



**Bündnis
Freiheitliches
Gesundheitswesen**

Einschreiben

Bundesamt für Gesundheit
Direktionsbereich Kranken-
und Unfallversicherung
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 165
3003 Bern

Basel, 10. Oktober 2014

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

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 20. Juni 2014 hat der Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Inneren die Anhörung in obengenanntem Geschäft mit Frist bis 10. Oktober 2014 eröffnet.

Obwohl das Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen nicht zu den Vernehmlassungsadressaten gehört, lassen wir Ihnen Namens unserer Organisation gestützt auf Artikel 4 des Vernehmlassungsgesetzes eine Stellungnahme zukommen. Im Lichte der Tatsache, dass unserer Organisation mittlerweile 20 Verbände und Unternehmen aus allen Bereichen des schweizerischen Gesundheitswesens angehören, ist es gerechtfertigt, dass unsere Überlegungen Eingang in den Anhörungsbericht finden.

In grundsätzlicher Hinsicht begrüssen wir die Zunahme an Leistungen im ambulanten Bereich, sofern diese das Resultat einer innovationsbedingten Verschiebung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich sind. Anderen Mengenausweitungen im ambulanten Bereich, die zu einem vermeidbaren Kostenanstieg führen, ist demgegenüber mit zweckmässigen und wirksamen Massnahmen zu begegnen.

Ferner befürworten wir die regionale statt der kantonalen Orientierung der Gesundheitsversorgung.

GESCHÄFTSSTELLE: HENRIC PETRI-STRASSE 19, CH-4051 BASEL / SCHWEIZ

PHONE 0041 61 421 35 55 – FAX 0041 61 421 35 54 – MOBILE 0041 79 415 33 37

MAIL: INFO@FREIHEITLICHESGESUNDHEITSWESEN.CH – WEB: WWW.FREIHEITLICHESGESUNDHEITSWESEN.CH

Aus den nachfolgenden Gründen sind wir allerdings der Ansicht, dass die zur Vernehmlassung unterbreitete Vorlage keine Probleme löst:

De facto handelt es sich bei dieser Vorlage um eine Weiterführung des bestehenden Zulassungsstopps und dies sogar in verschärfter Form. Genau wie unter der bestehenden Regelung haben die Kantone die Möglichkeit, festzulegen, wie viele ambulante Leistungserbringer auf ihrem Kantonsgebiet zu Lasten der obligatorischen Grundversicherung (OKP) tätig sein dürfen. Über die Definition der Angemessenheit der Versorgung schweigen sich Gesetzesentwurf und Bericht aus. Art. 40c verweist bezüglich Umsetzung auf eine entsprechende Verordnungskompetenz des Bundes, ohne dass auch nur ansatzweise ersichtlich wäre, wie der Bund diese Kompetenz auszugestalten gedenkt. Hinzukommen soll aber neu eine subsidiäre Eingriffsmöglichkeit des Bundes, die bei einem Kostenanstieg zum Eingriff in die kantonalen Tarife ermächtigt. Hinzu kommt ferner, dass Art. 40a Abs. 4 KVG den Kantonen die Möglichkeit geben soll, eine bestehende Bewilligung neu aus gesundheitspolitischen Gründen zu beschränken oder zu entziehen. Bisher war dies nur aus gesundheitspolizeilichen Gründen möglich.

Ausserdem ist festzuhalten, dass die Zuweisung einer weiteren, neuen Kompetenz an die Kantone der dringend notwendigen Reduktion ihrer verschiedenen Aufgaben und Rollenkonflikte als Planer, Finanzierer von Leistungen, Betreiber von Angeboten und Richter im Streitfall diametral entgegenläuft. Dies insbesondere im ambulanten Bereich, in welchem sich die Kantone nicht an der Finanzierung von Leistungen beteiligen. Daran ändert die Tatsache nichts, dass die Kantone Beiträge an die Prämienverbilligungen leisten, da es sich dabei um eine Sozialleistung ohne Gegenverpflichtung der Begünstigten handelt.

Klar abzulehnen ist die beabsichtigte Einführung einer weiteren subsidiären Eingriffsmöglichkeit des Bundes in das Tarifsystem TARMED. Damit würde erneut die Tarif- und Verhandlungsautonomie der Tarifpartner unterlaufen, was als weiterer Schritt zur schleichenden Verstaatlichung des Tarifsystems zu qualifizieren ist. Im vorliegenden Fall würde zusätzlich durch ein Druckmittel via Tarif in die kantonale Kompetenz zur Regelung der Zulassung von ambulanten Leistungserbringern eingegriffen.

Wenig hilfreich sind die vorgetragenen Vergleiche mit ausländischen Staaten auf Seite 8 des erläuternden Berichtes, da die meisten der erwähnten Gesundheitssysteme über ein Modell der sozialen Sicherheit finanziert sind, welches nicht vergleichbar ist mit demjenigen der Schweiz. Im schweizerischen System werden die ambulanten Leistungen (anders als im stationären Bereich) ausschliesslich via Prämien der Versicherten finanziert. Die Systeme von Norwegen und Dänemark sind gar vollständig staatlich finanziert und damit als Referenz für unser System und dessen Entwicklung ohnehin nicht geeignet. Zieht man dagegen das deutsche Gesundheitssystem bei, welches dem schweizerischen von den Grundprinzipien sehr nahe steht, dann werden dort die wichtigen Grundlagen mittels Einigungen zwischen Leistungsbringern und Versicherungsverbänden herbeigeführt. Der Mechanismus der Leistungs- und Kostenvereinbarung (LeiKoV) in der Schweiz geht in diese Richtung.

Dem Bericht zur Revisionsvorlage ist im Weiteren nicht zu entnehmen, ob mildere Massnahmen als der vorgelegte Eingriff geprüft und beurteilt worden sind. Somit fehlt es an der notwendigen Prüfung der Verhältnismässigkeit, die neben der gesetzlichen Grundlage und dem öffentlichen Interesse zwingende Voraussetzung für einen Eingriff in die Wirtschaftsfreiheit ist.

Schlussendlich fehlen im Bericht Ausführungen zur Regulierungsfolgenabschätzung.

Zur geplanten Regelung bei Überversorgung (Art. 40a)

Faktisch stellt die vorgeschlagene Lösung eine Fortführung des Zulassungsstopps dar, indem die Kantone weiterhin Moratorien bezüglich Zulassung von Berufsgruppen erlassen können. Moratorien sind als eine Form der Rationierung zu betrachten, schränken sie doch sowohl die Wirtschaftsfreiheit der Leistungserbringer als auch die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten ein und stehen nicht im Einklang mit dem im KVG verankerten Grundprinzip des minimal regulierten Wettbewerbs.

Diese Moratorien haben in der Vergangenheit zu grosser Verunsicherung in der Ärzteschaft geführt, was sich auch darin gezeigt hat, dass nach Auslaufen des Zulassungsstopps Ende 2011 unzählige Gesuche um Praxisbewilligungen „auf Vorrat“ eingereicht worden sind. Es sei an dieser Stelle auch betont, dass nur sehr wenige der in dieser Phase ohne Zulassungsstopp beantragten Bewilligungen auch tatsächlich zur Eröffnung neuer Praxen geführt haben.

Bis heute fehlt es jedoch an aussagekräftigen Zahlen zur Frage, ob es in der Phase ohne Zulassungsstopp im Jahr 2012 zu einem erheblichen Wachstum an Arztpraxen gekommen ist, die zu unerwünschten Mengenausweitungen geführt haben. Dies, obwohl die Kantone als Bewilligungs- und Zulassungsbehörden in der Lage wären, solche Zahlen zu liefern.

Eine faktische Perpetuierung des Zulassungsstopps auf einer derart schwachen Faktenbasis ohne belegbare Prüfung milderer Eingriffsvarianten nach dem Verhältnismässigkeitsprinzip ist daher klar abzulehnen.

Wie bereits ausgeführt, ist die vorliegende Regelung einerseits sogar schärfer als der bisherige Zulassungsstopp, andererseits wurden durch unklare Formulierungen und fehlende Erläuterungen noch mehr Rechtsunsicherheit geschaffen: So hält Art. 40c des Entwurfes fest, dass der Bundesrat Kriterien zur Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung im ambulanten Bereich festlegt. Dem erläuternden Bericht sind aber keinerlei Ausführungen zu entnehmen, wie der Bundesrat das zu tun gedenkt. Die Erfahrung aus der Behandlung des Themas in den vergangenen 12 Jahren seit der ersten Inkraftsetzung des Zulassungsstopps und auch der Blick ins Ausland zeigen, dass es nicht möglich gewesen ist, klare, transparente und justiziable Planungskriterien für eine ambulante Versorgung zu formulieren. Anders ist es übrigens auch kaum zu erklären, dass die „Übergangsphase“ des Zulassungsstopps nun über ein Jahrzehnt gedauert hat.

Mit anderen Worten bedeutet dies, dass eine Gesetzesnovelle in Kraft gesetzt werden soll, ohne dass klar ist, wie diese umgesetzt werden soll und welche Folgen sie haben könnte. Im Gegenteil hat die Erfahrung der vergangenen Jahre gezeigt, dass eine Umsetzung in Ermangelung geeigneter Planungskriterien kaum möglich wäre.

In einer derart unklaren Situation besteht auch das Risiko, dass die Planung der ambulanten Versorgung in den Kantonen vollkommen unterschiedlich gehandhabt und umgesetzt würde, was einerseits das Gebot der Rechtsgleichheit verletzen könnte, andererseits aber jedenfalls die regionale respektive interkantonale Abstimmung der Planung verunmöglichen würde.

Erschwerend kommt hinzu, dass die Vorlage durch die Möglichkeit, einzelne Leistungserbringer jederzeit gestützt auf Art. 40a Abs. 4 in ihrer Berufsausübung einzu-

schränken, noch volatiler wird und kaum mehr Rechtssicherheit bietet. Ausserdem würde damit die Möglichkeit zur Beschränkung der freien ärztlichen Berufsausübung aus gesundheitspolitischen Gründen im Gesetz verankert. Bisher war dies nur aus gesundheitspolizeilichen Gründen möglich.

Ein freies Gewerbe wie das ärztliche unter solchen Rahmenbedingungen ausüben zu müssen, ist nicht zumutbar.

Zur geplanten Regelung bei Unterversorgung (Art. 40b)

Bereits heute haben die Kantone den Auftrag, die notwendige Mindestversorgung ihrer Bevölkerung sicherzustellen. Gestützt auf diesen Auftrag können die Kantone Massnahmen treffen, was vor allem in Bezug auf Randregionen bereits getan wird – ohne die im vorliegenden Entwurf präsentierte gesetzliche Grundlage. Als Beispiele für finanzielle Anreize zur Eröffnung von Arztpraxen in Randregionen können genannt werden: verbilligte oder temporär erlassene Mieten für Praxisräume, steuerliche Anreize, Subventionierungen, Darlehen mit vergünstigten Zinsen.

Diese Beispiele aus der Praxis zeigen, dass im Lichte des bereits bestehenden Auftrages der Kantone zur Vermeidung der Unterversorgung gar keine Regelung auf Bundesebene notwendig ist.

Eine derartige Regelung auf Bundesebene könnte höchstens mit einem sachlich begründbaren Bestreben nach Vereinheitlichung von Grundsätzen begründet werden. Die vorgelegte Bestimmung in Artikel 40b KVG ist aber derart offen formuliert, dass sie in Bezug auf die heutige Situation und Rechtslage keine Verbesserung oder Klärung herbeiführen würde, weshalb darauf verzichtet werden kann.

Zur Umsetzung der Massnahmen (Art. 40c)

Seit Einführung des Zulassungsstopps im Jahre 2002 wird die Erarbeitung von transparenten, tauglichen und justiziablen Kriterien zur Beurteilung des Bedarfes an ambulanten Angeboten respektive Leistungserbringern pro Versorgungsregion postuliert. Dies ist bis heute nicht gelungen und es existieren diesbezüglich auch keine funktionierenden Modelle im Ausland. Daran ändern auch die Verweise auf ausländische Systeme im erläuternden Bericht nichts.

Somit ist es mehr als fraglich, ob der Verordnungsgeber die im erläuternden Bericht angekündigte Konkretisierung des unbestimmten Rechtsbegriffs „angemessene Versorgung“ in Art. 40c Abs. 1 umsetzen könnte.

Wie bereits ausgeführt, wäre es beinahe unmöglich, eine regionale Abstimmung herbeizuführen, wenn jeder Kanton auf dieser unklaren Basis selber planen müsste.

Die in Absatz 4 von Art. 40c beabsichtigte Kommission ist an sich ein guter Ansatz. Aber einerseits soll sie nur konsultiert werden und keine Entscheidkompetenz haben, andererseits würde auch die Kommission nicht über klare Planungskriterien verfügen und könnte sich somit auch kaum qualifiziert äussern.

Zur Tarifsenkung bei überdurchschnittlicher Kostenentwicklung (Art. 55b)

Gemäss Seite 18 des erläuternden Berichtes kann der Bund Tarifsenkungen in Kantonen verhängen, die nicht von sich aus die erforderlichen Massnahmen nach Artikel 40a Absatz 3 treffen. Wie bereits ausgeführt, handelt es sich dabei einerseits um einen Eingriff in die Tarif- und Verhandlungsautonomie der Tarifpartner, andererseits um einen Eingriff in eine kantonale Kompetenz.

Der verwendete Terminus „erforderliche Massnahmen“ ist ein unbestimmter Rechtsbegriff, über den sich in den Unterlagen nirgends klare Ausführungen finden. Somit würde bei Inkraftsetzung dieser Regelung neben der Regelung in Art. 40a Absatz 4 und Art. 40c Absatz 1 ein drittes Mal erhebliche Rechtsunsicherheit geschaffen, die sich äusserst destabilisierend auf ein ohnehin schon sehr fragiles System auswirken würde.

Diese Regelung wird deshalb entschieden abgelehnt.

Lösungsansätze

Das sehr klare Resultat der Abstimmung über die Managed-Care-Vorlage im Juni 2012 hat deutlich aufgezeigt, dass die Bevölkerung unseres Landes volle Wahlfreiheit in Bezug auf ambulante Leistungserbringer wünscht und diesbezüglich keine staatliche Einschränkung akzeptiert. Dem widerspricht der Bund, wenn er nun versucht, den freien Zugang zu ambulanten Leistungserbringern definitiv und langfristig einzuschränken.

Vielmehr ist das System der ambulanten ärztlichen Leistungserbringung künftig ohne Wettbewerbsbehinderungen und gesundheitspolitisch motivierte Beschränkungen der Wirtschaftsfreiheit auszugestalten, indem die Tarife autonom durch die Tarifpartner verhandelt werden, ebenso die Berechnungskriterien und Rahmenbedingungen für die Schaffung von Anreizen im Tarifsysteem.

Bund und Kantone können dem übermässigen Kostenanstieg im ambulanten Bereich begegnen, indem den Patientinnen und Patienten einerseits die Ausübung ihrer Wahlfreiheit in einem qualitätsorientierten System ermöglicht wird. Dazu muss der Bund gestützt auf Art. 22a KVG Rahmenbedingungen für die Erhebung einheitlicher und benchmarkingfähiger Qualitätsdaten schaffen, die einen echten Qualitätswettbewerb im ambulanten Bereich ermöglichen. In diesem Zusammenhang ist zu prüfen, wie Anreize zur Mitwirkung der Leistungserbringer an qualitätssichernden Massnahmen geschaffen werden können.

Andererseits muss das Verhalten der Patientinnen und Patienten, der Leistungserbringer und Versicherer durch geeignete Massnahmen begleitet werden:

- Es müssen Anreize zur Förderung der Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten in Bezug auf die zu Lasten der Grundversicherung in Anspruch genommenen Leistungen (z.B. Zweitmeinungen) geschaffen werden.
- Die Versicherer müssen die Möglichkeit haben und dazu verpflichtet sein, die Inanspruchnahme von Leistungen durch die Versicherten zu prüfen und bei Überschreitungen der Grenzen des Solidaritätsprinzips zu intervenieren.
- Gegenüber der Ärzteschaft müssen im Tarifsysteem Anreize geschaffen werden, die eine an Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit orientierte Arbeitsweise honorieren. Die Tarifpartner können den Grundsatz der nach Fachärztedichte flexiblen Tarife im Ärztetarif TARMED verankern.

- Transparente, die gesamten Behandlungspfade umfassende und faire Wirtschaftlichkeitsprüfungen gegenüber den Leistungserbringern nach justiziablen Kriterien müssen rasch umgesetzt werden.

So würden die Voraussetzungen geschaffen, damit sich der Markt selber regulieren kann, indem Leistungserbringer mit ungenügender Qualität und nicht gerechtfertigten Leistungen, sprich Mengenausweitungen, keinen Bestand im Wettbewerb hätten. Unterstützt durch die Förderung der Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten könnte so dem Kostenanstieg im ambulanten Bereich nachhaltig und ohne erhebliche staatliche Interventionen wie in dem nun vorliegenden Revisionsentwurf begegnet werden.

Ferner ist in grundsätzlicher Hinsicht folgendes vorzukehren:

- Der Wettbewerb unter den Krankenversicherern muss fokussiert werden, um Qualität, Effizienz und Nachhaltigkeit der Leistungen zu fördern. Eine rasche Konkretisierung der vom Parlament bereits beschlossenen Verfeinerung des Risikoausgleichs ist nun auf Verordnungsstufe voranzutreiben.
- Die Blockaden zwischen den Tarifpartnern müssen mittels Aufhebung der Tarifgenehmigungs- bzw. Tariffestsetzungsverfahren der Kantone und des Bundes beseitigt und durch das unternehmerische Verhandlungsgeschick ersetzt werden. Taktieren im Hinblick auf ein staatliches Eingreifen ist dann nicht mehr möglich. Durch die Einsetzung eines Schiedsgerichtes mit Fachkompetenz und den möglichen Weiterzug an das Bundesverwaltungsgericht muss der Rechtsweg sichergestellt werden.

Den Mengenausweitungen im ambulanten Bereich muss schlussendlich durch die Schaffung einer einheitlichen Finanzierung für den ambulanten und den stationären Bereich begegnet werden, damit Fehlanreize durch die unterschiedliche Finanzierung unterbunden werden können.

In Bezug auf den Umgang mit Unterversorgung sind keine gesetzlichen Regelungen auf Bundesebene notwendig. Die entsprechenden kantonalen Kompetenzen sind bereits gesetzlich festgelegt und werden vielerorts umgesetzt.

Zusammenfassung

Der vorliegende Entwurf stellt keine entscheidende Neuerung im Vergleich zum geltenden Zulassungsstopp dar, indem die freie Berufsausübung im ambulanten ärztlichen Bereich weiterhin basierend auf unklaren und intransparenten Kriterien eingeschränkt würde. Damit würde gleichzeitig die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten in Bezug auf die ambulanten Leistungserbringer eingeschränkt, welche das Stimmvolk im Rahmen der Abstimmung über die Managed Care – Vorlage aber eindeutig gefordert hat.

Seit Jahren besteht bei den Leistungserbringern und bei Behörden in vielen Kantonen Unsicherheit in Bezug auf die Berufsausübung im ambulanten Bereich, welche durch diese Vorlage insbesondere ohne die zwingend notwendige Regulierungsfolgeabschätzung ausgeweitet würde.

In den entscheidenden Fragestellungen enthält die Vorlage unklare Regelungen respektive unbestimmte Rechtsbegriffe, ohne dass der erläuternde Bericht die notwendige Klärung herbeiführen würde. Mir drei neuen Regelungen (Art. 40a Abs. 4, Art. 40c Abs. 1, Art. 55b Abs. 1) würde erhebliche Rechtsunsicherheit geschaffen.

Demgegenüber sind Ansätze zielführend, die nicht bei der Anzahl Bewerber auf dem Markt ansetzen, sondern einerseits auf einem transparenten Qualitätswettbewerb mit vergleichbaren Qualitätsdaten basieren, so dass Patientinnen und Patienten ihre Wahlfreiheit gestützt auf benchmarkingfähige und objektivierte Informationen stützen können. Andererseits sind Anreizmechanismen gegen Mengenausweitungen durch Leistungserbringer und zur Förderung der Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten zu schaffen respektive bereits bestehende Instrumente zu verbessern.

Schlussendlich ist die Erarbeitung von Massnahmen zur Wiederherstellung des Tariffriedens durch die Stärkung der Tarifpartnerschaft ohne politisch motivierte Tarifgenehmigungen durch Kantonsregierungen und Bundesrat von sehr grosser Wichtigkeit.

Für die wohlwollende Berücksichtigung unserer Ausführungen danken wir Ihnen im Voraus bestens.

Mit freundlichen Grüssen

Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen

Prof. Dr. Robert Leu, Präsident

Dr. Andy Fischer, Vizepräsident

Breit abgestützte und branchenübergreifende Vereinigung mit hoher Legitimation

Am 5. September 2013 ist in Bern das Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen gegründet worden. Mittlerweile gehören dem Bündnis bereits 20 grosse Verbände und Unternehmen aus allen Bereichen des schweizerischen Gesundheitswesens an. Der Vorstand setzt sich aus 21 Top-Exponenten des schweizerischen Gesundheitswesens zusammen.

Das Bündnis ist dank des branchenübergreifenden Charakters und seiner Grösse einzigartig in der schweizerischen Gesundheitslandschaft und schöpft die Legitimation zur Mitwirkung an der Meinungsbildung aus seiner Grösse, seiner breiten Abstützung und der Fachkompetenz seiner Mitglieder.

Das Bündnis engagiert sich für ein marktwirtschaftliches, wettbewerbliches, effizientes, transparentes, faires und nachhaltiges Gesundheitssystem mit einem Minimum an staatlichen Eingriffen und Wahlfreiheit für Patientinnen / Patienten, Versicherte und Akteure unseres Gesundheitswesens. Nur so bleibt genug Raum für Innovation sowie eine Optimierung von Behandlungsqualität und Patientensicherheit.

Das Bündnis kann auf Internet unter www.freiheitlichesgesundheitswesen.ch und auf Facebook unter „Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen“ besucht werden.