

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen

Abkürzung der Firma / Organisation : SVDE ASDD

Adresse : Altenbergstrasse 29, 3000 Bern 8

Kontaktperson : Gabi Fontana

Telefon : 031 313 88 70

E-Mail : gabi.fontana@svde-asdd.ch

Datum : 19. Nov. 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!

**Änderung der 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	_____	3
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen	_____	7
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 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	<p>Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zum Kostendämpfungspaket II Stellung zu nehmen. Der SVDE vereint die gesetzlich nach GesBG Art. 2 anerkannten Ernährungsberater/innen der Schweiz seit 1942. Mit seinen über 1'450 Mitgliedern bringt er rund 80% der Berufsgruppe zusammen.</p>
	<p>Zu den Kostenzielen: Der Vorschlag, ein jährliches Kostenziel festzulegen und auf Kostenblöcke zu verteilen, dies kantonale umzusetzen und Massnahmen im Bereich der Tarife anzusetzen ist für uns inakzeptabel und wir lehnen ihn ausdrücklich ab.</p> <p>Der einseitige Fokus auf Korrekturmassnahmen im Tarifbereich untergräbt Bemühungen zu einer verbesserten koordinierten Zusammenarbeit und gefährdet am Ende die Patientensicherheit.</p> <p>Bei einer Verteilung (nach unklaren Regeln) der Gelder auf Kostenblöcke kommen kleine Leistungserbringer-Gruppen besonders unter Druck. Es wird ein bürokratischer Koloss gebildet, welcher die Verbände der Leistungserbringer und die Krankenversicherer in eine Dauer-Verhandlungssituation zwingt, die insbesondere von kleineren Berufsverbänden nicht bewältigt werden kann und viel zu viele Ressourcen aller Beteiligten unnötig bindet.</p> <p>Korrekturmassnahmen sind ausschliesslich auf Ebene Tarifanpassungen vorgesehen und treffen einzelne Kostenblöcke und damit Leistungserbringergruppen. Ein Teil der Kosten entsteht aber gerade an den Schnittstellen zwischen den Leistungserbringern; diese müssten u.a. durch Stärkung der koordinierten Zusammenarbeit reduziert werden und nicht durch rein finanzielle Zielvorgaben.</p> <p>Patientensicherheit und Qualitätssicherung sind zentrale Elemente des KVG und der Berufsethik der Gesundheitsberufe: Eine Steuerung und Korrekturmassnahmen rein auf der Tarifebene strafft diesem Anspruch Lügen und gefährdet ebendiese.</p> <p>Wir verzichten auf Bemerkungen zu einzelnen Artikeln betreffend die Kostenziele.</p>
	<p>Zur Erstberatungsstelle: Grundsätzlich begrüssen wir die Idee einer ersten Anlaufstelle für jede/n Versicherte/n. Eine obligatorische Erstberatungsstelle wie sie in der Vorlage definiert ist, mit einem isolierten Auftrag, eine erste Einschätzung und Weiterverordnung vorzunehmen, verfehlt jedoch aus unserer Sicht dieses Ziel:</p> <p>Es macht im Hinblick auf eine besser koordinierte Versorgung und aus Patientensicht wenig Sinn, eine Erstberatungsstelle ohne Koordinationsauftrag als obligatorisch zu erklären - im Gegenteil wird damit die Fragmentierung der ambulanten Leistungserbringung weiter gefördert. Eine Erstberatung müsste gekoppelt sein mit einem Koordinationsauftrag und könnte daher am besten von Netzwerken koordinierter Versorgung übernommen werden.</p> <p>Auch wird argumentiert, mit der Erstberatungsstelle solle die ambulante Grundversorgung gestärkt werden: dem Verfassungsartikel 117a wird</p>

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

	<p>jedoch zu wenig Rechnung getragen, laut dessen die medizinische Grundversorgung ein Zusammenspiel verschiedener Gesundheitsfachpersonen umfasst. De facto wird mit dem Vorschlag zementiert, dass ausschliesslich Ärztinnen und Ärzten die ersten Ansprechpersonen sein können.</p> <p>Insbesondere in der Begleitung chronisch Erkrankter ist es nicht mehr zeitgemäss, ausschliesslich ärztliche Fachpersonen als Erstberatende Personen einzusetzen. Entsprechend ausgebildete Gesundheitsfachpersonen können je nach Problematik hier die Funktion der ersten Anlaufstelle übernehmen (Advanced Practice Nurses oder auch entsprechen ausgebildete Ernährungsberater/innen oder weitere entsprechend ausgebildete Gesundheitsfachpersonen).</p> <p>Heute wählen schon rund 70% der Versicherten das Hausarztmodell – Erstberatung und darauffolgende Koordination findet somit bereits statt. Problematisch ist hingegen, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit und Koordination aller Beteiligten nicht entschädigt wird.</p> <p>Auf dem Hintergrund, dass wir die Erstberatungsstelle sehr kritisch einschätzen, verzichten wir im Folgenden auf Detailbemerkungen zu den einzelnen Artikel betreffend Erstberatungsstelle.</p>
	<p>Zu den Netzwerken koordinierter Versorgung: grundsätzlich unterstützen wir eine Stärkung der koordinierten Versorgung sehr und finden es einen interessanten Vorschlag, dass koordinierte Netzwerke als Leistungserbringer anerkannt werden können.</p> <p>Es ist jedoch zu bedenken, dass basierend auf den aktuellen gesetzlichen Grundlagen schon Netzwerke koordinierter Versorgung umgesetzt werden können – das grösste Hindernis, dass dies nicht schon viel häufiger auch interprofessionell geschieht, liegt in der fehlenden Entschädigung für die Koordinationsarbeiten innerhalb solcher Netzwerke.</p> <p>Insbesondere unterstützen wir, dass koordinierte Netzwerke auch explizit einen Koordinationsauftrag haben.</p> <p>Sollen die koordinierten Netzwerke tatsächlich umgesetzt werden, dann müssen die Verbände der betroffenen Leistungserbringer bei der Definition der Leistungen und Kriterien auf Verordnungsstufe zwingend miteinbezogen werden.</p> <p>Auch ist sicherzustellen, dass bei den Zulassungsvoraussetzungen der Netzwerke kein zu enger Rahmen gesteckt wird, damit sich lokal und regional sinnvolle Netzwerke bilden können. Wir begrüssen, dass die Netzwerke den Auftrag haben sollen, Leistungen über die gesamte Behandlungskette auch mit Leistungserbringern ausserhalb des Netzwerks zu koordinieren. Dabei ist zu berücksichtigen, dass insbesondere in der Behandlungskette komplexer/multimorbider Situationen häufig auch eine Koordination mit Leistungserbringern aus dem sozialen Bereich oder der Psychologieberufe notwendig ist. Es ist daher sicherzustellen, dass diese Koordinationsleistungen auch als Auftrag der Netzwerke definiert werden und entsprechend entschädigt werden.</p> <p>Bei der Vergütung von Leistungen der koordinierten Netzwerke ist eine Abgeltung des Koordinationsaufwands aller an der Koordination beteiligten Berufsgruppen zwingend vertraglich zu regeln</p> <p>Weitere Bemerkungen zu einzelnen Punkten zu den Netzwerken siehe unten</p>

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

	<p>Zu den Programmen der Patientenversorgung: Wir stimmen damit überein, dass Programme zur koordinierten Patientenversorgung mit Beteiligung verschiedener Leistungserbringer sowie Qualitätssicherungsmaßnahmen über den ganzen Betreuungsprozess hinweg bessere Ergebnisse bringen können als unstrukturierte Einzelmaßnahmen. Wir begrüßen, dass in solchen Programmen die Leistungen über den gesamten Behandlungsprozess hinweg koordiniert werden sollen.</p> <p>Den Hinweis 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, begrüßen wir ausdrücklich.</p> <p>Jedoch erwarten wir, dass solche Patientenprogramme auch ohne ärztliche Leitung angeboten werden können. Es muss ermöglicht werden, dass entsprechend ausgebildete Fachpersonen wie Advanced Practice Fachpersonen der Pflege, Ernährungsberatung, Ergotherapie etc. Patientenprogramme leiten und bei Bedarf selbstverständlich die ärztliche Expertise hinzuziehen.</p> <p>Wird dies hier nicht geöffnet, verpasst man die Chance, ernsthaft die interprofessionell aufgestellte Grundversorgung zu fördern.</p> <p>Die entsprechenden Verbände der Leistungserbringer sind zwingend in die Erarbeitung der zugehörigen Verordnungen einzubeziehen.</p> <p>Weitere Bemerkungen zu den Details der Programme siehe unten.</p>
	<p>Zum fehlenden Präventionsgedanken: Als Mitglied des SVBG, welcher seinerseits wiederum Mitglied der Allianz «Gesunde Schweiz» ist setzen wir uns zusammen mit über 40 nationalen Organisationen für eine Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz ein. Die zahlreichen, von diversen Mitgliedorganisationen der Allianz angebotenen Massnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention haben erwiesenermassen ein grosses Kostendämpfungspotential.¹ Bereits heute leidet ein Viertel der Schweizer Bevölkerung an einer nichtübertragbaren Krankheit (NCD). 80% der Gesundheitskosten werden durch NCD verursacht. Durch präventive Massnahmen können nichtübertragbare Krankheiten verhindert oder verzögert und schwere Verläufe gemildert werden.</p> <p>Um der Herausforderung der demografischen 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 weniger ist für uns nachvollziehbar, 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, mit kleinteiligen Massnahmen Kosten kurzfristig zu dämpfen. Mit der Förderung von systematischen Massnahmen zur Prävention wird der Kostendämpfungseffekt deutlich verstärkt, führen diese doch mittel- bis langfristig zu einer nachhaltigen und effektiven Moderation des Kostenwachses im Gesundheitssystem. Entsprechend braucht es endlich eine</p>

¹ [OECD/ WHO Bericht zum Schweizer Gesundheitssystem 2006](#)

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

<p>rechtliche Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung im schweizerischen Gesundheitssystem.</p> <p>Mehr noch als verhaltenspräventive Angebote inner- und ausserhalb der Gesundheitsversorgung tragen verhältnispräventive Massnahmen zur Senkung der Gesundheitskosten bei. Die Lebensbedingungen der Menschen (Arbeit, Familie, Freizeit und Umweltbedingungen) haben einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Am effektivsten werden die Kosten in der kurativen Medizin gedämpft, wenn alle Menschen in der Schweiz gute Möglichkeiten haben, ihr Leben so zu gestalten, dass sie möglichst lange gesund bleiben können. So sollte vor allem in Gesundheitsförderung schon während der obligatorischen Schulzeit investiert werden. Des Weiteren wird häufig der Einfluss von Umweltrisiken, wie z.B. verkehrsbedingter Luftverschmutzung und Lärm, auf die kardiovaskuläre Krankheitslast nicht genügend kommuniziert und wahrgenommen.²³⁴</p> <p>Um die Kosten in der Gesundheitsversorgung zu dämpfen, müssen ausserdem die Gesundheitskompetenz der Schweizer Bürgerinnen und Bürger sowie das Selbstmanagement von Patientinnen und Patienten – auch im Sinne von Patient Empowerment – gefördert werden. Der Zugang zu validen umfassenden Informationen, die es den Bürgerinnen und Bürgern erlauben, gute Entscheidungen in Bezug auf ihre Gesundheit zu treffen, muss gewährleistet sein. 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.⁵</p> <p>Ernährungsberater/innen können hierzu einen wichtigen Beitrag liefern.</p> <p>Entsprechend erwarten wir, dass dieser Aspekt in diesem Kostendämpfungspakte bereits aufgenommen wird.</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.

² Rösli M, Probst-Hensch N, Nichtübertragbare Krankheiten verstehen und verhindern mit Big Data und Exposom-Ansätzen, Leading Opinions Innere Medizin 5/2019

³ Ragettli M, Flückiger B, Rösli M, Auswirkungen der Umwelt auf die Gesundheit, Studie des SwissTPH im Auftrag des BAFU, 2017

⁴ <https://www.bafu.admin.ch/bafu/de/home/themen/laerm/publikationen-studien/publikationen/magazin-umwelt-1-2013-ruhe-schuetzen.html>

⁵ Bevölkerungsbefragung "Erhebung Gesundheitskompetenz 2015" Schlussbericht gfs Bern, Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG, Abteilung Gesundheitsstrategien, 2016

**Änderung der 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)
	25	2	i	Wir begrüssen, dass die Leistungen von strukturierten Programmen durch die OKP übernommen werden. Allerdings mit der Einschränkung, dass die Programme nicht ärztlich geleitet sein müssen. Entsprechend ausgebildete andere Gesundheitsberufe können durchaus diese Leitung auch übernehmen (siehe allgemeine Bemerkungen zu den Programmen); die Voraussetzungen dazu können geregelt werden.	Leistungen, die im Rahmen von ärztlich <i>oder durch entsprechend ausgebildete andere Leistungserbringer</i> geleiteten, strukturierten Programmen durchgeführt werden.
	32	3		Diese Regelungen zur Überprüfung der Patientenprogramme sind zwingend unter Einbezug der Fachexpertise der involvierten Gesundheitsfachpersonen bzw. deren Verbände zu entwickeln.	Der Bundesrat regelt die Einzelheiten der periodischen Überprüfung der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang <i>unter Einbezug der Verbände der betroffenen Leistungserbringer</i>
	33	3bis		Strukturierte Patientenprogramme müssen nicht zwingend ärztlich geleitet sein (siehe allgemeine Bemerkungen). Die genauen Bedingungen, welche durch die Leitung erfüllt werden müssen, können in den Voraussetzungen, welche die Programme erfüllen müssen, geregelt werden.	Er bezeichnet die Leistungen, die im Rahmen von ärztlich geleiteten , strukturierten Programmen nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe i erbracht werden dürfen. Er regelt die Voraussetzungen, welche die Programme erfüllen müssen. Die Programme bedür-fen der Genehmigung des EDI.
	36b			Wie oben schon ausgeführt ist zu bedenken, dass grundsätzlich schon basierend auf den aktuellen gesetzlichen Grundlagen Netzwerke koordinierter Versorgung umgesetzt werden können –	

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

				das grösste Hindernis, dass dies nicht schon viel häufiger auch interprofessionell geschieht, liegt in der fehlenden Entschädigung für die Koordinationsarbeiten innerhalb solcher Netzwerke.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	36b	1	a	Grundsätzlich unterstützen wir, dass koordinierte Netzwerke Leistungen nach Artikeln 25 – 31 erbringen sollen, allerdings ist eine gewissen Flexibilität offen zu halten, weil es lokal/regional nicht für jedes Netzwerk Sinn macht, alle in Art. 25-31 erwähnten Leistungen gleichermassen zu erbringen	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	36b	1	b	Wir begrüssen, dass die Netzwerke den Auftrag haben, auch die Koordination mit weiteren Leistungserbringern über die ganze Ver-sorgungskette sicherzustellen. Es ist hier klarzustellen, dass Leistungserbringer auch aus weiteren Bereichen kommen können wie den Psychologieberufen oder dem sozialen Bereich – die Koordinationsleistungen mit diesen Fachpersonen sind ebenfalls zu entschädigen.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	36b	2		Sollen die koordinierten Netzwerke tatsächlich umgesetzt werden, dann müssen die Verbände der betroffenen Leistungserbringer bei der Definition der Leistungen und Kriterien auf Verordnungsstufe zwingend mit einbezogen werden.	Der Bundesrat legt <i>unter Einbezug der Verbände der betroffenen Leistungserbringer</i> die Zulassungsvoraussetzungen fest, welche die Netzwerke zur koordinierten Versorgung erfüllen müssen
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	36b	3	a	Es ist nicht zwingend, dass der Arzt/die Ärztin, der/die im Netzwerk eingebunden ist, auch zwingend die Leitung des Netzwerks bzw. des Koordinationszentrums übernimmt. Es müssen auch andere (kooperative, interprofessionelle) Modelle von Leadership in den Netzwerken umgesetzt werden können. Dass ein Arzt/eine Ärztin weiterhin weitere Leistungen verordnet, bleibt damit unangetastet.	die Anforderungen an <i>die Fachperson</i> den Arzt oder die Ärztin, der oder die das Netzwerk leitet;

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

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	36b	3	b	Zum Fachpersonal gehören selbstverständlich auch die Ärzte/Ärztinnen, die dem Netzwerk angehören	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	36b	3	c	Hier ist sicherzustellen, dass bei der Definition der Leistungen, die ein Netzwerk zwingend erbringen muss, auf Kernelemente fokussiert wird, damit lokalen/regionalen und demografischen Gegebenheiten Rechnung getragen werden kann. Es muss möglich sein, dass Netzwerke z.B. auch strukturierte Patientenprogramme anbieten.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	48a			Zwingend vertraglich zu regeln ist eine Abgeltung des Koordinationsaufwands aller an der Koordination beteiligter Berufsgruppen.	

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.