

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Spitex-Verband Graubünden

Abkürzung der Firma / Organisation : SVGR

Adresse : Gartenstrasse 2, 7000 Chur

Kontaktperson : Mario Evangelista

Telefon : 081 252 77 22

E-Mail : info@spitexgr.ch

Datum : 12.10.2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularefelder 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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail-Adressen:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch; 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	_____ 3
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen	_____ 6
Weitere Vorschläge	_____ Fehler! Textmarke nicht definiert.
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:	_____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/ Firma	Bemerkung/Anregung
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	<p>Zu den Ausführungen in der Ausgangslage sei ein kritischer Gegengedanke erlaubt. Entgegen der Ausführungen in dieser dargestellten Ausgangslage, ist eine durchschnittliche Zunahme der Gesundheitskosten von rund 4 Prozent pro Jahr nicht wie in diesen Ausführungen behauptet auf eine «medizinisch nicht begründbare Mengenausweitung» zurück zu führen. Wäre dem so, so wären die Kosten des Gesundheitswesens nicht bereits seit 1914 – mit Ausnahme von 1942 wegen der Generalmobilmachung – immer im Schnitt mit etwas über 4 Prozent pro Jahr gestiegen. Dies scheint unabhängig der jeweils geltenden gesetzlichen und allgemeinen Grundvoraussetzungen ein natürliches Wachstum der Gesundheitskosten darzustellen, geschuldet dem Umstand, dass medizinisches Wissen rasant zunimmt, damit immer mehr behandelbar und folglich von der Bevölkerung auch in Anspruch genommen wird.</p> <p>Beweis: Analyse und Präsentation der Kostenentwicklung seit 1914 durch Prof. Dr. oec. publ. Konstantin Beck, Leiter CSS Institut für empirische Gesundheitsökonomie, anlässlich der Luzerner Gesundheitstage 2016 (Link: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwiYp7TG0_vdAhXJECwKHXbbCF4QFjAAegQICRAC&url=https%3A%2F%2Fwww.css.ch%2Fmedia%2Fde%2Fdocuments%2Finstitut%2Frisikoausgleich%2Ftrendtage_gesundheit_2016_web.pdf&usq=AOvVaw2aHOPoZRgDjXeacqJgPX2F)</p> <p>Es gilt weiter darauf zu achten, die hohe Qualität der Gesundheitsversorgung in der Schweiz nicht mit Massnahmen zu riskieren, die bereits andernorts ebenfalls zu einer deutlichen Qualitätsabnahme geführt haben. Leistungen sind entweder erforderlich und wenn sie gemäss KVG anerkannte Pflichtleistungen darstellen, angemessen zu vergüten, oder aber sie sind nicht erforderlich oder nicht gemäss KVG anzuerkennen. Immer mehr Leistungen von den Leistungserbringern zu verlangen, bei gleichbleibender oder gar abnehmender Nettovergütung, wird kaum längerfristig spurlos an der Qualität unserer Gesundheitsversorgung vorübergehen.</p> <p>Das KVG an sich war mit dem Ziel eingeführt worden, die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen zu verlangsamen. Alle bisherigen Massnahmen zielten und zielen auch jetzt im Wesentlichen nur auf die Kostenseite ab. Es fehlt offenbar nach wie vor der Mut, Leistungen mit gleicher Konsequenz auf die Notwendigkeit diese über die OKP decken zu müssen zu hinterfragen. Es kann jedenfalls kaum zielführend sein, dass alles weiterhin über die OKP finanziert werden soll, aber die Leistungen weiterhin in gewohntem Umfang zunehmen sollen – aber dies auf Kosten derjenigen sichergestellt werden soll, die die Leistungen erbringen. Beispielhaft für diese Einseitigkeit: Der Bundesrat propagiert ambulant vor stationär. Aber in den Ausführungen zur Ausgangslage steht vorwurfsvoll: «Grosse Kostenanstiege wurden seit 2004 insbesondere in den Bereichen der ambulanten Spital- und Arztbehandlungen (plus 130 respektive plus 60 Prozent) sowie im Bereich Spitex, Labor und Physiotherapie etc. verzeichnet (plus knapp 100 Prozent).» Nicht mal im Ansatz wird gewürdigt, dass diese ambulanten Kosten teurere andere Leistungen verhindern oder zumindest teilweise unnötig machen.</p>

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

Zusammenfassend soll hiermit ausgesagt werden, dass diese einseitige Fokussierung dem Gesundheitswesen schaden wird und das Pendel zurückschlagen wird, wenn nicht rechtzeitig auch anderes untersucht und versucht wird, als nur isoliert Kostenbudgetierungs- und -steuerungsmassnahmen anzupreisen, die bereits in anderen Ländern nicht den gewünschten Effekt bewirkten.

Ganz in diesem Sinne werden folgende Massnahmen generell begrüsst

- Experimentierartikel (M02)
- Rechnungskopie an den Versicherten – aber nicht durch den Leistungserbringer, sondern durch den Versicherer. Denn überall dort, wo Verträge geschlossen werden, greift üblicherweise der tiers-payant (Rechnung an den Versicherer). Der Versicherte wird die Rechnung wohl nur genauer prüfen, wenn er selbst etwas zahlen soll, wenn er die Abrechnung des Versicherers über seinen Anteil erhält. Es macht deshalb mehr Sinn, wenn die Abrechnung des Versicherers und die ursprüngliche Rechnung des Leistungserbringers gemeinsam dem Versicherten zugestellt werden. So hat er ein Interesse, die Rechnung zu prüfen und hat unmittelbar beide Grundlagen dazu zur Hand.
- Schaffung nationales Tarifbüro (M34) nach Vorbild von SwissDRG AG – unklar bleibt, ob dieses auch für die Bestimmung der Beiträge an ambulante Pflegeleistungen durch Spitex oder Pflegefachpersonen (Art. 7a Abs.1 KLV) zuständig sein soll.
- Pauschalen im ambulanten Bereich fördern (M15) – Pauschalen auch im ambulanten Bereich als weitere Möglichkeit der Tarifierung von ambulanten Leistungen ist sehr zu begrüessen, solange andere Möglichkeiten bestehen bleiben, um unterschiedliche Notwendigkeiten jeweils möglichst sachgerecht abbilden zu können. Pauschalen bergen nämlich, je gröber und umfassender sie gestaltet sind desto stärker die Gefahr, dass die resultierende Abgeltung für eine Behandlung zu sehr von der individuell effektiv erhaltenen Leistung abweicht und folglich der Versicherte bei der gewollt stärkeren Einbindung in die Kontrolle von Abrechnungen ganz sicher viel Erklärungs- und damit Administrationsaufwand verursachen wird, der ebenfalls wieder Mehrkosten verursacht. Das wäre im Sinne von Kostendämpfung nicht sehr sinnvoll.
- Beschwerderecht für Versichererverbände gegen Spital- oder Pflegeheimlistenbeschlüsse – Der Gleichstellung von Leistungserbringer und Versicherer gegen einen regierungsrätlichen Entscheid hinsichtlich der Spital- oder Pflegeheimlisteeinträge ist aus unserer Sicht grundsätzlich wenig entgegenzuhalten. Ausser vielleicht die damit ausgelösten Mehrkosten, denn damit wird in der Folge wiederum mehr «Administration» in Folge mehr Verfahren ausgelöst werden, die auch wieder Mehrkosten auslösen, die letztendlich über Prämien und Steuern finanziert werden.

und diese generell abgelehnt, da voraussichtlich wirkungslos oder deren Umsetzung im Sinne des Berichts nicht unterstützt werden können:

- Tarifstruktur aktuell halten (M25) – Der Titel ist sehr zu unterstützen und ebenfalls die Vorgehensweise analog SwissDRG – angepasst auf die Bedürfnisse um ambulante Tarifstrukturen zu entwickeln und aktuell zu halten. Hingegen sehr störend sind alle Begleitausführungen, dass es nur um Kostendämpfung geht. Es geht gemäss KVG um Sicherstellung, dass Tarifstrukturen sachgerecht und betriebswirtschaftlich sein müssen, ergo auch die angemessenen Kosten zu berücksichtigen und abzugelten sind. Mit der ständigen Erweckung des Eindrucks, dass den Leistungserbringern nicht das bezahlt wird, was ihnen zustehen würde, wird die konsequente Umsetzung von WZW eher untergraben als gestärkt.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

Weiter sollte ganz im Sinne von effizienter Nutzung von vorhandenem Datenmaterial vertieft geprüft werden, ob tatsächlich den Kantonen den Zugriff auf die geplante Schaffung von umfassenden Datensammlungen vorenthalten werden soll. Vielmehr sollte den Kantonen unter präzise abgesteckten Kompetenzen im Hinblick auf ihre Aufgaben als Genehmigungs- und Planungs-Verantwortliche der Zugang zu den tarifierungsrelevanten Datengrundlagen angemessen gewährt werden. Ebenso sollte der Bundesrat auf dieselben Daten zugreifen können und nicht dasselbe nochmals separat von den Leistungserbringern einfordern können. Damit wird verhindert, dass dieselben Daten mehrmals aufbereitet werden müssen, was bei den Leistungserbringern nur noch mehr administrativen Aufwand auslöst, ohne dass die Leistungen am Patienten/Versicherten dadurch besser würden.

- Massnahmen zur Steuerung der Kosten – Es soll und kann darauf hingearbeitet werden, dass Leistungen möglichst effizient erbracht werden. Der Hinweis im erläuternden Bericht, dass die Kostenneutralitätsvereinbarung bei Einführung von TARMED als Beispiel erhalten könnte, weist auf einen aus unserer Sicht grundsätzlich zu einseitigen Ansatz hin. KVV 59c sieht bei Tarifmodellwechseln eine Kostenneutralität des Tarifmodells vor aber davon abgesehen sieht das KVG kein irgendwie geartetes Globalbudget vor – ausser in Ausnahmefällen, in denen die Kantonsregierungen Globalbudgets erlassen könnten. Es kann nicht sein, dass über eine solche Einzelmassnahme die Grundsätze, dass angemessen tarifizierte, nach WZW erbrachte Leistungen, aufgrund von Tarifsteuerungsmassnahmen dann doch nicht mehr angemessen vergütet werden sollen.

Es gilt die angemessene Tarifierung der Leistungen sicher zu stellen und wenn die Leistung anfällt, muss die angemessene Abgeltung auch bezahlt werden. Ergo muss primär bei der Nachfrage (Anerkennung von Leistungen zu Lasten OKP nach KVG) angesetzt werden, wenn keine zusätzlichen Kosten entstehen sollen. Aus unserer Sicht lediglich denkbar wäre eine Weiterentwicklung von «Wirtschaftlichkeitsverfahren», sollten tatsächlich nicht erklärbare Unterschiede in der Abrechnung von gleichartigen Leistungserbringern festgestellt werden können. Weiter wären auch härtere Massnahmen bei klaren Betrugereien anzudenken. Eine generelle Bestrafung von Leistungserbringern im Sinne von Tarfkürzungen, weil ein Kostenziel nicht eingehalten werden konnte, ist wenig förderlich für eine gut funktionierende, qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung und kommt einer «Sippenhaft» gleich, die wir entschieden ablehnen.

- Zum Referenzpreissystem für Medikamente enthalten wir uns mangels Kenntnisse der Preisbildungsmechanismen einer konkreten Stellungnahme.

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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	KVG 42	3		Siehe auch die diesbezüglichen generellen Ausführungen. Zusammenfassend: Üblicherweise wird vertraglich der tiers-payant vereinbart, aber der Versicherte wird eine Rechenkopie des Leistungserbringers wohl erst dann kontrollieren, wenn er selbst etwas bezahlen muss, also wenn die diesbezügliche Abrechnung des Versicherers über den Anteil des Versicherten eintrifft. Deshalb der nebenstehende Antrag.	... Im System des <i>Tiers payant</i> erhält die versicherte Person vom Versicherer mit der Abrechnung der Leistung/en auch eine Kopie der Rechnung, die der Leistungserbringer dem Versicherer gestellt hat. ...
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	KVG 44	1		Hier gilt es sicherzustellen, dass dort wo sinnvoll, Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen, weiterhin gesondert abgerechnet werden können sollen. Zum Beispiel ist bei der Spitex die Praxis sehr effizient und sinnvoll, dass die KlientInnen selbst (allenfalls mit Unterstützung der Spitex / Pflegefachperson) auch für die Behandlung erforderliches Material bestellen und die Kosten dafür von der Versicherung getragen werden, statt hier z.B. bei Inkontinenzprodukten mühsam täglich abgrenzen zu müssen, wie viele Inkontinenzprodukte nun von der Fachperson der Spitex angewendet wurden (und von der Spitex zu übernehmen wären, wie vom BVG entschieden) und wie viele in Selbstanwendung verbraucht werden. Der administrative Aufwand jeweils durch die Fachperson der Spitex vor Ort den Einkaufspreis zu ermitteln, das verwendete Material zu registrieren und dann intern sicherzustellen, dass bei der Abrechnung gegenüber dem Versicherer dieses wieder in Abzug gebracht wird, wird häufig deutlich mehr kosten, als das bisher von den Versicherern direkt	Die Bestimmungen über die Vergütung für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen (Art. 52 Abs. 1 Bst. a Ziff. 3), sowie für Arzneimittel mit einem Referenzpreis (Art. 52 Abs. 1 bis) bleiben vorbehalten. Kein konkreter Vorschlag für eine Textänderung, aber ein Wunsch, für die «Bestimmungen» die damit vorbehalten bleiben und unseres Erachtens im nebenstehenden Sinne erforderlich sind.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				vergütete Material.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	KVG 47a	Alle		Es ist weder dem Wortlaut dieses Artikels, noch den Ausführungen im erläuternden Bericht zu entnehmen, ob dieses nationale Tariftbüro für ambulante Leistungen auch die Beiträge an ambulante Pflegeleistungen (Art. 7a Abs. 1 KLV) bestimmen wird. Dies gilt es sinnvollerweise zu klären. Weiter ist zu befürchten, dass ein ambulantes Tariftbüro den unterschiedlichen Gewichtungen von Arzttarif und aller übrigen ambulanten Tarifen nicht gerecht werden könnte. Es gilt zu überlegen, ob nicht der besonderen Rolle des Arztes – als Gatekeeper gemäss KVG entsprechend – hierfür ein separates Tariftbüro zu widmen ist. Alle übrigen ambulanten Tarife könnten dann in einem hierfür zu schaffenden Tariftbüro untergebracht werden. Die entsprechenden Aufträge müssten im KVG bestimmt werden und die Finanzierung losgelöst von den Leistungserbringern und deren Verbände z.B. über einen Rappenbetrag pro Versicherten erfolgen.	<i>Da unklar ist, ob wir als Spitex-Vertreter überhaupt von diesem ambulanten Tariftbüro berührt wären, verzichten wir aber auf einen konkreten umformulierten Gesetzestext und überlassen dies den sicher davon betroffenen übrigen ambulanten Leistungserbringer.</i>
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	KVG 47b	Alle		Die Erfahrung zeigt, dass auch wenn die gewünschten Daten schon vorhanden sind, die Weitergabe von Daten immer auch zusätzlichen Aufwand auslöst. Auch wenn die Weitergabe «kostenlos» gegenüber dem Empfänger der Daten erfolgt, wird der damit verbundene administrative Aufwand in die Abgeltung der Leistungen anfallen und letztendlich über Prämien (und Steuern, je nach Finanzierung) zu decken sein. Es ist deshalb erforderlich, dass solche zusätzlichen Datenlieferungen möglichst nicht nur Unkosten verursachen und keinesfalls zusätzlich zu bestehenden Datensammlungen, auf die der Bundesrat bereits z.B. übers BFS Zugriff hat, dieselben Angaben nochmals gleich oder auch anders abgerufen werden sollen. Darauf stützen sich auch die nachfolgenden Änderungsanträge zu den Abs. 1 und 2. Denn doppelte Datensammlungen sind ganz sicher nicht im	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Sinne von Kostendämpfung.	
	KVG 47b	Abs. 2		Dieser Abs. 2 ist zumindest dahingehend zu ändern, dass den Verbänden nicht die Pflicht auferlegt werden kann, Daten zu beschaffen. Die Daten gehören den Leistungserbringern resp. den Versicherern und diese haben die Daten zu liefern oder werden nach Abs. 3 Sanktionen auferlegt, falls sie dem nicht nachkommen. Noch sinnvoller erscheint, dass die Daten, die von den Leistungserbringern bereits nach Abs. 1 der Organisation nach Art. 47a zu liefern sind, von dort vom Bundesrat bei Bedarf abgerufen werden können. Folglich bliebe nur die Datenlieferung der Versicherer sicher zu stellen.	Die Leistungserbringer und deren Verbände und die Versicherer und deren Ver-bände sowie die Organisation nach Absatz 47a sind verpflichtet, dem Bundesrat diejenigen Daten kostenlos bekanntzugeben, die für die Festlegung, Anpassung und Genehmigung der Tarife und Preise notwendig sind. Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften zur Bearbeitung der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeits-prinzips.
	KVG 47b	Abs. 3		Dieser Absatz 3 ist entsprechend den generellen Einwänden zu 47b dahingehend zu ändern, dass die Verbände nicht über die erforderlichen Daten verfügen und folglich diese weder weitergeben und auch nicht für die ausgebliebene Weitergabe von Daten bestraft werden können. Der Artikel ist auf die Leistungserbringer und Versicherer umzumünzen, die die Daten haben und zur Verfügung stellen müssen.	Gegen Verbände der Leistungserbringer, diejenigen der Versicherer und die Organisation nach Absatz 47a, die gegen die Pflicht zur Datenbekanntgabe nach Absatz 1 oder 2 verstossen, kann der Bundesrat Sanktionen ergreifen. Diese umfassen: ...
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	KVG 47c	Alle		Hier sei auf die kritischen generellen Bemerkungen hingewiesen, dabei besonders auf die grundsätzliche Überlegung konkretere Massnahmen gegen einzelne die gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen nicht einhaltende Tarifpartner (auch Versicherer, die überproportional Administration durch ungerechtfertigte Rechnungsrückweisungen wären hier anzudenken) vorzusehen. Eine Kostensteuerung, wie sie in den Abs. 3 bis 6 und dem erläuternden Bericht mit Verweis auf die Kostenneutralitätsvereinbarung bei Einführung von Tarmed als Vorlage vorgeschlagen wird, ist nicht im Sinne des geltenden Versorgungssystems, in dem der Patient Anspruch auf die Leistungen nach KVG erhebt und der Leistungserbringer, wenn	Streichung - Zumindest Streichung von Abs. 3 - 6!

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			<p>medizinisch indiziert dann auch erbringt oder gemäss Leistungsauftrag gar erbringen muss. Es kann nicht sein, dass in der Folge die für korrekt befundene Abgeltung wieder gekürzt wird, weil die Menge an nach KVG korrekt erbrachten Leistungen mehr als geplant zugenommen hat.</p>	
<p>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</p>	<p>KVG 47c</p>	<p>Abs. 3 bis 6</p>	<p>Diese Absätze resp. insbesondere die in Abs. 4 formulierte Generalverurteilung, dass die Mengen ungerechtfertigt erhöht und somit Leistungen nicht im Sinne des KVG erbracht werden, lehnen wir entschieden ab!</p> <p>Es obliegt den Krankenversicherern mittels Kontrolle zu verhindern, dass ungerechtfertigte Leistungen vergütet werden und folglich gar nicht in eine Statistik, die erbrachte Leistungen ausweist, einfließen. Es gilt im Einzelfall (pro Leistung oder dann pro Leistungserbringer) geeignete Massnahmen zu ergreifen, damit echter Missbrauch geahndet und auch bestraft werden kann. Es kann aber nicht angehen, dass z.B. eine ganze Leistungserbringergruppe, die sich in der absolut überwiegenden Mehrheit korrekt verhält und lediglich das abrechnet, was im Einzelfall sinnvoll, sprich medizinisch indiziert, nach KVG angemessen tarifiert und nach WZW erbracht worden ist, dann aufgrund der Gesamtmenge an nachgefragten Leistungen (womöglich noch national) dennoch bestraft werden soll. Davon ausgehend, dass die Versicherer ihren Hauptauftrag sehr gut erfüllen, nämlich nur korrekt abgerechnete Leistungen, die auch nach WZW erbracht wurden, zu bezahlen, ist diese Unterstellung von ungerechtfertigten Mengenentwicklung ein Affront gegenüber jedem Leistungserbringer nach KVG.</p> <p>Jedenfalls gibt es keinen Grund für Tarifeingriffe aufgrund allgemeiner Mengenentwicklungen, denn nur gerechtfertigte Leistungen finden überhaupt den Weg in die ausgewiesenen bezahlten Kosten. Folglich lehnen wir diese übergeordneten</p>	<p>STREICHEN der Abs. 3 – 6!</p>

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				<p>Steuerungsmassnahmen oder gar Strafmassnahmen gegen ganze Leistungserbringergruppen oder Tarifgemeinschaften ab.</p> <p>Sollten die Versicherer auch Leistungen bezahlen, die sie nicht müssten/dürften, ist dort anzusetzen, wo die Rechnungskontrollen passieren. Nur so wird sichergestellt, dass keine Eingriffe erfolgen, die nicht angemessen sind und einer Sippenhaftung gleichkommt, die wir entschieden ablehnen.</p>	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	KVG 59	1		<p>Diese Abstrafungsmöglichkeit gegenüber einzelnen Fehlbaren ist zu unterstützen, entgegen des «Sippenhaftartikels» 47c, der versteckt ein gesteuertes Globalbudget-System einführen würde, das so vom KVG nicht mal in der Kompetenz des Bundesrates vorgesehen ist.</p>	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	KVG 59	3	g	<p>Wir verweisen hier auf die Ausführungen bezüglich Rechnungskopie bei Art. 42 Abs. 3 hin und beantragen deshalb die Nichtaufnahme dieser zusätzlichen lit. g, da bei Umsetzung unseres Änderungsvorschlags, die Rechnungskopie sinnvollerweise vom Versicherer weitergereicht wird und folglich die Leistungserbringer gar keine solche Pflicht mehr hätten, die nach lit. g von Art. 59 Abs. 3 sanktioniert werden könnte.</p>	Streichung – resp. Nichtaufnahme dieser Ergänzung
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	KVG 59b	4		<p>Dieser Absatz ist prima vista im Hinblick auf die Autonomie von Kantonen, Versicherer und Leistungserbringer aus unserer Sicht sehr problematisch. Wenn Versicherer oder Leistungserbringer z.B. gar keine Ressourcen haben, um irgendwelche geartete Zusatzaufwendungen für einen Piloten zu erbringen, kann es doch nicht sein, dass auf diesem Wege dies aufgezwungen werden kann. Das KVG sieht Zulassungsbestimmungen vor und es kann doch nicht sein, dass nun darüber hinaus die Pflicht besondere Aufwendungen zu betreiben aufgezwungen werden können.</p>	Streichung!

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

	MVG 26	1		Wie im erläuternden Bericht in Erinnerung gerufen, ist beim MVG das Naturalleistungsprinzip gültig. Der Unfallversicherer hat somit implizit dadurch die Möglichkeit, umfassend die eigentliche Behandlungsführung einzugreifen und diese zu beeinflussen. Prima vista ist eine weitergehende, auf eine nachträgliche Korrektur von zuvor bereits angemessen tarifierten, per Kostengutsprache freigegebenen und in der Folge vergüteten Leistungen, wenig sinnvoll und birgt die Gefahr, lediglich zusätzlichen administrativen Aufwand zu verursachen, ohne dass etwas dabei rausschaut.	Verzicht auf Aufnahme der neuen Regelung.
	MVG 26	3bis		In Analogie zu unseren Überlegungen zu KVG Art. 47b sind die Daten der Leistungserbringer der Organisation nach Art. 47a KVG zu liefern und von dort dem Bundesrat bei Bedarf zur Verfügung zu stellen.	Die Leistungserbringer nach den Artikeln 36–40 KVG₆, die Versicherer und die Organisation nach Artikel 47a KVG sind verpflichtet, dem Bundesrat diejenigen Daten kostenlos bekanntzugeben, die für die Festlegung der Tarife und Preise notwendig sind. Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften zur Bearbeitung der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	UVG 56	1		Wie im erläuternden Bericht in Erinnerung gerufen, ist auch beim UVG das Naturalleistungsprinzip gültig. Wir verweisen im Übrigen auf die Ausführungen zu MVG 26 Abs. 1.	Verzicht auf Aufnahme der neuen Regelung.
	UVG 56	3bis		In Analogie zu unseren Überlegungen zu KVG Art. 47b sind die Daten der Leistungserbringer der Organisation nach Art. 47a KVG zu liefern und von dort dem Bundesrat bei Bedarf zur Verfügung zu stellen.	Die Leistungserbringer nach den Artikel 36–40 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994₈ über die Krankenversicherung (KVG), die Versicherer und die Organisation nach Artikel 47a KVG ₉ sind verpflichtet, dem Bundesrat diejenigen Daten kostenlos bekanntzugeben, die für die Festlegung der Tarife und Preise notwendig sind. Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften zur Bearbeitung der Daten unter Wahrung des

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

					Verhältnismässigkeitsprinzips.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	IVG 27	6		In Analogie zu unseren Überlegungen zu KVG Art. 47b sind die Daten der Leistungserbringer der Organisation nach Art. 47a KVG zu liefern und von dort dem Bundesrat bei Bedarf zur Verfügung zu stellen.	Die Leistungserbringer und die Organisation nach Artikel 47a KVG ¹² geben dem Bundesrat auf Anfrage kostenlos diejenigen Daten bekannt, die für die Festlegung und Anpassungen der Tarife nach den Absätzen 3–5 notwendig sind.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	IVG 27bis	1		Wie im erläuternden Bericht in Erinnerung gerufen, ist auch beim IVG das Naturalleistungsprinzip gültig. Wir verweisen im Übrigen auf die Ausführungen zu MVG 26 Abs. 1.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	27bis	2 - 5		Wir verweisen auf die gleichen Einwände zu KVG Art. 47c und die weiteren Einwände zu KVG Art. 47c Abs. 3 bis 6.	Streichung resp. Verzicht auf Aufnahme dieser neuen Regelungen.

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.