

Untervernehmlassung «zur Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Zulassung von Leistungserbringern: Änderung der Krankenversicherungsverordnung (KVV) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV); Verordnung über das Register der Leistungserbringer im ambulanten Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung; Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich»

1

Mario Evangelista, Geschäftsführer SVGR, 16.12.2020

Geschätzter Vitus

Herzlichen Dank für die Einladung zu dieser Untervernehmlassung. Gerne haben wir uns immer mit Blick auf die Betroffenheit unserer Mitglieder damit auseinandergesetzt. Per Zirkularbeschluss hat der Vorstand gestern 15.12.2020 die nachfolgenden Überlegungen und Beiträge verabschiedet, die ich hiermit gerne als unseren Beitrag zur kantonalen Vernehmlassung gegenüber dem EDI namens des SVGR einreiche.

a) Änderungen bezüglich Zulassung von Leistungserbringern zu Lasten des KVG tätig zu sein (KVV- / KLV-Anpassungen)

Mit den vorgesehenen Anpassungen werden die Voraussetzungen für Ärzte erweitert (neu werden vorausgesetzte Sprachkenntnisse definiert). Weiter werden Überschneidungen von diesbezüglichen Bestimmungen im KVG (namentlich in den Art. 36, 36a und 37 KVG) für Ärzte und Apotheker mit entsprechenden Bestimmungen zur Ausbildung im MedBG (Medizinal-Berufe-Gesetz) aufgelöst, indem überflüssige Bestimmungen im KVG gestrichen werden, zu Gunsten eines Verweises auf das MedBG.

Weiter ist vorgesehen, dass in Art. 38 KVV bei den Zulassungsvoraussetzungen für Ärzte neu auch die allfälligen Höchstzahlen pro Kanton zu berücksichtigen sind. Damit ist die Basis für die diesbezüglich vorgesehene neue Verordnung zur Regelung, wie diese Höchstzahlen ermittelt werden sollen und wie die Kantone diese ansetzen können/sollen. Die Basis dazu findet sich in dem neu ausformulierten Art. 55a KVG, wonach die Kantone die Möglichkeit erhalten, innerhalb einer definierten Region (Kantonsteil,

Kanton, kantonsübergreifend, mehrere Kantone) und Fachgebiet die Anzahl zugelassener Ärzte zu limitieren. Die Eckwerte dazu werden in einer neuen Verordnung definiert (separates Kapitel nachfolgend).

Für die anderen Leistungserbringer des ambulanten Bereichs werden grundsätzlich die Zulassungskriterien in die bestehenden Bestimmungen der KVV übernommen und wo nötig angepasst (neu sind auch Organisationen der Neuropsychologie resp. der Chiropraktik analog den bestehenden Organisationen der Physiotherapie, Logopädie usw. vorgesehen).

Für alle zugelassenen Leistungserbringer werden die Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung neu festgelegt (Art. 58g KVV):

Art. 58g

Die Leistungserbringer müssen die folgenden Qualitätsanforderungen erfüllen:

- a. Sie verfügen über das erforderliche qualifizierte Personal.
- b. Sie verfügen über ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem.
- c. Sie haben eine Sicherheitskultur entwickelt und insbesondere ein angemessenes internes Berichts- und Lernsystem eingerichtet sowie sich einem gesamtschweizerisch einheitlichen Netzwerk zur Meldung von unerwünschten Ereignissen, Fehlern und Risiken angeschlossen.
- d. Sie verfügen über die Ausstattung, um an nationalen Qualitätsmessungen teilzunehmen.

Die wichtigere Änderung wurde hierzu bereits im KVG vorgesehen, nämlich die Einführung einer nationalen Qualitätskommission, die pro Leistungserbringer die Eckwerte bestimmen sollen, nach denen in nationalen Qualitätssicherungsverträgen die Kriterien definiert werden müssen, um auch Art. 58 g KVV in der jeweiligen Spezifität pro Leistungserbringer gerecht zu werden.

FAZIT aus Sicht der Spitexorganisationen:

Für die Spitexorganisationen ändert sich faktisch nichts. Die neu einzurichtende Qualitätssicherungskommission ist bereits andernorts vorgesehen. Der Nachvollzug in Art. 58 g KVV ist nur konsequent und inhaltlich nicht weiter einschränkend. Dementsprechend komme ich zum Schluss, dass diesem Versuch mehr Ordnung in die Zulassungsbestimmungen zu bringen aus unserer Sicht zuzustimmen ist. Ob hingegen die Einführung von permanenten Bestimmungen zur Festlegung von Höchstzahlen für Ärzte in unserem Kanton, wo wir in den Regionen verschiedentlich zumindest in naher Zukunft zu wenig Ärzte haben dürften, wenn nichts dagegen unternommen wird, müssen die Ärzte-Vertretungen diskutieren resp. der Kanton im Rahmen seiner Verpflichtung die Versorgung sicherzustellen abschätzen.

b) Einführung eines Leistungserbringerregisters (neue Verordnung)

3

Beim vorgesehenen Leistungserbringerregister handelt es sich um ein personenbasiertes Register, welches sowohl Daten zu natürlichen als auch zu juristischen Personen (wie Spitex) beinhaltet. Nach dem Gesetzgeber soll damit mehr Transparenz über die ambulant tätigen Leistungserbringer, die zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassen sind, geschaffen werden. Dabei ist das Leistungserbringerregister ein neuer, in sich geschlossener Gegenstand, trotz aller Anlehnungen an bestehende andere Register: Med-Reg (Medizinalberuferegister), GesReg (Gesundheitsberuferegister), PsyReg (Psychologieberuferegister, NAREG (nationales Register der Gesundheitsberufe) und das auf vertraglicher Basis bestehende ZSR (Zahlstellenregister).

Für das Betreiben dieses Leistungserbringerregisters über die nach Art. 36 KVG zugelassenen Leistungserbringer soll nach Variante 1 ein Dritter mittels öffentlicher Ausschreibung beauftragt werden oder aber nach Variante 2 das BAG damit betraut werden. Auch die Spitex (gem. KVG «Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause») ist unter den in Art. 36 KVG aufgeführten Leistungserbringern und würde somit in diesem neuen Leistungserbringerregister ebenfalls Aufnahme finden.

Die erforderlichen Daten werden aus dem MedReg (Art. 4 der neuen Verordnung), aus dem PsyReg (Art. 5) und dem GesReg (Art. 6) soweit möglich übernommen. Weiter sind die Kantone gemäss Art. 8 mit vielfältigen Aufgaben betraut, die nebst der Festlegung bisher in vielen Kantonen bereits wahrgenommenen Tätigkeiten rundum die Zulassung von und Ausstellung von Ausübungsbewilligungen für Leistungserbringer nach KVG auch das Eintragen müssen von entsprechenden Daten zu den zugelassenen Leistungserbringern ins neue Leistungserbringerregister umfasst.

Die restlichen Bestimmungen regeln grob zusammengefasst die Datensicherheit (Aufbewahrung, Pflege, Zugang zu den Daten) und die Datennutzung (wann und wem Daten herausgegeben werden und wie, welche Daten pro Leistungserbringer öffentlich gemacht werden).

FAZIT aus Sicht der Spitexorganisationen:

Die Spitexorganisationen sind einer der ambulanten Leistungserbringer, die nach Art. 36 KVG zugelassen sind und ebenfalls im neu vorgesehenen Leistungserbringerregister aufgeführt werden sollen. Das Ziel eine nationale Übersicht zu haben, welche Leistungserbringer effektiv zur ambulanten Tätigkeit zulasten der OKP nach KVG zugelassen sind, um die Transparenz darüber zu erhöhen, kann m.E. nichts entgegenstehen – ausser vielleicht der damit einhergehende Aufwand das Register aufzubauen und zu pflegen. Andererseits verstärkt sich zusehends die Erkenntnis, dass interkantonale Koordination in der Versorgungsplanung und -sicherstellung sinnvoll sein dürfte und folglich würde ein nationales Register aller ambulant tätigen Leistungserbringer eine einheitliche Basis schaffen, die diesen koordinativen Aufgaben sicherlich dienlich sein dürften.

Für die Spitexorganisationen hält sich der Aufwand (im Moment sehe ich keinen zusätzlichen Aufwand) sehr in Grenzen und den verfolgten Zielen kann aus meiner Sicht nichts

entgegenstehen. Folglich bin ich der Ansicht, dass wir nicht gegen die Einführung eines Leistungserbringerregisters sind. Begrüssenswert ist zudem, dass die bestehenden Register genutzt werden sollen, um damit den Mehr-Aufwand durch Koordination möglichst gering zu halten.

4

c) Einführung einer definitiven Regelung der Höchstzahlen für Ärzte (neue Verordnung)

Mit der vorgesehenen neuen Verordnung sollen die Eckwerte definiert werden, nach welchen die Kantone künftig Höchstzahlen für Ärzte festlegen sollen. Die Grundlage dazu bildet der neu vorgesehene Art. 55a KVG (Referendumsfrist am 8.10.2020 ungenutzt verstrichen; Einführungszeitpunkt aktuell unbekannt):



Art. 55a Beschränkung der Anzahl Ärzte und Ärztinnen, die im ambulanten Bereich Leistungen erbringen

¹ Die Kantone beschränken in einem oder mehreren medizinischen Fachgebieten oder in bestimmten Regionen die Anzahl der Ärzte und Ärztinnen, die im ambulanten Bereich zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Leistungen erbringen. Wenn ein Kanton die Anzahl Ärzte und Ärztinnen beschränkt, dann sieht er vor:

- a. dass Ärzte und Ärztinnen nur zugelassen werden, solange die entsprechende Höchstzahl nicht erreicht ist;
- b. dass die Anzahl folgender Ärzte und Ärztinnen auf die entsprechende Höchstzahl beschränkt ist:
 1. Ärzte und Ärztinnen, die ihre Tätigkeit im ambulanten Bereich eines Spitals ausüben,
 2. Ärzte und Ärztinnen, die ihre Tätigkeit in einer Einrichtung nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe n ausüben.

² Der Bundesrat legt die Kriterien und die methodischen Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen fest. Dabei berücksichtigt er insbesondere die interkantonalen Patientenströme, die Versorgungsregionen und die generelle Entwicklung des Beschäftigungsgrades der Ärzte und Ärztinnen.

³ Vor der Festlegung der Höchstzahlen hört der Kanton die Verbände der Leistungserbringer, der Versicherer und der Versicherten an. Er koordiniert sich bei der Festlegung der Höchstzahlen mit den anderen Kantonen.

⁴ Die Leistungserbringer und deren Verbände sowie die Versicherer und deren Verbände geben den zuständigen kantonalen Behörden auf Anfrage kostenlos die Daten bekannt, die zusätzlich zu den nach Artikel 59a erhobenen Daten zur Festlegung der Höchstzahlen erforderlich sind.

⁵ Werden in einem Kanton die Zulassungen beschränkt, so können folgende Ärzte und Ärztinnen weiterhin tätig sein:

- a. Ärzte und Ärztinnen, die vor Inkrafttreten der Höchstzahlen zugelassen wurden und im ambulanten Bereich Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht haben;
- b. Ärzte und Ärztinnen, die ihre Tätigkeit im ambulanten Bereich eines Spitals oder in einer Einrichtung nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe n vor Inkrafttreten der Höchstzahlen ausgeübt haben, sofern sie ihre Tätigkeit im ambulanten Bereich des gleichen Spitals oder in der gleichen Einrichtung weiter ausüben.

⁶ Steigen die jährlichen Kosten je versicherte Person in einem Fachgebiet in einem Kanton mehr als die jährlichen Kosten der anderen Fachgebiete im selben Kanton oder mehr als die jährlichen Kosten des gesamtschweizerischen Durchschnitts im betroffenen Fachgebiet an, so kann der Kanton vorsehen, dass kein Arzt und keine Ärztin im betroffenen Fachgebiet eine Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung neu aufnehmen kann.

Man beachte den Beginn von Abs. 1 KVG 55a nKVG: «Die Kantone beschränken...» und dann erst im 2. Satz die Verbriefung, dass die Kantone die Möglichkeit haben zu beschränken und nicht beschränken müssen: «Wenn ein Kanton die Anzahl Ärzte und Ärztinnen beschränkt, dann sieht er vor:». Tendenziell wird also eine enge Planung auch der ambulanten Leistungserbringer ins Auge gefasst, im Moment beginnend bei den Ärzten und dank des Leistungserbringerregisters künftig auch für alle anderen ambulanten Leistungserbringer denkbar, weil dann die umfassende Transparenz auch hinsichtlich der ambulant zu Lasten der OKP tätigen Leistungserbringer bestehen würde.

Die Details, wie die Kantone die Beschränkungen vornehmen sollen, wenn sie solche vornehmen, sind in der neu vorgeschlagenen entsprechenden Verordnung zu finden. Dabei soll gem. Art. 5 dieser neuen Verordnung das EDI für jedes medizinische Fachgebiet einen Koeffizienten festlegen, der aus einem gesamtschweizerisch einheitlich definierten Regressionsmodell des Angebots an ambulanten ärztlichen Leistungen hergeleitet werden soll. Die Kantone haben dann diese Koeffizienten auf die Wohnbevölkerung der jeweils vom Kanton definierten Regionen (Kantonsteil, Kanton, kantonsübergreifend, mehrere Kantone gem. Art. 4 möglich) anzuwenden, um den Bedarf an medizinischen Leistungen je Fachgebiet zu ermitteln.

Die Patientenströme (Art. 6) wie auch die in Anspruch genommenen Leistungen (Art. 7 regelt die Messung derselben), wie auch eine Pflicht zur interkantonalen Koordination nach Art. 9 sind wesentliche weitere Faktoren, die die Kantone bei der Ermittlung der Höchstzahlen an Ärzten zu berücksichtigen haben. Die Berücksichtigung kantonaler/regionaler Versorgungsgrade mittels eines Gewichtungsfaktors scheint die einzige echte Variable zu sein, mit der der einzelne Kanton seinen kantonalen Besonderheiten Berücksichtigung verschaffen kann.

FAZIT aus Sicht der Spitexorganisationen:

Wir sind hier lediglich indirekt betroffen, nämlich dahingehend, dass die von uns erbrachten Pflegeleistungen ärztlich verordnet werden müssen. Sollten zu wenig Ärzte (insbesondere in der Peripherie ist dies in naher Zukunft ohnehin zu befürchten, wenn viele heute tätige Ärzte altersbedingt ihre Tätigkeit beenden und keine Nachfolger gefunden werden können) bestehen, könnte dieser Mangel sich auf eine adäquate Behandlung der Bevölkerung und auf die durch Ärzte zu verordnenden Leistungen auswirken und folglich auf unsere Tätigkeit.

Abgesehen davon erscheint die rein mathematisch anmutende Bestimmung von Koeffizienten und in Relation zu setzenden Anzahl Ärzte in VZA sowie bezogenen Leistungen prima vista insbesondere für unsere weniger dicht bevölkerten Täler problematisch. Diese Einschätzung obliegt aber dem Kanton in Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft und Spitälern (da die ambulante ärztliche Tätigkeit in Spitälern ebenfalls betroffen sein kann) hierzu allenfalls sich für mehr Möglichkeiten kantonspezifische Aspekte berücksichtigen zu lassen einzusetzen, als nur mit dem vorgesehenen in Art. 8 vorgesehen Gewichtungsfaktor.

In genereller Hinsicht befremdlich ist, dass im erläuternden Bericht der Eindruck vermittelt wird, der Kanton könne Höchstzahlen festlegen müsse aber nicht und dass er dabei

regionale Abweichungen berücksichtigen («schätzen») könne, exemplarisch ein Auszug aus Seite 7, Anfang des 2. Absatzes:

7

Anhand der auf nationaler Ebene festgelegten Regressionskoeffizienten nach Fachgebiet beurteilen die Kantone den objektiven Bedarf an ärztlichen Leistungen derjenigen Region, für die sie Höchstzahlen festlegen möchten (siehe Schritt 2 in der Abbildung). Der objektive Bedarf der Bevölkerung ist ein latentes Konstrukt, das sich nicht beobachten lässt. Bei diesem Schritt besteht das Ziel somit darin, durch Anwendung geeigneter statistischer Methoden die regionale Abweichung der Nachfrage zu schätzen.

Hingegen ist im Verordnungsentwurf keine Kann-Formulierung zu finden, ausser jene in Art. 1 Abs. 2, wonach der ermittelte Versorgungsgrad mit einem Gewichtungsfaktor angepasst werden könne (was dann in Art. 8 weiter definiert wird). Im Art. 55a Abs. 1 nKVG ist einleitend auch erst eine zwingende Formulierung zu finden und erst im 2. Satz wird festgehalten, dass «wenn» der Kanton Höchstzahlen festlegt, was dann zu berücksichtigen ist. Der Eindruck entsteht, dass diese Kann-Lösung ein Zwischenschritt zur bereits bevorzugten Muss-Lösung ist.

Abschliessend unterstreichen wir, dass wir Zweifel an der für unseren Kanton angemessene Anwendbarkeit dieser Verordnung hegen, müssen aber gestehen, dass wir uns hier nicht über eine Sichtung der Unterlagen hinaus damit auseinandergesetzt haben, nicht detailliert die allenfalls gegebenen statistischen Grundlagen zur Verteilung der Ärzteschaft nach Fachgebiet in unserem Kanton analysiert haben, um hierzu eine noch sachgerechtere Meinung zu entwickeln, weil unsere Mitglieder nur indirekt betroffen sind. Wir überlassen es hier somit dem Kanton und der Ärzteschaft sowie Spitälern, die hier direkt betroffen sind, sich hiermit eingehender auseinanderzusetzen.

Ich danke namens des SVGR für die Kenntnisnahme unserer vorstehenden Inputs und verbleibe mit weihnachtlichen Grüßen

Mario Evangelista
Co-Geschäftsführer