

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : PULSUS

Abkürzung der Firma / Organisation : PULSUS

Adresse : Lidostrasse 6, 6006 Luzern

Kontaktperson : Prof. Dr. Marcus M. Maassen/ Lic. iur. Hugo Brücker

Telefon : 041 375 35 18

E-Mail : m3@hno-luzern.ch / hugo@bruecker.swiss

Datum : 9. November 2020

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

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; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

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

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	4
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen	9
Weitere Vorschläge	16

Änderung des 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
<p>Fehler! V erweisquelle konnte nicht gefunden werden.PULSUS</p>	<p>PULSUS ist eine Vereinigung aus Ärzten und Therapeuten in der Schweiz. Die Vereinigung PULSUS besteht seit 1983 und setzt sich für eine freie und sozial verantwortbare Medizin ein. 2012 hat PULSUS zusammen mit der FMH und verschiedenen anderen Organisationen die Initiative gegen die Managed Care Vorlage ergriffen und schliesslich das Referendum gegen die Managed Care Vorlage initiiert.</p> <p>PULSUS vertritt die Interessen von Patienten, Ärzten und Therapeuten sowie mehreren Verbänden. Seit mehr als 20 Jahren hat PULSUS regelmässig an Regulierungsbestrebungen und an Vernehmlassungen teilgenommen.</p> <p>Vitales Interesse von PULSUS ist die Erhaltung einer freiheitlichen und sozial verantwortbaren Medizin. Die gute Leistungsfähigkeit des Schweizer Gesundheitswesens soll nachhaltig erhalten bleiben. Dazu ist ein schonender Umgang mit den Ressourcen erforderlich.</p> <p>Schon bei der Ablehnung der Managed Care Vorlage 2012 hat sich gezeigt, dass das Schweizer Stimmvolk gegen eine Einschränkung der freien Arztwahl ist. PULSUS ist nach wie vor der Überzeugung, dass die freie Arztwahl ein wesentliches Qualitätsmerkmal eines leistungsfähigen Gesundheitswesens und von mündigen Patienten ist. PULSUS ist deshalb vehement gegen die in diesem Gesetzgebungsentwurf vorgesehene Einschränkung der freien Arztwahl.</p> <p>PULSUS lehnt ebenfalls die Einführung eines Globalbudget mittels eines Kostendaches dezidiert ab. In der Änderung zum Bundesgesetz vom 18.03.1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung - Paket 2) werden die behördlichen Steuerungselemente und grundlegende Strukturveränderungen in einer Art und Weise angedacht, dass in Zukunft ein auf Tarifpartnerschaft basierendes, freiheitliches und sozial verantwortbares Gesundheitswesen zu grossen Teilen verunmöglicht oder gar abgeschafft wird. Die vorgesehenen, weitreichenden Kompetenzen des Bundesrates werden zu einem reinen Verordnungs-Diktat ohne Einbezug der Leistungserbringer, ja schlussendlich auch der Patienten führen.</p>

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

Haben Sie besten Dank für die Implementierung unserer Kommentare in der Vernehmlassungsauswertung und Berücksichtigung in der Stellungnahme an das Parlament.

Grundsätzliche Positionen von PULSUS zum Kostendämpfung - Pakets 2:

1. Keine verdeckte Steuererhöhung

Die vom Bundesrat vorgesehenen Massnahmen führen zu Zielvorgaben mit einem Kostendach, welches behördlich festgelegt wird und nur sehr träge korrigiert werden kann. Damit wird auf mehreren Ebenen ein Globalbudget gesetzlich verankert, ohne Rücksicht auf Patienten, Leistungserbringer und Entwicklungen im Gesundheitswesen. Dies führt zu einer weiteren Bürokratisierung der Medizin mit weitreichender Depersonalisierung des Arzt-Patienten-Verhältnisses. Zudem werden die vorgesehenen Massnahmen kaum zu echten Einsparungen im Gesundheitswesen führen, denn es ist bis jetzt in keinem anderen Land gelungen, mit Globalbudgets Gesundheitskosten in den Griff zu bekommen. Stattdessen sind die Kosten immer mehr gestiegen, nicht zuletzt durch den Ausbau staatlicher Kontrollinstanzen und behördlicher Strukturen. Auch im Kostendämpfung - Paket 2 würde schlussendlich der Steuerzahler die Kosten der zunehmenden Staatsverwaltung zahlen. Die Qualität der medizinischen Leistungen würde sich in Analogie zu den Ländern, die ähnliche Massnahmen umgesetzt haben, verschlechtern statt verbessern. Wartelisten auf medizinische Leistungen würden unvermeidbar sein und verdeckte Rationierungen würden auch in der Schweiz zur Realität werden. Dadurch wird sich die Qualität des Gesundheitswesens eben nicht verbessern, sondern leider verschlechtern.

2. Kein Globalbudget

Die den Bundesrat beratende Expertengruppe stützt sich auf Kostensenkungsmodelle, wie Sie beispielsweise im Vereinigten Königreich von Grossbritannien, Schweden, Deutschland und den Niederlanden praktiziert werden. Die Expertengruppe beschreibt allerdings nicht die erwiesenen nachteiligen Konsequenzen, die für die Patienten in diesen Ländern teilweise massive Verschlechterungen der Gesundheitsdienstleistungen zur Folge hatten. Ein Vergleich dieser Länder mit der Schweiz ist nicht gerechtfertigt, da hier eine höhere Patientensicherheit und bessere Qualität der medizinischen Leistungen besteht. Beispielsweise gibt es in UK Rationierungen von bestimmten orthopädischen Operationen, sodass ältere, wohlhabende Patienten sich als Selbstzahler ins Ausland begeben müssen, damit Sie dort operiert werden können. Dies führt in England zu einer Zweiklassenmedizin. Derjenige, der sich Operationen leisten kann, lässt diese im Ausland für sich erbringen – derjenige, der nicht über die finanziellen Ressourcen verfügt, wird mit Schmerztabletten behandelt. In Deutschland musste wegen sehr langer und unerträglicher Wartelisten für Facharzttermine sogar eine staatliche Terminvergabe-Koordinationsstelle eingerichtet werden, damit die Patienten keine mehrwöchigen Wartezeiten auf dringende Arzttermine haben. Der Zugang zu fachärztlichen Leistungen ist dort mit

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

einer massiv längeren Wartezeit auf Termine verbunden als in der Schweiz. Dadurch werden Diagnosen verschleppt und erforderliche Therapien oft zu spät eingeleitet. Aktuell ist die Versorgung in der Schweiz immer noch auf einem hohen Niveau und bietet allen Versicherten einen umfassenden und uneingeschränkten Zugang zu medizinisch notwendigen Behandlungen. Es ist nicht nachzuvollziehen, dass die schlechten Erfahrungen im Ausland mit Globalbudgets jetzt durch die Einführung der im Kostendämpfung - Paket 2 vorgesehenen budgetierten Vorgaben auf die Schweiz übertragen werden sollen. Der bisherige gesetzliche Rahmen in der Schweiz ist gut geeignet, um einen regulierten Wettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen sicherzustellen. Würden diese vorgesehenen Massnahmen umgesetzt werden, ist abzusehen, dass auch in der Schweiz Wartelisten auf Facharzt- und Operationstermine resultieren werden, und dabei die Patienten nicht mehr uneingeschränkten Zugang zu ihren nötigen Behandlungen erhalten, was somit auch in der Schweiz schlussendlich die Rationierung medizinischer Leistungen bedeuten würde.

3. Keine Abschaffung der freien Arztwahl

2012 haben die stimmberechtigten Schweizer mit überwältigender Mehrheit von 76% Nein-Stimmen gegen die Einschränkung der freien Arztwahl gestimmt. Die Vereinigung PULSUS war damals an führender Stelle beteiligt am Referendum gegen die Managed Care Vorlage. Mit der jetzt vorgeschlagenen Massnahme einer Erstberatungsstelle für medizinische Konsultationen wird de facto die freie Arztwahl erheblich eingeschränkt. Bereits heute sind 70% der Schweizer Bevölkerung in Versorgung-Netzwerken angeschlossen. Es ist sehr wahrscheinlich, dass die Schweizer Bevölkerung auch 10 Jahre nach der Managed Care Abstimmung gegen eine Abschaffung der freien Arztwahl stimmen würde, weil der Zugang zur einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung individuell massiv eingeschränkt wird. Das Kostendämpfung - Paket 2 entmündigt die Bürger bei der freien Arztwahl und führt zu Regulierungen, in der die Kostenentwicklung zunehmend prioritär wird. Bürokratische Zahlen und Vorgaben werden das ärztliche Gespräch leider immer mehr beeinflussen zum sicheren Nachteil der Patienten.

4. Keine postulierte Qualitätsverbesserung

Die von der Expertenkommission postulierten qualitätsverbessernden Massnahmen des Kostendämpfung - Pakets 2, haben in den Ländern, in denen sie implementiert wurden (UK, NL, D), nicht zu einer Qualitätsverbesserung geführt. In diesen Ländern existiert bereits ein Kostendach und ein Globalbudget. Die Ressourcen für kostenintensive Behandlungen wie z.B. die Behandlung auf Intensivstationen sind in Grossbritannien wesentlich geringer als in der Schweiz. Gerade in Zeiten einer Pandemie ist es jedoch wichtig, dass ausreichende Ressourcen zur Verfügung stehen. Einer der kostenintensivsten Faktoren im Gesundheitswesen sind die Personalkosten. International zeigt sich eine Knappheit an gut ausgebildetem medizinischem Pflegepersonal und auch ärztlichem Personal. Würde ein Kostendach realisiert werden, müsste man bei den Personalkosten ansetzen, Löhne und Vergütungen reduzieren. Die Schweiz würde ein Abwandern von Fachkräften riskieren. Wenn diese Fachkräfte nicht mehr in genügendem Masse zur Verfügung stehen, wird das unweigerlich zu einer Verschlechterung der Qualität der Behandlungen führen. Das Kostendämpfung

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

- Paket 2 wird sogar finanzielle Mittel der Patientenbehandlung entziehen und in die staatliche Zusatzregulierung umverteilen. Ein Kostendämpfung - Paket 2, das die Verwaltungskosten in die Höhe treibt, die medizinische Qualität jedoch reduziert, lässt sich nicht rechtfertigen.

5. Kein ungebremstes Wachstum der Gesundheitskosten

Das Kostenwachstum der Gesundheitskosten betrug 2017 2.6%. Damit lag das Kostenwachstum unter dem Zielwert der Vorlage. Somit findet bereits durch die bisher eingeleiteten Massnahmen des Bundesrates eine Kostendämpfung statt. Die bisherige Entwicklung der Gesundheitskosten bei gleichzeitig bestehender hoher Versorgungsqualität rechtfertigen daher nicht einen Systemwechsel in Richtung Globalbudget und weitergehenden staatlichen Regulierungen.

6. Kein Ausbau der Staatsmedizin

Die neuen Kompetenzregelungen sind sehr weitreichend und erlauben einen umfassenden behördlichen Gestaltungsspielraum. Zentral ist, dass durch das Kostendämpfung - Paket 2 die staatlich gelenkte Medizin ausgebaut wird durch neue Gesetze und Verordnungen, die alle genau und konsequent in diese Richtung zielen. Dies ist schlussendlich mit verdeckten Mehrkosten für den Steuerzahler verbunden.

7. Massnahmen zur Kostendämpfung widersprechen sich selbst

Die zu erwartenden Kosteneinsparungen sind nicht präzise spezifiziert. Auf Seite 86 des Berichtes wird der Umfang der Kosteneinsparungen auf mehrere Millionen Franken bzw. bis zu einer Milliarde Franken geschätzt. Allein schon die Spanne von mehreren Millionen Franken bis zu einer Milliarde zeigt, dass die Schätzungen keine hohe Prognosequalität haben. Die Annahme, bis zu einer Milliarde Franken durch den geplanten Systemwechsel einsparen zu können ist nicht begründet. Im internationalen Vergleich gibt es wie schon gesagt keine Beispiele, dass durch ein Globalbudget Kosten gesenkt werden konnten. In allen Ländern der Welt - auch solchen mit Globalbudget - sind die Gesundheitskosten ähnlich gestiegen. Es widerspricht sich doch, einerseits eine Milliarde Franken Kosten sparen zu wollen und andererseits, massive Zusatzkosten zu verursachen in der Verwaltung durch Ausbau der behördlichen Infrastruktur, der Kontrollmechanismen und der dadurch ausgelösten Erhöhung der administrativen Personalkosten. Es ist vielmehr zu erwarten, dass nach Abzug dieser zusätzlichen Ausgaben kaum Kosten im Gesundheitswesen eingespart werden. Wenn nicht glasklar begründet werden kann, dass tatsächlich Kosten gedämpft werden, lässt sich das Kostendämpfung - Paket 2 mit seinen schweren Nachteilen für die Patienten und die Struktur des Gesundheitswesens niemals rechtfertigen. Wir denken, die Vorlage ist ein Mogelpaket, das den Patientinnen und Patienten unter dem Vorwand der Kostendämpfung Sand in die Augen streut, damit sie nicht sehen, dass langfristig nur sie und ihre Ärzte die Verlierer sein werden.

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

	PULSUS bedankt sich für die Berücksichtigung der oben genannten Argumente.

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

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
PULSUS	32	3		Das aktuelle Regelwerk der WZW-Kriterien besteht und hat sich bewährt. PULSUS ist gegen einen WZW-Überprüfungsmechanismus, der Begründungen für zusätzliche Kostensenkungen liefern sollte. Der Nutzen dieses neuen Mechanismus ist zu vage. Die administrativen Kosten stehen nicht im Verhältnis zum Nutzen. Bei menschlichem Leid ist Wirtschaftlichkeit immer ein zu relativer Parameter. Das wird ein Betätigungsfeld für medizinische Schreibtischtäter!	
PULSUS	33	3bis		Nach Art. 33 erhält der Bundesrat die Kompetenz, die Leistungen, die im Rahmen von ärztlich geleiteten strukturierten Programmen nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe i erbracht werden dürfen, zu definieren. Er regelt überdies die Voraussetzungen für die Durchführung der Programme. Der Bundesrat soll nicht alleinige Kompetenz der Leistungsbezeichnung haben. Daher ist PULSUS vehement gegen diesen Absatz.	
PULSUS	36b	3	b	«Der Bundesrat legt die Zulassungsvoraussetzungen fest, welche die Netzwerke zur koordinierten Versorgung erfüllen müssen»: Dies bedeutet eine massive Erweiterung der Kompetenz des Bundesrats, ein Einschnitt in die Freiheit und in die Selbstverwaltung der Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerken. Der Bundesrat erhält die Machtbefugnis, «die Koordination der Leistungen über die gesamte Versorgungskette» festzulegen. Dieses ist faktisch ein Systemwechsel zu einer definitiv staatlichen Überregulation. PULSUS lehnt daher diesen Artikel ab.	

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

PULSUS	36b	3	e	<p><i>Die vom Bundesrat an die Zulassung geknüpften Voraussetzungen umfassen «Führungsinstrumente, wobei diese alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen.»</i></p> <p>Mit diesem Artikel erhält der Bundesrat die Befugnis, massiv in die operationelle Unternehmensführung einzugreifen. Dadurch wird die staatliche Regulation verdichtet und damit werden schlussendlich die Erbringerkosten deutlich erhöht. Es wird zunehmend unattraktiver, eine Arztpraxis zu führen. Versorgungsnetzwerke würden einer noch stärkeren staatlichen Regulierung unterliegen. Die bisherige Formulierung erlaubt einen sehr weit reichenden Daten-Abgriff. Der Datenschutz ist nicht mehr genügend gewährleistet. PULSUS lehnt diesen Absatz daher ab.</p>
PULSUS	40a	1		<p><i>«Jede versicherte Person muss einen Leistungserbringer wählen, der die Funktion einer Erstberatungsstelle ausübt.»</i> Die freie Arztwahl wird damit für OKP-Versicherte praktisch abgeschafft. Das Stimmvolk hat sich Jahr 2012 gegen eine Einschränkung der freien Arztwahl ausgesprochen. PULSUS ist vehement gegen die Einschränkung der freien Arztwahl.</p>
PULSUS	40a	3	c	<p><i>«Die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben können:</i></p> <p><i>a. Ärzte und Ärztinnen mit folgenden Weiterbildungstiteln:</i></p> <p><i>1. Allgemeine Innere Medizin,</i></p> <p><i>2. Kinder- und Jugendmedizin,</i></p> <p><i>3. praktische Ärztin oder praktischer Arzt;»</i></p> <p>Würde die Erstberatungsstelle so umgesetzt, wäre dies eine massive Diskriminierung der Spezialisten gegenüber den Allgemeinmedizineren. Dieser Artikel ist daher einseitig, unfair und gegen eine gesundheitspolitische Solidarität in der Schweiz. Daher lehnt PULSUS diesen Absatz vehement ab.</p>

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

PULSUS	40a	4		<p>«Die Kantone führen eine Liste der Leistungserbringer, die ihre Tätigkeit auf ihrem Gebiet ausüben und die bereit sind, die Funktion einer Erstberatungsstelle zu übernehmen (kantonale Liste der Erstberatungsstellen).» Die vom Kanton definierten Zulassungsvoraussetzungen für die Erstberatungsstellen sind völlig unklar. Es ist jedoch zu erwarten, dass zusätzliche kantonale Stellen geschaffen werden müssen, damit der staatliche Interventionismus ausgebaut noch mehr ausgebaut werden kann. Daher lehnt PULSUS diesen Absatz ab.</p>	
PULSUS	40a	6		<p>«Ist der Leistungserbringer bereit, für die versicherte Person diese Funktion auszuüben, so bestätigt er ihr dies.» Das Format dieses Artikels ist geeignet, einer sozial nicht zu verantwortenden Patientenselektion Vorschub zu leisten. Sollte eine Ablehnung von Patienten möglich sein, würde dies zu einer Patienten- und damit Risikoselektion führen und ist daher als unethisch abzulehnen. Dieser Absatz wird daher von PULSUS abgelehnt.</p>	
PULSUS	40a	7	a	<p>«Der Bundesrat regelt die Voraussetzungen, unter denen:</p> <p>a. die versicherte Person ihre Erstberatungsstelle wechseln kann;</p> <p>b. der Versicherer für Versicherte, die keine Erstberatungsstelle haben, eine solche bestimmen kann. «</p> <p>Wie ein Wechsel der Erstberatungsstelle erfolgen kann, wird nicht definiert. Statt bei den Patienten auf Eigenverantwortung zu setzen, wird der Patient bevormundet und einem bundesrätlich definierten Erstberatungszwang ausgesetzt. Es ist mehr als fraglich, ob diese Massnahme auch in ländlichen Gebieten umgesetzt werden kann. Auch bezweifelt PULSUS, dass es der Qualität des Schweizer Gesundheitswesens dienlich ist, die Regulierungskompetenz des Bundesrates und damit der Verwaltung derartig auszudehnen. Daher lehnt PULSUS diesen Absatz ab.</p>	
PULSUS	40c	1/2		<p>«Der Versicherer vergütet den Leistungserbringern für jede versicherte Person, für die sie die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben, eine jährliche Pauschale.</p>	

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

				<p><i>Der Leistungserbringer hat auch dann Anspruch auf die Pauschale, wenn die versicherte Person seine Leistungen nicht in Anspruch nimmt.»</i></p> <p>Obwohl das Stimmvolk 2012 die Managed Care-Vorlage eindeutig abgelehnt hat, würde mit diesem Artikel ein System einer Kopfpauschale eingeführt, die klassische Züge eines Managed Care-Systems hätte. Ein derartiges System profitiert von einer grossen Anzahl gesunder Patienten, weil damit eine Leistungspauschale in Anspruch genommen werden kann, ohne eigentliche Leistungen zu erbringen. Eine Leistungspauschale pro Kopf ohne eine Leistung zu erbringen, widerspricht dem Ziel einer Kostensenkung. Die Folgen werden sein, dass ältere und chronisch Kranke diskriminiert werden. Nach der Einschätzung von PULSUS ist dieser Artikel sozial nicht verantwortbar und missachtet den Volkswillen. Daher lehnt PULSUS diesen Absatz vehement ab.</p>	
PULSUS	40c	3		<p><i>«Der Bundesrat legt nach Anhören der Tarifpartner die Höhe der Pauschale fest.»</i></p> <p>Völlig unklar ist indes die Grössenordnung der Höhe der Pauschale. Es wird eine Regulierung vorangetrieben, deren finanzielle Auswirkungen völlig unklar sind und deren rechtliche Risikoabschätzung nicht in hinreichendem Masse geprüft wird. Das Prinzip der Partnerschaftlichkeit wird aufgehoben zu Gunsten behördlicher Tarifiediktate. Das Anhören der Tarifpartner ist nur ein lächerliches Feigenblatt zur Kaschierung der neuen behördlichen Kompetenzen. Daher lehnt PULSUS diesen Artikel ab.</p>	
PULSUS	40c	4		<p><i>Der Bundesrat «bezeichnet die Leistungen, die mit der Pauschale als abgedeckt gelten».</i> PULSUS vertritt die Rechtsauffassung, dass es nicht Sache des Bundesrates sein sollte, unabhängig vom aktuellen Leistungskatalog einen ausserplanmässigen Sonderleistungskatalog zu definieren. Aus diesem Grund lehnt PULSUS diesen Artikel ab.</p>	
PULSUS	41 - 42			<p><i>«Die Versicherten können ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer, einschliesslich der Erstberatungsstelle, beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt (Art. 62 Abs. 1 und 3).</i></p>	

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

				Mit diesem Absatz würde die freie Arztwahl definitiv ausgehebelt, weil den Versicherern die Entscheidungsbefugnis zukommen wird, welcher Arzt zu welchen Konditionen auf die Auswahlliste aufgenommen werden wird.	
PULSUS	48a			<p>«Die Tarifpartner vereinbaren Pauschalen nach Artikel 43 Absatz 3 zur Vergütung:</p> <p><i>a. der Leistungen, die die Netzwerke zur koordinierten Versorgung anbieten»</i></p> <p>Von den Pauschalen würden medizinische Anbieter profitieren, die über viele Netzwerkpartner verfügen. Durch den Skalierungseffekt würden Pauschalen für wenig Leistung angeboten werden. Dies wird zu einer Wettbewerbsverzerrung gegenüber den Einzelpraxen und Kleinunternehmen führen. In Analogie zu den Managed-Care-Systemen werden die Grossanbieter profitieren, die eine Koordinierungspauschale erhalten, bei denen jedoch keine älteren oder chronisch kranken Patienten behandelt werden. Diese Massnahme ist sozial nicht verantwortbar und führt zu einem Qualitätsverlust. PULSUS spricht sich daher gegen diesen Absatz aus.</p>	
PULSUS	54			<p>«1 Der Bundesrat legt fest, um welchen Prozentsatz die Kosten der Leistungen nach diesem Gesetz im Vergleich zum Vorjahr höchstens ansteigen dürfen (Kostenziele)</p> <p><i>a. für die gesamten Leistungen in der Schweiz;</i></p> <p><i>b. für die einzelnen Kostenblöcke (Art. 54a) in der Schweiz.</i></p> <p>2 Gestützt auf die Kostenziele nach Absatz 1 legt er fest:</p> <p><i>a. das Kostenziel für jeden Kanton für die gesamten Leistungen;</i></p> <p><i>b. eine für alle Kantone einheitliche Toleranzmarge, um die diese von den Kostenzielen nach Buchstabe a abweichen können. «</i></p> <p>Die als Kostenziel beschriebenen Massnahmen führen in der Konsequenz zu einem Globalbudget. Aus den Erfahrungen in den Niederlanden, Grossbritannien und Deutschland</p>	

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

				<p>könnte die Schweiz lernen, dass Globalbudgets immer mit Rationierungen der medizinischen Leistungen einhergingen und der Einführung von Wartelisten auf Behandlungsmassnahmen.</p> <p>Würden die oben genannten Massnahmen Inkrafttreten, wäre dies eine Abkehr von einem qualitativ hochwertigen und sozial verantwortbaren Gesundheitssystem in der Schweiz.</p> <p>Daher käme die Annahme des Artikels 54 einem radikalen Systemwechsel gleich. Ein qualitativ hochstehendes Gesundheitswesen, welches auch in Krisenzeiten im internationalen Vergleich einen hohen Qualitätsstandard hat, wird durch ein gedeckeltes Zwangsbudget in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt. PULSUS ist prinzipiell gegen die Einführung eines Globalbudgets. PULSUS ist auch gegen die vertikale Einführung nationaler, kantonaler oder fachgruppenspezifischer Budgets. Die Solidarität im Gesundheitswesen steht auf dem Spiel, weil auf unterschiedlichen Ebenen die Leistungserbringer gegeneinander ausgespielt werden.</p> <p>Die vorgesehenen Massnahmen in Art. 54 führen hingegen zu einer Entsolidarisierung im Gesundheitswesen und auch mit anderen Organisationen, die sich für eine sozial verantwortbare Medizin einsetzen. PULSUS lehnt diesen Artikel vehement ab.</p>	
PULSUS	54	e		<p><i>«Der Bundesrat setzt eine eidgenössische Kommission für Kostenziele ein»</i></p> <p>Auf der einen Seite sollen Kosten gespart werden, auf der anderen Seite wird eine neue Kommission eingesetzt, die wiederum eine neue Infrastruktur und eine neue personelle Ausstattung und Zukunftsausstattungen benötigt. Die staatliche Medizin und deren Administration werden damit ausgebaut. Kostenziele zu erarbeiten bedeutet schlussendlich eben doch behördlich-diktatorische Massnahmen auszuarbeiten, um gewachsene medizinische Bedürfnisse herunter zu regulieren und damit die Arbeit am Patienten einzuschränken. Es werden somit finanzielle Mittel dem Gesundheitswesen entzogen, die eigentlich für die Patientenversorgung benötigt werden. Völlig unklar ist, inwieweit dieser administrative Kostenfaktor seine Berücksichtigung findet in den postulierten Einsparmöglichkeiten von einer Milliarde Franken Die Vereinigung PULSUS lehnt daher den Art. 54 ab.</p>	

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

--	--	--	--	--	--	--

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

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Fehler! V erweisquelle konnte nicht gefunden werden.			