

Per Mail

[Abteilung-Leistungen@bag.admin.ch](mailto:Abteilung-Leistungen@bag.admin.ch)

Bundesamt für Gesundheit BAG  
Abteilung Leistungen  
Schwarzenburgstrasse 165  
3003 Bern

Zürich, 3. Oktober 2014

**Vernehmlassung zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend Steuerung des ambulanten Bereichs  
Stellungnahme der Konferenz der Kantonalen Ärztegesellschaften KKA-CCM**

Sehr geehrter Bundesrat Berset  
Sehr geehrter Herr Strupler  
Sehr geehrte Damen und Herren

Die KKA dankt für die Gelegenheit zur vorliegenden Teilrevision KVG Stellung nehmen zu können.

**1. Grundsätzliche Bemerkungen**

Die grosse Mehrheit der Ärzteschaft steht dieser Vorlage ablehnend gegenüber. Die Gründe dafür legen wir Ihnen nachfolgend dar:

Die Ablösung vom bisherigen „Notrecht“ im Rahmen des jahrelangen Zulassungsstopps und Regelungen im ordentlichen Recht zur Sicherstellung der ambulanten Gesundheitsversorgung der Schweizer Bevölkerung wäre an sich zu begrüssen. Die Zielsetzungen, welche der Bund mit diesen Gesetzesvorhaben im Rahmen von kostensenkenden regulierenden Eingriffen erreichen will, werden aber dezidiert abgelehnt. Die während des Zulassungsstopps ergriffenen Massnahmen konnten das oberste Ziel des Bundes, Kosten im ambulanten Bereich zu reduzieren, in keiner Art und Weise erfüllen, sondern hatten zum Teil sogar den gegenteiligen Effekt, neben weiteren negativen Begleiterscheinungen. Die Erfahrungen seit Einführung des Zulassungsstopps im Jahre 2002 stellen die staatliche Planbarkeit des Bedarfs und die Steuerbarkeit der Ressourcen in Frage – zu komplex und interdependent sind die Parameter. Der medizinische Fortschritt, die demographische Entwicklung und das Bevölkerungswachstum (o.8 Millionen mehr Einwohner seit 2002) erhöhen den Bedarf an ärztlichen Leistungen. Die mit dieser Vorlage verfolgte Zielsetzung einer Steuerbarkeit der ambulanten Versorgung ist mit den darin aufgeführten Massnahmen sicher nicht zu erreichen.

Ausgebildete Ärztinnen und Ärzte werden vorzugsweise in stationären Strukturen und im angestellten Verhältnis verharren, da die Perspektiven für die Aufnahme einer eigenständigen Tätigkeit als Niedergelassene viel zu unsicher und mit hohen Risiken verbunden sind. Zudem ist die heute schon überstrapazierte Tarifsituation im praxisambulanten Bereich wenig motivierend, um von der Klinik in

die Praxis zu wechseln. Ökonomischer und volkswirtschaftlicher Konsequenz folgend resultiert, dass die Patienten aufgrund der absehbar immer prekäreren medizinischen Versorgungssituation im ambulanten Bereich in die ungleich teurere Versorgung im Spitalambulanten Bereich ausweichen müssen, was sich bereits heute abzeichnet.

Der Bundesrat will mit dieser Teilrevision des KVG die Kriterien zur Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung im ambulanten Bereich, inklusive Versorgung im Spital ambulant, definieren. Ob diese Kriterien auch Qualitätsansprüche an die ärztliche Berufsausübung wie die Forderung nach einer 3jährigen Ausbildung an einer CH-Weiterbildungsstätte und gute Kenntnisse einer Landessprache beinhalten sollen, ist völlig intransparent, ebenso ob Kantone und Ärzteschaft bei der Definition der Kriterien mitwirken können.

Die Kantone sind gezwungen die Angemessenheit der Versorgung über die Kantonsgrenzen hinweg zu koordinieren. Der Bund kann die Taxpunktwerte in einem Kanton um bis zu 10% kürzen, wenn die durchschnittlichen Kosten je versicherte Person in einem ambulanten Sektor – also auch im Spital ambulant – um mehr als 2 Prozentpunkte stärker als die durchschnittlichen gesamtschweizerischen Kosten pro versicherte Person steigen. Damit ist der bundesrätliche Tarifeingriff im Gesetz festgeschrieben und die Tarifhoheit der Kantone sowie die Tarifpartnerschaft zwischen Ärzteschaft und Versicherern eliminiert.

Zudem wird die kostenlose Datenlieferungspflicht durch Kantone und Leistungserbringer an den Bund im Gesetz festgeschrieben. Dies ist ein eklatanter Verstoss gegen Treu und Glauben, hat doch Bundesrat Alain Berset in seinem Schreiben vom 8. Februar 2012 an die KKA festgehalten, dass keine Absicht besteht, im ambulanten Bereich weitgehende Bestimmungen über den Datenaustausch zu erlassen (dies in Reaktion auf eine Referendumsdrohung der KKA i.S. Art 42 Abs. 3bis KVG).

## **2. Zentrale Forderungen der KKA**

### **2.1 Versorgungssicherheit**

Eine Steuerung im ambulanten Bereich muss primär die Versorgungssicherheit und Versorgungsqualität der Bevölkerung zum Ziel haben. Deshalb sind die zu ergreifenden Massnahmen nicht nur von einem quantitativ, sondern vor allem auch qualitativ ausreichenden Versorgungsangebot abhängig zu machen.

In Anbetracht der im Februar 2017 umzusetzenden Masseneinwanderungsinitiative, der bereits wieder einsetzenden „Rückwanderung“ von EU-Ärztinnen und Ärzten und dem fehlenden ärztlichen Nachwuchs gerade für die ambulante Versorgung müssen vorab dringlich Massnahmen zur Sicherstellung der Versorgung ergriffen werden. In der Planung ist zudem zu berücksichtigen, dass in den nächsten Jahren überdurchschnittlich viele Ärztinnen und Ärzte in Pension gehen, die zunehmende Feminisierung in der Medizin mit vermehrten Teilzeitpensen einhergeht und generell die work-life-balance der heutigen Zeit von einem höheren Freizeitanteil ausgeht. Dazu sind die notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen, insbesondere für den ambulanten ärztlichen Notfalldienst. Dazu gehört unter anderem eine adäquate Finanzierung der von der Ärzteschaft organisierten und betriebenen Strukturen wie Notfalltelefonzentralen oder einem Spital vorgelagerte Notfallpraxen, welche es ermöglichen, auch mit immer begrenzteren personellen Ressourcen bei den Notfalldienst leistenden Ärzten die medizinische Versorgung im Notfall zu gewährleisten.

Grundsätzlich erachten wir eine kantonale Ressourcenplanung und -steuerung als sinnvoll, aber nur wenn die grösst mögliche Optimierung bei den zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung zu

treffenden Massnahmen gegeben ist und die Leistungserbringer von den Kantonen insbesondere bei der Abklärung des Bedarfs mit einbezogen werden. Dazu gehört zwingend die Definition von Qualitätskriterien für eine qualitativ hochstehende medizinische Versorgung.

## **2.2 Qualitätskriterien**

Die Erteilung einer Berufsausübungsbewilligung ist zwingend an Qualitätskriterien zu knüpfen, damit die adäquate Befähigung zur ärztlichen Berufsausübung gegeben ist.

Nur Ärztinnen und Ärzte, welche mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben, sollen zugelassen werden. So sind sie mit dem Schweizer Gesundheitswesen vertraut und qualitativ gut weitergebildet. Dies sind die minimalen und grundlegenden Anforderungen an die Qualitätskriterien zur Berufsausübung. Das Argument, eine solche Regelung würde gegen die Personenfreizügigkeit verstossen, überzeugt nicht. Seit der Einführung dieser 3-Jahres-Regelung wurden weder von der EU noch von den direkt Betroffenen juristische Schritte dagegen eingeleitet.

Die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung muss zudem von einem ausreichenden Nachweis der Beherrschung einer der drei Landessprachen bzw. von der Beherrschung der Landessprache der betreffenden Region abhängig gemacht werden.

**Wie fordern deshalb die folgende Ergänzung von Art. 40a Abs5 (neu):** *„Als Leistungserbringer sind zudem zugelassen Personen nach den Artikeln 36, 37 und 38 sowie Ärzte und Ärztinnen, die in einer Einrichtung nach Artikel 36a tätig sind, wenn sie mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben.“* **Und von Art. 40a Abs2:** *„Die Zulassung setzt das Beherrschen einer Landessprache voraus. Der Bundesrat erlässt dazu die notwendigen Ausführungsbestimmungen.“*

## **2.3 Definition von Kriterien für die zu treffenden Massnahmen bei Unter- oder Überversorgung**

Die Steuerung im ambulanten Bereich und die Definition der Steuerungskriterien muss zwingend in der Kompetenz und Verantwortung der Kantone und der kantonalen Ärzteschaft (Ärztegesellschaften) liegen.

Zu einer Steuerung der ambulanten Versorgung gehört vor allem eine valable und funktionierende Datengrundlage. Wir sind der Überzeugung, dass eine sinnvolle Planung nur aufgrund von verlässlichen Zahlen erfolgen kann und fordern deshalb, dass bei der Abklärung der Frage, ob eine Unter- oder Überversorgung vorliegt, vorgängig die Beurteilung der Leistungserbringer- und Berufsverbände basierend auf der bestehenden ärzteigenen Datensammlung eingeholt werden muss. Die Steuerung des „Bedarfs“ kann nicht bloss über das Kriterium „Anzahl Ärzte“ erfolgen, da mit den verschiedenen Versorgungsmodellen in der Praxis (Teilzeitarbeitende angestellte Ärzte in der freien Praxis und /oder Teilzeit arbeitende freipraktizierende Ärztinnen ) die Berechnung der für die Versorgung notwendigen Anzahl Ärztinnen und Ärzte komplexer geworden ist.

Jeder Kanton muss deshalb zusammen mit den Ärzteschaften die grösst mögliche Freiheit haben, die Anforderungen zur Sicherstellung der Versorgung nach kantonalen Bedürfnissen flexibel zu definieren und mit entsprechenden Massnahmen umzusetzen.

## **2.4 Gleichbehandlungsgebot Spital ambulant und freipraktizierende Ärztinnen und Ärzte**

Es geht nicht an, dass die Zulassung von Ärzten in der spitalambulant Versorgung nach Art. 39 und diejenige in der praxisambulant Versorgung nach Art. 40 gesteuert werden sollen. Wenn überhaupt eine Zulassungssteuerung, dann nach denselben Regeln sowohl für die spitalambulante und die praxisambulante Versorgung. Beide sollten von Art. 40a gesteuert werden. Diese Gleichstellung ist zwingend vorzusehen.

## **2.5 Mehrfachrolle der Kantone**

Die bereits heute zahlreichen Interessenkonflikte der Kantone werden durch die Möglichkeit der sektoriellen Zulassungssteuerung noch zunehmen. Aktuell sind die Kantone bereits Gesetzgeber im Gesundheitswesen, Ausbilder für Medizinalpersonen, Spital-Eigentümer, Spital-Planer und-Betreiber, Spital-Teilfinanzierer, Tarifgenehmigungs- und Kontrollbehörde sowie Schlichtungsstelle bei Tarifstreitigkeiten. Und mit der Einführung dieser Gesetzesrevision noch Zulassungs- und Steuerungsbehörde für die ambulant tätige Ärzteschaft.

Vor diesem Hintergrund müssen für den von der Gesetzesrevision vorgesehenen Einbezug des spitalambulant Bereichs in die kantonale Ressourcenplanung zwingend die gleichen Massstäbe und Regelungen gelten wie für die freipraktizierende Ärzteschaft; eine kantonale Bevorzugung der eigenen Einrichtungen ist auszuschliessen.

## **2.6 Kein weiterer Tarifeingriff des Bundes**

Im Art. 55 b würde dem Bund die Befugnis gegeben die Taxpunktwerte in einem Kanton um bis zu 10% zu kürzen, wenn die durchschnittlichen Kosten je versicherte Person in einem ambulanten Sektor – also auch im Spital ambulant – um mehr als 2 Prozentpunkte stärker als die durchschnittlichen gesamtschweizerischen Kosten pro versicherte Person steigen.

Die Datengrundlagen für entsprechende Eingriffe sind unklar und anfällig für Einsprachen. Die sektorgetrennte Aufschlüsselung von ambulanten Behandlungen im Versorgungs-Sektor spitalambulant gegenüber dem Sektor praxisambulant ist nicht sichergestellt. Das heisst konkret, wenn die spitalambulant Kosten zunehmen – was sie ja seit Jahren massiv tun – riskieren auch die Arztpraxen eine Senkung des Taxpunktwertes. Nicht zuletzt kommt ein solcher Tarifeingriff auch einer inakzeptablen Kollektivstrafe gleich.

Zu wiederholtem Male halten wir hier fest, dass im KVG kein Grundsatz zur Kostenneutralität formuliert bzw. vorgesehen ist. Eine Ausweitung des Kostenvolumens wird zum Beispiel von Faktoren wie der Demographie, dem Wachstum der Bevölkerung und dem medizinischen Fortschritt determiniert, auf welche die ärztlichen Leistungserbringer keinen Einfluss haben.

Mit dem Art. 55b wird die Autonomie der Tarifpartner, den Taxpunktwert kantonal vertraglich zu regeln und zu verhandeln, noch mehr eingeschränkt.

Die bereits bestehenden und angewendeten subsidiären Kompetenzen des Bundesrates im Bereich der Tariffestsetzung dürfen keine Ausweitung mehr erfahren. Deshalb wird die neu vorgesehene Kompetenz des Bundesrates zu Tarifsenkungen einhellig und strikte abgelehnt.

Die KKA beantrag deshalb diesen Artikel zu streichen.

### 3. Fazit

Wir erachten die vorliegenden Gesetzesbestimmungen, welche nach Ansicht des Bundes eine Versorgungsplanung und Steuerungsmöglichkeit zur Sicherstellung der medizinischen Versorgungssicherheit der Schweizer Bevölkerung zum Ziel haben, als absolut untauglich.

Konkret handelt es sich um einem offensichtlichen Versuch seitens des Bundes über die kantonale Hoheit tiefgreifend bis zum einzelnen Leistungserbringer (Arztpraxis oder Spital ambulant) Einfluss zu nehmen.

Um diese in der vorliegenden Gesetzesrevision festgehaltenen Bestimmungen, vorab Art. 55 b KVG, revidieren zu können, müsste als ultima ratio zum Instrument des Referendums gegriffen werden.

Hingegen erscheint es uns unabdingbar, den Dialog zwischen Bund, Kantonen und der Ärzteschaft sowie den weiteren Leistungserbringern im Gesundheitswesen über die Voraussetzungen zur Sicherstellung einer guten und sicheren Gesundheitsversorgung weiter zu führen und zu intensivieren.

Wir danken für die Berücksichtigung unserer Überlegungen und Argumente.

Mit freundlichen Grüssen

Peter Wiedersheim, Co-Präsident KKA    Fiorenzo Caranzano, co-président CCM

