Aufwand	Das Monitoring darf nicht zu zusätzlichen administrativen Belastungen der Leistungserbringer führen. Bestehende Datenquellen sind konsequent zu nutzen.

3. Kritische Analyse des Konzepts zur Festlegung der Kostenziele

3.1 Grundsätzliche Würdigung

Die BEKAG anerkennt den Anspruch des BAG, die Festlegung der Kostenziele auf eine transparente und nachvollziehbare Methodik abzustützen. Ein Modell, das künftig eine wesentliche Grundlage für gesundheitspolitische Entscheide sowie für die Beurteilung der Kostenentwicklung bildet, muss nicht nur nachvollziehbar, sondern auch wissenschaftlich belastbar, konsistent und in seinen Annahmen ausreichend abgesichert sein.

Gerade hier zeigen Konzept und Validierungsbericht erhebliche Diskrepanzen. Während das Konzept den Eindruck eines weitgehend abgeschlossenen Steuerungsmodells vermittelt, weist die externe Validierung auf verschiedene grundlegende Unsicherheiten hin, welche für die



Interpretation der Kostenziele von zentraler Bedeutung sind. Die BEKAG ist deshalb der Auffassung, dass die Aussagekraft des Modells im Konzept teilweise überschätzt wird.

3.2 Unklare Definition der Zielgrösse

Eine zentrale Voraussetzung jedes Steuerungsmodells besteht in einer klar definierten Zielgrösse. Nach Auffassung der BEKAG erfüllt das vorliegende Konzept diese Voraussetzung nur teilweise. Die externe Validierung hält ausdrücklich fest, dass nicht eindeutig definiert wird, welches Kostenwachstum mit dem Modell eigentlich beschrieben werden soll. Insbesondere bleibt offen, ob das Modell

- ein medizinisch notwendiges Kostenwachstum,
- ein gesellschaftlich akzeptiertes Kostenwachstum,
- ein wirtschaftlich tragbares Kostenwachstum oder
- ein politisch gewünschtes Kostenwachstum abbilden soll.

Diese Unterscheidung ist keineswegs theoretischer Natur. Je nach Definition ergeben sich unterschiedliche Zielwerte und damit unterschiedliche gesundheitspolitische Konsequenzen.

Das Konzept verwendet den Begriff des "begründbaren Kostenwachstums", definiert diesen jedoch nicht abschliessend. Dadurch bleibt offen, nach welchen normativen Kriterien einzelne Einflussfaktoren berücksichtigt oder gewichtet werden.

Aus Sicht der BEKAG stellt dies einen grundlegenden methodischen Mangel dar. Solange die Zielgrösse selbst nicht eindeutig definiert ist, können auch die daraus abgeleiteten Kostenziele nur eingeschränkt interpretiert werden. Die BEKAG beantragt deshalb, die Zielgrösse präzise zu definieren und die normativen Annahmen des Modells ausdrücklich offenzulegen.

3.3 Hohe Abhängigkeit von Modellannahmen

Das Konzept beschreibt ein mehrstufiges Modell, welches verschiedene Einflussfaktoren miteinander kombiniert. Hierzu gehören insbesondere:

- Bevölkerungsentwicklung,
- Morbidität (im aktuellen Modell nicht berücksichtigt),
- wirtschaftliche Entwicklung,
- Lohnentwicklung,
- Preisentwicklung,
- medizinisch technischer Fortschritt,
- Effizienzpotenziale.

Diese Einflussfaktoren entsprechen grundsätzlich den gesetzlichen Vorgaben. Problematisch ist aus Sicht der BEKAG jedoch, dass sämtliche Einflussgrössen prognostischer Natur sind. Bereits geringe Veränderungen einzelner Annahmen können die Höhe der resultierenden Kostenziele wesentlich beeinflussen.

Die Validierung weist ausdrücklich darauf hin, dass verschiedene Parameter mit erheblichen Unsicherheiten verbunden sind und teilweise nur auf vereinfachenden Annahmen beruhen. Im Konzept werden diese Unsicherheiten jedoch nur am Rande thematisiert.

Für die erste Zielperiode wird die Morbiditätsentwicklung trotz ihrer anerkannten Relevanz nicht ausdrücklich korrigiert. Dies birgt insbesondere bei Multimorbidität sowie chronischen und psychischen Erkrankungen das Risiko, dass medizinisch notwendiges Kostenwachstum



systematisch unterschätzt wird. Die BEKAG beantragt deshalb entweder eine belastbare Morbiditätskomponente oder eine ausdrücklich ausgewiesene Korrektur im Monitoring.

Insbesondere fehlen Sensitivitätsanalysen, welche zeigen würden,

- wie robust die Kostenziele gegenüber alternativen Annahmen sind,
- welche Parameter den grössten Einfluss auf die Ergebnisse haben,
- in welchen Bereichen die Unsicherheit besonders hoch ist.

Aus Sicht der BEKAG stellen solche Analysen eine unverzichtbare Voraussetzung für die Interpretation der Kostenziele dar.

3.4 Quantifizierung des medizinisch technischen Fortschritts

Besonders kritisch beurteilt die BEKAG die Berücksichtigung des medizinisch technischen Fortschritts. Das Konzept behandelt diesen als eigenständigen Einflussfaktor des Kostenwachstums. Gleichzeitig anerkennt das BAG, dass Innovation sowohl kostensteigernde als auch kostensenkende Auswirkungen entfalten kann. Die externe Validierung weist jedoch ausdrücklich darauf hin, dass die Quantifizierung dieses Einflussfaktors mit erheblichen methodischen Schwierigkeiten verbunden ist. Innovation verläuft weder linear noch gleichmässig und lässt sich nur eingeschränkt prognostizieren. Eine Konzeption von medizinisch-technischem Fortschritt in Form einer Residualgrösse eines retrospektiven Modells suggeriert ein inhaltlich festgelegter Indikator, welcher in der gewählten Vorgehensweise nicht gegeben ist.

Aus Sicht der BEKAG entsteht dadurch ein wesentliches Problem. Der medizinische Fortschritt ist kein exogener Kostenfaktor, sondern Voraussetzung einer qualitativ hochwertigen Versorgung. Neue diagnostische Verfahren, innovative Arzneimittel sowie neue Behandlungsmethoden führen häufig zu besseren Behandlungsergebnissen, vermeiden Folgeerkrankungen und reduzieren langfristig auch Kosten in anderen Versorgungsbereichen.

Eine rein kostenorientierte Quantifizierung greift deshalb zu kurz. Die BEKAG beantragt, den medizinisch technischen Fortschritt künftig nicht ausschliesslich unter dem Aspekt der Kostenentwicklung, sondern gleichzeitig unter Berücksichtigung seines medizinischen Nutzens sowie seines Beitrags zur Versorgungsqualität zu bewerten.

3.5 Annahmen zum Effizienzpotenzial

Ein weiterer zentraler Bestandteil des Modells betrifft die Berücksichtigung von Effizienzpotenzialen. Die BEKAG unterstützt grundsätzlich das Ziel, Ineffizienzen im Gesundheitswesen zu identifizieren und unnötige Kosten zu vermeiden. Die vorliegende Methodik überzeugt jedoch nicht vollständig.

Die externe Validierung hält ausdrücklich fest, dass Effizienzpotenziale empirisch kaum direkt beobachtbar sind und deshalb zwangsläufig auf modellhaften Annahmen beruhen. Dennoch fliessen diese Annahmen unmittelbar in die Berechnung der Kostenziele ein.

Aus Sicht der BEKAG besteht dadurch die Gefahr, dass tatsächliche Kostenentwicklungen vor-schnell als Ausdruck unzureichender Wirtschaftlichkeit interpretiert werden. Eine solche Schlussfolgerung wäre weder methodisch noch gesundheitspolitisch gerechtfertigt.

Kostensteigerungen können ebenso Ausdruck sein von

- demografischen Veränderungen,
- zunehmender Multimorbidität,



- neuen gesetzlichen Leistungsansprüchen,
- medizinischem Fortschritt,
- veränderten Versorgungsbedürfnissen.

Die BEKAG beantragt deshalb, die Annahmen zum Effizienzpotenzial regelmässig extern überprüfen zu lassen und deren Einfluss auf die Kostenziele transparent auszuweisen. Zusätzlich ist offenzulegen und empirisch zu prüfen, ob Reallöhne, Einkommensentwicklung, Preisentwicklung und medizinisch technischer Fortschritt überlappende Effekte erfassen. Doppelzählungen sind methodisch auszuschliessen. Für die Preisentwicklung ist transparent zu begründen, weshalb der gewählte Index verwendet wird. Angesichts der tariflich und regulatorisch geprägten Preisbildung ist zu prüfen, ob ein gesundheitsspezifischer Preisindex die tatsächliche Preisentwicklung sachnäher abbildet als ein allgemeiner Inflationsindikator.

3.6 Fehlende Berücksichtigung der Versorgungsperspektive

Während das Konzept die Determinanten der Kostenentwicklung ausführlich beschreibt, bleiben die Auswirkungen auf die Versorgung weitgehend unberücksichtigt.

Insbesondere fehlen Aussagen dazu,

- wie sich Kostenziele auf den Zugang zu medizinischen Leistungen auswirken,
- welche Folgen für die Versorgung entstehen können,
- welche Auswirkungen auf Innovation, Fachkräftemangel und Investitionsbereitschaft zu erwarten sind,
- wie Versorgungssicherheit und Versorgungsqualität künftig systematisch beobachtet werden sollen.

Aus Sicht der BEKAG stellt dies eine wesentliche konzeptionelle Lücke dar. Ein Steuerungsmodell, das ausschliesslich Kostenentwicklungen betrachtet, ohne gleichzeitig die Entwicklung der Versorgungsqualität abzubilden, kann keine ausgewogene Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen bilden. Die BEKAG beantragt deshalb, das Modell um geeignete Indikatoren zur Versorgungsqualität, Versorgungssicherheit und Patientenversorgung zu ergänzen.

4. Kritische Würdigung der Kostenziele 2028 bis 2031

4.1 Nachvollziehbarkeit der Herleitung

Die BEKAG anerkennt, dass die vorgeschlagenen Kostenziele auf dem im Konzept beschriebenen Modell basieren und die im Gesetz vorgesehenen Einflussfaktoren berücksichtigen. Positiv ist, dass das BAG die Berechnungsmethodik sowie die einzelnen Komponenten des Modells grundsätzlich offenlegt.

Aus Sicht der BEKAG genügt dies jedoch nicht, um die konkrete Herleitung der Kostenziele vollständig nachvollziehen zu können. Die veröffentlichten Zielwerte suggerieren den Eindruck einer hohen Präzision. Gleichzeitig fehlen Angaben darüber, wie empfindlich die Resultate gegenüber Veränderungen einzelner Modellparameter reagieren. Insbesondere wird nicht aufgezeigt,

- wie sich alternative Annahmen zur demografischen Entwicklung auswirken würden,
- welchen Einfluss unterschiedliche wirtschaftliche Entwicklungen hätten,
- wie sensitiv die Zielwerte auf Veränderungen der Annahmen zum medizinisch technischen Fortschritt reagieren,
- welche Auswirkungen unterschiedliche Annahmen zum Effizienzpotenzial hätten.



Die BEKAG erachtet solche Sensitivitätsanalysen als unverzichtbaren Bestandteil eines wissenschaftlich fundierten Steuerungsmodells. Ohne entsprechende Angaben bleibt unklar, ob geringe Unterschiede zwischen effektivem Kostenwachstum und Kostenziel überhaupt statistisch oder methodisch aussagekräftig sind. Die BEKAG beantragt deshalb, sämtliche Berechnungen künftig durch Sensitivitätsanalysen und Szenarienrechnungen zu ergänzen.

4.2 Scheingenaugigkeit der Zielwerte

Die Kostenziele werden mit einer Genauigkeit ausgewiesen, welche angesichts der erheblichen Unsicherheiten verschiedener Modellparameter problematisch erscheint. Bereits die externe Validierung weist ausdrücklich darauf hin, dass zahlreiche Einflussgrößen nur näherungsweise bestimmt werden können und verschiedene Komponenten des Modells normative Annahmen enthalten.

Vor diesem Hintergrund besteht aus Sicht der BEKAG die Gefahr einer Scheingenaugigkeit. Je präziser Zielwerte ausgewiesen werden, desto grösser wird das Risiko, dass geringe Abweichungen politisch oder tarifarisch überinterpretiert werden.

Hinzu kommt, dass die konkreten Zielpfade in mehreren Leistungsbereichen bis 2031 sinken und teilweise bereits unter jüngsten effektiven Wachstumsraten liegen. Damit können frühe und wiederholte Zielüberschreitungen methodisch bereits angelegt sein. Der Bundesrat sollte deshalb die sachliche Begründung der sinkenden Zielpfade offenlegen und darlegen, wie verhindert wird, dass methodisch erwartbare Abweichungen automatisch zusätzlichen politischen oder tarifarischen Interventionsdruck auslösen.

Die BEKAG empfiehlt deshalb, die Unsicherheiten der Modellrechnungen ausdrücklich auszuweisen und die Kostenziele nicht als punktgenaue Werte, sondern als plausible Bandbreiten darzustellen.

4.3 Fehlende Einordnung der Zielabweichungen

Im Entwurf der Kostenziele wird festgehalten, dass die Kostenziele künftig unter Einbezug der EKKQ und der Gesundheitsakteure überwacht und Abweichungen analysiert werden sollen. Das konkrete Vorgehen für Monitoring und Ursachenanalyse wird jedoch weder im Konzept noch in den Kostenzielen ausreichend beschrieben.

Vor jeder Einordnung einer Zielabweichung ist ein transparentes Ausnahmekonzept anzuwenden. Dieses muss insbesondere Epidemien und Pandemien, Versorgungskrisen, unerwartete Morbiditätsveränderungen, neue gesetzliche Leistungsansprüche sowie medizinische Durchbrüche und hochpreisige neue Therapien erfassen. Solche Faktoren dürfen nicht erst nachträglich und ohne vorgängig definierte Kriterien politisch gewichtet werden.

Aus Sicht der BEKAG kann eine Überschreitung des Kostenziels sehr unterschiedliche Ursachen haben. Beispielsweise können Mehrkosten entstehen durch

- den medizinischen Fortschritt,
- neue gesetzliche Leistungsansprüche,
- epidemiologische Veränderungen,
- aussergewöhnliche Gesundheitereignisse,
- erfolgreiche Verlagerungen vom stationären in den ambulanten Bereich,
- verbesserte Früherkennung oder Prävention,



- Reduktion von regional oder fachlich begrenzter Unterversorgung, beispielsweise im Bereich der Psychiatrie, etwa erkennbar an kürzeren Wartezeiten auf Therapieplätze.
- Zunahme der Morbidität (Verzicht auf Morbiditätskorrektur für die Kostenziele 2028-2031). Als mögliche Morbiditätsindikatoren können im stationären Bereich für die Akutsomatik CMI2 sowie PCCL3 herangezogen werden (für TARPSY und ST Reha analog DMI4 und PSL5),
- verändertes Verhalten der Patientinnen und Patienten (z.B. häufigere Arztbesuche von jüngeren Patientinnen und Patienten)⁶,
- Strukturpolitische Effizienzpotenziale ausserhalb des Einflussbereichs der Leistungserbringer (z. B. Vorgaben aufgrund der kantonalen Versorgungs- und Spitalplanung, politischen Entscheiden, häufige Notfallkonsultationen aufgrund von Hausärztemangel, usw.). Eine ausbleibende Realisierung dieser Effizienzpotenziale kann nicht einzelnen Leistungserbringern zugerechnet werden.

Eine Zielüberschreitung stellt deshalb für sich allein keinen Nachweis mangelnder Wirtschaftlichkeit dar. Die BEKAG erachtet es als problematisch, wenn Zielabweichungen ohne vertiefte Ursachenanalyse als Anlass für regulatorische oder tarifarische Eingriffe verwendet würden.

4.4 Fehlende Berücksichtigung gesundheitspolitischer Zielkonflikte

Gesundheitspolitisch erwünschte Veränderungen wie Ambulantisierung, Digitalisierung, Prävention und integrierte Versorgung können kurzfristig Mehrkosten in einzelnen Leistungsbereichen verursachen, während Einsparungen zeitlich verzögert oder in anderen Sektoren anfallen. Auch Massnahmen zur Bewältigung des Fachkräftemangels können Investitionen und zusätzliche Aufwendungen erfordern. Die Kostenziele müssen deshalb sektorübergreifende Verlagerungen und zeitversetzte Nutzenwirkungen ausdrücklich abbilden. Andernfalls besteht die Gefahr, dass erwünschte Reformen als Zielverfehlung erscheinen und Fehlanreize zulasten der Versorgung entstehen.

5. Kritische Würdigung der Ziele des Bundesrates zur Qualitätsentwicklung 2028–2031

Die BEKAG begrüsst es grundsätzlich, dass die Kostenziele mit den Qualitätsziele koordiniert werden sollen und dabei an die bestehenden Ziele des Bundesrates zur Qualitätsentwicklung 2025 – 2028 angeknüpft wird.

Dabei bleibt für die BEKAG die Stellungnahme der FMH zu Ziele des Bundesrates zur Qualitätsentwicklung 2025 – 2028 sowie zu den Zielen des Bundesrates zur Qualitätsentwicklung 2022 – 2024 weiterhin gültig, in welchen auf die Beachtung der Rollenteilung der Akteure des Gesundheitswesens, auf die hohe Regulierungsdichte und auf die Folgen des eingeschränkten Geltungsbereichs der Qualitätsziele hingewiesen wird.

Die BEKAG stellt fest, dass die Ziele für die Kosten und die Qualität zeitlich koordiniert werden, aber eine inhaltliche Abstimmung bisher noch nicht stattgefunden hat. Einerseits sollte bei den Qualitätszielen die Auswirkungen auf die zukünftigen Kosten miteinbezogen werden und umgekehrt die Auswirkung von Kostenziele auf die Qualitätsentwicklung (siehe Kap. 6) beachtet werden.

¹ Entwurf Konzept zur Festlegung der Kostenziele, S. 16, Punkt 2.4.1

² CMI: Case Mix Index=durchschnittlicher Fallschweregrad

³ PCCL: Patient Clinical Complexity Level=durchschnittlicher Schweregrad der Nebendiagnosen

⁴ DMI: Day Mix Index=durchschnittliche Schwere pro Tag

⁵ PSL: Patient Severity Level=durchschnittlicher Schweregrad der Diagnosen

⁶ Urs Stoffel: „Kostenzunahme aufgrund einer gesteigerten Nachfrage“, Schweizerische Ärztezeitung, 2023;104(23):30–31.



6. Auswirkungen der Kostenziele auf die Ärzteschaft

6.1 Faktische Steuerungswirkung

Das BAG hält fest, dass die Kostenziele keine unmittelbaren Rechtswirkungen entfalten und keine automatischen Massnahmen auslösen. Rechtlich trifft diese Feststellung zu. Aus Sicht der BEKAG greift sie jedoch zu kurz.

Die Kostenziele werden künftig einen zentralen Referenzrahmen für

- gesundheitspolitische Diskussionen,
- parlamentarische Vorstösse,
- Tarifverhandlungen,
- Medienberichterstattung,
- kantonale Beurteilungen der Kostenentwicklung sowie
- regulatorische Weiterentwicklungen

bilden. Damit entfalten sie faktisch eine erhebliche Steuerungswirkung. Diese politische Wirkung wird im Konzept aus Sicht der BEKAG deutlich unterschätzt.

Der EKKQ kommt dabei eine besonders wichtige Rolle zu, da sie Kostenentwicklungen interpretiert und Empfehlungen formuliert. Zusammensetzung, Interessenbindungen, Verfahrensregeln, Datenzugang und Publikationspraxis müssen transparent geregelt sein. Medizinische Fachexpertise und Tarifpartnerschaft sind institutionell einzubinden. Empfehlungen dürfen keine faktische Verbindlichkeit entfalten, ohne dass Ursachen, Modellunsicherheiten und mögliche Versorgungseffekte geprüft wurden.

6.2 Auswirkungen auf die Tarifpartnerschaft und Vertragsautonomie

Die BEKAG befürchtet, dass die Kostenziele künftig vermehrt als Referenzgrösse in Tarifverhandlungen verwendet werden. Dadurch besteht die Gefahr, dass Kostenentwicklungen zunehmend anhand politisch definierter Zielwerte beurteilt werden, anstatt auf Grundlage der gesetzlichen Tarfkriterien.

Das Modell muss zudem die tarifpolitische Realität korrekt abbilden. Steigende Produktionskosten der Leistungserbringer führen nicht automatisch zu höheren OKP-Ausgaben, sondern werden erst über Tarifverhandlungen sowie behördliche Genehmigungs- oder Festsetzungsverfahren vergütungswirksam. Eine Zielabweichung darf deshalb weder als Beleg für überhöhte Tarife noch als Rechtfertigung für pauschale Tarifsenkungen verwendet werden.

Gemäss Krankenversicherungsgesetz müssen Tarife weiterhin

- sachgerecht,
 - betriebswirtschaftlich nachvollziehbar,
 - leistungsbezogen und
 - wirtschaftlich
- ausgestaltet werden.

Diese gesetzlichen Grundsätze dürfen durch Kostenziele nicht relativiert werden. Bereits im Rahmen der Beratungen zum Kostendämpfungspaket 2 hat die BEKAG darauf hingewiesen, dass Kostenziele nicht zu einer indirekten Budgetierung medizinischer Leistungen führen dürfen. Diese Einschätzung gilt unverändert.



6.3 Auswirkungen auf die ambulante Versorgung

Die ambulante Medizin steht seit Jahren im Zentrum gesundheitspolitischer Reformen. Gleichzeitig verfolgt Bund und Kantone ausdrücklich das Ziel, geeignete Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich zu verlagern. Eine solche Entwicklung führt kurzfristig zwangsläufig zu höheren ambulanten Kosten, ohne dass dadurch die Gesamtkosten entsprechend ansteigen.

Die BEKAG vermisst im Konzept eine systematische Darstellung dieser Zusammenhänge. Ohne entsprechende Berücksichtigung besteht die Gefahr, dass medizinisch erwünschte Strukturveränderungen künftig als Überschreitungen der Kostenziele interpretiert werden.

Besonders erklärungsbedürftig ist die unterschiedliche Zielsetzung für ambulante ärztliche Leistungen ausserhalb des Spitals und ambulante Spitalleistungen. Der Bundesrat sollte die sachlichen Gründe für diese Differenz offenlegen und nachweisen, dass daraus weder Wettbewerbsverzerrungen zulasten der Praxen noch eine sachlich nicht begründete Privilegierung oder Zentralisierung bestimmter Versorgungsstrukturen entsteht.

6.4 Innovation und medizinischer Fortschritt

Neue diagnostische Verfahren, digitale Anwendungen, personalisierte Therapien sowie innovative Arzneimittel verändern die medizinische Versorgung kontinuierlich. Diese Entwicklungen führen kurzfristig häufig zu Mehrkosten, verbessern jedoch gleichzeitig Qualität, Behandlungsergebnisse und teilweise auch die langfristige Wirtschaftlichkeit.

Die BEKAG teilt deshalb die im Validierungsbericht geäusserten Vorbehalte hinsichtlich der Quantifizierung des medizinischen Fortschritts. Ein Steuerungsmodell darf Innovation nicht ausschliesslich als Kostenfaktor betrachten. Vielmehr sind Nutzen, Qualität sowie langfristige Auswirkungen auf die Versorgung gleichwertig zu berücksichtigen. **Praxisinvestitionen, Digitalisierung und Medizintechnik werden dadurch schwieriger planbar.**

6.5 Zusätzliche administrative Belastung

Bereits heute ist die Ärzteschaft mit einer stetig zunehmenden administrativen Belastung konfrontiert. Monitoring, Datenerhebungen, Berichterstattung sowie Evaluationen im Zusammenhang mit den Kostenzielen dürfen nicht zu zusätzlichen Bürokratielasten führen.

Die BEKAG hat bereits im Zusammenhang mit den Verordnungen zum Kostendämpfungspaket 2 darauf hingewiesen, dass zunehmende regulatorische Anforderungen ärztliche Ressourcen binden und zulasten der Patientenversorgung gehen können.

Aus Sicht der BEKAG sind deshalb ausschliesslich bereits vorhandene Datenquellen zu verwenden. Neue Meldepflichten oder zusätzliche Dokumentationsanforderungen sind auf das absolut notwendige Mass zu beschränken.

Für Qualitätsmessung und Monitoring ist das Once-Only-Prinzip verbindlich umzusetzen. Bestehende Qualitätsprogramme, Register und Systeme der Fachgesellschaften und ärztlichen Organisationen sind anzuerkennen und zu integrieren. Doppelspurigkeiten sind zu vermeiden. Neue Pflichten müssen vor ihrer Einführung hinsichtlich Nutzen, Verhältnismässigkeit und Aufwand, insbesondere für kleine Praxen, geprüft und angemessen finanziert werden.



6.6 Versorgungssicherheit

Die nachhaltige Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung stellt den zentralen Auftrag des Krankenversicherungsgesetzes dar. Kostenziele dürfen deshalb niemals isoliert betrachtet werden. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass es sich um ein Gesundheitsökonomisches Modell handelt, welches von rational handelnden und Nutzenmaximierenden Menschen aus geht. Weitere gesellschaftliche und menschliche Einflussfaktoren werden im Modell nicht berücksichtigt.

Ebenso wichtig sind

- Versorgungsqualität,
- Patientensicherheit,
- Zugang zu medizinischen Leistungen,
- Innovation,
- Fachkräftesituation sowie
- regionale Versorgung.

Die BEKAG vermisst im vorliegenden Modell geeignete Indikatoren, welche diese Aspekte systematisch abbilden. Ein ausschliesslich kostenorientiertes Steuerungsmodell wird der Komplexität des schweizerischen Gesundheitswesens nicht gerecht.

Schweizweite Zielwerte dürfen regionale Unterschiede bei Demografie, Morbidität, Versorgungslage und besonderen Versorgungsaufträgen nicht verdecken. Monitoring und Ursachenanalyse müssen deshalb regional und nach Patientenkollektiven risikoadjustiert erfolgen, ohne daraus regionale Budgets oder Zulassungssteuerungen abzuleiten.

Die BEKAG unterstützt Patientensicherheit, evidenzbasierte Leistungserbringung, Qualität und Lernkultur sowie sowie Patientenzentrierte und koordinierte Leistungserbringung. Dass die Kostenziele von einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen Versorgung ausgehen müssen, ist als verbindlicher Vorrang der Versorgungsqualität festzuhalten. Qualitätsindikatoren dürfen jedoch nicht auf reine Messbarkeit reduziert, zur indirekten Kosten- oder Mengensteuerung verwendet oder ohne angemessene Berücksichtigung von Multimorbidität, Fallkomplexität und individuellen Therapiezielen interpretiert werden.