



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Bundesamt für Gesundheit
Abteilungen Leistungen
Schwarzenburgstrasse 165
3003 Bern

Per E-Mail:

Abteilung-Leistungen@bag.admin.ch

Ort, Datum
Ansprechpartner

Bern, 29. September 2014
Martin Bienlein

Direktwahl
E-Mail

031 335 11 13
martin.bienlein@hplus.ch

Teilrevision KVG: Steuerung des ambulanten Bereichs

Sehr geehrte Damen und Herren

In Ihrem Schreiben vom 20. Juni 2014 haben Sie uns zur Stellungnahme zur „Teilrevision KVG: Steuerung des ambulanten Bereichs“ eingeladen. Dafür danken wir Ihnen.

H+ Die Spitäler der Schweiz ist der nationale Spitzenverband der öffentlichen und privaten schweizerischen Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen. Ihm sind 236 Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen als Aktivmitglieder an 369 Standorten sowie über 200 Verbände, Behörden, Institutionen, Firmen und Einzelpersonen als Partnerschaftsmitglieder angeschlossen.

In seiner beständigen Politik und zuletzt gegenüber dem Departementsvorsteher anlässlich des Runden Tisches vom 11. Februar dieses Jahres steht H+ der Zulassungssteuerung kritisch gegenüber und hat bisherige Vorschläge abgelehnt (Beilage).

Der vorliegende Vernehmlassungsentwurf ist aus Sicht von H+ eine Misstrauenserklärung an das föderale Gesundheitssystem, die Tarifpartnerschaft und die Gewaltentrennung. Er wirft mehr Probleme auf, als er zu lösen vermag. H+ lehnt deshalb die vorliegende Gesetzesrevision ab und verlangt eine umfassende Überarbeitung.

1 Fehlende Problemanalyse und Ziele

Angeichts des drohenden Ärztemangels und der Annahme der Volksinitiative „gegen Masseneinwanderung“ am 9. Februar 2014 erscheint eine Gesetzesrevision gegen Überversorgung widersprüchlich und anachronistisch.

Solange keine Definitionen und Messkriterien bestehen, ist völlig unklar, was unter einer Überversorgung zu verstehen ist. Zwar gibt es Studien, die zeigen, dass Angebot und Nachfrage medizinischer Leistungen korrelieren. Ob ein höheres Angebot aber eine Überversorgung bedeutet, wurde nirgends behauptet oder nachgewiesen. Mengensteuerungen ohne vorhandene Definitionen, Messkriterien und Evidenz lehnen wir ab.

Eine allfällige Unterversorgung können die Kantone im Rahmen ihrer kantonalen Gesetzgebung heute bereits angehen. Dafür brauchen sie keine Änderung der nationalen Gesetzgebung. In den meisten Kantonsverfassungen ist die Sicherung der medizinischen Versorgung aufgeführt.

Die einzigen Gründe für eine ambulante Steuerung, die im erläuternden Bericht genannt werden, sind die bisherige dringliche Gesetzgebung, die Angst „gewisser Kantone“ (Seite 2) und die Äusserungen einiger Partner der beiden Runden Tische (Seite 3). Eine konkrete Notwendigkeit zur Steuerung von Über- oder Unterversorgung wird aber im Bericht nirgends ausgewiesen. Dies zeigt sich dann auch in der Ausgestaltung der Gesetzgebung, wenn jeder Kanton seinen Eingriff anders begründen und ausgestalten kann.

Der Vernehmlassungsentwurf legt keinen Beweis vor, dass ein Problem besteht.

Der Vernehmlassungsentwurf verschiebt es in die Verordnung, eine „angemessene Versorgung zu bestimmen“ und „Kriterien festzulegen“ (Seite 10). Der Entwurf spricht allgemein von „Qualitätskriterien“ und bringt nur ein Beispiel, nämlich den „Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist“. Der Bund hat bisher weder im Rahmen seiner Kompetenzen zur Qualitätssicherung (Art. 58 KVG) noch anlässlich der beiden Runden Tische konkrete inhaltliche Vorstellungen über solche Qualitätskriterien geäussert. Auch bei der stationären Spitalplanung hat der Bund sich auf prozedurale Vorgaben beschränkt (Art. 58a – 58e KVV), namentlich oben erwähnter Zugang.

Eine gesetzliche Vollmacht für ambulante Planungskriterien ohne klare Vorstellungen, was diese beinhalten sollen, lehnen wir ab.

Unter dem Punkt „Finanzielle Auswirkungen“ (Seite 18) wird eine Senkung oder Stabilisierung der Krankenversicherungskosten und -prämien als positiv bewertet. Offenbar ist dies das eigentliche Ziel des Vernehmlassungsentwurfes, nicht die Qualitätssicherung. Es fehlt aber auch hier der Nachweis, dass die seit 2001 bestehende Gesetzgebung zur Einschränkung der ambulanten Leistungserbringer effektiv dazu beigetragen hat, die Kosten- und Prämienentwicklung in der Krankenversicherung zu dämpfen.

Politisch und medizinisch ist eine verstärkte Verlagerung von stationären nach ambulanten Leistungen erwünscht. Dies führt zu einem höheren Bedarf an ambulanten Leistungserbringern und - durch die unterschiedliche Finanzierung von stationär und ambulant - automatisch zu überdurchschnittlich steigenden Prämien. **Dieser Aspekt bleibt in der Problemanalyse unerwähnt.**

2 Fehlende Gesamtkonzeption

Dem jetzigen Vorschlag fehlt eine Gesamtkonzeption. Erstens ist die Trennung zwischen spital-ambulant und anderen ambulanten Leistungen überholt und berücksichtigt die medizinische Entwicklung nicht. Zweitens bestimmen heute nicht mehr Kantonsgrenzen, sondern gewachsene Agglomerationen und Pendlerströme das Verhalten der Bevölkerung. Drittens bleibt das Zusammenspiel zwischen staatlicher Regulierung und Wettbewerb unberücksichtigt. Und schliesslich werden im Gesetzesentwurf die Begriffe Über- und Unterversorgung als Legitimation für staatliche Eingriffe verwendet, ohne dass auch nur ansatzweise eine Klarheit darüber besteht, was darunter zu verstehen ist.

Medizinische Entwicklung

Spitäler und Kliniken nehmen in der ambulanten Medizin eine immer wichtigere Rolle ein. Sie leisten heute rund ein Drittel aller ambulanten Leistungen und kooperieren mit Praxenärztinnen und -ärzten, vor allem zur Sicherung der Notfall- und der Hausarztmedizin. Die Bevölkerung nutzt vermehrt Walk-in Praxen oder im Notfall die Angebote bei den Spitälern und Kliniken. Zudem erbringen immer mehr Spezialistinnen und Spezialisten Behandlungen, die früher ausschliesslich den Spitälern und Kliniken vorbehalten waren (z.B. Herzkatheterlabors, Dialysezentren, Radiologieinstitute).

Die medizinische Entwicklung wird die Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen weiter vorantreiben. Viele chirurgische Eingriffe oder Krebsbehandlungen sind heute ambulant möglich. In der Psychiatrie, der Rehabilitation und der Übergangspflege sind fließende Übergänge zwischen stationären und ambulanten Angeboten aus medizinischen und gesellschaftlichen Gründen ganz zentral.

Viele dieser medizinischen Entwicklungen sind nicht längerfristig vorhersehbar und sind deshalb auch nicht planbar.

Die medizinische Verlagerung führt durch die unterschiedliche Entschädigung und Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen zu einer höheren Belastung der Prämienzahler und Entlastung der Steuerzahler. Ob diese finanzielle Verschiebung sinnvoll ist oder nicht, ist eine sozialpolitische Frage, nicht eine medizinische. Sie lässt sich nicht durch eine medizinische Planung oder tarifarische Noteingriffe lösen.

Versorgungsregionen

Art. 41 Abs. 1 KVG erlaubt sinnvollerweise den Versicherten die freie Wahl der ambulanten Leistungserbringer und sichert die volle Kostenübernahme zum Tarif des Wohn- oder Arbeitsorts zu. Es ist deshalb mehr als zweifelhaft, ob angesichts der Mobilität der Bevölkerung, der Pendlerströme und der überkantonalen Agglomerationen eine kantonale Planung überhaupt machbar ist.

Regulierter Wettbewerb

Im stationären Bereich hat das Parlament mit der KVG-Revision Spitalfinanzierung wettbewerbliche Elemente gestärkt (Spitalwahlfreiheit, Wirtschaftlichkeit und notwendige Qualität der Leistungen, etc.). Die vorliegende Vorlage hingegen beinhaltet eine Regulierung des Gesamtangebots bzw. der Gesamtkosten der ambulanten Leistungen, ohne auf die Wirtschaftlichkeit oder Qualität der einzelnen Leistungen und Leistungserbringer einzugehen.

Definitionen Über- und Unterversorgung

Der Gesetzesentwurf erwähnt die Über- oder Unterversorgung als staatliche Interventionskriterien, drückt sich aber vor einer Legaldefinition dieser Begriffe. Ohne national einheitliche Standards ist sechszwanzig kantonal unterschiedlichen Interpretationen Tür und Tor geöffnet. So könnte es durchaus sein, dass ein Kanton auf Grund einer bestimmten Versorgungssituation die Zulassungsbeschränkung aktiviert, während ein anderer auf Grund der gleichen Versorgungssituation eine Unterversorgung postuliert.

Nicht akzeptierbar angesichts der fehlenden Definitionen ist der Umstand, dass betroffene Leistungserbringer nicht einmal gegen unangemessene Planungen oder Einschränkungen klagen dürften (Art. 53 Abs. 2 Bst. b KVG).

3 Prämiensenkungen statt optimaler Versorgung als Ziel?

Die mit Art. 55b KVG vorgeschlagene Massnahme für Tarifeingriffe durch den Bundesrat lässt zwei Dinge vermuten. Erstens scheint man bei den Bundesbehörden der Tarifpartnerschaft und dem föderalen System der Tarifgenehmigungen inklusive der Rechtsprechung bis vor Bundesverwaltungsgericht wenig Vertrauen zu schenken. Und zweitens geht man offenbar davon aus, dass eine in einem Jahr etwas überdurchschnittliche Kostensteigerung in einem Kanton auf eine ambulante Überversorgung hindeutet, die sich durch finanzielle Sanktionen beseitigen lässt.

Für H+ ist die Vorlage, ganz besonders der vorgeschlagene Artikel 55b KVG, ein Wendepunkt weg von einem Gesundheitswesen mit reguliertem Wettbewerb, Tarifautonomie und Gewaltentrennung hin zu einer staatlichen Steuerung, die sich der Justiziabilität und Gewaltentrennung entzieht.

4 Stellungnahme zu den einzelnen Gesetzesartikeln

Art. 39, Abs. 1^{bis} streichen

Eine Trennung zwischen ambulanten Leistungen in Praxen und Spitalambulatorien ist nicht sinnvoll. Zudem würden die Spitäler mit diesem Artikel gegenüber den Praxen benachteiligt, da für sie eine generelle Planungspflicht eingeführt würde, während bei Praxen nur neue Leistungserbringer und diese auch nur bei allfälligen Massnahmen gemäss Art. 40a KVG eingeschränkt würden.

Art. 40a andere Inhalte, nämlich:

- Das Gesetz definiert aus Qualitätsgründen und im Sinne der Gleichbehandlung einheitliche Kriterien für alle Leistungserbringer gemäss Art. 36 bis 39 KVG:
 - Notwendige fachliche Voraussetzungen (Aus- und Weiterbildung)
 - Notwendige sprachliche Voraussetzungen
 - Allfällige Vorgaben an Strukturen (Radiologiegeräte, Labor, usw.), Prozesse (z.B. Dokumentationspflichten, Medikation) und Messungen (z.B. Qualab, Patientenzufriedenheit)
 - Notfallversorgung (Pflicht zur Teilnahme oder Ersatzabgabe)
 - Pflicht zum Führen eines elektronischen Patientendossiers gemäss geplantem Gesetz zum elektronischen Patientendossier
 - Lieferung der Kosten- und Leistungsdaten an die zuständigen Tariforganisationen (z.B. TARMED Suisse) zur ständigen Pflege und Aktualisierung der Tarife (analog Regelung SwissDRG im stationären Bereich)
 - Pflicht zum Erteilen von ärztlichen Weiterbildungen (Betreuung von Assistenzärzten oder Ersatzabgabe).
- Um die Aus- und Weiterbildung nicht zu gefährden, sind Leistungen von Ärztinnen und Ärzten ohne die entsprechenden Facharzt-Titel und sprachlichen Voraussetzungen unter Aufsicht abrechenbar.
- Falls sich bei einzelnen Leistungen nachweislich Qualitäts- oder Versorgungsprobleme zeigen, können dafür spezifische Bedingungen formuliert werden, insbesondere:
 - Erhöhte Anforderungen an die notwendige Qualifikation und Dokumentation bei besonders heiklen Leistungen
 - Dokumentation der Notwendigkeit, Teilnahme an Register, Second Opinion oder Kostengutspracheverfahren bei umstrittenen Leistungen
 - Unterstützungsmassnahmen für fehlende Leistungen.

Die Qualitätsvorgaben sichern einerseits die gute ambulante Versorgung und dienen andererseits als Grundlage für eventuelle Massnahmen. Mit den heute vorliegenden Informationen sind allfällige Fehlversorgungen objektiv nicht zu begründen.

Art. 40b streichen:

- Bei einer allfälligen Unterversorgung haben die Kantone schon heute, ohne diesen Gesetzesartikel das Recht, bzw. die Pflicht, Massnahmen zu ergreifen.
- Keine Trennung von Über- oder Unterversorgung. Die Grundlagen für allfällige Entscheide werden durch Art. 40a gemäss Anpassungen oben geschaffen.

Art. 40c

- *Abs. 1, anpassen:* „Der Bundesrat legt die Kriterien zur Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung im ambulanten Bereich **basierend auf den Qualitätsvorgaben gemäss Artikel 40a** fest.“
- *Abs. 4, anpassen:* „... Massnahmen **nach Artikel 40a** trifft, ...“
- *Abs. 5, anpassen:* „... Massnahmen **nach Artikel 40a** erforderlich sind. ...“

Art. 53:

- **Abs. 1, anpassen:** „... nach den Artikeln **39, 40a, 45, 46 Absatz 4, 47, 48 Absätze 1-3, 51, 54...**“
- **Abs. 2 Bst. e, streichen:**
Schon bei der KVG-Revision Spitalfinanzierung wurde das Beschwerderecht der betroffenen Leistungserbringer eingeschränkt. In einem Rechtsstaat mit einem gut etablierten System der Gewaltentrennung sollen die Rechtssubjekte nicht ohne Not eingeschränkt werden. Ausnahmen der Gerichtsbarkeit darf es nur geben, wenn die Funktionsfähigkeit des Staates durch Klagen behindert würde. Dies trifft hier nicht zu. Vor 2009 haben das KVG und die Kantone sehr gut ohne diese Einschränkung der Rechte funktioniert.
Eine Ausweitung der Einschränkung auf die Verfahren gemäss Art. 40a und 40b ist nicht akzeptierbar, weil weder eine bisherige Praxis besteht noch der vorliegende Gesetzesentwurf Auskunft darüber gibt, nach welchen Kriterien Massnahmen getroffen würden.

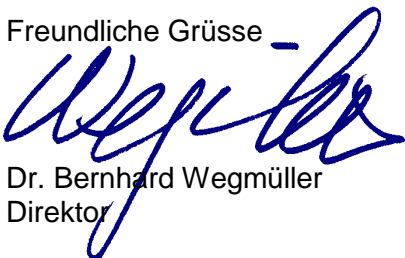
Art. 55b

streichen

- Die Absenkung von Taxpunktswerten durch den Bundesrat hebt die Tarifautonomie der Tarifpartner und die Genehmigungs- bzw. Festsetzungshoheit der Kantone aus.
- H+ nimmt zudem an, dass durch den Erlass einer Verordnung auch die rechtliche Anfechtbarkeit eines bundesrätlichen Entscheids verhindert werden soll. Dies ist nicht akzeptierbar für einen Bereich, wo funktionierende rechtsstaatliche Instanzen und Abläufe bestehen und wo sicher keine Situation entsteht, welche das Gemeinwesen bedroht, damit solche staatliche Notmassnahmen gerechtfertigt sind. Gemäss Abs. 3 würden die betroffenen Leistungserbringer nicht einmal angehört vor dem Erlass der Verordnung.
- Auch inhaltlich ist der Artikel problematisch.
 - Was ein „ambulanter Sektor“ eines Kantons ist, ist völlig unklar. Netzwerke, Gruppenpraxen und (Spital)Ambulatorien beinhalten zunehmend ärztliche, pflegerische, medizintechnische und medizinterapeutische Leistungserbringer, deren Aufgabenteilung sich ändern kann.
 - Eine Kostensteigerung kann medizinische Gründe haben. Es wäre dann nicht einsichtig, warum die Leistungserbringer noch bestraft werden, zum Beispiel bei einer Grippeepidemie. Daran ändert auch die Anhörung des betreffenden Kantons nichts.
 - Kostensteigerungen sind selten monokausal und leicht nachverfolgbar. So können Kostensteigerungen z.B. durch Verschiebungen von Leistungen oder erwünschte Anpassungen der Entschädigungen entstehen.
 - Schlimmstenfalls könnte eine Tarifsenkung nichtverantwortliche Leistungserbringer (z.B. bei delegierten Leistungen) bestrafen und die Verursacher der Kostensteigerung verschonen oder zu einer unnötigen Leistungssteigerung führen, um die Einkommenseinbussen zu kompensieren.
 - Der Strafumfang ist mit 10% sehr hoch und unangemessen.

Wir danken Ihnen für die Aufnahme unserer Anliegen und stehen Ihnen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor

Beilage:

- Massnahmen bei der ärztlichen Versorgung im ambulanten Bereich: Die Anliegen von H+



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Massnahmen bei der ärztlichen Versorgung im ambulanten Bereich

Die Anliegen von H+:

1. H+ wehrt sich gegen jegliche Massnahmen zur Steuerung ambulanter Leistungserbringer, die nicht ganz konkret auf die Lösung dokumentierter Probleme ausgerichtet sind.
2. H+ geht davon aus, dass das Bekenntnis der Politik und der Partner im Gesundheitswesen zum Prinzip „ambulant vor stationär“ weiterhin gilt.
3. H+ erwartet eine redliche Argumentation aller Akteure in Bezug auf ambulante Leistungen. Die Partner und Experten im Gesundheitswesen müssen sich mit den Fakten und den Ursachen auseinandersetzen, die zu einer Ausweitung bzw. Verlagerung der Leistungen in Spitälern und Kliniken führen. Als Beispiele hierfür seien erwähnt:
 - vermehrte ambulante Chirurgie
 - vermehrte ambulante Krebsbehandlungen
 - vermehrte ambulante Programme in Psychiatrie und Rehabilitation
 - deutliche, nachfragegesteuerte Verlagerung der Notfälle in Spitäler und Walk-in-Praxen
4. Gleiche Leistungen sind gleich zu behandeln: Ambulante Spitalleistungen sind mit der gleichen Elle zu messen wie Leistungen in ambulanten Einzelpraxen, Gruppenpraxen oder Walk-in Praxen.
5. Abbau von Fehlanreizen (Finanzierung stationär – ambulant, Gesamtrevision TARMED, Notfallversorgung, etc.) ohne die Gesamtfinanzierung der Leistungserbringer, namentlich jene von Spitälern und Kliniken, zu gefährden.
6. Definition von Qualitätsstandards, um Mehrkosten durch qualitativ schlechte oder unnötig erbrachte Leistungen zu verhindern. Dabei muss der speziellen Situation der Spitäler als Aus- und Weiterbildungsbetriebe Rechnung getragen werden.

Zu 1: Nur lösungsorientierte Massnahmen

- Der Nutzen des immer wieder verlängerten Zulassungstopps ist nie dokumentiert worden.
- Konkrete Studien zu allfälliger Unter-, Über- oder Fehlversorgung bestehen kaum. Nur darauf basierend liessen sich auch zielgerichtete Massnahmen definieren.

Zu 2: „Ambulant vor stationär“ statt Schwarz-Peter-Spiel

- Die neue Spitalfinanzierung und der nationale Leitfaden zur Psychiatrieplanung der GDK im Jahr 2005 entstanden aus der Überzeugung, dass in der Schweiz zu viel stationäre Leistungen erbracht werden, die vermehrt ambulant geleistet werden können und sollen.

Durch entsprechende Anreize (z.B. Fallpauschalen) werden deshalb die Spitäler und Kliniken angehalten, ihre Leistungenverstrkt ambulant statt stationär zu erbringen.

- Seit ca. dem Frühjahr 2009 ist nun zu beobachten, dass verschiedenen Akteure, namentlich der Bund (zuletzt in Gesundheit2020), Krankenversicherungen und Experten die spitalambulantesten Leistungen und deren Zunahme negativ konnotieren.
- Andere Volumen- und Kostensteigerungen werden nicht oder nicht in demselben Masse thematisiert und kritisiert, bzw. sogar positiv bewertet. Dies obwohl sich in allen Leistungsbereichen das Volumen ausweitete, z.B. besonders stark in der Spitex.

Zu 3: Gründe für die Leistungssteigerung (siehe auch separates Faktenblatt)

Es gibt viele Gründe für die Leistungssteigerung im spitalambulantesten Bereich:

- Immer mehr Krankheiten sind ambulant diagnostizierbar und therapierbar.
- Es gibt immer mehr Patientinnen und Patienten. Dies beruht auf der Alterung der Bevölkerung und dem Umstand, dass sich im Alter die Krankheiten häufen.
- Änderung im Verhalten der Patientinnen und Patienten: Diese kommen vermehrt ins Spital, vor allem in den Spitalnotfall. Sie erwarten, dass sie dann einen Arzt aufsuchen können, wenn es für sie aus beruflichen oder familiären Gründen am besten geht, nicht dem Arzt.
- Die Praxenrztinnen und -Ärzte ziehen sich immer mehr aus der Rundum-Versorgung zurück, vor allem aus der Notfallversorgung. Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste werden vermehrt in Zusammenarbeit der Hausärztinnen und -Ärzte mit den Spitälern und Kliniken erbracht („Badener-Modell“). Meistens rechnen die Spitäler und Kliniken ab und steigern so ihr ambulantes Leistungsvolumen, während jenes der Arztpraxen „entlastet“ wird.
- Der Zulassungstopp für Arztpraxen hat für junge Ärztinnen und Ärzte nur die Möglichkeit gelassen, in Spitälern oder Kliniken tätig zu bleiben. Die ambulanten Patientenströme sind wegen des Zulassungstopps aber nicht versiegt. Im Gegenteil flossen sie ins Spital, wenn sie keine Behandlungsmöglichkeit in den Arztpraxen fanden.

Zu 4: Gleichbehandlung aller Leistungserbringer

Es gibt keinerlei Gründe, Leistungserbringer ungleich zu behandeln in Bezug auf gleiche erbrachte Leistungen. Dieses Prinzip muss in Bezug auf Rechte und Pflichten gelten:

- bei den Tarifen (TARMED, Labors, Medikamente)
- bei der Qualität (Messungen, Register, Dokumentationspflichten wie z.B. ePatientendossier, allfällige Struktur- und Prozessvorgaben)
- bei der Versorgung (Notfallversorgung, Behandlungspflicht, Ausbildung, etc.)

Ungleiche Leistungen sollen im Gegenzug auch ungleich behandelt werden (z.B. tiefere Tarife, Ersatzabgabepflicht gegenüber anderen Leistungserbringern oder keine Zulassung).

Zu 5: Fehlanreize eliminieren

- Die heute ungleiche Finanzierung stationärer und ambulanter Leistungen ist zweifellos ein Fehlanreiz und hat immer noch zur Folge, dass gewisse Leistungen zu oft stationär statt ambulant erbracht werden. Eine zu starke Verlagerung in den ambulanten Bereich ist aus Sicht der Patienten und aus medizinischen Gründen kaum zu erwarten. Einziges Problem ist hier die reine Prmienfinanzierung im Vergleich zu den stationären Leistungen.
- TARMED beinhaltet heute zweifellos nicht mehr korrekt tarifierte Leistungen, die einerseits zu über-, Unter- oder Fehlangeboten führen können und andererseits zu „Lohndiskussionen“ zwischen den Facharztspezialitten (siehe Hausarztmedizin). Dieses Problem lässt sich aber nicht politisch beseitigen, sondern nur durch eine betriebswirtschaftlich korrekte, sachgerechte, mit effektiven Kosten- und Leistungsdaten dokumentierte

Tarifrevision.

Politische Eingriffe sind gemäss KVG nicht zulässig. Sie würden Tür und Tor öffnen für eine Abkehr von der betriebswirtschaftlichen Berechnung hin zu einem System des „Tariflobbyings“ und zu rechtlichen Anfechtungen.

Zu 6: Klare Qualitätsstandards für alle definieren

Bei der Zulassung geht H+ davon aus, dass für alle selbständigen ambulanten Leistungserbringer die gleichen Qualitätsvorgaben und Pflichten gelten sollen. Dies ist heute in verschiedenen Punkten nicht der Fall – in der Regel zu Ungunsten der Spitäler und Kliniken.

Aus Qualitätsgründen und im Sinne der Gleichbehandlung aller ambulanten Leistungserbringer sollte deshalb eine Zulassung **zur selbständigen Abrechnung** in Zukunft an folgende Punkte geknüpft werden:

- Notwendige fachliche Voraussetzungen (Aus- und Weiterbildung)
- Notwendige sprachliche Voraussetzungen
- Allfällige Vorgaben an Strukturen (Radiologiegeräte, Labor, usw.), Prozesse (z.B. Dokumentationspflichten, Medikation) und Messungen (z.B. Qualab, Patientenzufriedenheit)
- Notfallversorgung (Pflicht zur Teilnahme oder Ersatzabgabe)
- Pflicht zum Führen eines elektronischen Patientendossiers gemäss geplantem Gesetz zum elektronischen Patientendossier
- Lieferung der Kosten- und Leistungsdaten an die zuständigen Tariforganisationen (z.B. TARMED Suisse) zur ständigen Pflege und Aktualisierung der Tarife (analog Regelung SwissDRG im stationären Bereich)
- Pflicht zum Erteilen von ärztlichen Weiterbildungen (Betreuung von Assistenzärzten oder Ersatzabgabe)

Um die Aus- und Weiterbildung nicht zu gefährden, müssen Leistungen von Ärztinnen und Ärzten ohne die entsprechenden FA-Titel und sprachlichen Voraussetzungen **unter Aufsicht** weiterhin abrechenbar bleiben.

Falls sich bei einzelnen Leistungen konkrete Qualitätsprobleme zeigen, können dafür spezifische Anforderungen formuliert werden, z.B.:

- Erhöhte Anforderungen an die notwendige Qualifikation und Dokumentation bei besonders heiklen Leistungen
- Dokumentation der Notwendigkeit, Teilnahme an Register, Second Opinion oder Kostengutspracheverfahren bei umstrittenen Leistungen