



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit des Nationalrats SGK-N
3003 Bern

Per Mail an: tarife-grundlagen@bag.admin.ch

Ort, Datum
Ansprechpartnerin

Bern, 7. Oktober 2022
Cheryl von Arx

Direktwahl
E-Mail

031 335 11 59
cheryl.vonarx@hplus.ch

**22.431 n Pa. Iv. SGK-NR. Ausnahmen von der dreijährigen Tätigkeitspflicht gemäss Artikel 37 Absatz 1 KVG bei nachgewiesener Unterversorgung:
Vernehmlassung**

Stellungnahme H+

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset,
sehr geehrter Herr Kommissionspräsident,
sehr geehrte Damen und Herren

In Umsetzung der oben genannten parlamentarischen Initiative hat die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) am 18. August 2022 einen Vorentwurf zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) angenommen.

Mit der vorliegenden Gesetzesänderung will die SGK-N Artikel 37 KVG, welcher neu per 1. Januar 2022 in Kraft getreten ist um einen neuen Absatz 1^{bis} ergänzen. Dadurch soll den Kantonen die Möglichkeit eingeräumt werden, bei nachgewiesener Unterversorgung Leistungserbringende, welche die Pflicht einer dreijährigen Tätigkeit gemäss Artikel 37 Absatz 1 KVG nicht erfüllen, dennoch zur Abrechnung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zuzulassen.

Wir lassen Ihnen im Rahmen der obengenannten Vernehmlassung unsere Empfehlungen zukommen und bedanken uns für die Möglichkeit zur Mitwirkung. Wir bitten Sie höflichst, unsere Anliegen wohlwollend zu beurteilen.

H+ Die Spitäler der Schweiz ist der nationale Spitzenverband der öffentlichen und privaten Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen. Ihm sind 205 Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen als Aktivmitglieder an 435 Standorten sowie 140 Verbände, Behörden, Institutionen, Firmen und Einzelpersonen als Partnerschaftsmitglieder angeschlossen.

Zusammenfassung

- a. H+ begrüsst, dass die Kommission dem Aufruf der Kantone gefolgt ist, und anerkennt, dass die neue Regelung in Art. 37 Abs. 1 KVG (dreijährige Tätigkeitspflicht) problematische Auswirkungen auf die Gewährleistung einer angemessenen ambulanten medizinischen Grundversorgung hat.
- b. H+ begrüsst es weiter, dass die SGK-N eine Ausnahmeregelung zur dreijährigen Tätigkeitspflicht gem. Art. 37 Abs.1 KVG vorsehen will und unterstützt dieses Vorhaben.
- c. H+ ist es ein Anliegen, dass Patientinnen und Patienten einen garantierten Zugang zu einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen Versorgung haben – gerade auch im ambulanten Spitalbereich. Zudem wird diese Regelung, die Notfallzentren der Spitäler insofern entlasten, als dass Patientinnen und Patienten eine Anlaufstelle in der Grundversorgung haben, anstatt den Notfall aufzusuchen.
- d. H+ lehnt den Mehrheitsvorschlag der Kommission aus zwei Gründen ab:
 - a. Er beinhaltet die Notwendigkeit einer normativen Regelung auf Kantonsebene, damit die Ausnahme für die dreijährige Tätigkeitspflicht überhaupt greift.
 - b. Er beinhaltet eine abschliessende Liste der Versorgungsbereiche, für welche die Ausnahme zur dreijährigen Tätigkeitspflicht gelten soll. Aktuell ist nicht klar absehbar, in welchen Bereichen, es zu Versorgungsengpässen kommen wird.
- e. H+ befürwortet den Minderheitsvorschlag Humbel et al. mit Vorbehalt. H+ macht beliebt, dass die Ausnahmen im Einzelfall und in direkter Anwendung des Bundesgesetzes von den Kantonen bewilligt werden können. H+ lehnt indessen eine abschliessende Liste mit Versorgungsbereichen für die Ausnahmeregelung ab.
- f. H+ lehnt den Minderheitsvorschlag Glarner et al. ab, da auch dieser auf eine abschliessende, gar noch gekürzte, Liste abzielt.
- g. H+ lehnt den Minderheitsvorschlag Silberschmidt et al. ab, da die Kantone verantwortlich für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung auf ihrem Gebiet sind, und daher selbst darüber entscheiden sollen, ob eine Unterversorgung besteht. Zudem besteht keine genügende gesetzliche Grundlage für eine ausschliessliche Verankerung der Ausnahmeregelung in der KVV.
- h. H+ weist im Rahmen dieser Stellungnahme des Weiteren auf weitere, die ambulante Zulassungssteuerung betreffende Grundprobleme hin. Die Umsetzung der neuen ambulanten Steuerungsmechanismen im KVG führen bei den Leistungserbringern, vorderhand den Spitalern, zu Kopfzerbrechen. Viele Umsetzungsfragen sind bisweilen ungeklärt, die Umsetzung führt zu massivem administrativem Aufwand, während der Nutzen dieser Regelungen fragwürdig bleibt. Im Übrigen ist es irritierend, dass das Paradigma der Überversorgung weiterhin genährt wird. Überversorgung ist sicherlich punktuell noch ein Thema und die diesbezügliche Umverteilung muss dringend angegangen werden. Die aktuelle Ausgangslage im Zusammenhang mit dem Fachkräftemangel im Gesundheitsbereich und den weiteren Engpässen des täglichen Bedarfs impliziert indessen eher eine zukünftige Unterversorgung. Die knappen Ressourcen werden dazu führen, dass auch im Gesundheitswesen, in der Behandlung, Prioritäten gesetzt werden müssen. Die Regelungen zur ambulanten Zulassungssteuerung sollten deshalb mit Bedacht umgesetzt werden.

1. Einleitung

Die KVG-Änderung betreffend die Zulassung von Leistungserbringern vom 19. Juni 2020 umfasst diverse Änderungen. Mit der Neuregelung sollen zum einen die Anforderungen an die Qualität und Wirtschaftlichkeit gestärkt werden, welche die zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zugelassenen Leistungserbringer erfüllen müssen. Zum andern wird den Kantonen ein wirksames Instrument zur Kontrolle des Leistungsangebots bereitgestellt. Die Anforderungen an die Leistungserbringer im ambulanten Bereich wurden entsprechend auf zwei Arten erhöht.

- Neu wird ein formelles Zulassungsverfahren¹ für die Leistungserbringer im ambulanten Bereich eingeführt, welches unter der Aufsicht der Kantone steht (Art. 36, 36a, 38 KVG). Ebenso hat der Gesetzgeber die Zulassungsvoraussetzungen für die Ärztinnen und Ärzte angepasst (Art. 37 KVG). Die Zulassungsvoraussetzungen der restlichen Leistungserbringer im ambulanten Bereich betreffend die Ausbildung, der Weiterbildung und der für die Qualität der Leistungserbringung notwendigen Anforderungen sind durch den Bundesrat festzulegen (s. unten)
- Weiter hat der Gesetzgeber eine neue und unbefristete Lösung für die Zulassungsbeschränkung der Ärztinnen und Ärzte geschaffen (Art. 55a KVG). So müssen die Kantone in einem oder mehreren medizinischen Fachgebieten oder in bestimmten Regionen die Anzahl der Ärzte und Ärztinnen beschränken, die im ambulanten Bereich zulasten der OKP-Leistungen erbringen. Dabei müssen sie den Beschäftigungsgrad dieser Fachpersonen berücksichtigen und sich untereinander koordinieren, um der Mobilität der Patientinnen und Patienten Rechnung zu tragen. Diese Höchstzahlen gelten für alle Ärztinnen und Ärzte, die ihre Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im ambulanten Sektor des Kantons ausüben, unabhängig davon, ob sie ihre Tätigkeit in einer Praxis oder einer Einrichtung der ambulanten Krankenpflege, einschliesslich des ambulanten Bereichs der Spitäler, ausüben. Die Kantone können zudem die Zulassung neuer Ärztinnen und Ärzte beschränken, wenn sie in einem oder mehreren Fachgebieten einen massiven Kostenanstieg feststellen. Der Bundesrat muss dazu die Kriterien und die methodischen Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen bestimmen.
- Zudem erachtete das Parlament es als notwendig, dass in Zukunft ein Register über die zugelassenen Leistungserbringer im ambulanten Bereich geschaffen wird (Art. 40a ff KVG).

Am 23. Juni 2021 verabschiedete der Bundesrat das Ausführungsrecht zur KVG-Revision: «Zulassung von Leistungserbringern».

- Die bisher teils in den Artikeln 36, 36a und 37 KVG festgelegten Zulassungsvoraussetzungen betreffend Ärztinnen und Ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker für die Tätigkeit zulasten der OKP überschneiden sich mit den Bestimmungen zur Ausbildung im MedBG. Sie wurden deshalb aus dem KVG gestrichen und werden wie für die übrigen zulasten der OKP tätigen Leistungserbringer in die KVV aufgenommen (Art. 38, 39, 40 KVV). Bei den anderen Leistungserbringern des ambulanten Bereichs werden grundsätzlich die bestehenden Bestimmungen in der KVV übernommen und wo nötig angepasst (Art. 42 ff. KVV).
- Die Anforderungen an die Qualität für die Zulassung sämtlicher Leistungserbringer im ambulanten Bereich, für welche zukünftig die Kantone zuständig sind, werden für alle zugelassenen Leistungserbringer neu festgelegt (Art. 58g KVV).
- Vorbehalten bleiben zudem die kantonalen Beschränkungen der Anzahl zugelassener Ärztinnen und Ärzte (Art. 55a KVG). Der Gesetzgeber hat den Bundesrat beauftragt, die Kriterien und methodischen Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen der Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich festzulegen. Die am 23. Juni 2021 verabschiedete Regelung (Verordnung über die Festlegung der Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich vom 23. Juni 2021) sieht vor, dass die Festlegung dieser Höchstzahlen auf der Herleitung eines regionalen Versorgungsgrades beruht. Um die Übermittlung

¹ Die Änderung vom 19. Juni 2020 des KVG sieht vor, dass die Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a-g, m und n KVG nur zulasten der OKP tätig sein dürfen, wenn sie vom Kanton zugelassen sind, auf dessen Gebiet die Tätigkeit ausgeübt wird (Art. 36 KVG). Diese Änderung beinhaltet demnach ein formelles Zulassungsverfahren. Künftig befinden die Kantone über die Zulassungsgesuche der Leistungserbringer. Das heisst, erst nachdem der zuständige Kanton überprüft hat, ob die jeweiligen Zulassungsvoraussetzungen nach den Artikeln 36a und 37 KVG erfüllt sind, erteilt er dem jeweiligen Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a-g, m und n KVG die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP. In Bezug auf die Zulassung von Ärztinnen und Ärzten sowie von Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, bleiben die kantonalen Beschränkungen der Anzahl zugelassener Ärztinnen und Ärzte (Art. 55a KVG) vorbehalten. Zudem kommen den Kantonen im Bereich der Zulassung Aufsichtskompetenzen zu (Art. 38 KVG).

der relevanten Daten zu ermöglichen, musste zudem Artikel 30b KVV entsprechend geändert werden.

- Zusätzlich wurden – aus dem Paket der KVV-I-Änderung – einheitliche Anforderungen an die Spitalplanung verabschiedet. Aufgrund der im Planungsbereich entwickelten Instrumente und der neuen Rechtsprechung des Bundesgerichts und des Bundesverwaltungsgerichts wurden die Planungskriterien überprüft. Die Anpassung der Planungskriterien des Bundesrates (Art. 58b ff. KVV) sollen die Unterschiede zwischen den Planungskonzepten der Kantone verringern und der effiziente Mitteleinsatz gefördert werden (Erhöhung Versorgungssicherheit und Kostendämpfung). Damit sind die aktualisierten Mindestanforderungen transparent in der KVV festgehalten.

2. Art. 37 KVG

2.1. Allgemeiner Teil

Am 1. Januar 2022 ist die neue Fassung von Artikel 37 Absatz 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG)¹ in Kraft getreten, mit der die Zulassungsbedingungen für Ärzte und Ärztinnen geändert wurden, die zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) tätig sein wollen. Seit diesem Zeitpunkt müssen neu zugelassene Ärzte und Ärztinnen im beantragten Fachgebiet mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben.

Laut diversen Rückmeldungen aus den Kantonen könnte die aktuelle Formulierung von Artikel 37 Absatz 1 KVG zu einer unzureichenden medizinischen Versorgung im Bereich der ambulanten Grundversorgung führen, dies insbesondere in den Randregionen, wo es für Ärzte und Ärztinnen kurz vor der Pensionierung besonders schwierig ist, eine Praxisnachfolge zu finden.

Auch im spitalambulanten Bereich führt die Änderung zu Schwierigkeiten, wenn es darum geht qualifiziertes Fachpersonal zu rekrutieren.

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) beschloss an ihrer Sitzung vom 20. Mai 2022 nach einer Diskussion über die geschilderte Situation, die parlamentarische Initiative «Ausnahmen von der dreijährigen Tätigkeitspflicht gemäss Artikel 37 Absatz 1 KVG bei nachgewiesener Unterversorgung» auszuarbeiten. Von der SGK-N nicht infrage gestellt, wird der Grundgedanke der kürzlich in Kraft getretenen Bestimmung, d. h. die Gewährleistung der Leistungsqualität sicherzustellen, indem die zulasten der OKP tätigen Ärzte und Ärztinnen das Schweizer Gesundheitssystem ausreichend kennen.

Allerdings ist die SGK-N der Auffassung, dass es den Kantonen möglich sein muss, im Falle eines Mangels an Ärzten und Ärztinnen der ambulanten Grundversorgung (Hausarztmedizin, Kinder- und Jugendmedizin) bei der Neuzulassung solcher Ärzte und Ärztinnen von der Pflicht einer dreijährigen Tätigkeit an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte abzuweichen.

H+ begrüsst, dass die Kommission dem Aufruf der Kantone gefolgt ist, und anerkennt, dass die Regelung problematische Auswirkungen auf die Gewährleistung einer angemessenen ambulanten medizinischen Grundversorgung hat.

2.2. Mehrheitsvorschlag SGK-N

Die Kommission schlägt vor, Artikel 37 KVG um einen neuen Absatz 1^{bis} zu ergänzen.

^{1bis} Die Kantone können vorsehen, dass Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe a, die über einen der folgenden eidgenössischen Weiterbildungstitel oder einen als gleichwertig anerkannten ausländischen Weiterbildungstitel (Art. 21 MedBG) verfügen, von der Anforderung, während mindestens drei Jahren an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet zu haben, ausgenommen sind, wenn auf dem Kantonsgebiet in den betroffenen Bereichen eine Unterversorgung besteht:

- a. *Allgemeine Innere Medizin als einziger Weiterbildungstitel;*
- b. *Praktischer Arzt oder Praktische Ärztin als einziger Weiterbildungstitel;*
- c. *Kinder- und Jugendmedizin;*
- d. *Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.*

Dadurch soll den Kantonen die Möglichkeit eingeräumt werden, bei nachgewiesener Unterversorgung Leistungserbringende, welche die Pflicht einer dreijährigen Tätigkeit gemäss Artikel 37 Absatz 1 KVG nicht erfüllen, dennoch zur Abrechnung zulasten der OKP zuzulassen (Ausnahme von der vorgeschriebenen Tätigkeitspflicht). Die SGK-N will diese Ausnahmeregelung auf die folgenden Bereiche der ambulanten Grundversorgung beschränken: Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendmedizin sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Auf diese Weise könnte ein Kanton einer Unterversorgung vorbeugen, indem er ausnahmsweise einen Leistungserbringer oder eine Leistungserbringerin in einem dieser Bereiche zulässt, obschon die Person nicht die geforderte dreijährige Erfahrung mitbringt.

Die SGK-N hat zudem beschlossen, den Begriff der unzureichenden medizinischen Versorgung nicht explizit zu präzisieren und den Kantonen so einen gewissen Ermessensspielraum einzuräumen. Die Kantone sind verantwortlich für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung auf ihrem Gebiet und sollen daher selbst darüber entscheiden können, ob eine Unterversorgung besteht.

Position H+: H+ begrüsst es, wie obenstehend bereits bekundet, dass die SGK-N eine Ausnahmeregelung zur dreijährigen Tätigkeitspflicht gem. Art. 37 Abs.1 KVG vorsehen will und unterstützt dieses Vorhaben. H+ ist es ein Anliegen, das Patientinnen und Patienten einen garantierten Zugang zu einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen Versorgung haben – gerade auch im ambulanten Spitalbereich. Zudem wird diese Regelung, die Notfallzentren der Spitäler insofern entlasten, als dass Patientinnen und Patienten eine Anlaufstelle in der Grundversorgung haben, anstatt den Notfall aufzusuchen.

Die vorgesehene Kann-Formulierung und die damit einhergehende Notwendigkeit der normativen Regelung auf Kantonesebene, damit die Ausnahme für die dreijährige Tätigkeitspflicht überhaupt greift, lehnt H+ indessen ab. Damit kann die Gleichberechtigung aller betroffenen Akteure nicht sichergestellt werden. Eine Ausnahme zu einer auferlegten Bundesregelung hat ebenfalls Eingang in dieselbe Bundesregelung zu finden.

H+ lehnt es ebenfalls ab, dass die Liste, für welche die Ausnahmeregelung zur dreijährigen Tätigkeitspflicht greifen soll, abschliessend ist. Aktuell ist nicht klar absehbar, in welchen Bereichen, es zu Versorgungsengpässen kommen wird. Bspw. gehören in einem weiteren Sinn auch Gynäkologinnen und Gynäkologen oder Diabetologinnen und Diabetologen zu den Grundversorgern. Bereits heute ist es für Patientinnen und Patienten schwer, zeitnah entsprechenden Zugang zu solchen Behandlungsleistungen zu finden. Das Risiko, dass nach Inkraftsetzung in anderen oder weiteren Bereichen eine Unterversorgung einzutreten droht, und dann das Gesetz erneut angepasst werden muss, ist hoch.

Demzufolge ist es dagegen zu begrüssen, dass die Definition der unzureichenden medizinischen Versorgung offenbleibt und keine einheitliche Interpretation der Bezeichnung in das KVG Eingang finden soll. Zu welchem Zeitpunkt in einem Bereich und einem bestimmen geografischen Einzugsgebiet (bspw. Kantone oder Grossregionen) Unterversorgung eintritt, ist verschieden, und kann keiner einheitlichen Definition unterliegen. Der Verweis der Kommission im erläuternden Bericht (S. 6 f.), die Kantone könnten auf die analytischen Elemente der Bestimmungen zur Umsetzung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG (Verordnung über die Festlegung der Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzten im ambulanten Bereich) abstützen, ist deshalb im Grunde gutzuheissen. Die analytischen Elemente könnten als Grundlage für die Feststellung einer Unterversorgung dienen. Die aktuell bestehenden Unsicherheiten verbunden mit den Versorgungsgraden sind für diese Situation indessen nicht förderlich. Die Versorgungsgrade allein erlauben nämlich noch keine Beurteilung der Versorgungssituation. Dies statuiert die Kommission sogar selbst. Sie müssen mittels Ermittlung des tatsächlichen Angebots an ärztlichen Leistungen ergänzt und mithilfe von durch die Kantone selbst festgelegten Gewichtungsfaktoren angepasst

werden. Im Übrigen liegt der detaillierte Bericht zur Methode für die Herleitung der Versorgungsgrade noch nicht definitiv vor. Sollen diese Versorgungsgrade effektiv als Parameter dienen, so müssen diese Grundlagen klar verständlich und konzis sein sowie dem Ziel und Zweck der Norm gerecht werden (vgl. auch Ziff. 3.4).

Aus Sicht von H+ ist deshalb der Mehrheitsvorschlag SGK-N abzulehnen und der Minderheitsvorschlag I (Humbel et al.) – zumindest in der Hinsicht, dass die Ausnahmen im Einzelfall und in direkter Anwendung des Bundesgesetzes von den Kantonen bewilligt werden können – zu bevorzugen (vgl. Ziff. 2.3).

2.3. Minderheitsvorschlag I (Humbel et al.)

Die Minderheit (Humbel, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Hess Lorenz, Lohr, Mäder, Maillard, Mettler, Roduit, Rösti, Wasserfallen Flavia) ist im Gegensatz zur Kommissionsmehrheit der Meinung, dass die Ausnahmen im Einzelfall und in direkter Anwendung des Bundesgesetzes von den Kantonen bewilligt werden müssen. Sie schlägt daher eine alternative Formulierung von Artikel 37 Absatz 1^{bis} KVG vor.

1^{bis} Die Kantone können Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe a, die über einen der folgenden eidgenössischen Weiterbildungstitel oder einen als gleichwertig anerkannten ausländischen Weiterbildungstitel (Art. 21 MedBG) verfügen, von der Anforderung, während mindestens drei Jahren an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet zu haben, ausnehmen, wenn auf dem Kantonsgebiet in den betroffenen Bereichen eine Unterversorgung besteht:

- a. Allgemeine Innere Medizin als einziger Weiterbildungstitel;*
- b. Praktischer Arzt oder Praktische Ärztin als einziger Weiterbildungstitel;*
- c. Kinder- und Jugendmedizin;*
- d. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.*

Position H+: Diese Variante hat den Vorteil, dass sie rascher angewendet werden kann, da es keinen kantonalen Gesetzgebungsprozess braucht. Das Argument, die Gleichbehandlung sei so zwar schwieriger sicherzustellen, sieht H+ als nicht stichhaltig an. Auf Basis einer einheitlichen bundesrechtlichen Regelung kann die Gleichbehandlung sicherlich besser sichergestellt werden als mit einer Option zur normativen Verankerung auf Kantonsebene. **Aus diesem Grund ist der Minderheitsvorschlag Humbel et al. dem Vorschlag der Kommissionsmehrheit vorzuziehen. Das unter Ziff. 2.2 geschriebene betreffend die abschliessende Liste von Bereichen, für welche die Ausnahmeregelung gelten soll, gilt aber auch hier. Eine solche unterstützt H+ nicht.**

2.4. Minderheitsvorschlag II (Glarner et al.)

Die zweite Minderheit (Glarner, Aeschi Thomas, Amaudruz, Rösti, Rüeeggler, Schläpfer) unterstützt den Entwurf der Mehrheit der SGK-N in seiner Gesamtheit, will die Ausnahmeregelung aber einzig auf die Allgemeinmedizin sowie die Kinder- und Jugendmedizin, nicht aber auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie anwenden.

Art. 37 Abs. 1bis Bst. d

d. Streichen

Position H+: H+ lehnt die Streichung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie für die Anwendung der Ausnahme der dreijährigen Tätigkeitspflicht ab. Das Obsan hielt bereits 2017 in einem Bericht fest, dass in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine systematische Unterversorgung zu verzeichnen ist: «Mehrere Berichte zur Versorgungssituation, welche

auf Befragungen von Fachkräften basierten, wiesen deutlich auf eine Unterversorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie hin, sowohl für den institutionellen als auch für den privaten Sektor.»²

Die Corona Pandemie hat diese Problematik weiter verschärft.³

Minderheitsvorschlag III (Silberschmidt et al.)

Die dritte Minderheit (Silberschmidt, Dobler, Nantermod, Sauter) teilt die Auffassung der Kommissionmehrheit, wonach in dieser Angelegenheit Handlungsbedarf besteht und es zur Vorgabe, nur Ärzte und Ärztinnen zur Abrechnung über die OKP zuzulassen, die eine dreijährige Tätigkeit nachweisen können, eine Ausnahmeregelung braucht. Allerdings will die zweite Minderheit im Gesetz einzig den Grundsatz verankern, dass Ausnahmen möglich sind. Die detaillierte Regelung dieser Ausnahmen soll dem Bundesrat übertragen werden. Letzterer wäre somit zuständig, die Details in einer Verordnung festzulegen. Die Minderheit erachtet dieses Vorgehen als rascher und zweckmässiger.

Art. 37 Abs. 1^{bis} und 1^{ter}

1^{bis} Streichen

1^{ter} Der Bundesrat kann vorsehen, dass bei nachgewiesener massiver Unterversorgung Ausnahmen von der Anforderung nach Absatz 1 erster Satz möglich sind. Er führt ein Monitoring dazu durch.

Position H+: Die Gesetzgebung unterliegt dem Grundsatz alle wichtigen rechtsetzenden Bestimmungen sind in der Form des Bundesgesetzes zu erlassen (Art. 164 Abs. 1 BV). Dies u.a., aber insbesondere, wenn ein grosser Adressatenkreis davon betroffen ist. **Sollen alle 26 Kantone eine Ausnahme von der dreijährigen Tätigkeitspflicht bei bestehender Unterversorgung erlauben, so ist dieser Grundsatz aufgrund seiner Tragweite im Gesetz festzuschreiben. Für eine Verankerung in der KVV besteht keinerlei gesetzliche Grundlage.**

Überdies ist die Versorgung Sache der Kantone. Es ist deshalb **nicht sachgerecht, den Bundesrat / die Verwaltung über die Unterversorgung, d.h. über das grundsätzliche Vorliegen einer Unterversorgungssituation und deren Überwachung, bestimmen zu lassen (vgl. auch Ziff. 2.2).** Die Kantone sind verantwortlich für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung auf ihrem Gebiet und sollen daher selbst darüber entscheiden können, ob eine Unterversorgung besteht.

2.5. Fazit

H+ begrüsst es, dass die SGK-N eine Ausnahmeregelung zur dreijährigen Tätigkeitspflicht gem. Art. 37 Abs.1 KVG vorsehen will und unterstützt das Vorhaben. Diese Ausnahmeregelung wird den Versorgungsengpass in der Grundversorgung zu dämpfen vermögen. H+ ist es ein Anliegen, das Patientinnen und Patienten einen garantierten Zugang zu einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen Versorgung haben – gerade auch im ambulanten Spitalbereich. Zudem wird diese Regelung, die Notfallzentren der Spitäler insofern entlasten, als dass Patientinnen und Patienten eine Anlaufstelle in der Grundversorgung haben, anstatt den Notfall aufzusuchen. Die Regelung muss indessen rechtsstaatlich und wirkungstechnisch durchdacht sein, ansonsten ist eine baldige, erneute Revision des Artikels absehbar.

² Psychische Gesundheit und Krankheit von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz: Versorgung und Epidemiologie, https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2021-08/obsan_dossier_62_2.pdf

³ <https://www.zh.ch/de/news-uebersicht/medienmitteilungen/2021/06/massnahmenpaket-zur-verbesserung-der-versorgungssituation-in-der-kinder-und-jugendpsychiatrie.html>

H+ befürwortet deshalb im Grundsatz den Minderheitsvorschlag Humbel et al. D.h.:

- eine **Verankerung im KVG** (als Grundsatzregelung für allfällig weitere Spezifikationen in der KVV)
- eine Formulierung, welche die Bewilligung der Ausnahmen im Einzelfall durch die Kantone **in direkter Anwendung des Bundesgesetzes** ermöglicht.

H+ ist nicht einverstanden damit, dass die Ausnahmeregelung eine abschliessende Liste von Versorgungsbereichen, für welche die Ausnahmeregelung greifen soll, beinhaltet. Aktuell ist nicht klar absehbar, in welchen Bereichen es zu Versorgungsengpässen kommen wird. Bspw. gehören in einem weiteren Sinn auch Gynäkologinnen und Gynäkologen oder Diabetologinnen und Diabetologen zu den Grundversorgern. Bereits heute ist es für Patientinnen und Patienten schwer, zeitnah entsprechenden Zugang zu solchen Behandlungsleistungen zu finden. Das Risiko, dass nach Inkraftsetzung in anderen oder weiteren Bereichen eine Unterversorgung eintreten droht, und dann das Gesetz erneut angepasst werden muss, ist hoch. **H+ kann dem Minderheitsantrag Humbel et al. dementsprechend nur mit Vorbehalt zustimmen.**

In der Konsequenz bedeutet das die **Ablehnung des Mehrheitsvorschlags der SGK-N und des Minderheitsvorschlags Glarner et al.**

Aus Sicht von H+, findet die alleinige Verankerung der Ausnahmeregelung in der KVV keine genügende Gesetzesgrundlage. Zudem ist es Sache der Kantone, über die Unterversorgung und deren Monitoring zu befinden und es ist nicht sachgerecht deren Monitoring und Steuerung der Bundesverwaltung zu überlassen (**Ablehnung des Minderheitsvorschlags Silberschmidt et al.**).

3. Exkurs: ambulante Zulassungssteuerung im Allgemeinen

3.1. Einleitung

H+ möchte die Möglichkeit im Rahmen dieser Stellungnahme nutzen, auf weitere, die ambulante Zulassungssteuerung betreffend Grundprobleme hinzuweisen.

Die Umsetzung der neuen ambulanten Steuerungsmechanismen im KVG führen bei den Leistungserbringern, vorderhand den Spitälern, zu Kopfzerbrechen. Viele Umsetzungsfragen sind bisweilen ungeklärt, die Umsetzung führt zu massivem administrativem Aufwand, während der Nutzen dieser Regelungen fragwürdig bleibt. Im Übrigen ist es irritierend, dass das Paradigma der Überversorgung weiterhin genährt wird. Überversorgung ist sicherlich punktuell noch ein Thema und die diesbezügliche Umverteilung muss dringend angegangen werden. Die aktuelle Ausgangslage im Zusammenhang mit dem Fachkräftemangel im Gesundheitsbereich und weiteren Engpässen des täglichen Bedarfs impliziert indessen eher eine zukünftige Unterversorgung. Die knappen Ressourcen werden dazu führen, dass auch im Gesundheitswesen, in der Behandlung, Prioritäten gesetzt werden müssen. Die Regelungen zur ambulanten Zulassungssteuerung sollten deshalb mit Bedacht umgesetzt werden.

3.2. Formelles Zulassungsverfahren (Art. 36 ff. KVG i.V.m. Art. 38 und 39 KVV)

Das Ziel der Ausweitung der Berufsausübungs-Bewilligungspflicht (BAB-Pflicht) ist unklar. Die BAB-Pflicht unterscheidet sich für ambulante und stationäre Standorte. Damit wird die Rotation von Fachpersonal (für verschiedene (Aussen-)Standorte) massiv erschwert oder gar verunmöglicht. Dies bedeutet gleichzeitig auch, dass die BAB zur Mengensteuerung völlig ungeeignet ist, wenn Fachpersonen in verschiedenen Kantonen zu unterschiedlichen Pensen (oft keine Vollzeitpensen) arbeiten.

So plant bspw. der Kanton Aargau, im Zusammenhang mit den neuen Vorschriften zur Berufsausübungsbewilligung ("BAB") eine neue Praxis für ambulante Aussenstandorte der Spitäler einzuführen. Ambulante Einrichtungen, welche nicht auf dem Spitalareal gelegen sind, sollen neu wie ambulante Arztpraxen behandelt werden und benötigen daher nach dem Willen des DGS neu eine Betriebsbewilligung sowie eine Bewilligung für die Zulassung zur OKP. Damit die genannten

Bewilligungen erteilt werden können, sollen zudem alle fachlich selbständigen Mitarbeitenden neben der BAB auch eine persönliche OKP-Zulassungsbewilligung einholen müssen. Der Kanton begründet diese neue Praxis mit der Bundesgesetzgebung.⁴ Den Spitälern droht aufgrund der angekündigten Praxisänderung, eine Vielzahl von neuen Bewilligungen einzuholen zu müssen. Damit stellt sich im Weiteren die Frage, ob mit der Pflicht zur OKP-Zulassung auch die Pflicht für eine selbständige Rechnungsstellung verbunden ist. H+ ist der Ansicht, dass die Konsequenz einer einzelnen OKP-Zulassung, konsequenterweise, auch eine eigenständige Abrechnungserlaubnis (ZSR-Nr.) wäre. Die Abrechnung würde dann nicht mehr über die ZSR-Nr. des Spitals, in welchem die betroffenen Personen tätig (angestellt!) sind, erfolgen, sondern einzeln pro behandelnde Ärztin oder behandelnden Arzt. Dies stiftet im Allgemeinen Verwirrung, denn die ZSR-Nummer wird von der SASIS AG verwaltet und gemäss deren Angaben an selbständig tätige natürliche und juristische Personen erteilt – angestellten Personen wird hingegen eine K-Nummer erteilt. Angestellte Personen gelten gemäss dem erläuternden Bericht des BAG zu den Änderungen der KVV und KLV (23.06.2021) nicht als Leistungserbringer im Sinne des KVG und sind nicht abrechnungsberechtigt. Sie können zwar in ambulanten Einrichtungen beziehungsweise in den entsprechenden Organisationen in einem Anstellungsverhältnis Dienstleistungen erbringen. Angestellte Ärzte und Gesundheitsfachpersonen bedürfen unabhängig vom Ort ihrer Tätigkeit keiner eigenen OKP-Zulassungsbewilligung; verantwortlicher und abrechnungsberechtigter Leistungserbringer ist die stationäre oder ambulante Einrichtung bzw. die Organisation selbst und nicht die angestellten Medizinalpersonen. Der verantwortliche und abrechnungsberechtigte Leistungserbringer ist jedoch immer die ambulante Einrichtung beziehungsweise die Organisation. Die Katze beisst sich im Vollzug also in den Schwanz.⁵

Aus Sicht von H+ sind die formulierten Anforderungen betreffend Betriebsbewilligungen, OKP-Zulassungsbewilligungen und ZSR-Nummern nicht gänzlich nachvollziehbar und vermögen rechtlich nicht ganz zu überzeugen. H+ anerkennt zwar, dass auch die im Spital (stationär oder ambulant) tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie weiteren Medizinalpersonen in eigener fachlicher Verantwortung über eine BAB verfügen müssen. Die Praxis des DGS einer Bewilligungspflicht für Chefärztinnen und leitende Ärztinnen als auch für Chefärzte und leitende Ärzte dürfte prima vista – da es der geltenden (neuen) Rechtslage entspricht – zulässig und jedenfalls nicht zuungunsten der Spitäler überschüssig sein. Die unterschiedliche Behandlung von «externen» ambulanten Spitalstrukturen dürfte indessen vor dem Bundesrecht, insb. Art. 39 KVG, nicht Stand halten. Überdies setzt dieses Vorgehen Anreize, wieder vermehrt stationär zu behandeln (und macht damit die Bestrebungen zu AvoS (ambulant vor stationär) zunichte) und hat absurde Konsequenzen für den administrativen und finanziellen Aufwand. Der Nutzen dieses Vorgehen ist im Gegenzug nicht nachvollziehbar. Wir bitten daher die Kommission, beim BAG Aufklärung und insbesondere konsistente Aussagen für einen praxisgerechten Vollzug zu verlangen.

3.3. Art. 50c KVG (Zulassung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten)

Ähnliche Fragen stellen sich auch in Bezug auf den Umgang mit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten an ambulanten Spitalstandorten im Rahmen der Umsetzung der neuen Zulassungsregelungen (Wechsel vom Delegationsmodell zum Anordnungsmodell). Mit dem neuen Anordnungsmodell dürfen diese nicht mehr unter der Leitung eines Arztes tätig sein. Weil dies im Bereich der ärztlichen Ambulatorien gemäss einer Literaturmeinung eine juristische Entflechtung von ärztlicher (psychiatrischer) und psychotherapeutischer Leistungserbringung erfordert, haben gewisse Spitäler gemäss Instruktion bereits damit begonnen, eigene juristische Organisationen

⁴ Für Spitalambulatorien ist die Situation, nach Aussage des BAG, klar (sofern das Spital als Leistungserbringer auftritt): Mit der Aufnahme des Spitals auf die Spitalliste gelten die Ambulatorien als «zugehört». Die dort im Anstellungsverhältnis tätigen Ärztinnen und Ärzte benötigen keine OKP-Zulassung; als Leistungserbringer und Rechnungsteller tritt das Spital auf.

⁵ Im Übrigen ist die ZSR-Nummer kein direkt vom Gesetz geschaffenes Konstrukt; das KVG schreibt lediglich vor, dass die Krankenversicherer prüfen können (und müssen), ob der Leistungserbringer zur Abrechnung zulasten der OKP zugelassen und qualifiziert ist. Die ZSR-Nummer ist ein vertragliches Konstrukt zwischen Leistungserbringer und Versicherer, damit rasch geprüft werden kann, dass der Leistungserbringer über die nötige Zulassung und Qualität verfügt.

für die Leistungen der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in ambulanten Standorten zu gründen.

Ein Verbot, ärztliche und psychotherapeutische Leistungen unter dem Dach derselben juristischen Person zu erbringen, wäre ein schwerwiegender Eingriff in die Privatautonomie und damit die Wirtschaftsfreiheit (Art. 27 BV). Ein solcher Eingriff würde eine klare gesetzliche Grundlage erfordern, er müsste im öffentlichen Interesse liegen und verhältnismässig sein. Diese Voraussetzungen sind nach juristischer Einschätzung nicht erfüllt:

- Zunächst ist keine gesetzliche Grundlage ersichtlich, die eine juristische Entflechtung vorschreiben würde: Das KVG und die KVV schreiben einzig vor, dass ärztlichen Ambulatorien ihre Leistungen durch Ärzte (Art. 39 KVV), die Organisationen der Psychologischen Psychotherapie ihre Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten erbringen müssen (Art. 52e KVV). Damit schreibt das KVG und seine Ausführungsverordnungen keineswegs vor, dass sich diese beiden Einrichtungen nicht auch gemeinsam in einer juristischen Person, also unter einem gemeinsamen Dach organisieren könnten.
- Es kommt zusätzlich folgende Beobachtung hinzu: Bevor die Psychologischen Psychotherapeuten per 1. Juli 2022 als selbständige Leistungserbringer in die KVV aufgenommen wurden, gab es bereits andere Gesundheitsberufe, welche auf ärztliche Anordnung hin, selbständig Leistungen erbringen konnten. Hierzu zählen bspw. Physiotherapie, Ergotherapie, Pflegefachpersonen, Ernährungsberatung, Logopädie etc. Mit Bezug auf das Anordnungsmodell sind diese Berufsgattungen daher identisch zur Psychologischen Psychotherapie. Nun gibt es bereits diverse Gesundheitseinrichtungen die ärztliche und nicht-ärztliche Leistungen unter einem Dach vereinen; die Kombination ärztlicher Chiropraktik und nicht-ärztlicher Physiotherapie ist etwa ein klassisches Beispiel. Soweit ersichtlich wurde in solchen vergleichbaren Situationen bisher nicht die Forderung erhoben, dass diese verschiedenen Leistungsbereiche juristisch getrennt werden müssten.

Nach dem oben gesagten muss für den Vollzug gelten,

- dass in psychiatrischen Ambulatorien für die Tätigkeiten der psychologischen Psychotherapeuten keine separaten juristischen Personen zu gründen sind. Die Leistungen können in jedem Fall unter demselben juristischen Dach erbracht werden wie die ärztlichen Leistungen. Das bedeutet in der Folge auch, dass die ambulant tätigen psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, sofern sie angestellt sind, keine separate OKP-Zulassung benötigen dürften (im Gegensatz zur BAB).
- dass die Leistungen einer angestellten Psychotherapeutin, eines angestellten Psychotherapeuten oder anderen ärztlichen oder nichtärztlichen beim Spital angestellten Personals (d.h. die Person arbeitet nicht auf eigene Rechnung), als Spitalleistung über die ZSR-Nr. des Spitals abgerechnet werden. Eine persönliche ZSR-Nr. ist nicht erforderlich.

Ansonsten wäre ein Anstellungsverhältnis einer Psychotherapeutin oder eines Psychotherapeuten faktisch gar nicht mehr möglich.

H+ bittet die Kommission, beim BAG zu erwirken, dass die Umsetzungsrichtlinien ein für alle Mal klar festzulegen sind.

3.4. Höchstzahlen (Art. 55a KVG / Verordnung über die Festlegung der Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich)

Sollten die Regelungen betreffend ambulante Zulassung (sowohl auf Ebene des Gesundheitspolizeischutzes (BAB) als auch auf Ebene der OKP) der einfacheren Umsetzung von Art. 55a KVG und damit der Verordnung über die Festlegung der Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich (SR 832.107) dienen und damit zu Umsetzungshürden in den Kantonen führen, hat die Verordnung ihren Zweck verfehlt.

H+ hat bereits im Rahmen der Expertengruppe des BAG zur Ausarbeitung des Regressionsmodells und der Bestimmung der Versorgungsgrade bereits betont, dass es stossend sei, dass aus

modelltheoretischer/statistischer Sicht zum gesamtschweizerischen Versorgungsgrad keine Aussage gemacht werden kann. Das entworfene Regressionsmodell kann (ohne weitere Annahmen) das Niveau des Bedarfs nicht quantifizieren, also keine Aussage über die Menge an Taxpunkten in einem bestimmten Fachgebiet und damit zum bedarfsgerechten Niveau machen. Erst mit der Annahme, dass der gesamtschweizerische Versorgungsgrad 100% entspricht, kann daraufhin das bedarfsgerechte Versorgungsniveau pro Region *geschätzt* werden. In concreto wird über einen Wert (theta) eine «normative» Steuerung stattfinden. Der Spielraum ist damit offen, und der Wert theta ist als Stellschraube gekoppelt mit den postulierten Kostendämpfungsmassnahmen. Die Annahme, dass der Versorgungsgrad in der Schweiz 100% entspricht, impliziert, dass die Leistungen lediglich «falsch» verteilt sind, aber – über die ganze Schweiz betrachtet – keine unnötigen Leistungen erbracht werden (Übersversorgung) bzw. Leistungen, die eigentlich erbracht werden müssten, nicht erbracht werden (Unterversorgung). Politisch ist diese Annahme im Kontext der geführten Kostendämpfungsmassnahmen und der Eindämmung unnötiger Leistungen wohl kaum als kohärent zu bezeichnen. Die Quantifizierung des bedarfsgerechten Niveaus wäre aus Sicht von H+ indessen das Kriterium, welches eine allfällige Zuteilung des Leistungsanteils auf Fachärzte erst legitimieren würde. Die Zulassungssteuerung als solches Vehikel zu gebrauchen, und damit die Vollzugskosten den Leistungserbringern aufzuerlegen, ist aus Sicht von H+ problematisch.

* * * * *

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

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin