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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation	: Zürcher Fachgesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
Abkürzung der Firma / Organisation	: ZGPP
Adresse	: Nordstrasse 15, 8006 Zürich
Kontaktperson	: ZGPP Vorstand Dr. med. Rosilla Bachmann Heinzer, Präsidentin Dr. med. Anouk Gehret
Telefon	: 044 396 61 96
E-Mail	: rosilla.bachmann@hin.ch, praesidium@zgpp.ch
Datum	: 16.11.2020

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht _____ **4**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ **8**

Weitere Vorschläge _____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen: _____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
ZGPP	**<u>Kosten unserer Gesundheitswesens</u>** • Im internationalen Vergleich mit anderen Gesundheitssystemen scheint die Schweiz mit einem Ausgabenanteil am Bruttoinlandprodukt (BIP) von 12 % eines der teuersten Gesundheitssysteme zu sein. Wenn man aber die obligatorischen und staatlichen Gesundheitsausgaben betrachtet, beträgt der Anteil am BIP nur 7.8%, gleichauf mit den staatlichen und obligatorischen Gesundheitskosten in Österreich und Belgien und tiefer als die Niederlande, Deutschland, Dänemark, Norwegen, Frankreich, Schweden und Japan[1]. • Reiche Volkswirtschaften geben in Relation zum Einkommen mehr für ihre Gesundheitsversorgung aus, Länder mit geringerem Wohlstandsniveau einen geringeren Anteil ihres BIP. Nimmt das BIP eines reichen Industriestaates wie der Schweiz zu, steigt der Anteil der Gesundheitsangaben am BIP. Der Gesundheitsversorgung kommt somit in reichen Staaten wie der Schweiz ein höherer Stellenwert zu, in diesen Ländern ist die Gesundheitsversorgung qualitativ besser und zugänglicher[2]. • Die Haushaltsbudgeterhebungen des Bundesamtes für Statistik[3] zeigen, dass sich die Budgetsituation der Haushalte seit 2006 verbessert hat. Das heisst, ein durchschnittlicher Haushalt hatte 2017 nach Abzug aller Ausgaben mehr Geld zur Verfügung als 2006 mit einem Anstieg der Ersparnis von 9.9% auf 14.4%. Der Anteil der Gesundheitsausgaben (obligatorische Krankenkassenprämien, Zusatzprämien, Out-of-Pocket) am Bruttoeinkommen ist zwischen 2006 und 2017 konstant geblieben. Der durchschnittliche Haushalt gibt also nicht mehr für die Gesundheitsversorgung aus und hat am Ende des Monats einen grösseren Anteil seines Bruttoeinkommens zur Verfügung. Dies widerspricht der Argumentation des Bundes, die Kosten des Gesundheitswesen würden einen immer grösseren Teil des Haushaltsbudgets ausmachen und damit die Massnahmen zur Kostendämpfung rechtfertigen. • Die Gesundheitskosten in der Schweiz werden zu 65% von den privaten Haushalten finanziert. Den grössten Anteil davon entrichten sie an die Sozialversicherungen (inkl. Grundversicherung), fast 25% der Gesundheitskosten wird von der Bevölkerung direkt für Leistungen bezahlt, die nicht von den Krankenkassen gedeckt sind wie Franchisen und Selbstbehalt (Out-of-Pocket-Zahlungen). Ca 29% wurden durch die öffentliche Hand (Gemeinden, Kantone, Bund) finanziert [4]. • Ein wichtiger, nicht zu übersehbarer Punkt in dieser Diskussion ist, dass zwar die Gesundheitskosten in der Schweiz teuerungsbereinigt um rund **86%** angestiegen sind (1996-2020), sich aber im gleichen Zeitraum die mittleren Prämien der Grundversicherung stärker, nämlich um **104%** erhöht haben[5].

	Nutzen und Qualität unseres Gesundheitswesens • Im internationalen Vergleich wird die medizinische Versorgung in der Schweiz mit 66% am häufigsten als hervorragend oder sehr gut beurteilt[6]. Gemäss einer INFRAS-Studie (im Auftrag der Ärztegesellschaft des Kantons Zürich) haben 89 % der Befragten[7] in der Schweiz haben eine Hausärztin oder einen Hausarzt oder ein Gesundheitszentrum, die sie als erstes aufsuchen bei gesundheitlichen Problemen. 54.2% der Befragten haben in den zwei Jahren vor Befragung eine Spezialisten aufgesucht. Es ist anzunehmen, dass ein relevanter Anteil dieser Konsultationen bei Spezialisten bei Psychiatern/Psychiaterinnen erfolgten. Psychiater sind zwar Spezialisten, aber aufgrund der Prävalenz psychischer Erkrankungen und der Verschiebung auf die ambulante Versorgung zählen sie zu den Grundversorgern für die psychische Gesundheit der Bevölkerung. • Gesamteuropäisch ist die Schweiz bezüglich Zugang zu medizinischen Leistungen an der Spitze. Unsere Wartezeiten bspw. für Termine innerhalb von weniger als einem Monat beim Hausarzt oder Psychiater oder für auch operative Eingriffe sind am kürzesten. In der politischen Diskussion um Kosten und Qualität werden immer wieder Vergleichsländer wie Deutschland und Grossbritannien zitiert, die aber bezüglich Wartezeiten schlecht abschneiden. • Der Nutzen unseres Gesundheitssystems wirkt sich unmittelbar auf die Lebensdauer der Bevölkerung aus. Die vermeidbare (sprich vorzeitig vom Gesundheitsversorgungssystem potenziell beeinflussbare) Sterblichkeit (Treatable Mortality Rate) ist im OECD-Vergleich mit 0.053% auf 100'000 Einwohnern der absolut tiefste Wert[8]. • Der uneingeschränkte und zeitnahe Zugang macht aber die Qualität eines Gesundheitswesens aus. Es ist äusserst relevant wie lange jemand mit einer Erkrankung auf eine Behandlung warten muss. Die Folgen bei langer Wartezeit sind direkte Kosten bei Verlaufsverschlechterungen, notfallmässige stationäre Behandlungen und Chronifizierungen und somit zeitverzögert intensivierte Arzt- oder Spitalbesuche, aber auch indirekte Kosten durch Arbeitsausfälle oder Pflege von Angehörigen. usw. Bei psychischen Erkrankungen sind nur 27% direkte Kosten versus 73% indirekte Kosten[9]. **Das bedeutet, der uneingeschränkte und zeitnahe Zugang hilft zusätzliche Kosten zu vermeiden.** • **Die frühzeitige und angemessene Erkennung und Behandlung von psychischen Erkrankungen** hat volkswirtschaftlich gesehen Gewicht, da sie zur Verminderung von Arbeitsausfällen, Chronifizierungen, IV-Berentungen und frühzeitigen Pensionierungen, zu Verbesserung von Verlauf und Prognose und insgesamt zu einer Reduktion der indirekten und direkten Kosten und somit der gesamten Kosten führt. Gemäss WHO ergibt jeder Dollar, der für die Behandlung von Ängsten und Depressionen investiert wird, vier Dollar Gewinn in Form von besserer Gesundheit und höherer Arbeitsproduktivität[10]. • Im Vergleich zum Jahr 2010 ist 2016 der Anteil an Befragten, die zufrieden sind mit dem Gesundheitssystem und dessen Abläufen und **nur geringfügige Änderungen** wünschen, von 46.4% auf 58.6% gestiegen[6]. • und last but not least: dies alles in einem Gesundheitssystem, dass an 3. Stelle weltweit ist bezüglich Qualität und zu dem US-Ökonomin Elisabeth Teisberg in ihrer Studie[11] rät, im CH-System keine Gesundheitsreformen mit dem Ziel der Kostenreduktion zu verfolgen, da diese

	die Kosten noch mehr aufblähen würden. **<u>Fazit Kosten versus Qualität/Nutzen des Schweizerischen Gesundheitswesens</u>** Die Schweiz hat eines der qualitativ hochwertigsten Gesundheitsversorgungssysteme weltweit mit einer guten Kosten-Nutzen-Rechnung, die Schweizer Bevölkerung profitiert von den Leistungen dieses Gesundheitswesens, aber zahlt auch einen Grossteil der Kosten aus eigener Tasche (Out-of-Pocket, private Haushalte) . ***Die Kostendämpfungsmassnahmen bringen für die Bevölkerung einen grossen, unfreiwilligen Nutzenverlust und Qualitätsverlust mit sich vor allem in der ambulanten Gesundheitsversorgung, genau dort, wo die Bevölkerung den grössten Nutzen sieht.***
ZGPP	**Die Haltung der Bevölkerung bezüglich Massnahmen zur Kostensenkung** 87% der Bevölkerung hatten in einer gesamteuropäischen Umfrage 2018[12] eine sehr positiven oder eher positiven Eindruck vom Gesundheitswesen, dies zeigt eine hohe Akzeptanz des vor 22 Jahren eingeführten Krankenversicherungsgesetzes (KVG) in der Schweizer Bevölkerung. 73 % der Bevölkerung wollen auf keinen Fall, dass es keine freie Arztwahl mehr gibt[13] (Gesundheitsmonitoring 2019), auch ist im Vergleich zu den Vorjahren die Bereitschaft der Bevölkerung, auf die freie Spitalwahl zu verzichten auf 58% und der Anteil keine Therapiefreiheit zu haben auf 47% gesunken. Unterlegt wurde diese Haltung 2014 von der stimmberechtigen Bevölkerung mit der klaren Ablehnung der «Volksinitiative für eine öffentliche Krankenkasse».
ZGPP	**Haltung der Angehörigen der Gesundheitsberufe gegenüber den Massnahmen zum Kostendämpfungspaket** Analog zum Kostendämpfungspaket 1 richtet sich auch das Kostendämpfungspaket 2 **vor allem gegen die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte,** aber auch gegen die **Ärztinnen und Ärzte, die im stationären Bereich** tätig sind (siehe Bemerkungen zu Artikel 41). Die freie Arztwahl und der direkte Zugang ist besonders in der ambulanten psychiatrischen Gesundheitsversorgung zentral (siehe Bemerkungen zu Artikel 40a-d Erstberatungsstelle). Der freie Berufsstand der praktizierenden Ärzteschaft ist mit der Globalbudgetierung sowie auch mit der Unterordnung der Behandlung seiner Patienten an irgendwelche Kostenziele und Schaffung von Erstberatungsstellen bedroht. Bei schon ausgeprägtem Nachwuchsproblemen in der Ärzteschaft würde sich dieses noch verschärfen, da die Möglichkeiten der Berufsausübung -ambulant versus stationär- beschnitten wären. Dies bei einer klaren Zielvorgabe des Bundes, dass die ambulante Versorgung unbedingt verbessert und ausgebaut werden soll.

ZGPP	**Vertrauensverhältnis Arzt-Patient-Verhältnis und Kernaufgaben des Gesundheitsversorgungssystems** Versicherte in der OKP haben Anspruch auf volle Leistung ohne Deckelung. Die Versicherungen sind verpflichtet zu zahlen, wenn der Schaden eintritt. Die Deckelung soll nun dadurch erreicht werden, dass Leistungen von Ärztinnen und Ärzten gar nicht erbracht werden und auf diese Weise Patientinnen und Patienten vorenthalten werden. Der wichtigste Befund der INFRAS-Studie[7] der AGZ (Aerztegesellschaft des Kantons Zürich) von 2019 zeigt dass ein schlechtes Arzt-Patient-Verhältnis eine schlechte Versorgung bedeutet. Unser Anliegen ist es, allen Patientinnen und Patienten auf Augenhöhe zu begegnen und gemeinsam mit den Patienten in voller Transparenz und im besten Wissen und Gewissen die richtige und benötigte Behandlung anzubieten. Die gleichzeitige Doppelrolle des Rationierers und Behandlers ist für uns Ärztinnen und Ärzten gesetzlich und ethisch nicht vertretbar und gefährdet die Grundversorgung und Gesundheit der Patientinnen und Patienten. Damit unser Gesundheitswesen weiterhin qualitativ hochwertig bleibt, sind die Kernaufgaben des Gesundheitsversorgungssystems, sich an den Bedürfnissen der Patienten und Patientinnen zu orientieren, die unsere Leistungen benötigen, und die Voraussetzungen zu schaffen, dass die in den Gesundheitsberufen tätigen Menschen diese Leistungen unter guten und fairen Bedingungen und mit weiterhin guter Qualität erbringen können.
ZGPP	Das BAG zitiert auf seiner Homepage vergleichende Studien und Analysen unseres Gesundheitssystems[14] und beschreibt als eine Schwäche mit Verbesserungspotential «die Komplexität und beschränkte Transparenz des Gesundheitssystem, Zersplitterung und manchmal Inkohärenz der Leistungen auf Gemeinde-, Kantons- und Bundesebene». Dies ist im Widerspruch zu den vorgeschlagenen Massnahmen zur Kostendämpfung, die mit Kostenzielen und Globalbudget die vorgeschlagenen Netzwerke zur koordinierten Versorgung sowie die Erstberatungsstellen mit einem massiven administrativen Aufwand erhöhen würden. **Massiver administrativer Mehraufwand aufgrund der vorgeschlagenen Massnahmen:** • da wirtschaftliche Entwicklung, Demographie, Morbidität und medizinischer Fortschritt sogar im Nachhinein schwer zu quantifizieren sind, wird es für das BAG umso schwieriger und aufwändiger sein, Kostenprognosen und deren gesetzlich geforderten Überprüfungen zu bewältigen • die Kantone wären mit einem massiven bürokratischen Mehraufwand beschäftigt, die Ziele pro Kostenblock zu regeln und zu definieren und eigene Kostengrenzen festzulegen. In ihrer Verpflichtung, verschiedene Akteure anzuhören und in ihrer Verantwortung für das Reporting an das BAG würde dies auch massive administrative Aufwände mit sich bringen. Die Kantone dürften mit diesen neu implementierten Korrekturmassnahmen willkürlich den Kostenanstieg und das Kostendacht pro Fachgesellschaft festzulegen. Dies wäre das klassische Modell der Planwirtschaft.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
ZGPP	21	2		Die ZGPP spricht sich nicht gegen die Erhebung und die Weitergabe von Daten in aggregierter Form aus, solange sie sachdienlich der Umsetzung des KVG dienen. Wir lehnen jedoch den vorgeschlagenen Artikel ab, der das BAG und den Bundesrat ermächtigt, die Daten zudem pro versicherte Person und auch pro Leistungserbringer zu erheben. Es gibt keine wissenschaftlich angemessene Begründung, dass die aggregierten Daten für die Überprüfung der Kostenentwicklung, zur Analyse der Wirkung des Gesetzes und den daraus resultierenden Entscheidungsgrundlagen sowie zur Evaluation des Risikoausgleichs sowie zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität im Bereich der Arzneimittel, Mittel und Gegenstände nicht ausreichen sollten. Die parlamentarische Initiative 16.411 sieht explizit vor, dass Daten in aggregierter Form zu liefern sind, um Rückschlüsse auf persönliche Informationen der Versicherten zu verhindern. Die Anonymität der Versicherten und der Schutz der individuellen Daten ist bei der Weitergabe pro versicherter Person *nicht* gewährleistet. Eine Datenerhebung mit Daten pro Versicherter sollten nicht als Entscheidungsgrundlage für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung benötigt werden. Grundsätzlich können Daten in aggregierter Form sowie Daten pro Versicherter als Durchschnittswerte keine klare Aussage über die *Qualität* der durchgeführten Behandlungen und deren *Notwendigkeit* geben, vor allem nicht im ambulanten Setting von Haus -und Kinderärztinnen- und ärzten sowie Psychiaterinnen und Psychiatern, die oft ein	Streichung von 3. Satz in Abs.2 von AÜrt. 21

				Patientenklientel behandeln mit schweren oder chronischen Verläufen mit hohem Aufwand. Daten solcher Patienten können in keiner Weise ein Indikator sind für die *Zweckmässigkeit* der Behandlung oder als Entscheidungsgrundlage dienen, ob die Kosten gerechtfertigt sind. Für Tarife gilt grundsätzlich, dass sie der Tarifautonomie unterliegen. Eine Datenerhebung von nicht anonymisierten Daten dient der subsidiären Kompetenz des BR in Bezug auf Tarife nicht mehr als die aggregierten Daten. Die Datenerhebung sollte generell zentral durch das Bundesamt für Statistik erfolgen analog zur bewährten Erhebung von Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren (MAS).	
ZGPP	32	3		Wir lehnen die vorgeschlagene systematische periodische Überprüfung der WZW-Kriterien durch den Bundesrat, namentlich die Festlegung ihrer Häufigkeit und ihres Umfang durch den Bundesrat, ab. Die WZW-Kriterien werden bereits heute durch die Versicherer angewendet, auch heute schon werden periodische Überprüfungen durchgeführt, basierend auf dem aktuell geltenden Vertrauensprinzip bei den ärztlichen Leistungen. Dieses geht davon aus, dass die Ärztinnen und Ärzte Leistungen erbringen, die den WZW-Kriterien entsprechen mit offenem Leistungskatalog. In den aktuellen Erläuterungen werden vom Bundesrat keine Angaben über die Ausgestaltung und Finanzierung eines solchen systematischen Überprüfungssystems gemacht, dass angewendet werden soll um eine Überarztung zu erfassen, die nicht besteht. Eine Systematisierung der schon bestehenden Überprüfungsmöglichkeiten der WZW-Kriterien braucht es nicht und sie würde zu erheblichen Zusatzkosten führen ohne wesentliche Kosteneinsparungen.	Streichung von Art. 32, Abs. 3 Art.32, Abs. 1 und 2 in Kombination mit Art. 43, Abs. 6 KVG genügen.

ZGPP	35	2	o.	Wir lehnen eine Einführung einer neuen Leistungserbringerkategorie ins KVG nach Art.35 Abs. 2 Bst. o. ab, da die Festlegung der Zulassungsvoraussetzungen für diese neue Leistungserbringerkategorie «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» eine Generalvollmacht für den Bundesrat bedeuten würde. Mit der Annahme dieses Artikel könnte der Bundesrat Führungsinstrumente festlegen, welche alle notwendigen Daten für die Beurteilung der Zulassungsvoraussetzungen, der Wirtschaftlichkeit und der Tarifierung enthalten müssen. Dies Weg wäre ein weiterer Schritt in Richtung Planwirtschaft. Unserem aktuell liberalen Gesundheitssystem würde durch die Einführung dieser Artikels vorgegeben werden, wie solche Betriebe organisiert werden müssen, wie die Koordination über die ganze Behandlungskette erfolgen muss und welches Personal vorhanden sein muss. Die Definition eines Ärztenetzes ist überflüssig, da diese schon in den Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch die Ärzte und Ärztinnen dienen, enthalten ist und in Art. 36a bereits definiert sind.	
ZGPP	36b	1-3		Vgl. Bemerkungen zu Art. 35 Abs. 2 Eine Förderung der koordinierten Versorgung ist grundsätzlich zu begrüssen, jedoch bezweifelt die ZGPP, dass die geplante Gesetzesänderung, nämlich die Festlegung der Zulassungsvoraussetzungen durch den Bundesrat für Netzwerke zur koordinierten Versorgung eine wirtschaftliche und qualitätserhaltende Förderung bedeutet. Diese Gesetzesänderung ist ein massive bürokratischer Eingriff in die Organisation von Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke, diese sind in einem liberalen Gesundheitssystem frei in ihrer Organisation und Struktur.	Präzisierung:….notwendige Daten in aggregierter Form enthalten müssen

				Im vorgeschlagenen Artikel 36b 2 legt der Bundesrat die Zulassungsvoraussetzungen fest. Das bedeutet, der Bundesrat muss die von der Ärzteschaft erstellten Qualitätskriterien (inkl. zb Fortbildungskriterien, Qualitätszirkel usw), die relevant sind für die Qualität unserer Arbeit, nicht berücksichtigen in seiner Beurteilung. Diese Netzwerke bergen die Gefahr von staatlich geförderter Ungleichbehandlung zwischen Ärztinnen und Ärzten der gleichen Fachrichtung trotz gleich hoher Qualität, indem Leistungserbringer der gleichen Fachrichtung benachteiligt werden, die nicht einem Netzwerk angehören.	
ZGPP	40a-d			Die ZGPP lehnt die Einführung von Erstberatungsstellen ab. Patientinnen und Patienten sollen weiterhin die Möglichkeit haben, direkt einen Arzt/eine Ärztin ihrer Wahl aufzusuchen, ausser sie haben freiwillig ein Versicherungsmodell mit Gatekeeper Funktion gewählt. Gerade bei psychiatrischen PatientInnen sind die Gesundheitskosten mit dem Gatekeeping Modell deutlich höher als bei freier Arztwahl. Es ist aus unten aufgeführten Gründen dringend notwendig, dass die Patienten und Patientinnen weiterhin direkt eine Psychiaterin oder einen Psychiater aussuchen können. Der Anteil der Behandlungen psychischer Krankheiten am Gesamtvolumen der medizinischen Behandlungen ist gross, vor allem im ambulanten Bereich. Psychiater und Psychiaterinnen sind aufgrund der Häufigkeit der Erkrankungen und aufgrund des Direktzugangs für einen Grossteil der medizinischen Versorgung unseres Landes zuständig. Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sind die zweitgrösste Facharztgruppe der Schweiz (hinter den Fachärzten für allgemeine innere Medizin). Sie sind für die Schweizer Bevölkerung bei psychischen Erkrankungen die ersten Ansprechpersonen. Gemäss einer BASS-Studie[15] nehmen 42%	Neu vorgeschlagene Art. 40a-40d sind ersatzlos zu streichen

				der Befragten mit einem psychischen Problem direkt bei Psychiatern und Psychiaterinnen eine Behandlung in Anspruch (von Psychiater und Psychiaterinnen delegierte Therapeuten und Therapeutinnen nicht eingerechnet). In Ländern wie Deutschland und den Niederlanden ist dies in nur 9% resp. 13% der Fall. Die rasche und direkte Behandlung durch die Psychiater und Psychiaterinnen in der Schweiz schlägt sich auch in den Gesundheitskosten nieder. So sind die Kosten der *psychischen* Gesundheitsversorgung in der Schweiz mit ihrer hohen - aber eben wichtigen und notwendigen – ambulanten Psychiaterdichte verglichen mit den Niederlanden deutlich tiefer mit 9.2% versus 20.9%. Die **Niederlande sowie Deutschland** werden mit ihrem Gatekeeping-Modell für die aktuell vorgeschlagene Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung als positive Beispiele aufgeführt, die **Kosten für die psychische Gesundheitsversorgung sind mit dem Gatekeeping-Modell aber nachweislich höher als in der Schweiz**. Die psychische Gesundheit in der Schweiz rückte in den letzten Jahren zunehmend ins Zentrum politischer Bemühungen. So wurde der Bundesrat beauftragt, Verbesserungen zur Vorbeugung und Früherkennung psychischer Störungen anzustreben. In einem hierfür ausgearbeiteten vierteiligen Massnahmenpaket wurde unter anderem der niederschwellige Zugang zu Angeboten der gemeindenahen Versorgung gefordert[16]. Diese Niederschwelligkeit würde unseres Erachtens ins Gegenteil verkehrt, wenn Patienten mit Bedarf an psychiatrisch-psychotherapeutischer Unterstützung jedes Mal durch einem Gatekeeper beurteilt werden müssten. Es ist vorstellbar, dass ein nicht-psychiatrischer Gatekeeper für Betroffene mit einer psychischen Erkrankung eine unüberwindbare Hürde darstellt und sich dann wegen Behandlungsverzögerung auch der Verlauf und die Prognose verschlechtert. Die psychiatrisch-psychotherapeutische Beziehung ist	

				ausschlaggebend für den Therapieerfolg, das Vertrauen zum Behandler ist bei psychischen Problemen zentral und es besteht weiterhin eine Stigmatisierung psychischer Erkrankungen. Dies sind Faktoren, die besonders in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesundheitsversorgung die freie und direkte Arztwahl umso relevanter machen. Die freie Arztwahl und der direkte Zugang zu Psychiater und Psychiaterinnen ist ein Bedürfnis für die Bevölkerung. Aufgrund von Umfragen und von Volksabstimmungsresultaten zeigt sich, dass die Bevölkerung einen direkten Zugang zu psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung ohne Gatekeeping wünscht. 2012 scheiterte ein ähnliches Managed-Care-Modell wie die aktuell vorgeschlagenen Massnahmen zur Kostendämpfung in der Volksabstimmung mit 76 Prozent Nein-Stimmen. Die Bevölkerung müsste mitentscheiden können, welche Ärzte und Ärztinnen die EinwohnerInnen ohne Gatekeeping aufsuchen können. Es ist unseres Erachtens eine unzumutbare Bevormundung, wenn Menschen mit psychischen Problemen, denen es aufgrund der Stigmatisierung ohnehin schwer fällt, Hilfe in Anspruch zu nehmen, vor jedem Besuch beim Psychiater einen Gatekeeper aufsuchen sollen. Es ist nicht im Interesse der Bevölkerung, die aktuell freiwillig eingeschränkte Wahlfreiheit durch eine staatliche Zwangs-Zugangssteuerung zu medizinischen Leistungen zu ersetzen. Der Weg über eine Erstberatungsstelle führt zu einer bürokratischen Zusatzschlaufe mit zusätzlichen Wartezeiten und Hindernissen, welche den freien Zugang zur medizinischen Behandlung zu Lasten der Patientinnen und Patienten erschwert und verteuert. Die Pro-Kopfpauschalen für die Erstberatung führen zu falschen Anreizen. Wenn die Pauschalen wegen aufwändigen Patienten aufgebraucht sind, sind die Leistungserbringer gezwungen, sich auf möglichst gesundes Patientengut zu konzentrieren und komplizierte Fälle mit	

				erhöhtem Behandlungs- und Abklärungsbedarf nicht zu behandeln. Dies führt zu Anreizen einer Patientenselektion, ähnlich wie bei den Versicherern. Eine gute Koordination und umfassende Abklärungen sind nicht möglich, in der Folge sinkt die Qualität der Versorgung, der Zugang zu medizinischen Leistungen wird chronisch erkrankten und psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten erschwert. Die Wahlfreiheit von Patientinnen und Patienten ist und bleibt zentral. Eine verpflichtende Erstberatungsstelle hebt die freie Arztwahl prinzipiell für alle auf. Dies entspricht nicht dem Willen der Bevölkerung.	
ZGPP	41			Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen. In Artikel 41 Absatz 1 VE-KVG soll neu festgehalten werden, dass die Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen festlegen müssen. Diese müssen sich am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, orientieren. In der Motion 18.3388 wird ausgeführt, dass bei demselben «Spitaltyp» der «maximale Tarif» des Wohnkantons vergütet werden soll, höchstens aber der Tarif des Standortspitals. Während eine möglichst weitgehende Stärkung des Wettbewerbs zu begrüssen ist, sollte dieser Wettbewerb doch zwischen vergleichbaren Leistungen und Leistungserbringern spielen. Der Rahmen des «Spitaltyps» ist dafür möglicherweise zu ungenau und zu starr. So wie die Spitaltarife generell (vgl. Art. 49 KVG) orientiert sich auch der Referenztarif an der Entschädigung jener Spitäler, welche die versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilsmässig nach dem	Analog 40a-d anzupassen

				Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Bundesrat erlässt darüber hinaus genauere Regelungen auf dem Verordnungsweg.	
ZGPP	41	a		Da die Erstberatungsstelle (Art. 40a-d) abgelehnt wird, kann auf den Art. 41a ebenfalls verzichtet werden.	Analog 40a-d anzupassen
ZGPP	41	b			Der bisherige Artikel 41 a ist beizubehalten.
ZGPP	48	a		Für die neu geplanten «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» werden mit den Versicherern in Tarifverträgen Pauschalen je Pat/Patientin oder Versichertengruppe festgelegt, während die angeschlossenen Leistungserbringer ihre Leistungen dem Netzwerk in Rechnung stellen sollen. Die Abgeltung der Netzwerke und deren angeschlossenen Leistungserbringer wären demnach von Gesetzes wegen einem Globalbudget zugeordnet mit entsprechender Budgetverantwortung. Gemäss geltendem Art. 43, Abs. 2, Bst. Und Art. 43, Abs. 3 ist das bereits möglich (Kann-Formulierung)	In Art. 43, Abs. 3 soll auch für die Netzwerke der koordinierten Versorgung die Kann-Formulierung gelten. Der vorgeschlagene Art. 48 a ist zu streichen.
ZGPP	54	a-e		Die ZGPP lehnt Kostenblöcke, Kostenziele bzw ein staatliches Globalbudget ab. Wie wir auch jetzt in der Pandemie erleben, kann bisher noch in keiner wissenschaftlichen Untersuchung aufgezeigt werden, welcher Anstieg der Gesundheitskosten auf die wirtschaftliche Entwicklung, den demographischen Wandel oder den medizinischen Fortschritt zurückzuführen ist. Die möglichen und erlaubten Mehrkosten werden deshalb rein politisch definiert werden. Bei Überschreitungen dieser Kostenziele werden zur Senkung der Kosten die Tarife generell gesenkt oder in Abhängigkeit der Leistungsmenge, beides erfolgt als staatliche Intervention oder kantonal willkürlich. Bei einem jährlichen Preisabschlag werden insbesondere Ärztinnen und Ärzte jener Fachbereich leiden, deren Umsätze bereits heute	Ersatzlose Streichung von Art. 54a-e

				kaum die Gestehungskosten der Praxis decken können. Dies sind vor allem Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte sowie Psychiaterinnen und Psychiater, also die Grundversorger. Die Nachwuchsprobleme genau in diesen Fachgebieten sind schon heute deutlich spürbar und werden durch die vorgeschlagenen Massnahmen noch verschärft. Es ist für einen Leistungserbringer im klinischen Alltag nicht möglich, bei einem Patienten mit einem bestimmten Behandlungsbedarf an Tag x zu wissen, wie viele weitere Patienten in der laufenden Budgetperiode noch mit diesem oder einem noch dringenderen Behandlungsbedarf zu ihm kommen. Das heisst, Ärztinnen und Ärzte werden medizinische Ressourcen beschränken müssen. Wir Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz sind verpflichtet, den Patienten und Patientinnen die medizinische Behandlung zu geben, die sie benötigen. Dies ist im oben genannten Rahmen nicht mehr möglich. Die Einführung einer Zielvorgabe in der OKP würde zu einer Zweitklassenmedizin führen, bei der zahlungskräftigere Schweizerinnen und Schweizern bevorzugt wären. Auch ist zu erwarten, dass die Kostenziele respektive das Globalbudget zu hohen Ausgaben für den administrativen Aufwand führen werden: -beim BAG für die Kostenprognosen und deren gesetzlich geforderten Überprüfungen -bei den Kantonen für das Festlegen eigener Kostengrenzen unter Anhörung betroffener Akteure -für das Reporting an das BAG und das allfällige Ergreifen von Korrekturmassnahmen. Diese hohen Ausgaben für einen massiv erhöhten	

				administrativen Aufwand werden für die Behandlung Kranker fehlen.	

[1] OECD Health Data 2019, https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTree!=9
[2] OECD Health Data 2019: Gross Domestic Product (GDP), https://stats.oecd.org/gdp/gross-domestic-product-gdp.htm
[3] Haushaltsbudgeterhebungen Bundesamt für Statistik, Haushaltseinkommen und -ausgaben sämtlicher Haushalte nach Jahr. https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/einkommen-verbrauch-vermoegen/haushaltsbudget.assetdetail.10867220.html
[4] Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens, Bundesamt für Statistik, 2018
[5] Seco, 2018; Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens, Bundesamt für Statistik, 2018; Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2017, Bundesamt für Gesundheit, 2018; Teuerungsbereinigung durch Interpharma.
[6] International Health Policy Survey, Commonwealth Fund 2016
[7] Judith Trageser, Eva Gschwend, Thomas von Stokar 2019. Ärztegesellschaft des Kantons Zürich AGZ. Ansprüche an die ärztliche Versorgung. Befragung der Bevölkerung und der ÄrztInnen. Studienbericht Zürich. INFRAS.
[8] Outcome-Messung im Gesundheitswesen, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien, 2018, S59
[9] Die Kosten der nicht übertragbaren Krankheiten in der Schweiz, Wieser et al., Bericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit, 2014.
[10] Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P. et al. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. The Lancet Psychiatry, 3(5): 415-424
[11]Elisabeth Teisberg. Opportunities for Value-Based Competition in Swiss Health Care. (2013). Study of Swiss health care system by Elisabeth O. Teisberg, published 2008.
[12] Euro Health Consumer Index 2018. https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf
[13] gfs Gesunheitsmonitoring 2018
[14] https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/internationale-beziehungen/internationale-gesundheitsthemen/comparaisons-analyses-systemes-sante.html
[15] Vergleich der Tätigkeiten von Psychiaterinnen und Psychiatern in der Schweiz und im Ausland. Jäggi, J, Künzi K, deWijn, N, Stocker, D. BASS, Schlussbericht vom 9. März 2017
[16] Psychische Gesundheit in der Schweiz – Bestandesaufnahme und Handlungsfelder; Bundesamt für Gesundheit, Schweizerische Konferenz der kantonalen GesundheitsdirektorInnen GDK, Gesundheitsförderung Schweiz; 2015