



Kommission für soziale Sicherheit  
und Gesundheit des Nationalrats

CH-3003 Bern

Per Email an: [sgk.cssss@parl.admin.ch](mailto:sgk.cssss@parl.admin.ch)

Bern, 21. November 2019

**16.419 n Pa.Iv. Humbel – Wettbewerbspreise bei Medizinprodukten der Mittel- und Gegenständeliste**

Sehr geehrter Herr Kommissionspräsident

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 13. September 2019 laden Sie Swiss Medtech ein, an der Vernehmlassung zur Pa.Iv. 16.419 (Humbel) bzw. zum Vorentwurf zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) unter dem Titel "Preise von Medizinprodukten der Mittel- und Gegenständeliste" teilzunehmen, wofür wir uns bedanken. Als Schweizer Medizintechnikverband sind viele unserer über 550 Mitgliedsunternehmen von der geplanten Revision direkt betroffen.

Gerne nehmen wir auf den nachfolgenden Seiten Stellung.

**Position von Swiss Medtech**

- Wir begrüßen Massnahmen, die im Bereich der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) zu Anpassungen der Rückvergütungssysteme an aktuelle Produkte und Preise führen. Dies soll jedoch durch die Fortsetzung der eingeleiteten Optimierungsmassnahmen und einer regelmässigen Überprüfung (inkl. Auslandpreisvergleiche) der MiGeL statt über einen Ausbau des Vertragsprinzips im KVG erreicht werden.
- WZW-Kriterien sollen im Zentrum stehen. Arzt und Patient sollen über eine Therapie entscheiden und keine übergeordnete Instanz.
- Die Annahme der Parlamentarischen Initiative bzw. des Vorentwurfs führen dazu, dass Innovationen nicht oder sehr spät verfügbar werden, die Produktvielfalt eingeschränkt und dem Patienten und den Leistungserbringern aktuelle Produkte vorbehalten bleiben.
- Das heutige HVB System sichert bereits den freien Wettbewerb und ist für Kosteneinsparungen am besten geeignet.
- Das angestrebte Vertragsprinzip führt nur zu einem Scheinwettbewerb. Der Wettbewerb würde stattdessen gar eingeschränkt: es ist nur noch der Preis entscheidend, was letztendlich zu Monopolbildungen führt, da Unternehmen zu tiefen Preisen keine Verträge abschliessen wollen oder können (vgl. z.B. Entwicklung in Deutschland, Spanien und Italien). Eine Verarmung der Produktauswahl ist die Folge.
- Durch die laufenden Anpassungen der MiGeL und die Senkung der HVBs über die letzten Jahre, konnten die Kosten bereits signifikant, zum Teil unter die mittleren Preise der Vergleichsländer, gesenkt werden.
- Der administrative Aufwand steigt exponentiell an und ist nicht handelbar.
- Aufgrund des enormen administrativen Mehraufwands bei allen Akteuren, kann keine Dämpfung der Gesundheitskosten erzielt werden.

**Begründung****Allgemeine Bemerkungen**

Swiss Medtech unterstützt grundsätzlich die Position der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), die sie am 28.6.2019 gegenüber der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-NR) geäußert hat.<sup>1</sup> Die Position wird nachfolgend durch weitere Argumente und Beispiele bekräftigt.

Wir begrüßen Massnahmen, die zu Anpassungen der Rückvergütungssysteme an aktuelle Produkte und Preise führen. Wir sehen jedoch den Weg über die Anpassung der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) und nicht über den Ausbau des Vertragsprinzips im KVG.

---

<sup>1</sup> <https://www.gdk-cds.ch/de/suche>

Das BAG hat im Jahr 2015 die Revision der MiGeL in Angriff genommen. Diese soll Ende 2019 abgeschlossen sein. Ziel der Revision ist es, die veraltete Struktur zu revidieren indem die Produktkategorien angepasst und gestaltet werden, dass neue Technologien sinnvoll ergänzt werden können, Fehlanreize eliminiert und Höchstvergütungsbeträge (HVBs) überprüft werden. Weil Swiss Medtech vom bestehenden System überzeugt ist und eine Optimierung der Prozesse anstrengt, unterstützen wir die Revision und engagieren uns in verschiedenen Arbeitsgruppen. Wir sind der Ansicht, dass die bestehenden Prozesse weiter optimiert und der Inhalt der MiGeL periodisch gemäss WZW-Kriterien überprüft werden sollen. Weiter soll der Antragsprozess effizienter und transparenter gestaltet und eine Rekursmöglichkeit eingeführt werden.

### **1.1. Kosteneinsparungen**

Angesichts der steigenden Gesundheitskosten ist das Begehren nach Kosteneinsparungen verständlich. Das heutige System mit Höchstvergütungsbeträgen (HVB) für Produktgruppen ist für Einsparungen am besten geeignet. Dies hat der Bundesrat bereits im Jahr 2005 in seinen Stellungnahmen zu den Motionen von NR B. Heim und NR R. Humbel, die das Vertragsprinzip bei den MiGeL Produkten forderten, ausgeführt.<sup>2</sup> Swiss Medtech stimmt der damaligen Beurteilung des Bundesrats zu und ist ebenfalls der Ansicht, dass "beim heutigen System bei konsequenter und konstanter Herabsetzung der Höchstvergütungsbeträge gesamtheitlich höhere Kosteneinsparungen bewirkt werden können als mit Tarifverträgen, welche den Besonderheiten der MiGeL-Produkte nicht optimal Rechnung tragen können". Auch die Wettbewerbskommission beurteilte die Höchstvergütungsbeträge als grundsätzlich wettbewerbsfördernd und erachtete das System als taugliches Instrument, das Preis-Leistungsverhältnis von Mitteln und Gegenständen zu verbessern.<sup>3</sup>

Als Resultat von Auslandpreisvergleichen, insb. dem ersten durchgeführten Vergleich von 12 Produkt-Untergruppen der MiGeL, konnte festgestellt werden, dass die HVBs in der Schweiz überwiegend, zum Teil sogar deutlich, unter den mittleren Preisen der Vergleichsländer liegen.<sup>4</sup> Es folgten verschiedene Anpassungen in der MiGeL, so zum Beispiel eine lineare Senkung aller HVBs per 1.1.2006 um 10%. In der Folge wurden weitere deutliche Senkungen bei den umsatzstärksten Produktgruppen Blutzuckerstreifen, Inkontinenzmaterial und Wundverbände per 1.1.2011 und jüngeren Anpassungen z.B. von Blutzuckertestsensoren in den Jahren 2018 und 2019 durchgeführt. Die Preissenkungen und die laufende MiGeL Revision haben das Anliegen der Pa.Iv. somit bereits aufgenommen.

Die Auswirkungen der HVB-Senkungen werden laufend analysiert und durch ein implementiertes Monitoring sichtbar gemacht. Veränderungen werden begutachtet und ein punktuelles Eingreifen wird

---

<sup>2</sup> Motion 05.3522 und 05.3523 vom 29.9.2005

<sup>3</sup> Motion 05.3522 und 05.3523 vom 29.9.2005

<sup>4</sup> Bericht GÖK Consulting AG über den Auslandpreisvergleich ausgewählter Positionen der Mittel- und Gegenständeliste, erstellt im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit, Oktober 2014  
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/suche.html#G%C3%96K%20Bericht>

faktenbasiert möglich. Weiter hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) eine periodische WZW-Überprüfung nach Art. 32 Abs 2 KVG angekündigt.

## 1.2. Wettbewerb

Die Behauptung, dass die vorgesehene neue Regelung zu tieferen Preisen führt ist zweifelhaft. Das heutige HVB System sichert bereits den freien Wettbewerb und ist für Kosteneinsparungen am besten geeignet. Vereinbarungen von Preisen unterhalb der HVBs sind bereits heute möglich und werden zwischen Kostenträger und Abgabestellen abgeschlossen. Bemüht sich eine Abgabestelle um einen Vertrag im Sinne Art. 55 KVV, werden seitens Kostenträger Rabatte während den Vertragsverhandlungen gefordert. Weiter handelt es sich nicht um einen autonomen Markt. Wettbewerb wird mitunter durch Grossabnehmer wie Spitäler und Grosshandel angetrieben. Zusätzlich findet Parallelimport statt. Diesem können Hersteller/Anbieter nur begegnen indem diese die Preise den umliegenden Ländern anpassen. Das heutige System führt zu Preisdruck unter den Herstellern und Fachhändler/Vertrieb im freien Wettbewerb, ermöglicht den Abgabestellen eine faire Marge und gibt den Kostenträgern die Sicherheit, nicht mehr als die HVB bezahlen zu müssen. Die Kostenträger können das heutige System sogar noch optimieren, indem sie vermehrt die im KVG (Art. 56 Abs. 3 KVG) statuierte Pflicht zur Weitergabe von Rabatten einfordern. Diese Möglichkeit wird durch das revidierte Heilmittelrecht und die ab 1.1.2020 in Kraft tretenden Transparenzbestimmungen noch verstärkt.<sup>5</sup> Entgegen der Zielsetzung der Initiative sind wir der Ansicht, dass die Einführung des geforderten Vertragsprinzips gar zu Wettbewerbsbeschränkungen führen würde. Insbesondere bei Hilfsmitteln mit „besonders hohem Dienstleistungsanteil“ würde der Wettbewerb eingeschränkt.

Art. 52b EKV-G sieht vor, dass die Preise für die Mittel und Gegenstände in Verträge zwischen Versicherer und Abgabestellen vereinbart werden, dabei ist auf eine sachgerechte Struktur und betriebswirtschaftliche Bemessung der Preise zu achten. Die Erfahrungen in anderen Ländern hat gezeigt, dass dies immer zu Ausschreibungen geführt hat, wobei letztendlich der Preis die wichtigste Rolle gespielt hat.

Ausschreibungsverträge für solche Heil- und Hilfsmittel würden kaum den WZW Kriterien entsprechen, da sie meist nur den Preis als Hauptmerkmal in Betracht ziehen. Als Beispiel werden nachfolgend Atemtherapiegeräte aufgeführt. Bei diesen Produkten wird für die Preisbildung der Miete nicht nur die Benutzung der Geräte, sondern auch eine Versorgungspauschale, d.h. ein Komplettpreis für Therapiegerät, Filter Schlauch und Maske mit eingerechnet. Dazu gehören auch die Lieferung, die Erstinstallation, die Reparaturen und die Compliance Kontrolle. Schliesslich muss die Miete ebenfalls den Service des Lieferanten abdecken. Nicht jeder Patient, insbesondere, wenn er schon älter ist, kann Gerät und Maske ohne Instruktion anwenden. Er benötigt eine kostenintensive Beratung und Betreuung. Lieferanten müssen Filialen unterhalten oder gar Mitarbeiter zu den Patienten nach Hause senden. Diese

---

<sup>5</sup> Verordnung über die Integrität und Transparenz im Heilmittelbereich (VITH)

Leistungen werden zu Schweizer Konditionen und Löhnen erbracht und können nur schwer mit anderen europäischen Ländern verglichen werden.

Erfahrung in anderen Ländern, wie z.B. in Deutschland, haben gezeigt, dass dies immer zu Ausschreibungen geführt und letztendlich der Preis die ausschlaggebende Rolle in der Entscheidung gespielt hat. Dies unabhängig von der Qualität der Produkte und der gebotenen Dienstleistung. Um einen Vertrag zu erhalten, hatten die Lieferanten minderwertige Produkte zu Tiefstpreisen angeboten. Dienstleistungen am Patienten wurden gar nicht mehr ausgeführt. Die Produktauswahl wurde somit eingeschränkt und die Patientensicherheit war nicht mehr gewährleistet. Viele Lieferanten haben sich als Folge davon vom Markt zurückgezogen, was schlussendlich zu Monopolstellungen und eingeschränktem Wettbewerb geführt hat. Die Patienten mussten privat dazu zahlen oder zulasten der öffentlichen Hand wieder vermehrt Spitäler aufsuchen.

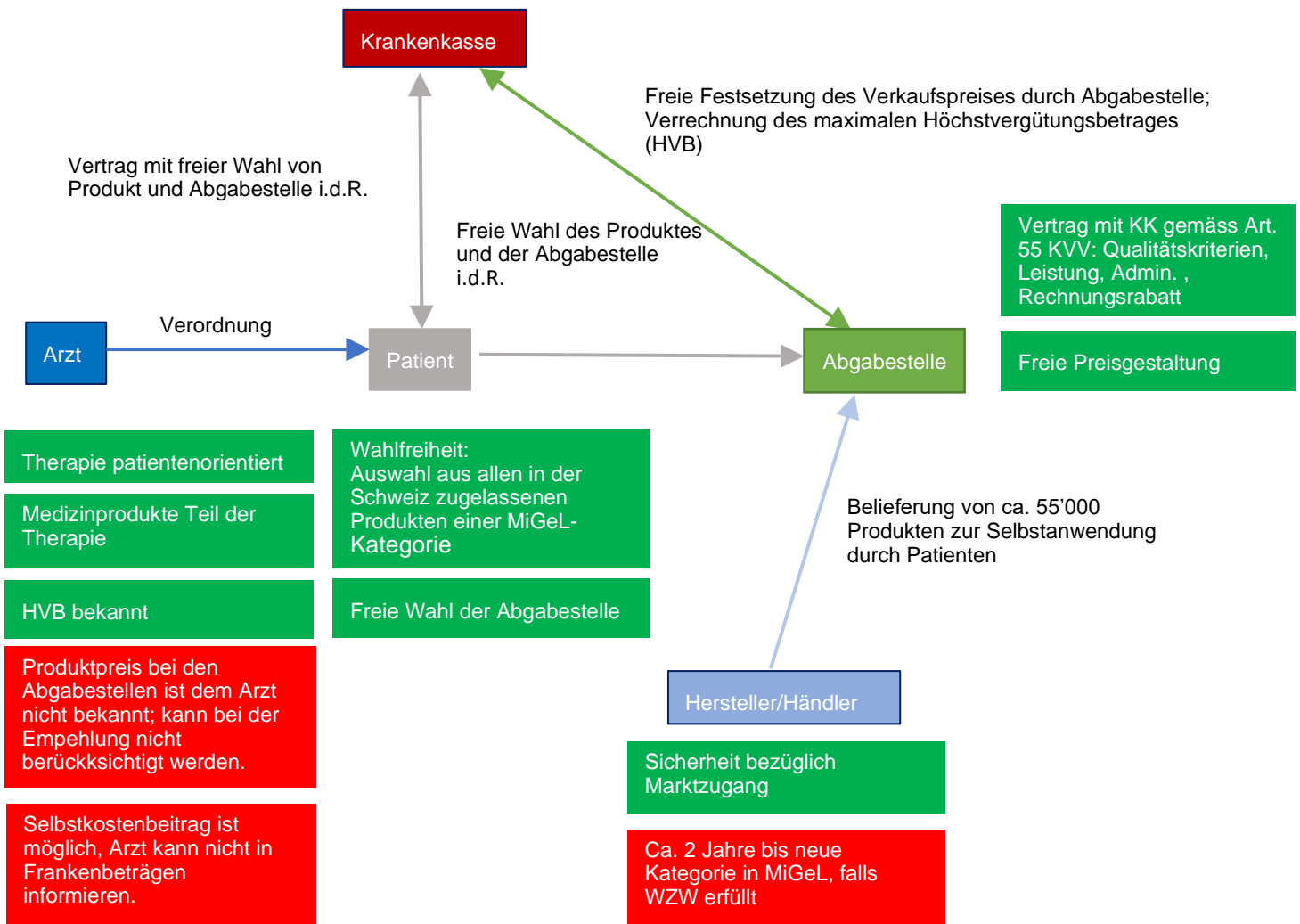
Aufgrund dieses Systemfehlers und dessen Folgen hat der Deutsche Bundestag am 14. März 2019 mit der Verabschiedung des TSVG (Terminservice- und Versorgungsgesetz) Ausschreibungen für Hilfsmittel abgeschafft, um sicherzustellen, dass es bei der Versorgung mit Hilfsmitteln keine Abstriche bei der Qualität gibt.

## 2. Auswirkungen der neuen Regelung auf die verschiedenen Gesundheitsakteure

Nachfolgend wird das bestehende MiGeL-System dem gemäss Vorlage vorgesehen Vertragssystem gegenübergestellt und seine Auswirkungen auf die beteiligten Akteure aufgezeigt. Die Modelle werden zum besseren Verständnis in einer Grafik veranschaulicht:

### A. System heute:

#### Aktualisierte Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) – System von Wahlfreiheit und unter Berücksichtigung der WZW-Kriterien



| Legende  |             |
|--|-------------|
| <span style="background-color: green; width: 15px; height: 10px; display: inline-block;"></span> | vorteilhaft |
| <span style="background-color: red; width: 15px; height: 10px; display: inline-block;"></span>   | nachteilig  |

## 2.1. Leistungserbringer

Unter dem geltenden System kann der Leistungserbringer das für die Behandlung adäquate Produkt wählen und dabei die Machbarkeit der Selbstanwendung berücksichtigen. Er schreibt die Verordnung und muss dabei die WZW-Kriterien berücksichtigen.<sup>6</sup> Die Verantwortung liegt hierbei beim Arzt, die Medizinprodukte sind integraler Bestandteil der Therapie. Dem Arzt ist der HVB, jedoch nicht der Produktpreis bekannt. Ein konkreter Hinweis über die möglichen Selbstkosten und eine praxisbezogene Empfehlung zur Bezugsquelle sind nicht möglich.

## 2.2. Patienten

Unter dem heutigen System hat der Patient im gesamten Katalog MiGeL die Wahlfreiheit. Der Arzt verordnet eine Position und der Patient kann das Produkt wie auch die Abgabestelle frei wählen. Er bezieht in der Regel mehrere Medizinprodukte über eine Abgabestelle. Die Abgabestelle ist häufig eine ihm vertraute Stelle. Er hat somit zeitnah Zugang zu modernen, zertifizierten Medizinprodukten. Sämtliche Produkte, welche in der Schweiz zugelassen sind, und einer MiGeL-Position zugewiesen werden können, stehen dem Patienten zur Auswahl. Bei einem Wechsel der Versicherung bleibt heute die Leistungspflicht bestehen, obwohl es eine Vielzahl von Abgabekanälen und Kostenträgern gibt. Der Patient hat somit Wahlfreiheit bezüglich Produkt und Abgabestelle.

## 2.3. Abgabestellen

Unter dem heutigen System müssen Abgabestellen einen Vertrag mit dem Krankenversicherer abschliessen.<sup>7</sup> Der Vertrag bezieht sich mitunter auf Qualitätskriterien, Leistungen, Administration und Rechnungsrabatte. Der Patient hat die Wahlfreiheit beim Produkt. Wählt dieser ein Produkt mit Zusatznutzen (evtl. nicht medizinisch begründet/notwendig), so bezahlt die Krankenversicherung maximal den Höchstvergütungsbetrag, abzüglich dem zwischen Abgabestelle und Versicherung vereinbarten Rechnungsrabatt. Preise, welche über dem HVB liegen, bezahlt der Kunde. Es besteht somit eine freie Preisgestaltung.

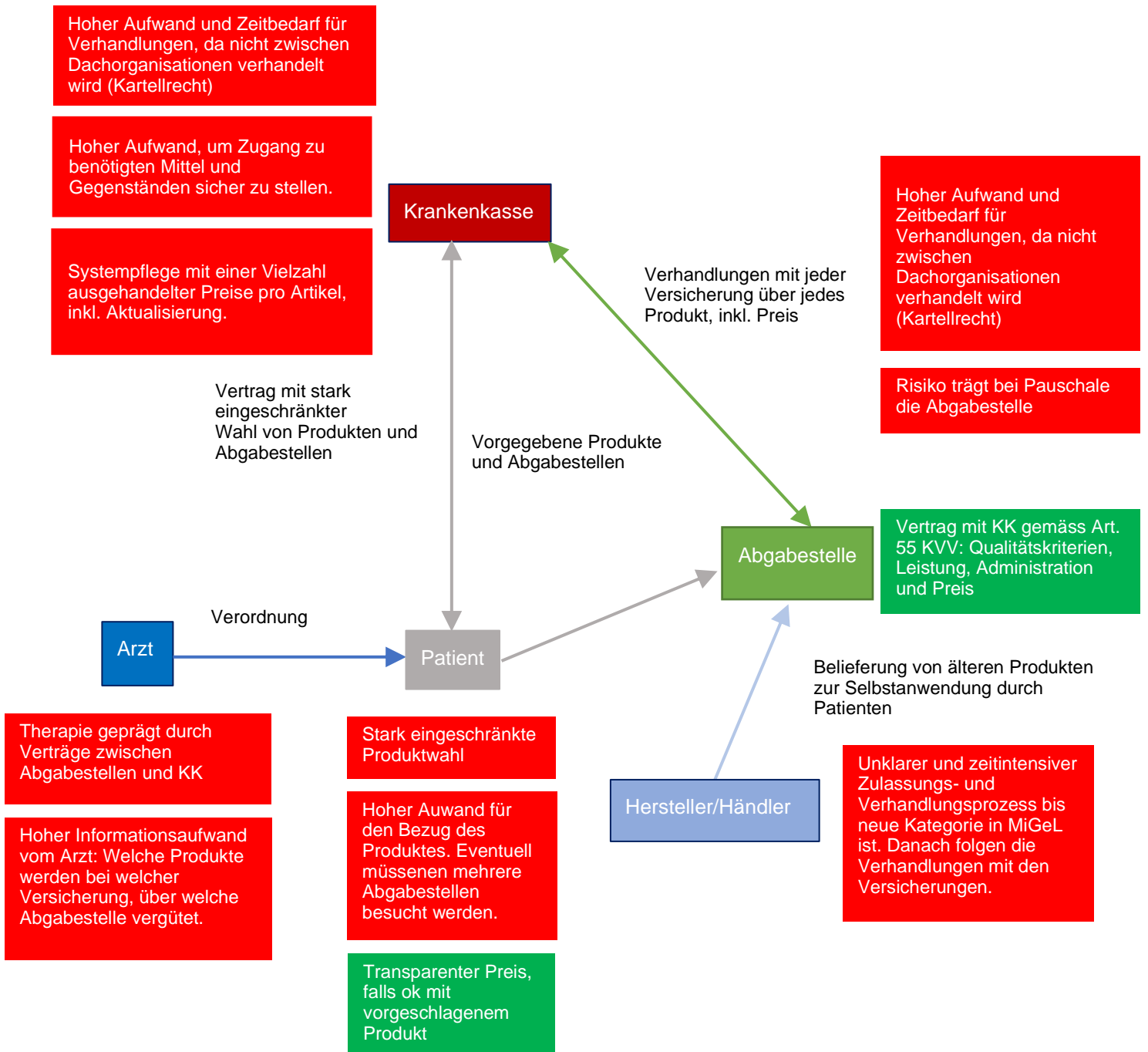
Die Krankenversicherer empfehlen dem Kunden heute nur in Ausnahmefällen eine bewährte Abgabestelle; sie ist dazu nicht verpflichtet.

---

<sup>6</sup> Art. 32 KVG

<sup>7</sup> Art. 55 Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)

**B. System Vorentwurf Änderung KVG/Pa.lv.:**  
**Ausbau der Administration auf allen Ebenen**



**Legende**

- vorteilhaft
- nachteilig



## 2.1. Leistungserbringer

Durch das angestrebte Vertragssystem wird die Therapiefreiheit der Leistungserbringer massiv eingeschränkt. Die Therapie wird geprägt durch bestehende Verträge zwischen Abgabestelle und Kostenträger. Der behandelnde Arzt hat einen hohen Informationsaufwand: er muss bei jeder Therapie zuerst abklären, welche Produkte durch welche Kostenträger vergütet werden. Es steht somit nicht die sinnvolle Therapie gemessen am Wert bzw. Nutzen des Patienten im Fokus, sondern an erster Stelle steht die Vergütung. Der Arzt wird gezwungen, Produkte zu verschreiben, welche das Kriterium der Zweckmässigkeit unzureichend erfüllen oder mit welchen er keine Erfahrung hat.

Dabei obliegt die Bewertung der Wirksamkeit dem Arzt. Er bestimmt die optimale Therapie und Zweckmässigkeit eines Produkts in Bezug auf seine vorhandene Auswahl. Die Wirtschaftlichkeit kann er nicht bestimmen, da er den Preis nicht kennt.

Der Arzt kennt somit allenfalls die Produkte, die durch eine bestimmte Versicherung vergütet werden, nicht oder nur unzureichend, muss aber eine Verordnung schreiben. Der Arzt sollte dann den Patienten auch über die entsprechende zugelassene Abgabestelle informieren, die er zuerst ausfindig machen muss. Es fragt sich, ob dies zu den Aufgaben eines Arztes gehört. Auch hier fällt ein hoher Informations- und Administrationsaufwand an.

## 2.2. Patienten

Neu würde das Vertragsprinzip im Rahmen von MiGeL die Wahlfreiheit der Leistungserbringer und Patienten einschränken. Dabei ist zu erwähnen, dass es sich nicht um Generika handelt. Die Produkte unterscheiden sich, Produkte können nicht eins zu eins ausgetauscht werden. Der Patient muss sich in der Arztpraxis über zugelassene Abgabestellen erkundigen. Er muss anschliessend in eine Apotheke zum Medikamentenbezug gehen und besucht ggf. eine weitere Abgabestelle zum Bezug von Mittel und Gegenständen bzw. Medizinprodukten. Der Aufwand für den Bezug wird für den Patienten sicher zunehmen. Es kann zusätzlich der Fall sein, dass ein Patient für eine Therapie mehrere Abgabestellen aufsuchen muss. So kann es z.B. im Fall einer orthopädischen Behandlung sein, dass ein Patient einen bestimmten Gehstock bei der einen und Kompressionsstrümpfe bei einer anderen Abgabestelle beziehen muss.

Ein Wechsel zu einem anderen Versicherer kann zu Produktewechsel und/oder Wechsel der Abgabestelle führen. Was bedeutet, dass die Zugehörigkeit zu einer Krankenkasse die Therapie eines Patienten bestimmen kann. Die Produktvielfalt für die Betroffenen wird in jedem Fall eingeschränkt.

## 2.3. Abgabestellen

Heute müssen die Abgabestellen mit den Krankenversicherungen gemäss Art. 55 KVV Verträge abschliessen, die Qualitätskriterien, Leistung, Administration und Preise regeln. Unter dem vorgesehenen Vertragssystem gemäss Pa.Iv. würde das Risiko von Preiserhöhungen durch den Lieferanten vollumfänglich durch die Abgabestelle getragen. Auch im Fall einer Pauschale liegt das volle Risiko bei der Abgabestelle: dies einerseits im Fall von Kunden, die einen tieferen Mengenverbrauch verzeichnen,

andererseits auch bei Kunden, die einen höheren Verbrauch eines Produkts aufweisen, als in der Pauschale maximal definiert ist.

Unter dem neuen System sind Abgabestellen unter hohem Druck gezwungen, mit den Krankenversicherern Verträge abzuschliessen. Kein Vertrag, kein Umsatz. Die Preise sind auf Produktebene auszuhandeln, mit dem Wissen, dass viele Produkte einen Lebenszyklus von unter fünf Jahren aufweisen. Ein enormer Aufwand ist auch deshalb abzusehen, weil gemäss Vorentwurf die Bestimmungen des Kartellrechts vorbehalten sind.<sup>8</sup> Demnach wären Verhandlungen über Abgabeverträge zwischen Verbänden oder grossen Gruppen von Abgabestellen und/oder Versicherern (z.B. Krankenkassenverbänden) als unzulässige, wettbewerbsrechtlich nicht zu rechtfertigende Wettbewerbsabreden zu qualifizieren.<sup>9</sup> Da mit jeder Versicherung über Produkte, welche angeboten werden, verhandelt werden muss, sind langwierige Verhandlungen - die eventuell auch zu keinem Abschluss oder keiner Abgabe von bestimmten Produkten führt - vorprogrammiert.

Hinzu kommt, dass für neue oder weiterentwickelte Produkte jedes Mal neue Verhandlungen geführt werden müssen.

### 3. Innovationen

Innovationen sind zu Beginn häufig teurer. Die Frage ist, ob die Vertragspartner bereit sind, Produkte aufzunehmen zu höheren Kosten. Verträge mit Abgabestellen oder Herstellern führen dazu, dass nicht die Behandlungskosten eruiert werden, sondern die alleinigen Produktkosten.

Bereits heute dauert es mindestens 1 - 4 Jahre, bis ein neues Produkt zur Vergütung freigegeben wird. Wir vermuten, dass durch das angestrebte Vertragssystem bzw. den allenfalls langwierigen Vertragsverhandlungen ein neues Produkt erst nach 5 Jahren auf den Markt kommen würde. Die Einführung von Innovationen würden wesentlich verzögert und die Bezugsmöglichkeiten weiter eingeschränkt.

### 4. Konsequenzen und administrativer Mehraufwand

Das neue angestrebte Vertragssystem bedeutet, dass für über 55'000 Produkte<sup>10</sup> Verträge abgeschlossen werden müssen. Dies würde zu einem unverhältnismässigen administrativen Mehraufwand führen, der zu dem durch MDR/IVDR<sup>11</sup> anstehenden administrativen Aufwand und den damit verbundenen Unsicherheiten und Mehrkosten hinzukommen würde. Medizinprodukte haben einen kurzen Lebenszyklus (z.B. im Vergleich zu Arzneimittel). D.h. Verträge müssten laufend angepasst

---

<sup>8</sup> Art. 52b Abs. 2 VE KVG

<sup>9</sup> Vorentwurf und erläuternder Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (VE), S. 13

<sup>10</sup> Bericht der Geschäftsprüfungskommission des Ständerates vom 16. November 2018, Fussnote 4: Schreiben des BAG vom 14. Mai 2018 an die Subkommission EDI/UVEK der GPK-S, Anhörung des BAG vom 29. Juni 2017. Eine Position entspricht einem Typ Mittel oder Gegenstand. Jede Position kann mehreren ähnlichen Produkten verschiedener Hersteller entsprechen.

<sup>11</sup> Verordnung (EU) 2017/745 des europäischen Parlaments und des Rates vom 5. April 2017 über Medizinprodukte (MDR) <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=CELEX%3A32017R0745>  
Verordnung (EU) 2017/746 des europäischen Parlaments und des Rates vom 5. April 2017 über In-vitro-Diagnostika (IVDR) <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32017R0746&from=DE>

werden, wenn Produkte vom Markt genommen oder weiterentwickelt werden. Heute können Nachfolgerprodukte unbürokratisch eingeführt werden.

### **Auswirkungen auf:**

#### **Bund:**

Der Bund hätte nicht weniger Aufwand als bisher, da der bisherige Prozess für die Aufnahme von neuen Produkten bestehen bleibt. Lediglich der HVB muss nicht festgelegt werden. Die Wirtschaftlichkeit muss aber dennoch beurteilt werden. Da beim Antrag in die MiGeL der Preis noch nicht feststeht, kann es in diesem Bereich sogar zu einem Mehraufwand kommen.

#### **Krankenversicherer:**

Die Krankenkassen werden fachliche und betriebswirtschaftliche/gesundheitsökonomische Kenntnisse aufbauen und wesentliche Zusatzaufgaben übernehmen müssen. Neue und weiterentwickelte Produkte müssen fortlaufend in Verträgen aufgenommen werden. Im Gegensatz zum heutigen System braucht es in diesen Bereichen erheblich mehr Personal. Da neu diese Abgabeverträge dem Wettbewerbsrecht unterstellt werden, muss somit jeder Krankenversicherer für sich selbst diese Kapazitäten aufbauen.

#### **Abgabestellen:**

Die Abgabestellen können nicht mehr über ganze Gruppen und Kategorien Verträge erstellen, sondern jedes Produkt muss aufgelistet werden. Dies bedeutet einen sehr grossen Mehraufwand. Auf der anderen Seite tragen neu die Abgabestellen wie oben erwähnt, das Risiko bei pauschalierten Risiken. Wenn der Patient einen höheren Aufwand hat, müssen sie die Mehrkosten tragen. Ob sich für diese Bereiche überhaupt Abgabestellen finden, ist eine andere Frage.

#### **Kantone:**

Die Kantone müssten die Versorgung gewährleisten und Massnahmen bei Unterversorgung ergreifen.<sup>12</sup> Dies führt zweifellos zu zusätzlichem Verwaltungsaufwand, d.h. die Kantone werden gezwungen, den gesamten Markt dauernd zu überwachen, damit eine allfällige Unterversorgung festgestellt werden kann. Dies ist ein erheblicher administrativer Aufwand. Im Grunde genommen bedeutet dies, dass die Kantone eine ähnliche Infrastruktur wie die Krankenversicherer aufbauen müssen.

Zudem kann eine Unterversorgung nur schwer nachgewiesen werden. So ist zum Beispiel die zumutbare Entfernung zur nächsten Abgabestelle nicht definiert.

Weiter ist völlig unklar, in welchen Situationen Kantone einschreiten müssen. Es drohen langwierige Gerichtsprozesse gegen Massnahmen resp. falls solche nicht ergriffen werden. Wie schon unter Punkt 2.3. dargelegt wurde, geht Swiss Medtech davon aus, dass es bei pauschalierten Leistungen schwierig sein wird, Abgabestellen zu finden.

---

<sup>12</sup> Art. 45 Abs 2 E-KVG

Es ist davon auszugehen, dass ein Kanton Versicherer auch dann nicht zu einem Abschluss oder einer Anpassung von Verträgen zwingen kann, wenn die Versorgung gefährdet ist. Die Kantone müssen in dem Fall die Versorgung selber sicherstellen und damit auch finanzieren und administrieren. Eine solch unklare Regelung wird zweifellos zu vielen Prozessen führen. Folgerichtig erachten auch die Kantone, vertreten durch die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), das vorgeschlagene Vertragssystem mit seinen Konsequenzen "weder machbar, noch sinnvoll". So fordert auch die GDK die Beibehaltung von Systems mit regelmässiger Anpassung der HVB an Marktentwicklung und Auslandpreisvergleichen.<sup>13</sup>

## 5. (Mangelnde) Kostendämpfung

Der Vorentwurf und erläuternde Bericht der SGK-N geht von Vergütungen im Bereich der MiGeL von ca. 720 Mio. CHF im Jahr 2017 aus.<sup>14</sup> Diese Zahl gilt es zu relativieren. Der Umsatz für Produkte, die über die MiGeL abgerechnet werden, also nicht von Fachpersonal angewendet werden, wird auf ca. 400 Mio. CHF eingeschätzt. Für die nachfolgende Rechnung wird angenommen, dass ein theoretisches Einsparpotential von 10% über alles, also ca. 40 Mio. CHF pro Jahr, besteht.

Auf der Aufwandseite stehen v.a. Personalkosten. Wenn man davon ausgeht, dass eine Sachbearbeiterin/Sachbearbeiter mit Jahreskosten von ca. CHF 120'000 (Vollkosten, inkl. Sozialleistungen etc.) zu Buche schlägt, dann könnte mit 40 Mio. CHF 330 Stellen geschaffen werden. Dies würde für die Krankenversicherung und die Kantone je 165 Stellen bedeuten. Was wiederum heruntergerechnet pro Kasse ca. 2,5 Stellenprozente und pro Kanton ca. 6,5 Stellenprozente ausmachen würde. Wenn man weiter davon ausgeht, dass mindestens 1000 Verträge pro Kasse abgeschlossen<sup>15</sup> werden müssten<sup>16</sup>, würde dies pro Arbeitstag und Sachbearbeiterin einen Abschluss von 1,8 Verträgen bedeuten. Dies erachten wir als völlig unrealistisch und würde zu erheblichen Mehrkosten führen. Die Einsparungen würden durch den Verwaltungsaufwand mehr als "aufgebraucht" werden.

Es zeigt sich, dass der Mehrauswand bei allen Betroffenen, d.h. bei Bund und Kantonen, den Vertragspartnern, den Leistungserbringer, den Kostenträger und den Krankenversicherer zu einem deutlichen Mehraufwand gegenüber dem geltenden System führen würde. Dies lässt unschwer erkennen, dass auch keine Kostendämpfung erzielt werden könnte. Das Gegenteil wäre vielmehr der Fall.

---

<sup>13</sup> Stellungnahme GDK vom 28.6.2019 <https://www.gdk-cds.ch/de/die-gdk/stellungnahmen>

<sup>14</sup> Vorentwurf und erläuternder Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (VE), S. 6 und 10

<sup>15</sup> Wir gehen von insgesamt mindestens 18'500 potenziellen, an Vertragsabschlüssen interessierten Abgabestellen in der Schweiz aus:

- 1'800 Apotheken
- 14'000 Arztpraxen
- 1'200 Ambulante Pflege (600 öffentliche Spitex, 250 private Spitex, 350 Freischaffende)
- 1'500 Pflegeheime

Nicht eingerechnet sind Spitäler, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Abgabestellen für Mittel und Gegenstände (d.h. Abgabestellen ohne weiteres Leistungsangebot).

## 6. Bemerkungen zum erläuternden Bericht und den einzelnen Artikeln

Da Swiss Medtech aus den vorgenannten Gründen die Initiative bzw. den Vorentwurf ablehnt, verzichtet er darauf, sich zu den einzelnen Bestimmungen des Vorentwurfs im Detail zu äussern. Er nimmt stattdessen in den einzelnen Kapiteln, wo angebracht, auf die einzelnen Bestimmungen Bezug.

Immerhin möchten wir auf folgende Punkte hinweisen:

Wie schon erwähnt, ist der Begriff der Unterversorgung nicht definiert.

Es ist ebenfalls nicht klar, welche Massnahmen ein Kanton im Fall einer gemeldeten Unterversorgung ergreifen soll.

Langwierige Gerichtsfälle dürften den Zugang zu einer benötigten zweckmässigen Behandlung verunmöglichen. Der Bedarf für eine Behandlung ist aber meistens unmittelbar.

Das Prinzip der einheitlichen Vergütung in der Obligatorischen Kranken- und Pflegeversicherung (OKP) wird eliminiert, indem die Krankenversicherer entscheiden, ob, mit wem und über was Verhandlungen geführt werden.

## 7. Fazit

Aufgrund der verschiedenen Erwägungen lehnt Swiss Medtech einen Systemwechsel und somit den Vorentwurf zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) unter dem Titel "Wettbewerbspreise bei Medizinprodukten der Mittel- und Gegenständeliste" ab.

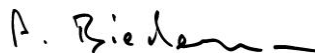
## 8. Anträge und Vorschläge zur Vorlage

- Swiss Medtech beantragt, auf den Vorentwurf zur Änderung des KVGs nicht einzutreten.
- Stattdessen beantragt Swiss Medtech eine Optimierung der MiGeL-Prozesse:
  - Die Prozesse sollen weiter optimiert und der weit vorangeschrittene MiGeL-Revisionsprozess zu Ende geführt werden;
  - Der Inhalt der MiGeL soll periodisch gemäss WZW-Kriterien überprüft werden;
  - Der Antragsprozess soll effizienter und transparenter gestaltet werden;
  - Eine Rekursmöglichkeit soll im Fall von abweisenden Anträgen eingeführt werden.
- Swiss Medtech erklärt sich bereit, bei der Erstellung einer einheitlichen Datensammlung über sämtliche MiGeL-Produkte mitzuwirken.
- Swiss Medtech unterstützt die Erstellung klarer Anforderungen und Qualitätskriterien für Abgabestellen.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Erwägungen und Anregungen und stehen Ihnen für Fragen jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen

Swiss Medtech



Peter Biedermann, Geschäftsleiter



Jörg Baumann, stv. Geschäftsleiter