

Herr Bundesrat Alain Berset
p. A. Bundesamt für Gesundheit
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung
Abteilung Leistungen

abteilung-leistungen@bag.admin.ch und dm@bag.admin.ch

Zürich, 17. Oktober 2017

Vernehmlassung zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern des ambulanten Bereiches
Stellungnahme der Konferenz der Kantonalen Ärztegesellschaften KKA-CCM

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Die Konferenz der Kantonalen Ärztegesellschaften (KKA) ist der Dachverband von 22 Kantonalen Ärztegesellschaften. Sehr gerne nehmen wir die Gelegenheit wahr, uns zur vorgeschlagenen Neuregelung der Zulassung von Leistungserbringern des ambulanten Bereichs zu äussern. Die KKA steht der Vorlage grundsätzlich ablehnend gegenüber. Dies bedeutet nicht, dass die KKA jegliche Regelungen ablehnen würde. In der vorgeschlagenen Form erscheint sie aber für die Ärzteschaft als nicht akzeptabel. Die Gründe hierfür möchten wir nachfolgend erläutern. Dabei werden wir auch Vorschläge einbringen, wie eine Regelung einfacher ausgestaltet werden könnte.

I. Allgemeine Bemerkungen

Die Vorlage ist geprägt von einem planwirtschaftlich anmutenden Steuerungsglauben, dies nun auch im ambulanten Bereich. Nach der umfassenden Steuerung des stationären Angebots soll eine ebenso umfassende Steuerung des ambulanten Bereichs erfolgen, dies vor allem mit Blick auf die Kosten. Dies bedeutete, dass der Staat, dass die Behörden in der Lage sein sollen, die zu erwartende Nachfrage zu kennen, die Versorgung umfassend sicherzustellen, die Qualität der Leistungserbringung zu garantieren und gleichzeitig die Kosten zu senken. Ein solcher Steuerungsglaube ist illusorisch. Dafür ist zu erwarten, dass mit der Vorlage für die Ärzteschaft ein massiver Regulierungsschub kommen wird, dies verbunden mit mehr Bürokratie für alle. Mit den neuen Zulassungsregelungen dieser KVG-Revision wird die staatliche Planung und Kontrolle des ambulanten Leistungsangebots und der Zulassung von Ärzten als Leistungserbringer gemäss KVG massiv verschärft und erhöht. Der Zustrom von Leistungserbringern in die freie Praxis wird mit einer neuen Regelung auf Dauer reguliert. Dies hängt u.a. damit zusammen, dass gemäss der Vorlage detaillierte Zulassungsvorschriften beabsichtigt sind, welche

vom Bundesrat noch zusätzlich zu konkretisieren sind, und dann eine Organisation über die Zulassung entscheidet. Mit anderen Worten: Für die Zulassung wird eine neue, zusätzliche Bürokratie errichtet. Darauf wird nochmals zurückzukommen sein. Bereits jetzt ist der Arztberuf sehr engmaschig geregelt, dies unter anderem in den Bestimmungen des Medizinalberufegesetzes, des KVG sowie der kantonalen Gesundheitsgesetze. Jetzt soll ein noch engmaschigeres Korsett errichtet werden. Kein freier Beruf und wohl generell kein Beruf ist derart stark reglementiert wie der Arztberuf.

Die Vorlage, welche zu einem wesentlichen Teil auch der Kosteneinsparung dienen soll, ist sodann mit Bezug auf dieses Ziel ganz einseitig zulasten der Ärzteschaft ausgerichtet. Sie ist völlig monokausal von der These einer angebotsgesteuerten Nachfrage geprägt. Die Ärztedichte ist indessen als Mengen- und Steuerungsinstrument ungeeignet. Es besteht – wie der Helsana-Report zu den Ausgabenentwicklungen in der Gesundheitsversorgung von Dezember 2016 (S. 22 und 32) zeigt - keine klare Korrelation zwischen Ärztedichte und ärztlichen Leistungen an Patienten. In Wirklichkeit wird die Nachfrage durch vielfältige Faktoren bestimmt, namentlich auch durch das Verhalten der Bevölkerung. Doch die Nachfrageseite wird – wohl aus politischen Gründen – geschont. Sie ist sodann sehr einseitig auf die Kostenproblematik ausgerichtet. Es ist also einmal mehr die Ärzteschaft, welche hier zur Senkung der Kosten beitragen soll. Dies gilt insbesondere für die Regelungen in Art. 55a KVG. Schon mit dem erneuten Tarmed-Tarifeingriff sollen Kosten zulasten der Ärzteschaft gespart werden. Jetzt kommt diese Vorlage hinzu. Die KKA kann diesen Prozess einer stetigen Verschlechterung der Stellung des Arztberufs insbesondere in der freien Praxis nicht akzeptieren. Zudem zeigt ein Vergleich der OECD Länder, dass die Ärztedichte weniger mit den Gesundheitskosten korreliert, als die Zahl der Spitalbetten. Warum der Bundesrat trotzdem mittels Senkung der Zahl ambulanter Ärzte und nicht mittels Limitierung von Spitälern oder Spitalbetten die Gesundheitskosten beeinflussen will, ist nicht nachvollziehbar. Die vorgeschlagenen Massnahmen basieren nicht auf einer Wirkungsanalyse, sondern sind willkürlich gewählt.

II. Unausgewogene Kräfteverhältnisse

Betrachtet man die Vorlage unter dem Aspekt der Kräfteverhältnisse, so erfolgt eine massive Verstärkung der Macht der Versicherer sowie der Kantone zulasten der Ärzteschaft, insbesondere der frei praktizierenden Ärzteschaft.

Die Versicherer erhalten grossen Einfluss durch ein von ihnen zu führendes formelles Zulassungsverfahren. Die Wirtschaftlichkeits- und Qualitätskontrollen der Versicherer werden verstärkt werden und dabei die bereits jetzt mögliche Sanktion des Verlustes der KVG-Zulassung wird grösseres Gewicht bekommen. Sprengkraft bilden die im Detail vom Bundesrat zu definierenden obligatorischen Qualitätsvorgaben und Anforderungen für Ärzte und die anderen ambulanten Leistungserbringer.

Namens der Ärzteschaft der meisten Kantone möchte die KKA nochmals folgendes zur Qualität festhalten: Bezüglich der ärztlichen Tätigkeit in der für die Zulassung beantragten Fachdisziplin ist zu verlangen, dass Ärzte mindestens drei Jahre an einer

anerkannten Weiterbildungsstätte in der für die Zulassung beantragten Fachdisziplin ärztlich tätig sind. In diesen Jahren erwerben sie Kenntnisse über das Gesundheits-, Versicherungs- und Sozialsystem unseres Landes, verstehen die regionalen Gewohnheiten und verfügen über eine gute Vernetzung im anvisierten Spezialgebiet. Was den Fortbildungsnachweis anbelangt müssen sich Ärzte nach Erwerb des Weiterbildungstitels (Facharzt) während ihres ganzen Berufslebens fortbilden. Der Fortbildungsnachweis muss in allen 46 Fachgebieten regelmässig periodisch eingefordert werden. Dies ist ein klar belegbares und einfach überprüfbares Qualitätskriterium. Hinsichtlich der Sprachkompetenz ist zu fordern, dass Ärzte die in ihrer Tätigkeitsregion erforderliche Sprachkompetenz in einer in der Schweiz abgelegten Sprachprüfung nachweisen müssen. Medizin ist Teamarbeit, Missverständnisse vermeiden ist prioritär. Diese Kriterien genügen vollauf, müssen aber auch konsequent umgesetzt werden.

Dass eine Organisation der Versicherer über die Zulassung von Leistungserbringern entscheiden soll ist nicht einzusehen. Die Abhängigkeit der Ärzteschaft von den Versicherern ist insbesondere in finanzieller Hinsicht bereits ausserordentlich gross. Es erweist sich derzeit als extrem schwierig bzw. nahezu unmöglich, mit den Versicherern neue Tarifverträge abzuschliessen. Die Versicherer zeigen für die Anliegen der Ärzteschaft häufig nur sehr geringes Verständnis. Dies ist ein wesentlicher Grund, warum derzeit die tariflichen Beziehungen sehr gestört sind. Wenn nun die Versicherer direkt oder indirekt nicht nur über die Tarife (mit-)entscheiden können, sondern auch über die Zulassung von Ärztinnen und Ärzten, dann droht sich ein neuer Graben aufzutun. Es ist damit zu rechnen, dass es zu zahlreichen Rechtsmittelverfahren kommt. Die KKA ist daher der Meinung, dass entweder eine unabhängige Organisation mit der Durchführung der Zulassung betraut werden soll, oder das Zulassungswesen von der Ärzteschaft selber – selbstverständlich überwacht vom Bund – durchzuführen ist. Dafür sprechen auch Gründe des know-how. Die Ärzteschaft ist im Unterschied zu den Versicherern täglich in der Praxis mit Fragen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit und Qualität ihrer Leistungen konfrontiert. Dasselbe gilt für die Prüfung der Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems und das im Gesetzesentwurf in diesem Zusammenhang vorgesehene Prüfverfahren. Wenn jemand im Zusammenhang mit der Qualität der Leistungserbringung berufen ist, die notwendigen Kenntnisse zu überprüfen, so ist es die Ärzteschaft mit ihren ausgeprägten Erfahrungen im Bereich des Gesundheitswesens und der Qualitätsförderung bei der ärztlichen Leistungserbringung (Qualitätszirkel etc.). Es kommt hinzu, dass es ja hierbei vor allem um für die Ärzteschaft relevante Kenntnisse geht. Es ist daher nicht sachgerecht und unverständlich, warum hier eine von den Versicherern getragene bzw. bezeichnete Organisation dies durchführen soll. Die Bereitstellung der Daten, Methoden, Fachkompetenzen und personellen Ressourcen, die für die Wahrnehmung der den Versicherungen zugewiesenen Aufgaben benötigt werden, würde noch mehr Bürokratie und beträchtliche zusätzliche Verwaltungskosten bei den Versicherern verursachen.

Die geplante Vorlage stärkt aber auch zusätzlich die Position der Kantone. Diese erhalten einen noch grösseren Einfluss auf das ambulante Leistungsangebot, und eine stärkere Rolle bei der Prüfung der Einhaltung der Berufspflichten von Personen, die einen

universitären Medizinalberuf privatwirtschaftlich in eigener Verantwortung ausüben. Zwar besteht gemäss Art. 55a KVG in der vorgeschlagenen Form keine Pflicht der Kantone, Höchstzahlen zu erlassen. Kantone wie Zürich, die bisher keinen Gebrauch von der Festlegung von Höchstzahlen von Leistungserbringern gemacht haben, werden es aber zukünftig sehr schwer haben, diese Position aufrecht zu erhalten. Die Gefahr ist viel zu gross, dass Ärztinnen und Ärzte, die in anderen Kantonen keine Praxis eröffnen können bzw. ihre Tätigkeit nicht in einem Spital oder einer Einrichtung ausüben können, versuchen werden, dies im Kanton Zürich zu tun. Dies wird einen erheblichen Druck auf solche Kantone ausüben. Es wird sodann eine staatlich programmierte Verlagerung des ambulanten Angebots von den freien Praxen in die Spitalambulatorien geben, weil die Kantone bei der Festlegung der Höchstzahlen von ambulanten Ärzten bzw. Arztspensen die niedergelassenen Ärzte, ambulanten ärztlichen Institutionen und Spitalambulatorien in einen Topf werfen, die Ärzte in Spitälern/Spitalambulatorien weiter zunehmen, und dadurch zunehmend weniger «Planstellen» für niedergelassene Ärzte existieren werden. Damit wird geographisch das ärztliche Angebot ausgedünnt. Mit anderen Worten: gerade für ältere und behinderte Menschen wird es beschwerlicher und schwieriger, in der Nähe einen Arzt zu finden. Eine geographische Unterversorgung insbesondere, aber nicht nur im Bereich der Grundversorgung ist absehbar.

III. Rechtsstaatliche Defizite: Völlig unklare Kriterien und unbekannte Datenbasis für Höchstzahlen und Zulassungstopp in einzelnen Fachgebieten

Es ist sodann nach der Gesetzesvorlage völlig unklar, basierend auf welchen Kriterien die Höchstzahl festgelegt werden sollen. Ganz offensichtlich sollen die Kantone ein breitestes Ermessen haben. Falls dem so ist, sind solche Entscheidungen auch gerichtlich kaum überprüfbar. Dies ist aus prinzipiellen und aus rechtsstaatlichen Gründen abzulehnen. Auch die völlig pauschale Delegation in Absatz 2 von Art. 55a KVG von Zuständigkeiten an den Bundesrat bezüglich der Kriterien und methodischen Grundsätzen bei der Bestimmung der Höchstzahl ist abzulehnen. Derartige Kriterien stellen mit Blick auf den Zweck, nämlich die Begrenzung der Anzahl Leistungserbringer, einen starken Eingriff in die Rechte von Ärztinnen und Ärzte dar. Damit sind die Grundsätze der Kriterien im Gesetz zu verankern, dass sie zumindest demokratisch legitimiert sind.

Ähnliche, grosse Vorbehalte bestehen auch gegenüber der Möglichkeit, Ärztinnen und Ärzten bei einer überdurchschnittlichen Kostenentwicklung in einem Fachbereich die Aufnahme einer Berufstätigkeit zu verunmöglichen, sei dies selbständig oder unselbständig. Es genügt für diesen massiven Eingriff in die Rechte vor allem jüngerer Ärztinnen und Ärzte, dass in diesem Fachgebiet die ärztlichen Kosten höher steigen als in anderen Fachgebieten im selben Kanton oder mehr als die jährlichen Kosten des gesamtschweizerischen Durchschnitts des betroffenen Fachgebietes. Dies bedeutet konkret, dass theoretisch jährlich in unzähligen Fachgebieten keine Ärztin und kein Arzt die Tätigkeit zulasten der sozialen Krankenversicherung aufnehmen kann, sei dies

selbständig oder unselbständig erwerbend. Dabei genügt theoretisch, dass die Durchschnittskosten im betreffenden Fachgebiet im Promillebereich über dem Gesamtdurchschnitt liegen. Dies ist inhaltlich und in seiner Einseitigkeit inakzeptabel. Nicht akzeptabel ist, dass in komplexen Verhältnissen, in denen unzählige Ursachen eine Rolle spielen, völlig monokausal auf ein Kriterium abgestellt wird und die Gründe für eine Kostensteigerung offensichtlich keine Rolle spielen sollen. Zwar ist gemäss dem Vorschlag Art. 55a Abs. 6 KVG eine sog. Kann-Vorschrift. Die Kantone sind also nicht verpflichtet, zu diesem Instrument zu greifen. Die Voraussetzungen sind indessen derart lasch umschrieben, dass auch hier eine rechtstaatliche Kontrolle kaum möglich ist. Und weil Kosten leicht über dem Durchschnitt bereits genügen, um zu diesem Schritt zu greifen, ist davon auszugehen, dass wirklich zahlreiche Fachgebiete davon betroffen sein können. Dies ist umso stossender, dass es durchaus sehr gute Gründe dafür geben kann, warum in einzelnen Fachbereichen die Kosten vorübergehend überdurchschnittlich ansteigen (neue Behandlungsmethoden, Grippewelle, Präventionskampagnen, etc.). Gemäss dem vorgeschlagenen Wortlaut spielt dies allerdings keine Rolle. Es ist letztlich dem Ermessen des Kantons anheimgestellt, ob er auf solche Gründe Rücksicht nehmen will oder nicht.

IV. Zu den einzelnen Bestimmungen

Zu Art. 36

Zu Abs. 1

Vorschlag einer Neuformulierung: "..., wenn sie über eine entsprechende Zulassung des Kantons verfügen."

Begründung: Die Kantone sind für die Zulassungssteuerung zuständig. Damit ist es nichts als konsequent, wenn sie über die Zulassung entscheiden und nicht die Versicherer oder eine von den Versicherer getragene Organisation.

Abs. 2: Ersatzlos streichen

Begründung: Es gibt jetzt schon zahlreiche Vorschriften des Bundesrechtes, aber auch des kantonalen Rechtes sowie von Fachgesellschaften, welche sich auf die Qualität, die Aus- und die Weiterbildung etc. beziehen. Es macht keinen Sinn, wenn nun zusätzlich der Bundesrat auf Verordnungsstufe weitere Voraussetzungen erlässt. Im Übrigen ist diese Delegation von Normsetzungsbefugnissen an die Exekutive auch rechtstaatlich bedenklich. In den Grundzügen müssten einschränkende Regelungen im formellen Gesetz geregelt sein.

Abs. 3: Streichen

Begründung: Von dieser Massnahme würden vor allem junge Ärztinnen und Ärzte massiv betroffen. Wie sollen junge Ärztinnen, junge Ärzte diese zwei Jahre überbrücken?

Abs. 3bis: Zu streichen

Begründung: Es ist der bisherige Weg weiterzuverfolgen, der sich bewährt hat, nämlich eine dreijährige praktische Tätigkeit im beantragten Tätigkeitsgebiet.

Abs. 4: Ersatzlos streichen

Begründung: Es handelt sich um eine völlig offene Formulierung, aufgrund derer der Bundesrat nahezu beliebige Auflagen festlegen kann. Dies ist abzulehnen. Es gibt schon jetzt unzählige Massnahmen mit Bezug auf die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistung. Auch die Datenlieferungen sind gesetzlich geregelt, dies im Zusammenhang mit MARS. Es ist nicht verständlich, warum noch zusätzlich auf Verordnungsstufe Kriterien festgelegt werden sollen. Falls in diesem Bereich ein Missstand vorläge, so müsste dieser auf dem Wege einer Gesetzesrevision beseitigt werden. Es gibt aber keinen Missstand.

Abs. 5: Streichen

Begründung: Damit würden die Ärzte als Leistungserbringer in eine starke Abhängigkeit zu den Versicherern geraten. Schon jetzt ist diese Abhängigkeit gross. Aus Sicht der Ärzteschaft läge bei einer Doppelrolle der Versicherer gegenüber der Ärzteschaft als diejenigen, welche über die Vergütung von Leistungen und die Zulassung zur Leistungserbringung entscheiden, ein eindeutiger Interessenkonflikt vor. Es handelt sich um den untauglichen Versuch, den Bock zum Gärtner zu machen.

Abs. 6: Grundsätzlich streichen

Begründung: Die KKA ist grundsätzlich gegen ein Prüfverfahren gemäss Abs. 3bis. Sollte ein solches trotzdem eingeführt werden, ist die Organisation paritätisch zu konstruieren. Dies ist auf Gesetzesstufe festzulegen.

Art. 55a

Abs. 1

Grundsätzlich ist es zu begrüssen, dass nicht nur die frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte von der Einschränkung erfasst werden. Offen ist jedoch, was mit den vom Spital angestellten Ärztinnen und Ärzte geschieht, die in Spitalambulatorien arbeiten, welche der Regelung offensichtlich nicht unterworfen sind. Es steht zu befürchten, dass es zu weiteren Verschiebungen von der frei praktizierenden Ärzteschaft hin zu den Spitäler kommen wird.

Abs. 2

Die Bestimmung ist gut gemeint, wird aber ganz erhebliche Umsetzungsprobleme verursachen. Es steht zu befürchten, dass die Umsetzung dieser Bestimmung zu einem ganz ausserordentlichen administrativen Mehraufwand führen wird.

Abs. 3

Keine Bemerkungen.

Abs. 4

In dieser Bestimmung zeigt sich u.a. der mögliche administrative Mehraufwand, der Abs. 2 verursachen würde. Es ist indessen festzuhalten, dass der Kanton sowieso eigentlich im Besitze der relevanten Daten ist, nämlich die von der BSV erhobenen Daten gemäss Art. 23 KVG bzw. nach Art. 59a KVG.

Abs. 5:

Keine Bemerkungen

Abs. 6: Streichen

Begründung: Vergleiche die Ausführungen vorne unter III. , 2 Absatz.

V. FAZIT

Beim Vorentwurf des Bundesrates zur Zulassung von Leistungserbringern kann nicht von einer weitsichtigen Vorlage die Rede sein. Die klaren Aufträge des Parlamentes, echte Alternativen gegenüber den bisherigen, befristeten Zulassungsstopps - deren Auswirkungen nicht die von der Politik gewünschten, sondern in verschiedener Hinsicht kontraproduktiv waren - aufzuzeigen, wurden nicht erfüllt. Auch fehlen jegliche Hinweise für eine nachhaltige Finanzierung des ambulanten Bereichs, obwohl die Zulassungs- und die Finanzierungsfrage sachlich zusammengehören.

Während der neue Zulassungsstopp die praxisambulante Ärzteschaft dauerhaft einschränken soll, dürfte die Umsetzung in den Spitälern auch künftig illusorisch bleiben. Das Resultat ist eine Schwächung einer auf die Patientenbedürfnisse fokussierten medizinischen Versorgung in der ambulanten Praxis, die erwiesenermassen wirtschaftlicher erbracht wird als im spitalambulanten Bereich. Ziel einer jeden umfassenden Reform im Gesundheitswesen sollte eine Lösung sein, welche die legitimen Interessen der Bevölkerung, Leistungserbringer und Kantone gut austariert. Dazu müssen auch neue Finanzierungsgrundlagen geschaffen werden.

Wegen der die Stärkung des ambulanten Sektors behindernden finanziellen Fehlanreize ist mittelfristig eine einheitliche Finanzierung des stationären und des ambulanten Sektors anzustreben, und die Arbeit daran muss – angesichts der zu überwindenden politischen Widerstände der Kantone – jetzt beginnen.

Etliche Kantone fördern oder dulden zumindest das «Wettrüsten» der Spitalambulatorien, welches mit vom Kanton festgeschriebenen ambulanten Operationslisten aktiv beschleunigt wird. An diesen in den Spitälern ambulant erbrachten Leistungen beteiligen sich die Kantone aber nicht und können so zu Lasten der Prämienzahler ihre kantonalen Budgets schonen. Für eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche ambulante medizinische Versorgung braucht es deshalb neue Finanzierungsgrundlagen, damit die Vorteile allen Kostenträgern – auch und vorab den Prämien- und Steuerzahlern - zu Gute kommen. Die Kantone müssen ihre Verantwortung im ambulanten Bereich sowohl bei der Erteilung der Berufsausübungsbewilligung nach qualitativen Kriterien im Sinne der Patientensicherheit als auch im Hinblick auf mehr Koordination im Sinne der realen Versorgungsregionen über die Kantonsgrenzen hinaus wahrnehmen. Es sollte versucht werden, die Leistungserbringung tendenziell von den Spitälern wieder in die Praxen bzw. in ambulante, regionale Versorgungszentren zu verlagern. Dazu braucht es Anreize für Praxisgründungen von Hausärzten und Spezialärzten sowie Modelle zur Regionalisierung der Grundversorgung wie bspw. regionale, wohnortnahe Gesundheitszentren von Grundversorgern.

Die vorgeschlagenen Massnahmen zur Zulassungssteuerung sind deshalb völlig untauglich und nur einer weitergehenden Planwirtschaft im ambulanten medizinischen Bereich förderlich und sind deshalb abzulehnen.

Nachhaltige Lösungen des Parlaments in dieser Frage benötigen offenbar mehr Zeit und erfordern zwingend eine gesamtheitliche Betrachtung des Gesundheitssystems Schweiz. Deshalb wäre es wohl zu verkraften, die befristete Zulassungssteuerung nochmals um zwei bis drei Jahre zu verlängern.

Wir bitten Sie im Namen des Vorstandes der Konferenz der Kantonalen Ärztesellschaften, unsere Argumentationen in Ihre weiteren Überlegungen miteinzubeziehen und danken Ihnen dafür.

Freundliche Grüsse

Dr. med. Peter Wiedersheim, Co-Präsident KKA

Dr. med. Fiorenzo Caranzano, co-presidente CMC

