

Herrn
Bundesrat
Alain Berset
Vorsteher EDI
3003 Bern

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Bern, 20. Oktober 2017

Vernehmlassung zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern)

Stellungnahme der FMH

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Einladung zur Stellungnahme zu oben genannter Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung. Gerne nehmen wir nachfolgend Stellung dazu.

A. Einleitende Bemerkungen

Ärztedichte als Mengen- und Steuerungsinstrument ungeeignet

Die Stossrichtung und die Massnahmen der Gesetzesvorlage tragen aus Sicht der FMH weder zur Kostensteuerung noch zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung bei. Die Ärztedichte ist als Mengen- und Steuerungsinstrument ungeeignet, denn zwischen Ärztedichte und ärztlichen Leistungen am Patienten besteht keine Korrelation.¹

Zudem zeigt ein Vergleich der OECD Länder, dass die Ärztedichte weniger mit den Gesundheitskosten korreliert, als mit der Zahl der Spitalbetten. Warum der Bundesrat trotzdem mittels Senkung der Zahl ambulanter Ärzte und nicht mittels Limitierung von Spitälern oder Spitalbetten die Gesundheitskosten beeinflussen will, ist nicht nachvollziehbar. Die vorgeschlagenen Massnahmen basieren nicht auf einer Wirkungsanalyse, sondern sind willkürlich gewählt.

In der Schweiz ist die hohe Spezialärzte-Dichte der wesentliche Grund dafür, dass es für die Gesamtbevölkerung kaum Wartezeiten auf Facharzttermine und nicht lebensnotwendige Operationen gibt. Die Zahl von zugelassenen ambulanten Spezialärzten hat eine Auswirkung auf das verfügbare Angebot an geplanten nicht lebensnotwendigen Operationen. In der Schweiz werden relativ viele dieser Operationen (für Patienten, die neben der OKP eine Zusatzversicherung haben) von ambulant

¹ Helsana-Report, Ausgabenentwicklungen in der Gesundheitsversorgung, Dezember 2016, S. 22 und 32

berufstätigen Spezialärzten als Belegärzte in Spitälern durchgeführt. Um die Wartezeiten auch künftig zumutbar zu halten, ist eine Mindestschwankungsreserve notwendig. Zudem ist es nachgewiesen, dass nach 3 Wochen Abwesenheit vom Arbeitsplatz Begleiterkrankungen deutlich zunehmen und damit zu einer Verteuerung des Systems führen, ganz abgesehen von den hier nicht berücksichtigten Kosten des Arbeitsaufalls. Die aktuell von den Kantonen forcierte Strategie «ambulant vor stationär» zielt generell darauf, dass nicht lebensnotwendige Operationen zulasten der OKP in Zukunft, prinzipiell ambulant durchgeführt werden. Wir stellen uns daher die Frage, ob bzw. warum der Bundesrat durch die Reduktion von zugelassenen Spezialärzten Wartezeiten auf Facharztleistungen bzw. auf nicht lebensnotwendige Operationen bezweckt bzw. bewusst in Kauf nimmt.

Die Vorlage steht im Widerspruch zur Strategie Gesundheit2020

Anfang 2016 hat die Landesregierung eine Anschubfinanzierung von 100 Millionen Franken über vier Jahre beschlossen, um dem Ärztemangel zu begegnen und die zunehmende Abhängigkeit vom Ausland zu reduzieren. Ziel des Bundesprogrammes ist es, die Anzahl Abschlüsse in Medizin von gegenwärtig 928 auf 1300 pro Jahr anzuheben. Eine zweijährige Wartezeit nach Abschluss der langen Aus- und Weiterbildungszeit steht dazu in völligem Gegensatz. Wir erachten sie als unverständlich und unzumutbar.

Die Zulassungsvoraussetzungen gehören auf Gesetzesstufe geregelt

Nach geltendem Recht sind die Zulassungsvoraussetzungen u.a. für Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen und Ärzte dienen, im Gesetz geregelt. Die Vorlage sieht vor, dass neu der Bundesrat die Kompetenz erhält, auf Verordnungsstufe die Zulassungsvoraussetzungen sämtlicher Leistungserbringer im ambulanten Bereich festzulegen. Bewilligungsvoraussetzungen sind aus Gründen der Rechtssicherheit auf Gesetzesstufe zu regeln, so wie es das geltende KVG u.a. für Ärztinnen und Ärzte sowie für Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, vorsieht.

Die Vorlage ist nicht praxistauglich und verstärkt den Interessenskonflikt bzw. die Mehrfachrolle der Kantone

Auch wenn die FMH die Absicht, die Ungleichbehandlung von angestellten und freipraktizierenden Ärzten zu beseitigen, begrüsst, hält sie die in der Vorlage vorgesehenen Massnahmen für unwirksam. Die meisten in den Spitalambulatorien tätigen Ärztinnen und Ärzte sind nicht vom Spitalambulatorium sondern vom Spital angestellt und damit ausserhalb allfälliger Höchstzahlen tätig. Zudem würde eine Bewilligungspflicht ambulanter Pensen dem Alltag im Spital(ambulatorium) nicht gerecht, der wegen der wechselnden Einsatzgebiete der Spitalärzte durch eine hohe Fluktuation gekennzeichnet ist.

Selbst wenn man diesen Herausforderungen durch einen aufwendigen Kontrollapparat entspräche, würde durch die vorgesehene Regelung ein neuer Interessenskonflikt der Kantone begründet. Dies läuft den aktuellen Bestrebungen, die Mehrfachrolle der Kantone zu entflechten (z.B. Postulat Cassis 15.3464, welches vom Nationalrat angenommen worden ist) diametral entgegen. Die Ämterkumulation der Kantone als Spitalbetreiber, als Aufsichtsbehörde, Zulassungsstelle in Bezug auf Spitalisten und Zahlmeister im stationären – aber nicht ambulanten - Bereich sowie die einhergehenden Interessenskonflikte werden so weiter verstärkt, noch bevor die Mehrfachrolle der Kantone im stationären Bereich zumindest ansatzweise entflochten ist. Aus diesem Grund ist eine solche Kompetenz den Kantonen nur dann zu gewähren, wenn gleichzeitig flankierende Massnahmen den Missbrauch zum eigenen Vorteil verhindern. Die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen würde nach Ansicht der FMH den Prämienanstieg dämpfen.

Die Vorlage enthält keine Massnahmen bei Unterversorgung

Unverständlich ist zudem, dass gegenüber dem Gesetzesentwurf von 2014 (KVG-Revision „Steuerung des ambulanten Bereichs“) die Möglichkeit der Kantone, Leistungserbringer im Falle einer Unterversorgung durch geeignete Massnahmen zu unterstützen, nicht mehr festgehalten wird. Eine sinnvolle Steuerung der Zulassung von Leistungserbringern im ambulanten Bereich muss sowohl die Über- als auch die Unterversorgung mit geeigneten Massnahmen umfassen.

Die Vorlage verwirft die heute geltende, wirksame 3-Jahres Regelung

Im erläuternden Bericht (S. 16) wird ohne Darlegung eines Beweises behauptet:

„Die vom Parlament eingeführte Bestimmung, wonach Ärztinnen und Ärzte, die mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben, keinen Bedürfnisnachweis zu erbringen haben, (...), hat jedoch die Wirksamkeit der Zulassungsbeschränkung beeinträchtigt.“

Unsere Zahlen zeigen die Wirksamkeit der geltenden 3-Jahres Regelung. Seit deren Einführung im Jahr 2013 bis 2016 sind die Praxiseröffnungen um 33 % gesunken (von 893 auf 598 Praxiseröffnungen).

Jahr	Erteilte ZSR	Praxiseröffnungen (Anzahl Ärzte; Einzel- und Gruppenpraxen)
2010	748	629
2011	896	664
2012	2049	909
2013	2740	893
2014	1031	550
2015	1087	573
2016	1252	598

Quelle: SASIS und FMH-Ärztestatistik

Die Vorlage reduziert heutige gültige Qualitätsanforderungen

Die aktuell für eine Zulassung ohne Bedürfnisnachweis zu belegende dreijährige Tätigkeit an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte stellt sicher, dass neue freipraktizierende Ärztinnen und Ärzte aufgrund ihrer praktischen Berufsausübung gut mit dem schweizerischen Gesundheitssystem vertraut sind. Die in der Vorlage vorgesehene Möglichkeit Kenntnisse des Gesundheitssystems zukünftig auch ausschliesslich durch eine Prüfung nachzuweisen, ist nicht nur administrativ aufwendig sondern auch wenig aussagekräftig. Eine Prüfung kann jahrelange praktische Erfahrungen im Gesundheitswesen nicht ersetzen.

Wenn steuern, dann über bewährte Qualitätskriterien

Eine Zulassungssteuerung muss der Tatsache Rechnung tragen, dass die Schweiz auf ausländische Ärztinnen und Ärzte angewiesen ist. Sie muss die Qualität der medizinischen Versorgung ohne zusätzliche Bürokratie gewährleisten. Die FMH fordert daher für die Zulassung von Ärztinnen und Ärzten in eigenverantwortlicher Tätigkeit (selbständig wie angestellt) drei wirksame, kumulativ zu erfüllende Qualitätskriterien, welche einfach anwendbar und nachzuweisen sind.

1. **Ärztliche Tätigkeit in der für die Zulassung beantragten Fachdisziplin:** Ärzte sind mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte in der für die Zulassung beantragten Fachdisziplin ärztlich tätig – gemäss den Weiterbildungsprogrammen des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF).
2. **Nachweis der Fortbildung:** Nach Erwerb des Weiterbildungstitels (Facharzt) müssen sich Ärzte während ihres ganzen Berufslebens fortbilden. Der Fortbildungsnachweis muss in allen 46 Fachgebieten regelmässig periodisch eingefordert werden. Die ist ein klar belegbares und einfach überprüfbares Qualitätskriterium.
3. **Prüfung der Sprachkompetenz:** Ärzte müssen die in ihrer Tätigkeitsregion erforderliche Sprachkompetenz in einer in der Schweiz abgelegten Sprachprüfung nachweisen. Dieser Nachweis kann auch über eine Maturität oder das Studium in der Amtssprache der Tätigkeitsregion oder über eine Schweizer Maturität erbracht werden.

Weitergehende qualitätsfördernde Massnahmen wie Qualitätszirkel, Qualitätsmodelle für Praxen etc. sollen von den Ärzten wie bis anhin freiwillig und eigenverantwortlich umgesetzt werden können.

B. Bemerkungen zu den einzelnen Artikeln

Zu Art. 36 Abs. 1 KVG

Vorschlag einer Neuformulierung: "..., wenn sie über eine entsprechende Zulassung des Kantons verfügen."

Begründung: Die Kantone sind für die Zulassungssteuerung zuständig. Damit ist es nichts als konsequent, wenn sie über die Zulassung entscheiden und nicht die Versicherer oder eine von den Versicherer getragene Organisation. Wie bereits erwähnt, müssten die Zulassungskriterien im Krankenversicherungsgesetz verankert werden, nicht jedoch auf Verordnungsstufe.

Art. 36 Abs. 2 KVG

Dieser Absatz ist zu streichen.

Nach geltendem Recht sind die Zulassungsvoraussetzungen u.a. für Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen und Ärzte dienen, im Gesetz geregelt. Neu ist vorgesehen, dass der Bundesrat die Kompetenz erhält, auf Verordnungsstufe die Zulassungsvoraussetzungen sämtlicher Leistungserbringer im ambulanten Bereich festzulegen. Als Grund dafür wird im erläuternden Bericht die Gewährleistung einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen Leistungserbringung genannt. Diese Begründung ist für uns nicht nachvollziehbar. Bewilligungsvoraussetzungen sind aus Gründen der Rechtssicherheit auf Gesetzesstufe zu regeln, so wie es das geltende KVG u.a. für Ärztinnen und Ärzte sowie für Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, vorsieht. In Verordnungen können die Gesetzesvorschriften konkretisiert werden. Wir lehnen es daher ab, dass der Bundesrat neu die Zulassungsvoraussetzungen für alle Leistungserbringer auf Verordnungsstufe festlegen soll.

Art. 36 Abs. 3 KVG

Dieser Absatz ist zu streichen.

Gemäss Absatz 3 kann der Bundesrat für die Leistungserbringer nach Absatz 1 vor der Zulassung eine Wartefrist von zwei Jahren nach Beendigung der Aus- und Weiterbildung vorsehen. Gemäss den Erläuterungen (S. 25) kann sich diese Wartefrist auf einzelne oder sämtliche Leistungserbringerkategorien beziehen. Gemäss bundesrätlichem Bericht könne mit der Wartefrist der „Zustrom von Leistungserbringern“ auf den Krankenversicherungsmarkt reguliert und die Qualifikation und Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems derjenigen Leistungserbringer, die zu Lasten der OKP tätig sein wollen, verbessert werden. Mit der Wartefrist soll gemäss erläuterndem Bericht „ein grosser Anreiz“ bestehen, während dieser Frist im beantragten Tätigkeitsbereich zu arbeiten, um sich von der Prüfungspflicht in Bezug auf die notwendigen Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems befreien zu können. Wenn eine zweijährige praktische Tätigkeit im beantragten Tätigkeitsbereich in der Schweiz **nach** Beendigung der Aus- und Weiterbildung nachgewiesen werden muss, so führt dies zu einer Inländerdiskriminierung und zu einer Einschränkung des Marktzuganges für junge Ärztinnen und Ärzten, obwohl diese schon länger in der Schweiz tätig sind und meistens auch ganz oder teilweise hier aus- und weitergebildet wurden. Zudem fördert man mit dieser Regelung einseitig die spezialärztliche Weiterbildung, weil die Wartefrist von 2 Jahren nach Abschluss der Aus- und Weiterbildung eine weitergehende Spezialisierung provoziert.

Durch warten wird man nicht besser. Es ist nicht nachvollziehbar, wieso das Fehlen einer zweijährigen praktischen Tätigkeit mit einer theoretischen Prüfung wettgemacht werden können sollte. Wir bezweifeln, dass vor allem ausländische Ärztinnen und Ärzte, die ihre Weiterbildung nicht in der Schweiz absolviert haben, sich mit dem Ablegen einer rein theoretischen Prüfung mit dem komplexen Gesundheitssystem der Schweiz vertraut machen können. Dafür braucht es eine praktische Tätigkeit.

Von daher erachten wir weiterhin **den Nachweis einer dreijährigen praktischen Tätigkeit im beantragten Tätigkeitsgebiet** unter Verzicht auf die Einführung eines Prüfverfahrens, welches nur einen hohen administrativen Aufwand und hohe Kosten verursachen würde, als die richtige Lösung, um mit dem schweizerischen Gesundheitssystem vertraut zu werden und so die Qualität der Leistungserbringung zu sichern.

Art. 36 Abs. 3bis KVG

Dieser Absatz ist zu streichen.

Nach Art. 36 Abs. 3 der Gesetzesvorlage kann der Bundesrat für die Leistungserbringer vor der Zulassung eine Wartefrist von zwei Jahren **nach** Beendigung der Aus- und Weiterbildung vorsehen. Gemäss dem erläuternden Bericht (S. 25) könne mit dieser Wartefrist der „Zustrom von Leistungserbringern“ auf den Krankenversicherungsmarkt reguliert und die Qualifikation und Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystem derjenigen Leistungserbringer, die zu Lasten der OKP tätig sein wollen, verbessert werden. Gemäss Abs. 3bis von Art. 36 KVG kann der Bundesrat zudem den Nachweis der für die Qualität der Leistungserbringung notwendigen Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystem verlangen und dafür eine Prüfung vorsehen. Leistungserbringer, die eine zweijährige praktische Tätigkeit im beantragten Tätigkeitsbereich in der Schweiz **nach** Beendigung der Aus- und Weiterbildung nachweisen, sind von der Prüfung dispensiert.

Der erläuternde Bericht behandelt das Problem nicht, dass eine Wartefrist für neu praktizierende Ärztinnen und Ärzte zu massiven, verfassungsrechtlich problematischen Wettbewerbsverzerrungen zwischen bereits bestehenden zugelassenen Praxen und neuen Praxen führen wird. Der Grundsatz der Gleichbehandlung der Gewerbetreibenden wird hier praktisch mit einem Berufsverbot für Ärztinnen und Ärzte missachtet. Denn angesichts der obligatorischen Krankenversicherung ist es praktisch unmöglich, von wenigen Ausnahmen (z.B. Schönheitschirurgie) abgesehen, die ärztliche Tätigkeit ohne Zulassung zur OKP erfolgreich aufzubauen.

Die Idee einer mehrjährigen praktischen Tätigkeit im beantragten Tätigkeitsbereich in der Schweiz erachten wir als sinnvoll. Es macht aber keinen Sinn, dass Ärztinnen und Ärzte, die in der Schweiz ihre Weiterbildung absolviert haben und somit mit dem schweizerischen Gesundheitssystem vertraut sind, nach Beendigung ihrer Aus- und Weiterbildung entweder nochmals zwei Jahre praktische Tätig-

keit nachweisen müssen oder eine Prüfung über das schweizerische Gesundheitssystem, das ihnen aufgrund ihrer Aus- und Weiterbildung in der Schweiz wohl bekannt ist, ablegen müssen. Zudem ist auch höchst fraglich, ob ausländische Ärztinnen und Ärzte, die ihre Aus- und Weiterbildung im Ausland absolviert haben und danach nicht zwei Jahre in der Schweiz praktisch tätig sind, sich mit einer theoretischen Prüfung mit dem schweizerischen Gesundheitssystem wirklich vertraut machen können. Dafür braucht es unseres Erachtens eine praktische Tätigkeit. Von daher erachten wir nach wie vor den **Nachweis einer in der Schweiz absolvierten dreijährigen praktischen Tätigkeit im beantragten Tätigkeitsgebiet** als den richtigen Weg, denn diese Regelung ist mit dem Freizügigkeitsabkommen Schweiz-EU und der EFTA Konvention vereinbar und bietet Gewähr dafür, Ärztinnen und Ärzte mit dem schweizerischen Gesundheitssystem vertraut zu machen und so die Qualität der Leistungserbringung zu sichern. Von der Einführung eines Prüfverfahrens, welches im Ergebnis nicht den erwünschten Effekt zeigt, nur einen hohen administrativen Aufwand und hohe Kosten verursachen würde, ist abzusehen.

Art. 36 Abs. 4 KVG

Dass die Qualität überprüft werden soll, ist grundsätzlich nicht zu beanstanden. Es darf allerdings nicht sein, dass die Kerntätigkeit darunter leidet, weil sich der Arzt mit administrativen Formalitäten aller Art herumschlagen muss². Sollte eine Pflicht statuiert werden, so ist sie als Tätigkeit im öffentlichen Interesse und damit durch den Staat zu entschädigen.

Gemäss Absatz 4 wird die Tätigkeit der Leistungserbringer nach Absatz 1 mit Auflagen in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen verbunden, **namentlich Massnahmen zur Qualitätsentwicklung und zur Lieferung der dazu notwendigen Daten**. Mit dieser offenen Formulierung ist für den Adressaten nicht klar, welche Daten nun genau geliefert werden müssen, an wen die Daten geliefert werden müssen, in welcher Form die Daten geliefert werden müssen und wie sich diese Datenlieferung zu den Datenlieferungen aufgrund von Art. 23 KVG, Art. 59a KVG (MARS) und mit der aktuell im Parlament diskutierten KVG-Revision zur Wirtschaftlichkeit und Qualität (Geschäft 15.083) verhält. Aus Gründen der Rechtssicherheit, des Datenschutzes und um Doppelerhebungen zu vermeiden muss im Gesetz klar genannt werden, welche Daten in welcher Form geliefert werden müssen und an wen die Daten geliefert werden müssen. Dies umso mehr, als gemäss Art. 59 Abs. 3 lit. g des Gesetzesentwurfes in Verbindung mit dem geltenden Art. 59 Abs. 1 lit. d KVG die Nichtlieferung der Daten mit einem vorübergehenden oder definitiven Ausschluss von der Tätigkeit zulasten der OKP sanktioniert werden kann. Dies erachten wir als unverhältnismässige Sanktion.

Dem erläuternden Bericht (S. 3) ist zu entnehmen, dass die Auflagen von allen Leistungserbringern, auch von denjenigen, die bereits vor dem Inkrafttreten der neuen Bestimmungen zu Lasten der OKP tätig waren, berücksichtigt werden müssen. Wenn eine neue Regelung auf bereits zugelassene Leistungserbringer Anwendung finden soll, muss dafür eine angemessene Übergangsfrist vorgesehen werden, umso mehr, als gemäss Art. 59 Abs. 1 des Gesetzesentwurfes die gänzliche oder teilweise Nichteinhaltung der Auflagen nach Artikel 36 Absatz 4 sanktioniert wird. Eine Übergangsfrist ist im vorliegenden Gesetzesentwurf in Bezug auf die Auflagen nicht enthalten.

Art. 36 Abs. 5 KVG

Dieser Absatz ist zu streichen.

Gemäss Absatz 5 sollen die Versicherer eine Organisation bezeichnen, die über die Zulassung von Leistungserbringern entscheidet. Das KVG verlangt eine klare Trennung zwischen Krankenkassen und Leistungserbringer. So verlangen die Art. 43 ff., dass zwischen diesen beiden Partnern Zusammenarbeits- und Tarifverträge abgeschlossen werden, die von der zuständigen Regierung zu geneh-

² vgl. Schlussbericht Studie gfs.bern, der Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Tätigkeit, 31. Mai 2016; Schlussbericht Begleitstudie gfs.bern anlässlich der Einführung von SwissDRG sowie der geplanten stationären Tarife in der Rehabilitation und Psychiatrie im Auftrag der FMH, 5. Befragung 2015

migen sind; Art. 56 beauftragt die Kassen, die Leistungen der Leistungserbringer zu prüfen; Art. 89 regelt die Zuständigkeit des Schiedsgerichts für Streitigkeiten, etc.

Um Interessenkollisionen zu vermeiden, ist es angezeigt, diese Gewaltentrennung zwischen Versicherer und Leistungserbringern konsequent im Gesetz zu verankern. Deshalb dürfen die Krankenversicherer bzw. eine von ihnen eingesetzte Organisation nicht über die Zulassung der Leistungserbringer zur Tätigkeit zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung entscheiden.

Art. 36 Abs. 6 KVG

Gemäss Absatz 6 kann der Bundesrat die Durchführung des Prüfverfahrens, sollte er eines vorsehen, einer Organisation übertragen. Gemäss dem erläuternden Bericht (S. 26) konsultiert der Bundesrat auf jeden Fall die jeweiligen Akteure des ambulanten Bereichs. Sollte der Bundesrat tatsächlich ein Prüfverfahren vorsehen - was wir aufgrund unserer Ausführungen zu Abs. 1 und Abs. 3bis als überflüssig erachten und ablehnen - und dieses einer Organisation übertragen, so ist diese Organisation paritätisch mit Vertretern der Versicherungen und Vertretern der Ärzteschaft zusammen zu setzen. Die paritätische Zusammensetzung der Organisation ist im Gesetz zu verankern.

Art. 36a KVG

Diese Bestimmung ist nicht aufzuheben.

Unbegründet ist die Aufhebung von Art. 36a KVG. Diese Bestimmung hat in der jüngsten Vergangenheit an erheblicher Tragweite und Relevanz gewonnen, zumal auch der Bundesrat in seiner Verordnung zum Tarifeingriff auf diesen Artikel referenziert. Nach geltendem Recht sind die Zulassungsvoraussetzungen für Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Spitäler, Pflegeheime, Heilbäder und der Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen und Ärzte dienen, im Gesetz geregelt. Neu ist vorgesehen, dass der Bundesrat die Kompetenz erhält, auf Verordnungsstufe die Zulassungsvoraussetzungen sämtlicher Leistungserbringer im ambulanten Bereich festzulegen. Als Grund dafür wird im erläuternden Bericht die Gewährleistung einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen Leistungserbringung genannt. Diese Begründung ist für uns nicht nachvollziehbar. Bewilligungsvoraussetzungen sind aus Gründen der Rechtssicherheit auf Gesetzesstufe zu regeln, so wie es das geltende KVG u.a. für Ärztinnen und Ärzte vorsieht. In Verordnungen können die Gesetzesvorschriften konkretisiert werden. Wir lehnen es daher ab, dass der Bundesrat neu die Zulassungsvoraussetzungen für alle Leistungserbringer auf Verordnungsstufe festlegen soll.

Art. 55a Abs. 1 KVG

Die FMH will die aktuell für Ärztinnen und Ärzte geltende Regelung weiterhin pflegen und noch verschärfen. Die FMH fordert, dass von einer Zulassungsbeschränkung Ärztinnen und Ärzte ausgenommen sind, welche mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte in der für die Zulassung beantragten Fachdisziplin gearbeitet haben.

Art. 55a Abs. 1 lit. b KVG

Die vom Kanton festgelegten Höchstzahlen sind gemäss Vorlage neu auch für angestellte Ärztinnen und Ärzten gültig, die im ambulanten Bereich von Spitälern tätig sind. Gemäss dem erläuternden Bericht (S. 13) werde damit eine Marktverzerrung beseitigt, da künftig alle Leistungserbringer des ambulanten Bereichs gleich behandelt werden.

Die Absicht, die Ungleichbehandlung von angestellten Ärzten und freipraktizierenden zu beseitigen, ist zu begrüßen. Unüberbrückbare Interessenskonflikte der Kantone als Besitzer der Spitalambulatorien werden dies aber verhindern.

Der Kanton müsste jeweils kontrollieren, ob der angestellte Arzt auch wirklich nur in dem Umfang tätig ist und nur im zugelassenen Umfang abrechnet. Dies führt zu einem staatlichen Kontrollapparats, Kostenerhöhungen ohne Wertschöpfung.

Des Weiteren sind die meisten in den Spitalambulatorien tätigen Ärztinnen und Ärzte nicht vom Spitalambulatorium sondern vom Spital angestellt und werden damit nicht unter die Höchstzahlen fallen.

Art. 55a Abs. 2 KVG

Gemäss Absatz 2 trägt der Kanton bei der Bestimmung der Höchstzahlen den Beschäftigungsgraden der Ärztinnen und Ärzten Rechnung. Hier fragen wir uns, erstens wie wird ein Beschäftigungsgrad von 100 % definiert? Zweitens kann dieser auch überschritten werden bzw. was passiert, wenn dieser überschritten wird?

Die Regelung mit den Beschäftigungsgraden ist **in der Praxis nicht umsetzbar**, denn sie würde einen administrativen Bewilligungsapparat erfordern und den Praxisbetrieb behindern.

Dazu zwei Beispiele:

- Eine zu einem Pensum von 60 % zugelassene Ärztin macht 6 Monate Mutterschaftspause. Was geschieht während dieser Zeit mit ihrem zugelassenen Beschäftigungspensum? Kann dieses von einer Praxiskollegin übernommen werden? Braucht diese dazu eine erweiterte Zulassung?
- Frau Dr. A. muss schwangerschaftsbedingt ihr 100% Pensum auf 70% reduzieren. Ihre sonst nur 60% arbeitende Praxispartnerin Frau Dr. B. stockt darum kurzfristig auf 90% auf. Während der 6-monatigen Mutterschaftspause von Frau Dr. A. macht der kürzlich pensionierte Kollege Herr Dr. C. die Vertretung mit einem 60%-Pensum. Die Praxispartnerin arbeitet 80%. Aufgrund des dennoch reduzierten Zeitangebots werden einige Patienten von dem freipraktizierendem Kollegen Dr. D. sowie von zwei Ärztinnen (Dr. E. und Dr. F.) einer nah gelegenen Gruppenpraxis übernommen, die ihre Pensen um jeweils 5 bis 10% erhöhen müssen. Als Frau Dr. A. nach der Mutterschaftspause wieder mit 40% einsteigt, reduziert der Vertretungsarzt Dr. C. ebenfalls auf 40% und scheidet aus, als Frau Dr. A. nach einem Jahr wieder auf 60% und ihre Praxispartnerin auf 100% aufstockt. Als Ihre Praxispartnerin ein Jahr später wegen eines Unfalls länger ausfällt, arbeitet Fr. Dr. A. kurzfristig (eher mehr als) 100% und ist darauf angewiesen, dass Ärzte der Umgebung kurzfristig Patienten übernehmen – bis sie mit Frau Dr. G. eine neue Vertretungsärztin findet.

Ein solcher bislang weitgehend selbständig organisierter Vertretungsvorgang würde die Verwaltung der zugelassenen Beschäftigungspensen an ihre Grenzen bringen.

Eine Prozentangabe der ärztlichen Beschäftigung allein erlaubt keine zuverlässige Aussage über die Produktivität. Diese wäre nur über die gleichzeitige Berücksichtigung von Severity Scores sowie Fallzahlen zuverlässig beschrieben.

Das zugelassene ambulante Beschäftigungspensum belastet Arbeits- und Belegarztverträgen. Gerade wenn nicht immer von vornherein klar ist, ob ein Eingriff ambulant oder stationär vorzunehmen ist, kann es sein, dass z.B. ab November ein Arzt nur noch stationär operieren kann, weil er sein zugelassenes Pensum im ambulanten Bereich ausgeschöpft hat.

Die Mehrheit der Ärzteschaft unter 40 Jahren ist weiblich. Die vorgeschlagene Zulassungssteuerung provoziert eine Abwanderung in andere, nicht kurative Berufsfelder. Darum sind flexible Teilzeitpensen für den Verbleib im Ärzteberuf entscheidend. Die vorgeschlagene rigide Zulassungssteuerung von ambulanten Beschäftigungsgraden dürfte den Berufsausstieg fördern.

Schliesslich ist die völlig pauschale Delegation in Absatz 2 von Art. 55a KVG von Zuständigkeiten an den Bundesrat bezüglich der Kriterien und methodischen Grundsätzen bei der Bestimmung der

Höchstzahl abzulehnen. Derartige Kriterien stellen mit Blick auf den Zweck, nämlich die Begrenzung der Anzahl Leistungserbringer, einen starken Eingriff in die Rechte von Ärztinnen und Ärzte dar. Damit sind die Grundsätze der Kriterien im Gesetz zu verankern, dass sie zumindest demokratisch legitimiert sind.

Art. 55a Abs. 3 KVG

Die steigende Mobilität der Versicherten führt dazu, dass die Kantonsgrenzen an Wichtigkeit verlieren. Deshalb muss – will man eine Zulassungssteuerung einführen – die Zulassung in überkantonalen Versorgungsregionen vergeben werden. Dies gilt vor allem für Spezialarztdisziplinen. Dies ist im vorliegenden Gesetzesentwurf nicht so präzisiert.

Gemäss Absatz 3 hört der Kanton vor der Bestimmung der Höchstzahlen die Verbände der Leistungserbringer, der Versicherer und der Patientinnen und Patienten an. In der Vorlage 2014 war noch eine beratende Kommission vorgesehen, welche jetzt ohne Begründung gestrichen wurde. Ein schlichtes Anhörungsverfahren reicht als Grundlage für eine derart komplexe Regulierung unseres Erachtens nicht aus, sollte ein Kanton von der Möglichkeit der Begrenzung auf Höchstzahlen Gebrauch machen.

Absatz 3 ist wie folgt zu ergänzen:

3 Vor der Bestimmung der Höchstzahlen hört der Kanton die Verbände der Leistungserbringer, der Versicherer und der Patientinnen und Patienten an. *Er setzt dafür eine ständige beratende Kommission ein, in welche Vertreter der erwähnten Verbände Einsitz nehmen.* Er koordiniert sich bei der Bestimmung der Höchstzahlen mit den anderen Kantonen.

Art. 55a Abs. 4 KVG

Gemäss Absatz 4 sollen unter anderem die Leistungserbringer und deren Verbände den zuständigen kantonalen Behörden auf Anfrage kostenlos diejenigen Daten bekannt geben, die zur Bestimmung der Höchstzahlen erforderlich sind. Gerade die Kantone, die hoheitliche Aufgaben wahrnehmen, wie die Erteilung von Berufsausübungsbewilligungen an Ärztinnen und Ärzte, die Prüfung der Zulassung der Leistungserbringer, die Spitalplanung und die Spitalbesitzer und Spitalbetreiber sind, verfügen über diese Daten. Wir fragen uns daher, über welche zusätzlichen Daten die Leistungserbringer für die Festlegung der Höchstzahlen verfügen sollen, über welche die Kantone nicht bereits selbst verfügen.

Für die Berechnung der Höchstzahlen reichen unseres Erachtens die statistischen Daten, welche das BFS gemäss Art. 23 KVG erhebt bzw. die administrativen Daten nach Art. 59a KVG aus. Die jüngste Erhebung MARS bzw. MAS des BFS hat gezeigt, dass die Datenrückläufe umfassend waren. Darauf ist aufzubauen.

Aus den genannten Gründen ist Absatz 4 zu streichen bzw. mit Verweis auf die bestehende Datenerhebungsgrundlage anzupassen.

Art. 55a Abs. 6 KVG

Die in Absatz 6 vorgesehene Regelung erachten wir als Massnahme der Zulassungssteuerung als untauglich und ist zu streichen. Es besteht die grosse Wahrscheinlichkeit, dass sie bei der Umsetzung für die Leistungserbringer zu ungerechtfertigten Ergebnissen führen wird. Wir nennen zwei Beispiele:

- Die Kosten der Kinderärzte können z.B. bei einer Masernepidemie unverschuldeterweise steigen. Es wäre daher nicht gerechtfertigt, die Zulassung von Kinderärzten sofort zu stoppen.

- Bei einer Verlagerung der Behandlungen von stationär zu ambulant aufgrund der kantonal festgelegten Operationslisten (kantonale Operationslisten): Eine Meniskus- oder Varizenoperation darf nur noch ambulant statt stationär erbracht werden. Dies führt dazu, dass die Kosten in diesen Fachgebieten steigen, da das Gesetz für den ambulanten Bereich keine duale Finanzierung wie im stationären Bereich kennt. Auch hier wäre es nicht gerechtfertigt, die Zulassung von Orthopäden oder Chirurgen sofort zu stoppen.

Die vorgesehene Regelung ist viel zu eng definiert. Sie berücksichtigt weder die Demografie noch überkantonale Versorgungsregionen. Dies führt zwangsläufig zu falschen Schlussfolgerungen. Gerade Hausärzte, orthopädische Chirurgen, Kardiologen, Onkologen behandeln ältere Patienten, so dass die jährlichen Kosten je versicherte Person in diesen Fachgebieten höher steigen können, als bei anderen Fachgebieten. Die Berücksichtigung von Versorgungsregionen ist relevant, weil die jährlichen Kosten pro Versicherten in einem Kanton auch steigen können, obwohl sie in einem anderen Kanton anfallen. Dies wäre z.B. der Fall, wenn Patienten eines kleinen bzw. ländlichen Kantons das Spezialistenangebot eines nahen städtischen Kantons nutzen. Zudem könnten neue Behandlungsmethoden, die sich auf die Kosten im Vergleich zu anderen Fachgebieten auswirken, zu Unrecht indirekt abgestraft werden.

Art. 59 KVG

Die Nichtlieferung von Daten, die im vorliegenden Gesetzesentwurf nicht einmal näher bezeichnet werden, könnte mit einem vorübergehenden oder definitiven Ausschluss von der Tätigkeit zulasten der OKP sanktioniert werden. Diese Sanktionen sind unverhältnismässig. Der Artikel ist deswegen ersatzlos zu streichen.

Übergangsbestimmungen

Gemäss den Erläuterungen zu Art. 36 Abs. 4 KVG müssen die Auflagen von allen Leistungserbringern, auch von denjenigen, die bereits vor dem Inkrafttreten der neuen Bestimmungen zu Lasten der OKP tätig waren, berücksichtigt werden. Wenn eine neue Regelung auf bereits zugelassene Leistungserbringer Anwendung finden soll, muss dafür eine angemessene Übergangsfrist vorgesehen werden, umso mehr, als gemäss Art. 59 Abs. 1 des Gesetzesentwurfes die gänzliche oder teilweise Nichteinhaltung der Auflagen nach Artikel 36 Absatz 4 sanktioniert wird.

Wir bitten Sie im Namen des Zentralvorstandes der FMH, unsere Argumentationen in Ihre weiteren Überlegungen miteinzubeziehen und danken Ihnen dafür.

Freundliche Grüsse



Dr. med. Jürg Schlup
Präsident



Anne-Geneviève Bütikofer
Generalsekretärin