

REGIERUNGSRAT

Regierungsgebäude, 5001 Aarau
Telefon 062 835 12 40, Fax 062 835 12 50
regierungsrat@ag.ch
www.ag.ch/regierungsrat

Einschreiben

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 165
3003 Bern

24. September 2014

Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend Steuerung des ambulanten Bereichs; Vernehmlassung

Sehr geehrte Damen und Herren

Die Kantonsregierungen wurden am 20. Juni 2014 zur Vernehmlassung über die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend Steuerung des ambulanten Bereichs eingeladen.

1. Allgemeine Bemerkungen

Der zurzeit geltende und von den Kantonen teilweise umgesetzte Zulassungsstopp für Ärztinnen und Ärzte, die in Praxen, Einrichtungen oder im ambulanten Bereich von Spitälern zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sind, läuft am 30. Juni 2016 aus. Mit der vorliegenden KVG-Teilrevision soll eine Anschlusslösung in Kraft gesetzt werden, die sich auf sämtliche Leistungserbringer zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bezieht. Bezweckt werden eine Dämpfung des Kostenanstiegs, aber auch eine Optimierung der Versorgung im ambulanten Bereich. Insbesondere sollen neue Steuerungsmöglichkeiten für die Versorgung im (spital-)ambulanten Bereich, mit denen die Kantone auf eine Über- oder Unterversorgung reagieren können, geschaffen werden. Die Kantone erhalten die Möglichkeit zur Steuerung der ambulanten Versorgung, sind jedoch nicht dazu verpflichtet. Der spitalambulant Bereich jedoch muss von den Kantonen gemäss Vernehmlassungsvorlage zwingend in den Leistungsaufträgen geregelt werden.

Im Weiteren soll der Bundesrat die Kompetenz erhalten, bei einer überdurchschnittlichen Kostenentwicklung in den Kantonen die jeweiligen Tarife um höchstens 10 % zu senken.

Auch wenn sich die Kompetenz der Kantone zur Steuerung des ambulanten Bereichs auf sämtliche Leistungserbringer bezieht, ist davon auszugehen, dass die vorliegende Neuregelung primär auf die ärztlichen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer abzielt. Alle übrigen Leistungserbringer werden fast ausschliesslich auf Verordnung der Ärzteschaft zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig.

Ob mit den geplanten Massnahmen das Ziel der Reduktion des Kostenanstiegs erreicht werden kann, ist nicht erwiesen. Die langjährige Erfahrung mit dem Instrument des Zulassungsstopps hat gezeigt, dass die Kosten im ambulanten Bereich weiterhin stark steigen. Ausserdem werden an die künftigen Ärztinnen und Ärzte widersprüchliche Signale ausgesendet. Einerseits wird zu Recht und zunehmend darauf hingewiesen, dass sich der Grundversorgermangel drastisch verschärfen wird. Aus diesem Grund werden auch die Ausbildungskapazitäten für Ärztinnen und Ärzte deutlich erhöht.

Andererseits lässt die vorgesehene Teilrevision darauf schliessen, dass zu viele Ärztinnen und Ärzte zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sind und daher die Zulassungen beschränkt werden sollen. Im Weiteren ist davon auszugehen, dass sich der Mangel an Ärztinnen und Ärzten in einigen Jahren nicht nur in der Grundversorgung, sondern auch in anderen Fachgebieten bemerkbar machen wird.

Die Umsetzung der geplanten Teilrevision durch die Kantone ist in gewissen Bereichen praktisch unmöglich und generell mit einem immensen administrativen Aufwand verbunden, der bei den Kantonen deutliche Mehraufwendungen nach sich ziehen und insbesondere zu einem Mehrbedarf an personellen Ressourcen führen wird.

Von der gesamten Teilrevision nicht erfasst werden diejenigen Ärztinnen und Ärzte, die im ambulanten Bereich ohne Berufsausübungsbewilligung, also ohne eigene Zulassung, tätig sind. Es betrifft dies sowohl Assistenzärztinnen und Assistenzärzte in den Spitälern als auch insbesondere in den Praxen. Mit der Schaffung von zusätzlichen Assistentenstellen können die Regulierungsbemühungen ohne weiteres umgangen werden, wie die Erfahrungen während der Zeit des Zulassungsstopps gezeigt haben.

Die Zulassung zur Tätigkeit der obligatorischen Krankenpflegeversicherung soll mit Qualitätskriterien verknüpft werden. Operable und justiziable Kriterien existieren indessen nicht. Sie existieren nicht einmal im stationären Spitalbereich, in dem gemäss KVG die Qualität der Spitäler verglichen werden muss und der Bundesrat über die Kompetenz verfügt, Betriebsvergleiche zu Kosten und medizinischer Ergebnisqualität anzuordnen. Der zurzeit noch völlig unklare diesbezügliche Vollzug lastet allein auf den Kantonen; schlimmstenfalls ist gar davon auszugehen, dass sich diese Bestimmungen als vollzugsuntauglich erweisen werden.

Im erläuternden Bericht fehlen irgendwelche Angaben zu den voraussichtlich erheblichen finanziellen Auswirkungen für die Kantone, also zu den Implementierungs- und Vollzugskosten einer Planung im ambulanten Bereich. Eine objektive und umfassende Vernehmlassungsvorlage enthielte zu dieser Thematik zumindest in grobem Umfang Aussagen.

Im Sinne einer Gesamtbeurteilung wird die geplante Teilrevision des KVG aus den genannten Gründen grundsätzlich abgelehnt.

Dem generellen Ziel der Vorlage, den Kostenanstieg im ambulanten Bereich zu bremsen, wird indessen zugestimmt. Im Vordergrund der möglichen Lösungen stehen die Vertragsfreiheit und die Differenzierung der Tarife. Zwar werden gemäss den Ausführungen im erläuternden Bericht diese beiden Varianten nicht weiter verfolgt, jedoch sind sie als zielführend zu betrachten. Entsprechend muss die politische Diskussion nochmals aufgenommen werden.

Bei der Vertragsfreiheit können die Leistungserbringer und die Versicherer ihre Vertragspartner frei wählen. Um zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig zu sein, müssen die Leistungserbringer mit einem oder mehreren Versicherern einen Vertrag abgeschlossen haben. Damit wird der Wettbewerb unter den Leistungserbringern gefördert. Als Voraussetzung zum Vertragsabschluss können Qualitätskriterien festgelegt werden. Die freie Arztwahl bleibt im Rahmen der von den Versicherern mit den Leistungserbringern abgeschlossenen Verträge erhalten; der Vollzug ist aus Sicht der Kantone einfach.

Als erfolgversprechend ist auch die Differenzierung der Tarife zu betrachten. Im erläuternden Bericht wird festgestellt, dass es schwierig sei, den "richtigen" Preis für eine Leistung in einer bestimmten Region festzulegen. Die Aussage mag zwar zutreffen, noch wesentlich schwieriger ist indessen die Messung einer genügenden Versorgung beziehungsweise einer Unter- oder Überversorgung, die bei einer Steuerung des ambulanten Angebots gemäss der vorgeschlagenen Lösung gewährleistet sein muss. In gar keiner Weise nachvollziehbar und als praxisfremd zu betrachten ist zudem das Argument, die Patientinnen und Patienten einer teureren Region (zum Beispiel einer Landregion) würden sich zur Behandlung in eine günstigere Region (zum Beispiel in eine städtische Region) begeben

und der Markt würde somit aus dem Gleichgewicht gebracht. Bekanntlich sind die Patientinnen und Patienten diesbezüglich sehr preisunsensibel. Die Leistungserbringer aber reagieren durchaus auf monetäre Anreize; eine Steuerung des Angebots ist daher gut möglich und umsetzbar. Voraussetzung einer Tarifiedenzierung sind allerdings klare und einheitliche, vom Bund vorgegebene Rahmenbedingungen, die einen gesamtschweizerischen einheitlichen Vollzug gewährleisten.

Im erläuternden Bericht nicht aufgegriffen werden weitere Möglichkeiten, mit Hilfe derer der Kostenanstieg im ambulanten Bereich gebremst werden könnte. Auch wenn diese als politisch kontrovers zu betrachten sind, erscheint eine eingehendere Prüfung angesichts der Kostenentwicklung dringend notwendig. Zu erwähnen ist etwa die Überprüfung des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung; eine Einschränkung dürfte mit einem nicht unerheblichen Kosteneinsparungspotenzial verbunden sein. Denkbar ist auch eine Verknüpfung der Leistungspflicht mit der integrierten Versorgung, so dass nur noch Leistungen, die im Rahmen integrierter Versorgungsmodelle erbracht werden, von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden müssten. Andere Leistungen wären von den Zusatzversicherungen abzudecken. Die Kriterien für die Definition der Modelle integrierter Versorgung müssten vom Bund klar und einfach vollziehbar definiert werden.

2. Bemerkungen zu einzelnen Artikeln

Art. 39 Abs. 1^{bis}

In diesem Artikel wird festgelegt, dass die Leistungsaufträge für die Spitäler auch die Tätigkeit im ambulanten Bereich regeln müssen.

In Hinblick auf den hohen administrativen Aufwand für den Kanton im Bereich der stationären Leistungsaufträge würde die zusätzliche Erteilung von Leistungsaufträgen für die Spitäler im ambulanten Bereich zu einem massiven administrativen Mehraufwand führen. Angefangen bei der Definition der Leistungsaufträge, über die Durchführung des Bewerbungsverfahrens bis letztlich zur Bewältigung allfälliger Gerichtsverfahren. Auch bei den Versicherern würde der Aufwand steigen, da sie bei ihrer Rechnungsprüfung zusätzlich kontrollieren müssten, ob das Spital für die betreffende Behandlung über einen Leistungsauftrag verfügt oder nicht. Zudem würde es auch hier, wie bereits im stationären Bereich, diverse Probleme beim Miteinbezug ausserkantonaler Leistungserbringer geben.

Im Weiteren muss berücksichtigt werden, dass viele im Spital als ambulant angebotene Leistungen auch bei selbstständigen Ärzten oder anderen nach KVG zugelassenen Leistungserbringern, beispielsweise Physiotherapeuten, durchgeführt werden können. Für die Spitäler wäre es gegenüber den selbstständigen Leistungserbringern ein markanter Wettbewerbsnachteil, wenn sie Leistungen nur mit einem entsprechenden Leistungsauftrag anbieten könnten.

Spitalärztinnen und Spitalärzte sind in der Regel sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor tätig. Eine Differenzierung der ambulanten und stationären ärztlichen Tätigkeit ist für die Aufsichtsbehörde nicht möglich, zumal die Ärztinnen und Ärzte in den Spitälern in den meisten Kantonen über keine Berufsausübungsbewilligung mit Zulassung verfügen. Speziell für Ärztinnen und Ärzte ohne Facharzttitel – also die meisten Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung – darf gar keine eigene Zulassung ausgestellt werden.

Das Verhältnis zwischen Aufwand und Nutzen steht in keinem Verhältnis. Das System würde lediglich komplizierter und wäre vor allem für die Patientinnen und Patienten nicht mehr genügend transparent. Zudem stehen solche Ideen klar im Widerspruch zu dem im KVG geforderten Wettbewerb.

Der Artikel ist aus Vollzugssicht als nicht umsetzbar zu bezeichnen.

Im Fall der Steuerung der spitalambulanten Tätigkeit über die Leistungsaufträge wäre auch die Finanzierung zu überprüfen. Im Sinn der Schaffung gleichlanger Spiesse müssten die Kantone analog zur Finanzierung der stationären Leistungen auch die ambulanten Spitalleistungen mitfinanzieren. Selbstverständlich müsste dieser Einbezug der Kantone kostenneutral erfolgen. Zu rechnen wäre in

einem solchen Fall allerdings mit Forderungen der freipraktizierenden ambulanten Leistungserbringer, insbesondere der Ärzteschaft, ebenfalls in die kantonale Mitfinanzierung einbezogen zu werden.

3. Abschnitt 1 a: Massnahmen bei Über- oder Unterversorgung im ambulanten Bereich

Art. 40 a

Dieser Artikel gibt den Kantonen die Kompetenz, die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für sämtliche Leistungserbringer sowie für Ärztinnen und Ärzte in einer ambulanten ärztlichen Einrichtung zu beschränken. Die Kantone können, wenn eine Zulassung auf mehrere Personen aufgeteilt wird, den Tätigkeitsumfang der betroffenen Personen begrenzen.

Absatz 1

Die Kompetenz der Kantone zur Beschränkung der Zulassung bezieht sich auf sämtliche Leistungserbringer zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Im Vollzug dürften sich die Kantone, die von dieser Kompetenz Gebrauch machen, auf die Ärztinnen und Ärzte beschränken. Die Steuerung der übrigen Leistungserbringer erscheint nicht notwendig und noch weniger praktikabel.

Absatz 2

Die Aufteilung einer Zulassung auf mehrere Personen (zum Beispiel auf zwei Personen mit einem Tätigkeitsumfang von je 50 %) kann von den Kantonen nicht überprüft werden. Es ist kein Instrument bekannt, welches erlauben würde, den konkreten Tätigkeitsumfang einer einzelnen Arztperson zu überprüfen. Ausserdem kann eine Teilzeittätigkeit von einem Tag auf den andern verändert werden, was von den Kantonen in keiner Art und Weise überprüft werden kann. Diese Bestimmung ist in der Praxis nicht vollziehbar.

Absatz 4

Diese Bestimmung gibt den Kantonen die Möglichkeit, einem Leistungserbringer die Zulassung zu entziehen, wenn dessen Tätigkeit deutlich über den in der Zulassung vereinbarten Tätigkeitsumfang (also eine Teilzeittätigkeit) hinausgeht.

Dieser Artikel ist nicht vollziehbar; es wird auf die Bemerkungen zu Absatz 2 verwiesen.

Absatz 5

Die Bestimmung legt fest, dass das Recht der bisherigen Leistungserbringer, zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig zu sein, vorbehalten bleibt.

Der Bestandesschutz bisher zugelassener Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer kann als Diskriminierung junger und frisch ausgebildeter Ärztinnen und Ärzte, die eine Praxis zu eröffnen gedenken, betrachtet werden.

Art. 40 b Abs. 1

Diese Bestimmung gibt den Kantonen die Möglichkeit, bei einer Unterversorgung im ambulanten Bereich die Leistungserbringer durch geeignete Massnahmen zu unterstützen.

Die Kantone verfügen bereits heute über die Kompetenz, Leistungserbringer durch Massnahmen verschiedenster Art zu unterstützen. Eine Regelung einer solchen Kompetenz auch auf Bundesebene ist nicht notwendig. Diese Bestimmung kann ersatzlos gestrichen werden.

Art. 40 c

In diesem Artikel wird die Umsetzung der Massnahmen geregelt.

Absatz 1

Zur Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung im ambulanten Bereich legt der Bundesrat die Kriterien fest.

Der Bundesrat wird gemäss erläuterndem Bericht auf dem Verordnungsweg Mindestkriterien festlegen. Gestützt auf diese Mindestkriterien können die Kantone anschliessend für ihr Gebiet eine eigene Definition der angemessenen Versorgung festlegen.

Bekanntlich existieren keine allgemein anerkannten Kriterien zur Festlegung einer Mindest- oder Überversorgung beziehungsweise einer genügenden Versorgung. Die Erfahrungen während der Zeit des Zulassungsstopps haben gezeigt, dass die diesbezüglichen Beurteilungen je nach Standpunkt diametral auseinandergehen. Im erläuternden Bericht wird lediglich festgehalten, dass der Bundesrat selber keine Höchstzahl der Leistungserbringer nach Region und Fachgebiet festlegen wird. Es werden jedoch keine Ausführungen dazu gemacht, welche Vorstellungen der Bundesrat bezüglich der noch festzulegenden Mindestkriterien hat. Solche Kriterien müssten jedoch bereits zum jetzigen Zeitpunkt in den Grundzügen bekannt sein; zumindest müsste eine Stossrichtung erkenntlich sein. Da dies nicht der Fall ist, muss diese Bestimmung als unbestimmt, schwammig und letztlich rechtsstaatlich bedenklich bezeichnet werden.

Falls vom Bundesrat ähnliche Kriterien wie bei der Planung des stationären Spitalsektors festgelegt werden – diese Kriterien sind sehr allgemein und kaum operabel – muss mit einer Flut von Beschwerdeverfahren gerechnet werden. Die Kriterien müssten daher griffig sein und dürften – um einen einheitlichen Vollzug und Rechtsschutz zu garantieren – nicht je nach Kanton abweichen, zumal das Bundesverwaltungsgericht die Einhaltung kantonaler Kriterien nicht überprüfen beziehungsweise die Einhaltung kantonalen Rechts nicht prüfen darf (Art. 49 eidgenössisches Verwaltungsverfahrensgesetz).

Absatz 2

Gemäss dieser Bestimmung beurteilt der Kanton die Angemessenheit der Versorgung im ambulanten Bereich nach Region, Kategorie von Leistungserbringern und medizinischem Fachgebiet unter Berücksichtigung der spitalambulanten Tätigkeit.

Es existieren keine Anhaltspunkte zur Definition der Regionen, und auch im erläuternden Bericht ist nichts zu diesem Thema ausgeführt. Der praktische Vollzug ist nur schwer vorstellbar.

Absatz 3

Gemäss dieser Bestimmung haben die Kantone die Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung zu koordinieren.

Bezüglich Vollzug durch die Kantone ist diese Bestimmung unklar, und auch im erläuternden Bericht existieren keine Anhaltspunkte.

Absatz 4

Gemäss dieser Bestimmung haben die Kantone, bevor sie Massnahmen bei Unter- oder Überversorgung ergreifen, eine Kommission mit Vertretungen der Versicherten, der Leistungserbringer und der Versicherer zu konsultieren. Falls der Kanton von der Empfehlung der Kommission abweicht, muss er dies begründen.

In Bezug auf den Vollzug ist diese Vorgabe sehr aufwendig, mit Kosten verbunden, und ausserdem führt sie zu einer zeitlichen Verzögerung der Gesuchsbearbeitung. Der Kanton Aargau rechnet bei ca. 150 zu bearbeitenden Gesuchen um Erteilung einer Berufsausübungsbewilligung pro Jahr daher mit erheblichen zusätzlichen Kosten in Form von Sitzungsgeldern und Verwaltungsaufwand. Die Bestimmung ist daher in der vorliegenden Fassung abzulehnen.

Des Weiteren ist die Rechtmässigkeit dieser Bestimmung in Beachtung der verfassungsrechtlich normierten Organisationsautonomie der Kantone (Art. 47 Bundesverfassung) höchst fraglich.

Offen ist die Frage, was geschieht, wenn sich die Kommissionsmitglieder, welche alle sehr unterschiedliche Interessen vertreten, nicht auf eine Empfehlung einigen können.

Absatz 5

Bezüglich des Datenaustauschs sollte der Bund einheitliche und verbindliche Regeln erlassen. Es gibt keinen Grund, weshalb dies durch die Kantone erfolgen soll. Ein Datenaustausch muss für alle möglichst einfach sein. Dies ist nur mit sinnvollen national verbindlichen Vorgaben möglich. Der Bund sollte dazu die betroffenen Parteien miteinbeziehen.

Art. 55 b

Die Gesetzesbestimmung gibt dem Bundesrat die Kompetenz, die Tarife in einem Kanton um maximal 10 % zu senken, falls die durchschnittlichen Kosten je versicherte Person in einem ambulanten Sektor eines Kantons während eines Kalenderjahrs um mehr als 2 Prozentpunkte stärker als die durchschnittlichen gesamtschweizerischen Kosten je versicherte Person in diesem Sektor steigen.

In Art. 46 Abs. 4 KVG ist klar geregelt, für welche Tarife der Bundesrat und für welche die Kantonsregierungen zuständig sind. Es ist nicht nachvollziehbar und basiert auf keiner logischen Grundlage, dass der Bundesrat die Tarife senken kann. Es ist rechtsstaatlich fragwürdig, dass der Bundesrat durch eine Verordnung in die kantonale Tarifhoheit eingreifen kann. Es muss ganz klar in der Kompetenz der Kantonsregierungen bleiben, bei überdurchschnittlichem Kostenwachstum die Tarife zu senken.

In der vorliegenden Vernehmlassungsbotschaft werden den Kantonen viele neue Aufgaben und teilweise auch Kompetenzen übertragen. Indes werden Aufgaben, welche ganz klar ins Hoheitsgebiet der Kantonsregierungen fallen, zum Bundesrat verschoben. Dies ist nicht nachvollziehbar.

Zusammenfassend muss die Vorlage als in sich widersprüchlich, rechtsstaatlich bedenklich, unfair für die Betroffenen, teilweise nicht vollziehbar, mit hohen kantonalen Vollzugskosten verbunden und nicht zielführend bezeichnet werden. Sie ist in ihrer Gesamtheit zur Überarbeitung im erwähnten Sinn zurückzuweisen.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Vernehmlassung.

Freundliche Grüsse

Im Namen des Regierungsrats

Roland Brogli
Landammann

Dr. Peter Grünenfelder
Staatsschreiber

Kopie

- abteilung-leistungen@bag.admin.ch