

Eidgenössisches Departement des Innern  
3003 Bern

[Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch](mailto:Tarife-Grundlagen@bag.admin.ch)  
[gever@bag.admin.ch](mailto:gever@bag.admin.ch)

Bern, 21. Oktober 2020

## **Vernehmlassung Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung (Paket 2) / Indirekter Gegenvorschlag zur "Kostenbremse-Initiative"**

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset

Besten Dank für die Einladung zur oben erwähnten Vernehmlassung. Der SGB nimmt dazu wie folgt Stellung – zu Beginn mit einigen grundsätzlichen Ausführungen und danach auf die einzelnen Vorschläge Bezug nehmend.

### **Grundsätzliche Bemerkungen**

Seit geraumer Zeit beherrscht die Diskussion um Kostendämpfungen die gesundheitspolitische Debatte. Das ist deshalb gut nachvollziehbar, weil sich der jährlich starke Anstieg der OKP-Ausgaben systematisch in entsprechenden (oder gar höheren) Prämiensteigerungen bemerkbar macht. Die Prämien haben seit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes im Jahr 1996 real (!) um etwa 140 Prozent zugenommen. Das drängendste Problem ist für grosse Teile der Bevölkerung deshalb nicht das – volkswirtschaftlich und demografisch in seiner Grössenordnung erklärbare – Ausmass der Gesundheitskosten, sondern die Art, wie diese finanziert werden. **Denn zu den unsozialen Kopfprämien kommt für die Versicherten eine im OECD-Vergleich rekordmässig hohe direkte Kostenbeteiligung (Franchise, Selbstbehalt, Medikamente, Zahnpflege etc.) hinzu.** Die Wirkung des einzigen sozialen Korrektivs der individuellen Prämienverbilligungen ist zudem über die Jahre hinweg immer mehr erodiert, was hauptsächlich auf die unzähligen und teilweise gar rechtswidrigen Budgetkürzungen in den Kantonen zurückzuführen ist.

Vor dem Hintergrund der unsozialen Finanzierung des Gesundheitswesens, lassen sich zu den Kostendämpfungen folgende Vorbemerkungen machen: Der "Expertenbericht Diener", auf den sich auch das zweite Massnahmenpaket zu grossen Teilen stützt, kommt in einer volkswirtschaftlichen Betrachtungsweise zum nüchternen Schluss, dass eine der Entwicklung des nominalen Potenzial-BIPs entsprechende Steigerung der Gesundheitskosten praktisch gegeben ist und geht dabei von 2.7% aus. Die Kosten werden also weiter zunehmen (und damit der Druck für eine soziale Finanzierung). Diese Feststellung schliesst aber nicht aus, dass auf der Basis der heute generierten Kostenblöcke substanzielle Einsparungen erzielt werden können bzw. müssen. Die im selben Bericht rezitierte Zahl von "20 Prozent Effizienzsteigerungspotenzial ohne Qualitätsverlust" – welche im kürzlich vom BAG veröffentlichten Infrac-Bericht auf 16-19% beziffert wird –

halten wir allerdings für unrealistisch und gefährlich. Dies schon alleine deshalb, weil rund 70% der OKP-Ausgaben auf Personalaufwand entfallen. **Angesichts des sich parallel manifestierenden substanziellen Personalmangels und der heute bereits hohen Berufsausstiegsquoten beim Pflegepersonal muss eine weitere Verschlechterung der Arbeitsbedingungen in den Pflegeberufen um jeden Preis verhindert werden; diese müssen im Gegenteil klar verbessert werden.** Dies auch deshalb, weil sonst – um in einer Kostendämpfungslogik zu bleiben – Qualitätsverluste und im Anschluss höhere Folgekosten drohen.

Klar ist, dass es dem allergrössten Teil des Personals im Gesundheitswesen definitiv nicht an "Kostenbewusstsein" mangelt. Im Gegenteil: Seit Jahren wird der durch die neue Spital- und Pflegefinanzierung ausgelöste Wettbewerb zwischen den Spitälern und Heimen auf dem Buckel der Beschäftigten ausgetragen. Gleichzeitig steigt die Komplexität der Pflegefälle kontinuierlich, was zusätzlich zu einem Anstieg der Arbeitsintensität beiträgt. Das Resultat sind Stress, Qualitätsprobleme und eine tiefe Berufsverweildauer. Neben den erwähnten Arbeitsbedingungen liefern in der Pflege aber alleine schon die Löhne eine hinreichende Erklärung hierfür: Gemessen am Durchschnittslohn werden Pflegepersonen im OECD-Raum nur noch in Litauen und Lettland schlechter bezahlt als in der Schweiz.

### **Zielvorgabe für die Kostenentwicklungen in der OKP**

**Zunächst begrüsst der SGB die ablehnende Haltung des Bundesrates zur "Kostenbremse"-Initiative der CVP.** Diese ist einerseits im Haupttext sehr offen formuliert und damit eine "Büchse der Pandora". Dies zeigt etwa das Umsetzungskonzept der Partei, welches eine ganze Reihe an zusammengewürfelten Massnahmen präsentiert: einige davon sind rein symbolischer Art oder werden bereits umgesetzt, andere sind wirkungslos und dritte sind für eine diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung brandgefährlich. Andererseits wird die Initiative aber in den Übergangsbestimmungen ziemlich deutlich: Konkrete Massnahmen müssten dann ergriffen werden, wenn die Krankenkassenprämien um 20% stärker steigen als die Löhne. Betrachtet man die Prämien- und Lohnentwicklung der vergangenen Jahre, wird schnell klar, dass eine solch strikte Regel zu harten Kürzungen bzw. Rationierungen und damit zu einer Zweiklassen-Medizin führen würde.

Die "Zielvorgabe" – wie sie vom Bundesrat als zentrale Massnahme des indirekten Gegenvorschlags zur CVP-Initiative vorgelegt wird – lehnt der SGB jedoch ebenfalls ab. Grundsätzlich anerkennen wir Folgendes: Für eine Sozialversicherung mit entsprechendem Beitragsobligatorium ist es in der Tat systemfremd, dass per se keine Budgetvorgaben existieren und im Rahmen des Leistungskatalogs (und teilweise darüber hinaus) letztlich jeder Arzt/jede Ärztin bzw. jede zur Abrechnung zugelassene Institution unbegrenzt und zu einem gleichbleibenden Tarif Leistungen verrechnen kann, sofern diese als medizinisch indiziert betrachtet werden. Denn wie mehrfach nachgewiesen wurde, begünstigt das aktuelle Abgeltungssystem sowohl durch die Einzelleistungstarife im ambulanten Bereich (Tarmed) als auch durch die leider im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung vor bald 10 Jahren eingeführte Subjektfinanzierung im stationären Bereich (DRG-Fallpauschalen) das Entstehen einer medizinisch nicht gerechtfertigten Mengenausweitung bzw. die Durchführung und Abrechnung unnötiger, unwirksamer und/oder mangelnd koordinierter Behandlungen. Letztere müssen reduziert werden, das Sparpotenzial ist in der Tat beträchtlich.

**Wir bezweifeln aber, dass die Einführung der Zielvorgabe eine wirksame Massnahme ist,** um dieses Sparpotenzial abzuschöpfen. Der dafür vorgeschlagene Mechanismus scheint zwar institutionell gut austariert, das mehrstufige Verfahren ist allerdings kompliziert, für alle involvierten Akteure äusserst aufwändig und es lässt letztlich doch erstaunlich viel Spielraum (wie auch

durch Formulierungen wie "empfohlenes Kostenziel", "Toleranzmarge" oder "optionale Korrekturmassnahmen" deutlich wird). **Für die Kostendämpfungswirkung entscheidend ist schlussendlich aber nur, welche konkreten Konsequenzen eine "sanktionswürdige" Überschreitung der Zielvorgabe in einem Versorgungsbereich bzw. Kanton hat. Der Vorentwurf ist hierzu klar und sieht zu Recht verschiedene Tarifmassnahmen vor, darunter vor allem eine Ausweitung der Kompetenzen der öffentlichen Hand für subsidiäre Tarifeingriffe.** Dies ist absolut richtig, denn eine Stärkung der demokratischen bzw. öffentlichen Steuerung ist im Tarifbereich – nicht nur im Kontext der Kostendämpfungen – unerlässlich. Allerdings braucht es erstens für die Schaffung dieser Kompetenzen die vorgelagerte aufwändige Struktur der Zielvorgabe keineswegs. Und zweitens wurde der Kern dieser Gesetzesänderung im Rahmen des "Kostendämpfungspakets 1" vom Bundesrat bereits vorgeschlagen: VE-KVG Art. 47c sieht zwingend vor, dass die Tarifpartner "Massnahmen zur Steuerung der Kosten" ergreifen müssen, insbesondere auch was die mengenmässige Entwicklung der Leistungen betrifft. Können sich die Tarifpartner darauf nicht einigen, erhält der Bundesrat eine entsprechende subsidiäre Kompetenz. Art. 47c wurde im Rahmen der parlamentarischen Beratung (Stand heute) sogar noch gestärkt, und zwar indem zur Korrektur ungerechtfertigter Kosten- und Mengenentwicklungen degressive Tarife festgelegt werden müssen.

Die Zielvorgabe wird oft auch als "Globalbudget" bezeichnet, bzw. von gewissen Seiten als solches verschrien. Sinnvoll ausgestaltet, können Globalbudgets aber ein wirksames Instrument sein, welches einerseits eine partielle Abkehr von der anreizökonomisch falschen Subjektfinanzierung bringt und andererseits wirksame Einsparungen ermöglicht. In den Kantonen Waadt, Genf und Tessin hatte die Einführung von Globalbudgets für die Spitäler jedenfalls eine klar positive, bzw. im schweizweiten Vergleich unterdurchschnittliche Kostenentwicklung im spitalstationären Bereich zur Folge (wobei die bisweilen befürchteten Rationierungserscheinungen nicht eingetroffen sind). Globalbudgets können also für Spitäler (und Pflegeheime) bereits heute von den Kantonen eingeführt werden (nach KVG Art. 51), es braucht dafür keine Zielvorgabe mit subsidiärer kantonaler Kompetenz.

Konkrete Kostendämpfungsmassnahmen in jenen Bereichen, wo eine optimale Gesundheitsversorgung von Fehlanreizen und "Profitgelüsten" überlagert wird, sind daher unserer Meinung nach viel sinnvoller als die Einführung der vorgeschlagenen Zielvorgabe. Über die im Rahmen der beiden Kostendämpfungspakete diskutierten Massnahmen hinaus möchten wir im Folgenden deshalb noch zwei darin fehlende, jedoch sehr wirksame und dringende Massnahmen hervorheben:

- **Zusatzversicherungen:** Durch die Existenz krasser finanzieller Fehlanreize belastet die Überversorgung im Bereich der Zusatzversicherungen die Grundversicherung mit jährlich mehreren hundert Millionen Franken (dies deshalb, weil der medizinische Tarif auch für jeden Eingriff bei einer zusatzversicherten Person über die Grundversicherung abgerechnet wird). Das ist absolut inakzeptabel, denn es bedeutet, dass Gewinne von Privatversicherern und Privatspitalgruppen sowie bisweilen überrissene Ärztehonorare teilweise über die Krankenkassenprämien der Grundversicherung finanziert werden. Im "Expertenbericht Diener" wird dieses Problem anerkannt; mit Massnahme 28 sollen "missbräuchliche Zusatzversicherungstarife" verhindert werden. Nur ist seither diesbezüglich leider gar nichts passiert (abgesehen von einigen FINMA-Eingriffen). **Der SGB hat bereits im Rahmen der Vernehmlassung zum Kostendämpfungspaket 1 moniert, dass im Bereich der Zusatzversicherungen keinerlei Massnahmen vorgeschlagen werden,** und nun stellen wir mit Ernüchterung fest, dass dies auch für das zweite Paket gilt. Wir fordern daher den Bundesrat erneut dazu auf, diese Thematik in der Botschaft an das Parlament endlich mit griffigen Vorschlägen aufzunehmen.

- **Ambulant vor Stationär:** Die völlig falsch konstruierte Vorlage zur "Einheitlichen Finanzierung ambulant/stationär" wurde im Parlament zum Glück vorerst gebremst. Allerdings geschieht auch in der – durch diese Vorlage angeblich geförderten – Verlagerungspolitik "ambulant vor stationär" zurzeit nicht viel, und das ist problematisch. Die Schweiz weist im internationalen Vergleich einen zu tiefen Anteil spital-ambulant durchgeführter chirurgischer Eingriffe auf, weshalb der Bundesrat im Februar 2018 dazu eine verbindliche "Eingriffsliste" erlassen hat. Nachdem diese Liste nun seit bald zwei Jahren in Kraft ist, stellen sich Fragen nach ihrer Wirksamkeit sowie ihrer möglichen Ausweitung. Etliche Studien kommen zum Schluss, dass das Einsparpotenzial hier sehr gross ist, jedoch nur mit einem deutlich grösseren Kreis ambulant durchzuführender Eingriffsgruppen erreicht werden kann. **Die Unklarheit um "EFAS" ist kein Grund, mit der Verlagerungspolitik über Eingriffslisten zuzuwarten, im Gegenteil: EFAS muss dringend gestoppt und die Verlagerungspolitik zügig vorangetrieben werden.**

Eine letzte Bemerkung zur Zielvorgabe: Sollte diese als Massnahme weiterverfolgt werden, ist selbstverständlich sicherzustellen, dass in der zu schaffenden "Eidgenössischen Kommission für Kostenziele" auch die Arbeitnehmendenseite bzw. VertreterInnen der Pflege Einsitz haben. Der Kreis der Mitglieder, im Vorentwurf unter Art. 54e Abs. 3 festgelegt, muss entsprechend ausgeweitet werden.

### **Erstberatungsstelle und koordinierte Versorgung**

Der SGB begrüsst es sehr, dass der Bundesrat gut acht Jahre nach dem Scheitern der "Managed-Care"-Vorlage substanzielle – und substanziiell bessere – Vorschläge zur Stärkung der koordinierten Versorgung in der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung macht. Die Einführung von Erstberatungsstellen und die gesetzliche Verankerung von Netzwerken der koordinierten Versorgung sowie von Programmen der Patientenversorgung sind Massnahmen, die in die richtige Richtung gehen. In ihrer konkreten Ausgestaltung sehen wir aber einigen Änderungsbedarf – dies insbesondere dahingehend, dass die Aufgaben der Erstberatung und der Koordination zusammengeführt und vereinheitlicht werden müssen. Der SGB unterstützt daher als "Gegenvorschlag" das im Rahmen der "Plattform Soziale Medizin" entstandene Konzept der "Beratungs- und Koordinationsstelle (BKS)" und nimmt in den folgenden Ausführungen darauf Bezug.

Die Stärkung der Leistungskoordination, der (Erst-)Beratung und der Dossierführung ist sehr wichtig. Diese Aufgaben müssen aber zusammen gedacht werden, weshalb wir nicht einsehen, wieso der Bundesrat mit der Erstberatungsstelle und den Netzwerken der koordinierten Versorgung zwei verschiedene und voneinander getrennte neue (bzw. neu definierte) Kategorien von Leistungserbringern einführen will: Netzwerke können die Funktion einer Erstberatungsstelle übernehmen, Erstberatungsstellen müssen aber nicht zwingend Koordinationsaufgaben übernehmen; Erstberatungsstellen sollen obligatorisch sein, Koordinationsnetzwerke hingegen nicht. **Dabei wäre es wichtig, dass sowohl die Erstberatung als auch die Dossierführung (inkl. elektronischem Patientendossier) und die Leistungskoordination aus einer Hand erfolgen.** Anstatt die Erstberatungsstellen auch zu Koordinationsstellen aufzuwerten, wird ihnen vielmehr die Aufgabe des "Gatekeepings" zugeteilt: Der Hausarzt/die Hausärztin bzw. die HMO-Praxis soll zum gewollten Flaschenhals werden, der die "Überbeanspruchung" von Spezialarztleistungen verhindert. Das mag in gewissen Fällen sinnvoll sein, aber ohne ganzheitliche Patientenbegleitung (d.h. inklusive Koordination und Dossierführung) würde damit das Vertrauen der PatientInnen in die Erstberatungsstellen schnell sinken. Und dies zu Recht, denn es wäre wohl nicht zu

verhindern, dass Erstberatungsstellen dahingehend unter Druck kommen (etwa seitens der Krankenkassen), möglichst wenige Überweisungen zu tätigen. Ist dies bereits heute, d.h. in freiwillig gewählten Hausarzt- oder HMO-Modellen der Fall, besteht für die PatientInnen immerhin die Option, ins Standardmodell oder zu einer anderen Kasse zu wechseln. Zukünftig, d.h. mit obligatorischen Erstberatungsstellen für alle gäbe es diese Option aber nicht mehr, weshalb besondere Vorsicht geboten ist. Gerade wenn auch die heute bereits existierenden "Gatekeeper" zukünftig mehr Beratungs- und Koordinationsaufgaben übernehmen sollen, gewinnt z.B. die schon lange von verschiedener Seite vorgebrachte Forderung, dass deren Leistungsverträge mit den Versicherern endlich offengelegt werden müssen, an neuer Dringlichkeit. Denn Bestimmungen der mehr oder weniger strikten Leistungsdeckelung ("capitation") – und diese existieren heute in vielen HMO-Modellen – sind mit einem diskriminierungsfreien Zugang zu einer optimalen Gesundheitsversorgung oft nicht vereinbar.

**Als Gegenvorschlag zu den bundesrätlichen Vorschlägen bzw. als Konzept für deren konsequentere Umsetzung soll mit der Einführung einer einheitlichen "Beratungs- und Koordinationsstelle (BKS)" der Zugang der ganzen Bevölkerung zu einer hochstehenden und optimal koordinierten medizinischen Erstversorgung sichergestellt werden.** JedeR VersicherteR soll eine BKS nominieren und hat dabei die freie Wahl; ebenfalls haben die Versicherten jederzeit Anrecht auf eine medizinische Zweitmeinung (wie dies auch im "Expertenbericht Diener" gefordert wird). Die BKS – das können Hausarzt- oder Kinderarztpraxen, Praxisgemeinschaften oder Ambulatorien sein – sind für die Erstberatung der Versicherten, für die Koordination der Leistungen und für die Dossierführung zuständig. Damit würden sie auch zur einheitlichen Instanz, welche sicherstellt, dass das elektronische Patientendossier laufend aktualisiert und kompetent geführt wird (insbesondere im Hinblick auf die Aspekte des Datenschutzes und damit das Vertrauen der Versicherten, welche stets die letzte Kontrolle über ihr Dossier behalten sollen). Die BKS stellen die Kontinuität in der Begleitung der PatientInnen sicher und stärken die interprofessionelle Zusammenarbeit – wobei es auch nicht-ärztliche Leistungserbringern wie "Advanced Practice Nurses" möglich sein soll, weitergehende Aufgaben v.a. im Bereich der Koordination und Beratung zu übernehmen. Letzteres entspricht zudem den vom Bundesrat gemachten Vorschlägen zur Stärkung der Programme der Patientenversorgung, welche wir ansonsten sehr begrüßen.

Die pauschale Abgeltung der Leistungen der Erstberatung und der Koordination ist richtig, sie birgt aber auch ein Missbrauchspotenzial. Denn besteht ein ökonomischer Druck, Beratungsleistungen unter möglichst geringem Aufwand zu erledigen, so werden etwa multimorbide PatientInnen zum "unerwünschten Kostenrisiko" und die "Jagd nach guten Risiken" verschöbe sich entsprechend von den Versicherern zu den Leistungserbringern. Abhilfe könnte hier schaffen, dass besonders aufwändige, eindeutig notwendige und identifizierbare Beratungs- und Koordinationsaufgaben als Einzelleistungstarife verrechnet werden könnten. **Darüber hinaus lehnt es der SGB angesichts der eingangs erwähnten horrenden Belastung der Versicherten mit Kopfprämien und direkten Kostenbeteiligungen allerdings strikt ab, dass die neu zu schaffende Pauschale über Prämiegelder abgegolten wird** – wir fordern eindringlich eine Finanzierung über allgemeine Steuermittel.

### **Preismodelle und Rückerstattungen sowie Ausnahme vom Zugang nach BGÖ**

Grundsätzlich muss an dieser Stelle festgehalten werden: Das System der Preissetzung für Arzneimittel ist skandalös. Die grossen Pharmabetriebe verlangen zunehmend wahnwitzige Preise

für ihre patentgeschützten Medikamente, deren Entwicklung sich aber zu einem nicht unbeträchtlichen Teil auf staatlich finanzierte Grundlagenforschung abstützt. Mit den Preisen wird auch die Patentierungspraxis immer aggressiver – so wollte etwa Novartis mit Kymriah eine als Medikament deklarierte medizinische Therapieform patentieren lassen, was nur dank eines NGO-Einspruchs (durch PublicEye) und dem darauffolgenden Widerruf des Europäischen Patentamts verhindert werden konnte. Dies war vorerst aber nur ein kleiner Lichtblick. Denn die internationalen Pharmakonzerne sind mittlerweile so gross und ihre Produkte sind so essenziell für die Bevölkerung, dass heute selbst europäische Länder vor ihrer (Verhandlungs-)Macht einknicken – einschliesslich der Schweiz, die sich als Standortland vieler grosser Pharmabetriebe noch zusätzlich in deren Geiselhaft befindet.

Sieht man von der völlig gerechtfertigten Forderung einer "Pharmaproduktion als Service public" ab, besteht also der kurzfristig wirksamste Ansatz für die Schaffung vernünftiger Arzneimittelpreise in international koordinierten Bemühungen für eine weltweit bessere Regulierung. Die Schweiz hat ein solches Engagement zwar nicht zu einem Schwerpunkt ihrer im letzten Jahr verabschiedeten "Gesundheitsaussenpolitik 2019-2024" gemacht, sie hat sich aber dennoch in den verschiedenen zuständigen UN-Organisationen für den diskriminierungsfreien Zugang zu Arzneimitteln und die internationale Veröffentlichung von Nettopreisen eingesetzt.

Dass gleichzeitig auf nationaler Ebene mittelfristig Wege gefunden werden müssen, wie neue Arzneimittel der Bevölkerung zugänglich gemacht werden können, ohne dabei die solidarische Grundversicherung mit immer exorbitanteren Beträgen zu belasten, ist klar. **Der SGB kann deshalb die gemachten Vorschläge zur gesetzlichen Festsetzung der in der Praxis bereits seit längerem existierenden "Preismodelle" im Grundsatz unterstützen.** Dies allerdings nur, wenn sämtliche Rückerstattungen öffentlich einsehbar sind bzw. in der Spezialitätenliste vermerkt werden (im Wissen darum, dass gewisse Preismodelle so nicht umgesetzt werden können). **Der SGB lehnt daher die vorgeschlagene "Ausnahme vom Recht auf Zugang zu amtlichen Dokumenten" ab (VE-KVG Art. 52c).** Wie auch der EDÖB bereits öffentlich anmerkte, steht die Verankerung einer solchen Geheimhaltungsklausel im völligen Widerspruch zum Öffentlichkeitsprinzip. Es würde damit ein äusserst problematischer Präzedenzfall der Kapitulation vor privatwirtschaftlichen Interessen geschaffen, und dies im Bereich einer Sozialversicherung – das kann der SGB nicht unterstützen.

## Weitere Massnahmen

- **Differenzierte WZW-Prüfung und kostengünstige Vergütung:** Der SGB befürwortet die vorgeschlagene Rechtsgrundlage für eine differenzierte Prüfung der WZW-Kriterien bei Arzneimitteln, Laboranalysen, MiGel-Produkten etc. Die Schaffung einer Rechtsgrundlage für WZW-Prüfungen, die sich in ihrer Häufigkeit, Methodik und Tiefe unterscheiden, ist richtig. Es ist beispielsweise für Arzneimittel absolut nachvollziehbar, dass die Prüfung bei einer Neuaufnahme viel umfassender sein muss, als die periodischen Überprüfungen in den Jahren danach. Der Bundesrat erhielt zudem neu explizit die Kompetenz zur Festlegung von Preisbildungsgrundsätzen, die sich an einer möglichst kostengünstigen Vergütung orientieren. Auch das ist zu befürworten, aber gleichzeitig erwarten wir, dass diese Kompetenz vom Bundesrat auch konsequent wahrgenommen wird. Die dazu im erläuternden Bericht gemachten Ausführungen, wie etwa die folgende, legen dies nicht in jedem Fall nahe: *"So ist denkbar, dass in gewissen Fällen nur noch die Berücksichtigung des Auslandpreisvergleiches oder des therapeutischen Quervergleiches [...] zur Anwendung gelangen."* Analog der im Expertenbericht vorgeschlagenen Massnahme zur "Einführung des Kostengünstigkeitsprinzips" erwarten wir,

dass zur Preisbildung von Arzneimitteln grundsätzlich immer nur das günstigere Ergebnis von Auslandpreisvergleich und therapeutischem Quervergleich herangezogen wird. Abschliessend sei bemerkt, dass die vorbeschlagenen Bestimmungen auch für die Preissetzung der Produkte der Mittel- und Gegenständeliste sehr nützlich sind – dies ganz im Gegensatz zu den ineffizienten, bürokratischen und letztlich kontraproduktiven Massnahmen der sich zurzeit in parlamentarischer Behandlung befindenden Pa.IV. Humbel 16.419 "Wettbewerbspreise bei Medizinalprodukten".

- **Referenztarife für die schweizweite Spitalwahl:** Wie der erläuternde Bericht festhält, sind die Kantone bereits heute dazu verpflichtet, bei ausserkantonalen Behandlungen den entsprechenden Tarif eines ihrer Listenspitäler als Referenztarif festzulegen. Weil aber die genauen Modalitäten hierzu gesetzlich nicht festgelegt sind, setzen einige Kantone seit Jahren bewusst viel zu tiefe Referenztarife an, um ausserkantonale Behandlungen de facto zu verhindern. Diese Motivation ist grundsätzlich verständlich, sie kann aber allenfalls erst dann akzeptiert werden, wenn sich die Kantone grenzübergreifend zu homogenen Spitalversorgungsregionen (inkl. Universitätsspital) zusammengeschlossen haben (was sehr zu befürworten wäre). Im heutigen System können jedoch protektionistisch tief angesetzte Referenztarife nicht akzeptiert werden.
- **Elektronische Rechnungsübermittlung:** Als weitere Massnahme zur nötigen Stärkung der Rechnungskontrolle begrüsst der SGB die gesetzliche Einführung einer für alle Leistungserbringer verpflichtenden Rechnungsübermittlung in elektronischer Form. Wichtig ist, dass für die Versicherten die Möglichkeit des kostenfreien Erhalts der Rechnung in Papierform gewährleistet bleibt bzw. wird (wie in VE-KVG Art. 42 vorgesehen).
- **Kostenbeteiligung Mutterschaft:** Der SGB begrüsst grundsätzlich, dass der Bundesrat im Rahmen dieser Revision auch gesetzliche Klarheit zur Finanzierung KVG-pflichtiger Leistungen während der Schwangerschaft schaffen will. Mit der vorgeschlagenen Bestimmung würde rechtlich endlich unmissverständlich festgelegt, dass auch Leistungen im Zusammenhang mit Geburtsgebrechen, Unfällen sowie mit dem straflosen Abbruch der Schwangerschaft von der Kostenbeteiligung ausgenommen sind. Dies hat das BAG bereits anfangs 2018 in einem Informationsschreiben an die Versicherer klargemacht, welche jedoch teilweise dieser Auffassung unverständlicherweise nicht gefolgt sind. **Darüber hinaus fordern wir den Bundesrat aber dazu auf, auch die – im Vorentwurf belassene – enge Limitierung der Befreiung von der Kostenbeteiligung erst ab der 13. Schwangerschaftswoche zu streichen.** Diese Definition ist sehr problematisch, denn sie bewirkt, dass Schwangere vor der 13. Schwangerschaftswoche selbst für Leistungen im Zusammenhang mit direkt schwangerschaftsbedingten Komplikationen wie Blutungen oder (drohende) Fehlgeburten aufkommen müssen. Diese finanzielle Ungleichbehandlung derselben Ereignisse vor und nach der 13. Schwangerschaftswoche ist weder logisch begründbar noch medizinisch vertretbar. Dies etwa auch vor dem Hintergrund, dass jede fünfte Schwangerschaft in einer frühen Fehlgeburt endet. Der SGB unterstützt daher den Schweizerischen Hebammenverband in seiner Forderung nach einer Streichung der in Art. 64 Abs. 7 Bst. b definierten zeitlichen Limitierung und verweist des Weiteren auf dessen ausführliche Stellungnahme zu dieser Thematik.

Wir danken herzlich für die Zusammenarbeit und hoffen auf die Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

**SCHWEIZERISCHER GEWERKSCHAFTSBUND**



Pierre-Yves Maillard  
Präsident



Reto Wyss  
Zentralsekretär