

REGIERUNGSRAT

Regierungsgebäude, 5001 Aarau
Telefon zentral 062 835 12 40
Fax 062 835 12 50
regierungsrat@ag.ch
www.ag.ch/regierungsrat

Per E-Mail
Bundesamt für Gesundheit

gever@bag.admin.ch
aufsicht@bag.admin.ch

18. Dezember 2024

17.480 n Pa. Iv. (Weibel) Bäumle. Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme; Vernehmlassung

Sehr geehrte Damen und Herren

Der Regierungsrat des Kantons Aargau bedankt sich für die Gelegenheit, zur parlamentarischen Initiative 17.480 "Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme" Stellung zu nehmen.

Dass zahlreiche Patientinnen und Patienten über die Notaufnahme medizinische Behandlung suchen, welche nicht der Schwere ihres Leidens entspricht, ist unbestritten. Jedoch sieht der Regierungsrat in der vorgeschlagenen Vorlage keine Lösung des Problems.

Bereits die Definition des Begriffs "Bagatellfall" gestaltet sich kritisch. Zwar wird die Definition des Begriffs mithilfe der grundsätzlichen Erhöhung des maximalen Selbstbehalts und einer Ausnahmeregelung umgangen; diese greift dennoch zu wenig weit. Die Ausnahmeregelung für Schwangere und Kinder unter 18 Jahren sowie Personen mit schriftlicher Überweisung ist unbedingt notwendig, umfasst jedoch nicht andere mögliche echte Notfälle. In der Praxis kann es durchaus vorkommen, dass Patientinnen und Patienten in der Notfallaufnahme vorstellig werden, welche vorher beispielsweise aus zeitlichen Gründen, zum Beispiel in der Nacht, keine schriftliche Überweisung besorgen konnten. Wird jemand mit dem Rettungsdienst auf den Notfall gebracht, besteht in der Regel auch keine schriftliche Überweisung. Auch Zentren für Telemedizin oder Apotheken stellen in der Praxis keine schriftlichen Überweisungen aus. Hinzu kommt, dass deren Formerfordernis aus dem Vorentwurf und dem erläuternden Bericht ohnehin zu wenig ersichtlich ist.

Auch der Begriff "Gebühr" ist irreführend, da es sich tatsächlich nicht um eine Kausalabgabe zur Deckung der durch den Besuch auf dem Notfall generierten Kosten handelt. Es ist deshalb auch nicht nachvollziehbar, wie sich der Betrag von Fr. 50.– zusammensetzt. Die Vorlage möchte das Kostenbewusstsein der Bevölkerung stärken. Dennoch ist nicht ersichtlich, wofür die Fr. 50.– stehen, da diese in keinem direkten Zusammenhang zur Untersuchung auf dem Notfall stehen. Die selbst zu tragenden Kosten der Patientin oder des Patienten steigen dadurch indirekt (Erhöhung der Franchise) auch für medizinisch notwendige Leistungen. Insofern ist der Sachbezug dieser Erhöhung des Selbstbehalts (oder die Erhöhung des Höchstbetrags des Selbstbetrags), welche wie im erläuternden Bericht erwähnt, eher als Lenkungsabgabe zu qualifizieren ist, zweifelhaft. Die als Lenkungsabgabe fungierende Gebühr, die eben keine Gebühr, sondern die Erhöhung des Selbstbehalts ist, entfaltet Wirkung auf Sachverhalte, die mit dem zu lenkenden Verhalten nicht in Zusammenhang stehen. Der Regierungsrat hält diese Wirkung für fehlgeleitet und würde eine direkte Konsequenz mit Bezug zur Handlung, die gesteuert werden soll (nicht notwendiger Notfallbesuch), bevorzugen. Zudem ist die

Dauer einer Erhöhung des Selbstbehalts aus dem erläuternden Bericht und dem Vorentwurf des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) nicht ersichtlich. Eine dauerhafte Erhöhung wäre nicht verhältnismässig und eine begrenzte Dauer müsste zumindest im erläuternden Bericht erwähnt werden.

Zudem ist, wie mehreren Minderheitsanträgen ebenfalls zugrunde gelegt, fraglich, wie sinnvoll es ist, den Entscheid über die Einführung der "Bagatellgebühr" den Kantonen zu überlassen. Immerhin müssten jene Kantone, welche keine Erhöhung des Selbstbehalts vorsehen, dennoch den zusätzlichen administrativen Aufwand tragen, der mit der Abrechnung und der Kommunikation mit den Krankenversicherern einhergeht, wenn sie eine Patientin oder einen Patienten aus einem Kanton mit "Bagatellgebühr" behandeln. Der administrative Aufwand für das Spitalpersonal darf ausserdem nicht unterschätzt werden, insbesondere da der kantonale Entscheid gegen eine Bagatellgebühr nicht vor Konflikten oder rechtlichen Auseinandersetzungen in Zusammenhang mit der Bagatellgebühr schützt.

Grundsätzlich schliesst sich der Regierungsrat dem Minderheitsantrag zum Nichteintreten gemäss Ziffer 3.4.1 des erläuternden Berichts an. Der Regierungsrat stellt die gewünschte Wirkung der Vorlage, die Kosten der Spitalnotaufnahme zu senken, ebenfalls infrage. Vielmehr müsste aus Sicht des Regierungsrats die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung gefördert und diese über die im Einzelfall geeigneten Leistungserbringer (anstelle der Spitalnotfallaufnahme) und deren Kompetenzen informiert werden.

Eventualiter sind zumindest die oben genannten Punkte zu klären und die Vorlage umfassend zu überarbeiten.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Vernehmlassung.

Freundliche Grüsse

Im Namen des Regierungsrats



Dr. Markus Dieth
Landammann



Joana Filippi
Staatsschreiberin



KANTON
APPENZELL INNERRHODEN

Landammann und Standeskommission

Sekretariat Ratskanzlei
Marktgasse 2
9050 Appenzell
Telefon +41 71 788 93 11
info@rk.ai.ch
www.ai.ch

Ratskanzlei, Marktgasse 2, 9050 Appenzell

Per E-Mail an
gever@bag.admin.ch und
aufsicht@bag.admin.ch

Appenzell, 19. Dezember 2024

17.480 Parlamentarische Initiative (Weibel) Bäumle. Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme Stellungnahme Kanton Appenzell I.Rh.

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 27. September 2024 haben Sie uns die Vernehmlassungsunterlagen zur 17.480 Parlamentarischen Initiative (Weibel) Bäumle. Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme zukommen lassen.

Die Standeskommission hat die Unterlagen geprüft. Sie schliesst sich der Stellungnahme der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren vom 29. November 2024 an. Sie empfiehlt dem Parlament, nicht auf die Vorlage einzutreten.

Die Standeskommission befürwortet grundsätzlich Massnahmen, die eine Reduktion von Versorgungsengpässen zum Ziel haben. Sie bezweifelt jedoch, dass mit der vorgeschlagenen Lösung die angestrebte Entlastung der stationären Notaufnahmen erreicht werden kann. Es ist fraglich, ob die Verrechnung der Gebühr über den Selbstbehalt der OKP die gewünschte «abschreckende» Wirkung auf Bagatellfälle hat, zumal nur rund 10% der Versicherten den jährlichen Höchstbetrag des Selbstbehalts überhaupt erreichen. Auch die Frage, wie hoch der Anteil der «Bagatellfälle» bei den Notfallbehandlungen tatsächlich ist, kann auf Basis der derzeitigen Studienlage nicht eindeutig beantwortet werden. Schliesslich besteht ein gewisses Risiko, dass eine Monetarisierung der Nutzung des Spitalnotfalls von Patientinnen und Patienten fälschlicherweise als eine «Gebühr» verstanden wird, die eine direkte Inanspruchnahme des Spitalnotfalls legitimiert. Dies könnte letztlich sogar zu einer Mehrbelastung der Notfallstationen führen. Ferner ist zu befürchten, dass es für Patientinnen und Patienten schwierig sein kann, rechtzeitig eine schriftliche Überweisung einzuholen, insbesondere nachts und an den Wochenenden. Dies könnte bei echten Notfällen davon abhalten, die Notaufnahme zeitnah aufzusuchen.

Die vorgeschlagene Lösung verursacht zudem zusätzlichen Verwaltungsaufwand für die Kantone bei der Umsetzung, Kontrolle und Kommunikation der neuen Regelungen, sowie für die Leistungserbringer und Versicherer bei der Ausstellung und Überprüfung der schriftlichen Überweisungen. Der postulierte kostendämpfende Effekt ist daher fraglich.

Schliesslich überlässt die Vorlage die Entscheidung über die Einführung dieser Erhöhung des Selbstbehalts den Kantonen. Auch dies führt zu einem administrativen Mehraufwand, da

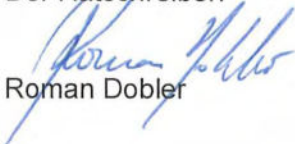
in jedem Einzelfall überprüft werden muss, welche Regelungen im Wohnortkanton anwendbar sind. Zudem wären Patientinnen und Patienten, Leistungserbringer und Versicherer schweizweit mit vielen unterschiedlichen Regelungen konfrontiert, was im Vollzug mit vielen Unsicherheiten einhergehen würde.

Die Standeskommission ist der Meinung, dass bei den Bemühungen, die Zahl der unnötigen Konsultationen auf Notfallstationen zu verringern, Ansätze wie die Schaffung und Bekanntmachung alternativer niederschwelliger Gesundheitsangebote (Telemedizin, Walk-in Ambulanzen in Apotheken, Einsatz von APNs etc.) sowie Massnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung im Vordergrund stehen sollten.

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme und grüssen Sie freundlich.

Im Auftrage von Landammann und Standeskommission

Der Ratschreiber:


Roman Dobler

Zur Kenntnis an:

- Gesundheits- und Sozialdepartement Appenzell I.Rh., Hoferbad 2, 9050 Appenzell
- Ständerat Daniel Fässler, Weissbadstrasse 3a, 9050 Appenzell
- Nationalrat Thomas Rechsteiner (thomas.rechsteiner@parl.ch)



Regierungsrat, 9102 Herisau

Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit des Nationalrates
3003 Bern

Dr. iur. Roger Nobs
Ratschreiber
Tel. +41 71 353 63 51
roger.nobs@ar.ch

Herisau, 19. Dezember 2024

Eidg. Vernehmlassung; 17.480 n Pa. Iv. (Weibel) Bäumle. Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme; Stellungnahme des Regierungsrates von Appenzell Ausserrhoden

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 27. September 2024 unterbreitete die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) die eingangs erwähnte Vorlage zur Vernehmlassung. Die Vernehmlassungsfrist dauert bis zum 10. Januar 2025.

Der Regierungsrat von Appenzell Ausserrhoden nimmt dazu wie folgt Stellung:

Er teilt die Meinung der Mehrheit der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates zur Änderung des KVG. Mit dem vorliegenden Entwurf ist eine pragmatische und effiziente Lösung gefunden worden, um der steigenden Arbeitslast des Medizinal- und Pflegepersonals sowie den langen Wartezeiten im Spitalnotfall zu begegnen.

Das Aufwand-Nutzen-Verhältnis dieser Gebühr kann aus Sicht des Regierungsrates kritisch gesehen werden. So kann – neben dem administrativen Aufwand, den diese Bagatellgebühr verursachen wird – auch der kostendämpfende Effekt in Frage gestellt werden. Der Regierungsrat ist aber überzeugt, dass dies zu einer längerfristigen Entlastung der Spitalnotfälle führen kann und eine nachhaltigere Kostendämpfung darstellt als andere Optionen.

Die Bagatellgebühr bringt für die Fachkräfte vor Ort zudem kein Zusatzaufwand, da sie nicht entscheiden müssen, was als wirklicher Notfall gilt. Die Kommission hat mit ihrem Entwurf die Ausnahmen von diesem Zuschlag abschliessend definiert, sodass klar ist, welche andere Leistungserbringer vorgängig konsultiert werden müssten, um diese Gebühr zu vermeiden.

In der gezielten Erhöhung der Kostenbeteiligung der Versicherten sieht der Regierungsrat deshalb die Möglichkeit das Bewusstsein der Bevölkerung zu schärfen, in welchen Fällen direkt ein Notfall aufgesucht werden



muss. Er spricht sich daher klar für den vorgeschlagenen Entwurf der nationalrätlichen Kommission aus.

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

Im Auftrag des Regierungsrates

Dr. iur. Roger Nobs, Ratschreiber



Regierungsrat

Postgasse 68
Postfach
3000 Bern 8
info.regierungsrat@be.ch
www.be.ch/rr

Staatskanzlei, Postfach, 3000 Bern 8

Nationalrat
Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit

Per E-Mail (als PDF- und Word-Version) an:
- gever@bag.admin.ch
- aufsicht@bag.admin.ch

RRB Nr.: 1314/2024 18. Dezember 2024
Direktion: Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion
Klassifizierung: Nicht klassifiziert

**Vernehmlassung des Bundes: 17.480 n Pa. Iv. (Weibel) Bäume. Gebühr für Bagatellfälle
in der Spitalnotfallaufnahme
Stellungnahme des Kantons Bern**

Sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren

Der Regierungsrat dankt für die Möglichkeit zur Stellungnahme.

Die Vorlage sieht vor, dass der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehalts zulasten der versicherten Person um 50 Franken erhöht wird, wenn diese eine Spitalnotaufnahme ohne schriftliche Überweisung von einem Arzt bzw. einer Ärztin, von einem Zentrum für Telemedizin oder von einem Apotheker bzw. einer Apothekerin aufsucht. Von dieser Regelung ausgenommen sind Schwangere sowie Kinder. Ausserdem gilt sie nur für Personen, die der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) unterstellt sind. Der Entscheid über die Einführung einer solchen Erhöhung des Selbstbehalts wird den Kantonen überlassen.

Der Regierungsrat befürwortet grundsätzlich Massnahmen, welche auf eine effizientere Organisation der Gesundheitsversorgung abzielen und somit potenziell kostendämpfend wirken. Ebenso teilt er die Ziele der SGK-N, das Kostenbewusstsein der Versicherten zu stärken und die Notfallstationen der Spitäler zu entlasten. Der Regierungsrat begrüsst die vorgeschlagene Variante, kann sich aber auch für die von der Kommissionsminderheit bevorzugte Variante aussprechen, wonach die Kostenbeteiligung als 50-fränkiger Zuschlag zum Selbstbehalt ausgestaltet würde (Minderheit II). Damit käme der Zuschlag schon zum Tragen, bevor die versicherte Person die Obergrenze des jährlichen Selbstbehalts erreicht hat (falls überhaupt) und würde damit das Kostenbewusstsein der Versicherten unmittelbar stärken.

Relevant ist für den Regierungsrat bei der zu wählenden Lösung die administrative Einfachheit der Anwendung. Der mit der Vorlage einhergehenden Mehraufwand ist für alle Akteure gering zu halten.

In Bezug auf den Geltungsbereich der Regelung beantragt der Regierungsrat die Prüfung weiterer Ausnahmen. So sind beispielsweise die Blaulichtorganisationen nicht überweisungsberechtigt, obschon allein die Rettungsdienste jährlich Tausende Notfälle in die Spitalnotfälle einliefern. Bei schwerwiegenden medizinischen Notfällen sollte daher auf einen 50-fränkigen Zuschlags verzichtet werden. Dies würde auch dem Zweck der Regelung entsprechen, wonach «unnötige» Konsultationen der Notaufnahme von Spitälern verhindert werden sollen. Weiter ist an Personen mit chronischen Erkrankungen und Beeinträchtigungen zu denken, bei welchen ein erhöhtes Risiko besteht, dass bei einem Zuwarten mit der medizinischen Behandlung bleibende Schäden resultieren.

Auf eine Delegation des Entscheids über die Einführung eines Zuschlags an die Kantone ist zu verzichten. Wird dies den einzelnen Kantonen überlassen, so werden Patientinnen und Patienten, Leistungserbringer und Versicherer schweizweit mit vielen unterschiedlichen Regelungen konfrontiert. Im Vollzug käme es zu vielen Unsicherheiten und Schwierigkeiten, dies insbesondere in Fällen von ausserkantonaler Inanspruchnahme im medizinischen Notfall. Zudem ist die Festlegung des Selbstbehaltes eine Kompetenz des Bundes, der er mit dem KVG nachgekommen ist.

Schliesslich weist der Regierungsrat darauf hin, dass auch die dem UVG unterliegenden Bagatellfälle für die hohe Auslastung der ambulanten Notfalleinrichtungen verantwortlich sind. Auch in diesem Bereich müssten Lösungen gesucht werden, um die Notfalleinrichtungen zu entlasten.

Freundliche Grüsse

Im Namen des Regierungsrates

Evi Allemann
Regierungspräsidentin

Christoph Auer
Staatsschreiber

Regierungsrat, Rathausstrasse 2, 4410 Liestal

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit des Nationalrates (KSG-N)
CH-3003 Bern

Per E-Mail an gever@bag.admin.ch und aufsicht@bag.admin.ch

Liestal, 17. Dezember 2024
VGD/AfG/JSO

Vernehmlassung zu 17.480 n Pa. Iv. (Weibel) Bäumle «Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme»: Stellungnahme des Regierungsrats des Kantons Basel-Landschaft

Sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin,
Sehr geehrte Damen und Herren

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit hat uns mit Schreiben vom 27. September 2024 den Vorentwurf und den erläuternden Bericht zur Umsetzung der parlamentarischen Initiative 17.480 zur Vernehmlassung zugestellt. Zur Einreichung der Vernehmlassungsantwort wurde eine Frist bis zum 10. Januar 2025 gewährt.

Der Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft befürwortet effiziente Massnahmen, die generell zur Dämpfung des Kostenwachstums im Gesundheitswesen sowie speziell zur Entlastung der Rettungsdienste und Notfallstationen beitragen.

Zur Beurteilung der vorgeschlagenen «Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme» nimmt der Regierungsrat die Analysen des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) im ergänzenden Bericht vom 7. November 2023 zuhanden der SGK-N (Beilage 1) zur Kenntnis. Darin bringt das BAG bei Einführung der Notfallgebühr die Befürchtung einer Erhöhung des administrativen Aufwands zum Ausdruck. Ebenfalls vermutet das BAG, dass bei bis zu 90 % der versicherten Personen keine Änderung im Verhalten erfolgen wird, da bei ihnen keine zusätzlichen, selbst zu tragenden Kosten anfallen werden. Dieser kritischen Haltung schliesst sich die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) gemäss ihrem Vernehmlassungsentwurf im Grundsatz an und empfiehlt dem Parlament, auf die Vorlage nicht einzutreten.

Wenn jedoch Wege gefunden werden, um die von der GDK erwähnten Ungleichbehandlungen sowie die administrative Mehrbelastung der beteiligten Institutionen und Kantone zu vermeiden und wenn insbesondere Blaulichtdienste ebenfalls zur direkten Überweisung von Patientinnen und Patienten in Notfallstationen berechtigt werden, steht der Kanton Basel-Landschaft der weiteren Beratung in den eidgenössischen Räten zur Einführung einer «Notfallgebühr» positiv gegenüber.

Wir danken für die Gelegenheit zur Stellungnahme und bitten Sie, sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin, sehr geehrte Damen und Herren, um Berücksichtigung der vorliegenden Rückmeldung des Kantons Basel-Landschaft.

Hochachtungsvoll



Isaac Reber
Regierungspräsident



Elisabeth Heer Dietrich
Landschreiberin

Beilagen:

- Ergänzendes Bericht des BAG vom 7. November 2023
- Vernehmlassungsentwurf der GDK



Rathaus, Marktplatz 9
CH-4001 Basel

Tel: +41 61 267 85 62
E-Mail: staatskanzlei@bs.ch
www.regierungsrat.bs.ch

Per E-Mail an:

gever@bag.admin.ch
aufsicht@bag.admin.ch

Basel, 7. Januar 2025

Regierungsratsbeschluss vom 7. Januar 2025

Nationalrat, Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit; 17.480 n Pa. Iv. (Weibel) Bäumle. Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotaufnahme; Vernehmlassung: Stellungnahme des Kantons Basel-Stadt

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 27. September 2024 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) wurden uns die Vernehmlassungsunterlagen zum Vorentwurf einer Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10) im Rahmen der parlamentarischen Initiative 17.480 n Pa. Iv. (Weibel) Bäumle «Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme» zugestellt. Wir danken für die Gelegenheit zur Stellungnahme und lassen Ihnen nachstehend unsere Anträge und Bemerkungen zukommen.

1. Einleitung

Der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt begrüsst grundsätzlich Massnahmen, welche auf eine effizientere Organisation der Gesundheitsversorgung abzielen und somit potenziell kostendämpfend wirken. Insofern teilt er die Ziele der Vorlage der SGK-N, die Spitalnotaufnahmen zu entlasten und das Kostenbewusstsein der Versicherten zu stärken. Er lehnt jedoch sowohl den Vorentwurf der Kommission (Mehrheitsvariante) als auch die Alternativvarianten (Minderheit Nattermod, Minderheiten I und II) zur Änderung des KVG ab, da er der Ansicht ist, dass die erwähnten Ziele mit der vorgeschlagenen Bagatellgebühr nicht erreicht werden können. Daher schliesst sich der Regierungsrat der Minderheit Crottaz an und empfiehlt dem Parlament, auf die Vorlage nicht einzutreten.

Der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt schliesst sich vollumfänglich der Stellungnahme der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) vom 29. November 2024 an. Die Empfehlung, nicht auf die Vorlage einzutreten, basiert insbesondere auf den folgenden Überlegungen.

2. Begründung

2.1 Grundsätzliches

Zunächst soll festgehalten werden, dass die Kernaufgabe eines Spitalnotaufnahmезentrums darin besteht, einen reibungslosen Betrieb im Rahmen des Notfallversorgungsauftrags zu gewährleisten. Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb ein dezentrales, unkoordiniertes Netz von Hausarztpraxen, Apotheken, Telemedizinzentren und kommunalen Gesundheitsdiensten die Triage von Notfällen effizienter und reibungsloser gewährleisten können soll als ein Spitalnotaufnahmезentrum. Anstatt einer Verbesserung des Gesundheitssystems und einer Kostendämpfung wird bei Umsetzung der Vorlage eine Verschlechterung der Gesundheitsversorgung bei höheren Gesamtkosten befürchtet.

2.2 Verunsicherung der Bevölkerung

Die sogenannte Bagatellgebühr könnte Personen generell, insbesondere einkommensschwache Personen, die sich tatsächlich in einer medizinischen Notlage befinden, verunsichern und dazu führen, dass diese auf die Inanspruchnahme von ärztlicher Hilfe verzichten und sich dadurch ihr Gesundheitszustand verschlechtert. Bei Notfällen, die eine umgehende Handlung erfordern, könnte die notwendige vorgängige Einholung der schriftlichen Überweisung für die Spitalnotaufnahme zu schwerwiegenden Konsequenzen führen, wie z.B. zum Tod von Menschen wegen zu später Reaktion etwa bei einem Herzinfarkt oder haftpflichtrechtliche Klagen bei einer falschen Einschätzung ohne Überweisung in die Spitalnotaufnahme.

2.3 Nicht abschliessende Aufzählung der Akteure

Die Aufzählung der Akteure, die eine Überweisung verschreiben dürfen, erscheint nicht abschliessend. So wären die Blaulichtdienste bei der angedachten Regelung nicht überweisungsbe-rechtigt, obschon alleine die Rettungsdienste jährlich Tausende von «echten» Notfällen in die Spitalnotaufnahmезentren einliefern. Dies zum Teil ohne die Möglichkeit, die betroffenen Patientinnen und Patienten vorgängig um Einwilligung zu bitten, denn es besteht das Gebot zur medizinischen Hilfeleistung. Folglich kann es nicht im Sinne der Initiative sein, dass diese Patientinnen und Patienten in einem solchen Fall Bagatellgebühren leisten müssten.

2.4 Kosten-Nutzen-Verhältnis

Die Triage, die Erstberatung sowie die schriftliche Überweisung durch den Arzt bzw. die Ärztin, das Zentrum für Telemedizin oder die Apothekerin bzw. den Apotheker führen zu deutlich erhöhten Gesamtkosten. Auch für die Spitäler würden durch den erhöhten Aufwand bei der Abrechnung mit den Versicherern und aufgrund der unterschiedlichen Falladministration (mit/ohne Überweisung) höhere Kosten entstehen. All diese mit der Umsetzung der Vorlage zusammenhängenden zusätzlichen Kosten werden im erläuternden Bericht der SGK-N nicht thematisiert.

Der Kanton hat ebenfalls mit hohen zusätzlichen Kosten und einem grossen zusätzlichen Aufwand zu rechnen: Es müssten die gesetzlichen Bestimmungen angepasst, die Umsetzung durchgeführt und beaufsichtigt, die Bevölkerung informiert sowie gegebenenfalls Pikettdienste rund um die Uhr zur Verfügung gestellt werden.

Weiter hätte die vorgeschlagene Gesetzesänderung auch negative Auswirkungen auf die Sozialhilfe. Es ist davon auszugehen, dass Bezügerinnen und Bezüger von Sozialhilfe, denen aufgrund der Erhöhung des Höchstbetrages des Selbstbehalts bzw. des Zuschlags zum Selbstbehalt zusätzliche Kosten entstünden, diese kaum selber bezahlen könnten. Der beabsichtigte Effekt der Entlastung der Spitalnotaufnahmen könnte nicht erreicht werden. Vielmehr müsste die Sozialhilfe diese Kosten entweder übernehmen, was faktisch einer Verlagerung der Gesundheitskosten in

die Sozialhilfekosten bedeuten würde, oder die Rechnungen blieben aufgrund erfolgloser Betreibungen offen. Beides würde zu einem zusätzlichen Verwaltungsaufwand führen.

Sämtliche involvierten Akteure, inkl. der Kantone, hätten demnach für die Einführung und Umsetzung der Bagatellgebühr einen hohen Mehraufwand zu leisten, welcher die vermutlich bescheidene Lenkungswirkung weit übersteigen würde.

2.5 Eingeschränkte Anwendbarkeit

Durch die unterschiedlichen kantonalen Regelungen käme es im Vollzug zu sehr vielen Unsicherheiten und Schwierigkeiten, insbesondere in Fällen von ausserkantonaler Inanspruchnahme im medizinischen Notfall. Des Weiteren wäre es im Rahmen des KVG ein Novum, würde den Kantonen die Kompetenz übertragen, über den Leistungsumfang sowie die Höhe der Krankenversicherungsleistungen mitzubestimmen. Derartige Regelungen wurden bislang ausschliesslich auf nationaler Ebene vorgenommen. Es bleibt fraglich, ob diese Übertragung von Kompetenzen mit dem System des KVG vereinbar wäre.

Weiter haben gemäss dem erläuternden Bericht der SGK-N im Jahr 2021 lediglich rund 10% der versicherten Personen die Franchise und den maximalen Selbstbehalt von 700 Franken ausgeschöpft. Somit wäre gemäss der Mehrheitsvariante (Erhöhung des Selbstbehaltes um 50 Franken pro Aufsuchen einer Notaufnahme im Spital) die Erhöhung des Höchstbetrags des Selbstbehalts bei rund 90% der versicherten Personen ohne finanzielle Auswirkungen. Die Vorlage kann deshalb kaum zur beabsichtigten Stärkung des Kostenbewusstseins und der Eigenverantwortung und folglich zu einem Rückgang der Fälle in den Spitalnotaufnahmen beitragen.

Ausserdem wird der Geltungsbereich dieser neuen angedachten Bestimmung als problematisch angesehen. Touristinnen und Touristen sowie Personen, die nach Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 (UVG; SR 832.20) oder Bundesgesetz über die Militärversicherung vom 19. Juni 1992 (MVG; SR 833.1) versichert sind, wären von der Regelung nicht betroffen. Jedoch sind die unfallbedingten Konsultationen für einen erheblichen Anteil der Auslastung der Spitalnotaufnahmezentren verantwortlich. Stossend wäre auch, dass Verunfallte bezüglich der Bagatellgebühr ungleich behandelt würden, je nachdem, ob sie nach KVG, UVG oder MVG gegen Unfall versichert sind.

3. Fazit

Der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt ist der Ansicht, dass die Einführung einer Bagatellgebühr gemäss der Vorlage nicht geeignet ist, die Notfallstationen von Bagatellfällen zu entlasten. Zudem lässt die Vorlage viele Umsetzungsfragen offen. Der Regierungsrat bezweifelt, dass ein solches Instrument mit einem vertretbaren Aufwand-Nutzen-Verhältnis zur Zielerreichung der Initiative beitragen kann und spricht sich deshalb für ein Nichteintreten aus.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen. Für Rückfragen steht Ihnen gerne Frau Anna Eichenberger (Bereich Gesundheitsversorgung; anna.eichenberger@bs.ch, Tel. 061 205 32 40) zur Verfügung.

Freundliche Grüsse
Im Namen des Regierungsrates des Kantons Basel-Stadt



Dr. Conradin Cramer
Regierungspräsident



Barbara Schüpbach-Guggenbühl
Staatsschreiberin



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Conseil d'Etat CE
Staatsrat SR

Route des Arsenaux 41, 1700 Fribourg

T +41 26 305 10 40
www.fr.ch/ce

Conseil d'Etat
Route des Arsenaux 41, 1700 Fribourg

PAR COURRIEL

Commission de la sécurité sociale et de la
santé publique du Conseil national
Madame Barbara Gysi
Présidente
3003 Berne

Courriel : gever@bag.admin.ch
aufsicht@bag.admin.ch

Fribourg, le 16 décembre 2024

2024-1133

Consultation de la CSSS-N concernant 17.480 n lv. pa. (Welbel) Bäaumle. Urgence hospitalière. Taxe pour les cas bénins

Madame la Présidente,
Mesdames, Messieurs,

Dans l'affaire susmentionnée, nous nous référons à votre courrier de mise en consultations du 27 septembre 2024 qui a retenu toute notre attention. Nous vous remercions de nous avoir donné l'occasion de nous prononcer sur l'avant-projet de modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie et vous faisons parvenir ci-après nos remarques.

Nous nous rallions pleinement à l'appréciation de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé du 29 novembre 2024, annexée à la présente, et soutenons sa conclusion. En ce sens, nous proposons de ne pas entrer en matière sur cet avant-projet.

En vous remerciant de tenir compte de ce qui précède, nous vous prions de croire, Madame la Présidente, Mesdames, Messieurs, à l'assurance de nos sentiments les meilleurs.

Au nom du Conseil d'Etat :

Jean-Pierre Siggen, Président



Jean-Pierre Siggen

Signature électronique qualifiée - Droit suisse

Danielle Gagnaux-Morel, Chancelière d'Etat

Danielle Gagnaux-Morel

Signature électronique qualifiée - Droit suisse

Copie

—

à la Direction de la santé et des affaires sociales ;
à la Chancellerie d'Etat.



Le Conseil d'Etat

5387-2024

Commission de la sécurité sociale et de la
santé publique (CSSS-N)
Madame Barbara Gysi
Présidente
3003 Berne

**Concerne : consultation sur l'initiative parlementaire 17.480 n lv. pa. (Weibel) Bäumle.
Urgences hospitalières. Taxe pour les cas bénins**

Madame la Présidente,

Nous avons bien reçu l'avant-projet de modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et nous vous remercions pour votre consultation.

Notre Conseil partage la prise de position de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), et recommande ainsi au Parlement de ne pas entrer en matière sur ce projet.

En effet, bien que nous approuvions les objectifs de ce projet visant à décharger les centres d'urgence, à améliorer l'orientation dans le réseau de soins, en particulier pour les urgences communautaires ou non vitales, et plus généralement à augmenter la responsabilisation des patients et contribuer à la maîtrise des coûts de la santé à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS), nous estimons cependant que ce projet ne permet pas d'atteindre ces objectifs de manière appropriée, principalement pour les raisons suivantes :

- restriction d'accès aux soins : une partie de la population renonce déjà à certains soins en raison de difficultés financières, et il n'est pas souhaitable que l'accès aux services d'urgence soit rendu encore moins abordable pour ces personnes plus vulnérables, dont l'état de santé pourrait être péjoré et nécessiter des soins encore plus coûteux en cas de report de la prise en charge;
- péjoration de la prise en charge en cas d'urgence vitale : l'obligation de passer par un médecin, un centre de télémédecine ou une pharmacie avant de pouvoir consulter un centre d'urgence pourrait avoir un impact sérieux sur le pronostic ou le traitement des patients avec un risque vital ou fonctionnel (degrés 1 et 2 selon l'échelle suisse de tri), la « taxe pour les cas bénins » ne s'appliquerait en principe qu'aux consultations aux urgences, donc a priori pas dans les cas d'urgences lourdes nécessitant une hospitalisation, mais le risque existe que les patients prennent néanmoins préalablement contact avec un médecin, un centre de télémédecine ou une pharmacie ; il semble en outre nécessaire que les centrales sanitaires d'urgence (144) et les services de secours puissent continuer à adresser des patients aux services d'urgence;
- augmentation potentielle des coûts à la charge de l'AOS : l'obligation d'une consultation préalable avant une prise en charge dans un centre d'urgence va très probablement générer une augmentation des coûts à la charge de l'AOS, il en va de même si les patients attendent que leur état de santé soit significativement détérioré avant de consulter, en raison de la « taxe pour les cas bénins »;

- augmentation de la charge administrative : la mise en œuvre de la « taxe pour les cas bénins » entraînerait une charge administrative supplémentaire pour les cantons, les hôpitaux et les assurances-maladie, cette mise en œuvre serait encore plus complexe dans le cas où les cantons seraient compétents pour décider de l'introduction de cette nouvelle disposition;
- différences de traitement : le projet introduirait une différence d'accès aux services d'urgence pour les patients selon le payeur (LAMal et autres assurances, notamment accident ou fédérales) et, en cas de mise en œuvre différenciée, selon le canton de domicile du patient.

Le contexte actuel n'est en outre pas favorable à l'introduction d'une telle mesure. En effet, les récentes décisions du Tribunal Fédéral limitant la facturation des différentes indemnités pour les consultations le soir et le week-end dans les permanences et centres médicaux offrant des consultations sans rendez-vous risquent de fortement restreindre l'offre médicale à disposition de la population pour les urgences non vitales et les soins non programmés. Celle-ci n'aura pas d'autre choix, à tout le moins en partie et à court terme, que de se reporter sur les urgences hospitalières.

Notre Conseil estime par ailleurs que d'autres mesures que l'introduction de la « taxe pour les cas bénins » sont plus appropriées pour réduire les recours inutiles aux urgences hospitalières. Le canton de Genève travaille notamment à améliorer le système d'urgence genevois sous l'angle de l'urgence communautaire, avec pour objectifs de :

- développer le réseau des urgences communautaires, en particulier par la création d'une ligne téléphonique de tri et d'orientation et d'une plateforme accessible en ligne, qui permettront de faciliter l'orientation des personnes recherchant une consultation urgente, et pourront fournir des conseils, des informations sur les lieux de consultation et des liens sur des agendas avec disponibilités à brève échéance;
- renforcer la coordination des acteurs en place et le développement de solutions innovantes, par exemple le renforcement des compétences des professions soignantes et l'utilisation plus étendue de la télémédecine;
- favoriser l'évolution des habitudes de consommation de soins de la population.

En conclusion, notre Conseil partage les objectifs de l'initiative parlementaire 17.480 n. lv. pa. (Weibel) Bäumle, mais estime cependant que l'introduction de la « taxe pour les cas bénins » ne permettra pas de les atteindre.

Nous vous remercions de bien vouloir prendre en compte nos observations et nous tenons volontiers à votre disposition pour répondre à vos questions.

Nous vous prions de croire, Madame la Présidente, à l'assurance de notre parfaite considération.

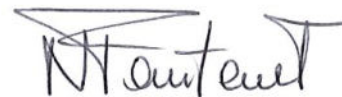
AU NOM DU CONSEIL D'ÉTAT

Le vice-chancelier :



Patrick Ferraris

La présidente :



Nathalie Fontanet

Regierungsrat
Rathaus
8750 Glarus

Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit des Nationalrates
3003 Bern

Glarus, 10. Dezember 2024
Unsere Ref: 2024-1440 / SKGEKO.4708

**Vernehmlassung i. S. SGK-N zum Vorentwurf im Rahmen der pa. Iv. 17.480 (Weibel)
Bäumle. Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme**

Sehr geehrte Frau Präsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) gab uns in eingangs genannter Angelegenheit die Möglichkeit zur Stellungnahme. Dafür danken wir und lassen uns gerne wie folgt vernehmen:

Grundsätzliche Zustimmung

Der Regierungsrat des Kantons Glarus teilt die Ansicht der SGK-N, dass eine Entlastung der Notfallstationen der Spitäler notwendig ist, um deren Funktionsfähigkeit auch in Zukunft zu gewährleisten. Er unterstützt deshalb grundsätzlich die Einführung einer Gebühr von 50 Franken für die Nutzung der Spitalnotaufnahmen. Damit können das Kostenbewusstsein und die Eigenverantwortung der Versicherten gestärkt werden sowie Patientinnen und Patienten mit Bagatellfällen vom Gang in die Notaufnahme abgehalten und sie einer angemesseneren und gleichzeitig kostengünstigeren Behandlung zugeführt werden.

Direkter Zuschlag auf den Selbstbehalt

Der Regierungsrat schätzt die Lenkungswirkung der Mehrheitsvariante (Erhöhung des Höchstbetrags des Selbstbehalts) jedoch als äusserst bescheiden ein, zumal im Jahr 2021 nur rund 10 Prozent der Versicherten den maximalen Selbstbehalt von 700 Franken überhaupt ausgeschöpft haben. Da sich die Versicherten bei dieser Variante zudem auch nach Erreichung des maximalen Selbstbehalts nur mit 10 Prozent an den Kosten beteiligen müssten, fällt die finanzielle Beteiligung bei einer Behandlung in einer Notfallaufnahme, die weniger als 500 Franken kostet, auch geringer als 50 Franken aus.

Bei den Alternativvarianten der Minderheiten I und II (direkter Zuschlag auf den Selbstbehalt) wären hingegen alle Versicherten betroffen, die ihre Franchise ausschöpfen. Bei einer schweizweiten Einführung wären dies rund 54 Prozent aller Versicherten. Der Zuschlag wäre in diesem Fall zudem für alle Versicherten einheitlich 50 Franken, unabhängig von den Behandlungskosten. Die Lenkungswirkung dürfte bei diesen Varianten daher wesentlich grösser sein.

Schweizweit einheitliche Regelung notwendig

Der Regierungsrat des Kantons Glarus lehnt die in der Mehrheitsvariante und in der Minderheitsvariante I vorgesehene Delegation an die Kantone dezidiert ab und fordert in jedem Fall eine schweizweit einheitliche Lösung. Die Festlegung des Selbstbehaltes ist eine Bundeskompetenz. Die Einführung einer neuen Kompetenz für die Kantone würde zu einem grossen Regelungs- und Umsetzungsaufwand in den Kantonen und aufgrund der unterschiedlichen Anwendungen des KVG auch zu Unsicherheiten und Schwierigkeiten im Vollzug führen. Dies insbesondere in Fällen von ausserkantonaler Inanspruchnahme im medizinischen Notfall.

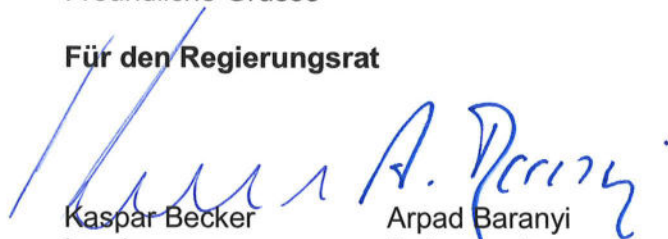
Fazit: Unterstützung der Minderheitsvariante II

Aufgrund der Überlegungen zur Lenkungswirkung und zur schweizweit einheitlichen Umsetzung unterstützt der Regierungsrat des Kantons Glarus die Minderheitsvariante II (Nantermod, Dobler, Sauter, Silberschmidt).

Genehmigen Sie, sehr geehrte Frau Präsidentin, sehr geehrte Damen und Herren, den Ausdruck unserer vorzüglichen Hochachtung.

Freundliche Grüsse

Für den Regierungsrat

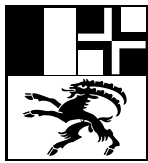


Kaspar Becker
Landammann

Arpad Baranyi
Ratsschreiber

E-Mail an (PDF- und Word-Version):

- gever@bag.admin.ch
- aufsicht@bag.admin.ch



Sitzung vom

17. Dezember 2024

Mitgeteilt den

18. Dezember 2024

Protokoll Nr.

993/2024

Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
Frau Barbara Gysi
3003 Bern

Per E-Mail (PDF- und Wordversion) an:

gever@bag.admin.ch und aufsicht@bag.admin.ch

**Vernehmlassung SGK - 17.480 n Pa. Iv. (Weibel) Bäumle. Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme
Stellungnahme**

Mit E-Mail vom 27. September 2024 hat uns die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats Dokumente in rubrizierter Angelegenheit zugestellt. Innert Frist nehmen wir dazu wie folgt Stellung:

Grundsätzlich sind potenziell kostendämpfende Massnahmen durch eine effizientere Organisation der Gesundheitsversorgung zu begrüssen. Allerdings erscheint der vorliegende Lösungsansatz weder zielführend noch praktikabel, weshalb wir die Vorlage ablehnen.

Aufgrund des Mangels an Hausärztinnen und Hausärzten, insbesondere in ländlichen Gebieten, verfügen viele Menschen gar nicht mehr über eine adäquate Grund- bzw. Erstversorgung. Bei akut auftretenden medizinischen Problemen haben die Betroffenen mangels Alternativen oft keine andere Möglichkeit, als die Spitalnotfallaufnahme aufzusuchen. Die Notfallstationen der Spitäler im Kanton Graubünden bilden einen wesentlichen Pfeiler der Notfallversorgung der Bündner Bevölkerung. Die Spitäler leisten im Rahmen der gemeinsamen Notfalldienstorganisation mit den Hausärztinnen und Hausärzten einen wichtigen Beitrag zur dezentralen Gesundheitsver-

sorgung im Kanton. Je nach hausärztlicher Versorgung in der Region wird die Bevölkerung in Notfallsituationen gar keine Möglichkeit haben vorab eine Hausärztin bzw. einen Hausarzt oder eine Apotheke zu konsultieren. Eine telemedizinische Triage bliebe somit die einzige Chance, um der Gebühr zu entgehen. Dafür müsste diese im Kanton allerdings flächendeckend zur Verfügung stehen und den Notfallstationen vorgeschaltet sein. Die Umsetzung der besagten parlamentarischen Initiative würde somit zu einer Ungleichbehandlung der Bevölkerung im Hinblick auf die hausärztliche Verfügbarkeit sowie zu erheblichen Mehrkosten in den Spitälern aufgrund der zusätzlichen administrativen Aufwendungen führen. Dies würde weder für die Spitäler noch die Patientinnen und Patienten einen wirklichen Nutzen bringen. Angesichts der notorischen Unterfinanzierung zahlreicher Spitäler ist von nicht finanzierten, insbesondere nicht zielführenden, zusätzlichen Aufwendungen zwingend abzugehen.

Höhere Selbstbehalte eignen sich auch dahingehend nicht zur Steuerung der Patientenströme, da die versicherten Personen erst beim Erhalt der Rückforderung durch die Krankenkasse und somit im Zeitpunkt nach der Konsultation von der Erhöhung des Selbstbehalts erfahren. Dadurch erscheint eher fraglich, ob die Lenkungsfunction der Vorlage überhaupt eine genügende Wirkung entfaltet und die Patientinnen und Patienten mit Bagatellfällen massgeblich von einem Aufsuchen der Notfallstationen abgehalten werden. Des Weiteren stellt sich die Frage, ob es durch vorgelagerte Konsultationen von Arztpraxen, Apotheken oder Zentren für Telemedizin und der damit einhergehenden Doppelbehandlungen nicht zu Mehrkosten kommt. Im Übrigen ist ohnehin fraglich, inwieweit die besagten Institutionen hinsichtlich der haftpflichtrechtlichen Konsequenzen, die Überweisung auf eine Notfallstation verweigern würden. Insbesondere Apotheken können versicherten Personen lediglich empfehlen, den Notfall aufzusuchen, nicht aber selbstständig Überweisungen an Spitalnotfallaufnahmen tätigen, da sie ihre Leistungen für Diagnose und Behandlung bislang nicht über das KVG abrechnen. Zudem ist die Haftungssituation von Apothekerinnen und Apothekern nicht vollständig geklärt.

Ob und wie die angedachte Regelung umgesetzt werden soll, haben die Kantone zu entscheiden. Dies würde zu einem weiteren Flickenteppich in der Schweizer Gesundheitslandschaft führen, da die uneinheitliche Handhabung den administrativen Auf-

wand für alle Beteiligten zusätzlich erhöhen würde. Darüber hinaus dürfte es schwierig werden den Prämienzahlenden die zu erwartenden, kantonal unterschiedlichen Regelungen zu vermitteln.

Abschliessend ist festzuhalten, dass die dezentrale Notfallversorgung im Kanton Graubünden nicht allein auf niedergelassene Hausärztinnen und Hausärzte abgewälzt werden kann und Patientinnen sowie Patienten nicht abhängig vom Ort der Behandlung schlechter gestellt werden dürfen. Die Initiative verfehlt offensichtlich das Ziel und der bescheidene Effekt steht in keinem Verhältnis zum erwarteten administrativen Aufwand, weshalb wir die Vorlage klar ablehnen. Im Übrigen schliessen wir uns vollumfänglich der Stellungnahme der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) vom 29. November 2024 an.

Wir bedanken uns für die Möglichkeit zur Stellungnahme.



Namens der Regierung

Der Präsident:

Dr. Jon Domenic Parolini

Der Kanzleidirektor:

Daniel Spadin

Hôtel du Gouvernement – 2, rue de l'Hôpital, 2800 Delémont

Envoi par e-mail

Commission de la sécurité sociale et
de la santé publique
Madame la Conseillère nationale Barbara Gysi
3003 Berne
aufsicht@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Hôtel du Gouvernement
2, rue de l'Hôpital
CH-2800 Delémont

t +41 32 420 51 11
f +41 32 420 72 01
chancellerie@jura.ch

Delémont, le 17 décembre 2024

Prise de position du Gouvernement de la République et Canton du Jura dans le cadre de la procédure de consultation concernant l'avant-projet de loi sur l'assurance-maladie issu de l'initiative Bäumle (Weibel) 17.480

Madame la Présidente,
Madame, Monsieur,

Le Gouvernement jurassien remercie la commission de le consulter sur l'avant-projet soumis.

Celui-ci soutient les mesures visant une organisation plus efficiente des soins de santé et produisant de ce fait un effet de maîtrise des coûts.

De même, il partage les objectifs de la CSSS-N visant à renforcer la prise de conscience des personnes assurées face aux coûts et à alléger la charge des urgences hospitalières.

Cependant, le Gouvernement ne soutient pas le projet tel que présenté pour les raisons suivantes :

- L'avant-projet de loi ne tient pas compte des patients se présentant aux urgences hospitalières avec un besoin avéré de prise en charge médical urgent (infarctus, AVC, traumatologie; etc.) bien que ne disposant pas d'une demande écrite d'un médecin, d'un centre de télémédecine ou d'un pharmacien. Ces cas ne sont pas rares et ne peuvent passer par un intermédiaire pour obtenir une demande écrite.
- L'avant-projet de loi prévoit d'exclure les enfants de cette mesure de participation de CHF 50 maximale. Or, il est fréquent que les parents se présentent aux services d'urgences des hôpitaux avec leur enfant pour un problème bénin de santé. Ces cas sont réellement des facteurs d'engorgement des urgences hospitalières.
- Le processus de demande écrite proposé par l'avant-projet de loi risque d'entraîner un surcroît de charge administrative auprès des prestataires de soins concernés (médecin, centre de télémédecine, pharmacien et hôpital) sans garantir un réel effet sur le désengorgement des urgences hospitalières.

- Il serait judicieux de poursuivre la tendance actuelle qui privilégie la multiplication des polycliniques – au sein des hôpitaux ou en dehors de ceux-ci. Le Gouvernement est d'avis qu'il est préférable d'orienter les patients vers ces structures, plutôt que de mettre en place un processus administratif de contrôle et de tarification tel que prévu dans l'avant-projet de loi.

En conclusion, le Gouvernement jurassien estime qu'il existe de nombreuses autres approches adéquates pour soulager les urgences des cas bénins.

En vous remerciant de l'avoir consulté sur cet objet, le Gouvernement jurassien vous présente, Madame la Présidente, Madame, Monsieur, ses salutations distinguées.

AU NOM DU GOUVERNEMENT DE LA
RÉPUBLIQUE ET CANTON DU JURA


Rosalie Beuret Siess
Présidente




Jean-Baptiste Maître
Chancelier d'Etat

Gesundheits- und Sozialdepartement

Bahnhofstrasse 15

6002 Luzern

Telefon +41 41 228 60 84

gesundheit.soziales@lu.ch

www.lu.ch

per E-Mailgever@bag.admin.chaufsicht@bag.admin.ch

Luzern, 10. Dezember 2024

Protokoll-Nr.: 1357

Vernehmlassung der SGK-N zur pa. Iv.17.480 n Pa. Iv. (Weibel) Bäumle. Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme

Sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 27. September 2024 haben Sie die Kantonsregierungen in eingangs erwähnter Angelegenheit zur Stellungnahme eingeladen. Im Namen und Auftrag des Regierungsrates teile ich Ihnen mit, dass der Kanton Luzern grundsätzlich Massnahmen befürwortet, welche auf eine effizientere Organisation der Gesundheitsversorgung abzielen und somit potenziell kostendämpfend wirken. Ebenso teilt er die Ziele der SGK-N, das Kostenbewusstsein der Versicherten zu stärken und die Notfallstationen der Spitäler zu entlasten. Allerdings sind wir der Ansicht, dass es mit der vorgeschlagenen «Bagatellgebühr» nicht gelingen wird, die gesetzten Ziele in einem angemessenen Aufwand-Nutzen-Verhältnis zu realisieren. **Der Kanton Luzern schliesst sich deshalb der Minderheit Crottaz an und empfiehlt dem Parlament, auf die Vorlage nicht einzutreten.** Im Einzelnen ergibt sich für uns Folgendes:

Einschränkungen und Unsicherheiten beim Zugang zur Notfallversorgung

Eine Erhöhung des jährlichen Höchstbetrags des Selbstbehalts oder ein Zuschlag auf den Selbstbehalt pro Notfall-Konsultation (im Folgenden «Bagatellgebühr» genannt) würde die für einen Teil der Bevölkerung ohnehin schon hohen Hürden beim Zugang zur Versorgung weiter erhöhen. Einkommensschwache Personen würden eventuell zu lange zuwarten, bevor sie sich ärztliche Hilfe holen. Dies kann Gesundheits- und Kostenfolgen und schliesslich auch Haftungsfragen nach sich ziehen. In jedem Fall würde die Gebühr viele Patientinnen und Patienten bezüglich des richtigen Verhaltens im Fall eines medizinischen Notfalls verunsichern. Bei Notfällen, in denen jede Minute zählt (z.B. Herzinfarkt oder Hirnschlag), würde man mit der «Bagatellgebühr» riskieren, wertvolle Minuten zu verlieren, weil die Patientinnen und Patienten oder die Angehörigen gemäss Vorlage zuerst mit der Hausarztpraxis, der Apotheke

oder der telemedizinischen Stelle Kontakt aufnehmen müssen. Auch könnte sich die Notfallversorgung von Frauen weiter verschlechtern, weil sie bei einem Herzinfarkt unter weniger «typischen» beziehungsweise bekannten Symptomen leiden und das grössere Risiko hätten, dass ihnen von der Hausarzt-Praxis, der Apotheke oder telemedizinischen Stelle geraten wird, abzuwarten und zu beobachten.

Kostendämpfender Effekt ist fraglich

Um von der «Bagatellgebühr» befreit zu werden, müssen Patientinnen und Patienten zwingend einen Arzt oder eine Ärztin, ein Zentrum für Telemedizin oder eine Apotheke aufsuchen und sich um eine schriftliche Überweisung bemühen. Durch die Erstberatung entstehen für die OKP in jedem Fall Zusatzkosten, welche nur in wenigen Ausnahmefällen – eben bei den Bagatellen – über den Wegfall der teureren Notfallbehandlung kompensiert werden.

Grosser administrativer Mehraufwand

Eine Bagatellgebühr von 50 Franken würde bei allen Beteiligten eine erhebliche administrative Mehrbelastung zur Folge haben:

- beim Kanton: Anpassung kantonrechtlicher Grundlagen, Aufsicht über die Umsetzung, Informationskampagnen für die Bevölkerung, evtl. Einrichten von kostenfreien und rund um die Uhr erreichbaren telemedizinischen Zentren, Klärung von Haftpflichtfragen;
- bei den erstberatenden Ärztinnen und Ärzten, den Zentren für Telemedizin und den Apotheken: Organisation Pikettdienst, Beurteilung der Frage, ob es sich um einen «echten» Notfall handelt, Ausstellen einer verordnungskonformen schriftlichen Überweisung an die Spitalnotfallaufnahme, Klärung von Haftpflichtfragen, allenfalls Dokumentation der nicht überwiesenen Fälle;
- bei den Spitälern: unterschiedliche Falladministration mit/ohne Überweisung, Information an den Versicherer bezüglich Überweisung; bei den Versicherern: Sicherstellung des Informationsflusses mit den Spitälern bezüglich Überweisung, Verrechnung der «Bagatellgebühr».

Geltungsbereich ist beschränkt

Personen, die nach UVG oder MVG versichert sind, oder auch Touristinnen und Touristen sind von der Regelung nicht betroffen. Insbesondere die unfallbedingten Konsultationen sind jedoch für einen erheblichen Anteil der Auslastung der Notfallstationen von Spitälern verantwortlich. Stossend wäre auch, dass Verunfallte bezüglich der «Bagatellgebühr» ungleich behandelt würden, je nachdem, ob sie nach UVG oder KVG gegen Unfall versichert sind. Die Blaulichtdienste wären im Sinne der angedachten Regelung nicht überweisungsberechtigt, obschon allein die Rettungsdienste jährlich Tausende von «echten» Notfällen in die Spitalnotfälle einliefern, zum Teil ohne die Möglichkeit, die betroffene Patientin oder den Patienten vorgängig um Einwilligung zu bitten. Die Kostenfolgen für die Patientinnen und Patienten sind unklar. Jedenfalls besteht im KVG das Gebot zur medizinischen Hilfeleistung. Behandlungen im Notfall müssen so oder so erbracht werden – unabhängig von der Entrichtung einer Gebühr.

Haftpflichtfragen nehmen zu

Die Einführung der «Bagatellgebühr» könnte zu mehr haftpflichtrechtlichen Klagen führen, wenn Patientinnen und Patienten Komplikationen erleiden, weil sie aufgrund der Einschätzung des Arztes oder der Ärztin, des Zentrums für Telemedizin oder der Apotheke den Spital-Notfall nicht aufgesucht haben.

Kompetenzdelegation an die Kantone würde zu grossem Vollzugsaufwand führen

Da die Inanspruchnahme von Spitalnotfalldiensten regional sehr unterschiedlich ausfällt, ist auch der Handlungsbedarf nicht in allen Kantonen gleich gross und kantonale Lösungen könnten gerechtfertigt sein. Wird aber der Entscheid über die Einführung der «Bagatellgebühr» – wie von der Vorlage vorgesehen – den einzelnen Kantonen überlassen, so werden Patientinnen und Patienten, Leistungserbringer und Versicherer schweizweit mit vielen unterschiedlichen Regelungen konfrontiert. Im Vollzug käme es zu sehr vielen Unsicherheiten und Schwierigkeiten durch kantonale Unterschiede bei den «Bagatellgebühren». Dies insbesondere in Fällen von ausserkantonaler Inanspruchnahme im medizinischen Notfall.

Bessere Alternativen vorhanden

Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass die Kantone und insbesondere die Leistungserbringer strukturelle Massnahmen umsetzen können und auch weiterhin umsetzen werden, um die Zahl der unnötigen Konsultationen in Spitalnotfallstationen zu verringern. Durch die auch im Kanton Luzern geplante Einrichtung einer telefonischen Anlauf- und Triagestelle oder einer spitalinternen hausärztlichen Notfallpraxis mit Gatekeeper-Funktion werden nicht nur die Hausärztinnen und Hausärzte entlastet, sondern auch die interdisziplinären Notfallstationen der Spitäler, indem sich Letztere auf schwerere Notfälle konzentrieren können. Weiter trägt die Stärkung der Gesundheitskompetenz dazu bei, dass die Bevölkerung sich besser im System auskennt, gesundheitliche Probleme besser einschätzen kann und weniger oft wegen Bagatellen die Notfallaufnahme des Spitals aufsucht.

Fazit

Wir sind überzeugt, dass es viele gute Ansätze gibt, um die Notfallstationen von Bagatellfällen zu entlasten. Die Einführung einer Bagatellgebühr gemäss Entwurf der SGK-N gehört nicht dazu. Gemessen an der vermutlich bescheidenen Lenkungswirkung wäre der Aufwand, den die Kantone und alle anderen Akteure für die Einführung und Umsetzung der Bagatellgebühr betreiben müssten, unverhältnismässig gross. Unabhängig von der Variante, würden die Kosten den erwarteten Nutzen bei Weitem übersteigen. Wir verschliessen uns nicht grundsätzlich der Einführung einer Gebühr zur Entlastung der Spitalnotfälle. Diese müsste jedoch so ausgestaltet sein, dass sie ein besseres Kosten-Nutzen-Verhältnis bietet als der Entwurf der SGK-N und zudem auch die Interessen der Bevölkerung in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen am Zugang zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung wahrt.

Ich danke Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme und die Berücksichtigung unserer Anliegen. Für allfällige Rückfragen steht Ihnen Alexander Duss, Gesundheits- und Sozialdepartement, zur Verfügung (alexander.duss@lu.ch).

Freundliche Grüsse

A handwritten signature in blue ink, consisting of stylized, overlapping loops and curves, likely representing the name Michaela Tschuor.

Michaela Tschuor
Regierungsrätin



LE CONSEIL D'ÉTAT

DE LA RÉPUBLIQUE ET
CANTON DE NEUCHÂTEL

Par courrier électronique
Conseil national
Commission de la sécurité sociale
et de la santé
Madame Béatrice Gysi, présidente
3003 Berne

Iv. pa. 17.480 (Weibel) Bäumle. « Urgences hospitalières. Taxe pour les cas bénins ».

Madame la présidente,

Le Conseil d'État de la République et Canton de Neuchâtel vous remercie de votre invitation du 27 septembre 2024 à prendre position dans le cadre de la consultation sur l'objet mentionné en titre.

Contenu de l'avant-projet

En substance, l'avant-projet de la CSSS-N visant à concrétiser dans la LAMal l'iv. pa. 17.480 (Weibel) Bäumle « Urgences hospitalières. Taxe pour les cas bénins », tel qu'il est soutenu par la majorité, tend à attribuer aux cantons la compétence d'augmenter de 50 francs le plafond annuel de la quote-part pour chaque recours aux urgences hospitalières. Une minorité propose, quant à elle, de prélever un supplément maximum de 50 francs pour chaque recours aux urgences hospitalières. Seraient exempts de cette réglementation les femmes enceintes et les enfants ainsi que les personnes bénéficiant d'une attestation de délégation délivrée par un-e médecin, un centre de télémédecine ou une pharmacie. Il s'agit par ce supplément de « décourager » les personnes assurées à se rendre aux urgences des hôpitaux pour des cas bénins. La CSSS-N est d'avis qu'en renforçant la prise de conscience des coûts et la responsabilité individuelle, la charge des urgences hospitalières sera allégée.

Position de principe du Conseil d'État neuchâtelois

De manière générale, le Conseil d'État neuchâtelois soutient toutes les mesures tendant une organisation plus efficiente des soins de santé favorisant la maîtrise des coûts. En particulier, il partage les objectifs de la CSSS-N visant à renforcer la prise de conscience des personnes assurées face aux coûts et à alléger la charge des urgences hospitalières. Il n'en demeure pas moins que le Conseil d'État considère que la taxe proposée pour les cas bénins dans le cadre de l'avant-projet, reprise de l'initiative parlementaire mentionnée en titre, ne permet pas d'atteindre les objectifs fixés dans une relation qui soit adéquate entre la charge qu'elle implique et le bénéfice qu'elle apporte. Il se rallie par conséquent à la minorité Crottaz et recommande la non-entrée en matière sur cet avant-projet. Si celui-ci devait être malgré tout maintenu et proposé au Conseil national, il invitera celui-ci à son tour à ne pas entrer en matière.

NE

Motivation à l'appui de sa position

Le Conseil d'État justifie sa position de principe principalement par les motifs suivants, partagés avec la conférence des directeurs et directrices cantonaux de la santé (CDS) :

1. Limitations ou retard dans l'accès aux urgences. Une hausse du plafond annuel de la quote-part ou la facturation d'un supplément à la quote-part pour chaque recours aux urgences hospitalières (qualifié de « taxe pour les cas bénins ») est de nature à renforcer encore les obstacles déjà importants susceptibles d'entraver l'accès aux soins pour une partie de la population. En effet, le risque est important que les personnes à bas revenus et/ou dont la situation financière est peu favorable renoncent à consulter ou à tout le moins décident de le faire le plus tard possible, espérant une amélioration de leur état de santé, avec comme conséquence que, pour un certain nombre d'entre eux, leur état de santé se péjore et implique une prise en charge plus lourde et coûteuse pour l'AOS par la suite. On peut aussi imaginer des conséquences plus funestes, par exemple dans le cas d'un infarctus du myocarde ou d'un accident vasculaire cérébral (AVC), dont les premiers signes ne permettent pas toujours à la personne concernée de prendre la mesure de la gravité de la situation et conduire celle-ci à estimer qu'il ne s'agit que d'un « cas bénin », dès lors à renoncer à recourir des soins en urgence. Bref, l'application d'une taxe telle que proposée est de nature à affecter le comportement adéquat à adopter face à une urgence médicale. On peut faire un parallèle avec la situation qui résulte du plafonnement de la prise en charge par l'AOS des frais de transports à 500 francs ou des frais de secours à 1'000 francs.
2. Doute sur l'effet en terme de maîtrise des coûts. Le projet de la majorité prévoit que les patient-e-s doivent consulter en premier lieu impérativement un-e médecin, un centre de télémédecine ou une pharmacie et obtenir une attestation écrite de délégation pour être exonérés de la « taxe pour les cas bénins » s'ils-elles se rendent aux urgences hospitalières. Cette première consultation auprès de ces acteurs aura un coût (supplémentaire) dans la plupart des cas à charge de l'assurance obligatoire des soins (consultation d'un médecin, d'un centre de télémédecine), voire de la personne concernée elle-même (consultation dans une pharmacie, voire un centre de télémédecine). Or ce coût ne sera compensé que dans quelques rares cas – en l'occurrence les cas bénins – par la suppression d'une prise en charge plus onéreuse dans les services d'urgences préhospitalières.
3. Doute sur la relation charge/bénéfice et la contribution à la réalisation des objectifs. Le Conseil d'État considère qu'on est en droit de se demander si la proposition de la majorité (hausse du plafond de la quote-part) est de nature à contribuer de manière significative à la réalisation des objectifs fixés. Selon la CDS, en 2021, seuls 10% environ des personnes assurées ont dépassé la quote-part maximale de 700 francs. Ce constat interroge dès lors sur la proportionnalité de l'effort, de la charge que les cantons et tous les autres acteurs du système devraient fournir, pour introduire une taxe pour les cas bénins et la mettre en œuvre au regard du bénéfice attendu. S'agissant des propositions des minorités I et II (supplément direct à la quote-part), il faut constater que toutes les personnes assurées qui dépassent leur franchise seraient concernées. La CDS a calculé qu'en cas d'introduction d'un tel supplément à l'échelle nationale, 54% des personnes assurées seraient concernés.
4. Prise en charge peu claire en cas d'intervention des services de secours. La réglementation envisagée n'autorise pas les services de secours, qui sont pourtant de très gros pourvoyeurs de « cas d'urgence » aux urgences hospitalières, à réorienter les patient-e-s, sachant que, dans certains cas, en raison de la situation de ces derniers, ils ne sont pas en mesure de demander leur consentement. Les conséquences financières dans ce cas sont floues. Quoi qu'il en soit, la LAMal prévoit une obligation d'assistance médicale. Les

traitements d'urgence doivent être prodigués d'une façon ou d'une autre, indépendamment même du versement (ou non) d'une taxe.

5. Augmentation de la charge administrative. Une taxe pour les cas bénins de 50 francs entraînerait dans les cantons où elle serait introduite – ou pour tous les cantons si la proposition de la minorité Nantermod d'une application nationale devait être retenue – une augmentation considérable de la charge administrative de l'ensemble des parties prenantes. Ainsi, il faut envisager notamment que :

- Les cantons doivent procéder à une adaptation du droit cantonal, à la surveillance de la mise en œuvre, à des campagnes d'information à destination de la population sur les changements générés et les implications, à la création éventuelle de centres de télémédecine gratuits et accessibles 7 jours sur 7, 24 heures sur 24 ;
- Les médecins, centres de télémédecine et pharmacies chargés de la première prise de contact selon l'avant-projet de la CSSS-N doivent organiser un service de permanence 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, procéder à une évaluation du bien-fondé de l'urgence, délivrer une attestation écrite de délégation vers les urgences hospitalières, régler des questions de responsabilité civile, voire, dans ce contexte, documenter les cas non transférés dans des dossiers ;
- Les hôpitaux doivent assumer la gestion diverse des cas avec/sans transfert des patient-e-s, la transmission d'informations aux assureurs concernant le transfert, la gestion du paiement de la taxe et du contentieux en cas de non-paiement de celle-ci, sachant qu'au niveau des facturations d'un hôpital, 50 francs représente un petit montant.

6. Risque de diversité des solutions cantonales et de créations d'incertitude et difficultés. Comme le recours aux prestations d'urgences hospitalières varie considérablement d'une région à l'autre, la nécessité d'intervenir n'est pas non plus la même dans tous les cantons et il faut donc s'attendre à des solutions cantonales émergent. Dès lors, si, comme le préconise l'avant-projet de la CSSS-N, la décision d'introduire une taxe pour les cas bénins était laissée à chaque canton, il faut s'attendre à ce que les patient-e-s, les fournisseurs de prestations et les assureurs soient confrontés à une multitude de réglementations différentes, ce qui dans la mise en œuvre, entraînerait de très nombreuses incertitudes et difficultés, en particulier dans les cas où il est recouru aux urgences hospitalières d'un autre canton. La question se pose notamment de savoir si les fournisseurs de prestations d'un canton ne prélevant pas de « taxe pour les cas bénins » devraient établir une attestation de délégation vers les urgences aux patient-e-s et patient-e-s résidant dans un canton prélevant une taxe pour les cas bénins. Vu la taille du territoire, il faut aussi s'attendre à des comportements opportunistes dans ce contexte mettant à mal des objectifs poursuivis par la CSSS-N.

Approches existantes ou à développer plus appropriées en terme de santé publique

L'organisation des services d'urgences incombe aux cantons et répond à des besoins divers.

Dans ce contexte, il y a lieu de relever que les cantons comme les fournisseurs de prestations peuvent mettre en œuvre des mesures organisationnelle structurelles pour réduire le nombre de recours inutiles aux urgences hospitalières et beaucoup d'entre eux le font déjà.

La mise en place d'un point d'accueil et de triage téléphonique comme la centrale téléphonique vaudoise de médecine de garde (le Canton de Neuchâtel y recourt), d'une sorte de cabinet d'urgence tenu au sein d'un hôpital tenu toute la journée, en soirée ou parfois la nuit par un ou une médecin généraliste exerçant une fonction de triage (le Canton de Neuchâtel connaît un tel modèle qualifié de « voie verte » en soirée au sein de ses deux hôpitaux principaux) ou encore d'un système de médecins « volants » motorisés se déplaçant pendant la nuit ou le week-end à domicile (comme c'est aussi le cas dans le Canton de Neuchâtel) déchargent non seulement les médecins de famille, mais aussi les urgences des hôpitaux en permettant à ces dernières de se concentrer sur les urgences plus lourdes, graves.

En parallèle, les cantons s'efforcent, par diverses mesures, de garantir une offre minimale adéquate en médecins de premier recours et de la faire connaître à la population. Ainsi, le Canton de Neuchâtel a pris ou contribue depuis plusieurs années à des initiatives/mesures en ce sens, en collaboration avec des prestataires de soins du canton ou leurs organisation faîtières. On peut citer notamment : la participation financière au Coursus romand de médecine de famille¹ ([CRMF](https://www.crmf.ch/)) et au Coursus neuchâtelois de médecine de famille² ([CNMF](https://www.crmf.ch/canton-de-neuchatel/)) ; le soutien financier à la création de cabinets collectifs de médecins, en partenariat avec les communes intéressées ; l'adhésion à la convention intercantonale sur le financement de la formation médicale postgrade (CFFP) ; la participation au projet Réorganisation de la Formation postgraduée de médecin en Romandie³ ([Réformer](https://re-former.ch/)) et l'adhésion à l'association intercantonale chargée de mettre en œuvre ce projet ; un projet d'aide à l'installation des médecins généralistes et des pédiatres dans le Canton de Neuchâtel impliquant les services de la santé publique et de de l'économie et les organisations faîtières des médecins⁴ ([Projet Médecins, bienvenue à Neuchâtel](https://promotions.neuchatel-un-canton-a-vivre.ch/medecins/)).

Tout récemment, le Canton de Neuchâtel a lancé en première suisse une plateforme numérique cartographiant les médecins pratiquant sur son territoire, facilitant les démarches de sa population pour trouver un médecin disponible près de son domicile. En plus d'indiquer si les quelque 500 médecins qui y figurent acceptent de nouveaux-elles patient-e-s, la plateforme offre de nombreuses autres informations liées aux cabinets médicaux, telles que la disponibilité de places de parc pour personnes en situation de handicap ou l'accès à un ascenseur.

Bref, assurer à la population un accès sans encombre, en tous les cas facilité à des médecins de famille notamment dans des cabinets médicaux individuels ou de groupe, des permanences médicales ou des centres de santé, ou d'autres offres médicales ou paramédicales comme celles de centres de télémedecine, voire celles des pharmacies réduit le nombre de cas bénins traités au sein des services d'urgences hospitalières et revêt une importance particulière tant du point de vue des coûts que de la prise en charge.

Enfin, il s'agit de travailler sur le renforcement des compétences de la population en matière de santé, sa capacité à mieux évaluer ses problèmes de santé, sur ses connaissances du système de santé, notamment de quel acteur est le mieux à même de répondre à quel besoin, pour lui permettre de se rendre moins souvent encore aux urgences hospitalières pour des cas bénins.

¹ <https://www.crmf.ch/>

² <https://www.crmf.ch/canton-de-neuchatel/>

³ <https://re-former.ch/>

⁴ <https://promotions.neuchatel-un-canton-a-vivre.ch/medecins/>

Conclusion

Le Conseil d'État est d'avis qu'il existe de nombreuses autres approches plus appropriées sous l'angle de la santé publique pour soulager les services d'urgences des cas bénins que l'introduction d'une taxe pour les cas bénins telle qu'elle est proposée dans l'avant-projet de la CSSS-N. Le Conseil d'État doute qu'un tel instrument permette d'atteindre les objectifs visés par l'initiative avec une relation charge/bénéfice défendable et soutient donc une non-entrée en matière, suivant en cela la minorité Crottaz.

En vous remerciant de l'attention que vous prêterez à notre prise de position, vous prions de croire, Madame la présidente, à l'assurance de notre considération distinguée.

Neuchâtel, le 11 décembre 2024

Au nom du Conseil d'État :

La présidente,
F. NATER



La chancelière,
S. DESPLAND





CH-6371 Stans, Dorfplatz 2, Postfach 1246, STK

PER E-MAIL

Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
Kommissionspräsidentin Barbara Gysi
3003 Bern

Telefon 041 618 79 02
staatskanzlei@nw.ch
Stans, 17. Dezember 2024

**Pa. Iv. 17.480 bezüglich Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme.
Stellungnahme**

Sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin

Mit Brief vom 27. September 2024 unterbreiteten Sie uns den Vorentwurf zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend Parlamentarische Initiative 17.480 bezüglich Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme mit der Bitte, bis zum 10. Januar 2025 eine Stellungnahme abzugeben.

Wir danken Ihnen für diese Möglichkeit und nehmen wie folgt Stellung.

Der Regierungsrat des Kantons Nidwalden befürwortet grundsätzlich Massnahmen, welche auf eine effizientere Organisation der Gesundheitsversorgung abzielen und somit potenziell kostendämpfend wirken. Ebenso teilt er die Ziele der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N), das Kostenbewusstsein der Versicherten zu stärken und die Notfallstationen der Spitäler zu entlasten. Allerdings ist der Regierungsrat der Ansicht, dass es mit der vorgeschlagenen Bagatellgebühr nicht gelingen wird, die gesetzten Ziele in einem angemessenen Aufwand-Nutzen-Verhältnis zu realisieren.

Der Regierungsrat empfiehlt dem Parlament, auf die Vorlage nicht einzutreten.

Begründung:

Die Vorlage weist nach unserer Einschätzung entscheidende Schwächen auf. So sind wir der Auffassung, dass sich die Patientenströme mit der vorgesehenen Erhöhung des Selbstbehalts nicht wie gewünscht steuern lassen und die erhoffte Lenkungswirkung ausbleiben würde. Die meisten Patientinnen und Patienten dürften den Spitalnotfall weiterhin direkt aufsuchen, insbesondere an Randzeiten und am Wochenende, wenn Hausarztpraxen und Apotheken geschlossen sind. Entsprechende telemedizinische Angebote sind zurzeit noch wenig verbreitet. Die anvisierte Triagierung dürfte folglich nach wie vor grossmehrheitlich ausbleiben. Zudem sind Spezialgebühren für einzelne medizinische Behandlungen ethisch ambivalent. Diese dürften vor allem sozial und wirtschaftlich benachteiligte und chronisch kranke Menschen treffen und könnten diese aus finanziellen Gründen von notwendigen Behandlungen abhalten. Die vorgesehene schriftliche Überweisung zur Vermeidung der Spezialgebühren würde jedoch zusätzliche Administration respektive Mehraufwand bei den zuweisenden Stellen, Spitälern und Versicherern und damit auch Mehrkosten generieren.

Einschränkungen und Unsicherheiten beim Zugang zur Notfallversorgung

Eine Erhöhung des jährlichen Höchstbetrags des Selbstbehalts oder ein Zuschlag auf den Selbstbehalt pro Notfall-Konsultation (im Folgenden Bagatellgebühr genannt) würde die für einen Teil der Bevölkerung ohnehin schon hohen Hürden beim Zugang zur Versorgung weiter erhöhen. Einkommensschwache Personen würden eventuell zu lange zuwarten, bevor sie sich ärztliche Hilfe holen. Dies kann Gesundheits- und Kostenfolgen und schliesslich auch Haftungsfragen nach sich ziehen. In jedem Fall würde die Gebühr viele Patientinnen und Patienten bezüglich des richtigen Verhaltens im Fall eines medizinischen Notfalls verunsichern.

Bei Notfällen, in denen jede Minute zählt (z.B. Herzinfarkt oder Hirnschlag), würde mit der Bagatellgebühr riskiert werden, wertvolle Minuten zu verlieren, weil die Patientin bzw. der Patient oder Angehörige zuerst mit der Hausarztpraxis, der Apotheke oder der telemedizinischen Stelle Kontakt aufnehmen.

Kostendämpfender Effekt ist fraglich

Um von der Bagatellgebühr befreit zu werden, müssen Patientinnen und Patienten zwingend eine Ärztin oder einen Arzt, ein Zentrum für Telemedizin oder eine Apotheke aufsuchen und sich um eine schriftliche Überweisung bemühen. Durch die Erstberatung entstehen für die obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) in jedem Fall Zusatzkosten, welche nur in wenigen Ausnahmefällen – eben bei den Bagatellen – über den Wegfall der teureren Notfallbehandlung kompensiert werden.

Bei Empfängerinnen und Empfängern von Ergänzungsleistungen (EL) wird die Bagatellgebühr über die EL-Krankheitskosten zurückvergütet werden müssen. Insofern hätte die Einführung einer Bagatellgebühr keine Auswirkungen oder einen Präventiveffekt bei dieser Patientengruppe.

Aufwand-Nutzen-Verhältnis und Beitrag zur Zielerreichung sind fraglich

Gemessen an der vermutlich bescheidenen Lenkungswirkung wäre der Aufwand, den die Kantone und alle anderen Akteure für die Einführung und Umsetzung der Bagatellgebühr betreiben müssten, unverhältnismässig gross. Unabhängig von der Variante, würden die Kosten den erwarteten Nutzen bei Weitem übersteigen.

In diesem Zusammenhang weisen wir auf das Instrument der schwarzen Liste hin, welches vor einigen Jahren eingeführt wurde. Einige Kantone führten die schwarze Liste mit sehr grossem Aufwand ein, die gewünschte Wirkung konnte nicht erzielt werden.

Geltungsbereich ist beschränkt

Touristinnen und Touristen sowie Personen, die nach Unfallversicherungsgesetz (UVG) oder Militärversicherungsgesetz (MVG) versichert sind, wären von der Regelung nicht betroffen. Insbesondere die unfallbedingten Konsultationen sind jedoch für einen erheblichen Anteil der Auslastung der Notfallstationen von Spitälern verantwortlich. Stossend wäre auch, dass Verunfallte bezüglich der Bagatellgebühr ungleich behandelt würden, je nachdem, ob sie nach UVG oder KVG gegen Unfall versichert sind.

Die Blaulichtdienste wären im Sinne der angedachten Regelung nicht überweisungsberechtigt, obschon allein die Rettungsdienste jährlich Tausende von «echten» Notfällen in die Spitalnotfälle einliefern, zum Teil ohne die Möglichkeit, die betroffene Patientin oder den Patienten vorgängig um Einwilligung zu bitten. Die Kostenfolgen für die Patientinnen und Patienten sind unklar. Jedenfalls besteht im KVG das Gebot zur medizinischen Hilfeleistung. Behandlungen im Notfall müssen so oder so erbracht werden – unabhängig von der Entrichtung einer Gebühr.

Grosser administrativer Mehraufwand

Eine Bagatellgebühr in der Höhe von CHF 50 Franken würde in den Kantonen, wo sie eingeführt wird, eine erhebliche administrative Mehrbelastung zur Folge haben, und zwar bei allen Beteiligten:

- beim Kanton: Anpassung kantonrechtlicher Grundlagen, Aufsicht über die Umsetzung, Informationskampagnen für die Bevölkerung, Einrichten von kostenfreien und rund um die Uhr erreichbaren telemedizinischen Zentren, Klärung von Haftpflichtfragen;
- bei den erstberatenden Ärztinnen und Ärzten, den Zentren für Telemedizin und den Apotheken: Organisation Pikettdienst, Beurteilung der Frage, ob es sich um einen «echten» Notfall handelt, Ausstellen einer verordnungskonformen schriftlichen Überweisung an die Spitalnotfallaufnahme, Klärung von Haftpflichtfragen, allenfalls Dokumentation der nicht überwiesenen Fälle;
- bei den Spitälern: unterschiedliche Falladministration mit oder ohne Überweisung, Information an den Versicherer bezüglich Überweisung;
- bei den Versicherern: Sicherstellung des Informationsflusses mit den Spitälern bezüglich Überweisung, Verrechnung der Bagatellgebühr.

Kompetenzdelegation an die Kantone würde zu grossem Vollzugsaufwand führen

Da die Inanspruchnahme von Spitalnotfalldiensten regional sehr unterschiedlich ausfällt, ist auch der Handlungsbedarf nicht in allen Kantonen gleich gross und kantonale Lösungen könnten gerechtfertigt sein.

Wird aber der Entscheid über die Einführung der Bagatellgebühr den einzelnen Kantonen überlassen, so werden Patientinnen und Patienten, Leistungserbringende und Versicherer schweizweit mit vielen unterschiedlichen Regelungen konfrontiert. Im Vollzug käme es zu sehr vielen Unsicherheiten und Schwierigkeiten durch kantonale Unterschiede bei den Bagatellgebühren. Dies insbesondere in Fällen von ausserkantonaler Inanspruchnahme im medizinischen Notfall.

Bessere Alternativen vorhanden

Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass die Kantone und insbesondere die Leistungserbringenden strukturelle Massnahmen umsetzen können und auch weiterhin umsetzen werden, um die Zahl der unnötigen Konsultationen in Spitalnotfallstationen zu verringern. Durch die Einrichtung einer telefonischen Anlauf- und Triagestelle oder einer spitalinternen hausärztlichen Notfallpraxis mit Gatekeeper-Funktion werden nicht nur die Hausärztinnen und Hausärzte entlastet, sondern auch die interdisziplinären Notfallstationen der Spitäler, indem sich Letztere auf schwerere Notfälle konzentrieren können.

Die Ausgestaltung der Notfallversorgung liegt in der Verantwortung der Kantone und unterliegt unterschiedlichen Bedürfnissen. Gleichzeitig sind die Kantone bemüht, ein gutes Mindestangebot an Grundversorgerinnen und Grundversorgern zu gewährleisten und dieses der Bevölkerung bekannt zu machen. Ein reibungsloser Zugang der Bevölkerung zu Arztpraxen reduziert die Anzahl Bagatellfälle in den Notfallaufnahmen der Spitäler und ist sowohl aus Kostengründen als auch aus Versorgungsoptik von Bedeutung. Weiter trägt die Stärkung der Gesundheitskompetenz dazu bei, dass die Bevölkerung sich besser im System auskennt, gesundheitliche Probleme besser einschätzen kann und weniger oft wegen Bagatellen die Notfallaufnahme des Spitals aufsucht.

Fazit

Der Regierungsrat ist überzeugt, dass es viele gute Ansätze gibt, um die Notfallstationen von Bagatellfällen zu entlasten. Die Einführung einer Bagatellgebühr gemäss Entwurf der SGK-N gehört nicht dazu. Wir bezweifeln, dass ein solches Instrument mit einem vertretbaren

Aufwand-Nutzen-Verhältnis zur Zielerreichung der Initiative beitragen kann. Deshalb sprechen wir uns für ein Nichteintreten aus.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Freundliche Grüsse

NAMENS DES REGIERUNGSRATES



Res Schmid
Landammann



lic. iur. Armin Eberli
Landschreiber

Geht an:

- gever@bag.admin.ch
- aufsicht@bag.admin.ch



CH-6060 Sarnen, Enetriederstrasse 1, SSD

Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats SGK-N

Per Mail an:

gever@bag.admin.ch

aufsicht@bag.admin.ch

Referenz/Aktenzeichen: OWSTK.5159

Unser Zeichen: ks

Sarnen, 11. Dezember 2024

17.480 n Pa. Iv. (Weibel) Bäumle. Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme; Stellungnahme.

Sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin

Für die Einladung zur Vernehmlassung über die parlamentarische Initiative "Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme" danken wir Ihnen.

Mit der Vorlage in der Mehrheitsvariante sollen die Kantone die Kompetenz erhalten, den jährlichen Höchstbetrag des Selbstbehalts bei jeder Konsultation der Spitalnotaufnahme um Fr. 50.– zu erhöhen. Eine Minderheit schlägt vor, für jede Konsultation der Notaufnahme im Spital einen Zuschlag auf den Selbstbehalt von höchstens Fr. 50.– zu erheben. Durch dieses finanzielle Lenkungselement sollen die Versicherten davon abgehalten werden, bei leichten Fällen die Spitalnotaufnahme aufzusuchen. Zudem sollen das Kostenbewusstsein und die Eigenverantwortung gestärkt werden und dadurch eine Entlastung der Notaufnahmen der Spitäler eintreten.

Der Kanton Obwalden befürwortet im Grundsatz Massnahmen zu einer effizienteren Organisation der Gesundheitsversorgung und zur Kostendämpfung. Wir sind jedoch der Ansicht, dass mit der vorgeschlagenen Gebühr für Bagatellfälle ein hoher Umsetzungsaufwand bei fraglichem Nutzen generiert würde. Viele Versicherte mit Wahlfranchisen bezahlen die Behandlungskosten selbst und die Bagatellgebühr wäre in diesen Fällen ohne Wirkung. Auch bei Personen mit der gesetzlichen Franchise dürfte die Lenkungswirkung gering sein. Aus diesem Grund lehnen wir die Vorlage ab bzw. beantragen Zustimmung zur Minderheit Crottaz (Nichteintreten auf die Vorlage).

Im Weiteren verweisen wir auf die Stellungnahme der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) vom 29. November 2024 in der Beilage, welcher wir uns anschliessen.

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme und die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Freundliche Grüsse



Christoph Amstad
Regierungsrat

Beilage:

- Stellungnahme der GDK vom 29. November 2024

Kopie an:

- Kantonale Mitglieder der Bundesversammlung
- Gesundheitsamt
- Staatskanzlei



Regierung des Kantons St.Gallen, Regierungsgebäude, 9001 St.Gallen

Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit des Nationalrates
3003 Bern

Regierung des Kantons St.Gallen
Regierungsgebäude
9001 St.Gallen
T +41 58 229 89 42
info.sk@sg.ch

St.Gallen, 19. Dezember 2024

**Parlamentarische Initiative «Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotaufnahme»;
Vernehmlassungsantwort**

Sehr geehrte Frau Präsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 27. September 2024 laden Sie uns zur Vernehmlassung zum Vorentwurf zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (SR 832.10; abgekürzt KVG) betreffend Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotaufnahme ein. Wir danken für diese Gelegenheit und nehmen gerne wie folgt Stellung:

Die Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten und die Vermeidung von unnötigen Konsultationen im Spitalnotfall liegen auch im Interesse des Kantons St.Gallen. Mit strukturellen Massnahmen wie beispielsweise mit den durch die St.Galler Spitalverbünde an mehreren Standorten betriebenen integrierten Notfallpraxen kann eine wirksame Entlastung des Spitalnotfalls erreicht werden. Zudem ist das vermehrte Aufsuchen des Spitalnotfalls auch Ausdruck des Hausärztemangels.

Die vorliegend bei einer Konsultation im Spitalnotfall für Versicherte der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vorgeschlagenen Massnahmen in der Form einer Erhöhung des Selbstbehaltes (Kommissionsmehrheit) oder der Einführung einer Kostenbeteiligung als Zuschlag (Kommissionsminderheit) sind hingegen nicht dazu geeignet, die gesetzten Ziele zu erreichen und werden aufgrund des schlechten Kosten-Nutzen-Verhältnisses abgelehnt.

Die vorgeschlagenen Massnahmen würden zu einem erheblichen administrativen Mehraufwand bei allen Beteiligten bzw. beim Kanton, den Versicherern, den Spitälern und den erstberatenden Leistungserbringern (Ärztinnen und Ärzte, Apotheken und Zentren für Telemedizin) führen. Die kostendämpfende Wirkung ist aus mehreren Gründen fraglich:

- Die auch bei «echten Spitalnotfällen» zur Vermeidung einer Gebühr notwendige schriftliche Überweisung bzw. unnötige vorgängige Konsultation einer Ärztin bzw. Arztes, einer Apotheke oder eines Zentrums für Telemedizin würde zusätzliche Kosten verursachen. Zudem wären Versicherte mit einer nachfolgenden stationären Behandlung von der Gebühr nicht ausgenommen und auch Rettungsdienste und von den

Krankenversicherern eingerichtete telefonische Anlaufstellen mit einer Gatekeeper-Funktion wären nicht überweisungsberechtigt.

- Risiko von nachträglich höheren Behandlungskosten in Fällen, in denen der Spitalnotfall nicht oder erst später aufgesucht wird. Dies kann auch Haftungsfragen nach sich ziehen.
- Die Massnahme dürfte keine breite Wirkung erreichen, da nur ein kleiner Teil der einen Spitalnotfall aufsuchenden Personen abgedeckt wird. Die Mehrheitsvariante (Erhöhung des Selbstbehalts) hätte nur bei rund 10 Prozent der OKP-Versicherten Kostenfolgen, die den maximalen Selbstbehalt von 700 Franken ausschöpfen.

Die Stellungnahme und die Hinweise der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) sind wichtig und werden grundsätzlich unterstützt. Kantonal unterschiedliche Regelungen zu einem erhöhten Selbstbehalt bzw. zur Einführung einer Kostenbeteiligung sind hingegen unbedingt zu vermeiden und werden – im Unterschied zur GDK – abgelehnt. Dies würde bei allen beteiligten Leistungserbringern, den Versicherern und Kantonen nur zu einem noch höheren Vollzugsaufwand führen.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Im Namen der Regierung

Susanne Hartmann
Präsidentin



Dr. Benedikt van Spyk
Staatssekretär

Zustellung auch per E-Mail (pdf- und Word-Version) an:

aufsicht@bag.admin.ch; geuer@bag.admin.ch

Kanton Schaffhausen
Regierungsrat
Beckenstube 7
CH-8200 Schaffhausen
www.sh.ch

T +41 52 632 71 11
staatskanzlei@sh.ch



Regierungsrat

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit des Nationalrates
3003 Bern

per E-Mail an:
gever@bag.admin.ch &
aufsicht@bag.sd

Schaffhausen, 14. Januar 2025

Vernehmlassung betreffend die parlamentarische Initiative (Weibel) Bäumle «Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme» (17.480)

Sehr geehrte Damen und Herren

Für Ihre Einladung zur Vernehmlassung in rubrizierter Angelegenheit vom 27. September 2024 danken wir Ihnen und nehmen wie folgt Stellung:

Der Kanton Schaffhausen unterstützt grundsätzlich Initiativen, die darauf abzielen, die Eigenverantwortung der Versicherten zu stärken und die Gesundheitskosten nachhaltig zu senken. Ebenso teilt der Kanton Schaffhausen die Ziele der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N), das Kostenbewusstsein der Versicherten zu stärken und die Notfallstationen der Spitäler zu entlasten. Die vorliegende Vorlage verfolgt daher die richtigen Zielsetzungen.

Gleichzeitig erachtet der Kanton Schaffhausen die konkrete Umsetzung der Vorlage aus mehreren Gründen als kritisch. So würde die Einführung einer Bagatellgebühr für Notfallkonsultationen mutmasslich zu Einschränkungen und Unsicherheiten beim Zugang zur Notfallversorgung führen. Dies dürfte wiederum vermehrt Haftpflichtfragen nach sich ziehen. Auch die Rolle von Apothekerinnen und Apothekern bei der Zuweisung bedarf erst einer rechtlichen Klärung. Ein weiterer Kritikpunkt ist der beschränkte Geltungsbereich: indem einzig Personen, welche nach dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) versichert sind, betroffen wären, entstünde eine Ungleichbehandlung im Vergleich zu anderen Personengruppen (Touristinnen und Touristen sowie nach dem Unfallversicherungsgesetz [UVG] oder dem

Militärversicherungsgesetz [MVG] versicherte Personen). Gleichzeitig müssten Patientinnen und Patienten mit einer auf den Notfalleintritt folgenden stationären Behandlung sowie Bewohnerinnen und Bewohner von Pflege- und Behindertenheimen ebenso von der Erhöhung des Höchstbetrags des Selbstbehalts ausgenommen werden, wie dies aktuell für Schwangere und Kinder vorgesehen ist. Für den Kanton Schaffhausen hätte die Einführung einer Bagatellgebühr nicht zuletzt einen grossen administrativen Mehraufwand sowie hohe Zusatzkosten zur Folge. Insbesondere die Kosten, die zur Anpassung der kantonalen Gesetzgebung und zur Gewährleistung der Einhaltung erforderlich wären, lassen sich schwer abschätzen. All dies führte dazu, dass sich die gesetzten Ziele kaum in einem angemessenen Aufwand-Nutzen-Verhältnis realisieren liessen.

Aus den vorgängig genannten Gründen empfiehlt der Kanton Schaffhausen dem Parlament, auf die Vorlage nicht einzutreten. Es bestehen aus Sicht des Kantons Schaffhausen besser geeignete und wirksamere Alternativen, um die interdisziplinären Notfallstationen der Spitäler zu entlasten.

Für die Kenntnisnahme und die Berücksichtigung unserer Stellungnahme danken wir Ihnen.



Freundliche Grüsse

Im Namen des Regierungsrates

Der Präsident:

Martin Kessler

Der Staatsschreiber:

Dr. Stefan Bilger

Regierungsrat

Rathaus
Barfüssergasse 24
4509 Solothurn
so.ch

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit des Nationalrates
(SGK-N)
3003 Bern

per E-Mail an:
gever@bag.admin.ch
aufsicht@bag.admin.ch

17. Dezember 2024

Vernehmlassung zu 17.480 n Parlamentarische Initiative (Weibel) Bäumle. Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme

Sehr geehrte Frau Präsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 27. September 2024 geben Sie uns Gelegenheit, zur parlamentarischen Initiative 17.480 (Weibel) Bäumle; Bagatellfälle in der Spitalnotaufnahme Stellung zu nehmen. Wir danken für die Gelegenheit zur Stellungnahme und äussern uns wie folgt:

Haltung des Kantons Solothurn

Wir lehnen den vorliegenden Vorentwurf ab. Spitalnotaufnahmen von Bagatellfällen zu entlasten und damit den reibungslosen Betrieb eines wesentlichen Bestandteils des schweizerischen Gesundheitssystems zu gewährleisten, erachten wir zwar als dringend notwendig. Allerdings sind wir der Ansicht, dass es mit der vorgeschlagenen Bagatellgebühr nicht gelingen wird, die gesetzten Ziele in einem angemessenen Aufwand-Nutzen-Verhältnis zu realisieren. Gerne erläutern wir nachfolgend die Gründe hierfür und verweisen im Übrigen auf die Stellungnahme der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren.

Begründung

- Die Vorlage könnte bei Notfällen zu entscheidendem Zeitverlust führen.

Einkommensschwache Personen würden eventuell zu lange zuwarten, bevor sie sich ärztliche Hilfe holen. Dies kann Gesundheits- und Kostenfolgen und schliesslich auch Haftungsfragen nach sich ziehen. In jedem Fall würde die Gebühr viele Patientinnen und Patienten bezüglich des richtigen Verhaltens im Fall eines medizinischen Notfalls verunsichern. Gerade für Laien sind Notfälle teilweise nicht eindeutig zu erkennen. Wenn bei Notfällen, in denen jede Minute zählt (z.B. Herzinfarkt) die Betroffenen oder Angehörigen zuerst mit der Hausarztpraxis, Apotheke oder der telemedizinischen Stelle Kontakt aufnehmen, könnte das für die Patientinnen und Patienten tragische Konsequenzen haben.

- Der kostendämpfende Effekt ist fraglich.

Um von der «Bagatellgebühr» befreit zu werden, müssen Patientinnen und Patienten zwingend einen Arzt oder eine Ärztin, ein Zentrum für Telemedizin oder eine Apotheke aufsuchen und sich um eine schriftliche Überweisung bemühen. Durch die Erstberatung entstehen für die OKP in jedem Fall Zusatzkosten, welche nur in wenigen Ausnahmefällen – eben bei den Bagatellen – über den Wegfall der teureren Notfallbehandlung kompensiert werden.

Die Erhöhung der Obergrenze des Selbstbehalts gemäss Mehrheitsvariante hätte nur dann einen Effekt, wenn bei einer Person die Franchise und der maximale Selbstbehalt erreicht werden (d.h. ab jährlichen Gesundheitskosten von 7300 bis 9500 Franken, je nach Höhe der Franchise). Gemäss den vorliegenden Vernehmlassungsunterlagen trifft dies nur auf etwa zehn Prozent der Bevölkerung zu. Für alle anderen bliebe die Regelung wirkungslos. Unter die betroffenen zehn Prozent der Bevölkerung fielen zudem auch Schwererkrankte mit hohen krankheitsbedingten Gesundheitskosten, auf welche die Vorlage nicht abzielt.

Da der allfällige Effekt des erhöhten Selbstbehalts bei den Betroffenen erst gegen Ende des Kalenderjahres einträte, ist davon auszugehen, dass dies unterjährig wenig Einfluss auf deren Entscheid hätte, eine Spitalnotaufnahme aufzusuchen.

- Aufwand-Nutzen-Verhältnis und Beitrag zur Zielerreichung sind fraglich.

Gemessen an der vermutlich bescheidenen Lenkungswirkung wäre der Aufwand, den die Kantone und alle anderen Akteure für die Einführung und Umsetzung der Bagatellgebühr betreiben müssten, unverhältnismässig gross. Unabhängig von der Variante würden die Kosten den erwarteten Nutzen bei Weitem übersteigen.

- Der Geltungsbereich der Vorlage ist beschränkt.

Die Vorlage umfasst keine Personen, die nach dem Unfallversicherungsgesetz versichert sind, sowie keine Touristinnen und Touristen. Insbesondere die unfallbedingten Konsultationen sind jedoch für einen erheblichen Anteil der Auslastung der Notfallstationen von Spitälern verantwortlich. Stossend wäre auch, dass Verunfallte bezüglich der «Bagatellgebühr» ungleich behandelt würden, je nachdem, ob sie nach UVG oder KVG gegen Unfall versichert sind.

- Die Vorlage könnte in der Praxis nur schwerlich und nur mit grossem administrativem Aufwand umgesetzt werden.

Eine Bagatellgebühr von 50 Franken würde in den Kantonen, in denen sie eingeführt wird – bei einer Annahme des Minderheitsantrags Nantermod sogar schweizweit –, eine erhebliche administrative Mehrbelastung zur Folge haben, und zwar bei allen Beteiligten:

- *beim Kanton: Anpassung kantonalrechtlicher Grundlagen, Aufsicht über die Umsetzung, Informationskampagnen für die Bevölkerung, evtl. Einrichten von kostenfreien und rund um die Uhr erreichbaren telemedizinischen Zentren, Klärung von Haftpflichtfragen;*
- *bei den erstberatenden Ärztinnen und Ärzten, den Zentren für Telemedizin und den Apotheken: Organisation Pikettdienst, Beurteilung der Frage, ob es sich um einen «echten» Notfall handelt, Ausstellen einer verordnungskonformen schriftlichen Überweisung an die Spitalnotfallaufnahme, Klärung von Haftpflichtfragen, allenfalls Dokumentation der nicht überwiesenen Fälle;*
- *bei den Spitälern: unterschiedliche Falladministration mit/ohne Überweisung, Information an den Versicherer bezüglich Überweisung;*
- *bei den Versicherern: Sicherstellung des Informationsflusses mit den Spitälern bezüglich Überweisung, Verrechnung der «Bagatellgebühr».*

- Die Kompetenzdelegation an die Kantone würde zu grossem Vollzugsaufwand führen.

Da die Inanspruchnahme von Spitalnotfalldiensten regional sehr unterschiedlich ausfällt, ist auch der Handlungsbedarf nicht in allen Kantonen gleich gross und kantonale Lösungen könnten gerechtfertigt sein. Wird aber der Entscheid über die Einführung der «Bagatellgebühr» den einzelnen Kantonen überlassen, so werden Patientinnen und Patienten, Leistungserbringer und Versicherer schweizweit mit vielen unterschiedlichen Regelungen konfrontiert. Im Vollzug käme es zu sehr vielen Unsicherheiten und Schwierigkeiten durch kantonale Unterschiede bei den «Bagatellgebühren». Dies insbesondere in Fällen von ausserkantonaler Inanspruchnahme. Kantonale Bestimmungen über eine solche Gebühr wirkten sich auf die im Kanton wohnhaften Krankenversicherten aus – unabhängig davon, in welchem Kanton sie sich auf eine Notfallstation begeben. In der Konsequenz müssten die Leistungserbringer (Spitalnotfallaufnahmen, Hausarztpraxen, Apotheken) schweizweit unterscheiden, ob der jeweilige Patient oder die jeweilige Patientin in einem Kanton mit oder ohne solche Regelung wohnhaft ist und in der Lage sein, den entsprechenden Prozess anzuwenden.

Besten Dank für die Kenntnisnahme und Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

IM NAMEN DES REGIERUNGSRATES

sig.
Peter Hodel
Landammann

sig.
Andreas Eng
Staatsschreiber



6431 Schwyz, Postfach 1260

per E-Mail

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit des Nationalrates
3003 Bern
aufsicht@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Schwyz, 10. Dezember 2024

PI 17.480: Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme
Vernehmlassung des Kantons Schwyz

Sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin

Mit Schreiben vom 27. September 2024 haben Sie den Kantonsregierungen in Umsetzung der Parlamentarischen Initiative 17.480 «Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme» den Vor-entwurf zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung KVG zur Vernehmlassung unterbreitet.

Der Regierungsrat schliesst sich vollumfänglich der Stellungnahme der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) vom 29. November 2024 an und lehnt aus den darin aufgeführten Gründen die vorgeschlagene Änderung ab.

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme und versichern Sie, Frau Kommissionspräsidentin, unserer vorzüglichen Hochachtung.

Im Namen des Regierungsrates:

Michael Stähli
Landammann



Dr. Mathias E. Brun
Staatsschreiber

Kopie an:

- die Schwyzer Mitglieder der Bundesversammlung.

Staatskanzlei, Regierungskanzlei, 8510 Frauenfeld

Nationalrat
Kommission für soziale
Sicherheit und Gesundheit
Frau Barbara Gysi
Kommissionspräsidentin
3003 Bern

Frauenfeld, 17. Dezember 2024
Nr. 820

17.480 n Pa. Iv. (Weibel) Bäumle. Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme

Vernehmlassung

Sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit der Stellungnahme zum Vorentwurf zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10), den die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) am 11. April 2024 in Umsetzung der obgenannten parlamentarischen Initiative angenommen hat. Wir lehnen diese aus den nachfolgenden Überlegungen in der vorliegenden Form ab. Wenn eine Gebühr für Bagatellfälle eingeführt werden soll, muss diese vorbehalt- und ausnahmslos für alle Fälle gelten – ohne jegliche Administration.

1. Detailbemerkungen

1.1. Geltungsbereich betroffene Personen

Für alle anderen Personen, die der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) unterstehen, soll der Zuschlag erst nach Ausschöpfung der Franchise und des Selbstbehaltes erhoben werden.

Die Wirksamkeit des Mehrheitsantrags ist grundsätzlich in Frage zu stellen. Aus Punkt 3.1 des erläuternden Berichts geht hervor, dass weniger als 10 % der Patientinnen und Patienten die Franchise und den Selbstbehalt pro Jahr ausschöpfen. Nach Erhebungen der Versicherer liegt die Quote der „Bagatellnotfälle“ unter 10 %. Zudem sind von der vorgeschlagenen Regelung nur Notfallkonsultationen zu Lasten der OKP betroffen. Schliesslich sind Kinder und Jugendliche, die einen erheblichen Anteil der Notfallkonsultationen ausmachen, zu Recht nicht betroffen.

Zusammengefasst und hochgerechnet würde dies bedeuten, dass im Kanton Thurgau von den jährlich rund 50'000 Notfallaufnahmen (Daten OBSAN 2022) maximal zwei Notfälle pro Tag mit einer zusätzlichen Kostenbeteiligung belastet würden (10 % mit

ausgeschöpfter Franchise und Selbstbehalt, davon 10 % ohne schriftliche Zuweisung, wovon ein Teil von der Initiative gar nicht betroffen wäre). Die Wirkung wäre bedeutungslos. Die Minderheitsvariante hätte demgegenüber eine viel grössere Auswirkung, da gemäss den beigelegten Statistiken der Anteil der Versicherten, welche die Franchise jährlich ausschöpfen, über 50 % beträgt.

1.2. Ungleichbehandlung

Die vorgesehene Änderung schafft eine Ungleichbehandlung. Personen mit Wohnsitz in einem EU- oder EFTA-Staat sollen von der Regelung ausgenommen werden. Dies ist nicht nachvollziehbar und wäre für die einheimische Bevölkerung komplett unverständlich. Personen mit einer Grenzgängerbewilligung haben gemäss Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit einen klar definierten Anknüpfungspunkt. Für Rentnerinnen und Rentner könnte der Bundesrat festlegen, ob die Gebühr gelten soll oder nicht. Ebenso nicht nachvollziehbar ist, weshalb Bagatell- und Notfälle nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und dem Bundesgesetz über die Militärversicherung (MVG; SR 833.1) nicht von dieser Regelung betroffen sein sollen, insbesondere unter Berücksichtigung, dass ein nicht unerheblicher Anteil aller Versicherten ihre Unfallversicherung im KVG eingeschlossen haben. Die Vorlage begründet diese Ausnahme nicht.

1.3. Notfallbegriff

Wir begrüssen die Streichung des Begriffs „Bagatellfall“, der in die Kategorie „Notfall ohne schriftliche Anmeldung durch einen Arzt, Apotheker oder ein Zentrum für Telemedizin“ überführt werden soll.

Der Notfallbegriff soll gemäss Art. 64a Abs. 7 KVG definiert werden. Diese Definition geht weiter als die Definition des medizinischen Notfalls. Die offene juristische Formulierung birgt Interpretationsspielraum und erzeugt dadurch eine Rechtsunsicherheit, auch bei Patientinnen und Patienten. Gemäss vorliegendem Vorschlag müsste die zuweisende Stelle klären, ob ein Notfall nach Art. 64a KVG vorliegt oder nicht. Es ist fraglich, ob eine Apothekerin oder ein Apotheker oder aber ein telemedizinisches Zentrum in jedem Fall die notwendige fachliche Ausbildung und Erfahrung besitzt, diese Beurteilung durchzuführen. Im Gesundheitswesen wird dies bis anhin stets ärztlich beurteilt. Im Weiteren gilt es zu berücksichtigen, dass eine Notfallstation oft erst aufgesucht wird, weil kein Termin bei einer Hausarztpraxis frei ist.

1.4. Schriftliche Überweisung

Personen, die im Anschluss an eine Konsultation in einer Arztpraxis, einem Zentrum für Telemedizin oder einer Apotheke die Notfallaufnahme aufsuchen, sollen von der Gebühr ausgenommen sein, sofern eine entsprechende schriftliche Überweisung vorliegt. Die Instrumente und die Praxis derselben müssten in den Durchführungsbestimmungen definiert und umgesetzt werden. Dieses Vorgehen ist komplett vollzugsuntauglich und würde der fortschreitenden Überadministration im Gesundheitswesen Vorschub leisten.

Die Ausweitung der Kompetenz zur schriftlichen Überweisung auf die Apothekerinnen und Apotheker ist gesetzlich nicht ausreichend legitimiert. Die Abrechnung über die OKP ist nicht definiert, die Kompetenz zur Triage von Notfällen ist aus dem Curriculum Pharmazie nicht abzuleiten, und die Haftung bei Fahrlässigkeit wird sowohl bei den Telemedizinern als auch bei den Apothekerinnen und Apothekern zu einer eher grosszügigen Praxis der Notfallzuweisung führen. Der Effekt der Kosteneinsparung wird dadurch relativiert.

Der Kanton Thurgau hat zur Entlastung der Hausärztinnen und Hausärzte seit vielen Jahren Notfallpraxen eingerichtet, die sich bewähren. Es handelt sich um gemeinsam von Spital und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten geführte Einrichtungen in den Räumlichkeiten des Spitals mit Abrechnung durch das Spital. In umliegenden Kantonen werden Spitäler zugunsten von Notfallpraxen geschlossen. Die erfolgreich umgelenkten Patientenströme können und sollen ausserhalb der Praxisöffnungszeiten nicht zu den Hausärztinnen und Hausärzten zurückgeführt werden. Das ist realitätsfern.

Zudem ist zu bedenken, dass die Verfügbarkeit der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die zu einer schriftlichen Überweisung berechtigt sind, insbesondere nachts und am Wochenende, eingeschränkt ist. Eine Vervielfachung der Angebote dürfte erhebliche Kosten verursachen und die Attraktivität des Hausarztberufs weiter schmälern.

1.5. Gefahr für echte Notfälle und für benachteiligte Personen

Die Notwendigkeit einer schriftlichen Überweisung könnte einerseits zu einer Verzögerung der Durchführung einer potenziell lebensrettenden Behandlung führen, andererseits aber auch zu einem Verzicht oder einer Verharmlosung echter Notfälle namentlich durch einkommensschwächere Patientinnen und Patienten.

1.6. Kostenfolgen OKP

Kaum einer der vorgesehenen Überweisungsstellen wird diese Aufgabe kostenlos übernehmen, sodass folglich eine weitere Erhöhung der Krankenkassenprämien nötig

würde. Im Kanton Thurgau gibt es jährlich rund 50'000 Notfallaufnahmen. Wenn davon ausgegangen wird, dass rund 40 % der Notfälle Kinder, Jugendliche, Schwangere und UVG-Fälle betrifft, müssten für 30'000 Fälle eine ambulante Notfallkonsultation als Vortriage und eine Überweisungsgebühr verrechnet werden. Unklar ist, ob solche Überweisungsgebühren als OKP-Kosten gelten oder nicht. Zudem werden Patientinnen und Patienten benachteiligt, die einen echten Notfall haben und trotzdem eine Zuweisung benötigen.

Wird der Selbstbehalt durch diese Strafgebühr erhöht, erhöhen sich mutmasslich auch die OKP-Ausstände nach Art. 64a Abs. 4 KVG, was wiederum höhere Verlustscheinkosten und damit finanzielle Folgen für die Kantone hat.

1.7. Administrativer Aufwand

Die administrative Prüfung, in welchen Fällen eine Gebühr zu erheben ist, müssten die Versicherer übernehmen. Nebst der Klärung, ob kein Notfall nach Art. 64a KVG vorlag, wäre zu prüfen, ob die Franchise und der Selbstbehalt ausgeschöpft wurden. Im Streitfall müssten Arztberichte eingeholt und durch den vertrauensärztlichen Dienst des Versicherers geprüft werden. Dieser administrative Aufwand dürfte hoch sein ohne jeglichen Nutzen.

Sollte ein Kanton diese Bestimmung anwenden, wird gefordert, dass der Kanton deren korrekte Umsetzung überprüft, was vollzugsuntauglich ist. Die Folge wäre, dass entweder kaum ein Kanton diese Bestimmung anwendet oder keine Kontrollen durchgeführt werden.

2. Alternative

Wenn die Notfallstationen entlastet werden sollen, ist dies vordringlich mit neuen Versorgungsmodellen (z.B. APN-Praxen, Telemedizin) oder in Spitälern eingegliederten Grundversorgerpraxen zu erreichen. Soll eine Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme eingeführt werden, müsste diese aufgrund der vorstehenden Überlegungen ohne jegliche Administration vorbehalt- und ausnahmslos von jeder Patientin und jedem Patienten erhoben werden.

3. Fazit

Die Beweggründe der Initianten sind zwar nachvollziehbar, die Umsetzung mittels einer Gebühr für Spitalnotfallaufnahmen mit aufwendiger Administration ist jedoch nicht zielführend und bringt im Ergebnis nicht einmal eine Entlastung der Notfallstationen. Die vorgeschlagene Ergänzung von Art. 64 KVG führt zu Rechtsunsicherheiten und erzeugt einen grossen administrativen Aufwand. Versorgungstechnisch droht eine

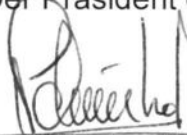
5/5

Verschlechterung, weil Patientinnen und Patienten so verunsichert sind, dass sie bei tatsächlichen Notfällen keine oder verspätet Hilfe aufsuchen. Wir lehnen die Bagatellgebühr in der vorliegenden Form ab.

Soll eine solche in Kombination mit anderen Massnahmen realisiert werden, müsste sie ohne Administration (Zuweisung, Ausschöpfen von Franchise und Selbstbehalt, diverse Ausnahmen etc.) ausnahmslos bei jeder Notfallkonsultation erhoben werden.

Mit freundlichen Grüssen

Der Präsident des Regierungsrates



Der Staatsschreiber



Numero
37

fr

0

Bellinzona
7 gennaio 2025

Consiglio di Stato
Piazza Governo 6
Casella postale 2170
6501 Bellinzona
telefono +41 91 814 41 11
fax +41 91 814 44 35
e-mail can@ti.ch
web www.ti.ch

Repubblica e Cantone
Ticino

Il Consiglio di Stato

Commissione della sicurezza sociale e
della sanità del Consiglio nazionale
3003 Berna

Invio per posta elettronica (Word e PDF):
gever@bag.admin.ch
aufsicht@bag.admin.ch

Procedura di consultazione: 17.480 n. lv. pa. (Weibel) Bäumle. Tassa per i casi di lieve entità nei reparti di pronto soccorso degli ospedali

Gentile signora Presidente,
gentili consigliere e consiglieri nazionali,

ci riferiamo al progetto di modifica della legge federale sull'assicurazione malattie del 18 marzo 1994 (LAMal) elaborato dalla Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale (CSSS-N) relativo all'attuazione dell'iniziativa parlamentare in oggetto.

La proposta della CSSS-N

A fronte di una minoranza espressasi per la non entrata in materia, la maggioranza della vostra Commissione propone di affidare ai Cantoni la competenza di aumentare di 50 franchi l'importo annuo massimo dell'aliquota percentuale ai sensi dell'articolo 64 capoverso 3 LAMal (attualmente di fr. 700 annui, secondo l'art. 103 cpv. 2 dell'ordinanza sull'assicurazione malattia, del 27 giugno 1995; OAMal) per ciascuna consultazione in un reparto di pronto soccorso di un ospedale. Una minoranza chiede di introdurre la stessa misura direttamente sul piano federale, senza affidare la competenza ai Cantoni di deciderne l'applicazione.

Una minoranza I richiede invece di affidare ai Cantoni la competenza di introdurre un supplemento all'aliquota percentuale di al massimo 50 franchi per ciascuna consultazione in un reparto di pronto soccorso di un ospedale. Una minoranza II chiede di introdurre la stessa misura ancora una volta direttamente sul piano federale, senza affidare la competenza ai Cantoni di attuarne l'applicazione.

Nella variante sostenuta dalla maggioranza, la misura avrebbe un effetto concreto solo per gli assicurati che hanno raggiunto la franchigia e l'importo annuale massimo

dell'aliquota percentuale, evenienza che, secondo i dati riportati nel rapporto esplicativo, riguarda all'incirca il 10% degli assicurati. La variante proposta dalla minoranza I sarebbe invece più incisiva, in quanto il supplemento toccherebbe gli assicurati che hanno raggiunto la franchigia, ma non necessariamente l'importo massimo dell'aliquota percentuale, come avviene per il 54% degli assicurati. L'importo a loro carico sarebbe inoltre di principio di 50 franchi e non al massimo del 10% della fattura.

In tutte le varianti presentate dalla CSSS-N, accertata ed ammessa la difficoltà di distinguere tra "vere urgenze" e "casi di lieve entità", il supplemento verrebbe applicato sistematicamente, a meno che la consultazione sia erogata a favore di una donna incinta, di un minorenni o di una persona che si reca presso il reparto di pronto soccorso ospedaliero su indicazione scritta di un medico, di un centro di telemedicina o di un farmacista.

A differenza della proposta della minoranza I, quella della maggioranza non specifica se la competenza cantonale è data in funzione del domicilio del paziente o della sede dell'ospedale. Per analogia, è presumibile che la misura sarà di competenza del Cantone di domicilio del paziente. Questo aspetto andrebbe però specificato nel testo di legge.

Consapevolezza dei costi e responsabilizzazione degli assicurati

L'introduzione della cosiddetta "tassa per i casi di lieve entità" ha come scopo di disincentivare economicamente l'accesso ingiustificato ai reparti di pronto soccorso ospedalieri, di regola più cari rispetto al consulto presso un medico generalista.

Lo scrivente Consiglio condivide la preoccupazione della vostra Commissione in merito all'affollamento dei reparti di pronto soccorso e alla necessità di preservare l'efficacia e l'operatività di questi punti d'accesso al sistema sanitario per i casi più gravi ed urgenti, orientando invece i pazienti che non presentano queste caratteristiche verso fornitori di prestazioni più appropriati, oltre che meno onerosi dal punto di vista finanziario.

Concordiamo altresì che il proposto aumento dell'importo annuale massimo dell'aliquota percentuale in caso di ricorso ingiustificato al pronto soccorso potrebbe aumentare la consapevolezza dei costi e la responsabilità individuale degli assicurati nell'avvalersi in maniera appropriata e razionale della rete di fornitori di prestazione sanitarie. Questa accresciuta sensibilità si ripercuoterebbe peraltro sul singolo assicurato in termini piuttosto teorici e virtuali che non effettivi dal profilo economico, considerate le modalità di implementazione, relativamente lontane dall'imposizione di una "tassa" supplementare di 50 franchi per ogni caso "bagatella".

Va però anche osservato che in base ai dati riportati nel rapporto esplicativo il fenomeno del ricorso ingiustificato ai servizi di pronto soccorso risulta circoscritto ad un'utenza molto esigua: rilevata l'assenza di una statistica in merito ai "casi di lieve entità" che si presentano ai servizi di pronto soccorso, il documento menzionato evidenzia infatti che il 78% dei pazienti vi fanno capo una sola volta all'anno e che solo il 2% richiede quattro o più consultazioni in un anno.

Miglioramento degli strumenti già attualmente disponibili

Aldilà dell'ipotizzato disincentivo finanziario, gli ospedali possono già attuare e dovrebbero semmai rafforzare misure organizzative e logistiche per mitigare le difficoltà legate all'arrivo di pazienti non urgenti. In primo luogo, è primordiale la fase di *triage* dei pazienti che approdano presso un reparto di pronto soccorso, durante la quale vengono attribuiti i vari gradi di urgenza (e la conseguente rapidità di presa a carico). Dopo la fase di *triage* è essenziale anche un'informativa estesa ai pazienti, dove viene spiegato in modo trasparente quale valutazione è stata fatta della casistica da parte della struttura ospedaliera e di conseguenza il grado di urgenza che viene assegnato al caso.

Per migliorare questa fase possono, ad esempio, essere creati o potenziati dei punti di accoglienza e di *triage* telefonico o degli studi di appoggio presso le strutture ospedaliere gestite da un medico generalista che funge da *gatekeeper*, in modo tale da scaricare non solo i medici di famiglia, ma anche i reparti di pronto soccorso ospedaliero, che possono concentrarsi sui casi più acuti e complessi. Un esempio virtuoso in tal senso è attivo nel nostro Cantone da qualche mese presso l'Ospedale regionale di Lugano, con l'istituzione dell'ambulatorio di medicina di famiglia presso l'Ospedale Italiano, che rafforza la complementarietà con il Pronto soccorso dell'Ospedale Civico.

È inoltre importante migliorare l'accesso ai medici di famiglia. A tal proposito il nostro Cantone ha avviato una fase pilota di sostegno all'assistente in ambulatorio privato di medicina interna generale (*Praxiassistenz*) per sviluppare la formazione e l'entrata nella professione di medici di famiglia e pediatri, in modo da poter sopperire alla mancanza, soprattutto in prospettiva, di questi operatori sul territorio. Questo progetto pilota sta dando risultati incoraggianti e pertanto è nostra intenzione confermare e consolidare questo sostegno finanziario alla formazione di nuovi medici di famiglia e pediatri nei prossimi anni.

Da non dimenticare, infine, è anche l'evoluzione conosciuta nell'organizzazione della medicina ambulatoriale sul territorio negli ultimi anni. In Ticino, oltre che per l'incremento rilevante di questa importante voce di spesa a carico della LAMal, in particolare in alcune specializzazioni su cui il Cantone è intervenuto avvalendosi del nuovo regime dei numeri massimi, lo sviluppo del settore è caratterizzato dalla crescente istituzione di centri medici e ambulatori collettivi in cui sono attivi diversi operatori. Sul territorio cantonale sono sorti molti di questi centri, in differenti regioni, andando a completare l'offerta di cure ambulatoriali, anch'essa generatrice di costi sanitari, e garantendo al contempo anche un'offerta di presa a carico dei casi "urgenti", ma di lieve entità, senza appuntamento.

Pressione accresciuta sui medici generalisti

Riferendoci agli ultimi dati disponibili dell'Osservatorio svizzero della salute (OBSAN) sul tasso di ricorso ai servizi di emergenza¹, nel 2023 vi sono state 325.3 consultazioni per 1'000 domiciliati nel Cantone Ticino, a fronte di una media nazionale di 230 consultazioni per 1'000 abitanti. Tuttavia, questo dato deve essere messo in relazione con gli indicatori relativi al numero medio di consultazioni per abitante presso il medico generalista o di

¹ www.obsan.admin.ch/fr > Indicateurs > Système de santé > Taux de recours aux services d'urgence (stato: 16.12.2024) (disponibile anche in ted.)

famiglia (per il Cantone Ticino, 2.50 nel 2022) e con la proporzione della popolazione con almeno una consultazione presso il medico generalista o di famiglia (per il Cantone Ticino, 76% nel 2022)²: anche questi indicatori presentano livelli tra i più elevati nel confronto intercantonale.

Ne risulta pertanto che la medicina di famiglia in Ticino è a sua volta già fortemente sollecitata e non è rimpiazzata dal ricorso ai reparti di pronto soccorso degli ospedali. Una maggior partecipazione finanziaria dell'assicurato in caso di accesso al pronto soccorso potrebbe comportare l'inconveniente di accrescere ulteriormente le sollecitazioni sugli studi medici.

Quanto all'appropriatezza dei casi che afferiscono ai pronti soccorso, secondo un sondaggio realizzato dall'OBSAN citato nel rapporto esplicativo, più di un terzo dei pazienti che hanno fatto ricorso a un tale servizio ha ammesso che il proprio caso avrebbe potuto essere trattato dal medico di famiglia, a condizione che quest'ultimo fosse stato disponibile. In quest'ottica i servizi di pronto soccorso rappresentano pertanto piuttosto delle alternative alla carenza di medici di famiglia in certe zone, fenomeno che potrebbe peraltro accentuarsi nei prossimi anni, durante certi periodi dell'anno o al di fuori degli usuali periodi di apertura degli studi medici.

Impatto sull'accesso alle cure

L'introduzione di una "tassa per i casi di lieve entità" potrebbe far aumentare le difficoltà riscontrate da talune fasce della popolazione per accedere alle cure. Le persone con redditi modesti potrebbero in effetti aspettare troppo a lungo prima di recarsi in pronto soccorso.

Inoltre, a prescindere dalla condizione economica, questa tassa potrebbe avere un impatto destabilizzante sui pazienti per quanto attiene al comportamento adeguato da assumere al manifestarsi di un bisogno di salute. Nei casi di emergenza laddove ogni minuto conta (ad esempio in caso d'infarto o di ictus), questa "tassa sui casi di lieve entità" potrebbe in effetti fare perdere preziosi minuti qualora il paziente o i suoi parenti dovessero prendere contatto dapprima con un medico, una farmacia o un centro di telemedicina.

Impatto sui costi a carico dell'assicurazione malattia

Per non incappare in questa "tassa sui casi di lieve entità", un paziente dovrebbe consultare in prima battuta un medico, un farmacista o un centro di telemedicina, per ottenere la richiesta indicazione scritta per recarsi al pronto soccorso. Questa consultazione preliminare dovrebbe venir indennizzata e genererebbe quindi per forza di cose un costo a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS). Tale costo sarebbe compensato unicamente quando ci si trovasse in un'effettiva situazione di caso di "lieve entità", che consentirebbe di risparmiare la differenza di costo fatturato da un reparto di pronto soccorso rispetto al medico, al farmacista o al centro di

² www.obsan.admin.ch/fr > Indicateurs > Système de santé > Consultations chez le médecin généraliste ou de famille (stato: 06.08.2024) (disponibile anche in ted.)

telemedicina. Negli altri casi, ci si troverebbe dinanzi a un aumento dei costi che dovrebbe essere sostenuto dagli assicurati tramite il premio di cassa malati.

È però anche vero che molti modelli assicurativi alternativi già prevedono la consultazione preliminare del proprio medico di famiglia o di un centro di telemedicina, anche se di norma piuttosto prima di accedere ad altri fornitori di prestazione specialistici, non anche al pronto soccorso. Ad ogni modo questo passaggio non va inteso solo come un vincolo assicurativo, ma rappresenta un servizio che permette di beneficiare di un parere medico qualificato, suscettibile di orientare adeguatamente sulla gestione del problema di salute segnalato. Per gli assicurati che non hanno scelto un simile modello assicurativo, la proposta in esame potrebbe dunque costituire un incentivo a valutarlo, con risvolti positivi anche dal profilo finanziario sui premi di cassa malati.

Va tuttavia pure messo in evidenza che il medico, il farmacista o il centro di telemedicina consultati sarebbero assai prudenti nel rifiutare l'indicazione a recarsi al pronto soccorso sulla base di informazioni preliminari parziali e spesso solo a distanza sui sintomi dichiarati. Del resto, i pazienti che su indicazione di questi operatori avessero rinunciato a recarsi al pronto soccorso potrebbero avviare delle cause per responsabilità civile nei loro confronti qualora dovessero subire delle complicazioni a causa delle mancate cure.

A relativizzazione dell'impatto finanziario, è opportuno anche evidenziare che, secondo i dati esposti nel rapporto esplicativo, le spese associate alle consultazioni nei reparti di pronto soccorso degli ospedali ammontano solo al 2.2% dei costi dell'intero (ma del solo) settore ospedaliero.

Impatto organizzativo e burocratico

La messa in applicazione di questa "tassa per i casi di lieve entità", nei Cantoni che decidessero di applicarla o in tutta la Svizzera qualora fosse scelta una variante con applicazione nazionale, genererebbe un conseguente aggravio amministrativo per i Cantoni, gli assicuratori e i fornitori di prestazioni.

In effetti, i Cantoni sarebbero tenuti ad adeguare il loro diritto cantonale, ad attuare una sorveglianza dell'implementazione della misura, a sviluppare delle campagne informative a favore della popolazione, a creare eventuali centri di telemedicina gratuiti e accessibili a qualsiasi ora e a chiarire gli aspetti di responsabilità civile.

I medici, i centri di telemedicina e le farmacie incaricati del primo contatto con il paziente sarebbero tenuti ad organizzare un ulteriore servizio di picchetto, valutare se il caso è effettivamente un'urgenza, rilasciare l'indicazione scritta che consentirebbe di recarsi presso un reparto di primo soccorso ospedaliero, verificarne la corretta implementazione, chiarire gli aspetti di responsabilità civile e documentare i casi non ritenuti idonei per l'invio verso un servizio di pronto soccorso.

Infine, gli assicuratori dovrebbero garantire un flusso informativo con gli ospedali in merito ai trasferimenti come anche la gestione della fatturazione della "tassa per i casi di lieve entità". Questi processi sarebbero inoltre maggiormente complessi qualora la competenza decisionale fosse delegata ai Cantoni, con il rischio di generare disparità sia

in termini di applicazione che di importi (per il supplemento è previsto un importo massimo nella proposta di modifica articolata dalla minoranza).

Disparità di trattamento tra i pazienti

Questa “tassa per i casi di lieve entità” si applicherebbe unicamente ai casi e ai pazienti soggetti alla LAMal. Di conseguenza, si intravede una pregiudizievole e ingiustificata disparità di trattamento tra i pazienti in funzione della copertura assicurativa (LAINF³ e LAM⁴ non prevedono tale “tassa”) o del domicilio (i turisti stranieri non sarebbero soggetti alla “tassa”). Si tratterebbe di una distinzione non irrilevante dal profilo quantitativo, considerato che la LAMal copre all’incirca solo l’80% delle prestazioni fornite nei pronti soccorso.

Inoltre, questa disparità di trattamento si applicherebbe anche nel caso in cui la decisione di attuare questa “tassa” fosse delegata ai Cantoni. In effetti, il domicilio dell’assicurato impatterebbe sulla sua aliquota percentuale. Pertanto, l’accesso alle cure non sarebbe più uniforme a livello nazionale. Raccomandiamo quindi vivamente, in caso di un’eventuale introduzione di simili misure, un’applicazione sul piano nazionale, così da evitare soluzioni a macchia di leopardo.

Si pone anche la problematica dei pazienti che approdano nei reparti di pronto soccorso ospedalieri con trasporto da parte dei servizi di emergenza pre-ospedalieri. Questa fattispecie non è esentata dalla “tassa per i casi di lieve entità” e pertanto i pazienti in questa situazione vi sarebbero assoggettati. In molte situazioni il paziente non potrebbe richiedere l’indicazione scritta a un medico, a un farmacista o a un centro di telemedicina e non sarebbe neanche auspicabile che venga richiesta quest’indicazione scritta da parte degli operatori del servizio pre-ospedaliero.

Infine è da rilevare come questa misura non avrebbe un impatto sugli assicurati all’AOMS che non pagano i premi e la partecipazione ai costi prevista dalla legge. In effetti, l’AOMS è tenuta a finanziare in ogni caso le prestazioni di cure in caso di urgenza medica, come sancito dall’articolo 64a capoverso 7 LAMal, quindi anche l’accesso a un reparto di pronto soccorso ospedaliero degli assicurati morosi.

Conclusione

In definitiva, ribadiamo di condividere la preoccupazione della vostra Commissione per la situazione dei reparti di pronto soccorso ospedalieri e per il sovraccarico generato anche da pazienti non gravi né urgenti, che si rivolgono impropriamente a questi servizi. In generale, siamo inoltre convinti della necessità di accrescere la responsabilizzazione dei pazienti, se del caso anche attraverso strumenti e (dis)incentivi di natura economica, sull’utilizzo adeguato, proporzionato e consapevole del sistema sanitario e delle diverse tipologie di offerte diagnostiche e terapeutiche.

In questo senso non ci opponiamo di principio all’introduzione di una “tassa per i casi di lieve entità” che afferiscono al pronto soccorso, ma teniamo ad evidenziare che la

³ Legge federale sull’assicurazione contro gli infortuni del 20 marzo 1981 (LAINF)

⁴ Legge federale sull’assicurazione militare del 19 giugno 1992 (LAM)

proposta elaborata presenta pure una serie di inconvenienti e controindicazioni, illustrati nella presente presa di posizione. Auspichiamo inoltre che in caso di consolidamento del progetto, venga adottata una soluzione unitaria sul piano nazionale, non solo per limitare incertezze, complessità e disparità di trattamento, ma anche perché la problematica affrontata non presenta peculiarità cantonali tali da giustificare soluzioni normative differenziate.

Ringraziandovi per l'opportunità accordata di esprimerci in materia, vogliate gradire, gentile signora Presidente, gentili consigliere e consiglieri nazionali, i sensi della nostra massima stima.

PER IL CONSIGLIO DI STATO

Il Presidente

Christian Vitta

Il Cancelliere

Arnoldo Coduri

Copia a:

- Dipartimento della sanità e della socialità (dss-dir@ti.ch)
- Divisione della salute pubblica (dss-dsp@ti.ch)
- Area di gestione sanitaria (dss-ags@ti.ch)
- Delegato cantonale per le relazioni esterne (francesco.quattrini@ti.ch)
- Deputazione ticinese alle Camere federali (can-relazioniesterne@ti.ch)
- Pubblicazione in internet



Landammann und Regierungsrat des Kantons Uri

Nationalrat
Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
Parlamentsdienste
3003 Bern

Vorentwurf im Rahmen der Pa. Iv. (Weibel) Bäumle. Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme; Vernehmlassung

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 27. September 2024 unterbreitet die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK-N) den Kantonsregierungen einen Vorentwurf zur parlamentarischen Initiative «Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme» zur Stellungnahme.

Der Regierungsrat begrüsst grundsätzlich Massnahmen, die auf eine effizientere Organisation der Gesundheitsversorgung abzielen und somit potentiell kostendämpfend wirken. Ebenso teilt der Regierungsrat die Ziele der SGK-N, das Kostenbewusstsein der Versicherten zu stärken und die Notfallstationen der Spitäler zu entlasten. Allerdings ist der Regierungsrat der Ansicht, dass es mit der vorgeschlagenen Gebühr für Bagatellfälle nicht gelingen wird, die gesetzten Ziele in einem angemessenen Aufwand-Nutzen-Verhältnis zu realisieren.

Zugang zur Notfallversorgung und Haftpflichtfragen

Eine Erhöhung des jährlichen Höchstbetrags des Selbstbehalts oder ein Zuschlag auf den Selbstbehalt pro Notfall-Konsultation (im Folgenden «Bagatellgebühr» genannt) würde viele Patientinnen und Patienten bezüglich des richtigen Verhaltens im Fall eines medizinischen Notfalls verunsichern. Einkommensschwache Personen würden eventuell zu lange warten, bevor sie sich ärztliche Hilfe holen, was Gesundheits- und Kostenfolgen nach sich ziehen kann. Bei Notfällen, in denen jede Minute zählt

(z. B. Herzinfarkt oder Hirnschlag), würde man mit der «Bagatellgebühr» riskieren, wertvolle Minuten zu verlieren, weil Patientinnen und Patienten oder Angehörige zuerst mit der Hausarztpraxis, der Apotheke oder der telemedizinischen Stelle Kontakt aufnehmen.

Die Einführung der «Bagatellgebühr» könnte zudem zu mehr haftpflichtrechtlichen Klagen führen, wenn Patientinnen und Patienten Komplikationen erleiden, weil sie aufgrund der Einschätzung der Ärztin, dem Arzt, des Zentrums für Telemedizin oder der Apotheke den Spital-Notfall nicht aufgesucht haben.

Geltungsbereich

Touristinnen und Touristen sowie Personen, die nach UVG oder MVG versichert sind, wären von der Regelung nicht betroffen. Insbesondere die unfallbedingten Konsultationen sind jedoch für einen erheblichen Anteil der Auslastung der Notfalstationen von Spitälern verantwortlich. Stossend wäre auch, dass Verunfallte bezüglich der «Bagatellgebühr» ungleich behandelt würden. Je nachdem, ob sie nach UVG oder KVG gegen Unfall versichert sind.

Die Blaulichtdienste wären im Sinne der angedachten Regelung nicht überweisungsberechtigt, obschon allein die Rettungsdienste jährlich Tausende von «echten» Notfällen in die Spitalnotfälle einliefern, zum Teil ohne die Möglichkeit, die betroffene Patientin oder den Patienten vorgängig um Einwilligung zu bitten. Die Kostenfolgen für die Patientinnen und Patienten sind unklar.

Aufwand-Nutzen und administrativer Aufwand

Um von der «Bagatellgebühr» befreit zu werden, müssen Patientinnen und Patienten zwingend eine Ärztin oder einen Arzt, ein Zentrum für Telemedizin oder eine Apotheke aufsuchen und sich um eine schriftliche Überweisung bemühen. Durch die Erstberatung entstehen für die OKP in jedem Fall Zusatzkosten, die nur in wenigen Ausnahmefällen - eben bei den Bagatellen - über den Wegfall der teureren Notfallbehandlung kompensiert werden. Gemessen an der vermutlich bescheidenen Lenkungswirkung wäre der Aufwand, den die Kantone und alle anderen Akteure für die Einführung und Umsetzung der Bagatellgebühr betreiben müssten, unverhältnismässig gross.

Eine Bagatellgebühr von 50 Franken würde in den Kantonen, die sie einführen - bei einer Annahme des Minderheitsantrags Nantermod sogar schweizweit - eine erhebliche administrative Mehrbelastung zur Folge haben, und zwar bei allen Beteiligten:

- beim Kanton: Anpassung kantonrechtlicher Grundlagen, Aufsicht über die Umsetzung, Informationskampagnen für die Bevölkerung, eventuell Einrichten von kostenfreien und rund um die Uhr erreichbaren telemedizinischen Zentren, Klärung von Haftpflichtfragen;
- bei den erstberatenden Ärztinnen und Ärzten, den Zentren für Telemedizin und den Apotheken: Organisation Pikettdienst, Beurteilung der Frage, ob es sich um einen «echten» Notfall handelt, Ausstellen einer verordnungskonformen schriftlichen Überweisung an die Spitalnotfallaufnahme, Klärung von Haftpflichtfragen, allenfalls Dokumentation der nicht überwiesenen Fälle;
- bei den Spitälern: unterschiedliche Falladministration mit/ohne Überweisung, Information an den Versicherer bezüglich Überweisung;

- bei den Versicherern: Sicherstellung des Informationsflusses mit den Spitälern bezüglich Überweisung, Verrechnung der «Bagatellgebühr».

Zudem unterstützt der Regierungsrat die Stellungnahme der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK).

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit der Stellungnahme.

Altdorf, 20. Dezember 224



Im Namen des Regierungsrats

Der Landammann	Der Kanzleidirektor
	
Christian Arnold	Roman Balli

Commission de la sécurité sociale et
de la santé publique
Mme Barbara Gysi
Présidente de la CSSS-N
3003 Berne

Par courriel :
gever@bag.admin.ch
aufsicht@bag.admin.ch

Réf. : 24_COU_7285

Lausanne, le 11 décembre 2024

Consultation fédérale (CE) Iv. pa. (Weibel) Bäumle. Urgences hospitalières. Taxe pour les cas bénins

Madame la Présidente,

Nous accusons réception de votre courrier du 27 septembre 2024, dans lequel vous sollicitez l'examen et l'avis du Canton de Vaud sur l'avant-projet de modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) – assorti du rapport explicatif – conformément à l'initiative parlementaire visée en titre.

Nous vous remercions de nous donner l'opportunité de nous prononcer sur ce projet. Au vu des informations fournies et après une analyse complète de celles-ci, le Conseil d'Etat, à l'instar de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), ne peut pas soutenir cet avant-projet et recommande de ne pas entrer en matière.

Si le Conseil d'Etat comprend l'objectif de ce projet, à savoir de sensibiliser les usagers à l'augmentation des consultations aux urgences observée ces dernières années, il craint les effets contre-productifs et délétères que l'introduction d'une telle taxe risquerait d'engendrer en créant une situation de non-recours aux soins par une partie de la population (notamment les personnes à bas revenus), uniquement sur la base d'un critère financier.

Les urgences hospitalières remplissent un rôle central dans le système de santé. Leurs missions premières sont le tri, l'évaluation et le traitement. Le diagnostic et l'anamnèse médicale doivent être menés par des médecins urgentistes qui déterminent le degré de gravité des raisons ayant amené la personne aux urgences. Des pathologies a priori bénignes (douleurs thoraciques, maux de têtes) peuvent se révéler graves à l'issue de cette évaluation, raison pour laquelle une pénalisation financière ne devrait en aucun cas dissuader la consultation.

D'un point de vue pratique, l'introduction d'une taxe augmenterait les besoins en ressources des hôpitaux en raison de la lourdeur administrative qu'elle impliquerait. De plus, comme la plupart des patients se rendent actuellement aux urgences spontanément, voire suite au conseil oral d'un médecin de garde ou d'une centrale téléphonique de garde, l'obligation d'obtenir une attestation écrite de délégation impliquerait une charge administrative supplémentaire pour les hôpitaux.

À moyen terme, une hausse du plafond annuel de la quote-part ou un supplément à la quote-part à chaque recours aux urgences accentuerait encore les obstacles déjà importants qui entravent l'accès aux soins pour une partie de la population. Par ailleurs, cette mesure ne prend pas en compte l'évolution du système de santé (qui doit faire face aux défis démographiques avec l'augmentation du nombre de patients et de la complexité des cas traités), ni les difficultés avérées de trouver un médecin traitant et le virage ambulatoire opéré par les hôpitaux. Le critère de l'hospitalisation n'est en effet plus pertinent pour juger du caractère bénin ou non d'une pathologie.

Finalement, l'initiative ne tient pas compte des efforts conséquents déployés par les cantons, comme Vaud, pour mieux orienter les patients vers une prise en charge adéquate dans le domaine communautaire, en cas d'urgence.

Nous vous remercions de l'attention que vous porterez à la présente et nous vous adressons, Madame la Présidente, nos meilleures salutations.

AU NOM DU CONSEIL D'ETAT

LA PRESIDENTE



Christelle Luisier Brodard

LE CHANCELIER



Michel Staffoni

Copies

- OAE
- DGS



2024.04536

P.P. CH-1951
Sion

Poste CH SA

Conseil national
Commission de la sécurité sociale et de la
santé publique
A l'att. de Madame la Présidente
Barbara Gysi
3003 Berne



Date **27 NOV. 2024**

Réponse à la consultation – 17.480 n lv. pa. (Weibel) Bäumie. Urgences hospitalières. Taxe pour les cas bénins

Madame la Présidente,

Le Gouvernement valaisan vous remercie pour votre invitation du 27 septembre 2024 à s'exprimer sur l'avant-projet de modification de la loi fédérale relative à l'objet cité en marge et vous fait part ci-après de sa prise de position.

Bien que la pression exercée sur les urgences hospitalières soit un enjeu réel, nous considérons que l'introduction d'une taxe pour les cas bénins qui y ont recours ne répond ni aux besoins des patients ni aux exigences de qualité de notre système de santé.

Les services d'urgences hospitalières représentent un pilier de notre système de santé en garantissant un accès aux soins sans discrimination. En introduisant des restrictions d'accès, l'avant-projet de loi entraînera une inégalité d'accès aux soins ainsi qu'une charge administrative importante pour les professionnels de la santé sans présenter de potentiel d'économie.

L'approche envisagée par cette initiative parlementaire aura certes un effet dissuasif, orientant les patients vers d'autres structures de santé, telles que les cabinets médicaux, les centres de télémédecine et les pharmacies. Toutefois, plusieurs de ces structures sont déjà fortement sollicitées et ce report représente également un enjeu significatif pour le système de santé dans sa globalité.

Depuis un an, le canton du Valais conduit des campagnes d'information pour encourager le recours à des solutions alternatives en cas d'urgences non vitales, telles que la régulation médicale par téléphone ou l'usage d'applications de santé. Bien que cette démarche de sensibilisation n'ait pas encore déployé tout son potentiel, elle aide à réduire la pression sur les urgences tout en assurant aux patients un accès immédiat aux soins lorsque nécessaire.

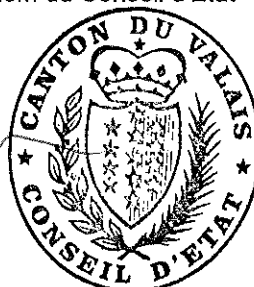
En conclusion, nous nous opposons à l'avant-projet de modification de la loi fédérale pour les urgences hospitalières, en raison des risques pour l'égalité d'accès aux soins, la qualité de la prise en charge des patients, et l'insuffisance de mesures pour répondre véritablement à la surcharge des urgences.

En vous remerciant de nous avoir consultés, nous vous prions de croire, Madame la Présidente, à l'assurance de notre parfaite considération.

Au nom du Conseil d'Etat

Le président

Franz Ruppen



La chancelière

Monique Albrecht

Copie à gever@bag.admin.ch
aufsicht@bag.admin.ch



Av. de France 71, CP 670, 1950 Sion
Tél. 027 606 21 00



Regierungsrat, Postfach, 6301 Zug

Nur per E-Mail

Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
des Nationalrates (SGK-N)
3003 Bern

Zug, 10. Dezember 2024 sa

**Vernehmlassung der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK-N) zur
Parlamentarischen Initiative Pa. Iv. 17.480 (Weibel) Bäume betreffend Gebühr für Baga-
tellfälle in der Spitalnotfallaufnahme
Stellungnahme des Kantons Zug**

Sehr geehrte Frau Frau Kommissionspräsidentin
Sehr geehrte Frau Nationalrätin
Sehr geehrter Herr Nationalrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 27. September 2024 haben Sie uns eingeladen, zur parlamentarischen Initiative 17.480, Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme, Stellung zu nehmen.

Der Kanton Zug schliesst sich der Stellungnahme der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) vom 29. November 2024 an.

Wir bedanken uns für die Gelegenheit zur Meinungsäusserung.

Freundliche Grüsse
Regierungsrat des Kantons Zug

Silvia Thalmann-Gut
Frau Landammann

Tobias Moser
Landschreiber

Beilage:

- Beilage 1: Stellungnahme der GDK

Versand per E-Mail an:

- gever@bag.admin.ch (PDF, Word-Version)
- aufsicht@bag.admin.ch
- Zuger Mitglieder der Bundesversammlung (PDF)
- Gesundheitsdirektion (info.gd@zg.ch; PDF)
- Amt für Gesundheit (gesund@zg.ch; PDF)



Konferenz der kantonalen Gesundheits-
direktorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs
cantonaux de la santé
Conferenza delle direttrici e dei direttori
cantionali della sanità

Haus der Kantone
Speichergasse 6, CH-3001 Bern
+41 31 356 20 20
office@gdk-cds.ch
www.gdk-cds.ch

Versand per E-Mail

Mitglieder der Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit des Nationalrats (SGK-N)

gever@bag.admin.ch
aufsicht@bag.admin.ch

8-2-1

Bern, 29. November 2024

Vernehmlassung der SGK-N zur pa. iv. 17.480: Stellungnahme der GDK

Sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin
Sehr geehrte Frau Nationalrätin
Sehr geehrter Herr Nationalrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) dankt Ihnen für Ihre Einladung vom 27.9.2024, zum oben erwähnten Geschäft Stellung zu nehmen. Gerne äussern wir uns dazu wie folgt:

Inhalt der Vorlage

Mit der Vorlage der SGK-N zur *Pa. iv. 17.480 (Weibel) Bäumle. Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme* in der Mehrheitsvariante sollen die Kantone die Kompetenz erhalten, den jährlichen Höchstbetrag des Selbstbehalts bei jeder Konsultation der Spitalnotaufnahme um 50 Franken zu erhöhen. Eine Minderheit schlägt vor, für jede Konsultation der Notaufnahme im Spital einen Zuschlag auf den Selbstbehalt von höchstens 50 Franken zu erheben. Ausgenommen von dieser Regelung wären Schwangere und Kinder sowie Personen mit einer Überweisung durch einen Arzt oder eine Ärztin, ein Zentrum für Telemedizin oder einen Apotheker oder eine Apothekerin. Durch das finanzielle Lenkungselement sollen die Versicherten davon abgehalten werden, bei leichten Fällen die Spitalnotaufnahme aufzusuchen. Die Stärkung des Kostenbewusstseins und der Eigenverantwortung wird aus Sicht der Kommission zu einer Entlastung der Notaufnahmen der Spitäler führen.

Position der GDK zur Vorlage

Die GDK befürwortet grundsätzlich Massnahmen, welche auf eine effizientere Organisation der Gesundheitsversorgung abzielen und somit potenziell kostendämpfend wirken. Ebenso teilt sie die Ziele der SGK-N, das Kostenbewusstsein der Versicherten zu stärken und die Notfallstationen der Spitäler zu entlasten.

Allerdings ist die Mehrheit des GDK-Vorstands der Ansicht, dass es mit der vorgeschlagenen Bagatellgebühr nicht gelingen wird, die gesetzten Ziele in einem angemessenen Aufwand-Nutzen-Verhältnis zu realisieren. In einzelnen Kantonen besteht aber der Wille, eine Bagatellgebühr einzuführen.

Die GDK schliesst sich der Minderheit Crottaz an und empfiehlt dem Parlament, auf die Vorlage nicht einzutreten.

Begründung

Einschränkungen und Unsicherheiten beim Zugang zur Notfallversorgung

Eine Erhöhung des jährlichen Höchstbetrags des Selbstbehalts oder ein Zuschlag auf den Selbstbehalt pro Notfall-Konsultation (im Folgenden «Bagatellgebühr» genannt) würde die für einen Teil der Bevölkerung ohnehin schon hohen Hürden beim Zugang zur Versorgung weiter erhöhen. Einkommensschwache Personen würden eventuell zu lange zuwarten, bevor sie sich ärztliche Hilfe holen. Dies kann Gesundheits- und Kostenfolgen und schliesslich auch Haftungsfragen nach sich ziehen. In jedem Fall würde die Gebühr viele Patientinnen und Patienten bezüglich des richtigen Verhaltens im Fall eines medizinischen Notfalls verunsichern.

Bei Notfällen, in denen jede Minute zählt (z.B. Herzinfarkt oder Hirnschlag), würde man mit der «Bagatellgebühr» riskieren, wertvolle Minuten zu verlieren, weil die Patient/-innen oder Angehörige zuerst mit der Hausarztpraxis, der Apotheke oder der telemedizinischen Stelle Kontakt aufnehmen. Auch könnte sich die Notfallversorgung von Frauen weiter verschlechtern, weil sie bei einem Herzinfarkt unter weniger «typischen» beziehungsweise bekannten Symptomen leiden und das grössere Risiko hätten, dass ihnen von der Hausarzt-Praxis, der Apotheke oder telemedizinischen Stelle geraten wird, abzuwarten und zu beobachten.

Kostendämpfender Effekt ist fraglich

Um von der «Bagatellgebühr» befreit zu werden, müssen Patientinnen und Patienten zwingend einen Arzt oder eine Ärztin, ein Zentrum für Telemedizin oder eine Apotheke aufsuchen und sich um eine schriftliche Überweisung bemühen. Durch die Erstberatung entstehen für die OKP in jedem Fall Zusatzkosten, welche nur in wenigen Ausnahmefällen – eben bei den Bagatellen – über den Wegfall der teuren Notfallbehandlung kompensiert werden.

Aufwand-Nutzen-Verhältnis und Beitrag zur Zielerreichung sind fraglich

Gemessen an der vermutlich bescheidenen Lenkungswirkung wäre der Aufwand, den die Kantone und alle anderen Akteure für die Einführung und Umsetzung der Bagatellgebühr betreiben müssten, unverhältnismässig gross. Unabhängig von der Variante, würden die Kosten den erwarteten Nutzen bei Weitem übersteigen.

Geltungsbereich ist beschränkt

Touristinnen und Touristen sowie Personen, die nach UVG oder MVG versichert sind, wären von der Regelung nicht betroffen. Insbesondere die unfallbedingten Konsultationen sind jedoch für einen erheblichen Anteil der Auslastung der Notfallstationen von Spitälern verantwortlich. Stossend wäre auch, dass Verunfallte bezüglich der «Bagatellgebühr» ungleich behandelt würden, je nachdem, ob sie nach UVG oder KVG gegen Unfall versichert sind.

Die Blaulichtdienste wären im Sinne der angedachten Regelung nicht überweisungsberechtigt, obschon allein die Rettungsdienste jährlich Tausende von «echten» Notfällen in die Spitalnotfälle einliefern, zum Teil ohne die Möglichkeit, die betroffene Patientin oder den Patienten vorgängig um Einwilligung zu bitten. Die Kostenfolgen für die Patientinnen und Patienten sind unklar. Jedenfalls besteht im KVG das

Gebot zur medizinischen Hilfeleistung. Behandlungen im Notfall müssen so oder so erbracht werden – unabhängig von der Entrichtung einer Gebühr.

Haftpflichtfragen nehmen zu

Die Einführung der «Bagatellgebühr» könnte zu mehr haftpflichtrechtlichen Klagen führen, wenn Patient/-innen Komplikationen erleiden, weil sie aufgrund der Einschätzung der Ärztin, des Arztes, des Zentrums für Telemedizin oder der Apotheke den Spital-Notfall nicht aufgesucht haben.

Grosser administrativer Mehraufwand

Eine Bagatellgebühr von 50 Franken würde in den Kantonen, wo sie eingeführt wird – bei einer Annahme des Minderheitsantrags Nantermod sogar schweizweit –, eine erhebliche administrative Mehrbelastung zur Folge haben, und zwar bei allen Beteiligten:

- beim Kanton: Anpassung kantonrechtlicher Grundlagen, Aufsicht über die Umsetzung, Informationskampagnen für die Bevölkerung, evtl. Einrichten von kostenfreien und rund um die Uhr erreichbaren telemedizinischen Zentren, Klärung von Haftpflichtfragen;
- bei den erstberatenden Ärztinnen und Ärzten, den Zentren für Telemedizin und den Apotheken: Organisation Pikettdienst, Beurteilung der Frage, ob es sich um einen «echten» Notfall handelt, Ausstellen einer verordnungskonformen schriftlichen Überweisung an die Spitalnotfallaufnahme, Klärung von Haftpflichtfragen, allenfalls Dokumentation der nicht überwiesenen Fälle;
- bei den Spitälern: unterschiedliche Falladministration mit/ohne Überweisung, Information an den Versicherer bezüglich Überweisung;
- bei den Versicherern: Sicherstellung des Informationsflusses mit den Spitälern bezüglich Überweisung, Verrechnung der «Bagatellgebühr».

Kompetenzdelegation an die Kantone würde zu grossem Vollzugsaufwand führen

Da die Inanspruchnahme von Spitalnotfalldiensten regional sehr unterschiedlich ausfällt,¹ ist auch der Handlungsbedarf nicht in allen Kantonen gleich gross und kantonale Lösungen könnten gerechtfertigt sein.

Wird aber der Entscheid über die Einführung der «Bagatellgebühr» den einzelnen Kantonen überlassen, so werden Patientinnen und Patienten, Leistungserbringer und Versicherer schweizweit mit vielen unterschiedlichen Regelungen konfrontiert. Im Vollzug käme es zu sehr vielen Unsicherheiten und Schwierigkeiten durch kantonale Unterschiede bei den «Bagatellgebühren». Dies insbesondere in Fällen von ausserkantonaler Inanspruchnahme im medizinischen Notfall.

Bessere Alternativen vorhanden

Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass die Kantone und insbesondere die Leistungserbringer strukturelle Massnahmen umsetzen können und auch weiterhin umsetzen werden, um die Zahl der unnötigen Konsultationen in Spitalnotfallstationen zu verringern. Durch die Einrichtung einer telefonischen Anlauf- und Triagestelle oder einer spitalinternen hausärztlichen Notfallpraxis mit Gatekeeper-Funktion werden nicht nur die Hausärztinnen und Hausärzte entlastet, sondern auch die interdisziplinären Notfallstationen der Spitäler, indem sich Letztere auf schwerere Notfälle konzentrieren können.

Die Ausgestaltung der Notfallversorgung liegt in der Verantwortung der Kantone und unterliegt unterschiedlichen Bedürfnissen. Gleichzeitig sind die Kantone bemüht, ein gutes Mindestangebot an Grundversorgern und Grundversorgerinnen zu gewährleisten und dieses der Bevölkerung bekannt zu machen. Ein reibungsloser Zugang der Bevölkerung zu Arztpraxen reduziert die Anzahl Bagatellfälle in den Notfallaufnahmen der Spitäler und ist sowohl aus Kostengründen als auch aus Versorgungsoptik von Bedeutung. Weiter trägt die Stärkung der Gesundheitskompetenz dazu bei, dass die Bevölkerung sich

¹ Daten des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums: <https://ind.obsan.admin.ch> → Gesundheitssystem → Ambulante Gesundheitsversorgung → Inanspruchnahmerate von Notfalldiensten

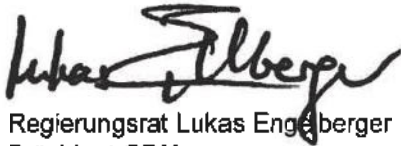
besser im System auskennt, gesundheitliche Probleme besser einschätzen kann und weniger oft wegen Bagatellen die Notfallaufnahme des Spitals aufsucht.

Fazit

Die GDK ist überzeugt, dass es viele gute Ansätze gibt, um die Notfallstationen von Bagatellfällen zu entlasten. Die Einführung einer Bagatellgebühr gemäss Entwurf der SGK-N gehört nicht dazu. Die GDK bezweifelt, dass ein solches Instrument mit einem vertretbaren Aufwand-Nutzen-Verhältnis zur Zielerreichung der Initiative beitragen kann und spricht sich deshalb für ein Nichteintreten aus.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen. Für ergänzende Informationen oder Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Lukas Engelberger'.

Regierungsrat Lukas Engelberger
Präsident GDK

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'K. Huber'.

Kathrin Huber
Generalsekretärin



Elektronisch an gever@bag.admin.ch und aufsicht@bag.admin.ch



**Kanton Zürich
Regierungsrat**

staatskanzlei@sk.zh.ch
Tel. +41 43 259 20 02
Neumühlequai 10
8090 Zürich
zh.ch

Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
des Nationalrates
3003 Bern

18. Dezember 2024 (RRB Nr. 1323/2024)

**Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung,
Selbstbehalt bei Konsultationen der Notaufnahme im Spital
(Vernehmlassung)**

Sehr geehrte Frau Präsidentin
Sehr geehrte Frauen Nationalrätinnen und Herren Nationalräte

Mit Schreiben vom 27. September 2024 haben Sie uns eingeladen, zum Vorentwurf der Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) zur Umsetzung der parlamentarischen Initiative 17.480 betreffend Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotaufnahme Stellung zu nehmen. Wir danken für die Gelegenheit zur Stellungnahme und äussern uns wie folgt:

Wir unterstützen die im Vorentwurf vorgelegte Mehrheitsvariante (Art. 64 Abs. 3^{bis} VE-KVG), wonach die Kantone in eigener Kompetenz vorsehen können, dass sich der Höchstbetrag des Selbstbehalts bei jeder Konsultation der Spitalnotaufnahme um Fr. 50 erhöht, ausser für Schwangere, Kinder oder Personen, die von einer Ärztin oder einem Arzt, einem Zentrum für Telemedizin, einer Apothekerin oder einem Apotheker oder schriftlich in die Spitalnotaufnahme überwiesen wurden.

Wir regen an, zusätzlich ausdrücklich zu regeln, dass auch bei einer Überweisung durch eine kantonale Notfallnummer (wie durch das Aertstefon im Kanton Zürich) von einer Erhöhung des Selbstbehalts abzusehen ist. Ebenso sind Personen, die der obligatorischen Krankenpflegeversicherung unterstellt sind, die von einem Krankentransport- oder Rettungsdienst in die Spitalnotaufnahme eingeliefert werden, von der Erhöhung des Höchstbetrags des Selbstbehalts auszunehmen. Bei solchen Aufnahmen handelt es sich in der Regel um medizinische Notfälle, bei denen die Betroffenen keine Wahlfreiheit über die Inanspruchnahme der Leistung haben.

Eine vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium Obsan durchgeführte Umfrage hat ergeben, dass mehr als ein Drittel der Patientinnen und Patienten, die einen Notfalldienst in Anspruch genommen hatten, gemäss eigenen Angaben auch von ihrer Hausärztin bzw. ihrem Hausarzt hätten behandelt werden können, sofern diese bzw. dieser verfügbar gewesen wäre (Michael Dorn, Erfahrungen der Wohnbevölkerung ab 18 Jahren mit dem

Gesundheitssystem – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Analyse des International Health Policy [IHP] Survey 2023 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund [CWF] im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Neuchâtel, Obsan Bericht 10/2023). In diesen Fällen gilt es, die Patientinnen und Patienten vom Gang in die Spitalnotaufnahme abzuhalten und einer angemesseneren sowie kostengünstigeren Behandlung zuzuführen, damit Spitalnotaufnahmen ihrer Hauptfunktion nachkommen können: der raschen und effektiven Behandlung schwerwiegender Fälle sowie der Sicherstellung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung, wenn andere Optionen nicht möglich oder ausreichend sind. Eine Erhöhung des Höchstbetrags des Selbstbehalts bei einer ungerechtfertigten Inanspruchnahme der Notfallstation dürfte das Kostenbewusstsein und die Eigenverantwortung der Versicherten stärken und somit die Spitalnotaufnahme von Bagatellfällen entlasten.

Mit Blick auf die Umsetzung dürfte der Aufwand für die Spitäler gering sein, da im Rahmen der Patientinnen- und Patientenaufnahme lediglich zusätzlich erfasst werden müsste, ob eine Person zugewiesen wurde oder nicht. Wie im erläuternden Bericht (S. 18) dargestellt, ist für den Kanton mit einem gewissen Aufwand zu rechnen, um die Umsetzung zu kontrollieren und die Bevölkerung zu informieren. Ärztinnen und Ärzte, Zentren für Telemedizin sowie Apothekerinnen und Apotheker müssen aufgrund der Ausstellung schriftlicher Überweisungen mit einem leicht erhöhten Aufwand rechnen.

Insgesamt begrüssen wir, dass die Kantone in eigener Kompetenz über eine Erhöhung des Selbstbehalts entscheiden können, um die Notaufnahmen der Spitäler zu entlasten.

Freundliche Grüsse

Im Namen des Regierungsrates

Die Präsidentin:

Die Staatsschreiberin:

Natalie Rickli

Dr. Kathrin Arioli





Konferenz der kantonalen Gesundheits-
direktorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs
cantonaux de la santé
Conferenza delle direttrici e dei direttori
cantionali della sanità

Haus der Kantone
Speichergasse 6, CH-3001 Bern
+41 31 356 20 20
office@gdk-cds.ch
www.gdk-cds.ch

Versand per E-Mail

Mitglieder der Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit des Nationalrats (SGK-N)

gever@bag.admin.ch
aufsicht@bag.admin.ch

8-2-1

Bern, 29. November 2024

Vernehmlassung der SGK-N zur pa. lv. 17.480: Stellungnahme der GDK

Sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin
Sehr geehrte Frau Nationalrätin
Sehr geehrter Herr Nationalrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) dankt Ihnen für Ihre Einladung vom 27.9.2024, zum oben erwähnten Geschäft Stellung zu nehmen. Gerne äussern wir uns dazu wie folgt:

Inhalt der Vorlage

Mit der Vorlage der SGK-N zur *Pa. lv. 17.480 (Weibel) Bäumele. Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme* in der Mehrheitsvariante sollen die Kantone die Kompetenz erhalten, den jährlichen Höchstbetrag des Selbstbehalts bei jeder Konsultation der Spitalnotaufnahme um 50 Franken zu erhöhen. Eine Minderheit schlägt vor, für jede Konsultation der Notaufnahme im Spital einen Zuschlag auf den Selbstbehalt von höchstens 50 Franken zu erheben. Ausgenommen von dieser Regelung wären Schwangere und Kinder sowie Personen mit einer Überweisung durch einen Arzt oder eine Ärztin, ein Zentrum für Telemedizin oder einen Apotheker oder eine Apothekerin. Durch das finanzielle Lenkungselement sollen die Versicherten davon abgehalten werden, bei leichten Fällen die Spitalnotaufnahme aufzusuchen. Die Stärkung des Kostenbewusstseins und der Eigenverantwortung wird aus Sicht der Kommission zu einer Entlastung der Notaufnahmen der Spitäler führen.

Position der GDK zur Vorlage

Die GDK befürwortet grundsätzlich Massnahmen, welche auf eine effizientere Organisation der Gesundheitsversorgung abzielen und somit potenziell kostendämpfend wirken. Ebenso teilt sie die Ziele der SGK-N, das Kostenbewusstsein der Versicherten zu stärken und die Notfallstationen der Spitäler zu entlasten.

Allerdings ist die Mehrheit des GDK-Vorstands der Ansicht, dass es mit der vorgeschlagenen Bagatellgebühr nicht gelingen wird, die gesetzten Ziele in einem angemessenen Aufwand-Nutzen-Verhältnis zu realisieren. In einzelnen Kantonen besteht aber der Wille, eine Bagatellgebühr einzuführen.

Die GDK schliesst sich der Minderheit Crottaz an und empfiehlt dem Parlament, auf die Vorlage nicht einzutreten.

Begründung

Einschränkungen und Unsicherheiten beim Zugang zur Notfallversorgung

Eine Erhöhung des jährlichen Höchstbetrags des Selbstbehalts oder ein Zuschlag auf den Selbstbehalt pro Notfall-Konsultation (im Folgenden «Bagatellgebühr» genannt) würde die für einen Teil der Bevölkerung ohnehin schon hohen Hürden beim Zugang zur Versorgung weiter erhöhen. Einkommensschwache Personen würden eventuell zu lange zuwarten, bevor sie sich ärztliche Hilfe holen. Dies kann Gesundheits- und Kostenfolgen und schliesslich auch Haftungsfragen nach sich ziehen. In jedem Fall würde die Gebühr viele Patientinnen und Patienten bezüglich des richtigen Verhaltens im Fall eines medizinischen Notfalls verunsichern.

Bei Notfällen, in denen jede Minute zählt (z.B. Herzinfarkt oder Hirnschlag), würde man mit der «Bagatellgebühr» riskieren, wertvolle Minuten zu verlieren, weil die Patient/-innen oder Angehörige zuerst mit der Hausarztpraxis, der Apotheke oder der telemedizinischen Stelle Kontakt aufnehmen. Auch könnte sich die Notfallversorgung von Frauen weiter verschlechtern, weil sie bei einem Herzinfarkt unter weniger «typischen» beziehungsweise bekannten Symptomen leiden und das grössere Risiko hätten, dass ihnen von der Hausarzt-Praxis, der Apotheke oder telemedizinischen Stelle geraten wird, abzuwarten und zu beobachten.

Kostendämpfender Effekt ist fraglich

Um von der «Bagatellgebühr» befreit zu werden, müssen Patientinnen und Patienten zwingend einen Arzt oder eine Ärztin, ein Zentrum für Telemedizin oder eine Apotheke aufsuchen und sich um eine schriftliche Überweisung bemühen. Durch die Erstberatung entstehen für die OKP in jedem Fall Zusatzkosten, welche nur in wenigen Ausnahmefällen – eben bei den Bagatellen – über den Wegfall der teuren Notfallbehandlung kompensiert werden.

Aufwand-Nutzen-Verhältnis und Beitrag zur Zielerreichung sind fraglich

Gemessen an der vermutlich bescheidenen Lenkungswirkung wäre der Aufwand, den die Kantone und alle anderen Akteure für die Einführung und Umsetzung der Bagatellgebühr betreiben müssten, unverhältnismässig gross. Unabhängig von der Variante, würden die Kosten den erwarteten Nutzen bei Weitem übersteigen.

Geltungsbereich ist beschränkt

Touristinnen und Touristen sowie Personen, die nach UVG oder MVG versichert sind, wären von der Regelung nicht betroffen. Insbesondere die unfallbedingten Konsultationen sind jedoch für einen erheblichen Anteil der Auslastung der Notfallstationen von Spitälern verantwortlich. Stossend wäre auch, dass Verunfallte bezüglich der «Bagatellgebühr» ungleich behandelt würden, je nachdem, ob sie nach UVG oder KVG gegen Unfall versichert sind.

Die Blaulichtdienste wären im Sinne der angedachten Regelung nicht überweisungsberechtigt, obschon allein die Rettungsdienste jährlich Tausende von «echten» Notfällen in die Spitalnotfälle einliefern, zum Teil ohne die Möglichkeit, die betroffene Patientin oder den Patienten vorgängig um Einwilligung zu bitten. Die Kostenfolgen für die Patientinnen und Patienten sind unklar. Jedenfalls besteht im KVG das

Gebot zur medizinischen Hilfeleistung. Behandlungen im Notfall müssen so oder so erbracht werden – unabhängig von der Entrichtung einer Gebühr.

Haftpflichtfragen nehmen zu

Die Einführung der «Bagatellgebühr» könnte zu mehr haftpflichtrechtlichen Klagen führen, wenn Patient/-innen Komplikationen erleiden, weil sie aufgrund der Einschätzung der Ärztin, des Arztes, des Zentrums für Telemedizin oder der Apotheke den Spital-Notfall nicht aufgesucht haben.

Grosser administrativer Mehraufwand

Eine Bagatellgebühr von 50 Franken würde in den Kantonen, wo sie eingeführt wird – bei einer Annahme des Minderheitsantrags Nantermod sogar schweizweit –, eine erhebliche administrative Mehrbelastung zur Folge haben, und zwar bei allen Beteiligten:

- beim Kanton: Anpassung kantonalrechtlicher Grundlagen, Aufsicht über die Umsetzung, Informationskampagnen für die Bevölkerung, evtl. Einrichten von kostenfreien und rund um die Uhr erreichbaren telemedizinischen Zentren, Klärung von Haftpflichtfragen;
- bei den erstberatenden Ärztinnen und Ärzten, den Zentren für Telemedizin und den Apotheken: Organisation Pikettdienst, Beurteilung der Frage, ob es sich um einen «echten» Notfall handelt, Ausstellen einer verordnungskonformen schriftlichen Überweisung an die Spitalnotfallaufnahme, Klärung von Haftpflichtfragen, allenfalls Dokumentation der nicht überwiesenen Fälle;
- bei den Spitälern: unterschiedliche Falladministration mit/ohne Überweisung, Information an den Versicherer bezüglich Überweisung;
- bei den Versicherern: Sicherstellung des Informationsflusses mit den Spitälern bezüglich Überweisung, Verrechnung der «Bagatellgebühr».

Kompetenzdelegation an die Kantone würde zu grossem Vollzugsaufwand führen

Da die Inanspruchnahme von Spitalnotfalldiensten regional sehr unterschiedlich ausfällt,¹ ist auch der Handlungsbedarf nicht in allen Kantonen gleich gross und kantonale Lösungen könnten gerechtfertigt sein.

Wird aber der Entscheid über die Einführung der «Bagatellgebühr» den einzelnen Kantonen überlassen, so werden Patientinnen und Patienten, Leistungserbringer und Versicherer schweizweit mit vielen unterschiedlichen Regelungen konfrontiert. Im Vollzug käme es zu sehr vielen Unsicherheiten und Schwierigkeiten durch kantonale Unterschiede bei den «Bagatellgebühren». Dies insbesondere in Fällen von ausserkantonaler Inanspruchnahme im medizinischen Notfall.

Bessere Alternativen vorhanden

Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass die Kantone und insbesondere die Leistungserbringer strukturelle Massnahmen umsetzen können und auch weiterhin umsetzen werden, um die Zahl der unnötigen Konsultationen in Spitalnotfallstationen zu verringern. Durch die Einrichtung einer telefonischen Anlauf- und Triagestelle oder einer spitalinternen hausärztlichen Notfallpraxis mit Gatekeeper-Funktion werden nicht nur die Hausärztinnen und Hausärzte entlastet, sondern auch die interdisziplinären Notfallstationen der Spitäler, indem sich Letztere auf schwerere Notfälle konzentrieren können.

Die Ausgestaltung der Notfallversorgung liegt in der Verantwortung der Kantone und unterliegt unterschiedlichen Bedürfnissen. Gleichzeitig sind die Kantone bemüht, ein gutes Mindestangebot an Grundversorgern und Grundversorgerinnen zu gewährleisten und dieses der Bevölkerung bekannt zu machen. Ein reibungsloser Zugang der Bevölkerung zu Arztpraxen reduziert die Anzahl Bagatellfälle in den Notfallaufnahmen der Spitäler und ist sowohl aus Kostengründen als auch aus Versorgungsoptik von Bedeutung. Weiter trägt die Stärkung der Gesundheitskompetenz dazu bei, dass die Bevölkerung sich

¹ Daten des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums: <https://ind.obsan.admin.ch> → Gesundheitssystem → Ambulante Gesundheitsversorgung → Inanspruchnahmerate von Notfalldiensten

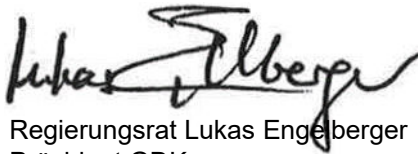
besser im System auskennt, gesundheitliche Probleme besser einschätzen kann und weniger oft wegen Bagatellen die Notfallaufnahme des Spitals aufsucht.

Fazit

Die GDK ist überzeugt, dass es viele gute Ansätze gibt, um die Notfallstationen von Bagatellfällen zu entlasten. Die Einführung einer Bagatellgebühr gemäss Entwurf der SGK-N gehört nicht dazu. Die GDK bezweifelt, dass ein solches Instrument mit einem vertretbaren Aufwand-Nutzen-Verhältnis zur Zielerreichung der Initiative beitragen kann und spricht sich deshalb für ein Nichteintreten aus.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen. Für ergänzende Informationen oder Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Lukas Engeberger'.

Regierungsrat Lukas Engeberger
Präsident GDK

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'K. Huber'.

Kathrin Huber
Generalsekretärin

Envoi par courriel

Aux membres de la Commission de la sécurité
sociale et de la santé publique du Conseil natio-
nal (CSSS-N)

gever@bag.admin.ch
aufsicht@bag.admin.ch

8-2-1

Berne, le 29 novembre 2024

Consultation de la CSSS-N concernant l'lv. pa. 17.480 : prise de position de la CDS

Madame la Présidente de la Commission,
Madame la Conseillère nationale,
Monsieur le Conseiller national,
Madame, Monsieur,

La Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) vous remercie de votre invitation du 27 septembre 2024 à prendre position sur l'objet susmentionné. Nous nous prononçons comme suit à ce sujet.

Contenu du projet

Le projet de la CSSS-N concernant l'lv. pa. 17.480 (*Weibel*) *Bäumle. Urgences hospitalières. Taxe pour les cas bénins* au sens de la variante de la majorité vise à attribuer aux cantons la compétence d'augmenter de 50 francs le plafond annuel de la quote-part à chaque recours aux urgences hospitalières. Une minorité propose de prélever un supplément maximum de 50 francs pour chaque recours aux urgences hospitalières. Seraient exempts de cette réglementation les femmes enceintes et les enfants ainsi que les personnes bénéficiant d'une attestation de délégation délivrée par un-e médecin, un centre de télémédecine ou une pharmacie. L'élément financier de dissuasion vise à détourner les personnes assurées des urgences pour des cas bénins. Du point de vue de la commission, renforcer la prise de conscience des coûts et la responsabilité individuelle permettra d'alléger la charge des urgences hospitalières.

Position de la CDS concernant le projet

De manière générale, la CDS approuve les mesures visant une organisation plus efficiente des soins de santé et produisant de ce fait un effet de maîtrise des coûts. De même, elle partage les objectifs de la CSSS-N visant à renforcer la prise de conscience des personnes assurées face aux coûts et à alléger la charge des urgences hospitalières.

La majorité des membres du Comité directeur de la CDS estime toutefois que la taxe proposée pour les cas bénins ne permet pas d'atteindre les objectifs fixés avec un rapport coût-utilité approprié. Quelques cantons souhaitent cependant introduire une taxe pour les cas bénins.

La CDS se rallie à la minorité Crottaz et recommande au Parlement de ne pas entrer en matière sur ce projet.

Justification

Restrictions et incertitudes concernant l'accès aux urgences

Une hausse du plafond annuel de la quote-part ou un supplément à la quote-part à chaque recours aux urgences (appelé ci-après « taxe pour les cas bénins ») accentuerait encore les obstacles déjà importants qui entravent l'accès aux soins pour une partie de la population. Les personnes à faible revenu attendraient peut-être trop longtemps avant de faire appel à un médecin. Ceci peut entraîner des conséquences sanitaires et financières et impliquer des questions de responsabilité également. Quoi qu'il en soit, cette taxe déstabiliserait nombre de patientes et patients en ce qui concerne le comportement adéquat à adopter devant une urgence médicale.

Dans le cas d'une urgence où chaque minute compte (p. ex. infarctus du myocarde ou attaque cérébrale), la « taxe pour les cas bénins » ferait courir le risque de perdre de précieuses minutes, parce que la patiente ou le patient ou bien les proches prendraient préalablement contact avec le cabinet médical, la pharmacie ou le centre de télémédecine. En cas d'infarctus du myocarde, les soins d'urgence prodigués aux femmes pourraient également se détériorer, puisqu'elles présentent des symptômes moins « typiques » ou connus dans pareille situation et risqueraient d'attendre et d'observer les symptômes en question sur conseil du cabinet médical, de la pharmacie ou du service de télémédecine.

Effet de maîtrise des coûts discutable

Afin d'être exonérés de la « taxe pour les cas bénins », les patientes et patients doivent impérativement consulter un·e médecin, un centre de télémédecine ou une pharmacie et obtenir une attestation écrite de délégation. La première prise de contact entraîne toujours des coûts supplémentaires pour l'AOS, qui ne sont compensés que dans quelques rares cas – en l'occurrence pour les cas bénins – par la suppression du traitement d'urgence plus onéreux.

Relation charge/bénéfice et contribution à la réalisation des objectifs discutables

L'effort que les cantons et tous les autres acteurs devraient fournir pour introduire la taxe pour les cas bénins et la mettre en œuvre serait disproportionné par rapport à l'effet incitatif supposément modeste. Indépendamment de la variante retenue, les coûts dépasseraient largement les bénéfices escomptés.

Champ d'application restreint

La réglementation ne concernerait pas les touristes et les personnes assurées selon la LAA ou la LAM. Les consultations pour accident en particulier sont toutefois responsables d'une importante part de l'encombrement des urgences hospitalières. Il serait également répréhensible que les personnes sinistrées soient traitées différemment en ce qui concerne la « taxe pour les cas bénins » selon qu'elles sont assurées contre les accidents en vertu de la LAA ou de la LAMal.

Au sens de la réglementation envisagée, les secours ne seraient pas autorisés à réorienter les patientes et patients, bien qu'ils confient chaque année à eux seuls des milliers de « véritables » cas d'urgence aux services d'urgences hospitalières, pour une partie desquels ils ne peuvent demander préalablement le consentement aux patientes et patients concernés. Les conséquences financières pour ces derniers sont floues. Quoi qu'il en soit, la LAMal prévoit une obligation d'assistance médicale. Les traitements d'urgence doivent être prodigués d'une façon ou d'une autre, indépendamment du versement de taxe.

Multiplication des questions de responsabilité civile

L'introduction de la « taxe pour les cas bénins » pourrait multiplier les questions de responsabilité civile lorsque les patientes et patients souffrent de complications, du fait qu'ils ne se sont pas rendus aux urgences hospitalières sur la base de l'évaluation du médecin, du centre de télémédecine ou de la pharmacie.

Importante charge administrative

Une taxe pour les cas bénins de 50 francs entraînerait dans les cantons où elle serait introduite – en cas d'adoption de la demande de la minorité Nantermod, dans toute la Suisse même – une hausse considérable de la charge administrative de l'ensemble des parties prenantes :

- au niveau du canton : adaptation du droit cantonal, surveillance de la mise en œuvre, campagnes d'information à destination de la population, création éventuelle de centres de télémédecine gratuits et accessibles 24 heures sur 24, clarification des questions de responsabilité civile ;
- au niveau des médecins, centres de télémédecine et pharmacies chargés de la première prise de contact : organisation du service de permanence, évaluation du bien-fondé de l'urgence, délivrance d'une attestation écrite de délégation vers les urgences hospitalières conforme à l'ordonnance, clarification des questions de responsabilité civile et éventuelle documentation des cas non transférés ;
- au niveau des hôpitaux : gestion diverse des cas avec/sans transfert, transmission d'informations à l'assureur concernant le transfert ;
- au niveau des assureurs : garantie d'un flux d'informations avec les hôpitaux concernant le transfert, la facturation de la « taxe pour les cas bénins ».

Délégation de compétence aux cantons susceptible d'entraîner une charge trop importante en matière de mise en œuvre

Comme le recours aux prestations d'urgences hospitalières varie considérablement d'une région à l'autre¹, la nécessité d'intervention n'est pas non plus la même dans tous les cantons et des solutions cantonales pourraient se justifier.

Mais si la décision d'introduire la « taxe pour les cas bénins » était laissée à chaque canton, alors les patientes et patients, les fournisseurs de prestations et les assureurs seraient confrontés à une multitude de réglementations différentes à l'échelle nationale. Dans la mise en œuvre, cela entraînerait de très nombreuses incertitudes et difficultés dues aux divergences cantonales en matière de « taxes pour les cas bénins », ce, en particulier pour ce qui est des cas de recours aux urgences médicales extracantonales.

Options existantes plus adéquates

Il convient en somme de relever que les cantons et en particulier les fournisseurs de prestations peuvent mettre en œuvre des mesures structurelles et continueront à procéder de la sorte afin de réduire le nombre de recours inutiles aux urgences hospitalières. La mise en place d'un point d'accueil et de triage téléphonique ou d'un cabinet d'urgence tenu au sein d'un hôpital par un-e médecin généraliste exerçant une fonction de « gatekeeper » décharge non seulement les médecins de famille, mais aussi les urgences interdisciplinaires des hôpitaux en permettant à ces dernières de se concentrer sur les urgences plus graves.

L'organisation des services d'urgences incombe aux cantons et répond à des besoins divers. En parallèle, les cantons s'efforcent de garantir une offre minimale adéquate en médecins de premier recours et de la faire connaître à la population. Lui assurer un accès sans encombre aux cabinets médicaux réduit le nombre de cas bénins traités au sein des services d'urgences hospitalières et revêt une importance

¹ Données de l'observatoire suisse de la santé : <https://ind.obsan.admin.ch> → Système de santé → Secteur ambulatoire → Taux de recours aux services d'urgences

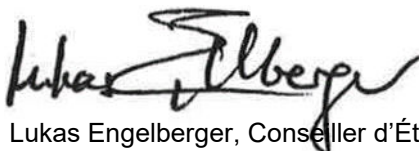
particulière tant du point de vue des coûts que de la prise en charge. Par ailleurs, le renforcement des compétences en matière de santé permet à la population de connaître davantage le système, de mieux évaluer les problèmes de santé et de se rendre moins souvent aux urgences hospitalières pour des cas bénins.

Conclusion

La CDS est convaincue qu'il existe de nombreuses approches adéquates pour soulager les services d'urgences des cas bénins. L'introduction d'une taxe pour les cas bénins selon le projet de la CSSS-N n'en fait pas partie. La CDS doute qu'un tel instrument permette d'atteindre les objectifs visés par l'initiative avec une relation charge/bénéfice défendable et plaide donc en faveur d'une non-entrée en matière.

Nous vous remercions de bien vouloir prendre en compte nos observations et nous tenons volontiers à votre disposition pour répondre à vos questions.

Nous vous prions d'agréer, Madame la Présidente de la Commission, Madame la Conseillère nationale, Monsieur le Conseiller national, Madame, Monsieur, l'assurance de notre très haute considération.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Lukas Engelberger'.

Lukas Engelberger, Conseiller d'État
Président CDS

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'K. Huber'.

Kathrin Huber
Secrétaire générale



Sehr geehrte Damen und Herren

Die AL bedankt sich für die Möglichkeit, im Rahmen einer Vernehmlassung zu der geplanten Notfallgebühr bei Bagatellfällen Stellung nehmen zu können.

Die Alternative Liste Zürich (AL) lehnt eine solche Gebühr ab. Aus unserer Sicht sprechen gleich mehrere Gründe gegen die Einführung einer Notfallgebühr für Bagatellfälle.

1. Warum gehen so viele Leute in die Notfallstation? Ganz einfach: Weil es zu wenig hausärztliche Praxen mit freien Kapazitäten gibt. Assistenzärzt:innen von Notfallstationen finden ebenso wenig eine Arztpraxis für die notwendige Nachkontrollen von Notfall-Patient:innen und bestellen die behandelten Patient:innen deshalb notgedrungen ins Spital-Ambulatorium. Ausserdem kann aus eigener hausärztliche Berufstätigkeit in Zürich bestätigt werden, dass (meist migrantische) Patient:innen in prekären Anstellungsverhältnissen (Stundenlohn, Akkordarbeit, On-Call-Verträge) für einen Besuch in der Arztpraxis nicht bezahlt werden und deshalb einen halben Ferientag einziehen müssen – da kommt es günstiger, auch mit der Gebühr, den Notfall aufzusuchen.

2. Trifft die Notfallgebühr alle gleich? Da die Notfallgebühr alle gleich viel kostet, ist sie für Ärmere schmerzhaft, für Reichere ein Klacks. Dazu ist zu vermuten, dass die Notfallgebühr ärmeren, weniger gebildeten und fremdsprachigen Bagatell-Notfall-Patient:innen wohl tieferschwellig aufgebrummt wird als einem eloquenten Schweizer. Diese Notfallgebühr ist nichts anderes als eine weitere Direktzahlung ans Gesundheitswesen, so wirkungslos und ungerecht wie Franchise und Selbstbehalt.

3. Was sind überhaupt Bagatellfälle? Wer bestimmt, welche Beschwerden, die zum Aufsuchen einer Notfallstation führen Bagatellen sind? Junge, teils unerfahrene Assistenzärzt:innen oder nur Oberärzt:innen? Gibt es überhaupt justiziable Definitionen von Bagatellfällen? Gemäss neuestem OBSAN-Bericht über psychische Krankheiten leiden viele unter einer generalisierten Angststörung (GAS): «In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) 2022 wurden erstmals Symptome einer GAS erhoben: 20,8% der Befragten berichten von leichten und 6,3% von mittelschweren bis schweren Symptomen.» Mit der Notfallgebühr werden Hypochonder wirkungslos bestraft. Sie werden damit nicht gesund und stehen darum bald wieder im Notfall – sinnlos.



4. Senkt eine Notfallgebühr wenigstens – wie versprochen. – Gesundheitskosten und Prämien? Von den 50 Franken müssen vorerst die Unkosten abgezogen werden: Personalaufwand in den Notfallstationen, Administrativaufwand bei den Krankenkassen, allfällige Justizkosten bei erfolgreichen Anfechtungen usw. Vom Restgewinn wird die Prämienlast kaum spürbar gesenkt.

Die Vorlage ist unsozial, ungerecht und macht auch ökonomisch keinen Sinn. Die Patient:innen können schliesslich nichts dafür, dass die Politik die Ausbildung von genügend Hausärzt:innen jahrelang verpasst und deren tarifliche Besserstellung vernachlässigt hat.

Deshalb lehnt die AL die Einführung von Notfallgebühren für „Bagatellfälle“ strikt ab.

Mit freundlichen Grüssen
David Winizki, Hausarzt

FDP.Die Liberalen, Postfach, 3001 Bern

Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
CH-3003 Bern

Bern, 10. Januar 2025
Notfallgebühr/MD

Per Mail an: gever@bag.admin.ch und aufsicht@bag.admin.ch

17.480 n Pa. Iv. (Weibel) Bäumle. Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme

Vernehmlassungsantwort der FDP.Die Liberalen

Sehr geehrte Damen und Herren

Für Ihre Einladung zur Vernehmlassung oben genannter Vorlage danken wir Ihnen. Gerne geben wir Ihnen im Folgenden von unserer Position Kenntnis.

Die FDP unterstützt die Einführung einer Notfallgebühr. Die Inanspruchnahme von Spitalnotaufnahmen nimmt kontinuierlich zu, was die Arbeitsbelastung des medizinischen und pflegerischen Personals erhöht und zu längeren Wartezeiten führt. Bei Artikel 64 Abs. 2 Bst. c, 2bis und 3bis unterstützen wir die Minderheit II Nantermod.

Die Einführung einer Notfallgebühr kann dazu beitragen, die Überlastung der Spitalnotaufnahmen zu reduzieren und den reibungslosen Betrieb sicherzustellen. Zudem stärkt eine solche Gebühr das Kostenbewusstsein und die Eigenverantwortung der Versicherten. Patientinnen und Patienten mit Bagatellfällen könnten durch den finanziellen Anreiz von einem Gang in die Notaufnahme abgehalten und stattdessen einer angemesseneren und kostengünstigeren Behandlung zugeführt werden. Dadurch lassen sich unnötige Kosten zulasten aller Prämienzahlenden vermeiden.

Freundliche Grüsse

Der Präsident



Thierry Burkart
Ständerat

Der Generalsekretär



Jonas Projer



GRÜNE Schweiz
Raphael Noser
Waisenhausplatz 21
3011 Bern

Raphael.noser@gruene.ch
031 326 66 07

Eidgenössisches Departement
des Inneren EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Per Mail:

gever@bag.admin.ch
aufsicht@bag.admin.ch

Bern, 8. Januar 2025

17.480 n Pa. Iv. (Weibel) Bäume. Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme

Sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin,
sehr geehrte Damen und Herren

Im Zusammenhang mit der im Titel vermerkten Vernehmlassung haben Sie die GRÜNEN zur Stellungnahme eingeladen. Wir danken Ihnen für die Einladung und äussern uns wie folgt.

Die GRÜNEN lehnen sowohl die von der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats vorgeschlagene Umsetzungsvorlage wie auch die dieser zu Grunde liegende Parlamentarische Initiative grundsätzlich ab. Die Konsequenzen der parlamentarischen Initiative sind nicht zielführend bezüglich einer Entlastung des medizinischen Personals in der Spitalnotaufnahme. Dieses Ziel soll mit einer verbesserten Personaldotation in den Notfallstationen erreicht werden und nicht durch eine finanzielle Bestrafung der Patient*innen. Die Vorlage würde jedoch einzig letzteres erzielen und die Situation der schlechten Arbeitsbedingungen und Überlastung unverändert beibehalten. Einzig die finanzielle Beteiligung der Bevölkerung würde sich weiter erhöhen. Vor dem Hintergrund der kürzlich beschlossenen Erhöhung der Mindestfranchise erscheint diese weitere finanzielle Belastung der Bevölkerung nicht sachgerecht. Die finanzielle Beteiligung der Patient*innen in der Schweiz liegt bereits ohne Umsetzung der parlamentarischen

Initiative 17.480 n im europäischen Vergleich auf einem sehr hohen Niveau. Doch eine Bestrafung der Patient*innen, die ohne Überweisung die Notfallaufnahme aufsuchen, würden Personen aus unteren Einkommensschichten mit weiteren Kosten im Gesundheitsbereich belastet werden. Die genannte Personengruppe könnten aufgrund von Unsicherheit und eines höheren Selbstanteils daran gehindert werden, die Spitalnotaufnahme aufzusuchen, auch wenn dies medizinisch angezeigt wäre.

Es mag zutreffen, dass sich eine gewisse Anzahl von Patient*innen in der Notaufnahme nicht in einer Notfallsituation befinden und als sogenannte Bagatellfälle zu verbuchen sind. In vielen Fällen ist eine schnelle Abklärung jedoch dennoch sinnvoll und hilfreich, da es sich um eine lebensbedrohliche oder gesundheitsgefährdende Situation handeln könnte. Aus medizinischer und ethischer Sicht ist es in diesen Fällen nicht sinnvoll, die betreffenden Personen von einem Notfallbesuch im Krankenhaus abzuhalten.

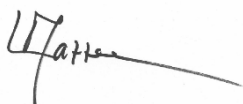
Die GRÜNEN vertreten die Auffassung, dass Massnahmen zur Bekämpfung der Überlastung und der unzureichenden Arbeitsbedingungen im medizinischen Bereich und in den Notaufnahmen von Spitälern ergriffen werden müssen. Eine breitere Aufklärung der Bevölkerung, wann eine Notaufnahme aufzusuchen ist, ist dabei ein wesentlicher Faktor. Darüber hinaus sind bessere Arbeitsbedingungen für das medizinische Personal sowie eine Aufstockung des Personals erforderlich, um eine Überlastung von Einzelpersonen und des Systems zu vermeiden.

Darüber hinaus weisen die GRÜNEN darauf hin, dass der Vorschlag einen unnötigen administrativen Mehraufwand bedeuten würde und ungeklärte finanzielle und haftungsrechtliche Risiken birgt.

Die GRÜNEN lehnen die vorliegende Vernehmlassungsvorlage entsprechend ab und beantragen der Kommission auf eine Umsetzung der zugrundeliegenden parlamentarischen Initiative zu verzichten.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme. Für Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Lisa Mazzone
Präsidentin



Raphael Noser
Fachsekretär

Grünliberale Partei Schweiz
Monbijoustrasse 30, 3011 Bern

Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
CH-3003 Bern

Per E-Mail an: gever@bag.admin.ch und aufsicht@bag.admin.ch

9. Januar 2025

Ihr Kontakt: Noëmi Emmenegger, Geschäftsführerin der Bundeshausfraktion, Tel. +41 31 311 33 03, E-Mail:
schweiz@grunliberale.ch

Stellungnahme der Grünliberalen zu 17.480 Pa. Iv. (Weibel) Bäume. Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme

Sehr geehrte Frau Präsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit, zu 17.480 Pa. Iv. (Weibel) Bäume. Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme Stellung zu beziehen. Nachfolgend finden Sie unsere Einschätzungen und Überlegungen zur Vernehmlassungsvorlage.

Die Zahl der Notfallkonsultationen in der Schweiz steigt laut H+ seit Jahren kontinuierlich an. Auch aufgrund dieser Entwicklung sind einige Spitalnotaufnahmen mit Überlastungen konfrontiert. So stiegen die Fallzahlen am Universitätsspital Zürich innerhalb von zehn Jahren von etwa 36'000 auf 45'000 (Stand 2021); im Berner Inselspital wuchs die Zahl sogar von 35'000 auf rund 60'000 pro Jahr. Das Spital Wallis musste in der Weihnachtszeit die Bevölkerung dazu aufrufen, die Notaufnahme nur bei schweren oder lebensbedrohlichen Notfällen zu besuchen. Die Folgen sind lange Wartezeiten und eine zunehmende Belastung des Spitalpersonals. Ein Teil der Konsultationen sind Bagatellfälle, die in Hausarztpraxen oder Apotheken geeigneter behandelt werden könnten.

Die GLP fordert deshalb, den Kantonen mehr Spielraum zu geben, um die Notaufnahmen zu entlasten. Wir begrüssen daher die vorgeschlagene Gesetzesgrundlage, die Kantonen erlaubt, eine zusätzliche Kostenbeteiligung für Notfallkonsultationen festzulegen. Hierfür soll der Selbstbehalt in der obligatorischen Krankenversicherung um bis zu 50 Franken erhöht werden können. Die Spitalnotaufnahme soll in erster Linie Anlaufstelle für dringende Notfälle bleiben, um die Versorgungskapazitäten gezielt einzusetzen. Unbedingt müssen aber Kinder unter 18 Jahren, Schwangere, aber auch Personen mit einer Überweisung durch Ärzt:innen, telemedizinische Zentren oder Apotheken von der Kostenbeteiligung befreit werden. Wir unterstützen eine schlanke Umsetzung der Vorlage gemäss der Version der Mehrheit.

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme und die Prüfung unserer Anmerkungen. Bei Fragen stehen Ihnen die Unterzeichnenden gerne zur Verfügung.

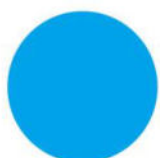
Mit freundlichen Grüssen



Jürg Grossen
Parteipräsident



Noëmi Emmenegger
Geschäftsführerin der Bundeshausfraktion





Per Email an:

gever@bag.admin.ch
aufsicht@bag.admin.ch

Bern, 07.01.2025

Sozialdemokratische Partei der Schweiz

Zentralsekretariat
Theaterplatz 4
3011 Berne

Tel. 031 329 69 69
Fax 031 329 69 70

info@spschweiz.ch
www.spschweiz.ch

**Vernehmlassung zur Umsetzung der parlamentarischen Initiative
17.480 Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotaufnahme**

Sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin Barbara Gysi

Wir bedanken uns für die Gelegenheit zur Stellungnahme, die wir gerne nutzen.

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) Artikel 64 soll um einen Absatz 3^{bis} ergänzt werden. Die vorgeschlagene Gesetzesänderung erteilt den Kantonen die Kompetenz, den jährlichen Höchstbetrag des Selbstbehalts bei jeder Konsultation der Spitalnotaufnahme zu Lasten der versicherten Person um 50 Franken zu erhöhen. Dies, sofern die entsprechende Person die Spitalnotaufnahme ohne schriftliche Überweisung von einer Ärztin, einem Arzt, von einem Zentrum für Telemedizin oder von einem Apotheker, einer Apothekerin, aufsucht. Ausgenommen von dieser Regelung sind Schwangere und Kinder bis 18 Jahre. Zudem gilt diese Regelung nur für Personen, die der OKP unterstellt sind. Das Ziel ist, mit diesem neuen Artikel eine Verhaltensänderung bei den Menschen zu erzielen: die Notaufnahme würde generell zu häufig aufgesucht, dabei wären kostengünstigere Behandlungsmöglichkeiten vorzuziehen.

Die SP Schweiz lehnt die vorgeschlagene Gesetzesänderung integral ab. Wir unterstützen die Minderheit Crottaz, Brenzikofer, Gysi Barbara, Hess Lorenz, Marti Samira, Meyer Mattea, Piller Carrard, Roduit, Weichelt und Wyss und befürworten das Nichteintreten auf diese Vorlage. Wir lehnen vorliegende Gesetzesänderung insbesondere aus nachfolgenden drei Gründen ab:

1. Die vorgeschlagene Gesetzesänderung ist **absolut wirkungsfrei**.
2. Die vorgeschlagene Gesetzesänderung **führt zu Mehrkosten, statt Kosten zu sparen**.
3. Die vorgeschlagene Gesetzesänderung schafft **Ungleichheit zwischen den Menschen**.

Gemäss Mehrheitsvariante sollen die Personen, welche die Spitalnotaufnahme aufsuchen, 50 Franken mehr an den Selbstbehalt bezahlen. Das heisst, dass eine Person dann, wenn sie ihre Franchise wie auch den maximalen Selbstbehalt erreicht hat, 50 Franken pro Selbsteinweisung in die Notaufnahme zusätzlich bezahlen muss. Nun ist bekannt, dass die wenigsten Versicherten die Franchise wie auch den maximalen Selbstbehalt von 700 Franken erreichen. 2021 traf dies lediglich auf 10 Prozent der Versicherten zu. Nur diese 10 Prozent könnten demnach eine Wirkung dieser Vorlage spüren. Reell dürften es dann noch weniger sein, da im Parlament zurzeit Vorstösse für eine Erhöhung der Franchise beraten werden. Aber auch auf sie hätte die Vorlage nur dann eine Wirkung, wenn sie nicht vorgängig eine schriftliche Überweisung von einem Leistungserbringenden einholten. Wir gehen davon aus, dass es ein Leichtes ist, eine solche Überweisung zu erhalten: Kaum ein berechtigter Leistungserbringer wird eine Überweisung verweigern, schon rein aus Angst vor juristischen Konsequenzen. Und auch wenn ein Leistungserbringer eine Überweisung verweigert, so kann die betroffene Person einfach zum Nächsten gehen, bis das entsprechende Attest ausgestellt wird.

Die erwarteten Kosteneinsparungen dürften zudem in keinem Verhältnis zu den administrativen Mehrkosten, die auf die zuweisenden Leistungserbringenden wie auch die Spitäler zukommen, stehen. Ärzt:innen, Zentren für Telemedizin und die Apotheker:innen werden mit der Ausstellung der schriftlichen Überweisung in die Spitalnotaufnahme einen höheren administrativen Aufwand zu bewältigen haben und dafür entschädigt werden wollen.

Vorliegende Gesetzesänderung wurde zudem basierend auf einem Irrglauben, der sich hartnäckig hält, gezimmert. Zwar, dass der Anstieg der Kosten im Gesundheitswesen vor allem auf das Verhalten der Patient:innen zurückzuführen sei, die immer häufiger direkt in die Notaufnahme gingen, und dies auch bereits bei einer laufenden Nase oder einem juckenden Mückenstich. Dass dies nicht stimmt, belegen zahlreiche Erhebungen. So zeigte etwa die Helsana kürzlich auf, dass die Bagatellfälle in den Notaufnahmen über die letzten zehn Jahre hinweg betrachtet zurückgingen, nämlich von 10% (2014) auf 7% (2023). Hinzu kommt, dass die hohe Inanspruchnahmerate von Notaufnahmen meistens auf Mehrfachnutzer:innen zurückzuführen ist. Die 1.7 Mio. Notfallkonsultationen von 2016 etwa verteilen sich auf 1.2 Mio. Patient:innen. Wir orten das Problem von einem «unrechtmässigen» Aufsuchen der Notfallaufnahme, wegen eben beispielsweise eines Bagatellfalls, bei der mangelnden Informationslage der Bevölkerung. Keine Steuer, wie sie vorliegende Gesetzesänderung vorschlägt, wird dies beheben. Es wäre viel sinnvoller, die Menschen über die Behandlungsmöglichkeiten aufzuklären, statt mit einem höheren Selbstbehalt abzustrafen. Gemäss Kostengünstigkeitsprinzip ist es am sinnvollsten, wenn die richtige Anlaufstelle gewählt wird – nicht aber immer die Günstigste.

Eine weitere Folge dieser parlamentarischen Initiative ist zudem, dass diese Gebühr nicht für alle OKP-Versicherten gleichwohl anfällt. Angenommen die Person 1 verletzt sich bei einem Fahrradunfall auf dem Weg zur Arbeit am Kopf und begibt sich deshalb unmittelbar in die Notaufnahme, so muss sie keine zusätzliche Gebühr bezahlen – da dieser Unfall über das UVG läuft und weder Franchise noch Selbstbehalt davon betroffen sind. Person 2 jedoch, die pensioniert ist und deren Unfalldeckung über das KVG läuft, müsste bei einem exakt gleichen Unfall sowie Vorgehen die Zusatzgebühr begleichen. Die Kommission hat zudem bewusst darauf verzichtet, zwischen «Bagatellfällen» und «echten» Notfällen zu unterscheiden. Die

vorgeschlagene Gesetzesänderung hat somit in ihrer heutigen Form nicht mehr viel mit dem ursprünglichen Titel des Geschäfts zu tun.

Die Frage stellt sich zudem, ob es gerechtfertigt ist, wenn diese Gebühr auch bei Menschen mit einem sich akut verschlechternden Gesundheitszustand erhoben wird. Bei einem «echten» Notfall dürfte die betroffene Person kaum genügend Zeit haben, um zuerst einen Leistungserbringenden aufzusuchen, bevor die Notaufnahme aufgesucht wird. Ebenso sollen Personen, die nachts oder am Wochenende eine rasche Verschlechterung ihres Gesundheitszustands erleiden, von dieser zusätzlichen Gebühr betroffen sein. Es bleibt unklar, wo diese Versicherten ausserhalb der Büroöffnungszeiten ein Überweisungsschreiben herholen sollen.

Zusammenfassend halten wir fest, dass diese Vorlage keine Kosteneinsparungen, sondern wenn dann Kostensteigerungen mit sich bringt. Eine Verhaltensänderung wird damit nicht herbeigeführt, weil auch das ursprüngliche Ziel einer «Bagatell-Gebühr» nicht mehr zutrifft, sondern es sich schlicht und einfach um eine Notfallgebühr handelt. Um Kosten zu senken, bedürfte es einer griffigen Massnahme wie etwa der Information der Bevölkerung über die verschiedenen Anlaufstellen bei medizinischen Problemen und welche sich in welchem Fall eignet. Auch müsste die Gesundheitskompetenz gestärkt werden. Dies dürfte dann auch den erwünschten kostensparenden Effekt haben. Um die Spitalnotfallstationen wirksam zu entlasten, braucht es andere Massnahmen, zum Beispiel vorgelagerte Hausarztpraxen, die einfachere Fälle direkt behandeln können.

Wir danken für die Berücksichtigung unserer Anliegen und die Möglichkeit zur Stellungnahme.

Mit freundlichen Grüssen.

SP Schweiz



Mattea Meyer
Co-Präsidentin



Cédric Wermuth
Co-Präsident



Anna Storz
Fachreferentin

Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
Kommissionspräsidentin Barbara Gysi

Elektronisch an:

gever@bag.admin.ch
aufsicht@bag.admin.ch

Bern, 19. Dezember 2024

17.480 n Pa. Iv. (Weibel) Bäumle. Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme

Vernehmlassungsantwort der Schweizerischen Volkspartei (SVP)

Sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Einladung, im Rahmen der oben genannten Vernehmlassung Stellung zu nehmen. Wir äussern uns dazu wie folgt:

Die SVP fordert seit Langem, dass eine Eintrittsgebühr bei Spitalnotfallaufnahmen eingeführt wird, insbesondere wegen des starken Anstiegs von Bagatellfällen. Diese unnötigen Konsultationen überlasten das Personal der Notfallaufnahmen, behindern den Spitalbetrieb für echte Notfälle und verteuern die Prämien für alle Prämienzahler. Der vorliegende Entwurf wurde durch die Kommission jedoch stark verwässert, weshalb ihn die SVP ablehnt.

Der ursprüngliche Wortlaut der Parlamentarischen Initiative der Grünliberalen sah eine direkte Abgabe für das unnötige Aufsuchen des Spitalnotfalls vor, was die SVP grundsätzlich begrüsst: «Die gesetzlichen Regelungen sind so anzupassen, dass alle Patienten, die eine Spitalnotfallpforte aufsuchen, vor Ort eine Gebühr von beispielsweise 50 Franken bezahlen müssen. Diese ist nicht an die Franchise oder Kostenbeteiligung anrechenbar. Ausgenommen werden von dieser Gebühr können Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren sowie alle Patienten mit ärztlicher Zuweisung oder einer nachfolgenden stationären Behandlung.»¹

Da eine Gebühr, wie sie die Initiative verlangte, nicht verfassungskonform ist, hat die Kommission nun die Erhöhung der Kostenbeteiligung bei «nicht gerechtfertigten» Notfall-Konsultationen vorgeschlagen. Im Hinblick auf die Vernehmlassung hat sie sich mit zwei Vorentwurfsvarianten befasst. Die von der SVP bevorzugte und effektivere zweite Variante sah eine Erhöhung der Kostenbeteiligung in Form eines Zuschlags von 50 Franken vor, der bereits vor Erreichen des jährlichen Höchstbetrags des Selbstbehalts fällig geworden wäre.

¹ [17.480 | Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme | Geschäft | Das Schweizer Parlament](#)

Gegen den Willen der SVP hat sich die Kommissionsmehrheit jedoch knapp für die stark verwässerte erste Variante entschieden. Somit wird die Gebühr von 50 Franken für die unnötige Konsultation eines Spitalnotfalls erst fällig, wenn der gesamte Selbstbehalt abbezahlt ist. Die abschreckende Wirkung ist somit minimal und bei Personen, bei denen die Krankenkasse vollständig vom Steuerzahler übernommen wird, wie beispielsweise bei Asylbewerbern, wirkungslos.

Die SVP weist deshalb den vorliegenden Gesetzesentwurf mit der klaren Forderung zurück, den Wortlaut der Parlamentarischen Initiative möglichst buchstabengetreu umzusetzen. Es sind dabei auch wirksame Verschärfungen wie ein Vorinkasso bei Bagatellfällen und die Verdoppelung der Gebühr für Personen, bei denen die Krankenkasse vollständig vom Steuerzahler übernommen wird, neu in die Vorlage aufzunehmen. Nur so kann dem Problem der Überlastung unserer Spitalnotfallaufnahmen wirksam begegnet werden.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

SCHWEIZERISCHE VOLKSPARTEI

Der Parteipräsident



Marcel Dettling
Nationalrat

Der Generalsekretär



Henrique Schneider

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit des Nationalrats
3003 Bern

per E-Mail an: gever@bag.admin.ch und aufsicht@bag.admin.ch

Bern, 5. Dezember 2024

Vernehmlassung zum Vorentwurf der pa. Iv. 17.480 «Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme»

Sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 27. September 2024 laden Sie uns ein, an der Vernehmlassung zur erwähnten KVG-Änderung teilzunehmen, wofür wir uns bedanken. Gerne nehmen wir dazu wie folgt Stellung.

Position curafutura

curafutura lehnt einen Zuschlag auf den Selbstbehalt bei Konsultationen in der Spitalnotfallaufnahme aus folgenden Gründen ab:

- Der Zuschlag gilt auch für Konsultationen, die aufgrund eines echten Notfalls erfolgen.
- Die Bevölkerungsgruppe, welche den Spitalnotfall am häufigsten aufsucht (Kinder), ist von der Regelung ausgenommen.
- Die Schwelle, ab der der Zuschlag greift, ist hoch angesetzt. Nur wenige Personen lassen sich damit von einem Besuch in der Spitalnotfallaufnahme abhalten.
- Der Zuschlag führt zu erhöhtem bürokratischen Aufwand und Abgrenzungsfragen, die den Nutzen der Massnahme übersteigen.

Um Bagatellfälle vom Spitalnotfall fernzuhalten, sollten stattdessen die regionalen Versorgungsstrukturen effizienter gestaltet werden. Mögliche Massnahmen sind:

- Triage-Systeme und telemedizinische Dienste als erste Anlaufstelle.
- Einbindung grundversorgungsnaher Leistungserbringer, wie Hausarztpraxen und Apotheken.
- Gezielte Informationen an Patientinnen und Patienten, die wiederholt die Spitalnotfallaufnahme aufsuchen.

Begründung

Echte Notfälle werden bestraft

Der Zuschlag auf den Selbstbehalt gilt für alle Konsultationen in der Spitalnotfallaufnahme und nicht ausschliesslich für Bagatellfälle. Damit weicht der Gesetzentwurf von einem zentralen Punkt der parlamentarischen Initiative ab. Patientinnen und Patienten, die aufgrund eines echten Notfalls die Spitalnotfallaufnahme aufsuchen, werden durch diese Regelung benachteiligt.

Die zuständige Kommission hat darauf verzichtet, zwischen echten Notfällen und Bagatellfällen zu unterscheiden. Begründet wird dies damit, dass eine solche Differenzierung das Personal der Spitalnotfallaufnahme mit zusätzlichen administrativen Aufgaben und Abgrenzungsfragen belasten würde. Aus Sicht von curafutura überzeugt dieses Argument nicht. Eine Unterscheidung zwischen Notfällen und Bagatellfällen ist im Rahmen von Artikel 64a Absatz 7 KVG geregelt und kommt beim Leistungsaufschub für ausstehende Prämien bereits zur Anwendung.

Der Zuschlag auf den Selbstbehalt wird kaum Wirkung entfalten

Der Gesetzesentwurf sieht als Hauptvariante vor, dass der Zuschlag ab dem Zeitpunkt wirksam wird, an dem sowohl die Franchise als auch der Selbstbehalt aufgebraucht sind. Dies entspricht Gesundheitskosten von mehr als 7'300 Franken (bei einer Franchise von 300 Franken) bzw. 9'500 Franken (bei einer Franchise von 2'500 Franken) pro Jahr. Wie das Bundesamt für Gesundheit (BAG) im Bericht vom 7. November 2023 darlegt, erreichen lediglich 10 % der Versicherten diese Schwelle. Diese Gruppe könnte durch den finanziellen Anreiz möglicherweise von einem Besuch in der Spitalnotfallaufnahme abgehalten werden.

Die Minderheitsvariante sieht vor, dass der Zuschlag bereits greift, sobald die Franchise ausgeschöpft ist. Dies würde den betroffenen Personenkreis zwar erweitern, allerdings wird der Effekt durch Ausnahmen (Kinder, Schwangere und Personen mit ärztlicher Überweisung) wieder eingeschränkt. Hinzu kommt, dass ein Teil dieser Personen aufgrund eines tatsächlichen medizinischen Notfalls ohnehin die Spitalnotfallaufnahme aufsuchen muss, unabhängig von finanziellen Überlegungen.

Zusammenfassend zeigt sich, dass die vorgeschlagene Regelung nur eine sehr kleine Gruppe der Bevölkerung betreffen würde. Dies wirft Zweifel am Gesamtnutzen und an der Zielsetzung der Massnahme auf.

Mehr Bürokratie ohne Mehrnutzen

Der zweifelhafte Gesamtnutzen steht in keinem Verhältnis zum Aufwand, der durch die Umsetzung dieser Massnahme bei den Versicherern entsteht. Diese müssen im Einzelfall prüfen, ob der Zuschlag auf den Selbstbehalt erhoben werden muss, ob die betroffene Person unter eine Ausnahmeregelung fällt und ob die Schwelle der regulären Kostenbeteiligung bereits erreicht wurde.

Zusätzliche Komplexität entsteht bei Rückabwicklungen, etwa aufgrund von Rechnungskorrekturen, Kostenübernahmen durch Dritte oder durch andere Sozialversicherungen. Solche Fälle erhöhen den administrativen Aufwand und verdeutlichen die Schwierigkeit, eine praktische Umsetzung effizient zu gestalten.

Mit zahlreichen Rückfragen von Versicherten, die die Regelung nicht kennen und daher die Versicherer wegen des Verdachts einer fehlerhaften Abrechnung kontaktieren, ist ebenfalls zu rechnen. Die Versicherer müssten die gesetzliche Regelung wiederholt im Detail erklären und dabei oft auch den Unmut der Versicherten entgegennehmen. Dieser zusätzliche Kommunikationsaufwand würde die administrative Belastung weiter erhöhen.

Problem an der Wurzel packen und regionale Versorgungsstrukturen effizienter gestalten

Anstatt eine nicht wirksame und aufwändige Massnahme umzusetzen, sollen Bagatellfälle durch eine effiziente Ausgestaltung regionaler Versorgungsstrukturen von der Spitalnotfallaufnahme ferngehalten werden. Wesentliche Ansätze sind Triage-Systeme und telemedizinische Dienste als erste Anlaufstelle. Grundversorgungsnahe Leistungserbringer wie Hausarztpraxen und Apotheken spielen ebenfalls eine zentrale Rolle und müssen eingebunden werden.

Eine Analyse des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums¹ zeigt zudem, dass etwa ein Viertel der Patientinnen und Patienten wiederholt Spitalnotfallaufnahmen aufsucht. In diesen Fällen wäre eine gezielte Information durch die betroffenen Spitäler über alternative Versorgungsmöglichkeiten wünschenswert.

Da die Kantone für die medizinische Versorgung innerhalb ihres Gebiets verantwortlich sind, liegt es primär in ihrer Zuständigkeit, eine effiziente und kostengünstige Versorgungsstruktur für medizinische Notfälle sicherzustellen.

Für die Kenntnisnahme und Berücksichtigung unserer Stellungnahme danken wir Ihnen bestens.

Freundliche Grüsse
Curafutura



Marco Romano
Stv. Direktor



Luca Petrini
Projektleiter Gesundheitspolitik

¹ Haldimann, L. & Merçay, C. (2024). Ambulante Konsultationen in Notfallstationen (Obsan Bulletin 10/2024). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

gever@bag.admin.ch
aufsicht@bag.admin.ch

Lausanne, le 18 décembre 2024

Page 1/2

Consultation : 17.480 n Iv. pa. (Weibel) Bäümle. Urgences hospitalières. Taxe pour les cas bénins

Madame, Monsieur,

La lettre du 27 septembre de Madame la Présidente de la CSSS-N Barbara Gysi a retenu toute notre attention et nous avons l'honneur de vous communiquer la prise de position du Groupe Mutuel sur l'avant-projet de loi.

Le Groupe Mutuel est favorable aux mesures incitatives qui permettraient le bon usage des services d'urgence et diminueraient, voire supprimeraient, leur engorgement. La taxe proposée vise cet objectif. Toutefois, une analyse approfondie de cette solution démontre une certaine inadéquation à l'atteindre, pour plusieurs motifs.

- **L'organisation des urgences fait partie de la planification hospitalière des cantons.** Des mesures correctrices pour remédier à une utilisation abusive devraient être traitées dans le cadre de celle-ci (par ex. modèles de triage avant de se rendre aux urgences).
- **La taxe n'est pas une mesure de maîtrise des coûts**, mais une dissuasion à utiliser une prestation prise en charge par l'AOS. L'introduction d'un système punitif pour l'usage d'une prestation est contraire à l'esprit de la LAMal.

La mise en place d'incitatifs à faire appel à d'autres prestataires de soins, moins onéreux, en premier lieu serait préférable. Les assureurs-maladie offrent déjà des modèles d'assurance formatés dans ce sens.

Des soins coordonnés de qualité sont susceptibles de désengorger les urgences, dans la mesure où des solutions alternatives peuvent être organisées. Une autre possibilité pourrait également consister à offrir un service de traitement des cas bénins à proximité des hôpitaux. Cette dernière solution devrait être traitée dans le cadre de la planification hospitalière cantonale.

- **Un système de pénalité ne change pas durablement les comportements des utilisateurs.** L'introduction d'une taxe peut occasionner dans un premier temps une retenue chez les utilisateurs d'utilisation des urgences, car elle bénéficiera d'un effet d'annonce. Avec le temps, elle sera banalisée et intégrée aux habitudes de consommation. Le montant fixé au départ perdra de l'importance sous l'effet de l'inflation.

La responsabilisation des assurés en matière de recours aux soins est mieux assurée par une franchise d'assurance adaptée et régulièrement mise à jour au regard de l'évolution des coûts de la santé.

Des campagnes de sensibilisation devraient par ailleurs être régulièrement menées auprès de la population, pour informer des solutions alternatives à celle des services d'urgence.

- **Le système de taxe accroît la charge administrative de tous les acteurs de la santé** (cantons, hôpitaux, assureurs et prescripteurs d'urgence). Le risque d'augmentation des coûts existe donc et pourrait réduire à néant l'économie imaginée.

Si le Parlement persistait néanmoins dans sa volonté d'introduire une taxe pour les cas bénins, le Groupe Mutuel opérerait pour la variante qui paraît avoir le plus de chance d'impacter la fréquentation des urgences, soit celle de la « minorité Glarner », avec une application à l'échelle nationale, soit la variante « minorité Nantermod », pour les raisons suivantes :

- La variante « minorité Glarner » impacte un cercle d'assurés AOS conséquent (54%), alors que la variante « majorité » ne concerne que 10% des assurés.
- La latitude laissée aux cantons d'introduire ou non la taxe pour les cas bénins complique sans nécessité la tâche des assureurs-maladie pour la prise en compte de cette taxe dans la facturation. D'autre part, cette mesure au final pourrait rester lettre morte, si tous les cantons renonçaient à l'appliquer, en raison de l'impopularité qu'elle ne manquera pas de susciter au sein de la population.

Une évaluation de l'impact de la taxe reste nécessaire pour en vérifier les effets.

En dernier le montant de la taxe devrait être fixé dans une ordonnance, afin qu'elle puisse être adaptée, le cas échéant, dans le temps.

Nous vous souhaitons bonne réception de la présente et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos respectueuses salutations.

Groupe Mutuel Services SA



Dr Thomas J. Grichting
Secrétaire général
Membre de la Direction



Geneviève Sutherland
Chargée Veille législative Senior

santésuisse, Römerstrasse 20, 4502 Solothurn

Per E-Mail an das Bundesamt für Gesundheit (BAG):

- gever@bag.admin.ch
- aufsicht@bag.admin.ch

Solothurn, 19. Dezember 2024

Vernehmlassungsverfahren zu 17.480 n Pa. Iv. (Weibel) Bäumle «Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme»; Stellungnahme santésuisse

Sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, zur Umsetzung der parlamentarischen Initiative 17.480 «Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme» Stellung nehmen zu können.

A. Bagatellgebühr als Lenkungsinstrument

Eine zielgerichtete Bagatellgebühr könnte den Anreiz schaffen, dass Spitalambulatorien besser gesteuert und somit ohne Qualitätseinbussen für Patienten Kosten vermieden werden können. Eine entsprechend ausgestaltete Lenkungsgebühr könnte sicherstellen, dass jede Leistung vom richtigen Leistungserbringer erbracht wird (Hausarzt, Apotheke, Notfallaufnahme, Spezialisten, Spitalambulatorium, etc.).

Es gibt Kosten, die auf die Fehlversorgung zurückzuführen sind. Zu den bestehenden Fehlanreizen gehören das Umgehen der grundversorgungsnahen Leistungserbringer oder das Aufsuchen von Spitalambulatorien bei Bagatellfällen. Behandlungen in Spitalnotaufnahmen sind bedeutend kostspieliger als in einer Hausarztpraxis.

Der ursprüngliche Vorschlag der parlamentarischen Initiative 17.480 war, die gesetzlichen Regelungen so anzupassen, dass alle Patienten, die eine Spitalnotfallpforte aufsuchen, vor Ort eine Gebühr von beispielsweise 50 Franken bezahlen müssten. Diese Gebühr wäre nicht an die Franchise oder Kostenbeteiligung anrechenbar gewesen. Im Rahmen der Anhörung bei der SGK-N vom 19. Mai 2022 zum Thema «17.480 Pa. Iv. (Weibel) Bäumle. Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotaufnahme» haben die beiden Krankenversicherer-Verbände santésuisse und curafutura die Anforderungen einer einfachen und effizienten Umsetzung dargelegt.

B. Bemerkungen zur Vernehmlassungsvorlage

Eine Bagatellgebühr wird durch santésuisse im Sinne einer Lenkungsabgabe grundsätzlich begrüsst.

Allerdings ist der vorliegende Vorschlag gar weit weg von der ursprünglichen Idee im Sinne einer effektiven Lenkungsabgabe. Um das Kostenbewusstsein beim Versicherten zu stärken, wäre eine zusätzliche Gebühr im Sinne «out of the pocket» nach wie vor die beste Wahl. Zudem wäre der administrative

Aufwand sowohl auf der Versicherer- als auch auf der Leistungserbringerseite akzeptabel. Ein Anteil der Gebühr könnte zudem bei den Spitälern verbleiben.

Geringer Lenkungseffekt bei Variante gemäss der Mehrheit

Letztlich führt der vorliegende Vorschlag, insbesondere aber die Variante der Mehrheit über eine Erhöhung des Selbstbehaltes, zu grossen administrativen Aufwendungen ohne grossen Lenkungseffekt. Eine Erhöhung des Selbstbehaltes dürfte nur bei wenigen Versicherten überhaupt zum Tragen kommen.

Differenzierte und dynamische Selbstbehalte, wie sie in der Variante der Mehrheit vorgeschlagen werden, sind technisch sehr aufwendig und sehr schwer umsetzbar. Dies bedingt weitreichende Systemanpassungen, die lange im Voraus bekannt sein müssen.

Besser wirkt der Lenkungseffekt bei einer Bagatellgebühr gemäss Minderheit I oder II mit einem Zuschlag bei jeder Konsultation in einer Spitalnotaufnahme. Hier greift der Zuschlag früher als mit einer Erhöhung der Selbstbehalte, da nicht der maximale Selbstbehalt zum Tragen kommt und die Massnahme bereits ab Erreichen der Maximalfranchise wirkt.

Nationale Lösung wird durch santésuisse unterstützt

Wenn die Kantone entscheiden können, ob sie die Bagatellgebühr über eine Erhöhung des Selbstbehaltes einführen wollen oder nicht, fällt der ohnehin schon kleine Lenkungseffekt bei der Variante Mehrheit und der Minderheit I nochmals geringer aus. Durch die zu erwartende unterschiedliche Umsetzung in den Kantonen entsteht zusätzlicher administrativer Mehraufwand für die Versicherer. In diesem Zusammenhang stellen wir fest, dass im erläuternden Bericht keinerlei Aussagen zu den Auswirkungen auf die Krankenversicherer gemacht werden.

Unter Berücksichtigung der oben genannten Punkte (Zuschlag bei jeder Konsultation in einer Spitalnotaufnahme und nationale Lösung) befürwortet santésuisse den **Vorschlag der Minderheit II**.

C. Alternativvorschlag zum Vernehmlassungsvorschlag

Ziel der Vorlage muss es sein, dass sich die Patientin oder der Patient finanziell an jedem Bagatellfall bzw. an einer unnötigen Behandlung beteiligen soll. Dies stärkt die Eigenverantwortung. Gleichzeitig ist aber auch zu verhindern, dass einkommensschwache Personen gehemmt werden, den Notfall aufzusuchen und es dadurch langfristig zu höheren Kosten bezüglich der Behandlung dieser Personen kommen kann.

Ein Bagatellzuschlag darf zudem keinen übermässigen administrativen Aufwand bei den Krankenversicherern verursachen.

Zur Unterscheidung zwischen Patienten, die wegen eines echten Notfalls die Spitalnotaufnahme aufsuchen, und solchen, die dies wegen eines Bagatellfalls tun, kann der in Art. 64a Absatz 7 KVG definierte Notfallbegriff herangezogen werden. Bagatellfälle sind als Negativformulierung dieses Absatzes zu definieren: Die Entrichtung des Zuschlags ist für jeden Fall vorzusehen, bei dem es sich nicht um einen Notfall im Sinne von Artikel 64a Absatz 7 KVG handelt. Falls diese Lösung zu aufwändig ist oder in Ergänzung dazu, kann ein Triage-System zwischen Notfall und Bagatellfall analog beispielsweise der Lösung im Kanton Zürich umgesetzt werden (Notfalldienst – Ärzte Gesellschaft des Kantons Zürich AGZ). Kanton und Gemeinden haben die kantonale Ärztesgesellschaft (AGZ) mittels einer kantonalen Leistungsvereinbarung beauftragt, eine Notfall-Triagestelle für den gesamten Kanton zu betreiben und den ärztlichen Notfalldienst zu organisieren. Beim Kindernotfalldienst sind die besonderen Umstände bei der Triage-Vornahme zu berücksichtigen. Ob ein effektiver Bagatellfall vorliegt, soll nach der erfolgten Behandlung

abschliessend durch den behandelnden Notfalleistungserbringer entschieden und deklariert werden. Da die Krankenversicherer bei der Behandlung nicht vor Ort sind, können sie dies nicht überprüfen.

Für eine möglichst einfache Umsetzung sollten zudem folgende Punkte berücksichtigt werden:

- Schweizweit einheitliche Umsetzung des Bagatellzuschlags
- Anwendung für den gesamten spitalambulanten Bereich
- Die Ausnahmen gemäss Ziffer 3.2 des erläuternden Berichts sollen gezielt reduziert werden. Während es sicherlich sachgerecht ist, auf die Erhebung der Gebühr bei einer Überweisung zu verzichten, ist die generelle Befreiung aller Kinder unter 18 Jahren nicht nachvollziehbar. Ein aktueller Obsan-Bericht zeigt auf, dass die höchste Rate der Inanspruchnahme einer Notfallstation gerade bei den Kleinkindern zu verorten ist. Gerade hier ist eine Lenkungsfunktion sehr erwünscht, zumal die Kindernotfallstationen beklagen, dass sie aufgrund der zahlreichen Bagatellen Mühe bekunden, ihren Versorgungsauftrag bei echten Notfallpatienten wahrzunehmen. Hier besteht ein erhebliches Effizienzpotential. Bei der Einführung sollten geeignete flankierende Massnahmen geprüft werden.

Vielen Dank für die Berücksichtigung unserer Anmerkungen. Für allfällige Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

santésuisse



Verena Nold
Direktorin



Dr. Christoph Kilchenmann
Leiter Abteilung Grundlagen

Für Rückfragen: Axel Reichlmeier
Direktwahl: +41 32 625 42 52
Axel.Reichlmeier@santesuisse.ch

Per e-mail a:

gever@bag.admin.ch

aufsicht@bag.admin.ch

10. gennaio 2025

Consultazione della CSSS-N sul progetto preliminare elaborato nell'ambito dell'iniziativa parlamentare 17.480

Egregia Presidente della CSSS-N,
Gentili Signore e Signori,

l'Associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana – ACSI – vi ringrazia per la considerazione e per l'opportunità di partecipare alla procedura di consultazione sopracitata.

Proposta di legge

Nella variante della maggioranza della CSSS-N sulla proposta di iniziativa parlamentare [17.480 \(Weibel\) Bäumle](#). **Tassa per i casi di lieve entità nei reparti di pronto soccorso degli ospedali** si vuole conferire ai Cantoni la facoltà di aumentare di 50 franchi la franchigia massima annuale per ogni consultazione nei reparti di pronto soccorso degli ospedali. Una minoranza della CSSS-N propone di applicare un sovrapprezzo massimo di 50 franchi al ticket per ogni consultazione nel pronto soccorso ospedaliero. Entrambe le opzioni di orientamento finanziario mirano a scoraggiare gli assicurati dal recarsi al pronto soccorso per casi definiti "bagatella". Questo perché i "casi bagatella" si ritiene portino a un sovraffollamento del pronto soccorso, che a sua volta metterebbe sotto pressione il personale sanitario e comporterebbe lunghi tempi di attesa per le "vere" emergenze.

Posizione

L'ACSI si oppone fermamente a entrambe le opzioni di indirizzo proposte e concorda con la minoranza di Crottaz, che chiede di respingere la proposta di legge.

Motivazione

Secondo la proposta di legge, le tariffe disincentivanti dovrebbero portare a una riduzione del sovraffollamento dei reparti di pronto soccorso. Per l'ACSI non coglie nel segno. Non siamo a conoscenza di alcuna prova che dimostri che una sanzione pecuniaria possa portare a una riduzione sostenibile dei costi sanitari o avere un impatto positivo sulla gestione delle emergenze. Al contrario, riteniamo che una sanzione pecuniaria metterebbe a rischio la salute della popolazione in Svizzera, in particolare delle persone finanziariamente fragili o con scarsa alfabetizzazione sanitaria: migranti, persone in condizioni di vita precarie, persone con un basso livello di istruzione, ecc. Ricordiamo che in Ticino gli assicurati si sono già visti aumentare i premi di cassa malati di quasi il 10%, e questo per la terza volta consecutiva: riteniamo improponibile tassarli ancora di più.

La “tassa bagatella” farebbe inoltre sentire molti pazienti ancora più insicuri in caso di emergenza medica, con il rischio di perdere minuti preziosi. E la riscossione dei 50 franchi creerebbe inutile burocrazia e annessi costi.

La proposta di maggioranza prevede inoltre che la decisione sull'introduzione della “tassa bagatella” sia lasciata ai singoli Cantoni. L'ACSI è scettica anche a tal proposito perché l'utilizzo del servizio di pronto soccorso spesso si estende oltre i confini cantonali: potremmo citare l'esempio emblematico del Canton Argovia e del Canton Soletta, ma anche nella Svizzera italiana c'è permeabilità tra il Ticino e le Valli Mesolcina e Calanca del Grigioni italiano. Delegare le competenze ai Cantoni sarebbe in contraddizione con il bacino di utenza regionale di un servizio di emergenza ospedaliera e, in ultima analisi, porterebbe a molte incertezze, disparità di trattamento e difficoltà di attuazione.

L'ACSI è convinta che si debba intervenire sulla vera causa del sovraffollamento dei reparti di pronto soccorso ospedaliero: la capacità degli studi medici. Minore è la capacità degli studi medici, maggiore è l'onere per i reparti di emergenza degli ospedali (1). La carenza di medici di base e di ambulatori accessibili nei fine settimana non deve gravare sui pazienti. Non è certo aumentando la pressione sugli assicurati che si risolvono i problemi del sistema sanitario, dove sono soprattutto lo scarso coordinamento delle cure e la mancanza di alternative a creare l'aumento dei costi.

Riassumendo, l'ACSI ritiene che la proposta di legge della CSSS-N non raggiunga l'obiettivo di alleviare l'onere per i reparti di pronto soccorso ospedaliero e che l'introduzione di una “tassa bagatella” colpirebbe principalmente le persone già socio-economicamente svantaggiate.

Ringraziandovi dell'attenzione, vi porgiamo i più cordiali saluti e restiamo a disposizione per qualsiasi domanda.

Per l'Associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana



Angelica Jäggi, presidente



Antonella Crüzer, segretaria generale

1 Fonte: UST - Dati del sondaggio sui dati ospedalieri ambulatoriali 2016, STATPOP 2016; SASIS AG - Pool tariffario 2015

Per E-Mail an
gever@bag.admin.ch und
aufsicht@bag.admin.ch

Zürich, 31. Dezember 2024

**Vernehmlassungsantwort
SGK-N 17.480 Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotaufnahme**

Sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin
Sehr geehrte Mitglieder der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme und verweisen gleichzeitig auf die Vernehmlassungsantwort der FMH.

Die FMH war am 19. Mai 2022 zu den Hearings eingeladen. Damals sah die Ausgestaltung noch eine *nationale* Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotaufnahme vor. Seither wurde die ursprünglich Vorlage grundsätzlich verändert. Anstelle einer «Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalaufnahme» ist es nun eine «Erhöhung des Höchstbeitrages des Selbstbehalts» in Form einer Anpassung des KVG. Die Vorlage trägt in der synoptischen Darstellung den Titel «Selbstbehalt bei Konsultationen der Notfallaufnahme im Spital». Die Kompetenz zur Erhöhung des Höchstbeitrages des Selbstbehaltes hätten nun die Kantone.

Wir begrüssen den neu gewählten Ansatz *verglichen* mit der ursprünglichen Idee einer Strafgebühr. Doch erachten wir auch die aktuelle Vorlage als nicht zielführend umsetzbar. Die Einführung einer solchen Regelung wird zusätzlichen administrativen Aufwand verursachen und damit mögliche Einsparungen wieder aufheben. Wir sind der Ansicht, dass die Vorlage weniger Nutzen haben wird, als erwartet wird, eine erhebliche Arbeitslast mit sich bringen wird und schliesslich eine unnötige Quelle der Unsicherheit darstellen wird.

Darüber hinaus sehen wir die Gefahr, dass besonders vulnerable Gruppen, wie Personen aus sozioökonomisch benachteiligten Verhältnissen oder mit geringer Gesundheitskompetenz, dadurch abgeschreckt oder benachteiligt würden, was für sie nachteilige gesundheitliche Folgen haben könnte – und schliesslich höhere Kosten für die Allgemeinheit verursachen würde.

Als Alternative schlagen wir die Förderung hausärztlicher Notfallpraxen vor, um eine effizientere und kostengünstigere Triage von Patientinnen und Patienten zu ermöglichen. Zudem fordern wir zwingend begleitende Massnahmen wie bessere Kommunikation, Förderung der Gesundheitskompetenz und eine Verringerung des administrativen und juristischen Zusatzaufwands. Zudem würde sich aufgrund der Komplexität dieser an sich einfachen Massnahme eine räumlich und zeitlich begrenzte Pilotstudie empfehlen.

Mit der Vorlage gar nicht adressiert wird das **reale Problem**: Die Vorlage will die Überlastung der Spitalnotaufnahmen bekämpfen. Das Grundübel wird jedoch nicht bekämpft. Dieses besteht aus mehreren Elementen nämlich, den fehlenden Kapazitäten in Haus- und Kinderarztpraxen, der ungenügenden Anzahl in der Schweiz ausgebildeter Ärztinnen und Ärzten und der mangelnden Gesundheitskompetenz der Bevölkerung.

Gerne erlauben wir uns noch einige ausgewählte, detaillierte Bemerkungen zur Vorlage.

Der Betroffenen-Kreis

Der Betroffenenkreis ist in der Lösung der Mehrheit der Kommission in mehrfacher Hinsicht eingeschränkt. Wir *bezweifeln daher die Verhältnismässigkeit* der Massnahme.

- Nicht betroffen sind Patientinnen und Patienten, deren Behandlung von einem anderen Kostenträger als der Krankenkasse übernommen wird. Vor der Konsultation bei der Hausärztin oder dem Hausarzt oder dem Aufsuchen der Notfallaufnahme kann oft noch gar nicht unterschieden werden, welcher Kostenträger zuständig ist.
- Vom Geltungsbereich ausgenommen sind Schwangere und Kinder. Das Kriterium Schwangerschaft wird insofern ein schwieriges Kriterium sein, wenn laut erläuterndem Bericht aus Gründen der Rechtssicherheit auf die künftige KVG-Definition des Schwangerschaftsbeginns abgestellt werden soll¹ und diese Definition darin besteht, dass die Schwangerschaft dann beginnt, wenn sie durch eine Ärztin oder einen Arzt oder Hebamme *festgestellt* worden ist. So würde die Feststellung der Schwangerschaft zum Kriterium für die Befreiung vom Zuschlag und nicht das Vorliegen der Schwangerschaft per se.
- Personen, die mit einer schriftlichen Überweisung einer Ärztin oder eines Arztes, eines Zentrums für Telemedizin oder von einer Apothekerin oder eines Apothekers in die Spitalnotfallaufnahme gelangen, fallen nicht unter die Regelung.
- Da lediglich 10% der Versicherten den maximalen Selbstbehalt ausschöpfen², findet die Regelung auf 90 % der Versicherten keine Anwendung.

Die Lenkung

Der Zweck des Zuschlages besteht laut erläuterndem Bericht darin, das Verhalten der Bevölkerung zu beeinflussen und dafür sorgen, dass Bagatellfälle in erster Linie anderen medizinischen Leistungserbringern zugeführt werden und der Zuschlag solle demnach «eher als Lenkungsabgabe interpretiert werden»³.

Wir *bezweifeln die Wirkung der Lenkung*. Unserer Ansicht nach wird die Lenkung sowohl in quantitativer Hinsicht als auch in qualitativer Hinsicht sehr schwach sein und wird in keinem Verhältnis zum Aufwand stehen.

- Wie oben dargelegt, wären 90% der versicherte Personen vom Zuschlag gar nicht betroffen.
- Eine Lenkung setzt voraus, dass die Personen eine Wahl resp. eine Alternative haben. Ein Teil der Notfallpatientinnen und -patienten hat jedoch keine Alternative, sei es, dass er oder sie (überhaupt) keinen Hausarzt hat, sei es, dass er oder sie einen solchen hat, dieser jedoch im konkreten Fall nicht disponibel ist, sei es, dass er oder sie mit dem Gesundheitssystem nicht vertraut ist. Für diese letzte Personengruppe ist der Gang in die Spitalnotaufnahme bei einem gesundheitlichen Problem der normale Weg.
- Der Zuschlag zum Höchstbeitrag wirkt erst bei Abrechnung resp. Rückforderung seitens der Krankenkasse, d.h. zu einem Zeitpunkt, an welchem die Inanspruchnahme bereits stattgefunden hat.

¹ Erläuternder Bericht, Ziff. 3.2.1, S. 12.

² Siehe ergänzender Bericht BAG vom 7. November 2023 «Tatsächliches Einsparpotential und Statistiken», S. 3, erwähnt als Fussnote 1 in Kurznotiz BAG zuhanden Kommission vom 26. März 2024 «Gegenüberstellung Umsetzungsvorschläge».

³ Erläuternder Bericht, Ziff. 2.3, S.7.

- 78% der Patientinnen und Patienten sind einmalige Nutzer (eine Konsultation in der Spitalnotfallaufnahme im Laufe eines Jahres).⁴
- Keine Lenkung findet statt, wenn überweisungsbefugte Stellen im Zweifelsfall, aus Sorgfaltspflichtüberlegungen oder wegen Haftungsrisiken eine Überweisung ausstellen werden.

Administrative Aufwände in der Umsetzung

Im erläuternden Bericht steht betreffend Umsetzung lapidar «es muss sichergestellt werden, dass sämtliche zur Überweisungen in den Notfall befugten Stellen wissen, um was es sich bei einer Überweisung in den Notfall handelt.»⁵ Und weiter: «Ebenso müssen sämtliche Spitäler in der Lage sein, die Überweisung an die Krankenversicherer weiterzuleiten.» Indem administrative Hürden für die Konsultationen der Spitalnotaufnahme aufgebaut werden, führt die Vorlage zu einem Ausbau der Bürokratie.

Patientinnen und Patienten: Müssen «sämtliche Spitäler» in der Lage sein, die Überweisung weiterzuleiten, setzt dies voraus, dass sie diese von den Patientinnen und Patienten erhalten. In der Praxis bedeutet dies, dass dieses Dokument abgefragt werden muss, analog dem Vorweisen der Versichertenkarte. Die mit der Regelung vertrauten Versicherten werden sich bemühen, die Überweisung im Zeitpunkt der Konsultation vorlegen zu können. Patientinnen und Patienten ohne Überweisung werden sich in der Praxis erfahrungsgemäss die Frage stellen, ob sie die Überweisung auch nachträglich beibringen können.

Ärztinnen und Ärzte in der Notfallaufnahme: Die neuen administrativen Aufwände binden unweigerlich Personalressourcen für zusätzlichen Administrativaufwand in der Notfallaufnahme/Spital. Der erläuternde Bericht spricht von «Weiterleiten» an die Krankenversicherer und davon, dass die Überweisung «allenfalls» direkt mit der Rechnungsstellung an die Krankenversicherer übermittelt würde⁶. Allenfalls also auch nicht.

In der Praxis wird die Komplexität damit so oder so erhöht: Entweder werden die Spitäler sich bemühen, der Rechnungsstellung die Überweisung direkt beizulegen (= ein Arbeitsschritt, wenn in diesem Zeitpunkt alle Informationen vorhanden sind) oder aber die Rechnung und die Überweisung nicht zusammen übermitteln, weil deren Vorliegen oder Nichtvorliegen abgeklärt wird (= zwei Arbeitsschritte).

Zu beachten ist auch, dass jeder zusätzliche administrative Belastung nicht nur die behandelnden Ärztinnen und Ärzte betrifft, sondern auch die weiteren Personen, welche mitinvolviert sind wie die Pflege – welche gerade in Notfallsituationen bereits heute viele administrative Arbeiten bewältigen muss. Die vorliegende Lösung würde hier mit Bestimmtheit eine weitere Belastung erzeugen.

Ebenfalls zu beachten gilt es, dass die heutige Überlastung der Notfallstationen im Wesentlichen nicht durch Bagatellfälle verursacht wird, sondern durch lange Liegezeiten von stationär behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten, welche wegen fehlenden Betten nicht zeitnah auf die Abteilungen verlegt werden können.

Ärztinnen und Ärzte in der Praxis: Die Einführung der vorgeschlagenen Regelung generiert zusätzlichen administrativen Aufwand für Hausarztpraxen als überweisungsbefugten Stellen. Zu denken ist auch an den Aufwand mit Patientinnen und Patienten, die entgegen ihrer Erwartung von Seiten Arztpraxis, Telemedizinmodell oder Apotheke keine Überweisung erhalten. Die «Minderheit Nichteintreten» warnt in diesem Kontext sinngemäss vor einem Leistungserbringer-Hopping.⁷

Die Form der Notfallüberweisung ist unklar. Im erläuternden Bericht wird ausgeführt, dass das Instrument der schriftlichen «Überweisung» neu eingeführt werde und von der ärztlichen «Anordnung» wie sie das KVG heute kennt, zu unterscheiden sei.⁸ Datenschutzrechtlich sei darauf hingewiesen, dass im ordentlichen Überweisungsschreiben der Behandlerin an den Notfall medizinische Daten übermittelt werden, die nicht für die Krankenkasse bestimmt sind. Die vorgeschlagene Überweisung ersetzt hingegen nach dem Willen der Kommission die

⁴ Obsan Dossier 64, Le recours aux services d'urgences en Suisse zitiert in: Erläuternder Bericht Ziff. 2.1, S. 6.

⁵ Erläuternder Bericht, Ziff. 3.3, S. 14

⁶ Erläuternder Bericht, Ziff. 3.3, S. 14

⁷ Erläuternder Bericht, Ziff. 3.4.1, S. 15 oben.

⁸ Erläuternder Bericht, Ziff. 3.2.3, S. 12

Unterscheidung zwischen «echten Notfällen» und Bagatellfällen, in dem sie bestätigt, dass «die Patienten und Patientinnen im Vorfeld einen anderen Leistungserbringer kontaktiert» hätten.⁹

Klar ist, dass dadurch Zusatzaufwand sowohl für die überweisende Stelle als auch für die prüfende Spitalnotaufnahme entsteht. Die Handhabung der verschiedenen Ausnahmesituationen und gegebenenfalls kantonal unterschiedlichen Regelungen werden in der Vermittlung Schwierigkeiten bereiten. Typischerweise steigt mit Variablen auch die Fehlerquote in der Umsetzung.

Krankenkassen: Die Vorgabe der Erhöhung der Höchstbeitrages des Selbstbehaltes setzt voraus, dass die Versicherten, welche den Höchstbeitrag - im Sinne eines Plafonds - überschreiten, ausgelenkt werden können. Dies bedeutet nichts anderes, als dass die Krankenkassen bei *allen* Versicherten *unterjährig fortlaufend* die Notfallkonsultationen – im Jahr 2022 waren es immerhin 2,25 Millionen Konsultationen¹⁰ - als solche erfassen/kennzeichnen müssen, um sicherzustellen, auf dass bei Überschreiten des Plafonds die Erhöhung vorgenommen werden kann. Entscheidet sich die Kommission für eine kantonale Kompetenz erhöht sich die Komplexität zusätzlich, weil die Rechtslage unterschiedlich wäre.

Apothekerinnen und Apotheker als überweisungsbefugte Stelle

Apothekerinnen und Apotheker sind gestützt auf ihre Ausbildung gemäss Art. 8 des Medizinalberufegesetzes befähigt, Aufgaben zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit sowie zur Verhütung von Krankheiten zu übernehmen und erwerben die entsprechenden Kompetenzen, insbesondere bei Impfungen. Sie sind grundsätzlich nicht befähigt, umfassende Diagnosen zu stellen, gestützt auf welche eine Patientin oder ein Patient in die Notaufnahme eines Spitals überwiesen werden muss. Es besteht das Risiko, dass Apothekerinnen und Apotheker im Rahmen der niederschweligen Behandlung Patientinnen und Patienten voreilig und unnötigerweise in die Notaufnahme überweisen, was dem Sinn der neuen Regelung widersprechen würde. Umgekehrt besteht die Gefahr, dass die Notfallsituation unterschätzt wird und eine Überweisung nicht gewährt wird. Die Triage von Notfallsituationen erfordert ärztliche Erfahrung, wo diese fehlt oder aus Effizienz- und Kostengründen an weitere Gesundheitsberufe delegiert wird, resultiert ein Qualitätsproblem und die Patientensicherheit wird gefährdet. Diese Erfahrung machen die angelsächsischen Länder gerade mit den Physician Associates, welche oft eine breitere klinische Erfahrung aufweisen als Apothekerinnen und Apotheker.

Einsparungen

Wir gehen davon aus, dass sich mit der Umsetzung verbundene Aufwand nicht lohnt. Der Zusatzaufwand wird die erreichten Spareffekte übersteigen.

Die «erwünschte» Wirkung, dass kranke Personen die Spitalnotaufnahme nicht aufsuchen, wird sich ins Gegenteil verkehren. Die «Einsparung», die bei einer sozial schwächeren Person erzielt wird, könnte sich durch spätere teurere Behandlungskosten rächen: Ein Teil der Personen, die vom Gang in die Notfallaufnahme abgehalten werden würden, wird gerade nicht «einer angemessenen und gleichzeitig kostengünstigeren Behandlung zugeführt»¹¹ werden, sondern wird die Konsultation einer Fachperson aufschieben. Dann würde die erfolgreiche Abschreckung gleichsam zu einem Pyrrhussieg für die Allgemeinheit (Prämienzahlende und Steuerpflichtige).

Minderheitsantrag Bundeskompetenz

Sollte sich die Kommission für eine Einführung einer Erhöhung des Höchstbetrages des Selbstbehaltes oder für die Einführung eines Zuschlages zum Selbstbehalt entscheiden, plädieren wir für eine bundesrechtliche Ausgestaltung und Einführung.

Die im erläuternden Bericht angegebene Begründung, diese Ausgestaltung sei «mit dem Konzept der schweizerischen Gesundheitssystem vereinbar, dass den Kantonen weitgehende Kompetenzen bei der Planung und

⁹ Erläuternder Bericht, Ziff. 2.3, S. 9

¹⁰ Bulletin des Schweizerischen Gesundheitsobservatorium 10/2024

¹¹ Erläuternder Bericht, Ziff. 2.2, S. 7.

Organisation der Gesundheitsversorgung einräumt»¹², ist nicht stichhaltig. Bestimmungen, welche das *Leistungsrecht* des KVG betreffen, sollten zwingend bundesrechtlich geregelt werden¹³.

Wenn die Entscheidung über die Einführung den Kantonen überlassen wird, entsteht ein Flickenteppich. Massgebend in der vorgeschlagenen Regelung ist der Wohnsitz der versicherten Person. Eine uneinheitliche Regelung wird den administrativen Aufwand bei der Umsetzung noch zusätzlich erhöhen. Zudem halten sich die Patientenflüsse im ambulanten Setting nicht an die Kantonsgrenze.

Missverständnisse sind vorprogrammiert: Wenn nicht alle Kantone den Zuschlag zum Höchstbeitrag einführen, könnten Patientinnen und Patienten unter Umständen dennoch auf die Spitalnotaufnahme eines anderen Kantons ausweichen, der die Regelung nicht kennt, auch wenn der Anknüpfungspunkt der Wohnort der versicherten Person ist und solche Ausweichmanöver somit gar nichts bringen.

Krankenkassen (für die Rückforderung), Spitalnotaufnahmen («Weiterleiten» der Notfallüberweisung) und überweisungsbefugte Stellen (für das Ausstellen der Notfallüberweisung) müssten zusätzlich prüfen, in welchem Wohnkanton die Patientin oder der Patient ansässig ist und ob die Regelung deshalb anwendbar ist oder nicht.

Eine Bundeslösung hätte auch den Vorteil, dass keine «Informationskampagnen seitens der Kantone» notwendig werden, um sicherzustellen, dass «die neue Regelung sowie die allfälligen Unterschiede nach Kanton von den Versicherten gut verstanden werden»¹⁴ (sic!).

Minderheitsantrag I und II – Zuschlag zum Selbstbehalt bei jeder Konsultation der Spitalnotaufnahme

Im Vorschlag der Mehrheit der Kommission wird der Zuschlag (erst) mit Erreichen des Höchstbeitrages effektiv – nämlich durch die Erhöhung des Höchstbeitrages –, während Minderheiten I und II einen Zuschlag möchten, der schon bevor die versicherte Person den Höchstbeitrag erreicht hat, effektiv wird. Da der Zuschlag «bei jeder Konsultation» also unabhängig davon, ob der Höchstbeitrag des Selbstbehaltes schon erreicht wurde oder nicht, erhoben würde, würde er der *Idee* einer Lenkung eher entsprechen. (Auch hier fände die Lenkung nicht bei der Konsultation statt, sondern zeitlich verzögert bei der Abrechnung durch die Krankenkasse.)

Wie oben ausgeführt, bezweifeln wir jedoch die Lenkungswirkung als solche.

Vorschläge für zielgerichtetere Massnahmen

Wir teilen die Meinung der Kommissionsminderheit¹⁵, dass es zielführender ist, die Bevölkerung über alternative Behandlungsmöglichkeiten aufzuklären und die Grundversorgung zu stärken. .

Als Ansatz böten sich die hausärztlichen Notfallpraxen an. Dort könnten die Patientinnen und Patienten entsprechend triagiert und günstiger durch erfahrene Hausärztinnen und Hausärzte behandelt werden. Voraussetzung hierfür wäre allerdings eine ausreichende hausärztliche Versorgung. Notwendig wären Investitionen in Haus- und Kinderarztpraxen und die Bekämpfung des Fachkräftemangels. Sollen die Spitalnotaufnahmen entlastet werden, ohne die ambulante Grundversorgung einzuschränken, müssten der Spitalnotaufnahme vorgelagerte Systeme eingeführt oder gestärkt werden.

Das Ziel der parlamentarischen Initiative, «die Überlastung der Spitalnotaufnahmen zu reduzieren und damit den reibungslosen Betrieb eines wesentlichen Bestandteils des schweizerischen Gesundheitssystems zu gewährleisten»¹⁶, wird nicht erreicht.

Zielgerichtete Massnahmen dafür wären Notfallambulatorien und Walk-in-Praxen. Gerade diese wurden aber in jüngster Zeit durch eine Auslegung des Bundesgerichtes zur Anwendung von Inkonvenienz- und Notfall-Pauschalen geschwächt, teilweise sind sie in der Folge in ihrer Existenz bedroht. Das Bundesgericht¹⁷ hat

¹² Erläuternder Bericht, Ziff. 3.1, S. 11.

¹³ Art. 117 Abs. 1 BV.

¹⁴ Erläuternder Bericht, Ziff. 3.1, S. 11.

¹⁵ Minderheit «Nichteintreten». Erläuternder Bericht, Ziff. 3.4.1, S. 15.

¹⁶ Erläuternder Bericht, Ziff. 2.2, S. 6.

¹⁷ Urteil des Bundesgericht 9C_664/2024 vom 24. Juni 2024

entschieden, dass teilweise oder festangestellte Ärztinnen und Ärzte ausserhalb der Spitäler keine Notfallpau-
schale mehr in Rechnung stellen dürfen, dies obwohl sie, entgegen den öffentlichen Spitälern, keine Vorhalte-
leistungen beziehen können. Der laufende Strukturwandel weg von der Einzel- und hin zur Gruppenpraxis bein-
haltet, dass Ärztinnen und Ärzte in der Regel im Angestelltenverhältnis arbeiten.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass wir die Erhöhung der Kostenbeteiligung als nicht zielführend um-
setzbar erachten. Die Versorgung wird dadurch verteuert und der administrative Aufwand wird erhöht. Die Ein-
führung eines solchen Zuschlags erfordert nach unserer Ansicht Begleitmassnahmen: Kommunikation, Gesund-
heitskompetenz, Vorbeugung administrativen und juristischen Zusatzaufwands, etc.

Aufgrund der dargelegten Komplexität dieser an sich einfachen Massnahme würde sich eine räumlich und zeit-
lich begrenzte Pilotstudie empfehlen. Denn eines ist klar: Weder in der Spitalnotfallstationen noch in den Arzt-
praxen der Grundversorgung gibt es Personalressourcen für zusätzlichen Administrativaufwand vorhanden.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Bemerkungen.

Freundliche Grüsse



Tobias Burkhard
Präsident



Michael Kohlbacher
Generalsekretär

Per E-Mail an
gever@bag.admin.ch und
aufsicht@bag.admin.ch



ÄRZTEGESELLSCHAFT
DES KANTONS BERN
SOCIÉTÉ DES MÉDECINS
DU CANTON DE BERNE

Amthausgasse 28
CH-3011 Bern
T 031 330 90 00
info@berner-aerzte.ch

Bern, 8. Januar 2025

Vernehmlassung zur KVG-Revision i.S. Gebühr für Bagatellfälle

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zur Parlamentarischen Initiative «Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotaufnahme (neuer Art. 64 Absatz 3bis KVG)» im Rahmen einer internen Vernehmlassung der FMH kurz Stellung nehmen zu können.

Die Vorlage sieht vor, dass der Selbstbehalt bei jedem unnötigen Aufsuchen des Spitalnotfalls um 50 Franken erhöht werden soll, wobei der Entscheid über die Einführung einer solchen Erhöhung den Kantonen obliegen würde. Es sollen zudem Ausnahmen gelten, wenn eine Überweisung, z.B. eines Arztes oder einer Ärztin, vorgelegt werden kann, sowie für Schwangere und Kinder. Die Aerztegesellschaft des Kantons Bern (BEKAG) ist zwar der Auffassung, dass die vorgesehene Gesetzesänderung gut gemeint ist und das Problem sozialverträglich angeht. Die davon erhoffte präventive Wirkung, kranke Personen inskünftig vermehrt davon abzuhalten, bei Bagatellen, z.B. in der Nacht und am Wochenende, unüberlegt den Spitalnotfall aufzusuchen, dürfte indessen grösstenteils ausbleiben.

Apothekerinnen und Apotheker qualifizieren übrigens keineswegs als überweisungsbefugte Stelle. Denn Apothekerinnen und Apotheker sind gestützt auf ihre Ausbildung gemäss Art. 8 des Medizinalberufegesetzes zwar befähigt, Aufgaben zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit sowie zur Verhütung von Krankheiten zu übernehmen und erwerben die entsprechenden Kompetenzen, insbesondere bei Impfungen. Sie sind aber nicht befähigt, umfassende Diagnosen zu stellen, gestützt auf welche eine Patientin oder ein Patient in die Notaufnahme eines Spitals überwiesen werden muss oder nicht. Es besteht somit das Risiko, dass Apothekerinnen und Apotheker im Rahmen der niederschweligen Behandlung Patientinnen und Patienten voreilig und unnötigerweise in die Notaufnahme überweisen, was dem Sinn der neuen Regelung widersprechen würde. Umgekehrt besteht die Gefahr, dass die Notfallsituation unterschätzt wird und eine Überweisung nicht gewährt wird. Die Triage von Notfallsituationen erfordert ärztliche Erfahrung, wo diese fehlt oder aus Effizienz- und Kostengründen an weitere Gesundheitsberufe delegiert wird, resultiert ein Qualitätsproblem und die Patientensicherheit wird gefährdet.

Die Erhöhung des Selbstbehalts würde zwar im konkreten Einzelfall vom Krankenversicherer registriert, käme aber erst zum Tragen, wenn die Franchise aufgebraucht ist und der gesetzliche Höchstbetrag des



Selbstbehalts von 700 Franken erreicht wird. Die Erhöhung um 50 Franken greift also erst dann, wenn die betreffende Person im gleichen Jahr hohe Kosten zu Lasten KVG verursacht, beispielsweise durch einen Spitalaufenthalt mit teurer Behandlung. Nur dann würde der Höchstbetrag des Selbstbehaltes möglicherweise erreicht bzw. überschritten, so dass die zusätzlichen 50 Franken an Selbstbehalt von der Patientin oder vom Patienten effektiv selbst zusätzlich übernommen werden müssten.

Nebst dieser Hürde, die eigentlich nicht mehr mit der ursprünglichen, indessen nicht sozialverträglichen Idee vergleichbar ist, bei jedem Aufsuchen des Spitalnotfalls eine Gebühr von 50 Franken zu erheben, gelten nun verschiedenste Ausnahmen, welche zu bürokratischem Mehraufwand bei der Umsetzung führen. Die Ärzteschaft wird neu entsprechende Notfallüberweisungen ausstellen müssen, damit der höhere Selbstbehalt nicht zum Tragen kommt, während die Krankenversicherer den höheren Selbstbehalt gegebenenfalls registrieren, kontrollieren und allenfalls umsetzen müssten oder auch nicht. Wenn schliesslich nicht alle Kantone die neue Restriktion umsetzen, was gemäss dem Gesetzesentwurf möglich und denkbar ist, könnten die Patientinnen und Patienten unter Umständen sogar noch auf den Spitalnotfall eines Nachbarkantons ausweichen, in welchem keine Konsequenzen drohen. Es bleibt somit unklar, ob sich hier der mit einer Umsetzung verbundene Mehraufwand lohnt. Im schlimmsten Fall könnte der administrative Zusatzaufwand die erreichten Spareffekte sogar übersteigen.

Die BEKAG spricht sich zwar nicht gegen die im Rahmen einer Parlamentarischen Initiative ausgearbeitete Lösung aus, möchte aber betonen, dass zielgerichtete Massnahmen denkbar wären, mit denen bei weniger Aufwand höhere Einsparungen möglich sein sollten. Leider hat das Bundesgericht unlängst die Möglichkeit der Verrechnung von Notfall-Inkonvenienzpauschalen insbesondere in Notfallambulatorien und Walk-In-Praxen drastisch eingeschränkt. Dies mit der Folge, dass derartige Institutionen, welche die Spitäler bisher spürbar entlastet haben, bekanntlich nicht mehr rentabel betrieben werden können und/oder wegen Rückforderungen der Krankenversicherer geschlossen werden müssen. Der Gesetzgeber oder die Tarifpartner sollten sich entgegen der Bundesgerichtsentscheid zusammen mit den Kantonen sofort für eine adäquatere Entschädigung sämtlicher ambulanten Notfalldienstleistungen einsetzen, welche die Spitalnotfälle entlasten.

Wir bitten Sie, unsere Vorschläge zu berücksichtigen, und verbleiben

mit bestem Dank und

mit freundlichen Grüssen

AERZTEGESELLSCHAFT DES KANTONS BERN

Die Co-Präsidentin

Dr. med. Esther Hilfiker

Der Sekretär

Dr. iur. Thomas Eichenberger

Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
3003 Bern

Eingereicht per Email an:

- gever@bag.admin.ch
- aufsicht@bag.admin.ch

Chur, 16. Dezember 2024

Vernehmlassung Parlamentarische Initiative «Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme»

Sehr geehrte Damen und Herren

Für die Möglichkeit zur Stellungnahme zur Parlamentarischen Initiative «Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme» im Rahmen der Vernehmlassung der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit bedanken wir uns.

Der Bündner Ärzteverein lehnt diese Parlamentarische Initiative entschieden ab und unterstützt den Antrag der Minderheit Crottaz et al: Nichteintreten auf den Gesetzesentwurf. Die Notfallstationen der Spitäler im Kanton Graubünden stellen einen wesentlichen Pfeiler der Notfallversorgung der Bündner Bevölkerung dar. Mit diesem Gesetz würde eine Ungleichbehandlung der Bündner Bevölkerung geschaffen, je nach dem, an welchem Ort die Notfallbehandlung erfolgt. Zudem würde die Initiative in der Umsetzung zu erheblichen, nicht-finanzierten Aufwendungen in den Spitälern führen, welche es dringend zu vermeiden gilt. Weiter schlägt der edukative Effekt der Initiative fehl, zumal die Patient:innen – wenn überhaupt – erst zum Zeitpunkt der Rückforderung seitens der Krankenkassen von der Erhöhung des Selbstbehaltes erfahren. All diese Aspekte werden nachfolgend ausgeführt.

Die Initiative sieht – abgesehen von definierten Ausnahmen – im Mehrheits-Lösungsvorschlag für Notfallbehandlungen im OKP-Bereich eine Steigerung des jährlichen Höchstbetrags des Selbstbehaltes der versicherten Person von höchstens CHF 50.- resp. im Minderheits-Lösungsvorschlag einen Zuschlag auf den Selbstbehalt von höchstens CHF 50.- für jede Notfallkonsultation vor. Wir gehen davon aus, dass die versicherte Person diese Steigerung des Selbstbehaltes – wenn überhaupt – höchstwahrscheinlich erst beim Erhalt der Rückforderung seitens der Krankenkasse bemerken wird, d.h. zu einem Zeitpunkt an welchem die Konsultation bereits stattgefunden hat. Dies wird somit nicht

dazu führen, dass Patient:innen mit Bagatellfällen von einer Konsultation auf der Notfallstation abgehalten werden. Zudem würde die Gebühr bei sämtlichen Notfällen des definierten Anwendungsbereichs zur Anwendung kommen, dies unabhängig vom Schweregrad. Gemäss dem Titel der Initiative entspricht es keinesfalls dem Willen der Initiant:innen, dass auch Patient:innen ohne Bagatellfälle finanziell stärker belangt werden. Möglicherweise sind aber Patient:innen, welche über die Notfallstation stationär aufgenommen werden, von der Regelung ausgenommen. Dies lässt sich dem Gesetzestext der Lösungsvorschläge aber nicht eindeutig entnehmen.

Der Anwendungsbereich der ausgearbeiteten Lösungsvorschläge adressiert Notfallbehandlungen im OKP-Versicherungsbereich, d.h. Notfallbehandlungen im Rahmen z.B. des UVG- und MVG-Versicherungsbereichs wären von dieser Regelung nicht betroffen. Ebenso sind Schwangere und Kinder, sowie Überweisungen von Ärztinnen und Ärzten, von Apotheker:innen oder Zentren für Telemedizin ausgenommen. Der administrative Aufwand bei den zuweisenden Stellen sowie insbesondere in den Spitälern für den Nachweis des Anwendungs- resp. Ausschlussbereichs wird erheblich sein und ist nicht finanziert. Zahlreiche Spitäler kämpfen mit einer Unterfinanzierung, so auch im Kanton Graubünden¹, da ist von weiteren, nicht finanzierten und insbesondere nicht zielführenden Aufwendungen dringend abzusehen.

Eine Mehrheit der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit sieht eine kantonale Hoheit bei der Umsetzung vor. Ausschlaggebend ist dabei der Wohnsitz der versicherten Person. Eine entsprechend uneinheitliche Regelung wird den administrativen Aufwand bei der Umsetzung noch zusätzlich erhöhen. Es wäre bei einer tatsächlichen Annahme der Initiative für den Kanton Graubünden aber die einzige Möglichkeit, auf die entsprechende Umsetzung zu verzichten.

Den Patient:innen resp. Versicherungsnehmer:innen gegenüber, wird die Handhabung mit den verschiedenen Ausnahmesituation und gegebenenfalls kantonal unterschiedlichen Regelungen ausserordentlich schwierig zu vermitteln sein, was wiederum dazu führen wird, dass sich kein edukativer Effekt einstellen wird, d.h. die Initiative das Ziel verfehlen wird.

Im Kanton Graubünden wird der Notfalldienst der Hausärzt:innen bei zunehmendem Hausarztmangel² vielerorts zusammen mit den Spitälern der Gesundheitsversorgungsregionen organisiert. Zudem sieht die kürzlich in Vernehmlassung gegebene Teilrevision des Krankenpflegegesetzes³ im Kanton Graubünden die Möglichkeit der Umwandlung der Spitäler in ambulante Gesundheitszentren vor. Die Spitäler leisten und werden auch zukünftig einen wichtigen Beitrag zur dezentralen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung des Kantons Graubünden, insbesondere auch in Notfallsituationen, leisten. Insofern sind die Notfallstationen der Spitäler wichtige Pfeiler der 24/7 Notfallversorgung der Bündner Bevölkerung und sie werden dies auch bleiben. Es darf nicht sein, dass Patient:innen mit einer Erhöhung des Selbstbehaltes bestraft werden, wenn diese im Rahmen der gemeinsamen Notfalldienstorganisation zwischen Hausärzt:innen und Spitälern (z.B. in der Nacht) eine

¹ <https://www.gr.ch/DE/publikationen/vernehmlassungen/djsg/Seiten/Teilrevision-des-Gesetzes-%C3%BCber-die-F%C3%B6rderung-der-Krankenpflege-und-der-Betreuung-von-betagten-u.-pflegebed%C3%BCrftigen-Personen.aspx>

² <https://www.gr.ch/DE/institutionen/parlament/PV/Seiten/20101206BDP01.aspx>

³ <https://www.gr.ch/DE/publikationen/vernehmlassungen/djsg/Seiten/Teilrevision-des-Gesetzes-%C3%BCber-die-F%C3%B6rderung-der-Krankenpflege-und-der-Betreuung-von-betagten-u.-pflegebed%C3%BCrftigen-Personen.aspx>

Notfallstation aufsuchen. Gerade im Kanton Graubünden muss die Notfallversorgung der Bevölkerung gemeinsam zwischen den Spitälern und den Hausärzt:innen organisiert werden. Je nach hausärztlicher Versorgung wird die Bevölkerung des Kantons in gewissen Regionen ggf. gar nicht mehr die Möglichkeit haben, in Notfallsituationen eine Hausärztin resp. einen Hausarzt oder eine Apotheke zu kontaktieren. Bliebe nur noch die telemedizinische Triage, um der Gebühr zu entgehen. Diese müsste in diesem Falle der Bevölkerung des Kantons Graubünden flächendeckend zur Verfügung und den Notfallstationen vorgeschaltet werden. Oftmals übernehmen die Notfallstationen die Telefontriage aber selbst, was gem. Gesetzesvorschlag aber nicht als Ausnahme gelten würde, sofern es dennoch zu einer Vorstellung der Patient:innen auf der Notfallstation kommen würde.

Die Gebühr würde bei allen Notfällen, unabhängig des Schweregrades (exkl. der definierten Ausnahmen), fällig werden. Auch bei zeitkritischen Notfällen, bei welchen in gewissen Fällen eine direkte Zuweisung auf die Notfallstation z.B. via Ambulanz erfolgt, würde die Gebühr fällig werden, wenn der Ambulanztransport nicht ärztlich begleitet ist. Jedenfalls lässt sich den Unterlagen nicht eindeutig entnehmen, dass stationäre Patient:innen von dieser Regelung ausgenommen werden. Dies geht eindeutig am Ziel vorbei.

Zahlreiche Spitäler in der Schweiz betreiben auch tagsüber eine Notfallpraxis, dies zur effizienten und effektiven Behandlung von weniger schwerwiegenden Notfällen (ESI-Kategorie⁴ 4-5). Gerade in einer Zeit des Hausärztemangels leisten diese Notfallpraxen einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Es ist ungerecht und nicht zielführend, wenn Patient:innen, welche in entsprechenden Notfallpraxen in Spitälern behandelt werden, mit einer Gebühr belastet werden, hingegen Patient:innen, welche in einer hausärztlichen Sprechstunde behandelt werden, nicht. Bei zunehmendem Hausärztemangel stellt eine Notfallpraxis im Spital aus Sicht des BÄV eine sehr gute Möglichkeit zur kostengünstigen Versorgung von Bagatellnotfällen dar, die nicht auf die kostenintensiven Ressourcen einer hochinstallierten Notfallstation angewiesen sind. Genau in diese Richtung zielt wohl auch die Möglichkeit der Umnutzung heutiger Spitäler zu ambulanten Gesundheitszentren im Rahmen der Teilrevision des Krankenpflegegesetzes im Kanton Graubünden. Hier eine Ungleichbehandlung per Gesetz zu schaffen, macht keinen Sinn.

Geht es darum, dass Patient:innen mit Bagatellnotfällen sich zur Behandlung nicht in Notfallstrukturen begeben (müssen), so muss alles daran gesetzt werden, dass die entsprechenden strukturellen Voraussetzungen dafür auch gegeben sind. D.h. der (haus-)ärztliche Nachwuchs ist zu fördern, sei dies durch die Bereitstellung weiterer Studienplätze oder auch der Unterstützung attraktiver Arbeitsbedingungen wie sachgerechten Tarifstrukturen und Taxpunktwerten sowie Vermeidung unnötiger administrativer Hürden ohne Mehrwert für Patient:innen.

Aus all den genannten Gründen lehnt der BÄV die Parlamentarische Initiative «Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme» entschieden ab, da die dezentrale Notfallversorgung der Bündner Bevölkerung zukünftig nicht allein auf niedergelassene Hausärztinnen und –ärzte abgestützt werden kann und Patient:innen nicht abhängig vom Ort der Behandlung belangt werden sollen. Zudem ist zwingend von zusätzlichen, nicht-finanzierten und ineffektiven Aufwendungen für Spitäler abzusehen.

⁴ Beim Emergency Severity Index, kurz ESI, handelt es sich um ein Triageverfahren, das primär im Bereich von Notaufnahmen verwendet wird. Anhand einfacher Kriterien werden die Patienten in fünf Gruppen je nach ihrer Behandlungspriorität eingeteilt.

Bei Fragen stehen wir Ihnen sehr gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

A handwritten signature in black ink, reading 'Friedli'. The signature is stylized with a large, sweeping 'F' and a cursive 'riedli'.

Dr. med. Marianna Friedli-Braun

Vorstandsmitglied Bündner Ärzteverein

Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit

CH-3003 Bern

Ausschliesslich elektronisch an gever@bag.admin.ch und aufsicht@bag.admin.ch

10. Januar 2025

Stellungnahme von economiesuisse zur Pa. Iv. (Weibel) Bäumle. Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme (17.480)

Sehr geehrte Mitglieder der Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 27. September 2024 laden Sie uns ein, an der Vernehmlassung zur pa. Iv. (Weibel) Bäumle teilzunehmen. Wir danken für diese Möglichkeit und nehmen nachfolgend gerne Stellung.

economiesuisse lehnt die Umsetzung der pa. Iv. (Weibel) Bäumle «Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme» ab. Der vorgeschlagene Entwurf ist aus unserer Sicht ein Paradebeispiel für eine schlechte Regulierung: Ohne Wirkung, aber administrativ aufwendig.

Problemlage

Immer wieder berichten die Medien über überfüllte Notaufnahmen in den Krankenhäusern, überlastetes Personal und lange Wartezeiten für die Patienten. Es stellt sich die Frage, ob dieses Problem durch Bagatellfälle verursacht wird. Es könnte auch andere Gründe dafür geben. Es könnte eine Folge von Versorgungsengpässen in der Primärversorgung sein. Denkbar ist auch, dass Notfallstationen übernutzt werden, u.a. weil viele Menschen keinen Hausarzt mehr haben. Der Krankenversicherer Helsana wollte es genauer wissen und hat die Sachlage anhand von Abrechnungsdaten untersucht. (vgl. <https://standpunkt.helsana.ch/de/bagatellfaelle-in-der-notfallstation>).

Tatsächlich zeigt die Helsana-Analyse eine wachsende Herausforderung im Schweizer Gesundheitswesen auf. Die Notfallstationen werden immer häufiger aufgesucht, was die Ressourcen der Spitäler belastet und die Kosten in die Höhe treibt. Behandlungen in den Notaufnahmestationen der Spitäler sind doppelt so teuer wie reguläre Arztbesuche. Interessanterweise sind die sogenannten Bagatellfälle in den letzten Jahren jedoch zurückgegangen. Ihr Anteil lag 2014 noch bei 10 Prozent, 2023 nur noch bei 7 Prozent. Dennoch bleibt die Herausforderung, die Notaufnahmen für die wirklich dringenden medizinischen Fälle freizuhalten und gleichzeitig die Gesundheitskosten im Auge zu behalten.

Inhalt der Vorlage

Die Kantone sollen ermächtigt werden, den jährlichen Höchstbetrag des Selbstbehaltes für eine Konsultation in der Notfallstation eines Spitals um 50 Franken zu erhöhen. Ausgenommen von dieser Regelung sind Schwangere, Kinder sowie Personen mit einer Überweisung eines Arztes, eines

telemedizinischen Zentrums oder eines Apothekers. Nach Einschätzung der Kommissionsmehrheit wären somit weniger als 10 Prozent der Versicherten von der Gebühr überhaupt betroffen. Warum? Die Kommissionsmehrheit schlägt eine Gebühr vor, welche die Selbstbehalt-Obergrenze anhebt. Eine solche Gebühr würde somit vor allem chronisch Kranke betreffen, da diese üblicherweise die Obergrenze des Selbstbehalts erreichen. Für alle Personen, welche unter der Selbstbehalt-Obergrenze von Fr. 700.- bleiben, hätte eine Erhöhung durch die neue Gebühr dagegen keine Konsequenzen.

Beurteilung der Vorlage

Die Sinnhaftigkeit einer Bagatellgebühr hängt von zwei Faktoren ab:

1. Eine Gebühr sollte die Anzahl der Bagatellfälle deutlich reduzieren können.
2. Die Gebühr sollte ohne grossen Verwaltungsaufwand umsetzbar sein

Zu Punkt 1: Die Gebühr würde nur etwa 10 Prozent der Versicherten potenziell betreffen. Betroffen wären vor allem chronisch Kranke, bei denen man eher nicht davon ausgehen kann, dass es sich um Bagatellfälle handelt. Die wirklichen Bagatellfälle, auf welche die Gebühr abzielen will, sind im Grunde gesunde Personen, die wegen einer Bagatelle unaufgefordert die Notfallstation eines Spitals aufsuchen. Da solche Personen in der Regel die Selbstbehalt-Obergrenze gar nicht erreichen, sind sie von der vorgeschlagenen Gebühr aber gar nicht betroffen. Die Gebühr zielt somit völlig an der Zielgruppe vorbei.

Zu Punkt 2: Die vorgeschlagene Gebühr ist administrativ sehr aufwendig. Es gibt einige Ausnahmen (Schwangere, Kinder und Personen, die von einem Arzt, einem telemedizinischen Zentrum oder einem Apotheker überwiesen wurden). In letztgenanntem Fall müssten die Patienten belegen, dass sie an die Notfallstation überwiesen wurden. Dies führt zu einem administrativen Mehraufwand sowohl beim Notfall als auch bei den Ärzten, Apothekern und Versicherern.

economiesuisse erachtet die vorgeschlagene Gebühr deshalb als nicht sinnvoll. Der Vorschlag ist zu kompliziert und bringt einen zu grossen administrativen Mehraufwand mit sich. Die Wirkung hingegen wäre bescheiden und die Gebühr würde überwiegend die Falschen treffen. Die Helsana-Analyse zeigt, dass Bagatellfälle kein riesiges Problem sind und dass sich der Anteil der Bagatellfälle über die Zeit verringert. Letzteres ist dadurch erklärbar, dass immer mehr Versicherte Alternative Versicherungsmodelle (AVM) wählen (z.B. Telemed- oder HMO-Modelle). Bei diesen Modellen ist es viel weniger wahrscheinlich, dass Personen wegen einer Bagatelle den Notfall eines Spitals aufsuchen, weil bereits vorher eine Abklärung stattfindet. Anstatt eine weitere Regulierung einzuführen, die viel bürokratischen Aufwand ohne signifikante Wirkung schafft, sollten deshalb die AVM gestärkt werden.

Freundliche Grüsse

economiesuisse



Rudolf Minsch
Stv. Vorsitzender der Geschäftsleitung,
Bereichsleiter allgemeine Wirtschaftspolitik &
Bildung / Chefökonom



Fridolin Marty
Leiter Gesundheitspolitik



Médecins Fribourg
ÄrztInnen Freiburg

Per E-Mail an
gever@bag.admin.ch und
aufsicht@bag.admin.ch

(Word und PDF)

Freiburg, den 10. Januar 2025

Vernehmlassungsantwort

SGK-N 17.480 Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotaufnahme

Sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin

Sehr geehrte Mitglieder der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme.

MFÄF erachtet die aktuelle Vorlage als nicht zielführend umsetzbar. Die Einführung einer solchen Regelung wird zusätzlichen administrativen Aufwand verursachen und damit mögliche Einsparungen wieder aufheben. MFÄF ist der Ansicht, dass die Vorlage weniger Nutzen haben wird, als erwartet wird, eine erhebliche Arbeitslast mit sich bringen wird und schliesslich eine unnötige Quelle der Unsicherheit darstellen wird.

Darüber hinaus sieht MFÄF die Gefahr, dass besonders vulnerable Gruppen, wie Personen aus sozioökonomisch benachteiligten Verhältnissen oder mit geringer Gesundheitskompetenz, dadurch abgeschreckt oder benachteiligt würden, was für sie nachteilige gesundheitliche Folgen haben könnte – und schliesslich höhere Kosten für die Allgemeinheit verursachen würde.

Als Alternative schlägt MFÄF die Förderung hausärztlicher Notfallpraxen vor, um eine effizientere und kostengünstigere Triage von Patientinnen und Patienten zu ermöglichen. Zudem fordert MFÄF zwingend begleitende Massnahmen wie bessere Kommunikation, Förderung der Gesundheitskompetenz und eine Verringerung des administrativen und juristischen Zusatzaufwands.

Mit der Vorlage gar nicht adressiert wird das **reale Problem**: Die Vorlage will die Überlastung der Spitalnotaufnahmen bekämpfen. Das Grundübel wird jedoch nicht bekämpft. Dieses besteht aus mehreren Elementen nämlich, den fehlenden Kapazitäten in Haus- und Kinderarztpraxen, der ungenügenden Anzahl in der Schweiz ausgebildeter Ärztinnen und Ärzten und der mangelnden Gesundheitskompetenz der Bevölkerung.

Administrative Aufwände in der Umsetzung

Im erläuternden Bericht steht betreffend Umsetzung lapidar «es muss sichergestellt werden, dass sämtliche zur Überweisungen in den Notfall befugten Stellen wissen, um was es sich bei einer Überweisung in den Notfall handelt.»⁵ Und weiter: «Ebenso müssen sämtliche Spitäler in der Lage sein, die Überweisung an die Krankenversicherer weiterzuleiten.» Indem administrative Hürden für die Konsultationen der Spitalnotaufnahme aufgebaut werden, führt die Vorlage zu einem Ausbau der Bürokratie.

MFÄF

Médecins Fribourg - Ärztinnen und Ärzte Freiburg

Rue de l'Hôpital 15, CP 592, 1701 Fribourg | T 026 350 33 00 | contact@smcf.ch | www.mfaf.ch



Patientinnen und Patienten: Müssen «sämtliche Spitäler» in der Lage sein, die Überweisung weiterzuleiten, setzt dies voraus, dass sie diese von den Patientinnen und Patienten erhalten. In der Praxis bedeutet dies, dass diese dieses Dokument abgefragt werden muss analog dem Vorweisen der Versicherungskarte. Die mit der Regelung vertrauten Versicherten wird sich bemühen, die Überweisung im Zeitpunkt der Konsultation vorlegen zu können. Patientinnen und Patienten ohne Überweisung werden sich in der Praxis erfahrungsgemäss die Frage stellen, ob sie die Überweisung auch nachträglich beibringen können.

Ärztinnen und Ärzte in der Notfallaufnahme: Die neuen administrativen Aufwände binden unweigerlich Personalressourcen für zusätzlichen Administrativaufwand in der Notfallaufnahme/Spital. Der erläuternde Bericht spricht von «Weiterleiten» an die Krankenversicherer und davon, dass die Überweisung «allenfalls» direkt mit der Rechnungsstellung an die Krankenversicherer übermittelt würde⁶. Allenfalls also auch nicht.

In der Praxis wird die Komplexität damit so oder so erhöht: Entweder werden die Spitäler sich bemühen, der Rechnungsstellung die Überweisung direkt beizulegen (= ein Arbeitsschritt, wenn in diesem Zeitpunkt alle Informationen vorhanden sind) oder aber die Rechnung und die Überweisung nicht zusammen übermitteln, weil deren Vorliegen oder Nichtvorliegen abgeklärt wird (= zwei Arbeitsschritte).

Zu beachten ist auch, dass jeder zusätzliche administrative Belastung nicht nur die behandelnden Ärztinnen und Ärzte betrifft, sondern auch die weiteren Personen, welche mitinvolviert sind wie die Pflege – welche gerade in Notfallsituationen bereits heute viele administrative Arbeiten bewältigen muss. Die vorliegende Lösung würde hier mit Bestimmtheit eine weitere Belastung erzeugen.

Ebenfalls zu beachten gilt es, dass die heutige Überlastung der Notfallstationen im Wesentlichen nicht durch Bagatellfälle verursacht wird, sondern durch lange Liegezeiten von stationär behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten, welche wegen fehlenden Betten nicht zeitnah auf die Abteilungen verlegt werden können.

Ärztinnen und Ärzte in der Praxis: Die Einführung der vorgeschlagenen Regelung generiert zusätzlichen administrativen Aufwand für Hausarztpraxen als überweisungsbefugten Stellen. Zu denken ist auch an den Aufwand mit Patientinnen und Patienten, die entgegen ihrer Erwartung von Seiten Arztpraxis, Telemedizinmodell oder Apotheke keine Überweisung erhalten. Die «Minderheit Nichteintreten» warnt in diesem Kontext sinngemäss vor einem Leistungserbringer-Hopping.

Die Form der Notfallüberweisung ist unklar. Im erläuternden Bericht wird ausgeführt, dass das Instrument der schriftlichen «Überweisung» neu eingeführt werde und von der ärztlichen «Anordnung» wie sie das KVG heute kennt, zu unterscheiden sei.⁸ Datenschutzrechtlich sei darauf hingewiesen, dass im ordentlichen Überweisungsschreiben der Behandlerin an den Notfall medizinische Daten übermittelt werden, die nicht für die Krankenkasse bestimmt sind. Die vorgeschlagene Überweisung ersetzt hingegen nach dem Willen der Kommission die Unterscheidung zwischen «echten Notfällen» und Bagatellfällen, in dem sie bestätigt, dass «die Patienten und Patientinnen im Vorfeld einen anderen Leistungserbringer kontaktiert» hätten.

Klar ist, dass dadurch Zusatzaufwand sowohl für die überweisende Stelle als auch für die prüfende Spitalnotaufnahme entsteht. Die Handhabung der verschiedenen Ausnahmesituationen und gegebenenfalls kantonal unterschiedlichen Regelungen werden in der Vermittlung Schwierigkeiten bereiten. Typischerweise steigt mit Variablen auch die Fehlerquote in der Umsetzung.

Krankenkassen: Die Vorgabe der Erhöhung der Höchstbeitrages des Selbstbehaltes setzt voraus, dass die Versicherten, welche den Höchstbeitrag - im Sinne eines Plafonds - überschreiten, ausgelenkt werden können. Dies bedeutet nichts anderes, als dass die Krankenkassen bei *allen* Versicherten *unterjährig fortlaufend* die Notfallkonsultationen – im Jahr 2022 waren es immerhin 2,25 Millionen Konsultationen - als solche erfassen/kennzeichnen müssen, um sicherzustellen, auf dass bei Überschreiten des Plafonds die Erhöhung vorgenommen werden kann. Entscheidet sich die Kommission für eine kantonale Kompetenz erhöht sich die Komplexität zusätzlich, weil die Rechtslage unterschiedlich wäre.

Apothekerinnen und Apotheker als überweisungsbefugte Stelle.

Apothekerinnen und Apotheker sind gestützt auf ihre Ausbildung gemäss Art. 8 des Medizinalberufegesetzes befähigt, Aufgaben zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit sowie zur Verhütung von Krankheiten zu über-



nehmen und erwerben die entsprechenden Kompetenzen, insbesondere bei Impfungen. Sie sind grundsätzlich nicht befähigt, umfassende Diagnosen zu stellen, gestützt auf welche eine Patientin oder ein Patient in die Notaufnahme eines Spitals überwiesen werden muss. Es besteht das Risiko, dass Apothekerinnen und Apotheker im Rahmen der niederschweligen Behandlung Patientinnen und Patienten voreilig und unnötigerweise in die Notaufnahme überweisen, was dem Sinn der neuen Regelung widersprechen würde. Umgekehrt besteht die Gefahr, dass die Notfallsituation unterschätzt wird und eine Überweisung nicht gewährt wird. Die Triage von Notfallsituationen erfordert ärztliche Erfahrung, wo diese fehlt oder aus Effizienz- und Kostengründen an weitere Gesundheitsberufe delegiert wird, resultiert ein Qualitätsproblem und die Patientensicherheit wird gefährdet. Diese Erfahrung machen die angelsächsischen Länder gerade mit den Physician Associates, welche oft eine breitere klinische Erfahrung aufweisen als Apothekerinnen und Apotheker.

Einsparungen

MFÄF geht davon aus, dass sich mit der Umsetzung verbundene Aufwand nicht lohnt. Der Zusatzaufwand wird die erreichten Spareffekte übersteigen.

Die «erwünschte» Wirkung, dass kranke Personen die Spitalnotaufnahme nicht aufsuchen, wird sich ins Gegenteil verkehren. Die «Einsparung», die bei einer sozial schwächeren Person erzielt wird, könnte sich durch spätere teurere Behandlungskosten rächen: Ein Teil der Personen, die vom Gang in die Notfallaufnahme abgehalten werden würden, wird gerade nicht «einer angemessen und gleichzeitig kostengünstigeren Behandlung zugeführt» werden, sondern wird die Konsultation einer Fachperson aufschieben. Dann würde die erfolgreiche Abschreckung gleichsam zu einem Pyrrhussieg für die Allgemeinheit (Prämienzahlende und Steuerpflichtige).

Als Ansatz böten sich die hausärztlichen Notfallpraxen an. Dort könnten die Patientinnen und Patienten entsprechend triagiert und günstiger durch erfahrene Hausärztinnen und Hausärzte behandelt werden. Voraussetzung hierfür wäre allerdings eine ausreichende hausärztliche Versorgung. Notwendig wären Investitionen in Haus- und Kinderarztpraxen und die Bekämpfung des Fachkräftemangels. Sollen die Spitalnotaufnahmen entlastet werden, ohne die ambulante Grundversorgung einzuschränken, müssten der Spitalnotaufnahme vorgelagerte Systeme eingeführt oder gestärkt werden.

Das Ziel der parlamentarischen Initiative, «die Überlastung der Spitalnotaufnahmen zu reduzieren und damit den reibungslosen Betrieb eines wesentlichen Bestandteils des schweizerischen Gesundheitssystems zu gewährleisten»¹⁶, wird nicht erreicht.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass MFÄF die Erhöhung der Kostenbeteiligung als nicht zielführend umsetzbar erachtet.

En conclusion, MFÄF suit la minorité du parlement qui estime qu'il ne faut pas entrer en matière.

La mise en place d'une telle taxe fait totalement fausse route et serait même en contradiction avec le but recherché.

Nous vous remercions pour la prise en compte de nos remarques et vous présentons nos salutations les meilleures.

Christian Schafer
Secrétaire général



Kommission für soziale
Sicherheit und Gesundheit des
Nationalrats

Per Mail an:

gever@bag.admin.ch und
aufsicht@bag.admin.ch

Bern, 09.01.2025

Vernehmlassungsantwort

17.480 n Pa. Iv. (Weibel) Bäume. Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme

Sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin,
sehr geehrte Mitglieder der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit,

Die FMCH lehnt die vorgeschlagene Einführung einer Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme entschieden ab. Diese Massnahme greift zu kurz und würde die komplexen Herausforderungen der Überlastung von Notfallaufnahmen nicht angemessen adressieren.

Die Überlastung von Notfallaufnahmen ist ein vielschichtiges Problem, das durch eine Vielzahl von Faktoren bedingt ist. Soziale Ungleichheiten, demografische Veränderungen, mangelnde Prävention, Lücken in der Grundversorgung und organisatorische Ineffizienzen spielen ebenso eine Rolle wie die steigende Anzahl chronisch kranker Patienten. Eine rein finanzielle oder bürokratische Lösung, wie die vorgeschlagene Gebühr, kann diesen komplexen Herausforderungen nicht gerecht werden.

Vielmehr bedarf es einer ganzheitlichen Betrachtung und einer Vielzahl von Massnahmen, die aufeinander abgestimmt sind. Eine solche ganzheitliche Betrachtung müsste sowohl die individuellen Bedürfnisse der Patienten als auch die strukturellen Herausforderungen des Gesundheitssystems berücksichtigen. Es bedarf einer Stärkung der primären Versorgung, einer besseren Koordination zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen und einer gezielten Förderung von Präventionsmassnahmen.

Die vorgeschlagene Gebühr würde zu einer weiteren Bürokratisierung führen, die Ärzte und Pflegepersonal zusätzlich belasten würde. Der zusätzliche Aufwand für die Dokumentation der Gebühren würde die ohnehin schon knappe Zeit für die Patientenversorgung weiter reduzieren. Dies könnte zu einer Verschlechterung der

FMCH empfiehlt 17.480 n Pa.
Iv. zur Ablehnung.

Arbeitsbedingungen führen und indirekt die Qualität der Patientenversorgung beeinträchtigen. Zudem besteht die Gefahr, dass sozial schwache Gruppen von der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen abgeschreckt werden, was langfristig zu schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen führen könnte.

Die Lenkungswirkung dieser Massnahme ist zudem äusserst fraglich. Oftmals kann zum Zeitpunkt der Konsultation in der Notfallaufnahme noch nicht eruiert werden, welcher Kostenträger zuständig ist oder sein wird. Da lediglich 10% der Versicherten den maximalen Selbstbehalt ausschöpfen, findet die Regelung auf 90% der Versicherten keine Anwendung. Die Erhöhung des Höchstbetrags wirkt erst bei der Abrechnung beziehungsweise Rückforderung seitens der Krankenkassen, was die Lenkungswirkung weiter reduziert. Zudem bedarf es eines ausreichenden medizinischen Angebots in der Region, was eine Lenkung zu einer anderen Option überhaupt möglich macht. Keine Lenkung findet statt, wenn überweisungsbefugte Stellen im Zweifelsfall, aus Sorgfaltspflichtüberlegungen oder wegen Haftungsrisiken eine Überweisung ausstellen werden.

Die vorgeschlagene Regelung würde zu einem erheblichen zusätzlichen administrativen Aufwand für alle Beteiligten führen. Patientinnen und Patienten müssten zusätzliche Dokumente vorlegen, und die Spitäler müssten fehlenden Dokumenten nachfordern. Dies würde wiederum zu einer zusätzlichen Belastung für das ohnehin schon überlastete Personal führen. Die FMCH geht davon aus, dass die mit der Umsetzung verbundenen Kosten den erwarteten Spareffekt bei weitem übersteigen werden. Die Einführung einer solchen Gebühr würde zudem die Notfallversorgung unattraktiver machen und könnte langfristig zu einem Mangel an Fachpersonal in diesem Bereich führen.

Statt einer kurzfristigen Lösung, die nur Symptome behandelt, fordern wir eine langfristige Strategie, die auf einer soliden Analyse der Ursachen basiert. Eine solche Strategie sollte die Entwicklung von gemeinsamen Behandlungspfaden, die Förderung von Telemedizinangeboten und die Stärkung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit beinhalten. Zudem ist es wichtig, die Patienten stärker in die Entscheidungsprozesse einzubeziehen und ihre Selbstverantwortung zu fördern.

Die FMCH fordert daher folgende Massnahmen:

- **Ganzheitliche Betrachtung:** Es bedarf einer umfassenden Analyse der Ursachen für die Überlastung von Notfallaufnahmen und einer darauf basierenden langfristigen Strategie.
- **Stärkung der primären Versorgung:** Die Haus- und Kinderärzte müssen besser unterstützt werden, um die Erstversorgung sicherzustellen und die Überlastung der Notfallaufnahmen zu verringern.
- **Verbesserung der Koordination:** Eine bessere Koordination zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen, insbesondere zwischen Hausärzteschaft und Spezialärzteschaft, ist entscheidend für eine effiziente und patientenzentrierte Versorgung.

- **Förderung von Prävention:** Präventive Massnahmen können dazu beitragen, die Anzahl vermeidbarer Erkrankungen zu reduzieren und somit die Belastung der Notfallaufnahmen zu verringern.
- **Entwicklung von Modellprojekten:** Die Förderung von Modellprojekten kann dazu beitragen, innovative Lösungsansätze zu entwickeln und zu evaluieren.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die vorgeschlagene Gebühr nicht der richtige Weg ist, um die Überlastung von Notfallaufnahmen zu reduzieren. Vielmehr bedarf es einer komplexen und nachhaltigen Lösung, die die individuellen Bedürfnisse der Patienten und die strukturellen Herausforderungen des Gesundheitssystems berücksichtigt.

Die FMCH fordert daher eine ganzheitliche Betrachtung und die Umsetzung einer Vielzahl von Massnahmen, die auf eine langfristige Verbesserung der Versorgungssituation abzielen und somit die Ablehnung dieser parlamentarischen Initiative.

Freundliche Grüsse

Severin Stadler
Geschäftsstelle FMCH

Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit
3003 Bern

Per E-Mail an
gever@bag.admin.ch und
aufsicht@bag.admin.ch

Bern, 8. Januar 2025

Vernehmlassungsantwort
SGK-N 17.480 Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotaufnahme

Sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin
Sehr geehrte Mitglieder der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme.

Die FMH war am 19. Mai 2022 zu den Hearings eingeladen. Damals sah die Ausgestaltung noch eine *nationale* Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotaufnahme vor. Seither wurde die ursprünglich Vorlage grundsätzlich verändert. Anstelle einer «Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalaufnahme» ist es nun eine «Erhöhung des Höchstbeitrages des Selbstbehalts» in Form einer Anpassung des KVG. Die Vorlage trägt in der synoptischen Darstellung den Titel «Selbstbehalt bei Konsultationen der Notfallaufnahme im Spital». Die Kompetenz zur Erhöhung des Höchstbeitrages des Selbstbehaltes hätten nun die Kantone.

Die FMH begrüsst den neu gewählten Ansatz *verglichen* mit der ursprünglichen Idee einer Strafgebühr. Doch erachtet die FMH auch die aktuelle Vorlage als nicht zielführend umsetzbar. Die Einführung einer solchen Regelung wird zusätzlichen administrativen Aufwand verursachen und damit mögliche Einsparungen wieder aufheben. Die FMH ist der Ansicht, dass die Vorlage weniger Nutzen haben wird, als erwartet wird, eine erhebliche Arbeitslast mit sich bringen wird und schliesslich eine unnötige Quelle der Unsicherheit darstellen wird.

Darüber hinaus sieht die FMH die Gefahr, dass besonders vulnerable Gruppen, wie Personen aus sozioökonomisch benachteiligten Verhältnissen oder mit geringer Gesundheitskompetenz, dadurch abgeschreckt oder benachteiligt würden, was für sie nachteilige gesundheitliche Folgen haben könnte – und schliesslich höhere Kosten für die Allgemeinheit verursachen würde.

Als Alternative schlägt die FMH die Förderung hausärztlicher Notfallpraxen vor, um eine effizientere und kostengünstigere Triage von Patientinnen und Patienten zu ermöglichen. Zudem fordert die FMH zwingend begleitende Massnahmen wie bessere Kommunikation, Förderung der Gesundheitskompetenz und eine Verringerung des administrativen und juristischen Zusatzaufwands. Zudem würde sich aufgrund der Komplexität dieser an sich einfachen Massnahme eine räumlich und zeitlich begrenzte Pilotstudie empfehlen.

Mit der Vorlage gar nicht adressiert wird das **reale Problem**: Die Vorlage will die Überlastung der Spitalnotaufnahmen bekämpfen. Das Grundübel wird jedoch nicht bekämpft. Dieses besteht aus mehreren Elementen nämlich, den fehlenden Kapazitäten in Haus- und Kinderarztpraxen, der ungenügenden Anzahl in der Schweiz ausgebildeter Ärztinnen und Ärzten und der mangelnden Gesundheitskompetenz der Bevölkerung.

Gerne erlauben wir uns noch einige ausgewählte, detaillierte Bemerkungen zur Vorlage.

Der Betroffenen-Kreis

Der Betroffenenkreis ist in der Lösung der Mehrheit der Kommission in mehrfacher Hinsicht eingeschränkt. Die FMH *bezweifelt daher die Verhältnismässigkeit* der Massnahme.

- Nicht betroffen sind Patientinnen und Patienten, deren Behandlung von einem anderen Kostenträger als der Krankenkasse übernommen wird. Vor der Konsultation bei der Hausärztin oder dem Hausarzt oder dem Aufsuchen der Notfallaufnahme kann oft noch gar nicht unterschieden werden, welcher Kostenträger zuständig ist.
- Vom Geltungsbereich ausgenommen sind Schwangere und Kinder. Das Kriterium Schwangerschaft wird insofern ein schwieriges Kriterium sein, wenn laut erläuterndem Bericht aus Gründen der Rechtssicherheit auf die künftige KVG-Definition des Schwangerschaftsbeginns abgestellt werden soll¹ und diese Definition darin besteht, dass die Schwangerschaft dann beginnt, wenn sie durch eine Ärztin oder einen Arzt oder Hebamme *festgestellt* worden ist. So würde die Feststellung der Schwangerschaft zum Kriterium für die Befreiung vom Zuschlag und nicht das Vorliegen der Schwangerschaft *per se*.
- Personen, die mit einer schriftlichen Überweisung einer Ärztin oder eines Arztes, eines Zentrums für Telemedizin oder von einer Apothekerin oder eines Apothekers in die Spitalnotfallaufnahme gelangen, fallen nicht unter die Regelung.
- Da lediglich 10% der Versicherten den maximalen Selbstbehalt ausschöpfen², findet die Regelung auf 90 % der Versicherten keine Anwendung.

Die Lenkung

Der Zweck des Zuschlages besteht laut erläuterndem Bericht darin, das Verhalten der Bevölkerung zu beeinflussen und dafür sorgen, dass Bagatellfälle in erster Linie anderen medizinischen Leistungserbringern zugeführt werden und der Zuschlag solle demnach «eher als Lenkungsabgabe interpretiert werden»³.

Die FMH *bezweifelt die Wirkung der Lenkung*. Nach Ansicht der FMH wird die Lenkung sowohl in quantitativer Hinsicht als auch in qualitativer Hinsicht sehr schwach sein und wird in keinem Verhältnis zum Aufwand stehen.

- Wie oben dargelegt, wären 90% der versicherten Personen vom Zuschlag gar nicht betroffen.
- Eine Lenkung setzt voraus, dass die Personen eine Wahl resp. eine Alternative haben. Ein Teil der Notfallpatientinnen und -patienten hat jedoch keine Alternative, sei es, dass er oder sie (überhaupt) keinen Hausarzt hat, sei es, dass er oder sie einen solchen hat, dieser jedoch im konkreten Fall nicht disponibel ist, sei es, dass er oder sie mit dem Gesundheitssystem nicht vertraut ist. Für diese letzte Personengruppe ist der Gang in die Spitalnotaufnahme bei einem gesundheitlichen Problem der normale Weg.
- Der Zuschlag zum Höchstbeitrag wirkt erst bei Abrechnung resp. Rückforderung seitens der Krankenkasse, d.h. zu einem Zeitpunkt, an welchem die Inanspruchnahme bereits stattgefunden hat.
- 78% der Patientinnen und Patienten sind einmalige Nutzer (eine Konsultation in der Spitalnotaufnahme im Laufe eines Jahres).⁴
- Keine Lenkung findet statt, wenn überweisungsbefugte Stellen im Zweifelsfall, aus Sorgfaltspflichtüberlegungen oder wegen Haftungsrisiken eine Überweisung ausstellen werden.

¹ Erläuternder Bericht, Ziff. 3.2.1, S. 12.

² Siehe ergänzender Bericht BAG vom 7. November 2023 «Tatsächliches Einsparpotential und Statistiken», S. 3, erwähnt als Fussnote 1 in Kurznotiz BAG zuhanden Kommission vom 26. März 2024 «Gegenüberstellung Umsetzungsvorschläge».

³ Erläuternder Bericht, Ziff. 2.3, S.7.

⁴ Obsan Dossier 64, Le recours aux services d'urgences en Suisse zitiert in: Erläuternder Bericht Ziff. 2.1, S. 6.

Administrative Aufwände in der Umsetzung

Im erläuternden Bericht steht betreffend Umsetzung lapidar «es muss sichergestellt werden, dass sämtliche zur Überweisungen in den Notfall befugten Stellen wissen, um was es sich bei einer Überweisung in den Notfall handelt.»⁵ Und weiter: «Ebenso müssen sämtliche Spitäler in der Lage sein, die Überweisung an die Krankenversicherer weiterzuleiten.» Indem administrative Hürden für die Konsultationen der Spitalnotaufnahme aufgebaut werden, führt die Vorlage zu einem Ausbau der Bürokratie.

Patientinnen und Patienten: Müssen «sämtliche Spitäler» in der Lage sein, die Überweisung weiterzuleiten, setzt dies voraus, dass sie diese von den Patientinnen und Patienten erhalten. In der Praxis bedeutet dies, dass diese dieses Dokument abgefragt werden muss analog dem Vorweisen der Versichertenkarte. Die mit der Regelung vertrauten Versicherten wird sich bemühen, die Überweisung im Zeitpunkt der Konsultation vorlegen zu können. Patientinnen und Patienten ohne Überweisung werden sich in der Praxis erfahrungsgemäss die Frage stellen, ob sie die Überweisung auch nachträglich beibringen können.

Ärztinnen und Ärzte in der Notfallaufnahme: Die neuen administrativen Aufwände binden unweigerlich Personalressourcen für zusätzlichen Administrativaufwand in der Notfallaufnahme/Spital. Der erläuternde Bericht spricht von «Weiterleiten» an die Krankenversicherer und davon, dass die Überweisung «allenfalls» direkt mit der Rechnungsstellung an die Krankenversicherer übermittelt würde⁶. Allenfalls also auch nicht.

In der Praxis wird die Komplexität damit so oder so erhöht: Entweder werden die Spitäler sich bemühen, der Rechnungsstellung die Überweisung direkt beizulegen (= ein Arbeitsschritt, wenn in diesem Zeitpunkt alle Informationen vorhanden sind) oder aber die Rechnung und die Überweisung nicht zusammen übermitteln, weil deren Vorliegen oder Nichtvorliegen abgeklärt wird (= zwei Arbeitsschritte).

Zu beachten ist auch, dass jeder zusätzliche administrative Belastung nicht nur die behandelnden Ärztinnen und Ärzte betrifft, sondern auch die weiteren Personen, welche mitinvolviert sind wie die Pflege – welche gerade in Notfallsituationen bereits heute viele administrative Arbeiten bewältigen muss. Die vorliegende Lösung würde hier mit Bestimmtheit eine weitere Belastung erzeugen.

Ebenfalls zu beachten gilt es, dass die heutige Überlastung der Notfallstationen im Wesentlichen nicht durch Bagatellfälle verursacht wird, sondern durch lange Liegezeiten von stationär behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten, welche wegen fehlenden Betten nicht zeitnah auf die Abteilungen verlegt werden können.

Ärztinnen und Ärzte in der Praxis: Die Einführung der vorgeschlagenen Regelung generiert zusätzlichen administrativen Aufwand für Hausarztpraxen als überweisungsbefugten Stellen. Zu denken ist auch an den Aufwand mit Patientinnen und Patienten, die entgegen ihrer Erwartung von Seiten Arztpraxis, Telemedizinmodell oder Apotheke keine Überweisung erhalten. Die «Minderheit Nichteintreten» warnt in diesem Kontext sinngemäss vor einem Leistungserbringer-Hopping.⁷

Die Form der Notfallüberweisung ist unklar. Im erläuternden Bericht wird ausgeführt, dass das Instrument der schriftlichen «Überweisung» neu eingeführt werde und von der ärztlichen «Anordnung» wie sie das KVG heute kennt, zu unterscheiden sei.⁸ Datenschutzrechtlich sei darauf hingewiesen, dass im ordentlichen Überweisungsschreiben der Behandlerin an den Notfall medizinische Daten übermittelt werden, die nicht für die Krankenkasse bestimmt sind. Die vorgeschlagene Überweisung ersetzt hingegen nach dem Willen der Kommission die Unterscheidung zwischen «echten Notfällen» und Bagatellfällen, in dem sie bestätigt, dass «die Patienten und Patientinnen im Vorfeld einen anderen Leistungserbringer kontaktiert» hätten.⁹

Klar ist, dass dadurch Zusatzaufwand sowohl für die überweisende Stelle als auch für die prüfende Spitalnotaufnahme entsteht. Die Handhabung der verschiedenen Ausnahmesituationen und gegebenenfalls kantonale unterschiedlichen Regelungen werden in der Vermittlung Schwierigkeiten bereiten. Typischerweise steigt mit Variablen auch die Fehlerquote in der Umsetzung.

⁵ Erläuternder Bericht, Ziff. 3.3, S. 14

⁶ Erläuternder Bericht, Ziff. 3.3, S. 14

⁷ Erläuternder Bericht, Ziff. 3.4.1, S. 15 oben.

⁸ Erläuternder Bericht, Ziff. 3.2.3, S. 12

⁹ Erläuternder Bericht, Ziff. 2.3, S. 9

Krankenkassen: Die Vorgabe der Erhöhung der Höchstbeitrages des Selbstbehaltes setzt voraus, dass die Versicherten, welche den Höchstbeitrag - im Sinne eines Plafonds - überschreiten, ausgelenkt werden können. Dies bedeutet nichts anderes, als dass die Krankenkassen bei *allen* Versicherten *unterjährig fortlaufend* die Notfallkonsultationen – im Jahr 2022 waren es immerhin 2,25 Millionen Konsultationen¹⁰ - als solche erfassen/kennzeichnen müssen, um sicherzustellen, auf dass bei Überschreiten des Plafonds die Erhöhung vorgenommen werden kann. Entscheidet sich die Kommission für eine kantonale Kompetenz erhöht sich die Komplexität zusätzlich, weil die Rechtslage unterschiedlich wäre.

Apothekerinnen und Apotheker als überweisungsbefugte Stelle

Apothekerinnen und Apotheker sind gestützt auf ihre Ausbildung gemäss Art. 8 des Medizinalberufegesetzes befähigt, Aufgaben zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit sowie zur Verhütung von Krankheiten zu übernehmen und erwerben die entsprechenden Kompetenzen, insbesondere bei Impfungen. Sie sind grundsätzlich nicht befähigt, umfassende Diagnosen zu stellen, gestützt auf welche eine Patientin oder ein Patient in die Notaufnahme eines Spitals überwiesen werden muss. Es besteht das Risiko, dass Apothekerinnen und Apotheker im Rahmen der niederschweligen Behandlung Patientinnen und Patienten voreilig und unnötigerweise in die Notaufnahme überweisen, was dem Sinn der neuen Regelung widersprechen würde. Umgekehrt besteht die Gefahr, dass die Notfallsituation unterschätzt wird und eine Überweisung nicht gewährt wird. Die Triage von Notfallsituationen erfordert ärztliche Erfahrung, wo diese fehlt oder aus Effizienz- und Kostengründen an weitere Gesundheitsberufe delegiert wird, resultiert ein Qualitätsproblem und die Patientensicherheit wird gefährdet. Diese Erfahrung machen die angelsächsischen Länder gerade mit den Physician Associates, welche oft eine breitere klinische Erfahrung aufweisen als Apothekerinnen und Apotheker.

Einsparungen

Die FMH geht davon aus, dass sich mit der Umsetzung verbundene Aufwand nicht lohnt. Der Zusatzaufwand wird die erreichten Spareffekte übersteigen.

Die «erwünschte» Wirkung, dass kranke Personen die Spitalnotaufnahme nicht aufsuchen, wird sich ins Gegenteil verkehren. Die «Einsparung», die bei einer sozial schwächeren Person erzielt wird, könnte sich durch spätere teurere Behandlungskosten rächen: Ein Teil der Personen, die vom Gang in die Notfallaufnahme abgehalten werden würden, wird gerade nicht «einer angemessen und gleichzeitig kostengünstigeren Behandlung zugeführt»¹¹ werden, sondern wird die Konsultation einer Fachperson aufschieben. Dann würde die erfolgreiche Abschreckung gleichsam zu einem Pyrrhussieg für die Allgemeinheit (Prämienzahlende und Steuerpflichtige).

Minderheitsantrag Bundeskompetenz

Sollte sich die Kommission für eine Einführung einer Erhöhung des Höchstbetrages des Selbstbehaltes oder für die Einführung eines Zuschlages zum Selbstbehalt entscheiden, plädiert die FMH für eine bundesrechtliche Ausgestaltung und Einführung.

Die im erläuternden Bericht angegebene Begründung, diese Ausgestaltung sei «mit dem Konzept der schweizerischen Gesundheitssystem vereinbar, dass den Kantonen weitgehende Kompetenzen bei der Planung und Organisation der Gesundheitsversorgung einräumt»¹², ist nicht stichhaltig. Bestimmungen, welche das *Leistungsrecht* des KVG betreffen, sollten zwingend bundesrechtlich geregelt werden¹³.

Wenn die Entscheidung über die Einführung den Kantonen überlassen wird, entsteht ein Flickenteppich. Massgebend in der vorgeschlagenen Regelung ist der Wohnsitz der versicherten Person. Eine uneinheitliche Regelung wird den administrativen Aufwand bei der Umsetzung noch zusätzlich erhöhen. Zudem halten sich die Patientenflüsse im ambulanten Setting nicht an die Kantonsgrenze.

¹⁰ Bulletin des Schweizerischen Gesundheitsobservatorium 10/2024

¹¹ Erläuternder Bericht, Ziff. 2.2, S. 7.

¹² Erläuternder Bericht, Ziff. 3.1, S. 11.

¹³ Art. 117 Abs. 1 BV.

Missverständnisse sind vorprogrammiert: Wenn nicht alle Kantone den Zuschlag zum Höchstbeitrag einführen, könnten Patientinnen und Patienten unter Umständen dennoch auf die Spitalnotaufnahme eines anderen Kantons ausweichen, der die Regelung nicht kennt, auch wenn der Anknüpfungspunkt der Wohnort der versicherten Person ist und solche Ausweichmanöver somit gar nichts bringen.

Krankenkassen (für die Rückforderung), Spitalnotaufnahmen («Weiterleiten» der Notfallüberweisung) und überweisungsbefugte Stellen (für das Ausstellen der Notfallüberweisung) müssten zusätzlich prüfen, in welchem Wohnkanton die Patientin oder der Patient ansässig ist und ob die Regelung deshalb anwendbar ist oder nicht.

Eine Bundeslösung hätte auch den Vorteil, dass keine «Informationskampagnen seitens der Kantone» notwendig werden, um sicherzustellen, dass «die neue Regelung sowie die allfälligen Unterschiede nach Kanton von den Versicherten gut verstanden werden»¹⁴ (sic!).

Minderheitsantrag I und II – Zuschlag zum Selbstbehalt bei jeder Konsultation der Spitalnotaufnahme

Im Vorschlag der Mehrheit der Kommission wird der Zuschlag (erst) mit Erreichen des Höchstbeitrages effektiv – nämlich durch die Erhöhung des Höchstbeitrages –, während Minderheiten I und II einen Zuschlag möchten, der schon bevor die versicherte Person den Höchstbeitrag erreicht hat, effektiv wird. Da der Zuschlag «bei jeder Konsultation» also unabhängig davon, ob der Höchstbeitrag des Selbstbehaltes schon erreicht wurde oder nicht, erhoben würde, würde er der *Idee* einer Lenkung eher entsprechen. (Auch hier fände die Lenkung nicht bei der Konsultation statt, sondern zeitlich verzögert bei der Abrechnung durch die Krankenkasse.)

Wie oben ausgeführt, bezweifelt die FMH jedoch die Lenkungswirkung als solche.

Vorschläge für zielgerichtetere Massnahmen

Die FMH teilt die Meinung der Kommissionsminderheit¹⁵, dass es zielführender ist, die Bevölkerung über alternative Behandlungsmöglichkeiten aufzuklären und die Grundversorgung zu stärken. .

Als Ansatz böten sich die hausärztlichen Notfallpraxen an. Dort könnten die Patientinnen und Patienten entsprechend triagiert und günstiger durch erfahrene Hausärztinnen und Hausärzte behandelt werden. Voraussetzung hierfür wäre allerdings eine ausreichende hausärztliche Versorgung. Notwendig wären Investitionen in Haus- und Kinderarztpraxen und die Bekämpfung des Fachkräftemangels. Sollen die Spitalnotaufnahmen entlastet werden, ohne die ambulante Grundversorgung einzuschränken, müssten der Spitalnotaufnahme vorgelagerte Systeme eingeführt oder gestärkt werden.

Das Ziel der parlamentarischen Initiative, «die Überlastung der Spitalnotaufnahmen zu reduzieren und damit den reibungslosen Betrieb eines wesentlichen Bestandteils des schweizerischen Gesundheitssystems zu gewährleisten»¹⁶, wird nicht erreicht.

Zielgerichtete Massnahmen dafür wären Notfallambulatorien und Walk-in-Praxen. Gerade diese wurden aber in jüngster Zeit durch eine Auslegung des Bundesgerichtes zur Anwendung von Inkonvenienz- und Notfall-Pauschalen geschwächt, teilweise sind sie in der Folge in ihrer Existenz bedroht. Das Bundesgericht¹⁷ hat entschieden, dass teilweise oder festangestellte Ärztinnen und Ärzte ausserhalb der Spitäler keine Notfallpauschale mehr in Rechnung stellen dürfen, dies obwohl sie, entgegen den öffentlichen Spitälern, keine Vorhalteleistungen beziehen können. Der laufende Strukturwandel weg von der Einzel- und hin zur Gruppenpraxis beinhaltet, dass Ärztinnen und Ärzte in der Regel im Angestelltenverhältnis arbeiten.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die FMH die Erhöhung der Kostenbeteiligung als nicht zielführend umsetzbar erachtet. Die Versorgung dadurch verteuert und der administrative Aufwand wird erhöht. Die Einführung eines solchen Zuschlags erfordert nach Ansicht der FMH Begleitmassnahmen: Kommunikation, Gesundheitskompetenz, Vorbeugung administrativen und juristischen Zusatzaufwands, etc.

¹⁴ Erläuternder Bericht, Ziff. 3.1, S. 11.

¹⁵ Minderheit «Nichteintreten». Erläuternder Bericht, Ziff. 3.4.1, S. 15.

¹⁶ Erläuternder Bericht, Ziff. 2.2, S. 6.

¹⁷ Urteil des Bundesgericht 9C_664/2024 vom 24. Juni 2024

Aufgrund der dargelegten Komplexität dieser an sich einfachen Massnahme würde sich eine räumlich und zeitlich begrenzte Pilotstudie empfehlen. Denn eines ist klar: Weder in der Spitalnotfallstationen noch in den Arztpraxen der Grundversorgung gibt es Personalressourcen für zusätzlichen Administrativaufwand vorhanden.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Bemerkungen.

Freundliche Grüsse

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Y. Gilli'.

Dr. med. Yvonne Gilli
Präsidentin

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Stefan Kaufmann'.

Stefan Kaufmann
Generalsekretär

Bundesamt für Gesundheit BAG
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Ellikon a.d. Thur, 20. Dezember 2024 / MRC

**17.480 Parlamentarische Initiative (Weibel) Bäumle. Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme.
Vorentwurf der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR) vom 15. August
2024: Vernehmlassung**

Sehr geehrte Damen und Herren

Gerne reichen wir unsere Stellungnahme in Anlehnung an diejenigen von H+ und VZK zur titelerwähnten Vernehmlassung fristgerecht ein.

Eine Analyse bei den VZK-Spitälern hat gezeigt, dass in den Jahren 2019, 2021 und 2022 (neuere Daten liegen nicht vor) die Anzahl Notfalleintritte, die ambulant behandelt wurden (2022 vs. 2019: 23.4%), und solcher bei vorgelagerten Notfallpraxen (2022 vs. 2019: 37.2%) deutlich zugenommen haben. Im selben Zeitraum haben sich die Anzahl Notfalleintritte, die stationär aufgenommen wurden (2022 vs. 2019: -3.1%), nicht verändert.

Bei der Klassifizierung der Patientinnen und Patienten hat sich gezeigt, dass die grösste Zunahme bei Level 3 und 4 des Emergency Severity Index stattgefunden hat. D.h. es wurden vermehrt Patientinnen und Patienten behandelt, die nicht lebensbedrohlich (ESI-Level 1) betroffen waren, sondern einen leichteren Schweregrad aufwiesen.

Daraus lässt sich schlussfolgern, dass die Spitäler zunehmend Patientinnen und Patienten in den Notfallstationen behandeln, die von anderen Leistungserbringern zweckdienlicher und kostengünstiger versorgt werden könnten. Dazu kommt, dass die ambulanten Behandlungen von den Spitälern nicht kostendeckend erbracht werden (Kostendeckungsgrad 79%) müssen aufgrund der viel zu tiefen Tarife.

Wenn sich die Situation bezüglich der Notfallantritte nicht ändert oder gar weiter intensiviert, dann verschärft sich die finanzielle Situation zusätzlich. Zudem werden die Fachkräfte nicht optimal eingesetzt, was den Fachkräftemangel weiter anheizt.

Aus unserer Sicht sind darum Massnahmen angezeigt, welche ungerechtfertigte Notfalleintritte vermindern.

Darum begrüssen wir grundsätzlich, dass die Kommission versucht, einen Vorschlag zur Verminderung der unzweckmässigen Notfalleintritte zu erarbeiten.

Aus unserer Sicht ist wichtig, dass der Vorschlag ethisch vertretbar und einfach umsetzbar ist. Zudem darf er nicht zu zusätzlichen administrativen Arbeiten und Kosten führen.

Wir erwarten, dass sich die Kommission diesbezüglich gut von der Praxis beraten lässt.

Sollte es dennoch zu zusätzlicher Bürokratie oder Kosten kommen, so erwarten wir ebenso, dass diese den Spitälern kostendeckend vergütet werden.

Zur vorliegenden Regelung teilen wir die Meinung von H+, dass sie nicht praktikabel ist und ihr Ziel verfehlt.

Sollte sie dennoch weiterverfolgt werden, so begrüßen wir insbesondere die Forderung von H+, dass die Regelung nicht in Kraft tritt bei Patientinnen und Patienten, die nach dem Notfalleintritt einer stationären Behandlung zugeführt werden.

Damit die Regelung qualitativ hochstehend, zweckmässig und kosteneffizient umgesetzt werden kann, ist es Bedingung, dass die medizinische Fachperson, welche die schriftliche Überweisung zur Spitalnotaufnahme erteilt, innert maximal fünf Minuten von den betroffenen Personen erreichbar ist. Im vorgeschlagenen Gesetzestext ist dabei die Rede von einem Arzt bzw. einer Ärztin, von einem Zentrum für Telemedizin oder von einem Apotheker bzw. einer Apothekerin. Die momentane Versorgungssituation in der Schweiz erfüllt diese Bedingungen nicht, weshalb die vorgeschlagene Regelung nicht umsetzbar ist. Aufgrund des aktuellen Fachkräftemangels in den obgenannten Bereichen müssten deutlich mehr Kapazitäten zur Verfügung gestellt werden.

Selbstredend ist für uns wichtig, dass die Massnahmen ohne zusätzliche Bürokratie umgesetzt werden. Darum ist darauf zu achten, dass die Überweisung und die nachfolgenden Kommunikationen, inkl. Abrechnungen, und Dokumentationen so digitalisiert erfolgen, dass sie keinen zusätzlichen administrativen Aufwand erzeugen. Die aktuelle Digitalisierung in der Schweizer Gesundheitsversorgung (u.a. fehlendes funktionierendes elektronisches Patientendossier) lässt dies nicht zu. Jegliche zusätzlichen Aufwände sind kostendeckend zu vergüten.

Aufgrund der obgenannten Ausführungen lehnt die Forel Klinik AG die vorgeschlagene Regelung ab.

Zur Erarbeitung eines neuen Vorschlages könnte die Kommission eine Arbeitsgruppe einsetzen, die zusammen mit Spitalvertreterinnen und -vertretern die Details klärt und einen praktikablen Lösungsvorschlag erarbeitet.

Wir danken für die Kenntnisnahme und Berücksichtigung unserer Stellungnahme. Bei Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Nanda Samimi
CEO

Marco Richard
Leitung Unternehmensentwicklung

Dr. Muriel Brinkrolf
+41 31 388 88 00
muriel.brinkrolf@fsp.psychologie.ch

Mitglieder der Kommission für soziale
Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats
(SGK-N)

Elektronischer Versand an

gever@bag.admin.ch und
aufsicht@bag.admin.ch

Bern, 07.01.2025

Stellungnahme der FSP zur Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotaufnahme (pa. IV. 17.480)

Sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin
Sehr geehrte Frau Nationalrätin
Sehr geehrter Herr Nationalrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Die Föderation der Schweizer Psycholog:innen (FSP) dankt Ihnen für Ihre Einladung zur Stellungnahme vom 27. September 2024 und äussert sich im Hinblick auf das psychotherapeutische Tätigkeitsgebiet ihrer Mitglieder wie folgt:

Für einen freien Zugang zur psychiatrischen Notfallversorgung

Die FSP anerkennt die zunehmende Belastung von allgemeinen Spitalnotaufnahmen und begrüsst Massnahmen, welche zur Entlastung des Personals beitragen sowie einer effizienten Versorgung dienen.

Allerdings möchte die FSP darauf hinweisen, dass psychiatrische Spitalnotaufnahmen von der Problematik nicht im gleichen Ausmass betroffen sind. Fachpersonen aus grossen psychiatrischen Diensten berichten übereinstimmend, dass psychotherapeutische Hilfe häufig erst spät und mit fortgeschrittener psychischer Störung in Anspruch genommen wird. Eine Notfallgebühr stellt eine finanzielle Hürde dar. Dadurch könnten akut gefährdete Personen zusätzlich daran gehindert werden, sich notfallmässig psychotherapeutische Hilfe zu holen. Bei bestehender Suizidalität kann dies lebensgefährlich sein. Ferner wären insbesondere einkommensschwache Personen benachteiligt, die gemäss Studien allgemein ein grösseres Risiko aufweisen, von psychischen Beschwerden betroffen zu sein.

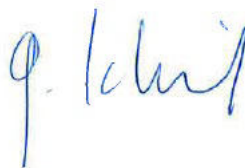
In diesem Sinne empfiehlt die FSP dringend, dass psychiatrische Notfälle von der Regelung bezüglich einer Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotaufnahme explizit ausgeklammert werden.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unseres Anliegens und stehen für Fragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Cathy Maret
Leiterin Berufspolitik und Kommunikation



Gabriele Schmid-Strasser
Stv. Leiterin Recht und Finanzen

GAZ

Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte am Zürichsee

Per E-Mail an
gever@bag.admin.ch und
aufsicht@bag.admin.ch

Zürich, 31. Dezember 2024

Vernehmlassungsantwort **SGK-N 17.480 Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotaufnahme**

Sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin
Sehr geehrte Mitglieder der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme und verweisen gleichzeitig auf die Vernehmlassungsantwort der FMH.

Die FMH war am 19. Mai 2022 zu den Hearings eingeladen. Damals sah die Ausgestaltung noch eine *nationale* Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotaufnahme vor. Seither wurde die ursprünglich Vorlage grundsätzlich verändert. Anstelle einer «Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalaufnahme» ist es nun eine «Erhöhung des Höchstbeitrages des Selbstbehalts» in Form einer Anpassung des KVG. Die Vorlage trägt in der synoptischen Darstellung den Titel «Selbstbehalt bei Konsultationen der Notfallaufnahme im Spital». Die Kompetenz zur Erhöhung des Höchstbeitrages des Selbstbehaltes hätten nun die Kantone.

Wir begrüssen den neu gewählten Ansatz *verglichen* mit der ursprünglichen Idee einer Strafgebühr. Doch erachten wir auch die aktuelle Vorlage als nicht zielführend umsetzbar. Die Einführung einer solchen Regelung wird zusätzlichen administrativen Aufwand verursachen und damit mögliche Einsparungen wieder aufheben. Wir sind der Ansicht, dass die Vorlage weniger Nutzen haben wird, als erwartet wird, eine erhebliche Arbeitslast mit sich bringen wird und schliesslich eine unnötige Quelle der Unsicherheit darstellen wird.

Darüber hinaus sehen wir die Gefahr, dass besonders vulnerable Gruppen, wie Personen aus sozioökonomisch benachteiligten Verhältnissen oder mit geringer Gesundheitskompetenz, dadurch abgeschreckt oder benachteiligt würden, was für sie nachteilige gesundheitliche Folgen haben könnte – und schliesslich höhere Kosten für die Allgemeinheit verursachen würde.

Als Alternative schlagen wir die Förderung hausärztlicher Notfallpraxen vor, um eine effizientere und kostengünstigere Triage von Patientinnen und Patienten zu ermöglichen. Zudem fordern wir zwingend begleitende Massnahmen wie bessere Kommunikation, Förderung der Gesundheitskompetenz und eine Verringerung des administrativen und juristischen Zusatzaufwands. Zudem würde sich aufgrund der Komplexität dieser an sich einfachen Massnahme eine räumlich und zeitlich begrenzte Pilotstudie empfehlen.

Mit der Vorlage gar nicht adressiert wird das **reale Problem**: Die Vorlage will die Überlastung der Spitalnotaufnahmen bekämpfen. Das Grundübel wird jedoch nicht bekämpft. Dieses besteht aus mehreren Elementen nämlich, den fehlenden Kapazitäten in Haus- und Kinderarztpraxen, der ungenügenden Anzahl in der Schweiz ausgebildeter Ärztinnen und Ärzten und der mangelnden Gesundheitskompetenz der Bevölkerung.

Gerne erlauben wir uns noch einige ausgewählte, detaillierte Bemerkungen zur Vorlage.

Der Betroffenen-Kreis

Der Betroffenenkreis ist in der Lösung der Mehrheit der Kommission in mehrfacher Hinsicht eingeschränkt. Wir *bezweifeln daher die Verhältnismässigkeit* der Massnahme.

- Nicht betroffen sind Patientinnen und Patienten, deren Behandlung von einem anderen Kostenträger als der Krankenkasse übernommen wird. Vor der Konsultation bei der Hausärztin oder dem Hausarzt oder dem Aufsuchen der Notfallaufnahme kann oft noch gar nicht unterschieden werden, welcher Kostenträger zuständig ist.
- Vom Geltungsbereich ausgenommen sind Schwangere und Kinder. Das Kriterium Schwangerschaft wird insofern ein schwieriges Kriterium sein, wenn laut erläuterndem Bericht aus Gründen der Rechtssicherheit auf die künftige KVG-Definition des Schwangerschaftsbeginns abgestellt werden soll¹ und diese Definition darin besteht, dass die Schwangerschaft dann beginnt, wenn sie durch eine Ärztin oder einen Arzt oder Hebamme *festgestellt* worden ist. So würde die Feststellung der Schwangerschaft zum Kriterium für die Befreiung vom Zuschlag und nicht das Vorliegen der Schwangerschaft *per se*.
- Personen, die mit einer schriftlichen Überweisung einer Ärztin oder eines Arztes, eines Zentrums für Telemedizin oder von einer Apothekerin oder eines Apothekers in die Spitalnotfallaufnahme gelangen, fallen nicht unter die Regelung.
- Da lediglich 10% der Versicherten den maximalen Selbstbehalt ausschöpfen², findet die Regelung auf 90 % der Versicherten keine Anwendung.

Die Lenkung

Der Zweck des Zuschlages besteht laut erläuterndem Bericht darin, das Verhalten der Bevölkerung zu beeinflussen und dafür sorgen, dass Bagatellfälle in erster Linie anderen medizinischen Leistungserbringern zugeführt werden und der Zuschlag solle demnach «eher als Lenkungsabgabe interpretiert werden»³.

Wir *bezweifeln die Wirkung der Lenkung*. Unserer Ansicht nach wird die Lenkung sowohl in quantitativer Hinsicht als auch in qualitativer Hinsicht sehr schwach sein und wird in keinem Verhältnis zum Aufwand stehen.

- Wie oben dargelegt, wären 90% der versicherte Personen vom Zuschlag gar nicht betroffen.
- Eine Lenkung setzt voraus, dass die Personen eine Wahl resp. eine Alternative haben. Ein Teil der Notfallpatientinnen und -patienten hat jedoch keine Alternative, sei es, dass er oder sie (überhaupt) keinen Hausarzt hat, sei es, dass er oder sie einen solchen hat, dieser jedoch im konkreten Fall nicht disponibel ist, sei es, dass er oder sie mit dem Gesundheitssystem nicht vertraut ist. Für diese letzte Personengruppe ist der Gang in die Spitalnotaufnahme bei einem gesundheitlichen Problem der normale Weg.
- Der Zuschlag zum Höchstbeitrag wirkt erst bei Abrechnung resp. Rückforderung seitens der Krankenkasse, d.h. zu einem Zeitpunkt, an welchem die Inanspruchnahme bereits stattgefunden hat.

¹ Erläuternder Bericht, Ziff. 3.2.1, S. 12.

² Siehe ergänzender Bericht BAG vom 7. November 2023 «Tatsächliches Einsparpotential und Statistiken», S. 3, erwähnt als Fussnote 1 in Kurznotiz BAG zuhanden Kommission vom 26. März 2024 «Gegenüberstellung Umsetzungsvorschläge».

³ Erläuternder Bericht, Ziff. 2.3, S.7.

- 78% der Patientinnen und Patienten sind einmalige Nutzer (eine Konsultation in der Spitalnotfallaufnahme im Laufe eines Jahres).⁴
- Keine Lenkung findet statt, wenn überweisungsbefugte Stellen im Zweifelsfall, aus Sorgfaltspflichtüberlegungen oder wegen Haftungsrisiken eine Überweisung ausstellen werden.

Administrative Aufwände in der Umsetzung

Im erläuternden Bericht steht betreffend Umsetzung lapidar «es muss sichergestellt werden, dass sämtliche zur Überweisungen in den Notfall befugten Stellen wissen, um was es sich bei einer Überweisung in den Notfall handelt.»⁵ Und weiter: «Ebenso müssen sämtliche Spitäler in der Lage sein, die Überweisung an die Krankenversicherer weiterzuleiten.» Indem administrative Hürden für die Konsultationen der Spitalnotaufnahme aufgebaut werden, führt die Vorlage zu einem Ausbau der Bürokratie.

Patientinnen und Patienten: Müssen «sämtliche Spitäler» in der Lage sein, die Überweisung weiterzuleiten, setzt dies voraus, dass sie diese von den Patientinnen und Patienten erhalten. In der Praxis bedeutet dies, dass dieses Dokument abgefragt werden muss, analog dem Vorweisen der Versichertenkarte. Die mit der Regelung vertrauten Versicherten werden sich bemühen, die Überweisung im Zeitpunkt der Konsultation vorlegen zu können. Patientinnen und Patienten ohne Überweisung werden sich in der Praxis erfahrungsgemäss die Frage stellen, ob sie die Überweisung auch nachträglich beibringen können.

Ärztinnen und Ärzte in der Notfallaufnahme: Die neuen administrativen Aufwände binden unweigerlich Personalressourcen für zusätzlichen Administrativaufwand in der Notfallaufnahme/Spital. Der erläuternde Bericht spricht von «Weiterleiten» an die Krankenversicherer und davon, dass die Überweisung «allenfalls» direkt mit der Rechnungsstellung an die Krankenversicherer übermittelt würde⁶. Allenfalls also auch nicht.

In der Praxis wird die Komplexität damit so oder so erhöht: Entweder werden die Spitäler sich bemühen, der Rechnungsstellung die Überweisung direkt beizulegen (= ein Arbeitsschritt, wenn in diesem Zeitpunkt alle Informationen vorhanden sind) oder aber die Rechnung und die Überweisung nicht zusammen übermitteln, weil deren Vorliegen oder Nichtvorliegen abgeklärt wird (= zwei Arbeitsschritte).

Zu beachten ist auch, dass jeder zusätzliche administrative Belastung nicht nur die behandelnden Ärztinnen und Ärzte betrifft, sondern auch die weiteren Personen, welche mitinvolviert sind wie die Pflege – welche gerade in Notfallsituationen bereits heute viele administrative Arbeiten bewältigen muss. Die vorliegende Lösung würde hier mit Bestimmtheit eine weitere Belastung erzeugen.

Ebenfalls zu beachten gilt es, dass die heutige Überlastung der Notfallstationen im Wesentlichen nicht durch Bagatellfälle verursacht wird, sondern durch lange Liegezeiten von stationär behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten, welche wegen fehlenden Betten nicht zeitnah auf die Abteilungen verlegt werden können.

Ärztinnen und Ärzte in der Praxis: Die Einführung der vorgeschlagenen Regelung generiert zusätzlichen administrativen Aufwand für Hausarztpraxen als überweisungsbefugten Stellen. Zu denken ist auch an den Aufwand mit Patientinnen und Patienten, die entgegen ihrer Erwartung von Seiten Arztpraxis, Telemedizinmodell oder Apotheke keine Überweisung erhalten. Die «Minderheit Nichteintreten» warnt in diesem Kontext sinngemäss vor einem Leistungserbringer-Hopping.⁷

Die Form der Notfallüberweisung ist unklar. Im erläuternden Bericht wird ausgeführt, dass das Instrument der schriftlichen «Überweisung» neu eingeführt werde und von der ärztlichen «Anordnung» wie sie das KVG heute kennt, zu unterscheiden sei.⁸ Datenschutzrechtlich sei darauf hingewiesen, dass im ordentlichen Überweisungsschreiben der Behandlerin an den Notfall medizinische Daten übermittelt werden, die nicht für die Krankenkasse bestimmt sind. Die vorgeschlagene Überweisung ersetzt hingegen nach dem Willen der Kommission die

⁴ Obsan Dossier 64, Le recours aux services d'urgences en Suisse zitiert in: Erläuternder Bericht Ziff. 2.1, S. 6.

⁵ Erläuternder Bericht, Ziff. 3.3, S. 14

⁶ Erläuternder Bericht, Ziff. 3.3, S. 14

⁷ Erläuternder Bericht, Ziff. 3.4.1, S. 15 oben.

⁸ Erläuternder Bericht, Ziff. 3.2.3, S. 12

Unterscheidung zwischen «echten Notfällen» und Bagatellfällen, in dem sie bestätigt, dass «die Patienten und Patientinnen im Vorfeld einen anderen Leistungserbringer kontaktiert» hätten.⁹

Klar ist, dass dadurch Zusatzaufwand sowohl für die überweisende Stelle als auch für die prüfende Spitalnotaufnahme entsteht. Die Handhabung der verschiedenen Ausnahmesituationen und gegebenenfalls kantonal unterschiedlichen Regelungen werden in der Vermittlung Schwierigkeiten bereiten. Typischerweise steigt mit Variablen auch die Fehlerquote in der Umsetzung.

Krankenkassen: Die Vorgabe der Erhöhung der Höchstbeitrages des Selbstbehaltes setzt voraus, dass die Versicherten, welche den Höchstbeitrag - im Sinne eines Plafonds - überschreiten, ausgelenkt werden können. Dies bedeutet nichts anderes, als dass die Krankenkassen bei *allen* Versicherten *unterjährig fortlaufend* die Notfallkonsultationen – im Jahr 2022 waren es immerhin 2,25 Millionen Konsultationen¹⁰ - als solche erfassen/kennzeichnen müssen, um sicherzustellen, auf dass bei Überschreiten des Plafonds die Erhöhung vorgenommen werden kann. Entscheidet sich die Kommission für eine kantonale Kompetenz erhöht sich die Komplexität zusätzlich, weil die Rechtslage unterschiedlich wäre.

Apothekerinnen und Apotheker als überweisungsbefugte Stelle

Apothekerinnen und Apotheker sind gestützt auf ihre Ausbildung gemäss Art. 8 des Medizinalberufegesetzes befähigt, Aufgaben zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit sowie zur Verhütung von Krankheiten zu übernehmen und erwerben die entsprechenden Kompetenzen, insbesondere bei Impfungen. Sie sind grundsätzlich nicht befähigt, umfassende Diagnosen zu stellen, gestützt auf welche eine Patientin oder ein Patient in die Notaufnahme eines Spitals überwiesen werden muss. Es besteht das Risiko, dass Apothekerinnen und Apotheker im Rahmen der niederschweligen Behandlung Patientinnen und Patienten voreilig und unnötigerweise in die Notaufnahme überweisen, was dem Sinn der neuen Regelung widersprechen würde. Umgekehrt besteht die Gefahr, dass die Notfallsituation unterschätzt wird und eine Überweisung nicht gewährt wird. Die Triage von Notfallsituationen erfordert ärztliche Erfahrung, wo diese fehlt oder aus Effizienz- und Kostengründen an weitere Gesundheitsberufe delegiert wird, resultiert ein Qualitätsproblem und die Patientensicherheit wird gefährdet. Diese Erfahrung machen die angelsächsischen Länder gerade mit den Physician Associates, welche oft eine breitere klinische Erfahrung aufweisen als Apothekerinnen und Apotheker.

Einsparungen

Wir gehen davon aus, dass sich mit der Umsetzung verbundene Aufwand nicht lohnt. Der Zusatzaufwand wird die erreichten Spareffekte übersteigen.

Die «erwünschte» Wirkung, dass kranke Personen die Spitalnotaufnahme nicht aufsuchen, wird sich ins Gegenteil verkehren. Die «Einsparung», die bei einer sozial schwächeren Person erzielt wird, könnte sich durch spätere teurere Behandlungskosten rächen: Ein Teil der Personen, die vom Gang in die Notfallaufnahme abgehalten werden würden, wird gerade nicht «einer angemessenen und gleichzeitig kostengünstigeren Behandlung zugeführt»¹¹ werden, sondern wird die Konsultation einer Fachperson aufschieben. Dann würde die erfolgreiche Abschreckung gleichsam zu einem Pyrrhussieg für die Allgemeinheit (Prämienzahlende und Steuerpflichtige).

Minderheitsantrag Bundeskompetenz

Sollte sich die Kommission für eine Einführung einer Erhöhung des Höchstbetrages des Selbstbehaltes oder für die Einführung eines Zuschlages zum Selbstbehalt entscheiden, plädieren wir für eine bundesrechtliche Ausgestaltung und Einführung.

Die im erläuternden Bericht angegebene Begründung, diese Ausgestaltung sei «mit dem Konzept der schweizerischen Gesundheitssystem vereinbar, dass den Kantonen weitgehende Kompetenzen bei der Planung und

⁹ Erläuternder Bericht, Ziff. 2.3, S. 9

¹⁰ Bulletin des Schweizerischen Gesundheitsobservatorium 10/2024

¹¹ Erläuternder Bericht, Ziff. 2.2, S. 7.

Organisation der Gesundheitsversorgung einräumt»¹², ist nicht stichhaltig. Bestimmungen, welche das *Leistungsrecht* des KVG betreffen, sollten zwingend bundesrechtlich geregelt werden¹³.

Wenn die Entscheidung über die Einführung den Kantonen überlassen wird, entsteht ein Flickenteppich. Massgebend in der vorgeschlagenen Regelung ist der Wohnsitz der versicherten Person. Eine uneinheitliche Regelung wird den administrativen Aufwand bei der Umsetzung noch zusätzlich erhöhen. Zudem halten sich die Patientenflüsse im ambulanten Setting nicht an die Kantonsgrenze.

Missverständnisse sind vorprogrammiert: Wenn nicht alle Kantone den Zuschlag zum Höchstbeitrag einführen, könnten Patientinnen und Patienten unter Umständen dennoch auf die Spitalnotaufnahme eines anderen Kantons ausweichen, der die Regelung nicht kennt, auch wenn der Anknüpfungspunkt der Wohnort der versicherten Person ist und solche Ausweichmanöver somit gar nichts bringen.

Krankenkassen (für die Rückforderung), Spitalnotaufnahmen («Weiterleiten» der Notfallüberweisung) und überweisungsbefugte Stellen (für das Ausstellen der Notfallüberweisung) müssten zusätzlich prüfen, in welchem Wohnkanton die Patientin oder der Patient ansässig ist und ob die Regelung deshalb anwendbar ist oder nicht.

Eine Bundeslösung hätte auch den Vorteil, dass keine «Informationskampagnen seitens der Kantone» notwendig werden, um sicherzustellen, dass «die neue Regelung sowie die allfälligen Unterschiede nach Kanton von den Versicherten gut verstanden werden»¹⁴ (sic!).

Minderheitsantrag I und II – Zuschlag zum Selbstbehalt bei jeder Konsultation der Spitalnotaufnahme

Im Vorschlag der Mehrheit der Kommission wird der Zuschlag (erst) mit Erreichen des Höchstbeitrages effektiv – nämlich durch die Erhöhung des Höchstbeitrages –, während Minderheiten I und II einen Zuschlag möchten, der schon bevor die versicherte Person den Höchstbeitrag erreicht hat, effektiv wird. Da der Zuschlag «bei jeder Konsultation» also unabhängig davon, ob der Höchstbeitrag des Selbstbehaltes schon erreicht wurde oder nicht, erhoben würde, würde er der *Idee* einer Lenkung eher entsprechen. (Auch hier fände die Lenkung nicht bei der Konsultation statt, sondern zeitlich verzögert bei der Abrechnung durch die Krankenkasse.)

Wie oben ausgeführt, bezweifeln wir jedoch die Lenkungswirkung als solche.

Vorschläge für zielgerichtetere Massnahmen

Wir teilen die Meinung der Kommissionsminderheit¹⁵, dass es zielführender ist, die Bevölkerung über alternative Behandlungsmöglichkeiten aufzuklären und die Grundversorgung zu stärken. .

Als Ansatz böten sich die hausärztlichen Notfallpraxen an. Dort könnten die Patientinnen und Patienten entsprechend triagiert und günstiger durch erfahrene Hausärztinnen und Hausärzte behandelt werden. Voraussetzung hierfür wäre allerdings eine ausreichende hausärztliche Versorgung. Notwendig wären Investitionen in Haus- und Kinderarztpraxen und die Bekämpfung des Fachkräftemangels. Sollen die Spitalnotaufnahmen entlastet werden, ohne die ambulante Grundversorgung einzuschränken, müssten der Spitalnotaufnahme vorgelagerte Systeme eingeführt oder gestärkt werden.

Das Ziel der parlamentarischen Initiative, «die Überlastung der Spitalnotaufnahmen zu reduzieren und damit den reibungslosen Betrieb eines wesentlichen Bestandteils des schweizerischen Gesundheitssystems zu gewährleisten»¹⁶, wird nicht erreicht.

Zielgerichtete Massnahmen dafür wären Notfallambulatorien und Walk-in-Praxen. Gerade diese wurden aber in jüngster Zeit durch eine Auslegung des Bundesgerichtes zur Anwendung von Inkonvenienz- und Notfall-Pauschalen geschwächt, teilweise sind sie in der Folge in ihrer Existenz bedroht. Das Bundesgericht¹⁷ hat

¹² Erläuternder Bericht, Ziff. 3.1, S. 11.

¹³ Art. 117 Abs. 1 BV.

¹⁴ Erläuternder Bericht, Ziff. 3.1, S. 11.

¹⁵ Minderheit «Nichteintreten». Erläuternder Bericht, Ziff. 3.4.1, S. 15.

¹⁶ Erläuternder Bericht, Ziff. 2.2, S. 6.

¹⁷ Urteil des Bundesgericht 9C_664/2024 vom 24. Juni 2024

entschieden, dass teilweise oder festangestellte Ärztinnen und Ärzte ausserhalb der Spitäler keine Notfallpau-
schale mehr in Rechnung stellen dürfen, dies obwohl sie, entgegen den öffentlichen Spitälern, keine Vorhalte-
leistungen beziehen können. Der laufende Strukturwandel weg von der Einzel- und hin zur Gruppenpraxis bein-
haltet, dass Ärztinnen und Ärzte in der Regel im Angestelltenverhältnis arbeiten.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass wir die Erhöhung der Kostenbeteiligung als nicht zielführend um-
setzbar erachten. Die Versorgung wird dadurch verteuert und der administrative Aufwand wird erhöht. Die Ein-
führung eines solchen Zuschlags erfordert nach unserer Ansicht Begleitmassnahmen: Kommunikation, Gesund-
heitskompetenz, Vorbeugung administrativen und juristischen Zusatzaufwands, etc.

Aufgrund der dargelegten Komplexität dieser an sich einfachen Massnahme würde sich eine räumlich und zeit-
lich begrenzte Pilotstudie empfehlen. Denn eines ist klar: Weder in der Spitalnotfallstationen noch in den Arzt-
praxen der Grundversorgung gibt es Personalressourcen für zusätzlichen Administrativaufwand vorhanden.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Bemerkungen.

Freundliche Grüsse

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'D. Katzenfuss', with a stylized, flowing script.

Dr. med. David H. Katzenfuss
Präsident GAZ



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Versand per E-Mail an:

gever@bag.admin.ch
aufsicht@bag.admin.ch

Ort, Datum Bern, 10.01.2025
Ansprechpartner/in Stefan Berger

Direktwahl
E-Mail

031 335 11 58
stefan.berger@hplus.ch

17.480 Parlamentarische Initiative (Weibel) Bäumle. Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme. Vorentwurf der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR) vom 15. August 2024: Vernehmlassung

Sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin,
Sehr geehrte Frau Nationalrätin, sehr geehrter Herr Nationalrat

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, an der am 27. September 2024 lancierten Vernehmlassung zum Vorentwurf zur Umsetzung der **17.480 Parlamentarischen Initiative (Weibel) Bäumle. Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme** teilzunehmen. Gerne übermitteln wir Ihnen mit vorliegendem Schreiben die Haltung von H+ Die Spitäler der Schweiz.

H+ Die Spitäler der Schweiz ist der nationale Verband der öffentlichen und privaten schweizerischen Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen. Uns sind 205 Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen als Aktivmitglieder an 435 Standorten sowie 138 Verbände, Behörden, Institutionen, Firmen und Einzelpersonen als Partnerschaftsmitglieder angeschlossen. Wir vertreten über 200'000 Arbeitsverhältnisse.

1. Ausgangslage

Der Vorschlag der SGK-NR sieht vor, dass der **jährliche Höchstbetrag des Selbstbehalts** zu Lasten der versicherten Person bei jeder Notfallkonsultation **um 50 Franken erhöht** wird, falls die versicherte Person die Notfallaufnahme ohne schriftliche Überweisung von einer Ärztin bzw. einem Arzt, von einem Zentrum für Telemedizin oder von einer Apothekerin bzw. einem Apotheker aufsucht. Kinder bis zum Alter von 18 Jahren und Schwangere sollen von dieser Regelung ausgenommen werden. Die Einführung der Massnahme soll den Kantonen überlassen werden. Artikel 64 KVG soll zu diesem Zweck um einen Absatz 3^{bis} ergänzt werden.

Folgende **Minderheitsanträge** liegen vor:

- Eine Minderheit (Crottaz) beantragt, auf die Vorlage **nicht** einzutreten.
- Eine Minderheit (Nantermod) beantragt, auf die Delegation an die Kantone zu verzichten und somit die Erhöhung des Höchstbetrags des Selbstbehalts im Fall einer Notfallkonsultation im Spital ohne vorherige schriftliche Überweisung **schweizweit** einzuführen. Schwangere und Kinder wären von dieser Regelung ausgenommen.

- Eine Minderheit I (Glarner) beantragt, dass für jede Notfallkonsultation im Spital ohne vorherige schriftliche Überweisung ein **Zuschlag von höchstens 50 Franken auf den Selbstbehalt** erhoben wird, sofern der Wohnkanton einen solchen Zuschlag vorsieht (Art. 64a Abs. 2 Bst. c e-KVG). Ein solcher Zuschlag käme früher zum Tragen als die Erhöhung des Höchstbetrags des Selbstbehalts. Eine Minderheit II (Nantermod) verlangt, dass diese Massnahme schweizweit gelten solle. Schwangere und Kinder wären in beiden Varianten von der Regelung ausgenommen.

2. Generelle Bemerkungen zur Parlamentarischen Initiative

H+ begrüsst im Grundsatz das Bestreben, die Spitalnotfallaufnahmen zu entlasten. Auch teilt H+ die Meinung der Kommission, dass die Hauptfunktion der Spitalnotaufnahme darin bestehen sollte, eine rasche und effektive Behandlung der schlimmeren Fälle zu ermöglichen und den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, wenn andere Optionen nicht möglich oder ausreichend sind. Es gibt Indizien, dass die Spitäler zunehmend Patientinnen und Patienten in den Notfallstationen behandeln, die von anderen Leistungserbringern zweckdienlicher und kostengünstiger versorgt werden könnten. Dazu kommt, dass die ambulanten Behandlungen von den Spitälern aufgrund der viel zu tiefen Tarife nicht kostendeckend erbracht werden (die schweizweite Unterdeckung in diesem Bereich beträgt 30%). Wenn sich die Situation bezüglich der Notfalleintritte nicht verbessert oder gar weiter verschlechtert, dann verschärft sich auch die finanzielle Situation zusätzlich. Zudem werden die Fachkräfte nicht optimal eingesetzt, was den vielzitierten Mangel diesbezüglich weiter anheizt. Kurz: Der Handlungsbedarf bezüglich Entlastung der Spitalnotfallaufnahme scheint auch aus unserer Sicht gegeben.

H+ hat sich jedoch aus praktischen sowie auch aus ethisch-rechtlichen Gründen immer gegen die Pa.lv. 17.480 ausgesprochen. Spitäler (Akutspitäler und Psychiatrische Kliniken) haben Leistungsaufträge für den Notfall und behandeln alle Patientinnen und Patienten. Spezialgebühren für einzelne Behandlungen eignen sich nicht für die Steuerung von Patientenströmen, wie sich in der Praxis immer wieder gezeigt hat. Es gibt keine allgemeinverbindliche Definition von Bagatellfällen, und der Patient oder die Patientin bestimmt eigenständig und subjektiv, was für ihn oder sie persönlich in dieser Situation ein Notfall bedeutet. Zudem ist der administrative Aufwand gross, und es ist unklar, was passiert, wenn jemand kein Geld bei sich hat. Auch ist die Haftungsfrage unklar, wenn jemand wegen der Notfallgebühr nicht die Notfallstation aufsucht und es daraufhin zu einem Zwischenfall kommt.

Es ist an dieser Stelle klar festzuhalten, dass aufgrund des notorischen Mangels an Hausärztinnen und Hausärzten insbesondere in ländlichen Gebieten viele Versicherte entweder gar keinen Grund- bzw. Erstversorger mehr aufweisen oder längere Wartezeiten zu gewärtigen haben. Bei einem akut auftretenden medizinischen Problem haben die Betroffenen mangels Alternativen oft keine andere Möglichkeit, als die Spitalnotfallaufnahme aufzusuchen. In solchen Fällen verfehlt auch eine «Gebühr für Bagatellfälle» die erhoffte Anreizwirkung.

Für H+ ist in jedem Fall zentral, dass, wenn schon, eine Umsetzungsvariante gewählt wird, die sicherstellt, dass die Spitaladministration nicht zu stark belastet wird, und mittels derer sich ethisch-rechtliche Dilemmata bei der Notfallaufnahme vermeiden lassen.

3. Bemerkungen zum Umsetzungsvorschlag der SGK-NR

H+ begrüsst den von der Kommission gewählten Ansatz, eine Umsetzungsvariante auszuarbeiten, dank der das Personal der Notfallstationen von schwierigen Entscheidungen entbunden wird bezüglich der Frage, ob in der konkreten Situation ein «echter» Notfall vorliegt oder nicht. Allerdings verschiebt sich die Aufgabe der Triagierung – inklusive damit verbundene Mehrkosten und ethisch-rechtliche Dilemmata – auf die zuweisende Instanz, weswegen der mit der Massnahme intendierte Lenkungseffekt nicht unwesentlich geschmälert werden dürfte. Denn kaum ein Zuweiser wird eine vom Patienten resp. von der Patientin gewünschte Überweisung auf die Notfallstation verweigern, da er oder sie juristische Konsequenzen fürchten würde.

Es stellt sich auch die Frage, ob die Massnahme am Ende nicht Mehrkosten durch Doppelbehandlungen (Hausarztpraxis und Spitalnotfall) generiert. Die Patientinnen und Patienten können sich vom höheren Selbstbehalt ja nur «entlasten», wenn sie eine Überweisung vorweisen können. Will heissen: Auch wenn das Aufsuchen eines Spitalnotfalls im konkreten Fall die richtige Wahl gewesen wäre, kommt es vorher zu einer zusätzlichen Konsultation, die vergütet werden muss. Auch die durch die Triagierung zusätzlich anfallenden Kosten wird die zuweisende Instanz in aller Regel der OKP verrechnen, da sie sonst fürchten müsste, früher oder später aus dem Markt gedrängt zu werden. Der erhoffte Spareffekt der Massnahme für die Prämienzahler/innen wird dadurch weiter geschmälert.

Die Anreizwirkung der Massnahme, falls sie denn überhaupt vorhanden ist, wäre zudem zweischneidig, denn sozial und wirtschaftlich benachteiligte Menschen und/oder Personen ohne Grund- bzw. Erstversorger könnten auf eine notfallmässige Untersuchung resp. Behandlung verzichten, obwohl diese angezeigt wäre. Zu betonen ist in diesem Zusammenhang, dass die Mehrheit der Patientinnen und Patienten in Schweizer Notfallstationen ein ernsthaftes Problem hat, das tagesaktuell zu behandeln ist. Ein Hinausschieben der Behandlung könnte das Problem in konkreten Fall verschärfen und zu erhöhten Folgekosten führen.

Der Vorschlag der Kommission hat aber noch weitere Schwachpunkte, auf die hier näher eingegangen werden soll:

- Die Massnahme ist auch für das Spital mit administrativem Mehraufwand verbunden. Denn dieses muss bei jeder Notfallbehandlung prüfen, ob eine schriftliche Überweisung vorliegt, und diese dem Krankenversicherer weiterleiten. Die Ausführungen im Erläuternden Bericht (Punkt 3.3., S. 14 und Punkt 4.1, S. 16f.) lassen erahnen, dass hier beträchtlicher zusätzlicher Aufwand auf die Spitäler zukommen wird sowohl für die Überweisung als solche als auch für die nachfolgende Kommunikation inkl. Abrechnungen und Dokumentationen. Eine Entschädigung für diesen Mehraufwand ist im Entwurf der Kommission nicht vorgesehen (siehe auch Punkt 5.3, S. 18 Erläuternder Bericht).
- Weitere Umtriebe und damit Mehraufwand können dem Spital dadurch entstehen, dass die versicherte Person zuvor nur mündlich zum Aufsuchen der Notfallstation aufgefordert wurde, beispielsweise von einer Apothekerin oder einem Apotheker. Die vom Patienten resp. der Patientin zu tragenden Mehrkosten bei fehlender schriftlicher Überweisung wird zudem mit grosser Wahrscheinlichkeit eine Zunahme der Patientenreklamationen zur Folge haben, was den administrativen Aufwand für das Spital zusätzlich erhöht.
- Das Erfordernis der Schriftlichkeit einer Überweisung stellt insbesondere Apothekerinnen und Apotheker vor Umsetzungsprobleme. Wie der Erläuternde Bericht (S. 13) festhält, können Apotheker/innen Leistungen der Diagnose und Behandlung heute nicht via KVG abrechnen und somit auch keine Überweisungen an die Spitalnotfallaufnahme tätigen. Sie können der versicherten Person im konkreten Fall lediglich (mündlich) empfehlen, den Notfall aufzusuchen. Zudem ist die Haftung von Apotheker/innen unklar, wie auch die Minderheit Crottaz (Erläuternder Bericht, S. 15) festhält.
- Der eingereichte Text der parlamentarischen Initiative 17.480 (Weibel) Bäumle nennt nebst dem Vorliegen einer ärztlichen Überweisung als zulässiges Kriterium für die Nichterhebung der Gebühr zu Recht die stationäre Behandlung, die auf den Notfalleintritt folgt. In einem solchen Fall handelt es sich offensichtlich nicht um einen Bagatellfall – unbesehen davon, ob sich der Patient bzw. die Patientin selbst eingewiesen hat oder von einer der im Gesetzesentwurf (Art. 64 Abs. 3^{bis} e-KVG) aufgeführten Instanzen überwiesen worden ist. Das Kriterium der nachfolgenden stationären Behandlung muss daher zwingend in den Entwurf aufgenommen werden.
- Der Vorschlag der Kommission trägt dem Umstand nicht Rechnung, dass auch bei «echten» Notfällen eine schriftliche Überweisung nicht immer möglich ist. Beispielsweise können Notfälle in der Nacht eintreten, sodass die Patientin oder der Patient im Vorfeld weder telemedizinisch Rat einholen noch eine Apotheke oder einen Arzt oder eine Ärztin aufsuchen kann. Dessen ungeachtet muss dann – zumindest bei einer ambulanten

Behandlung – eine Erhöhung des Selbstbehaltes erfolgen, auch wenn es sich offensichtlich nicht um einen Bagatellfall handelt.

- Vor dem gleichen Problem stehen viele Bewohnerinnen und Bewohner von Pflege- oder Behindertenheimen. Nicht alle Heime verfügen über einen Heimarzt oder eine Heimarztin. Im Notfall müssen sie aber rasch handeln, um gesundheitlichen Schaden vom Bewohner resp. der Bewohnerin abzuwenden. Die Gebühr wird in diesen Fällen zu Unrecht erhoben. Daher sind nebst Kindern bis 18 Jahre und Schwangeren auch Bewohnerinnen und Bewohner von Pflege- und Behindertenheimen von der Massnahme auszunehmen.

4. Bemerkungen zu den Minderheitsanträgen

Die Alternativvorschläge zum Mehrheitsantrag – schweizweit obligatorische Einführung der Erhöhung des Höchstbetrags des Selbstbehalts bei Notfallkonsultationen ohne vorherige schriftliche Überweisung, Erhebung eines Zuschlags auf den Selbstbehalt bei jeder solchen Notfallkonsultation (schweizweit oder kantonal) – lehnt H+ ab. Folgende Überlegungen geben den Ausschlag:

- a) Die Kantone sind verantwortlich für die Planung und Organisation der Gesundheitsversorgung und können die Verhältnisse auf ihrem Territorium am besten einschätzen. Indem der Bund den Kantonen die Möglichkeit zur Einführung der Massnahme einräumt, sie aber nicht dazu verpflichtet, trägt er den grossen kantonalen Unterschieden bei der Inanspruchnahme von Spitalnotaufnahmen Rechnung. An der grundsätzlichen Zuständigkeit des Bundes für die Festlegung des Selbstbehalts ändert sich dadurch nichts.
- b) Ein Zuschlag zum Selbstbehalt bei jeder Notfallkonsultation ohne schriftliche Überweisung wäre einschneidender als die Erhöhung des Höchstbetrags des Selbstbehalts, da er früher zum Tragen käme. Die Zweischneidigkeit des Anreizes (siehe oben, Abschnitt 2) würde dadurch verschärft, und es wäre noch fraglicher, ob der gewünschte Lenkungseffekt überhaupt zustande käme.

Den Minderheitsantrag betreffend **Nichteintreten**, d.h. Verzicht auf die Umsetzung der Parlamentarischen Initiative, unterstützt H+ hingegen. Er entspricht unserer prinzipiellen Ablehnung dieser Initiative aus Gründen, die weiter oben aufgeführt wurden.

5. Fazit

H+ begrüsst grundsätzlich das Bestreben, die Spitalnotfallaufnahme von «leichteren» Fällen zu entlasten. Der Lösungsvorschlag der Kommission weist nach unserer Einschätzung jedoch entscheidende Schwächen auf. So sind wir der Auffassung, dass sich die Patientenströme mit der vorgesehenen Erhöhung des Selbstbehalts nicht wie gewünscht steuern lassen und die erhoffte Lenkungswirkung ausbleiben würde. Die meisten Patientinnen und Patienten dürften den Spitalnotfall weiterhin direkt aufsuchen, insbesondere an Randzeiten und am Wochenende, wenn Hausarztpraxen und Apotheken geschlossen sind. Entsprechende telemedizinische Angebote sind zurzeit noch wenig verbreitet. Die anvisierte Triagierung dürfte folglich nach wie vor grossmehrheitlich ausbleiben.

Zudem sind Spezialgebühren wie die vorgesehene Erhöhung des jährlichen Höchstbetrags des Selbstbehalts für einzelne medizinische Behandlungen ethisch zweischneidig. Diese dürften vor allem sozial und wirtschaftlich benachteiligte und chronisch kranke Menschen treffen und könnten diese aus finanziellen Gründen von notwendigen Behandlungen abhalten. Die vorgesehene schriftliche Überweisung zur Vermeidung der Spezialgebühren würde jedoch zusätzliche Administration resp. Mehraufwand bei den zuweisenden Stellen, Spitälern und Versicherern und damit auch Mehrkosten generieren.

Aus diesen Überlegungen leitet H+ die folgenden **Schlussfolgerungen** ab:

- **H+ begrüsst grundsätzlich das Bestreben, die Spitalnotfallaufnahmen von «Bagatellfällen» zu entlasten.** Im Idealfall würde dies bedeuten, dass Patientinnen und Patienten mit weniger gravierenden Problemen in einem dafür geeigneten Setting (z.B. Hausarztpraxis) zweckdienlicher und kostengünstiger behandelt werden könnten.
- **Hingegen lehnt H+ den vorliegenden Gesetzesentwurf ab. Er ist weder zielführend noch praktikabel, und zwar in allen vorgeschlagenen Varianten.** Anstatt die Patientinnen und Patienten mit Spezialgebühren zu bestrafen und Zuweisern sowie Spitälern zusätzlichen Aufwand aufzubürden, der nicht einmal entschädigt wird, sollte das Parlament wirklich wirksame Massnahmen prüfen. Dazu gehören etwa die Förderung der Notfalltriagierung im Bereich der Telemedizin, aber auch eine Ausbildungsoffensive im Bereich der Hausärztinnen und Hausärzte, um dem Mangel in diesem Bereich entgegenzuwirken.
- **H+ unterstützt daher den Antrag der Minderheit Crottaz: Nichteintreten auf den Gesetzesentwurf.** Des Weiteren regt H+ an, eine Arbeitsgruppe einzusetzen, die zusammen mit Spitalvertreterinnen und -vertretern sowie weiteren betroffenen Akteuren, insbesondere Kantonen und Zuweisern, die Details klärt und einen praktikablen Lösungsvorschlag erarbeitet.
- **Falls nichtsdestotrotz Eintreten beschlossen wird, so ist – faute de mieux – dem Antrag der Mehrheit der SGK-NR zu folgen, jedoch mit dem Zusatz, dass auch Patientinnen und Patienten mit einer auf den Notfalleintritt folgenden stationären Behandlung sowie Bewohnerinnen und Bewohner von Pflege- und Behindertenheimen in jedem Fall von der Erhöhung des Höchstbetrags des Selbstbehalts ausgenommen werden. Sodann bedarf die Zuweiserrolle der Apothekerinnen und Apotheker der rechtlichen Klärung.**

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen und stehen Ihnen für ergänzende Auskünfte gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin



Sandra Rickenbacher-Läuchli
Mitglied der Geschäftsleitung
Leiterin Geschäftsbereich Politik

Kopie an: Herr Martino Pedrazzi Sekretariat SGK-N



**Vernehmlassung zur parlamentarischen Initiative «Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme» (17.480)
(27.09.2024 bis 10.01.2025)**

17.480 n Pa. Iv. (Weibel) Bäumle. Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation / Amt	: medswissnet
Abkürzung der Firma / Organisation / Amt	: msn
Adresse, Ort	: Heckenweg 27
Kontaktperson	: Ramona Meyer
Telefon	: 031 511 87 83
E-Mail	: info@medswissnet.ch
Datum	: 18.12.2024

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie, keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen!
2. Bitte pro Artikel des Erlasses eine eigene Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte als **Word**-Dokument sowie als **PDF**-Dokument bis am 10. Januar an folgende E-Mail-Adressen: gever@bag.admin.ch und aufsicht@bag.admin.ch

1 Allgemeine Bemerkungen zur parlamentarischen Initiative

Der Schweizer Dachverband der Ärztenetze medswissnet begrüsst und unterstützt die Einführung einer Spitalnotfallgebühr im Sinne einer Lenkungsabgabe, damit Spitalnotfallstationen von Bagatellfällen entlastet werden können. Diese Gebühr sollte aber grundsätzlich schweizweit einheitlich umgesetzt werden, eine kantonal unterschiedliche Ausgestaltung ist kompliziert und wäre der Bevölkerung nur schwierig zu vermitteln; eine Ungleichbehandlung der Versicherten widerspricht dem Solidaritätsgedanken des KVG. Deshalb empfehlen wir Ihnen, den Vorschlag der Minderheit bzw. der Minderheit II umzusetzen.

Ausserdem erlauben wir uns folgende Anregung: Aufgrund der beobachteten Überlastungen erachten wir es als zwingend, dass die finanziellen Mittel aus Lenkungsabgaben wiederum dafür eingesetzt werden, die anvisierten Versorgungsziele (im vorliegenden Fall die Bereitstellung von adäquaten Strukturen, um Bagatellfälle von Spitalnotfallzentren fernzuhalten) zu erreichen. Wir möchten deshalb anregen, dass die zusätzlich von den Krankenversicherern zu erhebenden Gebühren in einen Fonds fliessen, aus dem die Kantone wiederum entsprechende Versorgungsstrukturen finanziell unterstützen können. Dazu gehören dezentrale niederschwellige Anlaufstellen, die die Spitalnotfälle entlasten können und sollen.

2. Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen des KVG

Artikel	Kommentare / Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Art. 64 Abs. 3bis	Der Höchstbetrag des Selbstbehalts nach Abs. 3 sollte sich schweizweit einheitlich um 50CHF erhöhen, eine kantonal unterschiedliche Umsetzung ist abzulehnen.	Gemäss Minderheit
Art. 64 Abs. 2 Bst. C, 2bis und 3bis	Gemäss Minderheit II. Es braucht eine schweizweit einheitliche Umsetzung	Gemäss Minderheit II



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Bundesamt für Gesundheit BAG

Bundesamt für Gesundheit

Per e-mail an:

gever@bag.admin.ch
aufsicht@bag.admin.ch

Bern, 12. Dezember 2024

17.480

Parlamentarische Initiative

Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotaufnahme

Stellungnahme des Berufsverbandes der Haus- und Kinderärzte Schweiz (mfe)

Sehr geehrte Damen und Herren,

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit, uns zum oben erwähnten Geschäft in der Vernehmlassung äussern zu können. mfe – Haus- und Kinderärzte Schweiz repräsentiert die Interessen der medizinischen Grundversorgung auf nationaler Ebene.

Die Vorlage will die Notaufnahmen der Spitäler mit einer Erhöhung des Selbstbehaltes entlasten. Den Kantonen soll es freistehen, diese Regelung einzuführen. Zahlreiche Ausnahmen schränken die Zahl der möglichen Betroffenen ein. Die Wirkung soll insbesondere über das Kostenbewusstsein und die Eigenverantwortung der potentiellen Patient:innen erreicht werden.

Die Vorlage selbst hat bereits eine turbulente Geschichte hinter sich, mit mehreren Anläufen in beiden Kammern, was bereits eindrücklich auf die fundamentalen Differenzen in Bezug auf die Einschätzung der Wirkung dieser Massnahme hinweist. In der Vergangenheit ist dasselbe Schicksal bereits den Vorlagen [04.034](#) (Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Kostenbeteiligung) und in der Folge, ebenfalls zum Thema Kostenbeteiligung und differenzierter Selbstbehalt, der Vorlage Managed Care ([04.062](#)) widerfahren. Bekanntlich wurde die Managed Care-Vorlage an der Urne im Jahre 2012 wuchtig verworfen.

Symptomatisch auch in diesem Zusammenhang die Motion 09.3623 (Verstärkte Eigenverantwortung beim Leistungsbezug im Gesundheitswesen), die im KVG neu den Art. 64 Abs. 6bis verankern wollte, mit folgendem Wortlaut: *Der Bundesrat sieht für die Erstversorgung von Krankheiten durch Notfall-einrichtungen ... ohne Vorliegen einer Notfallsituation eine erhöhte Kostenbeteiligung vor. (...)*

Die Motion von Barbara Schmid-Federer wurde 2011 einfach abgeschrieben.

Wir dürfen also getrost von altem Wein in neuen Schläuchen sprechen, wenn wiederum über den Selbstbehalt der Zufluss in die Spital-Notfallaufnahme gesteuert werden soll. Dass dies bei Bagatellfällen ein zunehmendes Problem sein soll, ist im Übrigen zu bezweifeln. So besagen Helsana-Zahlen, dass der Anteil der Bagatellen sogar kontinuierlich gesunken sei, von 10 Prozent im Jahr 2014 auf lediglich 7 Prozent neun Jahre später. Es ist im Übrigen auch nicht gelungen, eine klare Definition des Bagatellfalls zu finden, man behilft sich in dieser Vorlage mit Hilfskonstruktionen. So soll der Zuschlag systematisch erhoben werden, mit klar umrissenen Ausnahmen. Dadurch wären nurmehr diejenigen 10% der Versicherten betroffen, die den maximalen Selbstbehalt von Fr. 700 überhaupt erreichen. Wieviele davon den Spitalnotfall unnötig belasten, kann schwer abgeschätzt werden, aber es dürften weniger als 5% der Versicherten sein.

Die Frage von Aufwand und Ertrag stellt sich entsprechend. Aus Sicht der Grundversorger:innen kommt mit der Überweisung neuer administrativer Aufwand auf sie zu. Die Hoffnung, dass dank der neuen Bestimmung die Bagatellfälle vom Hausarzt oder der Hausärztin erledigt würden, setzt voraus, dass genügend Hausärzt:innen mit ihren bewährten MPA's (Medizinische Praxisassistent:innen) die Versorgung sicherstellen. Dies ist jedoch nicht der Fall, unsere Workforce-Studien sagen klar einen weiteren Rückgang der verfügbaren hausärztlichen Versorgung voraus, noch bis zumindest ins Jahr 2030. Mit den zwei Bundesgerichtsentscheiden zu Notfall- und Inkonvenienzpauschalen verschärft sich die Situation gerade jetzt noch zusätzlich, der Notfalldienst wird damit sicher nicht gefördert.

Alternativen stehen keine im Raum.

Der Aufwand entsteht also auf Seiten der Leistungserbringenden, die zusätzlichen Kosten tragen die Patient:innen, der «Ertrag» aus diesem Prozess fliesst zu den Versicherern. Dies können wir nicht unterstützen. Die Erfahrungen in Deutschland und Österreich müssten im Übrigen mit einbezogen werden: solche Gebühren wurden dort eingeführt und mangels Erfolges auch wieder abgeschafft, teilweise mehr als einmal!

Worauf wir noch hinweisen wollen: Im Bereich der Grundversorgung ist sehr wohl eine Dynamik zur möglichen Entschärfung der Situation im Gange. Dank neuer Rollen für bestehende und neuer Berufsgruppen in **interprofessionellen Settings** können vermehrt Konsultationen einerseits aufgefangen und andererseits besser an die richtige Stelle geleitet werden. Allerdings muss jederzeit die **Qualität der Triage** gewährleistet sein, vergleichbar den Anforderungen an die Ärzteschaft und ihrer bereits bestehenden und etablierten Triageorganisation(en). Dies muss insbesondere für die erwähnten

Apotheken und telemedizinische Angebote gelten – selbige kämpfen jedoch mit einem ebenso grossen Nachwuchsmangel wie die ärztliche Grundversorgung - zusätzlichen Anforderungen und Aufgaben würde hier schnell Grenzen gesetzt.

Die **Eigenverantwortung** kann unseres Erachtens nicht über eine finanzielle Abschreckung gefördert werden. Sie führt eher dazu, dass PatientInnen deswegen im Notfall nicht im Spital erscheinen und sich damit in Gefahr begeben. Stattdessen muss an der **Gesundheitskompetenz** gearbeitet werden – hier liegt der Schlüssel zum verantwortungsvollen Umgang mit den Ressourcen im Gesundheitssystem. Erfahrungsgemäss wird der Spitalnotfall übermässig von Patient:innen genutzt, die keinen Hausarzt und keine Hausärztin haben und/oder sich im Schweizer Gesundheitssystem schlecht auskennen. Hier ist nicht Strafe angesagt, sondern Vermittlung von Wissen und Kompetenzen.

Gerne erwarten wir von den Kantonen, dass sie entsprechende Förderprogramme auf die Beine stellen, statt mit viel Administrationsaufwand diese Vorlage umsetzen zu wollen. Wir sind davon überzeugt, dass die vorgeschlagene Regelung unter dem Strich keinerlei Kosten sparen wird. Sie setzt am falschen Ort an und holt nicht denjenigen Teil der Patientenschaft ab, der unnötig die Notfallaufnahmen nutzt. Die im Moment im Rahmen des Kostendämpfungspaketes 2 im Parlament diskutierte Massnahme, dass Versicherer Patientinnen und Patienten über kostengünstige Leistungen, geeignete besondere Versicherungsformen und präventive Massnahmen informieren können (Art. 56a und 84 KVG), scheint uns ein interessanterer Weg zu sein, steuernd gezielt dort einzugreifen, wo es gemäss Versichererdaten angebracht erscheint.

Generell ist in unseren Augen der Fachkräftemangel und der eingeschränkte Platz in der Aus- und Weiterbildung von medizinischem Personal, insbesondere für die Grundversorgung, das Problem. Die Vorlage ist nur eine Symptombekämpfung, sie darf nicht weiterverfolgt werden.

Hingegen erwarten wir vom BAG und dem Departement des Innern, die wirklichen Probleme einer Lösung zuzuführen und diese bereits im Rahmen der angelaufenen Agenda Grundversorgung anzupacken. Dabei helfen wir gerne mit, für Fragen und Diskussionen stehen wir jederzeit zur Verfügung.

Wir danken ihnen für die Aufnahme unserer Anliegen und verbleiben mit freundlichen Grüssen



Monika Reber
Co-Präsidentin des Berufsverbandes mfe



Sébastien Jotterand
Co-Präsident des Berufsverbandes mfe

**Vernehmlassungsantwort der Stiftung Medizinische Notrufzentrale, Basel, zur
17.480 n Pa. Iv. (Weibel) Bäumle. Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme**

Betroffenheit / Motivation der Stiftung Medizinische Notrufzentrale (MNZ)

Die gemeinnützige Stiftung MNZ betreibt die Notrufnummern der Ärztesellschaften und Spitäler in den Kantonen BS, BL, AG und ZG. Sie nimmt jährlich ca. 65'000 Anrufe entgegen und vermittelt davon mehr als 8'000 Anrufende an die Spitäler im Einzugsgebiet.

Die MNZ ist somit ein Zentrum für Telemedizin im Sinne von Art. 64 Abs. 2^{bis} des Initiativtexts resp. Ziffer 3.2.3.2. des Erläuternden Berichts.

Beurteilung der durch die Initiative vorgeschlagenen Massnahmen

- Die MNZ bietet eine niederschwellige Triage und Beratung in medizinischen Notfällen. In den meisten Fällen handelt es sich nicht um lebensbedrohliche Probleme. Dennoch raten wir in mehr als 8'000 Fällen dazu, ein Spital aufzusuchen. Das Fachpersonal der MNZ müsste demnach pro Jahr mehr als 8'000 schriftliche Überweisungen verfassen, was den Triageprozess völlig unnötig verlangsamen und verteuern würde.
- Dieser Zeit- und Effizienzverlust wird durch die explizite Vorgabe, dass nur ärztliches (und kein pflegerisches) Fachpersonal solche Überweisungen verfassen dürfe, noch erheblich gesteigert. Anrufe müssten intern an eine Ärztin/einen Arzt weitergeleitet werden, und die MNZ müsste die personellen Ressourcen um ca. 10 % erhöhen, und zwar in der bestqualifizierten und teuersten Personalkategorie – ohne dass dadurch ein medizinischer Nutzen für die betreffenden Patientinnen und Patienten entstünde.
- Aus Sicht der MNZ ist die Initiative zudem unnötig: Die meisten Spitäler mit Notfallstationen in unserem Einzugsgebiet verfügen inzwischen über Hausärztliche Notfallpraxen (HNP). Die eigentlichen Notfallstationen werden dadurch wirksam entlastet, und die Patientinnen und Patienten erhalten rasch adäquate hausärztliche Betreuung.

Kontakt für Rückfragen:

Stiftung Medizinische Notrufzentrale MNZ
Stephan Burla, Dr. rer. pol., Geschäftsführer
Tel. 061 560 15 20
stephan.burla@mnzbasel.ch

Basel, 18.12.2024

17.480 n Pa. Ov. Vernehmlassungsantwort_MNZ_2024-12-18_sb.docx

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit des Nationalrats
3003 Bern

per E-Mail an:

gever@bag.admin.ch

aufsicht@bag.admin.ch

Ihre Ansprechperson

Datum

Luigi Frisullo

20.12.2024

Tel.: 041 419 57 39

office@mtk-ctm.ch

Vernehmlassung zum Vorentwurf der Pa. Iv. 17.480 «Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme»

Sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin,
sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 27. September 2024 haben Sie uns eingeladen, an der Vernehmlassung zur oben erwähnten Änderung des KVG teilzunehmen, wofür wir Ihnen danken. Gerne nehmen wir dazu wie folgt Stellung.

Position der MTK

Der Verein MTK lehnt eine Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme aus folgenden Gründen ab:

- Ob es sich bei den Beschwerden im konkreten Fall um ein sicherheitsrelevantes Risiko oder "nur" um eine Bagatelle handelt, kann nur ein Arzt nach Konsultation feststellen.
- Die Erfassung und Meldung von Bagatellnotfällen erhöht den administrativen Aufwand bei Leistungserbringern und Kostenträgern. Zudem wären bei einem Wechsel der Fallanerkennung zwischen OKP und UV, MV oder IV Rückabwicklungen notwendig.
- Aufgrund des Selbstbehaltes und der Franchisen in der OKP wären von der Notfallgebühr in erster Linie Personen mit einem erheblichen Grundleiden betroffen. Für Personen mit geringen OKP-Leistungen pro Jahr ergäbe sich keine Änderung der finanziellen Belastung.

Um Spitalnotfälle zu entlasten, sollten alternative Versorgungsmodelle gefördert werden. Dies sind beispielsweise:

- Förderung von integrierten Versorgungsmodellen wie beispielsweise Gesundheitszentren mit «Advanced Nursing Practitioner» (ANP)
- Triage-Systeme und telemedizinische Dienste als erste Anlaufstelle
- Einbindung grundversorgungsnaher Leistungserbringer, wie Hausarztpraxen und Apotheken
- Gezielte Informationen an Patientinnen und Patienten, die wiederholt die Spitalnotfallaufnahme aufsuchen

1 Medizinische Betrachtung

Die Einführung einer Notfallgebühr entspricht aus Sicht der MTK einer Symptombekämpfung, ohne die Ursachen von Notfallbesuchen zu adressieren. Man möchte mit der Einführung einer solchen Gebühr Personen davon abhalten, Spital- oder 24-h-Notfälle wegen «Bagatellen» aufzusuchen. Dabei wird ausser Acht gelassen, dass die betroffenen Personen ohne medizinische Ausbildungen nicht in der Lage sind, die Ernsthaftigkeit von Symptomen medizinisch korrekt einzuordnen. Somit kann nur nach erfolgter Konsultation durch eine Ärztin oder einen Arzt festgestellt werden, ob es sich um eine «Bagatelle» handelte oder nicht. Bei Kopfschmerzen nach einer Hirnerschütterung kann beispielsweise von aussen nicht beurteilt werden, ob eine leichte, schleichende Hirnblutung zeitverzögert zu schweren Komplikationen führen kann.

2 Tarifarische Betrachtung

Abgesehen von den leicht unterschiedlichen Taxpunktwerten zwischen Spitälern und ambulanten Notfallpraxen unterscheiden sich diese ambulant verursachten Kosten nur marginal und innerhalb derselben Leistungserbringerkategorie gar nicht. Eine geplante Konsultation kostet, abgesehen von den Inkonvenienzpauschalen, im selben Bereich exakt gleich viel wie eine Notfallsprechstunde. Eine tarifkonforme Abrechnung von Notfall-Inkonvenienzpauschalen ist nicht Gegenstand der Einführung einer «Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme» und wurde bereits juristisch bis auf BGer-Ebene abgehandelt.

Unter Berücksichtigung der unter Punkt 1 genannten Argumente könnte die Erhöhung des Selbstbehalts erst nach erfolgter Sprechstunde und bei eindeutiger Diagnose beschlossen werden.

Sollte sich später eine Unfallkausalität ergeben, müsste der Selbstbehalt zulasten der betroffenen Person wieder gesenkt werden, was zu einem administrativen Zusatzaufwand führt.

3 Sozialpolitische Betrachtung

Der Mangel an Grundversorgern ist ein wesentlicher Faktor für die hohe Frequenz von Notfallbesuchen in Spitälern. Hausarzt- wie auch HMO-Praxen nehmen aufgrund des Personalmangels teilweise keine neuen Patientinnen oder Patienten auf und verweisen Hilfesuchende an Spitalnotfälle oder Permanence-Praxen.

Ein Zeckenbiss¹ stellt beispielsweise keine unmittelbare Lebensbedrohung dar, die in einem Spitalnotfall behandelt werden muss. Es kommt jedoch vor, dass eine Person – wegen Personalausfällen und Ferienabwesenheiten – durch eine MPA² an den Spitalnotfall verwiesen wird, weil eineinhalb bis zwei Monate lang keine Termine mehr angenommen werden können. Unbehandelt können eine Borreliose oder eine Hirnhautentzündung jedoch zu massiven Komplikationen führen, die hohe Gesundheitsfolgekosten verursachen. Im hier beschriebenen Fall handelt es sich technisch gesehen nicht um eine Überweisung der Ärztin des Arztes, sondern um eine Abweisung durch die MPA, was beim Besuch eines Spitalnotfalls gebührenpflichtig im Sinne der neuen Gesetzesvorlage wäre.

Zuzügerinnen und Zuzüger in die Schweiz kennen oft das Hausarztmodell nicht, sondern sind es gewohnt, Gesundheitszentren aufzusuchen, die eine Triagierung vornehmen und bei Bedarf die hilfesuchende Person an ein Spital oder an eine Spezialistin bzw. einen Spezialisten zuweisen. Ein solches System wird in der Schweiz kaum angeboten.

Sozialpolitisch gesehen würden solche Gebühren Geringverdienerinnen und Geringverdiener davon abhalten, rechtzeitig ärztliche Hilfe aufzusuchen. In ungünstigen Konstellationen können dabei verspätet eingeleitete Massnahmen zu hohen Folgekosten führen.

¹ Konkretes ereignetes Fallbeispiel

² Medizinische Praxis Assistentin

Zudem muss beachtet werden, dass eine Erhöhung des maximalen Selbstbehalts um 50 Franken pro Notfallbesuch erst zum Tragen kommt, wenn eine Person im betreffenden Jahr mehr als 7300 Franken Leistungen zu Lasten der OKP verursacht.

Damit derart hohe Leistungskosten erreicht werden, bedarf es einer überdurchschnittlich schweren oder chronischen Erkrankung. Bestraft von diesem Mechanismus würden somit nicht die gesunden Versicherten, die unnötigerweise schnell den Spitalnotfall aufsuchen, sondern verunsicherte Personen mit einer bestehenden Grunderkrankung.

Aus Sicht der MTK sollten die Ursachen, z. B. die mangelnde Verfügbarkeit von Grundversorgern, angegangen werden, anstatt zusätzliche Gebühren zu erheben, die sozial Schwache oder Personen mit einem erheblichen Grundleiden treffen und wirtschaftlich gut gestellte Individuen nicht von der Inanspruchnahme von Dienstleistungen abhalten werden.

Freundliche Grüsse

Medizinaltarif-Kommission UVG



Luigi Frisullo

MTK Sekretär



Stellungnahme der Notfallpflege Schweiz im Rahmen der Vernehmlassung 17.480 n Pa. IV. (Weibel) Bäumle. Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme

Ausgangslage

Die Vorlage sieht vor, dass der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehalts zulasten der versicherten Person um 50 Franken erhöht wird, wenn diese eine Spitalnotaufnahme ohne schriftliche Überweisung von einem Arzt bzw. einer Ärztin, von einem Zentrum für Telemedizin oder von einem Apotheker bzw. einer Apothekerin aufsucht. Von dieser Regelung ausgenommen sind Schwangere sowie Kinder. Ausserdem gilt sie nur für Personen, die der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) unterstellt sind. Der Entscheid über die Einführung einer solchen Erhöhung des Selbstbehalts wird den Kantonen überlassen.

Der SBK mit seinen 25 000 Mitgliedern und rund 20 regionalen Sektionen und Fachverbänden wurde eingeladen, zu dieser Vorlage Stellung zu nehmen. Notfallpflege Schweiz ist ein Fachverband des SBK und unterstützt dessen Stellungnahme. Diese Stellungnahme ist das Resultat einer breiten internen Vernehmlassung und bildet die verschiedenen Rückmeldungen bestmöglich ab.

Die Vorlage der Notfallgebühr für Bagatellfälle wurde einstimmig und klar abgelehnt.

In der Folge sind Begründungen und Hinweise auf bessere Lösungsansätze ausgeführt.

Allgemeine Überlegungen

Die angedachte Gebühr wird vor allem Verwaltungsaufwand generieren, arme Menschen zusätzlich belasten und kaum eine Veränderung der Patientenströme bewirken. Gerade bei älteren oder polymorbiden Menschen geht es häufig um echte gesundheitliche Probleme. Das Gesundheitssystem ist heute nicht bedarfsgerecht ausgestaltet und die finanzielle Belastung würde mit dieser Gebühr nochmals auf die einzelne Person abgewälzt. Der Vorschlag birgt auch die Gefahr, Arztpraxen noch mehr zu belasten, wenn Patient:innen eine schriftliche Bescheinigung eines Arztes verlangen, um sich in die Notaufnahme begeben.

Häufige Ursache für eine Notfallkonsultation, die allenfalls ein Bagatellfall darstellen könnte (wobei hier die Definition fehlt), sind Probleme beim Zugang zur primären Gesundheitsversorgung und ein Mangel an Informationen bei der Bevölkerung (Health Literacy). Es gibt einen zunehmenden Mangel an Hausärzt:innen, und auch manche Zentren für Telemedizin empfehlen Patient:innen in der Warteschleife, sich auf eine Notfallstation zu begeben, falls die Wartezeiten zu lange werden. Mit der vorgeschlagenen Notfallgebühr für jede Konsultation¹ in einer Notfallstation würde die Bevölkerung und die am meisten benachteiligten Personen finanziell zusätzlich belastet. Aus unserer Sicht liegt es in der Verantwortung der Kantone, sinnvolle niederschwellige Angebote wie Polikliniken oder Gesundheitszentren an strategischen Orten zu schaffen und die Bevölkerung auch angemessen darüber zu informieren.



Pflegefachpersonen als wichtige Ressource

Der Bundesrat hat das KVG im Rahmen der Umsetzung der ersten Etappe von Artikel 117b geändert, um den Pflegefachpersonen das Recht zu geben, ab Juli 2024 selbständig Abklärungs- und Koordinationsleistungen A zu erbringen. Der vorliegende Konsultationsentwurf ignoriert die Rolle der Pflegefachpersonen bei der Beurteilung und Orientierung von Patienten vollständig und schlägt vor, dass diese Tätigkeiten ausschliesslich von Ärzt:innen und Apotheker:innen durchgeführt werden sollen. Gerade die Rolle der Pflegeexpert:in APN hat grosses Potenzial für die Erstversorgung oder die Fallführung bei chronisch Erkrankten in der Primary Care, z.B. als Mitarbeitende in Hausarztpraxen und in anderen Strukturen der primären Gesundheitsversorgung. In der häuslichen Pflege sind die diplomierten Pflegefachpersonen oft das Bindeglied zwischen Patient:innen und Hausärzt:innen. Es wäre sinnvoll, ihnen die Kompetenz zu übertragen, Patient:innen in die Notfallstation zu überweisen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es notwendig ist, das gesamte System des Zugangs zur Erstversorgung zu überdenken und dabei insbesondere die grossen Ressource Pflegefachpersonen zentral einzubeziehen, gerade in Bereichen wie der medizinischen Grundversorgung, dem Krisenmanagement im Bereich der psychischen Gesundheit, der häuslichen Pflege und bei akuten Situationen in Pflegeheimen. Auf vielen Notfallstationen arbeiten spezialisierte Pflegefachpersonen, die bereits heute wichtige Aufgaben in den Bereichen Triage, Erstversorgung, Betreuung und Pflege übernehmen. Diese Rollen kann man weiter validieren und den Spezialist:innen auch offiziell mehr Kompetenzen geben.

Ethische Überlegungen

Eine Gebühr trifft vor allem die vulnerabelsten Menschen, z. B.:

- Armutsbetroffene; die anderen schmerzt der Betrag nicht und sie werden den Notfall trotzdem aufsuchen
- Personen mit der tiefsten Health Literacy (d.h. welche Mechanismen von Krankheitssymptomen nicht verstehen, die Bedrohlichkeit von Symptomen nur schwer korrekt einschätzen können oder nicht wissen, wie das Gesundheitssystem in der Schweiz funktioniert)
- Sehr kranke Menschen, die deswegen den Notfall aufsuchen (Bieler et al., 2012; Bodenmann et al., 2015)
- Menschen, die keinen Hausarzt, Hausärztin finden konnten
- Personen, welche die Krankenkassenprämien nicht bezahlt haben und daher in einigen Kantonen nur auf dem Notfall für Notfälle behandelt werden

Eine Gebühr kann zu gefährlichen Zeitverzögerungen führen, wenn vor dem Gang in den Notfall noch eine schriftliche Überweisung organisiert werden muss. Z.B. bei kardialen oder anderen Notfällen (Herzinfarkt oder Stroke) riskiert man einen Herzstillstand oder eine schwere Behinderung, wenn man nicht umgehend untersucht und behandelt werden kann.

Konkrete Handlungsvorschläge als Alternative zu der Gebühr

1. Eine sorgfältige Analyse der Ursachen, weshalb Patient:innen den Notfall häufig (heavy user) oder wegen einer Bagatelle (ESI 4 und 5) aufsuchen, und die Erarbeitung von Massnahmen zur Entlastung der Notfälle auf dieser Grundlage.
2. Auseinandersetzung mit Best Practice Modellen, z.B. Spitäler, die neben der Notfallstation eine Art Poliklinik oder Hausarztpraxis betreiben und Bagatellfälle



NOTFALLPFLEGE SCHWEIZ
www.notfallpflege.ch

SOINS D'URGENCE SUISSE
www.soins-urgence.ch

- dieser zuweisen, Case Management für Heavy User im Notfall (z.B. CHUV)
3. Stärkung der Grundversorgung, also von Spitex, Hausärzt:innen, Hausbesuche, Palliative Care, Mütter-/ Väterberatung, genügend dipl. Pflegepersonal in Langzeitinstitutionen rund um die Uhr sowie Aufbau von bedarfsgerechten Gesundheitszentren und Polikliniken mit multiprofessioneller Besetzung.

Referenzen:

Bieler, G., Paroz, S., Faouzi, M., Trueb, L., Vaucher, P., Althaus, F., Daeppen, J.-B., Bodenmann, P. (2012). Characterizing the vulnerability of frequent emergency department users by applying a conceptual framework: a controlled, cross-sectional study. *Academic Emergency Medicine*, 19(1) 63-68.

Bodenmann, P., Baggio, S., Iglesias, K., Althaus, F., Velonaki, V.-S., Stucki, S., Ansermet, C., Paroz, S., Trueb, L., Hugli, O., Griffin, J. L., Daeppen, J.-B. (2015). *International Journal for Equity in Health*. 14 (146).

Petra Tobias, Co-Präsidentin

Dirk Becker, Co-Präsident

pharmaSuisse, Stationsstrasse 12, 3097 Liebefeld

gever@bag.admin.ch
aufsicht@bag.admin.ch

Bern-Liebefeld, 18. Dezember 2024

Stellungnahme im Rahmen der Vernehmlassung 17.480 n Pa. Iv. (Weibel) Bäume. Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme

Sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin
Sehr geehrte Kommissionsmitglieder

Wir bedanken uns für die Gelegenheit zur Stellungnahme im Rahmen der Vernehmlassung der 17.480 n Pa. Iv. (Weibel) Bäume. Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme. Der Schweizerische Apothekerverband pharmaSuisse als Dachverband von schweizweit über 1560 Apotheken von 1820 Apotheken und 7500 Apotheker und Apothekerinnen steht einer Gebühr für Bagatellfälle nicht grundlegend ablehnend gegenüber. Dem vorliegenden Entwurf des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) können wir jedoch aufgrund mehrerer Gründe nicht zustimmen. Es bedarf zuerst Verbesserungen der Triagierung bei der Spitalnotfallaufnahme, wobei das enorme Potenzial der Apotheken stärker genutzt werden muss. Hierzu muss insbesondere die Gleichbehandlung der Leistungserbringer in Bezug auf die Voraussetzungen und die Vergütung gegeben sein. Erst auf dieser Basis lassen sich zielführende Anreize für Versicherte schaffen. Nachfolgend nehmen wir auf die verschiedenen Punkte und Anträge Stellung.

Das Ziel der Änderung des KVG ist eine Entlastung der Spitalnotfallaufnahmen und eine Verlagerung auf andere kompetente und niederschwellige Anlaufstellen wie Apotheken, Hausarztpraxen oder Telemedizinerinnen und -mediziner. Eine Entlastung der Spitalnotfallaufnahmen wird nach unserer Einschätzung damit nicht erreicht. Die Apotheken, welche zwar die Kompetenz als auch die Kapazität dazu haben, würden mit der vorgeschlagenen Lösung weiterhin zu wenig genutzt. Denn solange die Konsultation und Überweisung nicht von der OKP vergütet wird, besteht für Patientinnen und Patienten kein finanzieller Anreiz vom Apothekenangebot zu profitieren, da dieses im Vergleich zu einer Gebühr in der Spitalnotfallaufnahme nur einen begrenzten Vorteil bieten würde. Die Hausarztpraxen sind bereits jetzt stark ausgelastet und kurzfristige Termine sind kaum erhältlich. Folglich blieben nur Telemedizinerinnen und -mediziner, welche mit einer rein telefonischen Beratung ohne die Patientin bzw. den Patienten vertieft zu untersuchen, beispielsweise mit gewissen Analysen, keine genaue Einschätzung der Notwendigkeit für den Besuch in einer Spitalnotfallaufnahme geben können. Aktuell bestehen auch im Telemedizinischen Angebot sehr lange Wartezeit, dies schwächt ihr Potential zusätzlich. Folglich würden die Patientinnen und Patienten mangels Alternative weiterhin die Spitalnotfallaufnahmen aufsuchen.

Die Ungleichbehandlung von Ärztinnen und Ärzten sowie Telemedizinerinnen und -mediziner einerseits und Apothekerinnen und Apothekern andererseits ist nicht nachvollziehbar. Obwohl Apothekerinnen und Apotheker, gemäss MedBG ebenfalls Medizinalberufe wie Ärztinnen und Ärzte, im Studium die entsprechenden Kenntnisse im Bereich der Diagnose und Behandlung häufiger Gesundheitsstörungen und Krankheiten erwerben und damit bestens ausgebildet und in der Kompetenz wären für die Triage sowie - falls notwendig - schriftliche Überweisung an Spitalnotfallaufnahmen auszustellen, soll die Leistung im Gegensatz zu Ärztinnen und Ärzten sowie Telemedizinerinnen und -mediziner nicht vergütet werden. Zudem sind die Apothekerinnen und Apotheker gemäss MedBG (Art. 40 lit. g MedBG) in gleichem Masse verpflichtet in Notfalldiensten mitzuwirken. Die Bestimmungen des KVG und der entsprechenden Verordnungen sind folglich dahingehend anzupassen, dass die Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker gleichermassen vergütet werden. In der Folge können die Apotheken ihre Rolle als kompetente und niederschwellige Erstanlaufstelle auch in vollem Umfang wahrnehmen und für eine Triage vor und bei entsprechender Indikation Überweisung in die Spitalnotfallaufnahme Hand bieten.

Diverse Detailfragen, welche für die Umsetzung in der Praxis relevant sind, sind in der vorgeschlagenen Lösung nicht geregelt. Damit sind die genauen Folgen und die Umsetzung in der Praxis grösstenteils nicht abschätzbar, weshalb dieser Lösung nicht ohne weiteres zugestimmt werden kann.

Entgegen dem Titel des Vorstosses wird mit der vorgeschlagenen Lösung die Spitalgebühr nicht nur bei Bagatellfällen erhoben, sondern in allen Fällen, in denen eine Spitalnotfallaufnahme aufgesucht wird - mit Ausnahme von Schwangeren, Kindern sowie Personen mit einer schriftlichen Überweisung einer dazu berechtigten Person. Zudem gilt dies nur bei Fällen, die unter das KVG fallen, jedoch nicht bei Fällen des UVG. Diese Unterscheidung ist in gewissen Fällen auch für die Versicherungen nicht klar und kann deshalb auch den Versicherten zugemutet werden. Es müsste zumindest bei einer nationalen Einführung ein zusätzlicher Ausnahmetatbestand aufgeführt werden, für Fälle, bei denen es sich offensichtlich nicht um Bagatellfälle handelt. Dass Patientinnen und Patienten unabhängig von der Dringlichkeit ihres Leidens eine dem Spitalnotfall vorgelagerte Triage durchlaufen müssen, birgt erhebliche Risiken. Besonders in lebensbedrohlichen Situationen könnte dies gefährlich sein, da wertvolle Zeit verloren geht. Eine solche allgemeine Vortriage würde zudem die Grundversorger unnötig belasten und zu längeren Wartezeiten führen, was den Zugang zur notwendigen medizinischen Versorgung erheblich verzögern könnte. Ein solches Vorgehen würde nicht nur die Effizienz des Gesundheitssystems beeinträchtigen, sondern auch die Sicherheit der Patienten gefährden – ein Risiko, das vermieden werden muss.

Auch die Frage der Haftpflicht muss vertieft geklärt werden. Die Apothekerinnen und Apotheker, wie auch Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, die Sorgfaltspflichten einzuhalten und müssen eine Berufshaftpflichtversicherung abgeschlossen haben. Auch wenn sich die Haftung nach den zivilrechtlichen Grundsätzen richtet, sind die Folgen für die Medizinalpersonen nicht genau absehbar. Eine klarere Regelung könnte dem Abhilfe schaffen. Zudem besteht mit der Einführung einer Bagatellgebühr das Risiko, dass es vermehrt zu haftpflichtrechtlichen Fällen führt,

Eine nichtharmonisierte Einführung auf kantonaler Ebene hätte ebenfalls diverse Nachteile zur Folge. Ein zentrales Problem ist die Gefahr einer Ungleichbehandlung. Wenn Kantone unterschiedlich mit der Gebühr umgehen, könnten Patientinnen und Patienten in Kantonen ohne Gebühr bevorzugt werden, während Bewohner von Kantonen mit Gebühr finanziell belastet werden. Dies könnte zu einer Ungleichheit im Zugang zur Gesundheitsversorgung führen, die dem Prinzip der sozialen Gerechtigkeit widerspricht. Ein weiteres Argument gegen eine kantonale Regelung ist der bürokratische Mehraufwand. Wenn jeder Kanton eigene Regelungen trifft, müssten unterschiedliche Verwaltungsprozesse, Gebührenordnungen und Ausnahmeregelungen entwickelt und umgesetzt werden. Dies könnte zu ineffizienten Parallelstrukturen und höheren Kosten führen, die den eigentlichen Zweck der Gebühr – die Entlastung der Notaufnahmen – untergraben. Auch die Krankenkassen müssten sich auf unterschiedliche Umsetzungen einstellen, was die Abwicklung komplizierter machen könnte. Insgesamt würde eine kantonale Einführung der Gebühr mehr Komplexität und Ungleichheiten schaffen, ohne die zugrunde liegenden Probleme der

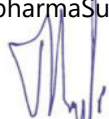
Notaufnahmeüberlastung effektiv zu lösen. Einheitliche nationale Lösungen, die auf Aufklärung, Prävention und alternative Versorgungswege setzen, wären hier zielführender.

Wie eingangs erwähnt steht der Schweizerische Apothekerverband der Einführung einer Gebühr für Bagatellfälle nicht grundlegend ablehnend gegenüber. Jedoch müssen die Auswirkungen der Einführung klarer ersichtlich sein und die Prozesse und Vorgaben an die Leistungserbringer müssen aufgezeigt werden können. Zudem müssen für alle Erstanlaufstellen, welche die schriftlichen Überweisungen ausstellen, die gleichen Bedingungen in Bezug auf Vorgaben und Vergütung der Leistungen gelten. Weiters macht eine Einführung aufgrund der negativen Auswirkungen nur auf nationaler Ebene Sinn.

Wir bedanken uns für die Möglichkeit zur Stellungnahme und für die Berücksichtigung unserer Anliegen. Für Fragen stehen Wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Schweizerischer Apothekerverband
pharmaSuisse



Martine Ruggli
Präsidentin



Elise De Aquino
Co-Leiterin Public Affairs

Bundesamt für Gesundheit

Per e-mail an:

gever@bag.admin.ch
aufsicht@bag.admin.ch

Plattform Interprofessionalität
in der primären Gesundheitsversorgung
c/o polsan
Effingerstrasse 2
3011 Bern

Bern, 10. Januar 2025

**17.480 - Parlamentarische Initiative
Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotaufnahme**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit, uns zum oben erwähnten Geschäft in der Vernehmlassung äussern zu können. Die Plattform Interprofessionalität in der primären Gesundheitsversorgung ist ein Zusammenschluss von nationalen Berufs- und Fachorganisationen sowie Branchenverbänden aus der ambulanten Gesundheitsversorgung zur Entwicklung und Förderung der Interprofessionalität. In unseren Augen betrifft diese Vorlage unsere Mitglieder in ihren Zusammenarbeitsbemühungen zentral.

Die Vorlage will die Notaufnahmen der Spitäler mit einer Erhöhung des Selbstbehaltes entlasten. Den Kantonen soll es freistehen, diese Regelung einzuführen. Zahlreiche Ausnahmen schränken die Zahl der möglichen Betroffenen ein. Die Wirkung soll insbesondere über das Kostenbewusstsein und die Eigenverantwortung der potentiellen Patient:innen erreicht werden.

Die Vorlage stösst im Parlament selber auf viel Skepsis, es bestehen fundamentale Differenzen in Bezug auf die Einschätzung der Wirkung dieser Massnahme. Dies hat sich in den letzten 20 Jahren nicht verändert, wie es die Vorlagen [04.034](#) (Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Kostenbeteiligung) und Managed Care ([04.062](#), mit Artikeln zu Kostenbeteiligung und differenziertem Selbstbehalt) belegen.

In der Ausgangslage werden Bagatellfälle als zunehmendes Problem dargestellt. Dies scheint jedoch gemäss Helsana-Zahlen nicht der Fall zu sein: der Anteil der Bagatellen wäre sogar kontinuierlich gesunken, von 10 Prozent im Jahr 2014 auf lediglich 7 Prozent neun Jahre später. Es ist im Übrigen auch nicht gelungen, eine klare Definition des Bagatellfalls zu finden, man behilft sich in dieser Vorlage mit Hilfskonstruktionen. So soll der Zuschlag

Plateforme Interprofessionalité dans les soins de santé primaires

systematisch erhoben werden, mit klar umrissenen Ausnahmen. Dadurch wären nuremehr diejenigen 10% der Versicherten betroffen, die den maximalen Selbstbehalt von Fr. 700 überhaupt erreichen. Wieviele davon den Spitalnotfall unnötig belasten, kann schwer abgeschätzt werden, aber es sind sicher weniger als 5% der Versicherten. Die Frage von Aufwand und Ertrag stellt sich entsprechend.

Aus Sicht der Verbände der ambulanten Grundversorgung kommt mit der Überweisung ein neuer administrativer Aufwand auf sie zu. Die Hoffnung, dass dank der neuen Bestimmung die Bagatellfälle fern vom Spital erledigt würden, setzt voraus, dass genügend Fachkräfte in der ambulanten Grundversorgung sich darum kümmern können. Hausärzt:innen und MPA's werden dies nicht sein, Studien sagen gar einen weiteren Rückgang der verfügbaren hausärztlichen Versorgung voraus, sicher bis zumindest ins Jahr 2030. Mit den zwei Bundesgerichtsentscheiden zu Notfall- und Inkonvenienzpauschalen verschärft sich die Situation in diesem Bereich noch zusätzlich.

In den Apotheken und bei den telemedizinischen Angeboten macht sich der Fachkräftemangel ebenfalls immer stärker bemerkbar, weshalb auch diese zwei Versorgungsstränge nicht wirklich im grossen Stil Entlastung werden bieten können.

An dieser Stelle setzen wir gerne ein: Im Bereich der Grundversorgung ist sehr wohl eine Dynamik zur möglichen Entschärfung der Situation im Gange. Dank neuer Rollen für bestehende und neuer Berufsgruppen in interprofessionellen Settings können vermehrt Konsultationen einerseits aufgefangen und andererseits besser an die richtige Stelle geleitet werden. Die nur auf die Notfallversorgung ausgerichtete Unterstützung greift zu kurz. Wir plädieren aus unseren Erfahrungen heraus auf die Integration eines über die klassische medizinische Versorgung hinausgehenden Modells. Diese Modelle müssen Gesundheitsfachleute mit erweiterten Kompetenzen einschliessen (z.B. Advanced Practice Nurses, Fachapotheker:innen in Offizinpharmazie, Physio- und Ergotherapeut:innen mit zusätzlichen Qualifikationen) und natürlich muss dabei jederzeit die Qualität der Triage gewährleistet sein. Diese Optionen gilt es zu nutzen, und deren Entschädigung in den jeweiligen Tarifen abzubilden, drängt sich auf.

Generell bedauern wir das System der vorgeschlagenen Aenderung, denn der Aufwand entsteht auf Seiten der Leistungserbringenden, die zusätzlichen Kosten tragen die Patient:innen, der «Ertrag» aus diesem Prozess fliesst zu den Versicherern. Dies ist sicher kein zukunfts-trächtiger Weg. Das bestätigen auch die negativen Erfahrungen in Deutschland und Österreich: solche Gebühren wurden dort eingeführt und mangels Erfolg auch wieder abgeschafft!

Im Bereich der Notfalltriage können wesentliche Verbesserungen auch dank der Integration spezifischer Systeme der künstlichen Intelligenz erreicht werden. Diese sind heute in der Lage, Entscheidungsprozesse zu optimieren (in Finnland wird z.B. stark darauf gesetzt). Das Vorhandensein eines primären elektronischen Patientendossiers, sofern funktional und interkompatibel, wäre ein grosser Gewinn zur Verbesserung der Koordination und Effizienz der Versorgung.

Die Chancen dieses Modells sollten für die Schweiz abgeklärt werden, trotz Rückstand bei der Umsetzung des elektronischen Patientendossiers.

Plateforme Interprofessionnalité dans les soins de santé primaires

Die **Eigenverantwortung** der Patient:innen kann unseres Erachtens nicht über eine finanzielle Abschreckung gefördert werden. Sie führt eher dazu, dass Patient:innen deswegen im Notfall nicht im Spital erscheinen, die notwendige Behandlung hinauszögern und sich damit in Gefahr begeben. Stattdessen muss an der **Gesundheitskompetenz** gearbeitet werden – hier liegt der Schlüssel zum verantwortungsvollen Umgang mit den Ressourcen im Gesundheitssystem. Erfahrungsgemäss wird der Spitalnotfall übermässig von Patient:innen genutzt, die sich im Schweizer Gesundheitssystem schlecht auskennen. Hier ist aus ethischer Sicht nicht Strafe angesagt, sondern Unterstützung, insbes. durch Vermittlung von Wissen und Kompetenzen. Dies kann zum Beispiel für vulnerable Bevölkerungsgruppen durchaus mit Berufsgattungen aus dem sozialen Bereich wie auch der Komplementärtherapie und Alternativmedizin erreicht werden.

Gerade die Kantone, die mit viel Administrationsaufwand diese Vorlage umsetzen müssten, sollten besser entsprechende Förderprogramme für Gesundheitskompetenz und Ideen für neue Triagemodelle mit weiteren Berufsgruppen prüfen.

Wir sind davon überzeugt, dass die vorgeschlagene Regelung keine Kosten sparen wird. Sie setzt am falschen Ort an und holt nicht denjenigen Teil der Patientenschaft ab, der unnötig die Notfallaufnahmen nutzt. Die Vorlage ist nur eine Symptombekämpfung.

Generell ist unseren Augen der Fachkräftemangel und der eingeschränkte Platz in der Aus- und Weiterbildung von medizinischem Personal in der ambulanten Grundversorgung das Problem.

Hingegen erwarten wir vom BAG und dem Departement des Innern, die wirklichen Probleme einer Lösung zuzuführen, dies bereits im Rahmen der angelaufenen Agenda Grundversorgung. Die Plattform Interprofessionalität unterstützt sie dabei gerne.

Wir danken ihnen für die Aufnahme unserer Anliegen und verbleiben
Mit freundlichen Grüssen

Für den Vorstand der Plattform Interprofessionalität:

Sébastien Jotterand, Präsident, Co-Präsident mfe – Haus- und Kinderärzte Schweiz (mfe)

Franz Elmer, Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (sbk)

Esther Bättig, Spitex Schweiz

Sophie Karoline Brandt, Physioswiss

Denise Hugentobler Hampai, Schweizerischer Apothekerverband pharmasuisse

Denise Gilli, Schweizerischer Verband Medizinischer Praxis-Fachpersonen (SVA)

Geschäftsstelle, c/o Public Health Schweiz
Dufourstrasse 30
3005 Bern
www.pro-salute.ch

9. Januar 2025

17.480. Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme. Parlamentarische Initiative

Sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren

pro-salute.ch, seit 2020 die Stimme der Patientinnen und Patienten, der Konsumentinnen und Konsumenten und der Prämienzahlenden, dankt Ihnen für die Einladung vom 27. September 2024, zum oben erwähnten Geschäft Stellung zu nehmen.

Vorlage

In der Mehrheitsvariante der SGK-N zur Vorlage zur parlamentarischen Initiative 17.480 (Weibel) *Bäumele. Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme* sollen die Kantone Kompetenzen erhalten, den jährlichen Höchstbetrag des Selbstbehalts bei jeder Konsultation der Spitalnotaufnahme um CHF 50.- zu erhöhen. Eine Minderheit der SGK-N schlägt vor, für jede Konsultation der Notaufnahme im Spital einen Zuschlag auf den Selbstbehalt von höchstens CHF 50.- zu erheben. Mit beiden finanziellen Lenkungsvarianten sollen die Versicherten davon abgehalten werden, sich bei «Bagatellfällen» in die Notaufnahme zu begeben. Denn «Bagatellfälle» führten zu Überlastung der Notaufnahme, was wiederum das Gesundheitspersonal unter Druck setzt sowie lange Wartezeiten für «echte» Notfälle führe.

Position von pro-salute.ch

pro-salute.ch spricht sich klar gegen beide vorgeschlagenen Lenkungsvarianten aus und schliesst sich der Minderheit Crottaz an, die verlangt, auf die Vorlage nicht einzutreten.

Begründung

Die Mehrheitsvorlage sieht vor, dass der Entscheid über die Einführung der «Bagatellgebühr» den einzelnen Kantonen überlassen würde. Pro-salute bewertet diese Vorlage skeptisch, weil die Inanspruchnahme des Spitalnotfalldienstes häufig über die Kantonsgrenze hinausgeht. Eine Kompetenzdelegation an die Kantone würde dem regionalen Einzugsgebiet eines Spitalnotfalldienstes widersprechen und schliesslich zu vielen Unsicherheiten, Ungleichbehandlungen und Schwierigkeiten im Vollzug führen. Beispielsweise suchen die Bewohnenden der Gemeinden Oftringen, Aarburg und Rothrist – alles Gemeinden des Kantons Aargau – die nächstgelegene Notfallaufnahme in Olten, d.h. im Kanton Solothurn auf. Es wäre störend, wenn die beiden Kantone unterschiedliche Regelungen hätten.

Laut der Vorlage sollen die Lenkungsabgaben dazu führen, dass die Überlastung der Notaufnahmen verringert wird. Nach unserer Einschätzung verfehlt die Vorlage jedoch das Ziel. Uns ist kein Beleg dafür bekannt, dass eine finanzielle Bestrafung eine nachhaltige Entlastung der Gesundheitskosten oder bei

pro-salute.ch, die Stimme der Patientinnen und Patienten, Konsumentinnen und Konsumenten sowie der Prämienzahlenden

den Notfällen bewirken würde. Im Gegenteil, eine finanzielle Bestrafung gefährdet die Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz, insbesondere von jenen Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz: Migrant:innen, Menschen in prekären Lebensverhältnissen, Personen mit niedrigem Bildungsstand, etc. Eine Gebühr würde viele Patient:innen im Fall eines medizinischen Notfalls noch mehr verunsichern. Mit einer «Bagatellgebühr» würde man in einem Notfall riskieren, wertvolle Minuten zu verlieren, weil der/die Patient:in zuerst mit dem Hausarzt, der Apotheke oder der telemedizinischen Stelle Kontakt aufnehmen und Rücksprache halten müsste.

Vielmehr sollte bei der eigentlichen Ursache der Überlastung von Notaufnahmen angesetzt werden: bei der Kapazität der Arztpraxen. Denn je geringer die Kapazität, desto höher die Belastung der Spitalnotfallstationen.¹ Der Mangel an Ärzt:innen in der Grundversorgung darf nicht auf Kosten der Patient:innen ausgetragen werden.

pro-salute.ch kommt zum Schluss, dass der Entwurf der SGK-N das Ziel, die Notfallstationen zu entlasten, verfehlt und dass die Einführung einer «Bagatellgebühr» vor allem sozioökonomisch Benachteiligte treffen würde.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen. Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen

Felix Wettstein, Präsident

Stefanie Zehnder, Geschäftsstelle

¹ Quelle: BFS – Daten aus der Erhebung der Patientendaten Spital ambulant 2016, STATPOP 2016; SASIS AG – Tarifpool 2015



Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete
Groupement suisse pour les régions de montagne
Gruppo svizzero per le regioni di montagna
Gruppa svizra per las regiuns da muntogna

Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete, Postfach, 3001 Bern

Bundesamt für Gesundheit BAG

3003 Bern

gever@bag.admin.ch
aufsicht@bag.admin.ch

Bern, 2. Dezember 2024
TE / L 3

Stellungnahme der SAB zur Parlamentarischen Initiative Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotaufnahme

Sehr geehrte Damen und Herren

Die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete (SAB) bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme im Rahmen der Vernehmlassung über randvermerkttes Geschäft. Die SAB vertritt die Interessen der Berggebiete in den wirtschaftlichen, sozialen und ökologischen Belangen. Mitglieder der SAB sind 22 Kantone, rund 600 Gemeinden sowie zahlreiche Organisationen und Einzelmitglieder.

Mit der Vorlage soll eine Gebühr von 50 Franken bei jeder Konsultation der Spitalnotaufnahme eingeführt werden. Die Mehrheit der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates SGK-N erhofft sich damit eine „abschreckende Wirkung“ gegen Bagatellfälle.

Die SAB kann der Vorlage in der vorliegenden Fassung nicht zustimmen. Die Lage in Berg- und Landregionen ist eine völlig andere als in den urbanen Gebieten. Immer mehr Hausarztpraxen werden geschlossen und die Lage wird sich in den kommenden Jahren weiter zuspitzen, wenn zahlreiche Hausärzte das Pensionierungsalter erreichen. Patientinnen und Patienten finden keinen Hausarzt mehr. Es darf deshalb niemanden verwundern, wenn die Patientinnen und Patienten bei gesundheitlichen Problemen die Notfallaufnahme des nächstgelegenen Spitals aufsuchen. Diese Spitäler müssen immer mehr die Rolle auch der medizinischen Grundversorgung übernehmen. In diesen Regionen würde eine Gebühr für Bagatellfälle eine zusätzliche und unnötige Hürde für die medizinische Grundversorgung darstellen. Für die Spitäler selber wird die Erhebung der Gebühr einen administrativen Aufwand erzeugen, der möglicherweise höher ist als die 50 Fr.

Eine Gebühr für Bagatellfälle sollte deshalb nur erhoben werden, wenn nachweislich gar kein Bedarf für die Konsultation des Notfalls vorgelegen hat. Die Vorlage ist entsprechend zu überarbeiten und auf diese Fälle zu beschränken.

Die Einführung einer Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotaufnahme wird die grundlegenden Probleme der medizinischen Versorgung in den Berggebieten und ländlichen Räumen nicht lösen. Die SAB hat schon verschiedentlich gefordert und aufgezeigt, wie die medizinische Grundversorgung gestärkt werden kann. Dazu gehören u.a. die Förderung integrierter Grundversorgungsmodelle durch Kombinationen von Hausarztpraxen mit Spitälern, Apotheken usw. in einem regionalen Verbund. Dies erfordert entsprechende Grundversorgungsstrategien seitens der Kantone. Weitere Ansätze sind die Abschaffung des Numerus Clausus, die Förderung der Ausbildung zu Hausärzten, die Förderung neuer Modelle wie der Advanced Practice Nurse und die Förderung der Telemedizin. Völlig kontraproduktiv sind demgegenüber ständig neue Auflagen und Einschränkungen wie die zumindest vorübergehend wieder sistierte Pflicht für Ärzte, vor der Eröffnung einer eigenen Praxis zuerst in einer anerkannten Schweizer Weiterbildungsstätte gearbeitet zu haben (Art. 37 KVG).

Wir bedanken uns für die Berücksichtigung unserer Anliegen und verbleiben

Mit freundlichen Grüssen

**SCHWEIZERISCHE ARBEITSGEMEINSCHAFT
FÜR DIE BERGGEBIETE (SAB)**

Der Präsident:

Der Direktor:

Pius Kaufmann
Nationalrat

Thomas Egger

Résumé

Le SAB - Groupement suisse pour les régions de montagne - rejette l'initiative parlementaire intitulée : Urgences hospitalières - Taxe pour les cas bénins dans la version proposée. Pour le SAB, ce projet doit se focaliser sur les cas qui n'auraient pas besoin de consulter en urgence.

Actuellement, les régions de montagne et rurales sont confrontées à la fermeture de cabinets médicaux et le nombre de médecins généralistes est à la baisse. Dans ce contexte, les personnes issues des régions de montagne et de l'espace rural n'ont parfois pas d'autre choix que de se rendre aux urgences de l'hôpital le plus proche, en cas de problème de santé. En ce qui concerne les soins de la santé dans les régions de montagne et rurales, le SAB estime qu'il faut les renforcer, par exemple en supprimant le numerus clausus, en promouvant la formation des médecins de famille, la télémédecine, les modèles de soins de base intégrés, etc.

SAGES, Geschäftsstelle, 3010 Bern

gever@bag.admin.ch
aufsicht@bag.admin.ch

Bern, 29. November 2024

Betreff: Ablehnende Stellungnahme zur Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme

Sehr geehrte Damen und Herren

Die Einführung einer Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme wird als Maßnahme zur Entlastung der Notaufnahmen und zur Kostensenkung im Gesundheitswesen diskutiert. Aus sozialarbeiterischer Sicht gibt es jedoch erhebliche Bedenken hinsichtlich der sozialen Auswirkungen dieser Maßnahme.

Ungleichheit und Zugang zu Gesundheitsleistungen: Eine Gebühr für Bagatellfälle stellt eine zusätzliche finanzielle Hürde dar, die vor allem einkommensschwache Menschen und sozial benachteiligte Gruppen trifft. Diese Personen könnten aus Angst vor zusätzlichen Kosten auf notwendige notfallmedizinische Behandlungen verzichten, was zu einem bleibenden Gesundheitsschaden führen kann. Die Einführung einer Gebühr verschärft die Ungleichheit im Zugang zu Gesundheitsleistungen und widerspricht dem Grundsatz der sozialen Gerechtigkeit.

Unkenntnis und Bildungsdefizite: Viele Menschen sind nicht in der Lage, die Dringlichkeit ihrer medizinischen Probleme richtig einzuschätzen. Dies kann auf Bildungsdefizite, fehlendes medizinisches Wissen oder Wissen zur Struktur unserer Gesundheitsversorgung zurückzuführen sein. Eine Gebühr für Bagatellfälle würde diese Unsicherheit verstärken und dazu führen, dass Menschen mit möglicherweise ernsthaften Gesundheitsproblemen nicht die notwendige notfallmedizinische Versorgung erhalten, aus Angst vor den finanziellen Konsequenzen.

Stigmatisierung und soziale Ausgrenzung: Die Einführung einer Gebühr könnte dazu führen, dass Menschen, die die Notaufnahme für Bagatellfälle aufsuchen, stigmatisiert und als «Kostenverursacher» gebrandmarkt werden. Diese Stigmatisierung kann zu sozialer Ausgrenzung führen und das Vertrauen in das Gesundheitssystem untergraben. Sozialarbeiter:innen bemühen sich darum, Stigmatisierung und soziale Ausgrenzung zu bekämpfen, weshalb die Einführung solcher Gebühren kontraproduktiv wäre.

Psychische Belastungen: Finanzielle Sorgen und die Angst, sich notfallmedizinische Hilfe nicht leisten zu können, können zu erheblichen psychischen Belastungen führen. Menschen in prekären Lebenslagen sind

ohnehin häufig mit Stress und psychischen Problemen konfrontiert. Eine zusätzliche Gebühr würde diesen Druck weiter erhöhen. Aus sozialarbeiterischer Sicht ist es wichtig, psychische Belastungen zu minimieren und den Zugang zu Unterstützungsleistungen zu erleichtern.

Unzureichende Ressourcen in der Grundversorgung: Der Fachkräftemangel und die ungenügenden Ressourcen in der Grundversorgung sind zentrale Herausforderungen im Gesundheitssystem. Anstatt eine Gebühr für Bagatellfälle einzuführen, sollte der Fokus darauf liegen, die Grundversorgung zu stärken und auszubauen. Dies könnte durch die Aufstockung von Personal, bessere Arbeitsbedingungen und gezielte Investitionen in die primäre Gesundheitsversorgung erreicht werden. Eine starke Grundversorgung kann dazu beitragen, die Notaufnahmen zu entlasten und gleichzeitig eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen.

Des Weiteren muss der Fokus auf der Förderung von Präventionsmaßnahmen und die bessere Aufklärung der Bevölkerung über die richtige Nutzung des Gesundheitssystems liegen. Sozialarbeiter:innen können hierbei eine wichtige Rolle spielen, indem sie Aufklärungsarbeit leisten und Menschen dabei unterstützen, die richtigen Gesundheitsangebote in Anspruch zu nehmen.

Die Einführung einer Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme ist aus sozialarbeiterischer Sicht abzulehnen. Sie schafft zusätzliche finanzielle Barrieren, fördert Ungleichheit und soziale Ausgrenzung und belastet vulnerable Bevölkerungsgruppen psychisch und finanziell. Es ist falsch, davon auszugehen, es handle sich immer um eine Bagatelle, wenn es keine Zuweisung von Ärzt:innen, einem Zentrum für Telemedizin oder von Apotheker:innen gibt oder es nicht zu einem stationären Aufenthalt führt. Und es ist nicht nachvollziehbar, den Kantonen die diesbezügliche Entscheidung zu überlassen. Stattdessen sollten Maßnahmen ergriffen werden, die den Zugang zu Gesundheitsleistungen erleichtern und die Bevölkerung besser über die richtige Nutzung des Gesundheitssystems informieren. Dies fördert nicht nur die soziale Gerechtigkeit, sondern trägt auch zu einem effizienteren Gesundheitssystem bei. Eine Gebühr für Bagatellfälle steht im Widerspruch zur Stärkung sozial benachteiligter Gruppen und wäre ein Rückschritt in den Bemühungen um ein gerechteres Gesundheitssystem. Daher lehnen wir diese Maßnahme entschieden ab.

Freundliche Grüsse im Namen des Fachverbands für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit SAGES



Sandro Bertschinger, Geschäftsführer

Stellungnahme des SBK im Rahmen der Vernehmlassung 17.480 n Pa. Iv. (Weibel) Bäumle. Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme

Bern, 16. Dezember 2024

Ausgangslage

Die Vorlage sieht vor, dass der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehalts zulasten der versicherten Person um 50 Franken erhöht wird, wenn diese eine Spitalnotaufnahme ohne schriftliche Überweisung von einem Arzt bzw. einer Ärztin, von einem Zentrum für Telemedizin oder von einem Apotheker bzw. einer Apothekerin aufsucht. Von dieser Regelung ausgenommen sind Schwangere sowie Kinder. Ausserdem gilt sie nur für Personen, die der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) unterstellt sind. Der Entscheid über die Einführung einer solchen Erhöhung des Selbstbehalts wird den Kantonen überlassen.

Der SBK mit seinen 25 000 Mitgliedern und rund 20 regionalen Sektionen und Fachverbänden wurde eingeladen, zu dieser Vorlage Stellung zu nehmen. Diese Stellungnahme ist das Resultat einer breiten internen Vernehmlassung und bildet die verschiedenen Rückmeldungen bestmöglich ab.

Die Vorlage der Notfallgebühr für Bagatellfälle wurde einstimmig und klar abgelehnt.

In der Folge sind Begründungen und Hinweise auf bessere Lösungsansätze ausgeführt.

Allgemeine Überlegungen

Die angedachte Gebühr wird vor allem Verwaltungsaufwand generieren, arme Menschen zusätzlich belasten und kaum eine Veränderung der Patientenströme bewirken. Gerade bei älteren oder polymorbiden Menschen geht es häufig um echte gesundheitliche Probleme. Das Gesundheitssystem ist heute nicht bedarfsgerecht ausgestaltet und die finanzielle Belastung würde mit dieser Gebühr nochmals auf die einzelne Person abgewälzt. Der Vorschlag birgt auch die Gefahr, Arztpraxen noch mehr zu belasten, wenn Patient:innen eine schriftliche Bescheinigung eines Arztes verlangen, um sich in die Notaufnahme begeben.

Häufige Ursache für eine Notfallkonsultation, die allenfalls ein Bagatellfall darstellen könnte (wobei hier die Definition fehlt), sind Probleme beim Zugang zur primären Gesundheitsversorgung und ein Mangel an Informationen bei der Bevölkerung (Health Literacy). Es gibt einen zunehmenden Mangel an Hausärzt:innen, und auch manche Zentren für Telemedizin empfehlen Patient:innen in der Warteschlange, sich auf eine Notfallstation zu begeben, falls die Wartezeiten zu lange werden. Mit der vorgeschlagenen Notfallgebühr für jede Konsultation¹ in einer Notfallstation würde die Bevölkerung und die am meisten benachteiligten Personen finanziell zusätzlich belastet. Aus unserer Sicht liegt es in der Verantwortung der Kantone, sinnvolle niederschwellige Angebote wie Polikliniken oder Gesundheitszentren an strategischen Orten zu schaffen und die Bevölkerung auch angemessen darüber zu informieren.

Pflegefachpersonen als wichtige Ressource

¹ Mit Ausnahmen wie Schwangere oder Kinder

Der Bundesrat hat das KVG im Rahmen der Umsetzung der ersten Etappe von Artikel 117b geändert, um den Pflegefachpersonen das Recht zu geben, ab Juli 2024 selbständig Abklärungs- und Koordinationsleistungen A zu erbringen. Der vorliegende Konsultationsentwurf ignoriert die Rolle der Pflegefachpersonen bei der Beurteilung und Orientierung von Patienten vollständig und schlägt vor, dass diese Tätigkeiten ausschliesslich von Ärzt:innen und Apotheker:innen durchgeführt werden sollen. Gerade die Rolle der Pflegeexpert:in APN hat grosses Potenzial für die Erstversorgung oder die Fallführung bei chronisch Erkrankten in der Primary Care, z.B. als Mitarbeitende in Hausarztpraxen und in anderen Strukturen der primären Gesundheitsversorgung. In der häuslichen Pflege sind die diplomierten Pflegefachpersonen oft das Bindeglied zwischen Patient:innen und Hausärzt:innen. Es wäre sinnvoll, ihnen die Kompetenz zu übertragen, Patient:innen in die Notfallstation zu überweisen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es notwendig ist, das gesamte System des Zugangs zur Erstversorgung zu überdenken und dabei insbesondere die grossen Ressource Pflegefachpersonen zentral einzubeziehen, gerade in Bereichen wie der medizinischen Grundversorgung, dem Krisenmanagement im Bereich der psychischen Gesundheit, der häuslichen Pflege und bei akuten Situationen in Pflegeheimen. Auf vielen Notfallstationen arbeiten spezialisierte Pflegefachpersonen, die bereits heute wichtige Aufgaben in den Bereichen Triage, Erstversorgung, Betreuung und Pflege übernehmen. Diese Rollen kann man weiter validieren und den Spezialist:innen auch offiziell mehr Kompetenzen geben.

Ethische Überlegungen

Eine Gebühr trifft vor allem die vulnerabelsten Menschen, z. B.:

- Armutsbetroffene; die anderen schmerzt der Betrag nicht und sie werden den Notfall trotzdem aufsuchen
- Personen mit der tiefsten Health Literacy (d.h. welche Mechanismen von Krankheitssymptomen nicht verstehen, die Bedrohlichkeit von Symptomen nur schwer korrekt einschätzen können oder nicht wissen, wie das Gesundheitssystem in der Schweiz funktioniert)
- Sehr kranke Menschen, die deswegen den Notfall aufsuchen (Bieler et al., 2012; Bodenmann et al., 2015)
- Menschen, die keinen Hausarzt, Hausärztin finden konnten
- Personen, welche die Krankenkassenprämien nicht bezahlt haben und daher in einigen Kantonen nur auf dem Notfall für Notfälle behandelt werden

Eine Gebühr kann zu gefährlichen Zeitverzögerungen führen, wenn vor dem Gang in den Notfall noch eine schriftliche Überweisung organisiert werden muss. Z.B. bei kardialen oder anderen Notfällen (Herzinfarkt oder Stroke) riskiert man einen Herzstillstand oder eine schwere Behinderung, wenn man nicht umgehend untersucht und behandelt werden kann.

Konkrete Handlungsvorschläge als Alternative zu der Gebühr

1. Eine sorgfältige Analyse der Ursachen, weshalb Patient:innen den Notfall häufig (heavy user) oder wegen einer Bagatelle (ESI 4 und 5) aufsuchen, und die Erarbeitung von Massnahmen zur Entlastung der Notfälle auf dieser Grundlage.
2. Auseinandersetzung mit Best Practice Modellen, z.B. Spitäler, die neben der Notfallstation eine Art Poliklinik oder Hausarztpraxis betreiben und Bagatellfälle dieser zuweisen, Case Management für Heavy User im Notfall (z.B. CHUV)
3. Stärkung der Grundversorgung, also von Spitex, Hausärzt:innen, Hausbesuche, Palliative Care, Mütter-/ Väterberatung, genügend dipl. Pflegepersonal in Langzeitinstitutionen rund um die Uhr sowie Aufbau von bedarfsgerechten Gesundheitszentren und Polikliniken mit multiprofessioneller Besetzung.

Vom Zentralvorstand des SBK per Zirkularbeschluss genehmigt im Dezember 2024

Referenzen:

Bieler, G., Paroz, S., Faouzi, M., Trueb, L., Vaucher, P., Althaus, F., Daeppen, J.-B., Bodenmann, P. (2012). Characterizing the vulnerability of frequent emergency department users by applying a conceptual framework: a controlled, cross- sectional study. Academic Emergency Medicine, 19(1) 63-68.

Bodenmann, P., Baggio, S., Iglesias, K., Althaus, F., Velonaki, V.-S., Stucki, S., Ansermet, C., Paroz, S., Trueb, L., Hugli, O., Griffin, J. L., Daeppen, J.-B. (2015). International Journal for Equity in Health. 14 (146).



Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit des Nationalrates
3003 Bern
Per E-Mail an:
gever@bag.admin.ch
aufsicht@bag.admin.ch

Biel, 16. Dezember 2024

Vernehmlassung 17.480 Pa.Iv. „Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotaufnahme“

Sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren Nationalräte

Im Namen des Schweizerischen Drogistenverbandes (SDV) bedanken wir uns für die Möglichkeit, unsere Position zum Vorentwurf Ihrer Kommission betreffend Umsetzung 17.480 Pa.Iv. „Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotaufnahme“ darzulegen.

Die Kantone sollen mit dieser Vorlage die Kompetenz erhalten, den jährlichen Höchstbetrag des Selbstbehalts zulasten der versicherten Person um 50 Franken zu erhöhen, wenn diese eine Spitalnotaufnahme ohne schriftliche Überweisung von einer/m Ärztin bzw. Arzt, einem Zentrum für Telemedizin oder einer Apothekerin bzw. Apotheker aufsucht. Schwangere und Kinder sind von dieser Regelung ausgenommen.

Der SDV lehnt diese Vorlage ab. Die Einführung einer Gebühr wie vorgeschlagen ist sinnlos. Gemäss erläuterndem Bericht (S. 13) sieht das KVG derzeit nicht vor, dass der Apothekerin oder der Apotheker Leistungen der Diagnose und Behandlung erbringt, wie z.B. die Entscheidung, ob ein Patient die Spitalnotaufnahme aufsuchen soll. Somit können diese Leistungen der Apothekerinnen oder Apotheker nicht von der OKP übernommen werden. Damit müssten die Kosten in der Apotheke von der versicherten Person selbst übernommen werden. Des Weiteren sind auch diesbezügliche Haftungsfragen nicht geklärt.

Unbestritten ist, dass die Inanspruchnahme der Spitalnotaufnahmen ansteigt und dadurch die Arbeitslast des Medizinal- und Pflegepersonals erhöht und die Wartezeiten verlängert werden. An dieser Stelle möchten wir die Drogerien hervorheben als wichtige Anlaufstelle mit niederschwelligem Angebot im Schweizer Gesundheitssystem. Die Drogerien in der Schweiz nehmen im Bereich Gesundheit und Salutogenese eine wichtige Triagefunktion wahr. Die Drogistinnen und Drogisten sind in der Lage zu erkennen, ob und wann eine Person eine ärztliche Behandlung benötigt. Dies trägt ebenso zur Entlastung und Kostensenkung im Gesundheitswesen bei.



Wir danken im Namen unserer Mitglieder für eine Berücksichtigung unserer Anliegen.

Freundliche Grüsse

Andrea Ullius
Leiter Politik und Branche
Vorsitzender der Geschäftsleitung
a.ullius@drogistenverband.ch
Telefon +41 79 211 13 23

Christa Hofmann
lic. iur. / EMBA FHNW
Fachexpertin Recht und Politik
c.hofmann@drogistenverband.ch
Telefon +41 32 328 50 32

Bundesamt für Gesundheit

Per E-Mail am 09.01.2025 übermittelt:

gever@bag.admin.ch

aufsicht@bag.admin.ch

Bern, 09. Januar 2025/LC

**Rückmeldung der SGAIM zur Vernehmlassung «Parlamentarische Initiative
Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotaufnahme»**

Sehr geehrte Damen und Herren

Der Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) bedankt sich bestens für die freundlicherweise eingeräumte Möglichkeit einer Stellungnahme im Zuge der Vernehmlassung. Die vorliegende Antwort basiert auf der Vernehmlassungsrückmeldung unserer Partnerorganisation Haus- und Kinderärzte Schweiz (mfe).

Die Vorlage will die Notaufnahmen der Spitäler mit einer Erhöhung des Selbstbehaltes entlasten. Den Kantonen soll es freistehen, diese Regelung einzuführen. Zahlreiche Ausnahmen schränken die Zahl der möglichen Betroffenen ein. Die Wirkung soll insbesondere über das Kostenbewusstsein und die Eigenverantwortung der potentiellen Patient:innen erreicht werden.

Die Vorlage selbst hat bereits eine turbulente Geschichte hinter sich, mit mehreren Anläufen in beiden Kammern, was bereits eindrücklich auf die fundamentalen Differenzen in Bezug auf die Einschätzung der Wirkung dieser Massnahme hinweist. In der Vergangenheit ist dasselbe Schicksal bereits den Vorlagen 04.034 (Bundesgesetz über die Krankenversicherung Teilrevision. Kostenbeteiligung) und in der Folge, ebenfalls zum Thema Kostenbeteiligung und differenzierter Selbstbehalt, der Vorlage Managed Care (04.062) widerfahren. Bekanntlich wurde die Managed Care-Vorlage an der Urne im Jahre 2012 wuchtig verworfen.

Symptomatisch auch in diesem Zusammenhang die Motion 09.3623 (Verstärkte Eigenverantwortung beim Leistungsbezug im Gesundheitswesen), die im KVG neu den Art. 64 Abs. 6bis verankern wollte, mit folgendem Wortlaut: *«Der Bundesrat sieht für die Erstversorgung von Krankheiten durch Notfalleinrichtungen ... ohne Vorliegen einer Notfallsituation eine erhöhte Kostenbeteiligung vor. (...)»*

Die Motion von Barbara Schmid-Federer wurde 2011 einfach abgeschrieben.

Wir dürfen also getrost von altem Wein in neuen Schläuchen sprechen, wenn wiederum über den Selbstbehalt der Zufluss in die Spital-Notfallaufnahme gesteuert werden soll. Dass dies bei Bagatellfällen ein zunehmendes Problem sein soll, ist im Übrigen zu bezweifeln. So besagen Helsana-Zahlen, dass der Anteil der Bagatellen sogar kontinuierlich gesunken sei, von 10 Prozent im Jahr 2014 auf lediglich 7 Prozent neun Jahre später. Es ist im Übrigen auch nicht gelungen, eine klare Definition des Bagatellfalls zu finden, man behilft sich in dieser Vorlage mit Hilfskonstruktionen. So soll der Zuschlag systematisch erhoben werden, mit klar umrissenen Ausnahmen. Dadurch wären nurmehr

diejenigen 10 % der Versicherten betroffen, die den maximalen Selbstbehalt von Fr. 700 überhaupt erreichen. Wie viele davon den Spitalnotfall unnötig belasten, kann schwer abgeschätzt werden, aber es dürften weniger als 5 % der Versicherten sein.

Die Frage von Aufwand und Ertrag stellt sich entsprechend. Aus Sicht der Grundversorger:innen kommt mit der Überweisung neuer administrativer Aufwand auf sie zu. Die Hoffnung, dass dank der neuen Bestimmung die Bagatellfälle vom Hausarzt oder der Hausärztin erledigt würden, setzt voraus, dass genügend Hausärzt:innen mit ihren bewährten MPA's (Medizinische Praxisassistent:innen) die Versorgung sicherstellen. Dies ist jedoch nicht der Fall, unsere Workforce-Studien sagen klar einen weiteren Rückgang der verfügbaren hausärztlichen Versorgung voraus, noch bis zumindest ins Jahr 2030. Mit den zwei Bundesgerichtsentscheiden zu Notfall- und Inkonvenienzpauschalen verschärft sich die Situation gerade jetzt noch zusätzlich, der Notfalldienst wird damit sicher nicht gefördert. Alternativen stehen keine im Raum.

Der Aufwand entsteht also auf Seiten der Leistungserbringenden, die zusätzlichen Kosten tragen die Patient:innen, der «Ertrag» aus diesem Prozess fliesst zu den Versicherten. Dies können wir nicht unterstützen. Die Erfahrungen in Deutschland und Österreich müssten im Übrigen mit einbezogen werden: solche Gebühren wurden dort eingeführt und mangels Erfolges auch wieder abgeschafft, teilweise mehr als einmal!

Worauf wir noch hinweisen wollen: Im Bereich der Grundversorgung ist sehr wohl eine Dynamik zur möglichen Entschärfung der Situation im Gange. Dank neuer Rollen für bestehende und neuer Berufsgruppen in interprofessionellen Settings können vermehrt Konsultationen einerseits aufgefangen und andererseits besser an die richtige Stelle geleitet werden. Allerdings muss jederzeit die Qualität der Triage gewährleistet sein, vergleichbar den Anforderungen an die Ärzteschaft und ihrer bereits bestehenden und etablierten Triageorganisation(en). Es müssen Massnahmen ergriffen werden, um Hausärzte angemessen dabei zu unterstützen, ihre Patienten außerhalb der üblichen Arbeitszeiten zu empfangen, um die Notdienste zu entlasten.

Die **Eigenverantwortung** kann unseres Erachtens nicht über eine finanzielle Abschreckung gefördert werden. Sie führt eher dazu, dass PatientInnen deswegen im Notfall nicht im Spital erscheinen und sich damit in Gefahr begeben. Stattdessen muss an der **Gesundheitskompetenz** gearbeitet werden – hier liegt der Schlüssel zum verantwortungsvollen Umgang mit den Ressourcen im Gesundheitssystem. Erfahrungsgemäss wird der Spitalnotfall übermässig von Patient:innen genutzt, die keinen Hausarzt und keine Hausärztin haben und/oder sich im Schweizer Gesundheitssystem schlecht auskennen. Hier ist nicht Strafe angesagt, sondern Vermittlung von Wissen und Kompetenzen.

Gerne erwarten wir von den Kantonen, dass sie entsprechende Förderprogramme auf die Beine stellen, statt mit viel Administrationsaufwand diese Vorlage umsetzen zu wollen. Wir sind davon überzeugt, dass die vorgeschlagene Regelung unter dem Strich keinerlei Kosten sparen wird. Sie setzt am falschen Ort an und holt nicht denjenigen Teil der Patientenschaft ab, der unnötig die Notfallaufnahmen nutzt. Die im Moment im Rahmen des Kostendämpfungspaketes 2 im Parlament diskutierte Massnahme, dass Versicherer Patientinnen und Patienten über kostengünstige Leistungen, geeignete besondere Versicherungsformen und präventive Massnahmen informieren können (Art. 56a und 84 KVG), scheint uns ein interessanterer Weg zu sein, steuernd gezielt dort einzugreifen, wo es gemäss Versichererdaten angebracht erscheint.

Generell ist in unseren Augen der Fachkräftemangel und der eingeschränkte Platz in der Aus- und Weiterbildung von Ärzten, insbesondere für Hausärzte, das Problem.

Die Vorlage ist nur eine Symptombekämpfung, sie darf nicht weiterverfolgt werden.

Hingegen erwarten wir vom BAG und dem Departement des Innern, die wirklichen Probleme einer Lösung zuzuführen und diese bereits im Rahmen der angelaufenen Agenda Grundversorgung anzupacken. Dabei helfen wir gerne mit, für Fragen und Diskussionen stehen wir jederzeit zur Verfügung.

Wir bitten Sie höflich um Kenntnisnahme und Einbezug unserer Überlegungen.

Freundliche Grüsse

Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM)



Christoph Knoblauch
Dr. med.
Co-Präsident



Myriam Oberle
Dr. med.
Co-Präsidentin

Kommission für soziale Sicherheit
und Gesundheit
Frau Kommissionspräsidentin Barbara Gysi
3003 Bern

gever@bag.admin.ch
aufsicht@bag.admin.ch

Bern, 20.11.2024

Gebühr für die Spitalnotfallaufnahme (Pa. Iv. 17.480): Vernehmlassung

Sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin

Besten Dank für die Einladung zur oben erwähnten Vernehmlassung. Im Folgenden nehmen wir dazu gerne Stellung.

Zusätzlich zur untragbaren Kopfprämienbelastung der Versicherten ist im Schweizer Gesundheitswesen für die PatientInnen auch die Rechnung für direkte Kostenbeteiligungen horrend hoch. Hierzulande müssen die Haushalte durchschnittlich 5.5 Prozent ihres verfügbaren Einkommens für Gesundheitsausgaben direkt aus der eigenen Tasche bezahlen. Im gesamten EU-Raum sind es mehr als 2 Prozentpunkte weniger, und im (ebenso) reichen Luxemburg ist es mit 1.8 Prozent nicht einmal ein Drittel davon. Gemäss BAG-Zahlen beträgt die durchschnittliche Kostenbeteiligung nur durch Franchise und Selbstbehalt pro versicherte Person bereits über 700 Franken pro Jahr. Rechnet man die meist unverzichtbaren Selbstzahlungen ausserhalb der Grundversicherung hinzu (insbesondere für Zahnpflege und nicht übernommene Medikamente), steigen die direkten Kosten pro Jahr und versicherte Person auf über 2200 Franken. Vor diesem Hintergrund ist klar, dass jede weitere Erhöhung der Kostenbeteiligung aus wirtschafts- und sozialpolitischen Gründen nicht zu akzeptieren ist. Der Schweizerische Gewerkschaftsbund lehnt deshalb die von Ihrer Kommission geforderte Einführung einer Notfallgebühr ganz grundsätzlich ab.

Zur Umsetzung der Parlamentarischen Initiative 17.480 schlägt die Gesundheitskommission des Nationalrats (SGK-N) vor, dass der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehalts zulasten einer versicherten Person um 50 Franken erhöht wird, wenn diese eine Spitalnotaufnahme ohne schriftliche Überweisung von einem Arzt bzw. einer Ärztin, von einem Zentrum für Telemedizin oder von einem Apotheker bzw. einer Apothekerin aufsucht. Von dieser Regelung ausgenommen sind Schwangere sowie Kinder. Ausserdem gilt sie nur für Personen, die der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) unterstellt sind. Ziel der Notfallgebühr ist es, unnötige Inanspruchnahmen von Spitalnotaufnahmen zu vermeiden und damit deren Überlastung zu reduzieren. Dies dadurch, dass mit dieser Massnahme «das Kostenbewusstsein und die Eigenverantwortung der Versicherten gestärkt» würden.

Zum «Kostenbewusstsein»: Das Phänomen des «Leistungsverzicht aus Kostengründen» ist in der Schweiz bekanntlich weit verbreitet und nimmt weiter zu. Letztes Jahr gaben in einer Sotomo-

Umfrage fast 20 Prozent der Bevölkerung an, im Vorjahr aus finanziellen Gründen auf einen Besuch bei der Ärztin verzichtet zu haben. Gemäss einer weiteren Studie des Obsan verzichteten in der Gruppe der «sozioökonomisch am meisten Benachteiligten» gar 47 Prozent der Versicherten auf medizinische Leistungen. Oft geht es dabei glimpflich aus, manchmal aber auch nicht: dann sind die Folgen mit unnötigem menschlichem Leid und hohen Zusatzkosten gravierend – und der Gang in den Spitalnotfall erst recht nicht zu vermeiden.

Die Einführung einer Notfallgebühr ist also nicht nur wirtschafts- und sozialpolitisch falsch, sondern sie schwächt zweitens auch klar die Förderung der öffentlichen Gesundheit. Dazu kommt weiter, dass eine solche Gebühr versorgungspolitisch auf einem abwegigen Realitätsverständnis beruht: Kaum jemand sucht gerne «unnötigerweise» einen Spitalnotfall auf. Und jene die dies dennoch tun, haben oftmals überhaupt keine Alternative. Dies insbesondere aufgrund des in vielen Regionen herrschenden HausärztInnenmangels

Viertens schafft die von der SGK-N geplante Gebühr versicherungstechnisch neue, weder begründ-, noch haltbare Ungerechtigkeiten. Da die Gebühr nur im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) anwendbar ist, fiel sie für Unfälle je nach Lebenssituation völlig willkürlich an: Eine sich im Arbeitsleben befindende Person, die für Unfälle gemäss Unfallversicherungsgesetz (UVG) versichert ist, müsste die Gebühr nicht entrichten. All jene Versicherten – insbesondere Pensionierte –, deren Unfalldeckung im Rahmen des KVG besteht, jedoch schon. Diese Ungleichbehandlung ist mitnichten zu rechtfertigen und möglicherweise auch nicht verfassungskonform. Fast ironischerweise wird diese Regelung von der Kommission aber gerade damit begründet, dass die alternative Aufnahme einer über den Geltungsbereich der Krankenversicherung hinausgehenden Bestimmung in das KVG verfassungswidrig sei. In jedem Fall ist diese Widersprüchlichkeit ein weiterer Beleg dafür, dass die geplante Regelung weder gerecht noch zweckdienlich ist und Ihre Kommission deswegen unbedingt darauf verzichten sollte, sie weiter zu verfolgen.

Abschliessend möchten wir zu bedenken geben, dass der ursprüngliche Titel dieser Parlamentarischen Initiative, «Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotaufnahme», für die Bezeichnung der aktuell geplanten Gesetzesrevision keineswegs mehr statthaft ist. Denn die Kommission hat bewusst – und aufgrund definitorischer und bürokratischer Hindernisse verständlicherweise – auf eine gesetzliche Bestimmung zur Festlegung von solchen «Bagatellfällen» verzichtet und die Notfallgebühr damit als eine allgemein anfallende Abgabe definiert (mit den wenigen ohnehin unverzichtbaren Ausnahmen für Schwangere und Kinder).

In diesem Sinne hoffen wir auf die Berücksichtigung unserer Stellungnahme und danken Ihnen herzlich für die Zusammenarbeit.

Freundliche Grüsse

SCHWEIZERISCHER GEWERKSCHAFTSBUND



Pierre-Yves Maillard
Präsident



Reto Wyss
Zentralsekretär



Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin
Société Suisse de Médecine d'Urgence et de Sauvetage
Società Svizzera di Medicina d'Urgenza e di Salvataggio
Swiss Society of Emergency and Rescue Medicine

Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
CH-3003 Bern

Per Mail an:
gever@bag.admin.ch
aufsicht@bag.admin.ch

Bern, 9. Dezember 2024 TSM

17.480 Parlamentarische Initiative (Weibel) Bäumle. Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme. Vorentwurf der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-NR) vom 15. August 2024: Vernehmlassung

Sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin,
Sehr geehrte Frau Nationalrätin, sehr geehrter Herr Nationalrat

Wir bedanken uns im Namen der **Schweizerischen Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin SGNOR** für die Möglichkeit, an der Vernehmlassung zum Vorentwurf zur Umsetzung der **17.480 Parlamentarischen Initiative (Weibel) Bäumle. Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme. Vorentwurf der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR) vom 15. August 2024** teilzunehmen.

Unsere Gesellschaft (SGNOR) vertritt die Interessen der präklinischen und klinischen Notfallmedizin in der Schweiz. Mit unseren 1400 Mitgliedern stehen wir tagtäglich an den Eingangspforten der Schweizer Notfallstationen.

Position der Schweizerischen Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin:

Die SGNOR unterstützt den Antrag der Minderheit Crottaz et al: Nichteintreten auf den Gesetzesentwurf.

Die SGNOR lehnt die parlamentarische Initiative 17.480 (Weibel) Bäumle entschieden ab.

Begründung

1. Ausgangslage

Der Vorschlag der SGK-NR sieht vor, dass der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehalts zulasten der versicherten Person bei jeder Notfallkonsultation um 50 Franken erhöht wird, falls die versicherte Person die Notfallaufnahme ohne schriftliche Überweisung von einer Ärztin bzw. einem Arzt, von einem Zentrum für Telemedizin oder von einer Apothekerin bzw. einem Apotheker aufsucht. Kinder bis zum Alter von 18 Jahren und Schwangere sollen von dieser Regelung ausgenommen werden. Die Einführung der Massnahme soll den Kantonen überlassen werden. Artikel 64 KVG soll zu diesem Zweck um einen Absatz 3^{bis} ergänzt werden.

Folgende Minderheitsanträge liegen vor:

- Eine Minderheit (Crottaz) beantragt, auf die Vorlage nicht einzutreten
- Eine Minderheit (Nantermod) beantragt, auf die Delegation an die Kantone zu verzichten und somit die Erhöhung des Höchstbetrags des Selbstbehalts im Fall einer Notfallkonsultation im Spital, ohne vorherige schriftliche Überweisung schweizweit einzuführen. Schwangere und Kinder wären von dieser Regelung ausgenommen
- Eine Minderheit I (Glerner) beantragt, dass für jede Notfallkonsultation im Spital ohne vorherige schriftliche Überweisung ein Zuschlag von höchstens 50 Franken auf den Selbstbehalt erhoben wird, sofern der Wohnkanton einen solchen Zuschlag vorsieht (Art. 64a Abs. 2 Bst. c e-KVG). Ein solcher Zuschlag käme früher zum Tragen als die Erhöhung des Höchstbetrags des Selbstbehalts
- Eine Minderheit II (Nantermod) verlangt, dass diese Massnahme schweizweit gelten solle. Schwangere und Kinder wären in beiden Varianten von der Regelung ausgenommen

2. Generelle Bemerkungen zur parlamentarischen Initiative

Die SGNOR begrüsst die Anerkennung der Überlastung der Spitalnotaufnahmen durch die SGK-NR wie sie unter Punkt 2.1. im erläuternden Bericht zur Pa.Iv. (Weibel) Bäumle ausgeführt wird. Auch unterstützen wir im Grundsatz Anstrengungen zur gezielten Lenkung der Patientinnen- und Patientenströme in unserem Land.

Die SGNOR hat sich jedoch aus ethisch-rechtlichen wie auch aus betrieblich-organisatorischen Gründen immer gegen die Erhebung einer zusätzlichen Notfallgebühr, wie sie in der Pa.Iv 17.480 vorgesehen ist, ausgesprochen. Spezialgebühren sind aus unserer Sicht gänzlich ungeeignet die Patientinnen- und Patientenströme medizinisch-ethisch vertretbar und betrieblich-organisatorisch sinnvoll zu lenken.

Die Begrifflichkeit des "Bagatellfalles" entbehrt sowohl einer medizinischen wie auch juristischen Definition. Der Patient oder die Patientin bestimmt selbständig aufgrund ihrer persönlichen Einschätzung, was ein medizinischer Notfall bedeutet. Diesem Aspekt begegnet die Notfallmedizin durch die Anwendung validierter Triage Systeme (z.B ESI¹) bei Aufnahme der Patientinnen und Patienten. In einem mehrstufigen Verfahren erfolgt dabei eine zeitliche Kategorisierung der Behandlungsdringlichkeit. Dabei werden leichtere Erkrankungen und Verletzungen entsprechend ihrer zugeteilten, weniger dringlichen Triagekategorie nach einer gegebenenfalls verlängerten Wartezeit behandelt.

Zur effizienten und effektiven Behandlung von Patientinnen oder Patienten in den Triagekategorien mit leichteren Erkrankungen und Verletzungen (ESI 4 + 5) betreiben viele Spitäler angegliederte Notfallpraxen. Oft erfolgt die Behandlung in diesen Notfallpraxen in enger Zusammenarbeit mit den regionalen Hausärztinnen und Hausärzten. Der Beitrag zur Sicherstellung der notfallmedizinischen Grundversorgung dieser Notfallpraxen muss in Zeiten des generellen Hausärzte- und Hausärztinnenmangels klar als systemrelevant bezeichnet werden. Immer mehr Menschen in der Schweiz haben keine Hausärztin oder keinen Hausarzt mehr. Die Betroffenen haben deshalb bei einem akut auftretenden medizinischen Problem gar keine Alternative zur Notfallstation und ihrer allenfalls vorgelagerten Notfallpraxis. Es wäre ungerecht und nicht zielführend, diese Menschen durch Erhebung einer zusätzlichen Gebühr zu bestrafen.

¹ Beim Emergency Severity Index, kurz ESI, handelt es sich um ein Triageverfahren, welches die Patienten in fünf Kategorien (ESI 1 = unmittelbare Lebensgefahr; ESI 5 = tiefste Behandlungsdringlichkeit) einteilt.

Leider sehen sich zum Jahreswechsel 2024/25 viele Notfallpraxen aufgrund des aktuell gültigen Tarifes TARMED sowie des kürzlich publizierten Urteils des Bundesgerichtes zur Dringlichkeits-Inkonvenienz-Pauschale F existentiell bedroht. Es bedarf hier von Seiten Kostenträger (Kantone und Versicherer) zeitnahen Lösungen zur Sicherstellung von kostendeckenden Betrieben dieser systemrelevanten Notfallpraxen. Die SGNOR hat gegenüber der Gesundheitsdirektorenkonferenz mit Schreiben vom 14. Oktober 2024 (Beilage) ihre aktive Mitarbeit angeboten.

Die Gründe für die steigenden Notfallkonsultationen sind mannigfaltig und grossmehrheitlich auf demographische wie auch gesellschaftliche Veränderungen zurückzuführen. Eine Notfallgebühr ist definitiv der falsche Ansatz, um diesen generellen Veränderungen zu begegnen.

3. Bemerkungen zum Umsetzungsvorschlag der SGK-NR

Wie eingangs erwähnt unterstützt die SGNOR Bestrebungen zur Entlastung der Notfallstationen in den Spitälern. Beim vorliegenden Umsetzungsvorschlag der SGK-NR muss der erwünschte Lenkungseffekt klar in Frage gestellt werden. Zudem entstehen den Spitälern nicht unwesentliche zusätzliche administrative Zusatzaufgaben, welche nicht finanziert sind.

Folgende Schwächen sieht die SGNOR im Umsetzungsvorschlag:

- *fehlender edukativer Effekt:* Die Patientinnen und Patienten – wenn überhaupt – erfahren von der Erhöhung des Selbstbehaltes erst zum Zeitpunkt der Rückforderung seitens der Krankenkassen. Dies wird das Verhalten in der Notfallsituation nicht nachhaltig lenken
- *Gefährdung benachteiligter Menschen:* Sozial und wirtschaftlich benachteiligte Menschen ohne Zugang zur Grundversorgung (kein Hausarzt / keine Hausärztin) werden auf medizinisch angezeigte notfallmässige Behandlungen verzichten und dadurch ihre Gesundheit gefährden
- *eingeschränkter Geltungsbereich:* Der Anwendungsbereich des Umsetzungsvorschlages ist auf Notfallbehandlungen im OKP-Versicherungsbereich limitiert. Das heisst: Notfallbehandlungen im Rahmen des MVG und vor allem des UVG sind nicht betroffen. Gerade letztere machen je nach Region einen wesentlichen Anteil der Notfallbehandlungen aus. Ebenso sind Schwangere und Kinder ausgenommen, was den Effekt weiter schmälert
- *fehlender Spareffekt:* Die Triagierung und schriftliche Zuweisung durch Arztpraxen, Apotheken oder telemedizinische Zentren werden zusätzlich der OKP verrechnet. Dadurch entstehen vermeidbare Zusatzkosten, da die betroffene Patientinnen- und Patientenkategorie oftmals kostengünstig in den vorgelagerten Notfallpraxen behandelt werden kann (quasi 2x Rechnung Hausärztin / Hausarzt)
- *Limitationen der Zuweisung:* Notfallbehandlungen ausserhalb der regulären Öffnungszeiten von Arztpraxen und Apotheken führen unweigerlich zur Erhebung der Gebühr respektive Erhöhung des Selbstbehalts, sofern keine Zuweisung durch ein telemedizinisches Zentrum erfolgt ist. Diese Zentren stehen heute aber nicht flächendeckend zur Verfügung. Viele Spitäler betreiben eigene, regional gut vernetzte Telefontrien. Letztere würde aber nicht als Ausnahme gelten, und die Gebühr müsste bei einer allfälligen Vorstellung auf der Notfallstation trotzdem erhoben werden. Zudem gilt es zu beachten, dass eine Triage durch ein telemedizinisches Zentrum immer Mehrkosten durch die zusätzliche Konsultation verursacht
- *keine schriftliche Zuweisung durch Apothekerinnen und Apotheker:* Die Berufsgruppe der Apothekerinnen und Apotheker können heute ihre Leistungen zur Diagnose und Behandlung nicht via OKP abrechnen, entsprechend erstellen sie keine schriftlichen Zuweisungen. Aktuell können sie den Patientinnen und Patienten die Vorstellung auf einer Notfallstation nur mündlich empfehlen. Zudem ist die Haftungsfrage für Apothekerinnen oder Apotheker ungeklärt
- *Mehrkosten durch verfehlten Lenkungseffekt:* Viele Hausärztinnen und Hausärzte leisten ihre gesetzlich vorgeschriebenen Notfalldienste in Notfallpraxen, welche den Spitälern vorgelagert sind. In der Regel erfolgt die Erstbeurteilung (Triage) und damit die Zuteilung der Behandlungseinheit (Notfallpraxis vs Notfallstation) an einer gemeinsamen Anlaufstelle. Hierdurch können Doppelspurigkeiten vermieden werden. Mit Umsetzung des Vorschlages müssten Selbstzuweisende immer erst in der Notfallpraxis erstbeurteilt werden und

anschliessend schriftlich der Notfallstation zugewiesen werden. Dies kompromittiert die Effizienz der Notfallprozesse und führt zu vermeidbaren Mehrkosten

- *Begrenzung eines allfälligen Effektes durch föderalistische Umsetzung:* Die SGK-NR beabsichtigt auf Bundesgesetzebene die Möglichkeit für die "Lenkungsgebühr" zu schaffen. In der Folge steht es den Kantonen aber frei, sich für die Umsetzung zu entscheiden und diese im Rahmen ihrer kantonalen Gesundheitsplanung auszugestalten. Ausschlaggebend für die Erhebung der Gebühr wäre dann der Wohnsitz der Patientinnen und Patienten. Dies erhöht bei der Umsetzung den administrativen Aufwand für alle Partner beachtlich. Zudem entsteht einmal mehr ein "Flickenteppich" in der medizinischen Notfallversorgung. Aus Sicht der SGNOR braucht es zur langfristigen Sicherstellung der notfallmedizinischen Versorgung unseres Landes Lösungen, welche ungeachtet der Kantons Grenzen wirkungsvoll sind.

4. Gegenvorschlag SGNOR

Die SGNOR begrüsst die Anerkennung der hohen Auslastung der Schweizer Notfallstationen durch die SGK-NR sowie das Bestreben, griffige Lenkungsmassnahmen zu ergreifen. Im Instrument der Spezialgebühr sehen wir aber keinen medizinisch-ethisch vertretbare Lösung. Stattdessen empfehlen wir Massnahmen in folgenden drei Bereichen durch die SGK-NR einzuleiten.

- **Gesundheitsprävention und – edukation:** Die gesellschaftlichen Veränderungen haben zu einer verminderten Kompetenz der Bevölkerung in einfachen notfallmedizinischen Situationen beigetragen. Der Umgang mit einfachen Erkrankungen und Verletzung sollte durch edukative Kampagnen gezielt verbessert werden
- **Stärkung Hausarztmedizin:** Die Grundversorgung in Notfallsituationen durch Hausärztinnen und Hausärzte ist aufgrund des notorischen Mangels zunehmend gefährdet. Die Hausarztmedizin muss daher in Aus- und Weiterbildung, aber auch in der tarifarischen Abbildung weiter gestärkt werden
- **adäquate Finanzierung von Notfallpraxen:** Den Notfallpraxen muss ein kostendeckender Betrieb durch Anpassung der Finanzierung ermöglicht werden. Die Erträge aus den TARMED Leistungen vermögen die aktuellen Vorhalteleistungen bei Weitem nicht mehr zu decken. Als kostengünstige und effiziente Erstanlaufstelle bei leichteren medizinischen Notfällen erfüllen aufgrund des Hausärztemangels zunehmend einen Grundversorgungsauftrag im Sinne des Service public. Entsprechende Beiträge durch Gemeinden und Kantone in Analogie zu den gemeinwirtschaftlichen Leistungen sind gesetzlich vorzusehen.

5. Empfehlung SGNOR

Die SGNOR empfiehlt der SGK-NR von jeglichen Spezialgebühren für die Patientinnen und Patienten im Notfall abzusehen und lehnt die parlamentarische Initiative 17.480 (Weibel) Bäumle entschieden ab.

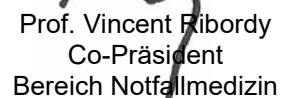
Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Ausführungen und stehen Ihnen jederzeit gerne für weitere Auskünfte zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin SGNOR


Dr.med. Thomas S. Müller
Vorstandsmitglied


Dr. med. Barbara Schild
Co-Präsidentin
Bereich Rettungsmedizin


Prof. Vincent Ribordy
Co-Präsident
Bereich Notfallmedizin



Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin
Société Suisse de Médecine d'Urgence et de Sauvetage
Società Svizzera di Medicina d'Urgenza e di Salvataggio
Swiss Society of Emergency and Rescue Medicine



NOTFALLPFLEGE SCHWEIZ
www.notfallpflege.ch
SOINS D'URGENCE SUISSE
www.soins-urgence.ch

Konferenz der kantonalen
Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)
Haus der Kantone
Speichergasse 6
Postfach
CH-3001 Bern

Bern, 14. Oktober 2024 GK/TSMUE

Bundesgerichtsurteil betreffend der Dringlichkeits-Inkonvenienz-Pauschale F (TARMED Pos. 00.2505)

Sehr geehrte Gesundheitsdirektorinnen
Sehr geehrte Gesundheitsdirektoren

Mit diesem Schreiben will die Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin SGNOR und die Notfallpflege Schweiz Ihre Besorgnis über oben erwähntes Bundesgerichtsurteil ausdrücken.

Im Sommer 2024 hat das Schweizerische Bundesgericht (III. öffentlich-rechtliche Abteilung) mit Entscheid 9C_33/2024 i.S. einer Beschwerde gegen das Urteil des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Zürich vom 4. Dezember 2023 behandelt und mit einer teilweisen Gutheissung aufgehoben. Die Sache wurde zur erneuten Beurteilung an die Vorinstanz zurückgewiesen.

Die Beschwerdegegnerin betreibt ein Notfall- und Gesundheitszentrum, bzw. eine Notfall- und Hausarztpraxis. Diese kann bei dringenden medizinischen Problemen ohne Voranmeldung täglich (an 365 Tagen im Jahr) von 7-22 Uhr aufgesucht werden.

::

Durch das Bundesgericht wurde demzufolge geprüft, ob das kantonale Schiedsgericht Recht im Sinne von Art. 95 BGG verletzte, als es die Klage der Krankenversicherer abwies und damit bestätigte, dass die Beschwerdegegnerin befugt ist, für Notfallbehandlungen die Dringlichkeits-Inkonvenienzpauschale F gemäss TARMED abzurechnen.

::

Zusammenfassend hat das Bundesgericht entschieden, dass die Beschwerdegegnerin nicht berechtigt war, die Dringlichkeits-Inkonvenienzpauschale F (TARMED-Tarifposition 00.2505) für Behandlungen abzurechnen, die während der von ihr öffentlich bekannt gegebenen Öffnungszeiten durchgeführt werden.

::

Es steht uns als medizinische Fachgesellschaften nicht zu das Bundesgerichtsurteil inhaltlich in Frage zu stellen, zumal die Sachlage in beklagter Angelegenheit klar und nachvollziehbar im TARMED geregelt ist.

Die Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin und die Notfallpflege Schweiz sind jedoch über die zu erwartenden respektive teilweise bereits eingetreten Auswirkungen des Urteils äusserst besorgt. In der Zentralschweiz hat kürzlich die erste Notfallpraxis ihre Schliessung aus betriebswirtschaftlichen Gründen per Ende 2024 bekannt gegeben.

Die Notfallpraxen in all ihren regional verankerten Organisationsformen sind heute ein unverzichtbarer Teil der notfallmedizinischen Grundversorgung unseres Landes. Über Jahre entwickelt als Antwort auf verschiedene gesellschaftliche, demographische aber auch politische Veränderungen, tragen sie heute entscheidend zur Diversion der Patientenpfade in medizinischen Notfallsituationen bei. Mit schlank aufgestellten Notfallpraxen kann dem wachsenden Bedarf adäquat und kostengünstig begegnet werden. Oftmals in enger Zusammenarbeit mit den Grundversorgenden der Region, welche in den Schweizer Notfallpraxen ihren gesetzlich vorgeschriebenen Notfalldienst ausserhalb ihrer Sprechstundentätigkeit leisten. In gewissen Regionen können bis zu 50% der Notfallpatientinnen- und patienten in diesen ambulanten Institutionen abschliessend behandelt werden. Der Betrieb einer Notfallpraxis unter Berücksichtigung der WZW-Kriterien ist mit dem heutigen Tarifsysteem kaum kostendeckend sicherzustellen. Insbesondere unter Berücksichtigung der betrieblich erforderlichen Vorhalteleistungen.

Wir sind daher höchst alarmiert und befürchten in naher Zukunft die Schliessungen weiterer Notfallpraxen, was für die Bevölkerung - aber auch für die öffentlichen Spitäler und Notfallstationen - fatal sein wird.

Die medizinische Versorgung der Bevölkerung ist in unserem Land föderalistisch organisiert und fällt somit in Ihre geschätzte Zuständigkeit als Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren. Wir ersuchen Sie daher dringend, Lösungen für einen kostendeckenden Betrieb der Notfallpraxen zu finden. Es würde uns freuen, mit Ihnen in den Dialog treten zu dürfen und Sie mit unserem Know-How in der Lösungsfindung zu unterstützen.

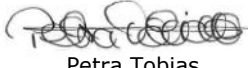
Besten Dank und freundliche Grüsse

**Schweiz. Gesellschaft für Notfall- und
Rettungsmedizin SGNOR**


Dr. med. Barbara Schild
Co-Präsidentin
Rettungsmedizin


Prof. Dr. med. Vincent Ribordy
Co-Präsident
klinische Notfallmedizin

Notfallpflege Schweiz


Petra Tobias
Co-Präsidentin


Dirk Becker
Co-Präsident

Rückfragen an

Dr. med. Thomas S. Müller
Vorstandsmitglied SGNOR

Chefarzt Klinische Notfallmedizin KSGR thomas.mueller@ksgr.ch

FMH · Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte · Fédération des médecins suisses
Postfach · CH-3000 Bern 16
info@fmh.ch

Steinhausen, 7. Januar 2025

Vernehmlassungsantwort
SGK-N 17.480 Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotaufnahme

Sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin,
Sehr geehrte Mitglieder der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit,

Gerne nimmt die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) Stellung zur geplanten Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotaufnahme.

Anstelle einer «Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalaufnahme» handelt es sich nun um eine «Erhöhung des Höchstbeitrages des Selbstbehalts» durch eine Anpassung des KVG. Die Vorlage trägt in der synoptischen Darstellung den Titel «Selbstbehalt bei Konsultationen der Notfallaufnahme im Spital». Die Kompetenz zur Erhöhung des Höchstbeitrages des Selbstbehaltes hätten künftig die Kantone.

Die SGPP bevorzugt den neu gewählten Ansatz gegenüber der ursprünglichen Idee einer Strafgeldgebühr. Dennoch erachtet die SGPP auch die aktuelle Vorlage als nicht zielführend umsetzbar und äusserst kritisch – insbesondere in Bezug auf die psychiatrische Versorgung, wie unten ausgeführt.

Die SGPP möchte insbesondere auf die Gefahr dieser Zugangsschwerung für besonders vulnerable Gruppen hinweisen. Dazu zählen Personen mit psychischen Störungen, Menschen aus sozioökonomisch benachteiligten Verhältnissen oder mit geringer Gesundheitskompetenz. Diese Personen würden durch die neue Regelung abgehalten, dringend nötige Notfallkonsultationen wahrzunehmen, was nicht nur ihre Gesundheit gefährden, sondern auch letztlich höhere Kosten für die Allgemeinheit verursachen würde.

Insbesondere möchten wir betonen, dass bei akuter Suizidalität oder auch bei Fremdgefährdung in Zusammenhang mit psychischen Störungen, ein niederschwelliger Zugang in Notfallsituationen absolut wichtig und unerlässlich ist und nicht durch Gebühren erschwert werden sollte. Ausserdem weisen wir darauf hin, dass Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen im Durchschnitt 15-20 Jahre früher sterben als die Allgemeinbevölkerung - vor allem aufgrund unbehandelter oder unzureichend behandelter somatischer Erkrankungen.

Es ist aus diesen Gründen von höchster Wichtigkeit, die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, sei es für psychiatrische oder somatischen Probleme, zu fördern, anstatt sie zu erschweren.

Zusammenfassend hält die SGPP fest, dass die Erhöhung der Kostenbeteiligung nicht zielführend umsetzbar ist. Sie verschlechtert die psychiatrische und somatische Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und erhöht deren Gefährdung.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Bemerkungen.

Mit freundlichen Grüssen



Dr. med. Fulvia Rota
Präsidentin SGPP



Dr. med. Rafael Traber
Vizepräsident SGPP



Bundesamt für Sozialversicherung
Effingerstrasse 20
3008 Bern

gever@bag.admin.ch
aufsicht@bag.admin.ch

Berne, le 9 janvier 2025 – usam-Ss/zh

Réponse à la consultation :

17.480 n Iv. pa. (Weibel) Bäumle. Urgences hospitalières. Taxe pour les cas bénins

Madame, Monsieur

Plus grande organisation faîtière de l'économie suisse, l'Union suisse des arts et métiers usam représente plus de 230 associations et plus de 600 000 PME, soit 99,8% des entreprises de notre pays. La plus grande organisation faîtière de l'économie suisse s'engage sans répit pour l'aménagement d'un environnement économique et politique favorable au développement des petites et moyennes entreprises.

Par courrier du 27 septembre 2024 Madame la Présidente de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national Barbara Gysi nous a invité à prendre position au sujet de l'avant-projet de modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) visant à l'introduction d'une taxe hospitalière pour les cas bénins. Nous vous remercions vivement de l'occasion qui nous a été donnée de nous exprimer.

L'introduction d'une taxe pour les cas bénins dans les services d'urgences hospitalières est majoritairement rejetée par les membres de l'usam. Son efficacité est en effet sévèrement mise en doute, en particulier en relation avec les coûts et complications administratives qu'elle engendrerait. En effet, la mise en place de cette taxe engendrerait une augmentation significative des charges administratives pour les hôpitaux, les caisses maladie, et potentiellement pour les autorités cantonales. Cette complexité pourrait entraîner des coûts supplémentaires qui contrebalanceraient les économies espérées.

Au lieu d'introduire de manière sélective une nouvelle taxe dans le domaine ambulatoire, l'usam défend une augmentation générale de la quote-part et de la franchise annuelle. En ce sens, l'usam a soutenu les motions Gutjahr (24.3608 « Adapter la franchise minimale aux conditions réelles ») et Friedli (24.3636 « Adapter la franchise minimale aux conditions réelles »). L'usam soutient également le renforcement des capacités des alternatives aux urgences hospitalières, telles que les pharmacies, les cabinets médicaux ou la téléconsultation.

En conséquence, l'usam rejette ce projet.

Nous vous remercions de l'attention que vous porterez à notre prise de position.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

Union suisse des arts et métiers usam



Urs Furrer
Directeur



Simon Schnyder
Responsable du dossier

Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
des Nationalrats

Per Mail: gever@bag.admin.ch ; aufsicht@bag.admin.ch

Bern, 06. Januar 2025

**17.480 n Pa. Iv. (Weibel) Bäumle. Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme
Vernehmlassung**

Sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen bestens für die Gelegenheit, zum Vorentwurf zur Umsetzung der Pa.Iv. 17.480 Stellung nehmen zu können. Der Schweizerische Städteverband vertritt die Städte, städtischen Gemeinden und Agglomerationen in der Schweiz und damit gut drei Viertel der Schweizer Bevölkerung.

Das Ziel der Vorlage ist, den Spitalnotfall von Bagatellfällen zu entlasten. Die Kommission will den Kantonen die Möglichkeit geben, den jährlichen Höchstbetrag des Selbstbehalts bei jeder Konsultation der Spitalnotaufnahme um 50 Franken zu erhöhen. Ausgenommen von dieser Regelung wären Schwangere und Kinder sowie Personen mit einer schriftlichen Überweisung. Die Kommission verzichtet jedoch darauf zu definieren, was «Bagatellfälle» sind.

Der Städteverband hält das vorgeschlagene Vorgehen für nicht zielführend und lehnt die Vorlage aus folgenden Gründen ab:

- **Fehlende Differenzierung von Bagatell- und Notfällen:** Die Vorlage unterscheidet nicht zwischen leichten Erkrankungen (Bagatellfällen) und echten Notfällen. Stattdessen wird die Lenkungsabgabe unabhängig von der Schwere der Erkrankung in jedem Fall erhoben, wenn die Patientinnen und Patienten die Notaufnahme ohne vorherige Konsultation einer Ärztin oder eines Arztes, einer Apotheke oder einer telemedizinischen Beratung aufsuchen. Die geforderte schriftliche Überweisung ist insbesondere nachts oder an Sonn- und Feiertagen problematisch, wenn ambulante Dienstleistende in der Regel nicht erreichbar sind. Dies führt dazu, dass auch bei echten Notfällen eine Erhöhung des Selbstbehalts greift. Dies erscheint insbesondere in Fällen unverhältnismässig, in denen offensichtlich kein Bagatellfall vorliegt.
- **Verschärfte Ungleichheiten:** Der Mangel an Hausärzten, die neue Patienten aufnehmen, macht es für Personen ohne Hausarzt schwierig, im Bedarfsfall eine schnelle Konsultation zu erhalten. Entsprechend würden Personen ohne Hausarzt ungerechtfertigt bestraft, wobei es sich dabei überdurchschnittlich um sowieso bereits benachteiligte Personen handelt. Zudem trifft der finanzielle Zuschlag von 50 Franken vulnerable Menschen und solche mit niedrigem Einkommen am härtesten, da sie oftmals über weniger persönliche Ressourcen verfügen, um alternative Lösungen zu finden. Der Zuschlag untergräbt den Grundsatz der Gleichbehandlung aller Versicherten und verstärkt die sozialen und wirtschaftlichen Ungleichheiten im Gesundheitsbereich.



- **Gefahr des Verzichts:** Die Erhöhung des Selbstbehalts könnte zu Unsicherheiten führen, wann der Besuch einer Notaufnahme gerechtfertigt ist. Eine solche Abschreckung birgt die Gefahr, dass Menschen aus Angst vor hohen Kosten notwendige Behandlungen vermeiden. Dies könnte in ernsthaften Fällen zu verzögerten medizinischen Eingriffen, einer Verschlechterung des Gesundheitszustands und letztlich zu höheren Folgekosten führen.
- **Hoher administrativer Aufwand bei unklarer Wirkung:** Die geforderte schriftliche Überweisung seitens Ärztin/Arzt, telemedizinisches Zentrum oder Apotheke vergrössert den administrativen Aufwand sowohl bei den ambulanten Versorgern als auch bei jeder Konsultation im Notfall. Gleichzeitig bleibt die Wirkung fragwürdig: Bei Personen, die Sozialhilfe oder Ergänzungsleistungen beziehen, würde diese Gebühr übernommen, was leicht höhere Kosten und administrative Aufwände für Gemeinden (und Kantone) bedeuten würde. Die beabsichtigte Wirkung dürfte in dieser Gruppe somit ganz ausbleiben. Bei Personen, die sich die 50.- gut leisten können, gäbe es möglicherweise einen paradoxen Effekt: Der Notfall wird erst recht in Anspruch genommen, weil ja dafür bezahlt wird und daraus ein individueller Anspruch abgeleitet wird. Bei allen anderen besteht die Gefahr des Verzichts in Notfallsituationen (vgl. vorherigen Punkt).

Die Städte teilen jedoch das Anliegen, den Spitalnotfall von Bagatellfällen zu entlasten. Zielführender sind aus Sicht der Städte jedoch Modelle wie die «Hausarztpraxis im Spital» und eine rasche, kostengünstige Triage vor Ort. Zudem sind die Pikett- und Notfalldienste der ambulanten Praxen angemessen zu entschädigen, damit sie ein ergänzendes, kostengünstigeres Angebot im Vergleich zum Spitalnotfall aufrechterhalten können.

Generell ist die Stärkung der Grundversorgung durch Hausärztinnen und Hausärzte sowie weitere medizinische Berufsgruppen wie Apothekerinnen und Apotheker, Hebammen oder Pflegefachpersonen ein zentraler Ansatz, um die Belastung der Spitalnotaufnahmen langfristig zu reduzieren. Mehr Hausärztinnen und Hausärzte sollten ausgebildet und in ländlichen sowie urbanen Gebieten etabliert werden. Hausärztinnen und Hausärzte und/oder niederschwellige Gesundheitszentren spielen eine Schlüsselrolle in der Erstversorgung und der präventiven Gesundheitsversorgung – ihre Verfügbarkeit würde die Notaufnahmen signifikant entlasten und die Gesundheitsversorgung insgesamt verbessern. Ausserdem gilt es, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung gezielt zu stärken.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen. Für allfällige Rückfragen steht Ihnen Franziska Ehrler, Leiterin Sozial- und Gesellschaftspolitik (franziska.ehrler@staedteverband.ch, 031 356 32 47) zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Schweizerischer Städteverband

Präsident

Anders Stokholm
Stadtpräsident Frauenfeld

Direktor

Martin Flügel

Kopie: Schweizerischer Gemeindeverband

Aux services du Parlement et à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Lausanne, le 5 décembre 2024
FDK/PLB

Mise en consultation de l'avant-projet élaboré dans le cadre de l'initiative parlementaire 17.480 n Iv. pa. (Weibel) Bäumle. Urgences hospitalières. Taxe pour les cas bénins.

Mesdames, Messieurs,

L'Association Suisse des Physiothérapeutes Indépendants vous remercie de l'avoir consultée dans le cadre de la procédure susmentionnée et rend ici son avis.

Le Comité est pleinement conscient que la hausse des coûts de la santé exige l'engagement de tous les professionnels de santé. Aussi, bien que l'initiative parlementaire en question ne concerne pas directement les physiothérapeutes, cet objet a retenu notre meilleure attention.

Les physiothérapeutes partagent le constat de surcharge des services d'urgence mais considèrent qu'introduire une taxe à charge du patient ne la résoudra en rien. Lorsqu'un patient se rend aux urgences, c'est en général faute d'être parvenu à obtenir un avis médical par un autre moyen dans un délai qu'il considère raisonnable pour le problème qui le préoccupe et dont il ne peut mesurer lui-même la gravité ou le degré d'urgence. En le pénalisant, le législateur se trompe de cible.

Inquiets des possibles conséquences juridiques encourues, rares seront vraisemblablement les médecins et les pharmaciens qui refuseront à leurs patients le droit de se rendre à l'hôpital. L'introduction d'une taxe sur les urgences n'aurait par conséquent qu'un impact limité.

Viser l'amélioration de la médecine de premier recours, en soutenant l'installation de médecins généralistes et de centres ambulatoires représenterait une mesure politique plus efficace. Elle permettrait respectivement à la population fixée dans une localité d'avoir plus rapidement un rendez-vous chez son médecin traitant et à la population plus jeune et mobile de trouver un médecin là où elle se trouve.

Le développement d'une réelle politique de prévention, dans le domaine de la santé physique et mentale, permettrait également de substantielles économies et aurait un impact positif en termes de bien-être et de qualité de vie de la population.

Valoriser et utiliser pleinement les compétences de l'ensemble des professionnels de santé constitue une autre piste pour diminuer la charge de travail des médecins dans les services d'urgence. Un physiothérapeute intégré à l'équipe de soins est apte à réaliser l'examen clinique d'un patient lombalgique et à le prendre en charge immédiatement en cas de lombalgie non déficitaire. Il en va de même pour nombre d'entorses de cheville ou de traumatismes sportifs.

L'ASPI se tient à la disposition de l'OFSP pour participer à tout projet novateur allant dans le sens d'une prise en charge sécuritaire, efficace et économique des patients.

En conclusion, compte tenu des remarques émises ci-dessus, le Comité de l'ASPI prend position contre l'initiative, quel que soit le mode de calcul de la taxe pour cas bénins retenu.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à la présente, nous vous prions d'agréer, Mesdames, Messieurs, nos salutations distinguées.

ASSOCIATION SUISSE DES
PYSIOTHERAPEUTES INDEPENDANTS

Le Président



F. de Kalbermatten

La Vice-Présidente



P. Le Bec

Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
CH-3003 Bern

Per Mail an:
gever@bag.admin.ch
aufsicht@bag.admin.ch

Ort, Datum: Bern, 9. Januar 2025
Ansprechpartnerin: Sandra Laubscher

Direktwahl: 031 306 93 85
E-Mail: sandra.laubscher@unimedsuisse.ch

17.480 Parlamentarische Initiative (Weibel) Bäumle. Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme. Vorentwurf der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-NR) vom 15. August 2024: Vernehmlassung

Sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin,
Sehr geehrte Frau Nationalrätin, sehr geehrter Herr Nationalrat

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, an der am 27. September 2024 lancierten Vernehmlassung zum Vorentwurf zur Umsetzung der **17.480 Parlamentarischen Initiative (Weibel) Bäumle. Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme** teilzunehmen. Gerne übermitteln wir Ihnen mit vorliegendem Schreiben die Haltung von unimedsuisse.

Der Verband Universitäre Medizin Schweiz (unimedsuisse) vertritt die Interessen der universitären Spitäler und medizinischen Fakultäten der Schweiz auf nationaler Ebene. Seine Mitglieder sind die grossen universitären Spitäler und die medizinischen Fakultäten der Schweiz.

Position von unimedsuisse:

unimedsuisse unterstützt den Antrag der Minderheit Crottaz: Nichteintreten auf den Gesetzesentwurf.

Falls Eintreten beschlossen wird, so ist dem Antrag der Mehrheit der SGK-NR zu folgen, jedoch mit dem Zusatz, dass auch Patientinnen und Patienten mit einer auf den Notfalleintritt folgenden stationären Behandlung sowie Bewohnerinnen und Bewohner von Pflege- und Behindertenheimen in jedem Fall von der Erhöhung des Höchstbetrags des Selbstbehalts ausgenommen werden. Sodann bedarf die Zuweiserrolle der Apothekerinnen und Apotheker der rechtlichen Klärung.

Begründung

1. Ausgangslage

Der Vorschlag der SGK-NR sieht vor, dass der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehalts zulasten der versicherten Person bei jeder Notfallkonsultation um 50 Franken erhöht wird, falls die versicherte Person die Notfallaufnahme ohne schriftliche Überweisung von einer Ärztin bzw. einem Arzt, von einem Zentrum für Telemedizin oder von einer Apothekerin bzw. einem Apotheker aufsucht. Kinder bis zum Alter von 18 Jahren und Schwangere sollen von dieser Regelung ausgenommen werden. Die Einfüh-

rung der Massnahme soll den Kantonen überlassen werden. Artikel 64 KVG soll zu diesem Zweck um einen Absatz 3^{bis} ergänzt werden.

Folgende Minderheitsanträge liegen vor:

- Eine Minderheit (Crottag) beantragt, auf die Vorlage nicht einzutreten.
- Eine Minderheit (Nantermod) beantragt, auf die Delegation an die Kantone zu verzichten und somit die Erhöhung des Höchstbetrags des Selbstbehalts im Fall einer Notfallkonsultation im Spital, ohne vorherige schriftliche Überweisung schweizweit einzuführen. Schwangere und Kinder wären von dieser Regelung ausgenommen.
- Eine Minderheit I (Glärner) beantragt, dass für jede Notfallkonsultation im Spital ohne vorherige schriftliche Überweisung ein Zuschlag von höchstens 50 Franken auf den Selbstbehalt erhoben wird, sofern der Wohnkanton einen solchen Zuschlag vorsieht (Art. 64a Abs. 2 Bst. c e-KVG). Ein solcher Zuschlag käme früher zum Tragen als die Erhöhung des Höchstbetrags des Selbstbehalts.
- Eine Minderheit II (Nantermod) verlangt, dass diese Massnahme schweizweit gelten solle. Schwangere und Kinder wären in beiden Varianten von der Regelung ausgenommen.

2. Generelle Bemerkungen zur parlamentarischen Initiative

unimedsuisse hat sich aus medizinischen, praktischen sowie auch aus ethisch-rechtlichen Gründen immer gegen die Pa. Iv. 17.480 ausgesprochen.

Das Gesundheitssystem in der Schweiz wälzt bereits seit langem einen Teil der Kosten dieser Notfallkonsultationen über Franchisen und Selbstbehalte ab, ohne nennenswerte Auswirkungen auf deren Entwicklung zu haben. Denn die entscheidenden Elemente resultieren wahrscheinlich aus wichtigeren Trends, darunter das Verschwinden der Allgemeinmediziner und die Verlagerung der ambulanten Notfalltätigkeit auf die Notfallstationen (siehe Obsan-Bericht, 2024). Wenn Patienten und Patientinnen häufiger die Notaufnahme aufsuchen, liegt dies in erster Linie am schwierigen Zugang zu Alternativen und insbesondere an der Abwesenheit oder Unerreichbarkeit von Allgemeinmedizinerinnen. Die Initiative postuliert einen vorgängigen Besuch bei einem Allgemeinmediziner, was theoretisch eine sehr gute Lösung wäre, in der Realität unseres Gesundheitssystems jedoch nicht mehr umsetzbar ist.

Die Einführung dieser vorgeschlagenen Massnahme und ihre diskriminierungsfreie Anwendung würde die sozial schwächsten Schichten proportional besonders stark treffen. Einige Patienten und Patientinnen könnten aufgrund dieser Kosten auf einen Arztbesuch verzichten, ohne über die nötigen Kenntnisse/Kompetenzen zu verfügen, zu beurteilen, ob eine Erkrankung a priori harmlos ist oder nicht – mit potenziell negativen Folgen. Die medizinische Fachliteratur zeigt einen kurzfristigen Nutzen einer solchen Massnahme durch weniger Arztbesuche, aber auch einen potenziell schädlichen mittel- bis langfristigen Effekt aufgrund der dadurch verursachten diagnostischen Verzögerungen und der ungünstigen Auswirkungen auf die am stärksten gefährdeten Bevölkerungsgruppen, wie dies während der COVID-Krise beobachtet werden konnte.

Der Bagatelldarakter einer Erkrankung scheint für die Initianten auf dem Kriterium der Nicht-Hospitalisierung zu beruhen. Am Beispiel von Brustschmerzen, Bauchschmerzen oder Kopfschmerzen kann diese Harmlosigkeit in der Regel erst im Nachhinein beurteilt werden, nachdem die Konsultation und die Untersuchungen durchgeführt wurden, um einen potenziell lebensbedrohlichen Notfall auszuschliessen. Die Initiative berücksichtigt ausserdem die Entwicklung der Medizin nicht, die sich immer mehr auf ambulante Behandlungen ausrichtet, um Spitalaufenthalte so weit wie möglich zu vermeiden, auch bei schweren Erkrankungen (z. B. Lungenembolie, Asthmaanfälle, Erkrankungen des Verdauungstrakts). Das Kriterium der Hospitalisierung ist somit nicht geeignet, um zu beurteilen, ob es sich um eine harmlose Erkrankung handelt oder nicht.

Heutzutage kommen die meisten Patientinnen und Patienten von sich aus oder auf Anraten ihrer Ärzte, eines Bereitschaftsarztes oder eines medizinischen Callcenters in die Notaufnahme. In diesen Situationen wird die überwiegende Mehrheit der Patienten ohne schriftliche Bestätigung und nur in einer Minderheit der Fälle mit einer telefonischen Ankündigung an die Notaufnahme verwiesen. Die schriftliche Begründung eines vorbehandelnden Arztes erweist sich somit heute faktisch als nicht durchführbar und ermöglicht nicht die Umsetzung des Minderheitsantrags (Nantermod).

Spitäler (Akutspitäler und Psychiatrische Kliniken) haben Leistungsaufträge für den Notfall und behandeln alle Patientinnen und Patienten. Spezialgebühren für einzelne Behandlungen eignen sich nicht für

die Steuerung von Patientenströmen. Zudem ist der administrative Aufwand gross, und es ist unklar, was passiert, wenn jemand kein Geld bei sich hat. Auch ist die Haftungsfrage unklar, wenn jemand wegen der Not fallgebühre nicht die Notfallstation aufsucht und es daraufhin zu einem Zwischenfall kommt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass diese parlamentarische Initiative der aktuellen Entwicklung und Realität des Gesundheitssystems nicht Rechnung trägt. Zwar ist der Wunsch zu begrüßen, in erster Linie Konsultationen bei Grundversorgerinnen und Grundversorgern zu fördern, sie berücksichtigt jedoch nicht, dass es in der Praxis sehr schwierig ist, eine Grundversorgerin oder einen Grundversorger zu finden (vgl. Umfrage der FRC) oder eine Konsultation in einer als angemessen erachteten Frist zu erhalten. Die Mehrheit der Patientinnen und Patienten, die den Notfalldienst in Anspruch nehmen, tun dies, weil sie aufgrund von Wartezeiten oder Unerreichbarkeit keinen Zugang zu einem Primärarzt haben. Die Notaufnahme spielt mittlerweile die Rolle als erste Anlaufstelle im Gesundheitssystem, sowohl für die Allgemeinbevölkerung als auch für Patienten und Patientinnen auf der Durchreise (Touristinnen, Migranten, Auswanderer etc.). Es wäre sinnvoller, 24-Stunden-Angebote zu schaffen, die es den Patientinnen und Patienten ermöglichen, eine Antwort auf ihre Anfragen zu erhalten, ohne die Notaufnahme in Anspruch nehmen zu müssen (Stärkung der Allgemeinmedizin, Anrufzentralen mit Beratung vor einer Konsultation in der Notaufnahme, andere Gesundheitsdienstleister etc.).

Für unimedsuisse ist in jedem Fall zentral, dass, wenn schon, eine Umsetzungsvariante gewählt wird, die sicherstellt, dass die Spitaladministration nicht zu stark belastet wird, und mittels derer sich ethisch-rechtliche Dilemmata bei der Notfallaufnahme vermeiden lassen.

Laut einer Publikation von Helsana¹ ist der Anteil der Bagatellfälle in den Notaufnahmen in den letzten Jahren zurückgegangen, was die Wirkung von Massnahmen, die auf solche Fälle abzielen, schmälert.

3. Bemerkungen zum Umsetzungsvorschlag der SGK-NR

unimedsuisse begrüsst grundsätzlich das Bestreben, die Spitalnotfallaufnahme zu entlasten. Weiter begrüsst es unimedsuisse, dass die Kommission eine Umsetzungsvariante ausgearbeitet hat, dank der das Personal der Notfallstationen davon entbunden wird, schwierige Entscheidungen dahingehend zu treffen, ob in der konkreten Situation ein «echter» Notfall vorliegt oder nicht. Der administrative Aufwand fürs Weiterleiten einer allfälligen ärztlichen Überweisung dürfte sich für das Spital gleichsam in Grenzen halten. Die genannten (positiven) Aspekte treffen allerdings nicht auf die zuweisende Instanz zu, weswegen der mit der Massnahme intendierte Lenkungseffekt nicht unwesentlich geschmälert werden dürfte. Denn kaum ein Zuweiser wird eine vom Patienten resp. von der Patientin gewünschte Überweisung auf die Notfallstation verweigern, da er oder sie juristische Konsequenzen fürchten würde.

Der Vorschlag der Kommission hat aber noch weitere Schwächen, auf die hier kurz eingegangen wird:

- Die Anreizwirkung, falls sie denn überhaupt vorhanden ist, wäre zweischneidig, denn sozial und wirtschaftlich benachteiligte Menschen und/oder Personen ohne Grund- bzw. Erstversorger könnten auf eine notfallmässige Untersuchung resp. Behandlung verzichten, obwohl diese angezeigt wäre. Zu betonen ist in diesem Zusammenhang, dass die Mehrheit der Patient/innen in Schweizer Notfallstationen ein ernsthaftes Problem hat, das tagesaktuell zu behandeln ist, während Bagatellfälle nur eine Minderheit darstellen (siehe oben).
- Wie erwähnt, wird die Triagierung durch die zuweisende Instanz ihrerseits Mehrkosten verursachen. Der Zuweiser wird diese Mehrkosten in aller Regel der OKP verrechnen, da er sonst fürchten müsste, früher oder später aus dem Markt gedrängt zu werden. Der erhoffte Spareffekt für die Prämienzahler/innen wird dadurch geschmälert.
- Die Massnahme ist auch für das Spital mit administrativem Mehraufwand verbunden. Denn dieses muss bei jeder Notfallbehandlung prüfen, ob eine schriftliche Überweisung vorliegt, und diese dem Krankenversicherer weiterleiten. Dies kann mit Umtrieben verbunden sein, etwa dann, wenn die versicherte Person zuvor nur mündlich zum Aufsuchen der Notfallstation aufgefordert wurde, was derzeit in der überwiegenden Mehrheit der Fälle gegeben ist. Die vom Patienten resp. der Patientin zu tragenden Mehrkosten bei fehlender schriftlicher Überweisung wird zudem mit grosser

¹ <https://standpunkt.helsana.ch/de/bagatellfaelle-in-der-notfallstation>

Wahrscheinlichkeit eine Zunahme der Patientenreklamationen zur Folge haben, was den administrativen Aufwand für das Spital zusätzlich erhöht.

- Das Erfordernis der Schriftlichkeit einer Überweisung stellt insbesondere Apotheker/innen vor Umsetzungsprobleme. Wie der Erläuternde Bericht (S. 13) festhält, können Apotheker/innen Leistungen der Diagnose und Behandlung heute nicht via KVG abrechnen und somit auch keine Überweisungen an die Spitalnotfallaufnahme tätigen. Sie können der versicherten Person im konkreten Fall lediglich (mündlich) empfehlen, den Notfall aufzusuchen. Zudem ist die Haftung von Apotheker/innen unklar, wie auch die Minderheit Crottaz (Erläuternder Bericht, S. 15) festhält. Diese Problematik stellt sich auch, wenn die Empfehlung, die Notaufnahme aufzusuchen, von einer medizinischen (Tele-)Beratungsstelle kommt.
- Der eingereichte Text der parlamentarischen Initiative 17.480 (Weibel) Bäumle nennt nebst dem Vorliegen einer ärztlichen Überweisung als zulässiges Kriterium für die Nichterhebung der Gebühr zu Recht die stationäre Behandlung, die auf den Notfalleintritt folgt. In einem solchen Fall handelt es sich offensichtlich nicht um einen Bagatellfall – unbeschrieben davon, ob sich der Patient bzw. die Patientin selbst eingewiesen hat oder von einer der im Gesetzesentwurf (Art. 64 Abs. 3^{bis} e-KVG) aufgeführten Instanzen überwiesen worden ist. Das Kriterium der nachfolgenden stationären Behandlung muss daher zwingend in den Entwurf aufgenommen werden. Nichtsdestotrotz entspricht dies nicht mehr der aktuellen medizinischen Praxis. In der überwiegenden Mehrheit der Fälle erfolgt die Behandlung heutzutage ambulant, dies sagt aber nichts über den Schweregrad der Erkrankung aus.
- Der Vorschlag der Kommission trägt dem Umstand nicht Rechnung, dass auch bei «echten» Notfällen eine schriftliche Überweisung nicht immer möglich ist. Beispielsweise können Notfälle in der Nacht eintreten, sodass die Patientin oder der Patient im Vorfeld weder telemedizinisch Rat einholen noch eine Apotheke oder einen Arzt oder eine Ärztin aufsuchen kann. Dessen ungeachtet muss dann – zumindest bei einer ambulanten Behandlung – eine Erhöhung des Selbstbehaltes erfolgen, auch wenn es sich offensichtlich nicht um einen Bagatellfall handelt.
- Vor dem gleichen Problem stehen viele Bewohnerinnen und Bewohner von Pflege- oder Behindertenheimen. Nicht alle Heime verfügen über einen Heimarzt oder eine Heimärztin. Im Notfall müssen sie aber rasch handeln, um gesundheitlichen Schaden vom Bewohner resp. der Bewohnerin abzuwenden. Die Gebühr wird in diesen Fällen zu Unrecht erhoben. Daher sind nebst Kindern bis 18 Jahre und Schwangeren auch Bewohnerinnen und Bewohner von Pflege- und Behindertenheimen von der Massnahme auszunehmen.

4. Bemerkungen zu den Minderheitsanträgen

Die Alternativvorschläge zum Mehrheitsantrag – schweizweit obligatorische Einführung der Erhöhung des Höchstbetrags des Selbstbehalts bei Notfallkonsultationen ohne vorherige schriftliche Überweisung, Erhebung eines Zuschlags auf den Selbstbehalt bei jeder solchen Notfallkonsultation (mit oder ohne schweizweites Obligatorium) – lehnt unimedsuisse ab. Folgende Überlegungen geben den Ausschlag:

- Die Kantone sind verantwortlich für die Planung und Organisation der Gesundheitsversorgung und können die Verhältnisse auf ihrem Territorium am besten einschätzen. In dem der Bund den Kantonen die Möglichkeit zur Einführung der Massnahme einräumt, sie aber nicht dazu verpflichtet, trägt er den grossen kantonalen Unterschieden bei der Inanspruchnahme von Spitalnotaufnahmen Rechnung. An der grundsätzlichen Zuständigkeit des Bundes für die Festlegung des Selbstbehalts ändert sich dadurch nichts.
- Ein Zuschlag zum Selbstbehalt bei jeder Notfallkonsultation ohne schriftliche Überweisung wäre einschneidender als die Erhöhung des Höchstbetrags des Selbstbehalts, da er früher zum Tragen käme. Die Zweischneidigkeit des Anreizes (siehe oben, Abschnitt 2) würde dadurch verschärft, und es wäre noch fraglicher, ob der gewünschte Lenkungseffekt überhaupt zustande käme.

Den Minderheitsantrag betreffend Nichteintreten, d. h. Verzicht auf die Umsetzung der parlamentarischen Initiative, unterstützt unimedsuisse hingegen. Er entspricht unserer prinzipiellen Ablehnung dieser Initiative aus Gründen, die weiter oben aufgeführt wurden.

5. Fazit

unimedsuisse unterstützt den Antrag der Minderheit Crottaz: Nichteintreten auf den Gesetzesentwurf. Falls Eintreten beschlossen wird, so ist dem Antrag der Mehrheit der SGK-NR zu folgen, jedoch mit dem Zusatz, dass auch Patientinnen und Patienten mit einer auf den Notfalleintritt folgenden stationären Behandlung sowie Bewohnerinnen und Bewohner von Pflege- und Behindertenheimen in jedem Fall von der Erhöhung des Höchstbetrags des Selbstbehalts ausgenommen werden.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen und stehen Ihnen für ergänzende Auskünfte gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Werner Kübler
Präsident



Sandra Laubscher
Geschäftsführerin



Vereinigung aktiver Senior:innen- und
Selbsthilfeorganisationen der Schweiz
*Fédération des Associations des
retraité-e-s et de l'entraide en Suisse*
Federazione associazioni
pensionate:ti e d'autoaiuto in Svizzera

Vernehmlassung zu Pa.lv. 17.480 Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme

Frau Barbara Gysi
Präsidentin der SGK-Nationalrat
gever@bag.admin.ch
aufsicht@bag.admin.ch

9. 12. 2024

Sehr geehrte Frau Präsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren

VASOS bedankt sich für die Möglichkeit, im Rahmen einer Vernehmlassung zu der geplanten Notfallgebühr bei Bagatellfällen Stellung nehmen zu können.

Die Vereinigung Aktiver Seniorinnen- und Seniorenorganisationen Schweiz (VASOS) lehnt eine solche Gebühr ab. Aus unserer Sicht sprechen gleich mehrere Gründe gegen die Einführung einer Notfallgebühr für Bagatellfälle.

- 1. Warum gehen so viele Leute in die Notfallstation?** Ganz einfach: Weil es viel zu wenig hausärztliche Praxen mit freien Kapazitäten gibt. Assistenzärzt:innen von Notfallstationen finden ebenso wenig eine Arztpraxis für die notwendige Nachkontrollen von Notfall-Patient:innen und bestellen die behandelten Patient:innen deshalb notgedrungen ins Spital-Ambulatorium. Ausserdem kann aus eigener hausärztlicher Berufstätigkeit in Zürich bestätigt werden, dass (meist migrantische) Patient:innen in prekären Anstellungsverhältnissen (Stundenlohn, Akkordarbeit, On-Call-Verträge) für einen Besuch in der Arztpraxis nicht bezahlt werden und deshalb einen halben Ferientag einziehen müssen – da kommt es günstiger, auch mit der Gebühr, den Notfall aufzusuchen!
- 2. Trifft die Notfallgebühr alle gleich?** Da die Notfallgebühr alle gleich viel kostet, ist sie für Ärmere schmerzhaft, für Reichere ein Klacks. Dazu ist zu vermuten, dass die Notfallgebühr ärmeren, weniger gebildeten und fremdsprachigen Bagatell-Notfall-Patient:innen wohl tieferschwellig aufgebrummt wird als einem eloquenten Schweizer. Diese Notfallgebühr ist nichts anderes als eine weitere Direktzahlung ans Gesundheitswesen, so wirkungslos und ungerecht wie Franchise und Selbstbehalt.

3. **Was sind überhaupt Bagatellfälle?** Wer bestimmt, welche Beschwerden, die zum Aufsuchen einer Notfallstation führen Bagatellen sind? Junge, teils unerfahrene Assistenzärzt:innen oder nur Oberärzt:innen? Gibt es überhaupt justiziable Definitionen von Bagatellfällen? Gemäss neuestem OBSAN-Bericht über psychische Krankheiten leiden viele unter einer generalisierten Angststörung (GAS): *«In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) 2022 wurden erstmals Symptome einer GAS erhoben: 20,8% der Befragten berichten von leichten und 6,3% von mittelschweren bis schweren Symptomen.»* Mit der Notfallgebühr werden Hypochonder wirkungslos bestraft. Sie werden damit nicht gesund und stehen darum bald wieder im Notfall – sinnlos!

4. **Senkt eine Notfallgebühr wenigstens – wie versprochen! – Gesundheitskosten und Prämien?** Von den 50 Franken müssen vorerst die Unkosten abgezogen werden: Personalaufwand in den Notfallstationen, Administrativaufwand bei den Krankenkassen, allfällige Justizkosten bei erfolgreichen Anfechtungen usw. Vom Restgewinn wird die Prämienlast kaum spürbar gesenkt.

Die Vorlage ist unsozial und macht auch ökonomisch keinen Sinn. Die Patient:innen können schliesslich nichts dafür, dass die Politik die Ausbildung von genügend Hausärzt:innen jahrelang verpasst und deren tarifliche Besserstellung vernachlässigt hat!

Deshalb lehnt VASOS die Einführung von Notfallgebühren für „Bagatellfälle“ strikt ab.

Mit freundlichen Grüssen



David Winizki, Hausarzt
Arbeitsgruppe Gesundheit VASOS
079 227 00 17



Laurence Fehlmann Rielle
Nationalrätin
Präsidentin AG Gesundheit VASOS
079 101 53 98



Bea Heim
a Nationalrätin
Präsidentin VASOS
079 790 52 03

Absender:
Vereinigung Kinder- und Jugendärzt:innen Zürich
Zürichstrasse 43a
8134 Adliswil

Per E-Mail an
gever@bag.admin.ch und
aufsicht@bag.admin

Adliswil, 08.01.2025

Vernehmlassungsantwort
SGK-N 17.480 Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotaufnahme

Sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin
Sehr geehrte Mitglieder der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme und verweisen gleichzeitig auf die Vernehmlassungsantwort der FMH, die wir hiermit gern aus unserer Sicht ergänzen und aktualisieren.

Die FMH war am 19. Mai 2022 zu den Hearings eingeladen. Damals sah die Ausgestaltung noch eine *nationale* Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotaufnahme vor. Seither wurde die ursprüngliche Vorlage grundsätzlich verändert. Anstelle einer «Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalaufnahme» ist es nun eine «Erhöhung des Höchstbeitrages des Selbstbehalts» in Form einer Anpassung des KVG. Die Vorlage trägt in der synoptischen Darstellung den Titel «Selbstbehalt bei Konsultationen der Notfallaufnahme im Spital». Die Kompetenz zur Erhöhung des Höchstbeitrages des Selbstbehaltes hätten nun die Kantone.

Verglichen mit der ursprünglichen Idee einer Strafgebühr begrüssen wir den neu gewählten Ansatz. Leider erachten wir auch die aktuelle Vorlage als nicht zielführend umsetzbar. Die Einführung einer solchen Regelung wird zusätzlichen administrativen Aufwand verursachen und damit mögliche Einsparungen wieder aufheben. Wir sind der Ansicht, dass die aktuelle Vorlage weniger Nutzen als erwartet haben, eine erhebliche zusätzliche administrative Arbeitslast mit sich bringen und schliesslich viele Beteiligte unnötig verunsichern wird. So sehen wir unter anderem die Gefahr, dass besonders vulnerable Gruppen, wie Personen aus sozioökonomisch benachteiligten Verhältnissen oder mit geringer Gesundheitskompetenz, dadurch abgeschreckt oder benachteiligt würden, was für sie nachteilige gesundheitliche Folgen haben – und schliesslich höhere Kosten für die Allgemeinheit nach sich ziehen könnte.

Pädiatrische Patienten machen knapp 40% aller Notfallkonsultationen aus, wobei rund $\frac{3}{4}$ der hilfesuchenden Eltern telefonisch beratbar wären, ohne dass eine Konsultation vor Ort notwendig wäre.

Als Alternative schlagen wir daher die Schaffung einer qualitativ hochstehenden, nationalen telefonischen Triage- und Beratungsstelle, sowie die Sicherstellung einer angemessenen Entschädigung der ärztlichen Tätigkeit im Notfalldienst und damit die Förderung des kinder- und hausärztlichen Notfalldienstes in den Arztpraxen vor, um eine effizientere und kostengünstigere Triage und Behandlung von Patientinnen und Patienten zu ermöglichen. Zudem fordern wir zwingend

begleitende Massnahmen wie bessere Kommunikation, Förderung der Gesundheitskompetenz und eine Verringerung des administrativen und juristischen Zusatzaufwands.

Die Wirksamkeit und Effizienz dieser an sich einfachen Massnahme liesse sich vor einer flächendeckenden Umsetzung gut im Rahmen einer räumlich und zeitlich begrenzten Pilotstudie erproben.

Mit der aktuellen Vorlage wird das **reale Problem** aus unserer Sicht leider gar nicht adressiert: Die Vorlage will die Überlastung der Spitalnotaufnahmen bekämpfen, was an sich ein gutes Ziel ist. Die zugrundeliegenden Probleme werden jedoch nicht adressiert. Diese bestehen aus unserer Sicht aus mehreren Elementen nämlich der mangelnden Gesundheitskompetenz der Bevölkerung, kostentreibenden Fehl-Annahmen und Routinen im Hinblick auf «das richtige» Verhalten mit einem kranken Kind und der fehlenden Kapazitäten in Haus- und Kinderarztpraxen welche aufgrund einer verhältnismässig tiefen finanziellen Entschädigung, immer grösser werdenden administrativen Hürden und einer unzureichenden Nachwuchsförderung entsteht.

Die Schaffung einer qualitativ hochstehenden, nationalen telefonischen Triage- und Beratungsstelle zur gezielten Lenkung von Patientenströmen sowie die Sicherstellung einer angemessenen Entschädigung der ärztlichen Tätigkeit im Notfalldienst und die Entlastung von administrativem Aufwand wären konkrete, problemorientierte Massnahmen.

Gerne erlauben wir uns noch einige ausgewählte, detaillierte Bemerkungen zur Vorlage.

Der Betroffenen-Kreis

Der Betroffenenkreis ist in der Lösung der Mehrheit der Kommission in mehrfacher Hinsicht eingeschränkt. Wir *bezweifeln daher die Verhältnismässigkeit* der Massnahme.

- Nicht betroffen sind Patientinnen und Patienten, deren Behandlung von einem anderen Kostenträger als der Krankenkasse übernommen wird. Vor der Konsultation bei der Hausärztin oder dem Hausarzt oder dem Aufsuchen der Notfallaufnahme kann oft noch gar nicht unterschieden werden, welcher Kostenträger zuständig ist.
- Vom Geltungsbereich ausgenommen sind Schwangere und Kinder. Das Kriterium Schwangerschaft wird insofern ein schwieriges Kriterium sein, wenn laut erläuterndem Bericht aus Gründen der Rechtssicherheit auf die künftige KVG-Definition des Schwangerschaftsbeginns abgestellt werden soll¹ und diese Definition darin besteht, dass die Schwangerschaft dann beginnt, wenn sie durch eine Ärztin oder ein Arzt oder Hebamme *festgestellt* worden ist. So würde die Feststellung der Schwangerschaft zum Kriterium für die Befreiung vom Zuschlag und nicht das Vorliegen der Schwangerschaft per se.
- Personen, die mit einer schriftlichen Überweisung einer Ärztin oder Arztes, eines Zentrums für Telemedizin oder von einer Apothekerin oder eines Apothekers in die Spitalnotfallaufnahme gelangen, fallen nicht unter die Regelung.
- Da lediglich 10% der Versicherten den maximalen Selbstbehalt ausschöpfen², findet die Regelung auf 90 % der Versicherten keine Anwendung.

¹ Erläuternder Bericht, Ziff. 3.2.1, S. 12.

² Siehe ergänzender Bericht BAG vom 7. November 2023 «Tatsächliches Einsparpotential und Statistiken», S. 3, erwähnt als Fussnote 1 in Kurznotiz BAG zuhanden Kommission vom 26. März 2024 «Gegenüberstellung Umsetzungsvorschläge».

Die Lenkung

Der Zweck des Zuschlages besteht laut erläuterndem Bericht darin, das Verhalten der Bevölkerung zu beeinflussen und dafür zu sorgen, dass Bagatellfälle in erster Linie anderen medizinischen Leistungserbringern zugeführt werden und der Zuschlag demnach «eher als Lenkungsabgabe interpretiert werden soll»³.

Wir bezweifeln die Wirkung der Lenkung. Unserer Ansicht nach wird die Lenkung sowohl in quantitativer Hinsicht als auch in qualitativer Hinsicht sehr schwach sein und wird in keinem Verhältnis zum Aufwand stehen.

- Wie oben dargelegt, wären 90% der versicherten Personen vom Zuschlag gar nicht betroffen.
- Eine Lenkung setzt voraus, dass die Personen eine Wahl resp. eine Alternative haben. Ein Teil der Notfallpatientinnen und -patienten hat jedoch keine Alternative, sei es, dass er oder sie (überhaupt) keinen Hausarzt hat, sei es, dass er oder sie einen solchen hat, dieser jedoch im konkreten Fall nicht disponibel ist, sei es, dass er oder sie mit dem Gesundheitssystem nicht vertraut ist. Für diese letzte Personengruppe ist der Gang in die Spitalnotaufnahme bei einem gesundheitlichen Problem der normale Weg.
- Der Zuschlag zum Höchstbeitrag wirkt erst bei Abrechnung resp. Rückforderung seitens der Krankenkasse, d.h. zu einem Zeitpunkt, an welchem die Inanspruchnahme bereits stattgefunden hat.
- 78% der Patientinnen und Patienten sind einmalige Nutzer (eine Konsultation in der Spitalnotfallaufnahme im Laufe eines Jahres).⁴
- Keine Lenkung findet statt, wenn überweisungsbefugte Stellen im Zweifelsfall aus Sorgfaltspflichtüberlegungen oder wegen Haftungsrisiken eine Überweisung ausstellen werden.

Administrative Aufwände in der Umsetzung

Im erläuternden Bericht steht betreffend Umsetzung lapidar «es muss sichergestellt werden, dass sämtliche zur Überweisungen in den Notfall befugten Stellen wissen, um was es sich bei einer Überweisung in den Notfall handelt.»⁵ Und weiter: «Ebenso müssen sämtliche Spitäler in der Lage sein, die Überweisung an die Krankenversicherer weiterzuleiten.» Indem administrative Hürden für die Konsultationen der Spitalnotaufnahme aufgebaut werden, führt die Vorlage zu einem Ausbau der Bürokratie.

Patientinnen und Patienten: Müssen «sämtliche Spitäler» in der Lage sein, die Überweisung weiterzuleiten, setzt dies voraus, dass sie diese von den Patientinnen und Patienten erhalten. In der Praxis bedeutet dies, dass dieses Dokument abgefragt werden muss, analog dem Vorweisen der Versichertenkarte. Die mit der Regelung vertrauten Versicherten werden sich bemühen, die Überweisung im Zeitpunkt der Konsultation vorlegen zu können. Patientinnen und Patienten ohne Überweisung werden sich in der Praxis erfahrungsgemäss die Frage stellen, ob sie die Überweisung auch nachträglich beibringen können.

Ärztinnen und Ärzte in der Notfallaufnahme: Die neuen administrativen Aufwände binden unweigerlich Personalressourcen für zusätzlichen Administrativaufwand in der Notfallaufnahme/Spital. Der erläuternde Bericht spricht von «Weiterleiten» an die

⁴ Obsan Dossier 64, Le recours aux services d'urgences en Suisse zitiert in: Erläuternder Bericht Ziff. 2.1, S. 6

⁵ Erläuternder Bericht, Ziff. 3.3, S. 14

Krankenversicherer und davon, dass die Überweisung «allenfalls» direkt mit der Rechnungsstellung an die Krankenversicherer übermittelt würde⁶. Allenfalls also auch nicht.

In der Praxis wird die Komplexität damit so oder so erhöht: Entweder werden die Spitäler sich bemühen, der Rechnungsstellung die Überweisung direkt beizulegen (= ein Arbeitsschritt, wenn in diesem Zeitpunkt alle Informationen vorhanden sind) oder aber die Rechnung und die Überweisung nicht zusammen übermitteln, weil deren Vorliegen oder Nichtvorliegen abgeklärt wird (= zwei Arbeitsschritte).

Zu beachten ist auch, dass jeder zusätzliche administrative Aufwand nicht nur die behandelnden Ärztinnen und Ärzte betrifft, sondern auch die weiteren Personen, welche mitinvolviert sind wie die Pflege – welche gerade in Notfallsituationen bereits heute viele administrative Arbeiten bewältigen muss. Die vorliegende Lösung würde hier mit Bestimmtheit eine weitere Belastung erzeugen.

Ärztinnen und Ärzte in der Praxis: Die Einführung der vorgeschlagenen Regelung generiert zusätzlichen administrativen Aufwand für Kinder- und Hausarztpraxen als überweisungsbefugten Stellen. Zu denken ist auch an den Aufwand mit Patientinnen und Patienten, die entgegen ihrer Erwartung von Seiten Arztpraxis, Telemedizinmodell oder Apotheke keine Überweisung erhalten. Die «Minderheit Nichteintreten» warnt in diesem Kontext sinngemäss vor einem Leistungserbringer-Hopping.⁷

Die Form der Notfallüberweisung ist unklar. Im erläuternden Bericht wird ausgeführt, dass das Instrument der schriftlichen «Überweisung» neu eingeführt werde und von der ärztlichen «Anordnung» wie sie das KVG heute kennt, zu unterscheiden sei.⁸ Datenschutzrechtlich sei darauf hingewiesen, dass im ordentlichen Überweisungsschreiben der Behandlerin an den Notfall medizinische Daten übermittelt werden, die nicht für die Krankenkasse bestimmt sind. Die vorgeschlagene Überweisung ersetzt hingegen nach dem Willen der Kommission die Unterscheidung zwischen «echten Notfällen» und Bagatellfällen, indem sie bestätigt, dass «die Patienten und Patientinnen im Vorfeld einen anderen Leistungserbringer kontaktiert» hätten.⁹

Klar ist, dass dadurch Zusatzaufwand sowohl für die überweisende Stelle als auch für die prüfende Spitalnotaufnahme entsteht. Die Handhabung der verschiedenen Ausnahmesituationen und gegebenenfalls kantonal unterschiedlichen Regelungen werden in der Vermittlung Schwierigkeiten bereiten. Typischerweise steigt mit Variablen auch die Fehlerquote in der Umsetzung.

Krankenkassen: Die Vorgabe der Erhöhung des Höchstbeitrages des Selbstbehaltes setzt voraus, dass die Versicherten, welche den Höchstbeitrag - im Sinne eines Plafonds - überschreiten, ausgelenkt werden können. Dies bedeutet nichts anderes, als dass die Krankenkassen bei *allen* Versicherten *unterjährig fortlaufend* die Notfallkonsultationen – im Jahr 2022 waren es immerhin 2,25 Millionen Konsultationen¹⁰ - als solche erfassen/kennzeichnen müssen, um sicherzustellen, dass bei Überschreiten des Plafonds die Erhöhung vorgenommen werden kann. Entscheidet sich die Kommission für eine kantonale Kompetenz, erhöht sich die Komplexität zusätzlich, weil die Rechtslage unterschiedlich wäre.

⁶ Erläuternder Bericht, Ziff. 3.3, S. 14

⁷ Erläuternder Bericht, Ziff. 3.4.1, S. 15 oben.

⁸ Erläuternder Bericht, Ziff. 3.2.3, S. 12

⁹ Erläuternder Bericht, Ziff. 2.3, S. 9

¹⁰ Bulletin des Schweizerischen Gesundheitsobservatorium 10/2024

Apothekerinnen und Apotheker als überweisungsbefugte Stelle

Apothekerinnen und Apotheker sind gestützt auf ihre Ausbildung gemäss Art. 8 des Medizinalberufegesetzes befähigt, Aufgaben zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit sowie zur Verhütung von Krankheiten zu übernehmen und erwerben die entsprechenden Kompetenzen, insbesondere bei Impfungen. Sie sind grundsätzlich nicht befähigt, umfassende Diagnosen zu stellen, gestützt auf welche eine Patientin oder ein Patient in die Notaufnahme eines Spitals überwiesen werden muss. Es besteht das Risiko, dass Apothekerinnen und Apotheker im Rahmen der niederschweligen Behandlung Patientinnen und Patienten voreilig und unnötigerweise in die Notaufnahme überweisen, was dem Sinn der neuen Regelung widersprechen würde. Umgekehrt besteht die Gefahr, dass die Notfallsituation unterschätzt wird und eine Überweisung nicht gewährt wird. Die Triage von Notfallsituationen erfordert Erfahrung, wo diese fehlt oder aus Effizienz- und Kostengründen an weitere Gesundheitsberufe delegiert wird, resultiert ein Qualitätsproblem und die Patientensicherheit wird gefährdet.

Einsparungen

Wir gehen davon aus, dass sich der mit der Umsetzung verbundene Aufwand nicht lohnt. Der Zusatzaufwand wird die erreichten Spareffekte übersteigen.

Die «erwünschte» Wirkung, dass kranke Personen die Spitalnotaufnahme nicht aufsuchen, wird sich ins Gegenteil verkehren. Die «Einsparung», die bei einer sozial schwächeren Person erzielt wird, könnte sich durch spätere teurere Behandlungskosten rächen: Ein Teil der Personen, die vom Gang in die Notfallaufnahme abgehalten werden würden, wird gerade nicht «einer angemessenen und gleichzeitig kostengünstigeren Behandlung zugeführt»¹¹ werden, sondern wird die Konsultation einer Fachperson aufschieben. Dann würde die erfolgreiche Abschreckung gleichsam zu einem Pyrrhussieg für die Allgemeinheit (Prämienzahlende und Steuerpflichtige).

Minderheitsantrag Bundeskompetenz

Sollte sich die Kommission für eine Einführung einer Erhöhung des Höchstbetrages des Selbstbehaltes oder für die Einführung eines Zuschlages zum Selbstbehalt entscheiden, plädieren wir für eine bundesrechtliche Ausgestaltung und Einführung.

Die im erläuternden Bericht angegeben Begründung, diese Ausgestaltung sei «mit dem Konzept der schweizerischen Gesundheitssystem vereinbar, dass den Kantonen weitgehende Kompetenzen bei der Planung und Organisation der Gesundheitsversorgung einräumt»¹², ist nicht stichhaltig. Bestimmungen, welche das *Leistungsrecht* des KVG betreffen, sollten zwingend bundesrechtlich geregelt werden¹³.

Wenn die Entscheidung über die Einführung den Kantonen überlassen wird, entsteht ein Flickenteppich. Massgebend in der vorgeschlagenen Regelung ist der Wohnsitz der versicherten Person. Eine uneinheitliche Regelung wird den administrativen Aufwand bei der Umsetzung noch zusätzlich erhöhen. Zudem halten sich die Patientenflüsse im ambulanten Setting nicht an die Kantonsgrenze.

¹¹ Erläuternder Bericht, Ziff. 2.2, S. 7.

¹² Erläuternder Bericht, Ziff. 3.1, S. 11.

¹³ Art. 117 Abs. 1 BV.

Missverständnisse sind vorprogrammiert: Wenn nicht alle Kantone den Zuschlag zum Höchstbeitrag einführen, könnten Patientinnen und Patienten unter Umständen dennoch auf die Spitalnotaufnahme eines anderen Kantons ausweichen, der die Regelung nicht kennt, auch wenn der Anknüpfungspunkt der Wohnort der versicherten Person ist und solche Ausweichmanöver somit gar nichts bringen.

Krankenkassen (für die Rückforderung), Spitalnotaufnahmen («Weiterleiten» der Notfallüberweisung) und überweisungsbefugte Stellen (für das Ausstellen der Notfallüberweisung) müssten zusätzlich prüfen, in welchem Wohnkanton die Patientin oder der Patient ansässig ist und ob die Regelung deshalb anwendbar ist oder nicht.

Eine Bundeslösung hätte auch den Vorteil, dass keine «Informationskampagnen seitens der Kantone» notwendig werden, um sicherzustellen, dass «die neue Regelung sowie die allfälligen Unterschiede nach Kanton von den Versicherten gut verstanden werden»¹⁴ (sic!).

Minderheitsantrag I und II – Zuschlag zum Selbstbehalt bei jeder Konsultation der Spitalnotaufnahme

Im Vorschlag der Mehrheit der Kommission wird der Zuschlag (erst) mit Erreichen des Höchstbeitrages effektiv – nämlich durch die Erhöhung des Höchstbeitrages –, während Minderheiten I und II einen Zuschlag möchten, der schon bevor die versicherte Person den Höchstbeitrag erreicht hat, effektiv wird. Da der Zuschlag «bei jeder Konsultation» also unabhängig davon, ob der Höchstbeitrag des Selbstbehaltes schon erreicht wurde oder nicht, erhoben würde, würde er der *Idee* einer Lenkung eher entsprechen. (Auch hier fände die Lenkung nicht bei der Konsultation statt, sondern zeitlich verzögert bei der Abrechnung durch die Krankenkasse.)

Wie oben ausgeführt, bezweifeln wir jedoch die Lenkungswirkung als solche.

Vorschläge für zielgerichtete Massnahmen

Wir teilen die Meinung der Kommissionsminderheit¹⁵, dass es zielführender ist, die Bevölkerung über alternative Behandlungsmöglichkeiten aufzuklären und die Grundversorgung zu stärken.

Idealerweise behandelt und triagiert der Kinder- oder Hausarzt in der Praxis die Patienten. Voraussetzung dafür wäre eine ausreichende kinder- und hausärztliche Versorgung. Unter den aktuellen demographischen Gegebenheiten der Kinder- und Hausärzte (25% sind über 60 Jahre alt) ist dies nicht leistbar und ein Ende des Versorgungsengpasses in den nächsten 10-15 Jahren nicht abzusehen. Sollen die Spitalnotaufnahmen entlastet werden, ohne die ambulante Grundversorgung einzuschränken, müssten der Spitalnotaufnahme vorgelagerte Systeme – insbesondere qualitativ hochstehende Beratungssysteme - eingeführt werden. Notwendig wären Investitionen in Kinder- und Hausarztpraxen und die Bekämpfung des Fachkräftemangels.

Unmittelbar müsste die Attraktivität, Notfalldienst in der Kinder- und Hausarztpraxis zu leisten gesteigert werden! Dies liesse sich durch eine zeitgemässe, an den Realkosten orientierte Entschädigung des kinder- und hausärztlichen Notfalldienstes erreichen. Die Behandlung in einer Arztpraxis kostet nicht einmal die Hälfte einer Konsultation auf einem Spitalnotfall. Durch die Schaffung einer nationalen, insbesondere auch kindermedizinisch fachlich hochkompetenten Telefonberatungsstelle liessen sich rund 70% der hilfeschenden Eltern beraten. Eine Konsultation auf der Notfallstation oder in der Arztpraxis würde dadurch hinfällig. Beim aktuell herrschenden

¹⁴ Erläuternder Bericht, Ziff. 3.1, S. 11.

¹⁵ Minderheit «Nichteintreten». Erläuternder Bericht, Ziff. 3.4.1, S. 15.

Fachkräftemangel ist dies neben der angemessenen Entschädigung der Notfalldienste die einzige unmittelbar umsetzbare Massnahme.

Das Ziel der parlamentarischen Initiative, «die Überlastung der Spitalnotaufnahmen zu reduzieren und damit den reibungslosen Betrieb eines wesentlichen Bestandteils des schweizerischen Gesundheitssystems zu gewährleisten»¹⁶, wird nicht erreicht.

Aktuell werden insbesondere Walk-in-Praxen, Notfallambulatorien und grössere Gruppenpraxen wegen einer Auslegung des Bundesgerichtes zur Anwendung von Inkonvenienz- und Notfall-Pauschalen geschwächt, teilweise sind sie in der Folge in ihrer Existenz bedroht. Das Bundesgericht¹⁷ hat erstens entschieden, dass teilweise oder festangestellte Ärztinnen und Ärzte ausserhalb der Spitäler keine Notfallpauschale mehr in Rechnung stellen dürfen, dies, obwohl sie, entgegen den öffentlichen Spitälern, keine Vorhalteleistungen beziehen können. Ein zweites Urteil besagt, dass Inkonvenienz-Pauschalen ausserhalb normaler Sprechzeiten nicht abgerechnet werden dürfen. Werden, wie in Notfallpraxen üblich, lange oder Wochenend-Öffnungszeiten publiziert, gelten diese Zeiten als «normale» Sprechstundenzeiten. Solche Massnahmen vergiften die Basis für das Weiterbestehen eines in Kinder- und Hausarztpraxen angebotenen Notfalldienstes.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass wir die Erhöhung der Kostenbeteiligung als nicht zielführend umsetzbar erachten. Die Versorgung wird dadurch verteuert und der administrative Aufwand wird erhöht.

Die dargelegte Komplexität dieser auf den ersten Blick einfach anmutenden Massnahme legt nahe, vor einer allfälligen Einführung eine räumlich und zeitlich begrenzte Pilotstudie angezeigt ist. Denn eines ist klar: Weder in der Spitalnotfallstationen noch in den Arztpraxen der Grundversorgung sind Personalressourcen für zusätzlichen Administrativaufwand vorhanden.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Bemerkungen.

Freundliche Grüsse



Dr. med. Corina Wilhelm, Präsidentin vjkz



Dr. med. univ. Daniela Berger, Aktuarin



Dr. med. Gabriel Geiges, Leiter Arbeitsgruppe Notfall Pädiatrie



PD Dr. med. Michael von Rhein, Leiter Pädiatrische Versorgungsforschung,
Universitäts-Kinderspital Zürich

¹⁶ Erläuternder Bericht, Ziff. 2.2, S. 6.

¹⁷ Urteil des Bundesgericht 9C_664/2024 vom 24. Juni 2024

Per E-Mail an:

gever@bag.admin.ch

aufsicht@bag.admin.ch

Bern, 10. Januar 2025

Vernehmlassungsantwort

SGK-N 17.480 Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotaufnahme

Sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin

Sehr geehrte Mitglieder der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit der Stellungnahme. Als Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärzt:innen (vsao) vertreten wir über 22'000 Mitglieder, von denen viele in Schweizer Spitälern arbeiten. Die Spitalnotaufnahmen sind stark belastet. Viele unserer Mitglieder spüren das und leiden unter der Situation. Es ist deshalb richtig, etwas zur Verbesserung der Situation unternehmen zu wollen. Die ursprüngliche Absicht der Motion, die Spitalnotaufnahmen zu entlasten, insbesondere von sogenannten «Bagatellfällen» ist im Prinzip zu begrüßen. Gegenüber der ursprünglichen Absicht, nur «Bagatellfälle» (die zunächst als solche hätten identifiziert werden müssen) mit einer zusätzlichen Gebühr zu belasten, ist der vorliegende Umsetzungsvorschlag stark verbessert, da er grundsätzlich alle Notfallkonsultationen mit einer Zusatzgebühr belasten will, die nicht aufgrund einer Zuweisung durch eine Fachperson zustande kommen.

Wir erachten allerdings auch diesen Umsetzungsvorschlag aus verschiedenen Gründen, die wir in der Folge erläutern, für untauglich. Er wird aus unserer Sicht nicht zu einer Entlastung der Notaufnahmen führen, sondern stattdessen zusätzlichen administrativen Aufwand generieren. Zudem ist zu befürchten, dass mit dem vorliegenden Umsetzungsvorschlag besonders vulnerable Gruppen benachteiligt werden, wie Personen aus sozioökonomisch benachteiligten Verhältnissen oder mit geringer Gesundheitskompetenz – was für sie nachteilige gesundheitliche Folgen haben könnte und schliesslich höhere Folgekosten für die Allgemeinheit verursachen würde.

Wir unterstützen deshalb die Minderheit Crottaz, die für ein Nichteintreten auf die Vorlage plädiert. Sollte sich die Kommission doch für eine Erhöhung des Höchstbetrags des Selbstbehaltes oder für die Einführung eines Zuschlages zum Selbstbehalt entscheiden, plädiert der vsao für eine bundesrechtliche Ausgestaltung und Einführung gemäss der Minderheit Nantermod, Dobler, Sauter, Silberschmidt. Wenn es den Kantonen freigestellt wird, den Zuschlag einzuführen oder nicht, wird der administrative Aufwand noch grösser, als wenn der Zuschlag bundesrechtlich eingeführt wird.

Begründung der Ablehnung:

Wahre Gründe für Überlastung nicht adressiert: Die vorgeschlagene Notfallpauschale adressiert nicht die realen Gründe, die zur Überlastung der Notaufnahmen führen. Diese sind in erster Linie:

- **Fehlende Kapazitäten in Haus- und Kinderarztpraxen:** Viele Hausarzt- und Kinderarztpraxen sind überlastet und verweisen bei fehlenden Kapazitäten direkt auf die Notaufnahme. Dies, weil andere Möglichkeiten schlicht fehlen. Für erkrankte Menschen bleibt deshalb zuletzt häufig nur die Notaufnahme, zum Beispiel auch nur schon, um ein Arztzeugnis zu erhalten, das vom Arbeitgeber verlangt wird.
- **Mangelnde Gesundheitskompetenz der Bevölkerung:** Einerseits gibt es einen Teil der Bevölkerung, der zu wenig mit dem Gesundheitssystem vertraut ist und für den der Gang in die Notaufnahme bei einem gesundheitlichen Problem der normale Weg ist. Andererseits gibt es vermehrt Personen, die ihren eigenen Zustand zu wenig gut einschätzen können bzw. durch Recherchen im Internet («Dr. Google») überalarmiert sind und deshalb zu früh die Notaufnahme aufsuchen.
- **Defensives Verhalten von telemedizinischen Einrichtungen:** Die Erfahrung zeigt, dass telemedizinische Einrichtungen zwar durchaus hilfreich sind, dass sie aber dazu neigen, die Anrufenden allzu schnell in die Notaufnahme zu schicken. Dies vermutlich deshalb, weil sie die Situation ohne klinisches Bild selten adäquat einschätzen können und sie deshalb – um Haftungsrisiken zu vermeiden – im Zweifel zur Überweisung an die Notaufnahme tendieren. Sinnvoll wäre hier, wenn die Telemedizin angehalten würde, an Gesundheitszentren zu überweisen.
- **Ansätze, die eine Zulassungsbeschränkung zu Notfall-Einrichtungen fordern, blenden aus, dass das tatsächliche Problem fehlende Ressourcen, häufig infolge unattraktiver Rahmenbedingungen, sind.** Will man diese Engpässe beheben, müssen deshalb die Rahmenbedingungen für die Leistungserbringer nachhaltig verbessert werden.

Beabsichtigte Lenkungswirkung wird nicht stattfinden: Die geplante Gebühr wird aus Sicht des vsao die beabsichtigte Lenkungswirkung nicht entfalten können. Es ist davon auszugehen, dass die Überweisung an die Notaufnahme in gleichem Masse geschehen wird – vor allem aus Angst vor den Haftungsrisiken. Wenn eine Stelle eine Überweisung verweigert, wird der oder die Patient:in mit grosser Wahrscheinlichkeit die nächste Stelle angehen, bis er oder sie die Überweisung kriegt.

Zusätzlicher administrativer Aufwand: Die Überweisung durch die Arztperson, Telemedizin oder Apotheke muss schriftlich erfolgen. Dies bedeutet einen administrativen Zusatzaufwand für die überweisende Stelle (der auch vergütet werden müsste) und es gibt einen Zusatzaufwand für die Notaufnahme, welche die Überweisung prüfen muss. Die heute unzulängliche elektronische Vernetzung im Gesundheitswesen ist eine zusätzliche Hürde. Der Aufwand wird sogar noch grösser, wenn die Entscheidung über die Einführung den Kantonen überlassen wird, da dann für jeden einzelnen Fall zusätzlich geprüft werden müsste, in welchem Wohnkanton der/die Patient:in ansässig ist und ob die Gebühr deshalb fällig wird oder nicht. Eine kantonale Lösung ist deswegen unbedingt zu vermeiden.

Die Gebühr ist ungerecht und trifft die Falschen: Viele tatsächliche Notfälle würden mit der zusätzlichen Gebühr zusätzlich und unbegründet belastet. Im Falle eines Notfalls, der in der Nacht eintritt und offensichtlich kein Bagatellfall ist, müsste der oder die Betroffene trotzdem vor dem Aufsuchen der Notaufnahme noch eine Überweisung einholen, was er oder sie vermutlich nicht machen würde (siehe auch 3.4.1 im erläuternden Bericht). Zusätzlich ist davon auszugehen, dass gewisse Personengruppen durch die Gebühr abgeschreckt werden und deshalb zu spät oder gar nicht in der Notaufnahme erscheinen, was gesundheitliche Folgeschäden zur Folge hat, die wiederum die Allgemeinheit finanzieren muss.

Schlechte Erfahrungen in anderen Ländern: Die vorgeschlagene Notfallgebühr ist in vielen Aspekten vergleichbar mit der Praxisgebühr, die in Deutschland von 2004 bis 2012 erhoben wurde. Versicherte mussten bei Arztbesuchen 10 Euro pro Quartal bezahlen. Die Gebühr wurde 2012 wieder abgeschafft, da das Ziel, die Zahl der Arztbesuche zu verringern, nicht erreicht wurde. Stattdessen habe die Gebühr unnötige Bürokratie verursacht (siehe dazu <https://de.m.wikipedia.org/wiki/Praxisgeb%C3%BChr>)

Fazit:

Die vorliegende Umsetzungsvorlage trägt nichts zur Entlastung der Notaufnahmen bei. Stattdessen erhöht sie den administrativen Aufwand für das Gesundheitspersonal und bestraft Personen, die eigentlich alles richtig machen. Um die reale Herausforderung der überlasteten Notaufnahmen anzugehen, muss in die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung und in den Ausbau der Kapazitäten der Haus- und Kinderarztpraxen investiert werden (Bekämpfung Fachkräftemangel). Zudem ist zu überlegen, ob der Notaufnahme vorgelagerte Systeme eingeführt bzw. gestärkt werden können, um die Notaufnahmen zu entlasten. Zum Beispiel Notfallpraxen mit 24h-Betrieb oder spezialisierte Pflegefachpersonen, die bei der Aufnahme der Notfallpatient:innen eine qualifizierte Triage machen.

Der vsao unterstützt deshalb die Minderheit Crottaz, die für ein Nichteintreten auf die Vorlage ist. Gleichzeitig fordern wir, dass Bund und Kantone Massnahmen ergreifen, um die Grundversorgung zu stärken, mehr Ärzt:innen auszubilden, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken, sowie die Arbeits- und Rahmenbedingungen der berufstätigen Ärzt:innen zu verbessern (u.a. Reduktion der Arbeitszeiten, Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben, Stärkung der Weiterbildung, Abbau von unnötiger Bürokratie), um die Attraktivität des Arztberufs zu stärken und die Berufsverweildauer zu verbessern.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme

Freundliche Grüsse



Angelo Barrile
Präsident



Philipp Thüler
Leiter Politik und Kommunikation / Stv. Geschäftsführer

Per E-Mail an
gever@bag.admin.ch
aufsicht@bag.ch

Zürich, 9. Januar 2025

**Vernehmlassungsantwort
SGK-N 17.480 Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotaufnahme**

Sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin
Sehr geehrte Mitglieder der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit

Die Vereinigung allgemeiner und spezialisierter Internistinnen und Internisten Zürich dankt für die Möglichkeit Stellung zu nehmen.

Wir unterstützen die Vernehmlassungsantwort der AGZ vom 31. Dezember 2024 vollumfänglich.

Freundliche Grüsse



Corinne Weber-Dällenbach
Präsidentin VZI

Per E-Mail an:
gever@bag.admin.ch
aufsicht@bag.admin.ch

Zürich, 10. Januar 2025

Stellungnahme der Zürcher Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ZGPP)
im Rahmen der Vernehmlassung zur
SGK-N 17.480 Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotaufnahme

Sehr geehrte Frau Kommissionspräsidentin
Sehr geehrte Mitglieder der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit

Wir nehmen Stellung zur Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotaufnahme und verweisen gleichzeitig auf die Vernehmlassungsantwort der FMH und der AGZ.

Die Einführung der Gebühr birgt aus unserer Sicht die Gefahr, dass insbesondere vulnerable Gruppen, wie Menschen aus sozioökonomisch schwächeren Verhältnissen oder mit begrenzter Gesundheitskompetenz, abgeschreckt oder benachteiligt werden könnten. Dies könnte negative gesundheitliche Folgen für diese Personen haben und letztlich zu höheren Kosten für die Allgemeinheit führen.

Eine solche Regelung würde ausserdem zusätzlichen administrativen Aufwand mit sich bringen, wodurch mögliche Einsparungen weitgehend neutralisiert würden. Wir sind überzeugt, dass der Nutzen der Vorlage geringer ausfallen wird als erwartet. Sie wird eine erhebliche Arbeitsbelastung schaffen und eine unnötige Quelle von Unsicherheit darstellen.

Das eigentliche Problem bleibt dabei völlig unberührt: Ziel der Vorlage ist es, die Überlastung der Spitalnotaufnahmen zu reduzieren. Doch die grundlegenden Ursachen werden nicht angegangen. Diese liegen unter anderem in der unzureichenden Kapazität von Haus- und Kinderarztpraxen, dem Mangel an in der Schweiz ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten sowie der geringen Gesundheitskompetenz (inkl. des damit verbundenen Bewusstseins, was ein Notfall ist und was nicht) in der Bevölkerung.

Wir schliessen uns der Empfehlung der AGZ und der FMH an, stattdessen hausärztliche Notfallpraxen zu fördern, um eine effizientere und kostensparende Triage von Patientinnen und Patienten zu ermöglichen. Ergänzend halten wir begleitende Massnahmen für unverzichtbar, darunter eine bessere Kommunikation, die Stärkung der Gesundheitskompetenz und die Reduzierung des administrativen sowie juristischen Mehraufwands.

Abschliessend lässt sich sagen, dass wir die Erhöhung der Kostenbeteiligung nicht für zielführend halten, da sie den angestrebten Lerneffekt voraussichtlich nicht in ausreichendem Masse erzielen wird. Zudem würde die Massnahme die Versorgung verteuern und den administrativen Aufwand erhöhen.

Aus den obgenannten Gründen lehnen wir eine Gebühr für Bagatellfälle im Spital ab.

Wir danken für Ihre Kenntnisnahme.

Freundliche Grüsse

Der Vorstand der Zürcher Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie

Gerne erlauben wir uns noch einige ausgewählte, detaillierte Bemerkungen zur Vorlage.

Der Betroffenen-Kreis

Der Betroffenenkreis ist in der Lösung der Mehrheit der Kommission in mehrfacher Hinsicht eingeschränkt. Wir *bezweifeln daher die Verhältnismässigkeit* der Massnahme.

- Nicht betroffen sind Patientinnen und Patienten, deren Behandlung von einem anderen Kostenträger als der Krankenkasse übernommen wird. Vor der Konsultation bei der Hausärztin oder dem Hausarzt oder dem Aufsuchen der Notfallaufnahme kann oft noch gar nicht unterschieden werden, welcher Kostenträger zuständig ist.
- Vom Geltungsbereich ausgenommen sind Schwangere und Kinder. Das Kriterium Schwangerschaft wird insofern ein schwieriges Kriterium sein, wenn laut erläuterndem Bericht aus Gründen der Rechtssicherheit auf die künftige KVG-Definition des Schwangerschaftsbeginns abgestellt werden soll¹ und diese Definition darin besteht, dass die Schwangerschaft dann beginnt, wenn sie durch eine Ärztin oder einen Arzt oder Hebamme *festgestellt* worden ist. So würde die Feststellung der Schwangerschaft zum Kriterium für die Befreiung vom Zuschlag und nicht das Vorliegen der Schwangerschaft *per se*.
- Personen, die mit einer schriftlichen Überweisung einer Ärztin oder eines Arztes, eines Zentrums für Telemedizin oder von einer Apothekerin oder eines Apothekers in die Spitalnotfallaufnahme gelangen, fallen nicht unter die Regelung.
- Da lediglich 10% der Versicherten den maximalen Selbstbehalt ausschöpfen², findet die Regelung auf 90% der Versicherten keine Anwendung.

Die Lenkung

Der Zweck des Zuschlages besteht laut erläuterndem Bericht darin, das Verhalten der Bevölkerung zu beeinflussen und dafür sorgen, dass Bagatellfälle in erster Linie anderen medizinischen Leistungserbringern zugeführt werden und der Zuschlag solle demnach «eher als Lenkungsabgabe interpretiert werden»³.

Wir *bezweifeln die Wirkung der Lenkung*. Unserer Ansicht nach wird die Lenkung sowohl in quantitativer Hinsicht als auch in qualitativer Hinsicht sehr schwach sein und wird in keinem Verhältnis zum Aufwand stehen.

- Wie oben dargelegt, wären 90% der versicherten Personen vom Zuschlag gar nicht betroffen.
- Eine Lenkung setzt voraus, dass die Personen eine Wahl resp. eine Alternative haben. Ein Teil der Notfallpatientinnen und -patienten hat jedoch keine Alternative, sei es, dass er oder sie (überhaupt) keinen Hausarzt hat, sei es, dass er oder sie einen solchen hat, dieser jedoch im konkreten Fall nicht disponibel ist, sei es, dass er oder sie mit dem Gesundheitssystem nicht vertraut ist. Für diese letzte Personengruppe ist der Gang in die Spitalnotaufnahme bei einem gesundheitlichen Problem der normale Weg.
- Der Zuschlag zum Höchstbeitrag wirkt erst bei Abrechnung resp. Rückforderung seitens der Krankenkasse, d.h. zu einem Zeitpunkt, an welchem die Inanspruchnahme bereits stattgefunden hat.
- 78% der Patientinnen und Patienten sind einmalige Nutzer (eine Konsultation in der Spitalnotaufnahme im Laufe eines Jahres).⁴
- Keine Lenkung findet statt, wenn überweisungsbefugte Stellen im Zweifelsfall, aus Sorgfaltspflichtüberlegungen oder wegen Haftungsrisiken eine Überweisung ausstellen werden.

1 Erläuternder Bericht, Ziff. 3.2.1, S. 12.

2 Siehe ergänzender Bericht BAG vom 7. November 2023 «Tatsächliches Einsparpotential und Statistiken», S. 3, erwähnt als Fussnote 1 in Kurznotiz BAG zuhanden Kommission vom 26. März 2024 «Gegenüberstellung Umsetzungsvorschläge».

3 Erläuternder Bericht, Ziff. 2.3, S.7.

4 Obsan Dossier 64, Le recours aux services d'urgences en Suisse zitiert in: Erläuternder Bericht Ziff. 2.1, S. 6.

Administrative Aufwände in der Umsetzung

Im erläuternden Bericht steht betreffend Umsetzung lapidar «es muss sichergestellt werden, dass sämtliche zur Überweisungen in den Notfall befugten Stellen wissen, um was es sich bei einer Überweisung in den Notfall handelt.»⁵ Und weiter: «Ebenso müssen sämtliche Spitäler in der Lage sein, die Überweisung an die Krankenversicherer weiterzuleiten.» Indem administrative Hürden für die Konsultationen der Spitalnotaufnahme aufgebaut werden, führt die Vorlage zu einem Ausbau der Bürokratie.

Patientinnen und Patienten: Müssen «sämtliche Spitäler» in der Lage sein, die Überweisung weiterzuleiten, setzt dies voraus, dass sie diese von den Patientinnen und Patienten erhalten. In der Praxis bedeutet dies, dass dieses Dokument abgefragt werden muss, analog dem Vorweisen der Versichertenkarte. Die mit der Regelung vertrauten Versicherten werden sich bemühen, die Überweisung im Zeitpunkt der Konsultation vorlegen zu können. Patientinnen und Patienten ohne Überweisung werden sich in der Praxis erfahrungsgemäss die Frage stellen, ob sie die Überweisung auch nachträglich beibringen können.

Ärztinnen und Ärzte in der Notfallaufnahme: Die neuen administrativen Aufwände binden unweigerlich Personalressourcen für zusätzlichen Administrativaufwand in der Notfallaufnahme/Spital. Der erläuternde Bericht spricht von «Weiterleiten» an die Krankenversicherer und davon, dass die Überweisung «allenfalls» direkt mit der Rechnungsstellung an die Krankenversicherer übermittelt würde⁶. Allenfalls also auch nicht.

In der Praxis wird die Komplexität damit so oder so erhöht: Entweder werden die Spitäler sich bemühen, der Rechnungsstellung die Überweisung direkt beizulegen (= ein Arbeitsschritt, wenn in diesem Zeitpunkt alle Informationen vorhanden sind) oder aber die Rechnung und die Überweisung nicht zusammen übermitteln, weil deren Vorliegen oder Nichtvorliegen abgeklärt wird (= zwei Arbeitsschritte).

Zu beachten ist auch, dass jeder zusätzliche administrative Belastung nicht nur die behandelnden Ärztinnen und Ärzte betrifft, sondern auch die weiteren Personen, welche mitinvolviert sind wie die Pflege – welche gerade in Notfallsituationen bereits heute viele administrative Arbeiten bewältigen muss. Die vorliegende Lösung würde hier mit Bestimmtheit eine weitere Belastung erzeugen.

Ebenfalls zu beachten gilt es, dass die heutige Überlastung der Notfallstationen im Wesentlichen nicht durch Bagatellfälle verursacht wird, sondern durch lange Liegezeiten von stationär behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten, welche wegen fehlenden Betten nicht zeitnah auf die Abteilungen verlegt werden können.

Ärztinnen und Ärzte in der Praxis: Die Einführung der vorgeschlagenen Regelung generiert zusätzlichen administrativen Aufwand für Hausarztpraxen als überweisungsbefugten Stellen. Zu denken ist auch an den Aufwand mit Patientinnen und Patienten, die entgegen ihrer Erwartung von Seiten Arztpraxis, Telemedizinmodell oder Apotheke keine Überweisung erhalten. Die «Minderheit Nichteintreten» warnt in diesem Kontext sinngemäss vor einem Leistungserbringer-Hopping.⁷

Die Form der Notfallüberweisung ist unklar. Im erläuternden Bericht wird ausgeführt, dass das Instrument der schriftlichen «Überweisung» neu eingeführt werde und von der ärztlichen «Anordnung» wie sie das KVG heute kennt, zu unterscheiden sei.⁸ Datenschutzrechtlich sei darauf hingewiesen, dass im ordentlichen Überweisungsschreiben der Behandlerin an den Notfall medizinische Daten übermittelt werden, die nicht für die Krankenkasse bestimmt sind. Die vorgeschlagene Überweisung ersetzt hingegen nach dem Willen der Kommission die Unterscheidung zwischen «echten Notfällen» und Bagatellfällen, in dem sie bestätigt, dass «die Patienten und Patientinnen im Vorfeld einen anderen Leistungserbringer kontaktiert» hätten.⁸

Klar ist, dass dadurch Zusatzaufwand sowohl für die überweisende Stelle als auch für die prüfende Spitalnotaufnahme entsteht. Die Handhabung der verschiedenen Ausnahmesituationen und gegebenenfalls kantonal unterschiedlichen Regelungen werden in der Vermittlung Schwierigkeiten bereiten. Typischerweise steigt mit Variablen auch die Fehlerquote in der Umsetzung.

5 Erläuternder Bericht, Ziff. 3.3, S. 14

6 Erläuternder Bericht, Ziff. 3.3, S. 14

7 Erläuternder Bericht, Ziff. 3.4.1, S. 15 oben. ⁸ Erläuternder Bericht, Ziff. 3.2.3, S. 12

8 Erläuternder Bericht, Ziff. 2.3, S. 9

Krankenkassen: Die Vorgabe der Erhöhung der Höchstbeitrages des Selbstbehaltes setzt voraus, dass die Versicherten, welche den Höchstbeitrag - im Sinne eines Plafonds - überschreiten, ausgelenkt werden können. Dies bedeutet nichts anderes, als dass die Krankenkassen bei *allen* Versicherten *unterjährig fortlaufend* die Notfallkonsultationen – im Jahr 2022 waren es immerhin 2,25 Millionen Konsultationen⁹ - als solche erfassen/kennzeichnen müssen, um sicherzustellen, auf dass bei Überschreiten des Plafonds die Erhöhung vorgenommen werden kann. Entscheidet sich die Kommission für eine kantonale Kompetenz erhöht sich die Komplexität zusätzlich, weil die Rechtslage unterschiedlich wäre.

Apothekerinnen und Apotheker als überweisungsbefugte Stelle

Apothekerinnen und Apotheker sind gestützt auf ihre Ausbildung gemäss Art. 8 des Medizinalberufegesetzes befähigt, Aufgaben zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit sowie zur Verhütung von Krankheiten zu übernehmen und erwerben die entsprechenden Kompetenzen, insbesondere bei Impfungen. Sie sind grundsätzlich nicht befähigt, umfassende Diagnosen zu stellen, gestützt auf welche eine Patientin oder ein Patient in die Notaufnahme eines Spitals überwiesen werden muss. Es besteht das Risiko, dass Apothekerinnen und Apotheker im Rahmen der niederschweligen Behandlung Patientinnen und Patienten voreilig und unnötigerweise in die Notaufnahme überweisen, was dem Sinn der neuen Regelung widersprechen würde. Umgekehrt besteht die Gefahr, dass die Notfallsituation unterschätzt wird und eine Überweisung nicht gewährt wird. Die Triage von Notfallsituationen erfordert ärztliche Erfahrung, wo diese fehlt oder aus Effizienz- und Kostengründen an weitere Gesundheitsberufe delegiert wird, resultiert ein Qualitätsproblem und die Patientensicherheit wird gefährdet. Diese Erfahrung machen die angelsächsischen Länder gerade mit den Physician Associates, welche oft eine breitere klinische Erfahrung aufweisen als Apothekerinnen und Apotheker.

Einsparungen

Wir gehen davon aus, dass sich mit der Umsetzung verbundene Aufwand nicht lohnt. Der Zusatzaufwand wird die erreichten Spareffekte übersteigen.

Die «erwünschte» Wirkung, dass kranke Personen die Spitalnotaufnahme nicht aufsuchen, wird sich ins Gegenteil verkehren. Die «Einsparung», die bei einer sozial schwächeren Person erzielt wird, könnte sich durch spätere teurere Behandlungskosten rächen: Ein Teil der Personen, die vom Gang in die Notfallaufnahme abgehalten werden würden, wird gerade nicht «einer angemessen und gleichzeitig kostengünstigeren Behandlung zugeführt»¹¹ werden, sondern wird die Konsultation einer Fachperson aufschieben. Dann würde die erfolgreiche Abschreckung gleichsam zu einem Pyrrhussieg für die Allgemeinheit (Prämienzahlende und Steuerpflichtige).

Minderheitsantrag Bundeskompetenz

Sollte sich die Kommission für eine Einführung einer Erhöhung des Höchstbetrages des Selbstbehaltes oder für die Einführung eines Zuschlages zum Selbstbehalt entscheiden, plädieren wir für eine bundesrechtliche Ausgestaltung und Einführung.

Die im erläuternden Bericht angegebene Begründung, diese Ausgestaltung sei «mit dem Konzept der schweizerischen Gesundheitssystem vereinbar, dass den Kantonen weitgehende Kompetenzen bei der Planung und Organisation der Gesundheitsversorgung einräumt»¹⁰, ist nicht stichhaltig. Bestimmungen, welche das *Leistungsrecht* des KVG betreffen, sollten zwingend bundesrechtlich geregelt werden¹³.

Wenn die Entscheidung über die Einführung den Kantonen überlassen wird, entsteht ein Flickenteppich.

Massgebend in der vorgeschlagenen Regelung ist der Wohnsitz der versicherten Person. Eine uneinheitliche Regelung wird den administrativen Aufwand bei der Umsetzung noch zusätzlich erhöhen. Zudem halten sich die Patientenflüsse im ambulanten Setting nicht an die Kantonsgrenze.

Missverständnisse sind vorprogrammiert: Wenn nicht alle Kantone den Zuschlag zum Höchstbeitrag einführen, könnten Patientinnen und Patienten unter Umständen dennoch auf die Spitalnotaufnahme eines anderen Kantons ausweichen, der die Regelung nicht kennt, auch wenn der Anknüpfungspunkt der Wohnort der versicherten Person ist und solche Ausweichmanöver somit gar nichts bringen.

Krankenkassen (für die Rückforderung), Spitalnotaufnahmen («Weiterleiten» der Notfallüberweisung) und überweisungsbefugte Stellen (für das Ausstellen der Notfallüberweisung) müssten zusätzlich prüfen, in welchem Wohnkanton die Patientin oder der Patient ansässig ist und ob die Regelung deshalb anwendbar ist oder nicht.

9 Bulletin des Schweizerischen
Gesundheitsobservatorium 10/2024 ¹¹ Erläuternder
Bericht, Ziff. 2.2, S. 7.

10 Erläuternder Bericht, Ziff.
3.1, S. 11. ¹³ Art. 117 Abs. 1
BV.

Eine Bundeslösung hätte auch den Vorteil, dass keine «Informationskampagnen seitens der Kantone» notwendig werden, um sicherzustellen, dass «die neue Regelung sowie die allfälligen Unterschiede nach Kanton von den Versicherten gut verstanden werden»¹¹ (sic!).

Minderheitsantrag I und II – Zuschlag zum Selbstbehalt bei jeder Konsultation der Spitalnotaufnahme

Im Vorschlag der Mehrheit der Kommission wird der Zuschlag (erst) mit Erreichen des Höchstbeitrages effektiv – nämlich durch die Erhöhung des Höchstbeitrages –, während Minderheiten I und II einen Zuschlag möchten, der schon bevor die versicherte Person den Höchstbeitrag erreicht hat, effektiv wird. Da der Zuschlag «bei jeder Konsultation» also unabhängig davon, ob der Höchstbeitrag des Selbstbehaltes schon erreicht wurde oder nicht, erhoben würde, würde er der *Idee* einer Lenkung eher entsprechen. (Auch hier fände die Lenkung nicht bei der Konsultation statt, sondern zeitlich verzögert bei der Abrechnung durch die Krankenkasse.)

Wie oben ausgeführt, bezweifeln wir jedoch die Lenkungswirkung als solche.

Vorschläge für zielgerichtetere Massnahmen

Wir teilen die Meinung der Kommissionsminderheit¹², dass es zielführender ist, die Bevölkerung über alternative Behandlungsmöglichkeiten aufzuklären und die Grundversorgung zu stärken. .

Als Ansatz böten sich die hausärztlichen Notfallpraxen an. Dort könnten die Patientinnen und Patienten entsprechend triagiert und günstiger durch erfahrene Hausärztinnen und Hausärzte behandelt werden.

Voraussetzung hierfür wäre allerdings eine ausreichende hausärztliche Versorgung. Notwendig wären Investitionen in Haus- und Kinderarztpraxen und die Bekämpfung des Fachkräftemangels. Sollen die Spitalnotaufnahmen entlastet werden, ohne die ambulante Grundversorgung einzuschränken, müssten der Spitalnotaufnahme vorgelagerte Systeme eingeführt oder gestärkt werden.

Das Ziel der parlamentarischen Initiative, «die Überlastung der Spitalnotaufnahmen zu reduzieren und damit den reibungslosen Betrieb eines wesentlichen Bestandteils des schweizerischen Gesundheitssystems zu gewährleisten»¹³, wird nicht erreicht.

Zielgerichtete Massnahmen dafür wären Notfallambulatorien und Walk-in-Praxen. Gerade diese wurden aber in jüngster Zeit durch eine Auslegung des Bundesgerichtes zur Anwendung von Inkonvenienz- und Notfall-Pauschalen geschwächt, teilweise sind sie in der Folge in ihrer Existenz bedroht. Das Bundesgericht¹⁴ hat entschieden, dass teilweise oder festangestellte Ärztinnen und Ärzte ausserhalb der Spitäler keine Notfallpauschale mehr in Rechnung stellen dürfen, dies obwohl sie, entgegen den öffentlichen Spitälern, keine Vorhalteleistungen beziehen können. Der laufende Strukturwandel weg von der Einzel- und hin zur Gruppenpraxis beinhaltet, dass Ärztinnen und Ärzte in der Regel im Angestelltenverhältnis arbeiten.

11 Erläuternder Bericht, Ziff. 3.1, S. 11.

12 Minderheit «Nichteintreten». Erläuternder Bericht, Ziff. 3.4.1, S. 15.

13 Erläuternder Bericht, Ziff. 2.2, S. 6.

14 Urteil des Bundesgericht 9C_664/2024 vom 24. Juni 2024