



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Bundesamt für Gesundheit
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung
3003 Bern

Per Mail an: abteilung-leistungen@bag.admin.ch, dm@bag.admin.ch

Ort, Datum	Bern, 23. Oktober 2017	Direktwahl	031 335 11 00
Ansprechpartner/in	Bernhard Wegmüller	E-Mail	bernhard.wegmueller@hplus.ch

H+ Vernehmlassungsantwort zur KVG-Teilrevision Zulassung von Leistungserbringern

Sehr geehrte Damen und Herren

Am 5. Juli 2017 hat der Bundesrat H+ eingeladen, zur Vernehmlassung über die KVG-Teilrevision Zulassung von Leistungserbringern Stellung zu nehmen. Dafür danken wir bestens. Unsere Antwort beruht auf einer Umfrage bei unseren Mitgliedern.

1 H+ Position

H+ akzeptiert die erste Interventionsebene in der heute bzw. ab 1.1.2018 gültigen Form.
H+ lehnt die zweite Interventionsebene ab und verlangt diese zu streichen. Auf die Revision der Artikel 35 – 38 und 59 KVG ist zu verzichten.
H+ erachtet die dritte Interventionsebene als unnötig, würde sie aber tolerieren.

1.1 Erste Interventionsebene: Berufsqualifikation MedBG und GesBG

Die erste Interventionsebene braucht H+ nicht mehr zu kommentieren, da diese mit der Revision des Medizinalberufegesetzes und der -verordnung sowie mit der Einführung des Gesundheitsberufegesetzes bereits abgeschlossen ist.

Eine weitere Verschärfung der beiden Gesetze und der dazu gehörigen Verordnungen würde H+ aber ablehnen.

1.2 Zweite Interventionsebene: Nein zur zusätzlichen Zulassung durch Krankenversicherungen

H+ lehnt die zweite Interventionsebene (Art. 35 – 38 und 59 KVG Entwurf) ab. Dies wäre de facto eine dritte Zulassungshürde für Leistungserbringer, nach dem Bund (MedBG, GesBG) und den Kantonen (Art. 55a KVG) auch noch durch die Krankenversicherer. Die vorgesehenen Massnahmen und Strukturen bringen Bürokratie und Mehrkosten, ohne jeglichen Nutzen.

Die Argumente gegen diese zweite Interventionsebene sind unter Punkt 2 detailliert ausgeführt.

1.3 Dritte Interventionsebene: Kantonale Zulassungsbeschränkung gemäss Art. 55a KVG Entwurf

H+ erachtet die dritte Interventionsebene (Art. 55a), also die Verankerung der kantonalen Zulassungsbeschränkung und damit des Status quo, als unnötig, toleriert diese aber als Kompromiss, um das Thema endlich abzuschliessen und für die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen langfristig Rechtssicherheit zu schaffen.

H+ bezweifelt, dass die bisherigen kantonalen Interventionen die gewünschten Effekte hatten. Der Umstand, dass eine Mehrheit der Kantone bisher eine Zulassungsbeschränkung angewandt hat, sagt selbst noch nichts aus über den Nutzen aus. Die bisherige Handhabung der Kantone hat aber nach dem heutigen Wissenstand von H+ auch keine grösseren Probleme bereitet.

Für H+ genügen die Berufsgesetze in Verbindung mit den Qualitätsanforderungen des KVG und anderen Gesetzen (siehe Punkt 2.5) für die Zulassung zur sozialen Krankenversicherung.

H+ verweist für die Umsetzung von Art. 55a auf untenstehende Argumente zu den besonderen Herausforderungen der Spitäler und Kliniken (Punkt 3.4).

2 Argumente gegen die zweite Interventionsebene

2.1 Bürokratisches Zulassungsmonstrum: teuer, ineffizient und unnötig

Der Bund schlägt mit der Zulassung durch die Krankenversicherungen einen zweistufigen Prozess (Zulassungsverfahren und Kenntnisprüfung) vor. Der Bundesrat sieht dafür zwei Organisationen vor: eine für die Zulassung und eine für die Kenntnisprüfung.

Die Fachkompetenz der Medizinerinnen und Mediziner sowie der anderen Gesundheitsfachleute wird heute über deren Ausbildungen sichergestellt und ist im Medizinalberufe- bzw. Gesundheitsberuferegister festgehalten. Dies gilt auch für Ausländerinnen und Ausländer. Klar definierte zusätzliche Anforderungen könnten problemlos in diesen bestehenden Berufsregistern festgehalten werden, ohne dass dazu neue Organisationen geschaffen werden müssen.

Der Vernehmlassungsentwurf lässt offen, welche Qualität, welche hochstehende und zweckmässige Leistungserbringung oder welche Kenntnisse über das Schweizerische Gesundheitswesen von Leistungserbringern zusätzlich verlangt werden sollen. Die undefinierte Kenntnisprüfung und die unklaren Qualitätsauflagen bringen deshalb keinen Mehrwert, weder legislatorisch noch praktisch.

Unklar und deswegen problematisch ist vor allem auch das Rekursverfahren gegen Entscheide der Versichererorganisation (Art. 36, Abs. 5). Aufgrund der vielen Unklarheiten ist mit vielen Rekursen und Gerichtsverfahren zu rechnen. Das ist nicht wünschenswert.

Bezüglich der Qualitätsauflagen und des Kenntnistests (Art. 36, Abs. 3bis) stellen sich folgende Fragen:

1. Welche Kenntnisse über das schweizerische Gesundheitswesen sind notwendig?
2. Welche Indikatoren und deren Bemessung in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit und Qualität sind notwendig?
3. Welche Indikatoren und deren Bemessung zur Gewährleistungen einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen Leistungserbringung sind notwendig?

Hingegen ist das elektronische Patientendossier ePD eine wichtige Voraussetzung, die der Bundesrat als Zulassungsbedingung für neue ambulante Leistungserbringer einführen sollte.

Dies wäre eine einfache Bedingung für die qualitativ hochstehende, patientenorientierte und effiziente Leistungserbringung in der sozialen Krankenversicherung und könnte problemlos in den bestehenden Berufsregistern dokumentiert werden.

2.2 Fehlende Legitimation und Fachkenntnis der Versicherer

Bezüglich der Zulassungsorganisation stellen sich verschiedene Fragen (Art. 36, Abs. 5):

1. Wieso sollen die Versicherer eine Organisation bezeichnen? Welche Legitimität und welches notwendige medizinische Wissen haben die Versicherer, um Leistungserbringer zuzulassen. Und warum braucht es eine weitere Organisation zusätzlich zum Bund und zu den Kantonen?
2. Die einzelnen Versicherungen sind heute schon für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung voll in der Verantwortung und über die Tarifpartnerschaft mit den nötigen Kompetenzen ausgestattet.
3. Wer sind „die Versicherer“? Zurzeit gibt es zwei nationale Interessenverbände und zwei Tariforganisationen? Im Moment beharrt das BAG in anderen Fragen auf einer unklaren und im Gesetz nirgends vorgesehenen Mehrheitsregel der Versicherten. Es müsste zwingend im Gesetz geregelt werden, wer «die Versicherer» sind: die absolute oder relative Mehrheit der Versicherten? Wendet das BAG die Mehrheitsregel auch hier an, dann handelt es sich um einen *santésuisse*-Paragraphen, der dazu dient, die überflüssige ZSR-Nummer und deren gebührenpflichtige Erteilung durch die SASIS AG zu retten.
4. Wie viel Spielraum soll die von den Versicherern bezeichnete Organisation haben? Schaffen die vielen Unklarheiten nicht Raum für Willkür?
5. Geht es nur um das Sammeln und Festhalten der vom Bundesrat verlangten zusätzlichen Auflagen an die Leistungserbringer (neben den heute schon in den Berufsregistern festgehaltenen Kriterien), warum übernimmt dies nicht gleich auch die für die Register zuständige Amtsstelle effizient und kostengünstig?

2.3 ZSR abschaffen

Seit Jahren vergibt der Verband *santésuisse* respektive seine Tochterfirma SASIS AG die Zahlstellenregisternummer, kurz ZSR. Mit den Berufsregistern und den kantonalen Zulassungen bestehen heute aber gesetzlich zwei legitimierte Eintrittsnachweise, um über die OKP abrechnen zu können. Die öffentlich zugänglichen Register für Gesundheitsberufe (MedReg und NAREG) und die darin festgehaltenen eindeutigen Identifikationsnummern machen die ZSR-Nummer überflüssig. Das Aufrechterhalten dieser Versicherer-Nummer durch eine gesetzliche Regelung ist deshalb völlig unnötig.

Die ZSR bringt heute keinen Mehrwert mehr, kostet aber regelmässig (Erstanmeldung CHF 300.-, alle fünf Jahre CHF 100.-) mehrere Millionen Franken, die letztlich über Prämiegelder gezahlt werden müssen. Hier können Bürokratie abgebaut und Prämien reduziert werden. Fehlende Kostenwahrheit (Bericht 3.1. Seite 30).

Der Entwurf präzisiert nicht, wer die Gebühren (Art. 36, Abs. 7) zahlt. Diese müssten von den Spitälern, Kliniken und Pflegeinstitutionen getragen werden und sind durch die soziale Krankenversicherung zu finanzieren.

Die Gebühren allein sind zudem nur ein Teil der in Zukunft anfallenden Kosten. Hinzu kommen die Aufwände und personellen Ressourcen, um die Anträge zu stellen, an Prüfungen teilzunehmen und gegen falsche Entscheide zu rekurrieren.

So verteuert das vorgesehene Zulassungsverfahren die soziale Krankenversicherung, ohne einen Mehrwert oder eine Kostensenkung nachweisen zu können. Die zusätzliche Bürokratie wird die Gesundheitskosten weiter in die Höhe treiben und damit zu einer Prämiensteigerung führen.

2.4 Qualität der ambulanten Leistungen über Art. 58 KVG sichern

H+ lehnt eine neue Qualitätsauflage ab. Im KVG und in anderen Gesetzen existieren bereits sehr viele Qualitätsauflagen an medizinische Leistungserbringer:

- im kantonalen Recht für die Zulassung der Leistungserbringer gemäss Art. 35 - 40 KVG und zur Prüfung des erforderlichen Fachpersonals gemäss Art. 39 KVG,
- im Recht zu den Berufen im Gesundheitswesen (MedBG, GesBG, PsyG, BBG)
- für die Zulassung der OKP-Leistungen gemäss Art. 32 und 33 KVG (EDI via KLV)
- für die generelle Qualitätssicherung gemäss Art. 58 und 59 KVG sowie Art. 77 KVV (z.B. Qualitätsverträge der stationären Tarifpartner durch ANQ),
- für die Überwachung des Strahlenschutzes gemäss StSG,
- für Heilmittel das HMG und Swissmedic.

Falls der Bundesrat zusätzliche Qualitätsauflagen an zur OKP zugelassene Leistungserbringer erlassen will, stehen ihm alle diese Gesetze zur Verfügung. Es ist ärgerlich, wenn der Bund seine bestehenden gesetzlichen Kompetenzen nicht nutzt, aber bei jeder KVG-Revision wieder neue Kompetenzen für sich fordert. Die Qualitätssicherung der ambulanten Leistungserbringung soll über die bestehenden Gesetzesartikel, insb. Art 58 KVG erfolgen.

Die im Entwurf vorgebrachten Qualitätsmassnahmen sind zudem bereits aufgenommen. In der Medizin findet zurzeit ein Standardisierungsschub statt, zum Beispiel Choosing Wisely und HTA. CIRS und Register haben sich im stationären Bereich etabliert, Qualitätszirkel im ambulanten. H+ hat in einer Allianz die Peer Reviews vorangetrieben und verbreitet.

Bei allen Massnahmen ist es wichtig, dass die intrinsische Motivation zur Qualitätsverbesserung und -erhaltung gefördert wird. Es ist bekannt, dass vorgeschriebene Qualitätsmassnahmen die intrinsische Motivation zerstören können und die Gefahr besteht, dass Massnahmen nur durchgeführt werden, um die gesetzlichen Vorgaben zu erfüllen, nicht aber um die Qualität wirklich zu verbessern oder zu sichern. Dies ist besonders dann der Fall, wenn die Qualitätsmassnahmen an finanzielle Auswirkungen geknüpft werden.

2.5 Notwendige Kenntnisse des Schweizer Gesundheitswesens unklar

In den Ausbildungen gemäss Medizinalberufegesetz und gemäss Gesundheitsberufegesetz sind keine einheitlichen Kenntnisse des Schweizer Gesundheitswesens vorgeschrieben. Auch in einer zweijährigen Praxis werden solche Kenntnisse nicht speziell vermittelt und überprüft. Im Gesetzesentwurf und im erläuternden Bericht bleibt unklar, um welche Kenntnisse es sich handeln könnte. In jedem Fall dürfen diese nicht gegen das Personenfreizügigkeitsabkommen mit der EU verstossen.

2.6 Gesetz vor Verordnung: keine ausufernde Delegation

Der Vernehmlassungsentwurf delegiert wesentliche Aufgaben an den Bundesrat, nämlich die Festlegung der Voraussetzungen zur Qualitätsgewährleistung (Art. 36, Abs. 2), des Kenntniserwerbs (Art. 36, Abs. 3bis), der Auflagen zur Qualität und Wirtschaftlichkeit (Art. 36, Abs. 4). Der Entwurf und die Erläuterungen lassen zudem offen, an welche Organisation die Durchführung des Nachweisverfahrens delegiert werden soll.

Es ist nicht verständlich, wieso so viele und bedeutende Tätigkeiten delegiert werden und diese nicht bereits im Bundesgesetz festgelegt oder zumindest in den Erläuterungen umschrieben werden. Es ist für die Bevölkerung und für die Leistungserbringer wichtig zu wissen, welche Qualitätsanforderungen der Gesetzgeber vorsieht, damit Leistungserbringer im Rahmen der sozialen Krankenversicherung für die schweizerische Bevölkerung tätig sein dürfen.

2.7 Bedingung zur Tätigkeit ist die Tätigkeit selber (Art. 36, Abs. 3bis KVG Entwurf)

Medizinerinnen und Mediziner und andere Gesundheitsfachleute können nicht zwei Jahre in der Schweiz tätig sein, um dann die Zulassung zu erhalten. Dieser Widerspruch betrifft vor allem EU-Bürgerinnen und Bürger. Das Parlament muss klären, unter welchen Voraussetzungen nicht-zugelassene Fachpersonen zugelassen sind und in welchen Institutionen sie arbeiten können, zum Beispiel in Einrichtungen der ambulanten Pflege durch Ärztinnen und Ärzte (geltende Art 35, Abs. 2 Bst. und Art. 36a KVG).

Die kantonalen Umsetzungsregeln müssen in jedem Fall die nationalen Qualitätsvorgaben beachten.

2.8 Nicht konsultierte Expertengruppe

H+ ist enttäuscht, dass die zweite Interventionsebene nicht in der ausserparlamentarischen Expertengruppe besprochen wurde und auf die Praktikabilität hin überprüft wurde, bevor sie in die Vernehmlassung gegangen ist.

2.9 Vertragsfreiheit light

Bisher hatte die gesetzliche Einschränkung der freien Arztwahl durch die Versicherungen an der Urne keine Chance und im langjährigen Gesundheitsmonitor von Interpharma bleibt diese eine der obersten Prioritäten der Bevölkerung. Folglich kann eine Zulassung durch die Versicherungen an der Urne ein Ende nehmen.

3 Grundsätze von H+ zur Zulassungssteuerung

3.1 Fehlender Handlungsbedarf (Bericht)

H+ zweifelt den Handlungsbedarf für die Zulassungssteuerung von ambulanten Leistungserbringern an. Die Botschaft macht Vorschläge aufgrund unbewiesener Behauptungen und verpasst es, den Handlungsbedarf in der Zulassungssteuerung zu beweisen.

Warum die heutigen gesetzlichen Auflagen nicht reichen, um die für die OKP notwendige Qualität der Leistungen zu erbringen, wird nicht begründet.

Die Wirksamkeit der bisherigen Massnahmen wurde nicht systematisch und sorgfältig evaluiert. Eine sorgfältige Evaluation würde wahrscheinlich aufzeigen, dass die bisherigen Massnahmen wirkungslos blieben.

Es wird zwar von einer Ausweitung der Zulassungen im 2012 gesprochen, aber eine damit verbundene Kostenausweitung wird nicht gezeigt. Es wird vom Gebrauch der Steuerungsinstrumente durch die Kantone gesprochen, aber eine kausale Kostenreduktion wird nicht bewiesen. Es wird von Zulassungstests gesprochen, aber der administrative Mehraufwand, die Mehrausgaben für das Gesundheitssystem, die erhöhten Kosten und die Sparwahrscheinlichkeit werden nicht erwähnt. Es wird der generelle Kostenanstieg im Gesundheitswesen angesprochen, aber die ursächlichen Gründe wie die Alterung der schweizerischen Bevölkerung, die Steigerung der Lebenserwartung, der medizinischer Fortschritt, die Verschiebung von stationär zu ambulant erbrachten Leistungen, oder allenfalls die Zulassungs- und Mengenausweitung wurden nicht systematisch überprüft.

3.2 Falscher Handlungsbedarf

Dass der medizinische Fortschritt und die politische Forderung „ambulant vor stationär“ in den letzten Jahren und Jahrzehnten zu einer Steigerung der ambulanten Leistungen und damit von deren Ausgaben geführt haben, ist nicht erstaunlich und ist medizinisch sowie politisch erwünscht. Durch die ungleiche Finanzierung von stationär und ambulant stiegen dadurch die

Prämien überdurchschnittlich und dies mag sozialpolitisch nicht erwünscht sein. Dieser Umstand lässt sich aber nicht durch eine ambulante Steuerung beheben, sondern nur durch die Änderung der Finanzierung.

Die Zulassungssteuerung und die medizinische Versorgungssicherheit können in Zukunft in einen Konflikt geraten. Dies vor allem, weil der rückwärtsschauende erläuternde Bericht von einer Überversorgung ausgeht, während die Zukunftsbetrachtungen, auch jene des Bundesrates, von einer Unterversorgung und einem Fachkräftemangel ausgehen. Angesichts der Alterung der Gesellschaft und der seit 2016 in Rente gehenden Babyboomer (bis 2030) ist mit einer erheblich steigenden Nachfrage zu rechnen.

Neben der Steigerung der Nachfrage wird auch der Strukturwandel in der ambulanten Leistungserbringung nicht berücksichtigt. Während die Einzelpraxen abnehmen, nehmen die Gruppenpraxen zu. Auch beim Wachstum der spitalambulanten Leistungen ist kein Ende in Sicht. Anstatt den Strukturwandel zu unterstützen, birgt die Zulassungssteuerung eher die Gefahr diesen kontrafaktisch zu beeinflussen. Ausserdem arbeiten immer mehr Ärztinnen und Ärzte nur noch Teilzeit, was den Strukturwandel ebenfalls beschleunigt.

3.3 Braucht die Schweiz mehr oder weniger Gesundheitsfachleute?

Widersprüchlich ist der Zulassungsstopp ausserdem, weil parallel dazu beim Bund Programme laufen, um die Zahl der im Land ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte zu erhöhen. Festzuhalten ist auch, dass ohne ausländische Mitarbeitende das schweizerische Gesundheitssystem auf dem heutigen Niveau der guten Erreichbarkeit und kurzen Wartezeiten nicht aufrecht zu erhalten wäre. Die Alterung der Bevölkerung wird die Notwendigkeit von zusätzlichem Personal verstärken. Ausserdem verschärft die Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten in freien Praxen den Personalmangel in stationären Institutionen in gewissen medizinischen Disziplinen, namentlich in der Psychiatrie. Dadurch werden die in diesen Disziplinen definierten kantonalen Versorgungsaufträge der Spitäler und Kliniken gefährdet.

Unter diesen Gesichtspunkten ist der Zulassungsstopp nicht zukunftsorientiert.

3.4 Berücksichtigung der Situation der Spitäler und Kliniken

Die Spitäler und Kliniken leisten stationäre und ambulante Behandlungen und sind der wichtigste Träger der Aus- und Weiterbildung im Schweizer Gesundheitswesen.

Die Übergänge zwischen stationärer und ambulanter Behandlung sind fliessend. Infrastruktur, Geräte, Vorhalteleistungen, Personal usw. werden integral genutzt. Auch für die Patienten ist es wichtig, dass deren Behandlung ausschliesslich nach medizinischen Kriterien erfolgt, nicht danach, ob z.B. ein Leistungserbringer für die stationäre Leistung eine Zulassung hat, für dieselbe Leistung im ambulanten Setting aber nicht. D.h. die Spitäler und Kliniken arbeiten als Ganzes, im Sinne der integrierten Versorgung, Interdisziplinarität und Interprofessionalität. Es wäre unsinnig, wenn stationär tätige Spezialistinnen und Spezialisten für die ambulante Leistungserbringung ausgeschlossen würden und Patientinnen und Patienten in Folge je nach Behandlungsart an andere Ärztinnen und Ärzte überwiesen werden sollten.

Die Aus- und Weiterbildung bedeutet, dass Berufsleute unter Aufsicht arbeiten, die noch keine Zulassung haben. Ohne genügend zugelassene Fachpersonen könnten die Spitäler und Kliniken diesen Ausbildungsauftrag nicht mehr wahrnehmen. In Zeiten des Fachkräftemangels ist dies eine Auswirkung, die es zu verhindern gilt.

4 Versorgungssicherheit faktisch bei den Spitälern und Kliniken

Die Verantwortung für die medizinischen Behandlungen der Bevölkerung liegt bei den Kantonen. Diese haben sie an die Spitäler, Kliniken und Langzeitinstitutionen überwältigt, so dass diese trotz der Einschränkungen des Zulassungsstopps die Versorgung sicherstellen müssen. Ambulante Leistungserbringer stützen sich letztendlich immer auf die stationären Institutionen, insbesondere für Notfälle und komplexere Behandlungen. Sollte es zu einer Unterversorgung kommen, können die Spitäler, Kliniken und Langzeitinstitutionen die Versorgungsverantwortung aber nicht tragen, da sie den Zulassungsstopp weder befürworten noch vorschreiben.

5 Nachtrag zu den vom Parlament gewünschten Optionen

Es ist richtig, dass der Bundesrat auf die Optionen Vertragsfreiheit und abgestufte Tarife verzichtet hat. Die Einführung der Vertragsfreiheit ist politisch, spätestens an der Urne chancenlos. Und künstlich abgestufte Tarife würden zu unerwünschten Effekten und übermässiger Regulierung führen.

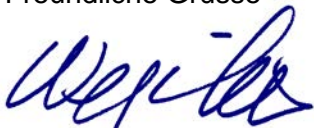
6 Fazit

Der Vernehmlassungsentwurf ist in zentralen Punkten unausgegoren. Auf die zweite Interventionsebene, den zweistufigen Prozess der Krankenversicherungen mit einem Zulassungsverfahren und einer Kenntnisprüfung, ist vollständig zu verzichten. H+ erachtet auch die dritte Interventionsebene, die kantonale Zulassungsbeschränkung, nicht als notwendig, kann diese aber im Sinne eines Kompromisses akzeptieren.

Falls die Qualität der ambulanten Leistungen in der sozialen Krankenversicherung nicht genügt, so sieht das Gesetz bereits heute vor, dass der Bundesrat Qualitätsmassnahmen im Rahmen von Art. 58 KVG festlegen kann. Dazu sind keine Zulassungssteuerung und keine KVG-Revision notwendig.

Wir bitten Sie höflich um die Aufnahme unserer Anliegen und stehen für Rückfragen zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor