

# Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

## Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : QualiCCare

Abkürzung der Firma / Organisation : QCC

Adresse : Rütistr. 3a

Kontaktperson : Astrid Czock

Telefon : 0565521201

E-Mail : [czock@qualiccare.ch](mailto:czock@qualiccare.ch)

Datum : 17.11.2020

### **Wichtige Hinweise:**

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen:  
[tarife-grundlagen@bag.admin.ch](mailto:tarife-grundlagen@bag.admin.ch); [gever@bag.admin.ch](mailto:gever@bag.admin.ch)
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

**Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!**

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)  
Vernehmlassungsverfahren**

**Inhaltsverzeichnis**

<b>Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht</b>	<b>3</b>
<b>Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen</b>	<b>9</b>

## Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
QCC	<p>Besten Dank für die Möglichkeit zur Stellungnahme zur Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2). Der Verein QualiCCare entstand 2013 aus dem Projekt QualiCCare, welches mittels Auslandsvergleich die Lücken bei der Versorgung von Personen mit einer chronischen Krankheit wie Diabetes Typ 2 oder COPD im Multistakeholder-Ansatz entsprechende Massnahmen erarbeitet und umgesetzt hat.<sup>1</sup> Der interprofessionelle Verein ist weiterhin breit abgestützt mit 23 Mitgliedorganisationen aus allen Bereichen entlang der ambulanten Versorgungskette. Er fördert die patientenzentrierte, interprofessionelle und koordinierte Versorgung von chronisch und mehrfach erkrankten Menschen durch die interprofessionelle Erarbeitung von nationalen Qualitätskriterien und deren Implementierung in die Praxis. In Pilotprojekten wird die Umsetzung und der Nutzen der erarbeiteten Qualitätskriterien in der Praxis geprüft, wobei der Fokus auf die verbesserte Qualität und Koordination der Versorgung ist, was letztendlich zu einer Effizienzsteigerung führt, da es zu weniger Über-, Fehl- und Unterversorgung kommt.</p> <p>Heute leidet ein Viertel der Schweizer Bevölkerung an einer oder mehreren nichtübertragbaren Krankheiten (NCD). 80% der direkten Gesundheitskosten werden durch NCD verursacht, wobei mehr als 50% der Kosten auf kardiovaskuläre, muskulo-skelettale und psychische Erkrankungen, Krebs, Lungenerkrankungen, Demenz und Diabetes entfallen.<sup>2</sup> Menschen mit einer oder mehreren nichtübertragbaren Krankheit(en) sind zudem stärker gefährdet, schwerer an Covid-19 oder an der Grippe zu erkranken, was die Krankheitslast weiter erhöht und z.T. hohe Gesundheitskosten nach sich zieht.<sup>3</sup> Mit höherem Alter steigt auch die Anzahl chronischer Erkrankungen, und gerade multimorbide Patientinnen und Patienten bedürfen einer optimalen interprofessionellen und koordinierten Versorgung, um möglichst lange autonom bei guter Lebensqualität zu bleiben. QualiCCare befasst sich intensiv mit der Verbesserung der Versorgungsqualität und sieht gerade im Bereich der Koordination, der Prävention in der Gesundheitsversorgung und der Stärkung der Gesundheitskompetenz Handlungsbedarf.<sup>5</sup> Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen können das Auftreten von nichtübertragbaren Krankheiten verzögern oder abwenden, aber auch das Auftreten von Sekundärkomplikationen der zugrundeliegenden, chronischen Krankheit, wie z.B. Erblindung oder Fussamputationen bei Diabetes, verlangsamten oder gar verhindern.</p>

<sup>1</sup> [https://qualiccare.ch/fileadmin/user\\_upload/Projekte/Diabetes/QCC-Bericht\\_Phase2\\_2013-09-30\\_klein.pdf](https://qualiccare.ch/fileadmin/user_upload/Projekte/Diabetes/QCC-Bericht_Phase2_2013-09-30_klein.pdf) (zuletzt aufgerufen 6.11.2020)

<sup>2</sup> Wieser Simon et al. (2014). Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz. Schlussbericht. Studie im Auftrag des BAG. Winterthur ZHAW

<sup>3</sup> Eszter P. Vamos et al. Effectiveness of the influenza vaccine in preventing admission to hospital and death in people with type 2 diabetes CMAJ 2016. DOI:10.1503/cmaj.151059

<sup>4</sup> D. Beran, et al., Beyond the virus: Ensuring continuity of care for people with diabetes during COVID-19, Prim. Care Diab. (2020), <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2020.05.014>

<sup>5</sup> <https://qualiccare.ch/projekt> (zuletzt aufgerufen 6.11.2020)

## Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

	<p><b><i>Versorgungsqualität, Patientensicherheit und Chancengerechtigkeit müssen sichergestellt sein. Wir sind für eine patientenzentrierte, interprofessionelle Koordination der Versorgung, adäquate Arbeitsbedingungen und gegen eine Erhöhung der Bürokratie und des administrativen Aufwands.</i></b></p> <p>Wir begrüssen grundsätzlich die Bemühungen des Bundesrates, die Entwicklung der Kosten für Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung einzudämmen und auf diese Weise den Anstieg der Prämien zu begrenzen. Zentral dabei ist, dass die Versorgungsqualität und Patientensicherheit aufgrund der kostendämpfenden Massnahmen nicht gefährdet und die Chancengerechtigkeit gewahrt wird. In der Diskussion zur Kostendämpfung ist dementsprechend nicht nur die Reduktion der Kosten, sondern zwingend die Stärkung der Qualität entscheidend. Dieses Ziel wird mit der KVG-Anpassung zur Qualität und Wirtschaftlichkeit verfolgt, wobei ein qualitativ hochstehendes und gleichzeitig wirtschaftlicheres Handeln kurzfristig keine sichtbare Kostensenkung bewirkt, jedoch mittelfristig einen nachhaltigen Erfolg bei der Dämpfung der Gesundheitskosten zeigt.</p> <p>QualiCCare möchte darauf hinweisen, dass die gewählten Kostendämpfungsmassnahmen keineswegs die Versorgungsqualität mindern dürfen, denn mittel- und langfristig wäre eine günstigere Versorgung auf Kosten der Qualität kontraproduktiv. Um eine angemessene Versorgung auch in Zukunft sicherstellen zu können, ist die Implementierung von interprofessioneller koordinierter Zusammenarbeit und adäquater Arbeitsbedingungen aller im Gesundheitswesen tätigen Personen essentiell. Durch eine patientenzentrierte Verbesserung der Koordination kann die Versorgung wirtschaftlicher werden, doch darf es nicht zu einer Erhöhung der Bürokratie und des administrativen Aufwands kommen, welches wiederum die Wirtschaftlichkeit negativ beeinflussen würde.</p>
	<p><b><i>Verhaltens und verhältnispräventive Massnahmen sowie Gesundheitsförderung führen mittel- und längerfristig zu einer effektiveren und nachhaltigen Kostendämpfung.</i></b></p> <p>Um den Herausforderung der demographischen und gesellschaftlichen Entwicklung zu begegnen, will der Bundesrat gemäss seiner Strategie «Gesundheit 2030» die Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten stärken. Ebenso haben sich Parlament und Bundesrat in der Legislaturplanung 2019-2023 neben der qualitativ hochstehenden und finanziell tragbaren Gesundheitsversorgung und einem gesundheitsfördernden Umfeld auch eine wirkungsvolle Prävention zum Ziel gesetzt. Umso mehr verwundert uns, dass weder im Kostendämpfungspaket 1 noch im Kostendämpfungspaket 2 entsprechende Massnahmen aufgenommen wurden. Es kann bei den Bemühungen im Rahmen des Kostendämpfungsprogramms nicht lediglich darum gehen, Kosten kurzfristig zu dämpfen; Präventionsmassnahmen führen mittel- bis langfristig zu einer nachhaltigen und effektiven Moderation des Kostenzuwachses im Gesundheitssystem.</p>

## Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

	<p>Mehr noch als verhaltenspräventive Angebote inner- und ausserhalb der Gesundheitsversorgung tragen jedoch <u>verhältnispräventive</u> Massnahmen zur Senkung der Gesundheitskosten bei: Die Lebensbedingungen und -qualität der Menschen (Arbeit, Wohnumgebung, soziales Umfeld, Umwelt) haben einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. So wird häufig der Einfluss von Umweltrisiken, wie z.B. verkehrsbedingter Luftverschmutzung und Lärm, auf die kardiovaskuläre Krankheitslast zu wenig kommuniziert und wahrgenommen.<sup>6,7,8</sup></p>
	<p><b><i>Gesundheitskompetenz, Patient Empowerment und Selbstmanagement stärken um Kosten zu dämpfen.</i></b></p> <p>Um die Kosten in der Gesundheitsversorgung zu dämpfen, sollten Gesundheitskompetenz und Selbstmanagement von Patientinnen und Patienten – im Sinne von Patient Empowerment – gefördert werden. Aktuell verfügt nur jede zehnte Person in der Schweiz über eine ausgezeichnete Gesundheitskompetenz, bei etwas mehr als einem Drittel der Bevölkerung ist sie ausreichend, bei rund 45 Prozent dagegen problematisch und bei 9 Prozent unzureichend. Verschiedenen Studien zufolge belaufen sich die Kosten für begrenzte Gesundheitskompetenzen auf 3 bis 5% der Gesundheitskosten. Für die Schweiz entspricht dies 2,5 bis 4 Milliarden Franken pro Jahr.<sup>9</sup></p> <p>In der Schweiz gibt es gut funktionierende Beispiele von Selbstmanagementangeboten, wie der Referenzrahmen zu Selbstmanagementangeboten zeigt, den das BAG in Zusammenarbeit mit der GELIKO herausgegeben hat. Das seit 3 Jahren bestehende Forum SELF ermöglicht einen regelmässigen Austausch von Informationen unter den verschiedenen Stakeholdern.<sup>10</sup></p> <p>Diverse Projekte zur Prävention in der Gesundheitsversorgung werden von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz finanziell unterstützt. So können potenziell interessante Ansätze in Projekten geprüft werden, um deren Impact zu zeigen. Dabei wird auch das Thema Finanzierungsmodelle prominent angesprochen, um eine nachhaltige Implementierung und Multiplikation im Erfolgsfall nach Projektende sicherzustellen.<sup>11</sup></p>

<sup>6</sup> Röösl M, Probst-Hensch N, Nichtübertragbare Krankheiten verstehen und verhindern mit Big Data und Exposom-Ansätzen, Leading Opinions Innere Medizin 5/2019

<sup>7</sup> Ragettli M, Flückiger B, Röösl M, Auswirkungen der Umwelt auf die Gesundheit, Studie des SwissTPH im Auftrag des BAFU, 2017

<sup>8</sup> <https://www.bafu.admin.ch/bafu/de/home/themen/laerm/publikationen-studien/publikationen/magazin-umwelt-1-2013-ruhe-schuetzen.html>

<sup>9</sup> Bevölkerungsbefragung "Erhebung Gesundheitskompetenz 2015" Schlussbericht gfs Bern, Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG, Abteilung Gesundheitsstrategien, 2016

<sup>10</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten/praevention-in-der-gesundheitsversorgung/selbstmanagement-foerderung-chronische-krankheiten-und-sucht/referenzrahmen-selbstmanagement-foerderung.html>

<sup>11</sup> <https://gesundheitsfoerderung.ch/projektfoerderung.html>

## Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

***Interprofessionelle und koordinierte Zusammenarbeit auf Augenhöhe mit allen involvierten Akteure führt nachhaltig zur Kostendämpfung. Neue und innovative Modelle zulassen, denn sie können Setting-gerechte nachhaltige Lösungen aufzeigen.***

QualiCCare unterstützt die Förderung der koordinierten Versorgung sehr, denn unsere eigenen Projekte, sowie den Projekten im Rahmen des kantonalen Diabetesprogramm des Kantons Waadt<sup>12</sup> (2009-2019) zeigen, dass alle relevanten Akteure für die Versorgung chronisch kranker Patienten koordiniert zusammenarbeiten müssen, um nicht nur die Kosten im Gesundheitswesen, sondern auch die Krankheitslast der Patientinnen und Patienten langfristig (positiv) zu verringern. Unter anderem konnte eine Senkung der Amputationsrate durch die strukturierte und interprofessionelle Versorgung von diabetischen Füßen im Kanton Waadt um 25% erreicht werden. Dies, mit einer entsprechenden Kostensenkung und besserer qualitativer Versorgung, was auch in den Medien (Gesundheitsmagazin Puls, RTS) thematisiert wurde.

Zusammen mit der Erstellung eines Basisdokuments zum guten Fussmanagement im Rahmen des damaligen QualiCCare Projekts,<sup>13</sup> ist die Umsetzung der Motion Fridez zur Fusspflege von Diabetikern durch Podologen via OKP, ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung, um die hohen Kosten einer Amputation und deren Folgebehandlungen abzuwenden. Die entsprechenden KVV und KLV Änderungen waren vor kurzem in der Vernehmlassung. Derzeit erarbeitet QualiCCare mit 12 verschiedenen Berufsverbänden, die mit offenen diabetischen Fusswunden (sog. Ulzera) zu tun haben, Leitlinien, um eine rechtzeitige Weiterleitung des Patienten/der Patientin und optimale Versorgung sicherzustellen. Sowohl national als auch international ist die verzögerte Weiterleitung und suboptimale Versorgung von offenen Wunden einer der Hauptgründe für vermeidbare Amputationen. Zusammen mit der Umsetzung der Motion Fridez, welche die Prävention solcher Wunden verstärkt, können diese Massnahmen die hohen direkten und indirekten Kosten einer Amputation verhindern. Dieser interprofessionelle und partizipative Ansatz ist essentiell, um von allen Professionen getragen und umgesetzt zu werden, wobei es auch bei der Umsetzung eine gut funktionierende interprofessionelle und koordinierte Zusammenarbeit braucht.

Für eine gut funktionierende Koordination und interprofessionelle Zusammenarbeit bedarf es jedoch eines Umdenkens vieler Leistungserbringer, welche die Patientenbetreuung im herkömmlichen Stil praktizieren. Hierbei ist zu beachten, dass es keine Standardversion einer interprofessionellen Zusammenarbeit gibt, sondern dass sich die Teams selber konstituieren und dabei ihre Schnittstellen und Rollen gemeinsam definieren und zuordnen müssen. Auch kann sich ein solches Team je nach den Bedürfnissen des Patienten/der Patientin verändern. Insbesondere im Hinblick auf die demographischen Veränderungen der Bevölkerung mit immer mehr älteren und mehrfach erkrankten Personen und einem gleichzeitig steigenden Fachkräftemangel wird die koordinierte und interprofessionelle Versorgung unabdingbar.

<sup>12</sup> Hagon Traub I, Chinet L, Georges A, Schlüter V, Programme cantonal Diabète Vaud : Une réponse aux enjeux de sante publique lies aux maladies chroniques a l'échelle d'un canton; Rev Med Suisse 2020 ; 16 : 366-9

<sup>13</sup> [https://qualiccare.ch/fileadmin/user\\_upload/Projekte/Diabetes/Fuss-Managements\\_bei\\_DM2\\_2013.pdf](https://qualiccare.ch/fileadmin/user_upload/Projekte/Diabetes/Fuss-Managements_bei_DM2_2013.pdf)

## Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

	<p>Je nach Versorgungsumfeld und Patientenbedürfnis bedarf es unterschiedlicher Formen der Zusammenarbeit und unterschiedlicher Berufsgruppen. So sieht eine koordinierte Versorgung im stationären Bereich anders aus als im ambulanten Bereich, wobei auch hier diverse Formen und Ausprägungen möglich sind. Im Spitalumfeld gilt es, koordiniert und interprofessionell mit den verschiedenen Abteilungen, welche die Patientin oder den Patienten betreuen, zu arbeiten. Ausserdem braucht es eine Koordination mit den ambulanten Betreuern, wobei die Schnittstellen zwischen stationär und ambulant gut geregelt sein müssen. So hat das Kantonsspital Winterthur gemeinsam mit den ortsansässigen unabhängigen Apothekern sowie Apothekenketten eine gemeinsame öffentliche, am Spital angesiedelte, Apotheke gegründet, in der die Patientinnen und Patienten ihre Austrittsrezepte einlösen können. Die Apotheke leitet sodann Medikationsplan und Rezept an die Stammapotheke und den Hausarzt der PatientInnen weiter. Eine solche interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen einerseits Spitalärzten, Apotheker und Hausärzte sowie stationären und ambulanten Leistungserbringern mit klaren Schnittstellen verbessert die Patientensicherheit und kann Medikationsfehler vermeiden. Im ambulanten Umfeld gibt es immer mehr Versorgungsformen mit einer All-in-One Lösung, welche die Gesundheitsversorgung aus einer Hand bietet. Dabei gibt es Gemeinschaftspraxen, welche unter einem Dach diverse medizinische Disziplinen, aber auch Therapeuten wie Physio-, Ergo- oder Psychotherapeuten Apothekerin/Apotheker, medizinische Praxiskoordinatorin / -koordinator, APN (Advanced Practice Nurse) und andere Akteure beherbergt. Eine andere Koordinationsform haben Ketten, welche neben Physiotherapie-, Zahnarzt- und Hausarztpraxen, Apotheken und Gesundheitszentren besitzen. Im städtischen Umfeld mit einem grossen Angebot an Leistungserbringern braucht es andere Versorgungsformen als in ländlichen Gegenden, in denen es lediglich eine Hausarztpraxis, eine Apotheke und eine Spitex hat. Koordinierte Versorgung bedeutet aber nicht nur eine Koordination unter den Leistungserbringer im Gesundheitswesen. Gerade vulnerable Personengruppen wie Personen mit Migrationshintergrund, sozioökonomisch schlechter gestellte Personen oder Süchtige oder Suchtgefährdete, bedürfen oft auch einer Betreuung aus dem Sozialbereich, so dass hier ebenfalls die interprofessionelle Zusammenarbeit und Koordination eine essentielle Rolle spielt, um die entsprechenden Patientinnen und Patienten effizient und sicher zu versorgen.</p> <p>Neue Formen der koordinierten Versorgung kommen immer wieder auf den Markt, doch bewährt sich langfristig nur, was den Patientennutzen erhöht, was die Effizienz bei den Akteuren verbessert und was finanziell attraktiv ist.</p>
	<p><b><i>Wir bezweifeln, dass ein Obligatorium zur Erstberatungsstelle die erwartete Wirkung zeigt. Stattdessen birgt es zusätzliche bürokratische Hürden und bremst die Schaffung von interessanten neuen Modellen.</i></b></p> <p>Die Idee der Erstberatungsstelle im Sinne einer Triage kann nachgewiesenermassen kostendämpfend wirken.<sup>14</sup> Ob die Erstberatungsstelle gleichzeitig die Koordination der Behandlung übernimmt, sollte situativ entschieden werden können, denn je nachdem ob die Person chronisch krank ist und in regelmässiger ärztlicher Behandlung ist, oder ob es sich um einen akuten Krankheitsfall handelt, sind die Voraussetzungen für die</p>

<sup>14</sup> [https://www.polynomics.ch/fileadmin/polynomics/04\\_Dokumente/Polynomics\\_Working\\_Paper\\_201502.pdf](https://www.polynomics.ch/fileadmin/polynomics/04_Dokumente/Polynomics_Working_Paper_201502.pdf) (zuletzt aufgerufen 6.11.2020)

## Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

	<p>Koordination unterschiedlich. Ebenso hängt es vom Krankheitszustand der chronischen Person an, denn bei einer Exazerbation einer Krankheit, wäre die temporäre Koordination durch einen Spezialisten effizienter.</p> <p>Grundsätzlich zweifeln wir jedoch daran, dass die Verpflichtung zu einer Erstberatungsstelle für alle Versicherten die erwartete kostendämpfende Wirkung haben wird. Wir warnen vor der Erstellung einer zusätzlichen bürokratischen Hürde. Schon heute haben sich über 70% der Versicherten für ein solches Modell entschieden, aber diese Freiwilligkeit sollte bestehen bleiben, denn die Versicherer sollten weiterhin flexible und innovative Modelle zur Kostendämpfung anbieten können.</p>
--	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)  
Vernehmlassungsverfahren**

<b>Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen</b>					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
QCC	25	2	h und i	<p>Programme zur koordinierten Patientenversorgung mit Beteiligung verschiedener Leistungserbringer sowie Qualitätssicherungs-massnahmen entlang des ganzen Betreuungspfads können bessere Ergebnisse bringen als Einzelmassnahmen. Wir begrüssen daher, dass in solchen Programmen die Leistungen über den gesamten Behandlungsprozess hinweg koordiniert werden sollen. Ebenfalls begrüssen wir im erläuternden Bericht, dass innerhalb des Programmes andere Leistungserbringer weitergehende Aufgaben in der Koordination und Beratung sowie spezifische Überwachungs- und Behandlungsmassnahmen übernehmen können, die ansonsten ärztliche Leistungen darstellen.</p> <p>Um in einem Programm die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den qualifizierten Fachpersonen zu gewährleisten, müssen alle Berufsgruppen, die die Qualitätskriterien eines Programms erfüllen, dieses Programm anbieten können.</p> <p>Wir schlagen die Änderung des Textes von Buchstabe i vor, da der Begriff 'national oder kantonal organisierte Programme' im Einklang mit dem Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe d, KVG ist.</p> <p>Der Text sollte entsprechend auch im erläuternden Bericht Seite 28 abgeändert werden.</p>	<p>Textänderung:</p> <p>i. Leistungen, die im Rahmen <b>von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht</b></p>

## Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

				Für eine nachhaltige Kostendämpfung ist entscheidend, nicht nur Programme zur Behandlung oder Rehabilitation, sondern auch zur Prävention und Früherkennung (Screening) zuzulassen.	
	32	3		Wir sind nicht einverstanden, dass der Bundesrat weitreichende Delegationsnorm erhält, die Häufigkeit und den Umfang der periodischen Überprüfung der WZW Kriterien zu regeln. Wir warnen davor, die Überprüfungen nur nach dem Kostengünstigkeitsprinzip zu tätigen. Es ist essentiell, dass alle drei Kriterien gleichgewichtet berücksichtigt werden, um die nötige Versorgungsqualität und Patientensicherheit zu garantieren. Qualität kann kurzfristig sogar Mehraufwand (Mehrkosten) generieren, wirkt sich aber mittel- bis langfristig stärker kostendämpfend aus. Die Wichtigkeit dieses Gleichgewichts zeigen auch die interprofessionelle Qualitätszirkel zwischen HausärztInnen und ApothekerInnen, welche ihre Verschreibungspraxis nach den Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit entscheiden und nachweislich eine deutliche Kostendämpfung <sup>15,16</sup> mit gleichzeitig hoher Versorgungsqualität und Patientenzentriertheit zeigen.	Text anpassen: Der Bundesrat regelt die Einzelheiten der periodischen Überprüfung der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit, <del>namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang</del> , wobei alle drei Kriterien stets gleichgewichtet berücksichtigt werden müssen.
	33	3 <sup>bis</sup>		Textanpassung analog zu Art. 25 Abs. 2 Buchstabe i mit der gleichen Begründung wie oben.	[..] Leistungen, die im Rahmen <b>von national oder kantonally organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht [..]</b>
	35	2	o	Wir begrüssen Netzwerke zur koordinierten Versorgung als eigene Leistungserbringer-Kategorie.	

<sup>15</sup> Niquille Charrière A, Ruggli M, Buchmann M, Jordan D, Bugnon O; Impact des cercles de qualité médecins-pharmaciens pour la prescription médicamenteuse entre 1999 et 2010; PrimaryCare 2012;12: no 2

<sup>16</sup> Bugnon O, Jotterand S, Niquille Charrière A, Ruggli M, Herzig L; Cercles de qualité médecins pharmaciens, pour une responsabilité partagée de la liberté de prescription; Rev Med Suisse 2012 ; 8 : 1042-8

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)  
Vernehmlassungsverfahren**

36b	1		<p>Wir unterstützen die Beschreibung der Netzwerke zur koordinierten Versorgung. Dabei sollte das Netzwerk aber keine fixe Einheit bilden, sondern aus einem Kernteam sowie flexibel involvierbaren, weiteren Fachpersonen bestehen, je nach Patientenbedürfnis.</p> <p>Ein Netzwerk kann aus mehreren unabhängigen Einrichtungen (Praxen, Apotheken, Gesundheitsligen, Spitex, etc.) bestehen, die nicht am gleichen Ort sind.</p> <p>Ebenso ist es wichtig, dass der Patient, die Patientin entscheiden kann, wer für die Koordination zuständig ist. Die koordinierende Person muss auch bei Bedarf (Verschlechterung/Verbesserung des Krankheitszustandes) wechseln können, um die optimalen Versorgung sicherstellen zu können.</p> <p>Bei der Netzwerkbildung sollen auch geeignete Leistungserbringer mit Fachexpertise einbezogen werden können, deren Leistungen bisher nicht über die OKP entschädigt wurden.</p> <p>Insofern sollte der Text des erläuternden Berichts Seite 27, erster Abschnitt, entsprechend klarer sein, denn hier wird von einem Koordinationszentrum «unter einem Dach» gesprochen, was in der Praxis möglich ist, aber nicht ausschliesslich sein darf.</p>	
36b	3	b	<p>Insbesondere chronischen und multimorbide Patienten und Patientinnen brauchen ein Netzwerk an Fachpersonal, welche koordiniert miteinander arbeiten, da sie z.T. sehr unterschiedliche Bedürfnisse und entsprechende Behandlungen</p>	<p>Text anpassen und korrigieren (2x «das») b. das Fachpersonal, über welches <del>das</del> das Netzwerk <b>mindestens</b> verfügen muss.</p>

## Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

				<p>brauchen. Insofern sehen wir den Abs. 3 Buchstabe b als Minimalanforderung und nicht als fixe Definition.</p> <p>Die Zulassungsvoraussetzungen für Netzwerke sollen ergänzt werden mit dem aktiven Einbezug der Patientinnen und Patienten. Um die Gesundheitskompetenz zu fördern, ist der Einbezug des Patienten/der Patientin in seine Behandlung essentiell. Dies unterstützt auch das shared decisionmaking. Eine höhere Gesundheitskompetenz kann signifikant zur Kostendämpfung beitragen.</p>	g. der Einbezug des Patienten/der Patientin im Sinne eines Shared Decisionmaking
	40a	1		<p>Es sind schon 70% der Versicherten in einem entsprechenden alternativen Versicherungsmodell (Hausarzt-, Telemedizin-, Apothekenmodell, etc.). Wir bezweifeln, dass ein Obligatorium für die restlichen 30% hier den erwarteten Kostendämpfungseffekt bringt.</p>	<p>Text anpassen:</p> <p>Jede versicherte Person <del>mus</del> <b>kann</b> einen Leistungserbringer wählen, der die Funktion einer Erstberatungsstelle ausübt.</p>
	40a	3	a	<p>Zentral ist der niederschwellige und unkomplizierte Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle Bevölkerungsgruppen. Es braucht genügend Grundversorger/innen, wobei auch nichtärztliche Leistungserbringer geeignet sind, diese Rolle mitzutragen.<sup>17</sup> So triagieren schon heute viele Apothekerinnen und Apotheker ob eine Person an einen Arzt verwiesen werden sollte. Des Weiteren gibt es seit fast 5 Jahren mehrere Versicherungsmodelle, bei denen die Patientinnen und Patienten</p>	<p>Ergänzen durch Buchstabe d:</p> <p>Apothekerinnen und Apotheker mit Weiterbildung in Offizinpharmazie</p>

<sup>17</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung/verstaerkung-bestehender-aktivitaeten-koordinierte-versorgung/rolle-der-apotheken-in-der-grundversorgung-postulat-humbel-koordinierte-versorgung.html> (zuletzt aufgerufen 6.11.2020)

## Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

				<p>zuerst in eine von ca. 400 Apotheken gehen müssen.<sup>18,19</sup> Die Grundversorger/innen sollten möglichst interprofessionell vernetzt sein.</p> <p>Wichtige Voraussetzung ist es, dass der Zugang zur Diagnose nicht verzögert werden darf. Auch bei nichtübertragbaren Krankheiten haben eine verzögerte Diagnosestellung und verzögerte Behandlungen Einfluss auf die Heilungschancen bzw. bedeuten aufwendigere Behandlungen und damit höhere Kosten. Es muss gewährleistet sein, dass die Patientinnen und Patienten gemäss ihren medizinischen Bedürfnissen zeitnah versorgt werden können.</p>	
	40a	7	b	<p>Der Versicherer sollte keine Erstberatungsstelle einem Versicherten zuweisen können, denn gerade sozioökonomisch schlechter gestellte Personen und Personen mit Migrationshintergrund könnten hier benachteiligt werden.</p>	<p>Streichen: <del>b. der Versicherer für Versicherte, die keine Erstberatungsstelle haben, eine solche bestimmen kann.</del></p>
	40c	1		<p>Entscheidend ist, dass angemessene Anreize für die Etablierung neuer Versorgungsmodelle geschaffen werden und genügend Flexibilität möglich ist.</p> <p>Pauschalabgeltungen für eine Erstberatung führen dazu, dass für manche Patientinnen und Patienten die Pauschale zu hoch, für andere aber unter Umständen massiv zu tief angesetzt ist. Gerade für chronisch kranke und multimorbide Patientinnen und Patienten wäre eine Kopfpauschale völlig inadäquat. Pro-Kopf-Pauschalen führen zu falschen Anreizen. Gerade bei komplizierten Fällen mit erhöhtem Behandlungs- bzw.</p>	

<sup>18</sup> <https://www.swica.ch/de/ueber-swica/portrait/medienmitteilungen/2015/medpharm> (zuletzt aufgerufen 6.11.2020)

<sup>19</sup> <https://www.sympany.ch/de/privatkunden/grundversicherung/casamed-pharm.html> und

<https://www.oekk.ch/de/privatkunden/angebote/grundversicherung/telemed-app-partnerapotheke> (zuletzt aufgerufen 6.11.2020)

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)  
Vernehmlassungsverfahren**

				Abklärungsbedarf dürfte die Pauschalvergütung nicht ausreichend sein.	
	40c	2		<p>Es ist nicht nachvollziehbar, dass der Leistungserbringer auch Anspruch auf die Pauschale hat, wenn keine Leistung erbracht wird. Dies ist keine kostendämpfende Massnahme und kann falsche Anreize setzen. So könnten gewisse Leistungserbringer nur Personen annehmen, welche gesund sind und keine Leistungen beanspruchen und die komplizierten, chronisch kranken Personen haben das Nachsehen.</p> <p>Der Satz muss entweder gestrichen werden, oder umformuliert, dass zumindest eine Dossierführung nachweisbar ist. Allerdings muss es dann unterschiedliche Pauschalen geben, eine zur Dossierführung und dann eine weitere für die Erstberatung</p>	Den Abschnitt entweder streichen oder umformulieren. Es darf keine Pauschale geben ohne Inanspruchnahme einer Leistung
	40d	1		Die freie Arztwahl muss immer, also auch bei einem Modell mit Erstberatungsstelle, gewährleistet sein.	
	41a	1		Die freie Arztwahl muss gewährleistet sein. Schon heute schränken gewisse Versicherer die Wahl der Leistungserbringer stark ein. Dies ist gerade für Personen mit sozioökonomisch tieferem Status und Personen mit Migrationshintergrund benachteiligend, denn sie werden mit niedrigen Prämien gelockt und verstehen die Konsequenzen einer solchen Einschränkung oft nicht.	
	42	3ter		Wir begrüssen die elektronische Übermittlung der Rechnung von sämtlichen Leistungserbringern im Sinne der Förderung der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Ausserdem stärkt es das Kostenbewusstsein, die Eigenverantwortung und damit auch die Stellung der Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem.	<p>Wort streichen:</p> <p>Auf Verlangen der versicherten Person übermittelt er sie ihr <del>kostenlos</del> in Papierform.</p>

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)  
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Die Zusendung der Rechnung in Papierform, sollte nicht kostenlos sein. Dies ist heute auch bei anderen Branchen, wie im Bankwesen üblich und fördert die Kostensensibilität sowie das Umweltbewusstsein der Versicherten.</p> <p>Neben der Rechnungskopie sollte der Patient/die Patientin auch die Untersuchungsberichte automatisch erhalten, was die Gesundheitskompetenz und das Patient Empowerment stärkt. Dies ist das Recht eines jeden Patienten/jeder Patientin und auch im nahen Ausland Usus. Allerdings sollte auch Möglichkeit des Opt-out bei der automatischen Zustellung des Berichts bestehen.</p> <p>Für viele Patientinnen und Patienten stellt sich die Herausforderung, die Rechnung zu verstehen. Entsprechende Unterstützungs- und Förderangebote - auch für bildungsferne Schichten könnten die neutralen Patientenorganisationen sowie die von der GELIKO derzeit in Projektphase stehende Organisation einer regionalen Anlaufstelle (REAS) anbieten.</p>	
	54ff		<p>Zu den Kostenzielen ist zu sagen, dass die Erfahrungen aus dem Ausland eher gegen die Festlegung von Kostenzielen sprechen. Diese Massnahme kann die Qualität der Versorgung massiv vermindern, was wiederum eine sehr kurzfristige Sichtweise der Kostendämpfung ist.</p> <p>Statt Kostenziele zu definieren, sollte der Fokus auf Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen gelegt werden, denn diese sind zu wenig im Schweizer Gesundheitswesen verankert und diese werden leider bei Kostensparmassnahmen als Erste abgeschafft. Will man mittel- und längerfristig die Kosten dämpfen bei gleichzeitiger Berücksichtigung des demographischen Wandel und des medizinisch-technologischen Fortschritts, braucht es keine Kostenziele, sondern aktive Mitarbeit aller Stakeholder in der Verbesserung der Koordination</p>	

## Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

				und Qualität der Versorgung, der Digitalisierung sowie der Prävention und Gesundheitsförderung, wobei letztere nicht nur im Aufgabenbereich des Gesundheitswesens liegt, denn Umweltfaktoren sind ein wichtiger Treiber von Gesundheitskosten.	
--	--	--	--	--	--

Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/ Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)  
Vernehmlassungsverfahren**