

Per E-Mail an:

tarife-grundlagen@bag.admin.ch

gever@bag.admin.ch

Bern, 15. Februar 2021

Vernehmlassungsantwort zur Vorlage «Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Zulassung von Leistungserbringern»

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Im Namen der Privatkliniken Schweiz (PKS) danken wir Ihnen für die Gelegenheit, in rubrizierter Angelegenheit Stellung nehmen zu können.

Für PKS muss jede gesetzgeberische Intervention in der Gesundheitspolitik, also auch die vorliegende Teilrevision des KVG, mindestens den drei folgenden Anforderungen genügen:

- Sie muss die inakzeptable Governance, d.h. die Vielfachrolle und fehlende "Gewaltenteilung" der Kantone verbessern.
- Sie muss geeignet sein, die therapeutische Leistungsqualität der Gesundheitsdienstleister zu fördern.
- Sie muss faire Wettbewerbsbedingungen für die Leistungserbringer und die Versicherer schaffen oder mindestens fördern.

Generelle Beurteilung der Revision:

Die Revision beinhaltet die Umsetzung einer weitgehend verunglückten Revision der gesetzlichen Grundlage auf der Verordnungsstufe. Die Umsetzung muss daher, wo möglich, die Fehler und Schwächen der betreffenden KVG-Revision mildern und verbessern.

Die vorliegenden Vorschläge drohen leider, im Gegenteil, die Fehler der Gesetzesrevision noch zu verschlimmern. Sie betonieren die kantonalen Grenzen des Gesundheitswesens, führen zu neuen Rekrutierungsproblemen beim medizinischen Fachpersonal, bürokratisieren und verunmöglichen teilweise die Berufsaufnahme oder den Markteintritt innovativer, neuer junger Leistungserbringer und Nachwuchskräfte.

In der Summe wird dieses Verordnungspaket ohne wesentliche Anpassungen und Vereinfachungen substanziell zur Zementierung überkommener Strukturen und zu neuen Kostensteigerungen im ambulanten Bereich beitragen.

*

Die Vorlage umfasst einige Änderungsvorschläge, von denen PKS im Folgenden nur die wichtigsten kommentieren wird.

Zu den Vorlagen im Einzelnen:

1. Revision der KVV und der KLV

Auch wenn die Spitäler als Leistungserbringer gemäss Art. 35 Abs. 2 Buchstabe h nicht direkt von diesen Änderungen betroffen sind, möchten wir doch auf die folgenden Problematiken hinweisen:

- Kantonale Zulassungsverfahren

Die Notwendigkeit, in jedem Kanton eine separate Zulassung zu beantragen, führt zu einer weiteren Abschottung der Gesundheitsversorgung entlang kantonaler Grenzen. Dies widerspricht der freien Arztwahl, den Lebens- und Mobilitätsgewohnheiten der Bevölkerung und läuft den Kostenoptimierungsmassnahmen innovativer Gesundheitsdienstleister diametral entgegen. Kostensenkungspotenziale zugunsten tieferer Prämien werden so vereitelt.

- Art. 38 Abs. 3: Sprachkompetenzen

So verständlich das Bedürfnis nach einer einfachen Verständigung zwischen Patienten und Ärzten ist: Mit den vorliegenden nachzuweisenden formalen Sprachkenntnissen auf diesem Niveau wirkt die Bestimmung dissuasiv gegen die Rekrutierung von dringend benötigtem medizinischen Fachpersonal aus dem Ausland generell, speziell aber gegenüber der Rekrutierung von Fachpersonal aus der Europäischen Union. Die Vorteile der Personenfreizügigkeit werden damit mindestens für die Rekrutierung von Ärzten teilweise ausser Kraft gesetzt.

Zudem ist der Begriff der «Sprache ihrer Tätigkeitsregion» äusserst unbestimmt, insbesondere für zweisprachige Regionen wie Biel/Bienne oder Freiburg/Fribourg sowie für Ärzte, die an ihrem Tätigkeitsort eine bestimmte sprachliche Minderheit betreuen (beispielsweise die französischsprachige Minderheit in der Stadt Bern). Die Bestimmung wäre besser auf die Verkehrssprache der infrage kommenden Patienten auszurichten.

Konkret schlagen wir den folgenden Wortlaut für Art. 38 Abs. 3 vor:

«Ärzte und Ärztinnen verfügen über die notwendigen Sprachkenntnisse im Sinne von Artikel 37 Absatz 1 KVG, wenn Sie in der Lage sind, in der Sprache der Mehrheit ihrer Patientinnen und Patienten:...»

2. Registerverordnung Leistungserbringer OKP

Von den beiden vorgeschlagenen Varianten ist klar der Variante 1 (Übertragung der Registerführung an einen Dritten) der Vorzug zu geben. In zahlreichen staatlich regulierten Bereichen werden bereits heute äussert zuverlässig und erfolgreich Register durch Dritte aufgebaut und betrieben. Im Rahmen der Ausschreibung nach BÖB ist den Aspekten der Zuverlässigkeit, der Schnelligkeit und der langfristigen Dienstleistungsqualität genügend Gewicht zu geben.

Die in Variante 2 beschriebene Übertragung der Registerführung droht das bereits an äusserst zahlreichen Fronten geforderte Bundesamt für Gesundheit (BAG) zu überfordern.

3. Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich

Die verunglückte KVG-Revision gibt es vor: Die Kantone müssen in einem oder mehreren medizinischen Fachgebieten oder in bestimmten Regionen die Anzahl der Ärzte und Ärztinnen, die im ambulanten Bereich zulasten der OKP Leistungen erbringen, beschränken. Der Bundesrat muss dazu die Kriterien und die methodischen Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen bestimmen.

Da bereits die «Muss»-Formulierung, also die zwingende Verpflichtung der Kantone zur Einführung von Höchstzahlen, falsch war, kann (und muss!) die Verordnung nur noch Schadensbegrenzung zum Ziel haben. Dieses Ziel wird mit dem vorliegenden Vorschlag in keiner Art und Weise erreicht, im Gegenteil: Bereits der Ansatz, eine behördlich festgesetzte Anzahl von medizinischen Leistungserbringern definieren zu können, leidet: Der Bedarf an medizinischen Leistungen ist nicht nur regional, sondern auch zeitlich und kulturell dynamisch und niemals objektiv «richtig» oder «falsch». Jeder geprüfte Ansatz ist damit im besten Fall eine methodische Krücke, die jedoch mindestens so ausgestaltet werden muss, dass sie genügend Flexibilität bei akutem Bedarf und genügend Entwicklungspotenzial zur Erneuerung der Leistungserbringer beinhaltet. Trotzdem ist der Ermessensspielraum der Kantone recht gross. Das ist grundsätzlich zu begrüssen, ist aber gerade aus der Optik überkantonal tätiger Leistungserbringer in der Praxis oft mit unverhältnismässigen Zusatzaufwänden und administrativen Hürden verbunden.

Der vorliegende Vorschlag ist insofern statisch und entwicklungsfeindlich, als er auf beobachteten Werten (Status Quo), auf bereits bestehenden interkantonalen Patientenströmen sowie auf Werten aus anderen Regionen/Durchschnittswerten beruht. Diese Methodik merzt begründete regionale Spezialitäten und Besonderheiten in der Tendenz aus und versucht, mithilfe eines unverhältnismässigen bürokratischen Aufwands über die ganze Schweiz einen einheitlichen Versorgungsgrad zu installieren.

Zur Illustration der Problematik soll dienen: Wenn sich ein interkantonales Ärztezentrum neu in einem urbanen Zentrum mit Zustrom von Patienten aus mehreren Kantonen (zum Beispiel von Kantonen, die ihre Planung nicht koordinieren) einrichten und so in hoher Effizienz die Bevölkerung versorgen möchte, wird dies aufgrund der bisherigen kantonalen Beobachtungen und bisherigen Patientenströme nicht möglich sein, da sie an diesem Ort ein zusätzliches Angebot bedeutet (selbst wenn in anderen Kantonen das Leistungsangebot in gleicher Zahl zugunsten dieser effizienten Angebots sinken würde). So wird potenzielles Optimierungspotenzial der Gesundheitsversorgung in einer Region im Keim erstickt.

Zu prüfen ist hingegen eine Methode, die systematisch einen bestimmten Entwicklungsgrad der Erneuerung zulässt, zum Beispiel in Form eines Puffers von jährlich zusätzlichen zehn Prozent zur definierten Höchstzahl. Dies würde ein Mindestmass an Innovation zugunsten einer patientenorientierten und kostenbewussten ambulanten Gesundheitsversorgung zulassen.

**Konkret schlagen wir den folgende Ergänzung zum Wortlaut von Art. 10 Abs. 1 vor:
«...festgelegt. Die ermittelten Werte können jährlich um zehn Prozent überschritten werden.»**

Zudem stellen wir fest, dass die Verordnung die Besonderheiten des spitalambulanten Settings (Interdisziplinarität, integrierte Versorgung, Auftrag zur Aus- und Weiterbildung junger Nachwuchskräfte) für die Fixierung der Höchstzahlen nicht als relevant betrachtet. Dies schadet der künftigen spitalambulanten Versorgung. Die Kantone drohen so auf der Basis des praxisambulanten Settings fehlerhafte Schätzungen vorzunehmen und ungefähre Höchstzahlen festzulegen, was teilweise die kantonalen Leistungsaufträge an die Spitäler infrage stellt, jedenfalls aber für die in der Schweiz ausgebildeten Nachwuchskräfte gravierende Auswirkungen hätte. Auf eine Begrenzung für den spitalambulanten Bereich ist deshalb zu verzichten und der Geltungsbereich der Verordnung ist auf die praxisambulant tätigen Ärzte zu begrenzen.

**Konkret schlagen wir vor, dass der Art. 1 Abs. 2 wie folgt ergänzt wird:
«Der regionale Versorgungsgrad beschreibt das Verhältnis zwischen:
a. dem beobachteten Leistungsvolumen, bestehend aus dem Angebot an praxisambulant tätigen verfügbaren Ärztinnen und Ärzten und den von ihnen erbrachten Leistungen;...»**

*

Wir danken Ihnen für Ihre Kenntnisnahme sowie für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme, und grüssen Sie freundlich.

Privatkliniken Schweiz



Dr. Beat Walti
Präsident



Guido Schommer
Generalsekretär