



santésuisse

Die Schweizer Krankenversicherer

Les assureurs-maladie suisses

Gli assicuratori malattia svizzeri

santésuisse  
Römerstrasse 20  
Postfach 1561  
CH-4502 Solothurn  
Tel. +41 32 625 41 41  
Fax +41 32 625 41 51  
mail@santesuisse.ch  
www.santesuisse.ch

Per E-Mail

[abteilung-leistungen@bag.admin.ch](mailto:abteilung-leistungen@bag.admin.ch)  
[dm@bag.admin.ch](mailto:dm@bag.admin.ch)

Bundesamt für Gesundheit (BAG)  
3003 Bern

Für Rückfragen:  
Daniel Habegger  
Direktwahl: +41 79 609 90 68  
E-Mail: [daniel.habegger@santesuisse.ch](mailto:daniel.habegger@santesuisse.ch)

Solothurn, 16. Oktober 2017

## Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern); Stellungnahme santésuisse

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset  
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung, Zulassung von Leistungserbringern, Stellung nehmen zu können.

### Management Summary

santésuisse lehnt die unterbreitete Vorlage vollumfänglich ab, obschon gewisse positive Ansätze bestehen. Die «neuen» Vorschläge bilden jedoch weder eine umfassende Auslegeordnung, noch eine ausgewogene Lösung. Es fehlt an Weitblick, was die Entwicklung des ambulanten Bereichs angeht, sowie an Kohärenz und Nachhaltigkeit. Auch die vom Parlament verlangten freiheitlich-wettbewerblichen Alternativen zur bisherigen Zulassungssteuerung wurden nicht vorgelegt. Die Vorlage ist aufgrund ihrer Lücken und Inkohärenzen für den Gesetzgeber nicht diskussionsreif. Damit die Zulassungsfrage überhaupt umfassend und ausgewogen diskutiert werden kann, sind neue Vorschläge zu den bereits bestehenden unumgänglich. Mit der unterbreiteten Vorlage werden der lokalen Wirtschaftsförderung und der Strukturhaltung der Kantone zu Lasten der Prämienzahlenden und zulasten des Qualitätswettbewerbs noch weiter Tür und Tor geöffnet, als dies bereits heute der Fall ist.

Gemäss Vorschlag des Bundesrates soll künftig jeder Kanton nach Gutdünken über die Zahl der ambulanten Leistungserbringer entscheiden können. Folgen für die Finanzierung hätten die Entscheide der Kantone aber nicht. Auch die interkantonale Koordination des Angebots wird nicht ausreichend angegangen, womit notwendige Akzente gegen Strukturhaltung, Überversorgung und mangelnde Qualität ausbleiben. Die Folgen einer solchen Gesetzgebung wären absehbar: Die Kantone würden vorweg mit ihren Spitalambulatorien weiterhin und überwiegend «lokale Wirtschaftsförderung» betreiben, welche einseitig die Prämienzahlenden finanzieren müssten.

Damit treten weitere Mängel der bundesrätlichen Vorschläge zutage: Die Inkohärenz zwischen ambulanten Planungsentscheiden der Kantone und der finanziellen Verantwortung für deren Folgen würde noch weiter akzentuiert statt behoben.

Zu einer ausgewogenen, umfassenden Vorlage, die punkto Kosteneindämmung tatsächlich eine positive Wirkung entfalten könnte, ist es zwingend, dass das Parlament eine breite Palette von Vorschlägen diskutieren kann. Aus Sicht von santésuisse gehören dazu folgende Aspekte:

1. Konkrete Vorgaben des Bundes statt der Kantone für optimale Ärztedichten und für die verbindliche interkantonale Versorgungsplanung nach Versorgungsregionen. Der Bund hat dazu einen «Versorgungs-Index» zu erarbeiten (vgl. unten).
2. Konkrete Vorgaben, die zwingend auch in den Spitälern bzw. Spitalambulatorien angewandt werden müssen, was bis heute trotz gesetzlichen Vorgaben nicht der Fall war und ist. Die diesbezüglich notwendige Transparenz fehlt in den Spitälern vollständig.
3. Konkrete Vorgaben, die sicherstellen, dass bei Überversorgung an Leistungserbringern, insbesondere punkto Spitalkapazitäten ambulant und ambulant tätigen Ärzten, nicht die Krankenversicherer bzw. Prämienzahlenden in die finanzielle Pflicht genommen werden, sondern die Kantone, soweit sie diese Überversorgung zu verantworten haben.
4. Vorschläge hinsichtlich der Kongruenz von Kompetenzen und finanzieller Mitverantwortung im ambulanten Bereich, eventuell als separate Vorlage; der Zulassungsstopp darf nur in Kraft treten, wenn auch die Vorlage zur Kongruenz von Entscheidungs- und Finanzierungsverantwortung in Kraft tritt.
5. Vorschläge zur Flexibilisierung des starren Vertragszwangs bei Überversorgung: Die bestehende Auswahl der Versicherten an Leistungserbringern wird grundsätzlich nicht eingeschränkt, wenn bei Überversorgung mit neuen Leistungserbringern kein Vertragszwang besteht.
6. Vorschläge für gezielte Tarifabschläge, um die Auswirkungen der Überversorgung mindestens teilweise einzudämmen.

### **Einseitige «Kantonsvorlage»**

Gegenüber der befristeten Zulassungssteuerung, die vom Parlament im vergangenen Jahr erklärermassen «ein letztes Mal» verlängert wurde, bringt die Vorlage keine wesentlichen Fortschritte. Die zusätzlichen Kompetenzen der Kantone, die Anzahl Leistungserbringer in Eigenregie zu definieren, sind unter anderem auch deshalb kontraproduktiv, weil keine ergänzenden, ausreichend konkretisierten und verbindlichen Anforderungen definiert werden (EFAS; Bildung von Versorgungsregionen). Dadurch werden die Interessenkonflikte der Kantone nochmals akzentuiert statt entschärft. Dies führt zwangsläufig zu inkohärenten Lösungen zu Lasten der Effizienz und Qualität der Versorgung.

Zulassungsentscheide und ihre finanziellen Folgen für die Krankenversicherung können sachlich nicht getrennt werden. Bei den vorliegenden Vorschlägen wird es verpasst, die derzeitigen Fehlanreize bei der Wahl der Versorgungsstufe zu beheben. Um diese Fehlanreize beheben zu können, muss gleichzeitig die gleiche Finanzierung von stationären und ambulanten OKP-Leistungen eingeführt werden. Die Zulassungsentscheide der Kantone im ambulanten Bereich müssen mit finanziellen Konsequenzen für die Kantone einhergehen. Desgleichen müssen die Kantone zur interkantonalen Versorgungsplanung sowohl für den ambulanten, wie auch für den stationären Bereich verpflichtet werden. Der fehlende Wille zur interkantonalen Zusammenarbeit hinsichtlich optimaler Versorgungsregionen muss mit konkreten Ersatzmassnahmen des Bundes sanktioniert werden können. Wenn sich die Kantone der optimalen Versorgungsplanung gemäss Bundesvorgaben verweigern, sollen sie die übermässige ambulante Versorgung auch (mit-)bezahlen. Ohne finanzielle Mitverantwortung in dieser oder anderer Form wird es auch weiterhin nicht möglich sein, die Kantone zu einer bedarfsgerechten und zugleich wirtschaftlich-effizienten Versorgungsplanung zu bewegen.

Auch der Bundesrat hat bereits auf diese Problematik hingewiesen: In seiner Antwort zur Motion **02.3545 Gesundheitswesen. Schaffung von Versorgungsregionen** hielt er in Sachen der Unzulänglichkeiten der Mehrfachrolle der Kantone fest: «*Allerdings können die Vorteile, die mit*

dem Betrieb eines Spitals im eigenen Kanton verbunden sind (Arbeitsplätze, Einkommensquelle, Aufträge an Subunternehmer), ein Hindernis für interkantonale Planungen darstellen».

### **Überversorgung und kantonaler Wildwuchs: Bund nimmt seine Kompetenzen nicht wahr**

In seinen weiteren Ausführungen versteckte sich der Bundesrat vor 15 Jahren aber zu Unrecht hinter der Verfassung: Verfassungsmässig sei es «*die alleinige Entscheidung der Kantone, ob sie mit einem oder mehreren anderen Kantonen eine gemeinsame Spitalplanung, insbesondere auf regionaler Ebene, vereinbaren möchten. (...) So könnten die Kantone lediglich durch die Aufnahme der Planungspflicht in die Bundesverfassung zur gemeinsamen Spitalplanung verpflichtet werden*». Solche Verfassungsbedenken sind nicht nachvollziehbar: **Sowohl bei der Spitalplanung wie auch bei der Zulassung der ambulanten Leistungserbringer zur OKP geht es um die Regelung der Leistungen der Krankenversicherung. Hierfür hat der Bund eine umfassende Regelungskompetenz. Diese muss nicht den Kantonsgrenzen folgen, wenn überregionale Lösungen sachgerecht sind.** Aus Sicht namhafter Verfassungsrechtler kann der Bund gemäss Art. 117 BV durchaus eine zentralisierte Bedarfsplanung einführen, er kann den Kantonen jedoch auch verbindlich vorschreiben, dass und wie eine gemeinsame Planung zu betreiben ist. Für die hochspezialisierte Medizin wurde dieser Weg bereits beschritten.

Auch die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) wies 2016 im Bericht «**Steuerung der Anzahl und der Verteilung von Ärztinnen und Ärzten**» darauf hin, dass die bisherige «Steuerung» weitgehend ohne ausreichende Versorgungsdaten geschieht und ohne angemessene Berücksichtigung der realen Versorgungsregionen. Versorgungsregionen, die sich eben nicht an Kantonsgrenzen halten.

### **Vorschläge von santésuisse an eine ausgewogene und zeitgemässe Vorlage «Zulassung von Leistungserbringern»:**

- a) Jede Art von Zulassungssteuerung muss sektorenübergreifend erfolgen, damit keine Ausweichbewegungen und Wettbewerbsverzerrungen erfolgen können. Die bisherigen Zulassungsstopps hatten gemäss übereinstimmender Sicht von voneinander unabhängigen Experten keine Auswirkungen auf den spitalambulanten Bereich, den mit Abstand grössten Kostentreiber der Krankenversicherung. Eine gesetzliche Formulierung, die den Spitalbereich beinhaltet, aber von den Kantonen wie bisher nicht umgesetzt wird, ist unbedingt zu vermeiden.
- b) Dichtezahlen der Überversorgung müssen nach ärztlichen Kategorien definiert werden, wobei die entsprechenden Patientenströme bzw. Versorgungsregionen zu beachten sind. Die Vorgaben zuhanden der Kantone sind zwingend vom Bund festzulegen.
- c) Es müssen zwingende und konkrete Mindestanforderungen des Bundes hinsichtlich einer verbindlichen, überkantonalen Versorgungsplanung sowohl für den ambulanten, wie auch für den stationären Bereich definiert werden. Ansonsten kann in den stationären Bereich ausgewichen werden.
- d) Falls die Kantone sich nicht an die Dichtezahlen bzw. Obergrenzen halten und die interkantonale Koordination im Sinne der optimalen Versorgung und Effizienz nicht belegen, muss sichergestellt werden, dass nicht die Krankenversicherer bzw. Prämienzahlenden die Kosten der entsprechenden (ambulanten) Überversorgung bezahlen müssen. Für diesen Fall ist ein Beschwerderecht der Krankenversicherer vor Gericht vorzusehen.
- e) Der Bund hat in diesem Zusammenhang einen «Versorgungs-Index» zu entwickeln, der die Verhältnisse punkto Versorgungsdichten in den einzelnen Kantonen – und in Berücksichtigung der realen Patientenströme – fest- und à jour hält. Die santésuisse-Gruppe ist gerne bereit, dazu ihr Know-how und die notwendigen Daten der SASIS AG zur Verfügung zu stellen.

- f) Bisherige und allfällige neue Planungskompetenzen der Kantone müssen zwingend auch im ambulanten Bereich mit einer entsprechenden finanziellen Verantwortung einhergehen (gleiche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen).

### **Nachfolgend nimmt santésuisse zu einzelnen Artikeln des Vorentwurfs Stellung:**

#### **Art. 36 Abs. 1:**

Wenn dieser Artikel zur Folge hat, dass der starre Automatismus zwischen der Berufszulassung und der Zulassung der Leistungserbringer zur Abrechnung zu Lasten der OKP künftig getrennt wird, ist dies ein überfälliger Schritt in die richtige Richtung. Dies ist unabhängig von dieser Vorlage notwendig.

#### **Art. 36 Abs. 2:**

Optimale Struktur- oder Prozessqualität müssen bei Leistungserbringer im Gesundheitsbereich vorausgesetzt werden können. Für die Berufszulassung bzw. für gesundheitspolizeiliche Massnahmen sind die Kantone zuständig.

Die Erweiterung der Zulassungsbedingung mit Qualitätselementen, um zu Lasten der OKP abrechnen zu können, wird aus grundsätzlichen Überlegungen begrüsst. Allerdings ist für die Patienten – und damit auch für die Krankenversicherer – die Ergebnisqualität entscheidend. Die Teilnahme an Massnahmen zur Qualitätssicherung ist eine notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung zu Verbesserung der Ergebnisqualität.

Nur wenn die Patienten zum Voraus einer Behandlung die Ergebnisqualität eines Spitals oder Arztes kennen, haben sie eine echte Wahl. Je komplexer ein geplanter Eingriff ist, desto entscheidender ist diese Forderung.

#### **Art. 36 Abs. 3:**

Eine Wartezeit von zwei Jahren ergibt höchstens eine verzögerte Zulassung. Es handelt sich damit um eine Scheinlösung. Da zwei Jahre wartende Ärzte nicht zwei Jahre unbeschäftigt sein dürften, fragt es sich, was dieser Vorbehalt unter dem Strich für einen Nutzen für die Kostenentwicklung in der OKP bringt. Die betroffenen Ärzte dürften ihre Arbeit in einer Institution unter einer bestehenden ZSR-Nummer abrechnen lassen.

#### **Art. 36 Abs. 3bis:**

Dieser «Abschreck-Artikel» dürfte die Tätigkeit von Ärzten aus dem Ausland zu Lasten der OKP hinauszögern, aber nicht verhindern.

#### **Art. 36 Abs. 4:**

Hier muss es zwingend um Messdaten zur Ergebnisqualität gehen. Aus Sicht von santésuisse impliziert die konsequente Überprüfung und Einhaltung der WZW-Kriterien die Beurteilung der Ergebnisqualität.

Die Strukturqualität muss vorausgesetzt werden, um als Arzt tätig zu sein – sei es nun innerhalb oder ausserhalb der OKP. Für die Berufszulassung bzw. für gesundheitspolizeiliche Massnahmen sind die Kantone zuständig.

#### **Art. 36 Abs. 5:**

Wie oben erwähnt, wird die zweistufige Zulassung begrüsst: Die Zulassung zum Beruf muss grundsätzlich erteilt werden, wenn die formalen Voraussetzungen zur Aus-, Weiter- und Fortbildung vorliegen. Die Zulassung zur Abrechnung zu Lasten der OKP darf hingegen kein Automatismus mehr sein.

Für die gemeinsame Organisation der Versicherer ist grundsätzlich die SASIS AG prädestiniert, welche bereits die ZSR-Daten verwaltet.

Im Grundsatz gelten die bereits oben erwähnten Einwände: Soweit sie nicht direkt dem Patienten bzw. der Ergebnisqualität zugutekommen, lehnt santésuisse mehr Bürokratie und Scheinlösungen ab: Die Qualität eines medizinischen Eingriffs ist die gesundheitliche Differenz von vorher zu nachher bzw. mit und ohne diesen Eingriff. Diese Differenz ist standardmässig messbar.

Die Krankenversicherer betrachten es nicht als ihre Aufgabe, anstelle der Zulassungsbehörde (Kantone) die Strukturqualität bzw. die Fortbildung der Leistungserbringer zu überprüfen. Die Krankenversicherer wollen hingegen aufgrund der ausgewiesenen Ergebnisqualität entscheiden können, mit welchen Leistungserbringern überhaupt Verträge eingegangen werden können.

**Art. 36 Abs. 6:**

Zur Strukturqualität äussert sich santésuisse nicht. Diese muss vorausgesetzt werden, um überhaupt ärztlich (am Menschen) tätig sein zu dürfen. Zuständig für Vorgaben und Kontrolle sind Bund und Kantone.

**Art. 36 Abs. 7:**

Die Gebühren müssen kostendeckend sein. Eine Quersubventionierung der Organisation der Versicherer z.B. durch die Prämienzahlenden wäre unstatthaft.

**Art. 55a:**

Obwohl sich die Patientenströme nicht an Kantonsgrenzen halten, sollen die Kantone die Höchstzahlen der Leistungserbringer gemäss Bundesrat neu eigenständig festlegen können. Gleichzeitig fordert der Bundesrat regionale Zusammenarbeit, ohne verlässliche Vorgaben zu machen und ohne klare Sanktionen für den Unterlassungsfall vorzusehen. Damit besteht keinerlei Gewähr, dass die Kantone im Sinne von optimalen Versorgungsregionen zusammenarbeiten.

Wenn der Bund keinerlei konkretisierte Zwangsmassnahmen bzw. finanzielle Konsequenzen gegen Kantone vorsieht, welche ungeachtet der Angebote der Nachbarkantone Strukturhaltung betreiben und teure Überkapazitäten, mitunter mit Qualitätsproblemen, produzieren, führt dies zu überhöhten Kosten bei ungenügender Qualität. Die Höchstzahlen pro Fachgebiet/ Ärztekategorie müssen in Berücksichtigung der realen Patientenströme auch deshalb zwingend vom Bund definiert werden, weil der Bund bei unsachgerechtem Verhalten der Kantone gar nicht einschreiten könnte, wenn er das entsprechende Know-how nicht selber aufbaut.

Bereits heute stimmen die Planungsentscheide der Kantone bzw. «ihrer» öffentlichen Spitäler im ambulanten Bereich nicht mit den direkten finanziellen Folgen überein. Die finanziellen Folgen müssen ausschliesslich die Prämienzahlenden tragen. Um diese Vorlage ausgewogen zu gestalten, muss deshalb gleichzeitig zwingend auch die **gleiche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen** eingeführt werden.

**Abs. 5:**

Dieser Passus gewährt den bisherigen Leistungserbringern eine Besitzstandgarantie, womit suggeriert wird, dass diese in der Vergangenheit nicht für den Kostenanstieg verantwortlich waren. Genau das Gegenteil ist aber der Fall. Hinzu kommt, dass mit einem solchen Modell die nach dem jüngsten verfügbaren Wissen ausgebildeten Ärzte ausgeschlossen, die im System etablierten aber protegiert werden. Wenn der Kanton schon reglementiert, dann sollte er für die Zulassung aller ambulanten Leistungserbringer (inkl. deren, welche in Spitalambulatorien tätig sind) öffentliche Submissionsverfahren ausgestalten, welche als wesentliches Kriterium nach der Qualitätsprüfung die Bereitschaft zur Vereinbarung tieferer als der in der entsprechenden Region gültigen Preise mit den Krankenversicherern beinhalten müsste. Eine solche Bestimmung ist aus Sicht der Krankenversicherer in einem Zulassungsstopp-System zwingend, wenn auch die sachlogisch idealste Lösung wäre, bei Überkapazitäten mehr Vertragsfreiheit zuzulassen.

**Abs. 6:**

Bei einem aussergewöhnlich starken Kostenanstieg soll der Kanton weitere Zulassungen zwingend verhindern müssen, falls die vorliegende Konzeption, welche santésuisse ablehnt, ins Recht übergeführt würde. Die Kann-Vorschrift ist unzureichend. Aus Sicht von santésuisse sind die vorliegenden Vorschläge aber insgesamt ungeeignet, die Kostensteigerung einzudämmen und den Qualitätswettbewerb unter den Leistungserbringern in Gang zu bringen.

**Art. 59 Abs. 1 erster Satz und Abs. 3 Bst. g**

Die Sanktionen, inkl. Tarifabzüge bei fehlender Qualitätsarbeit bzw. -transparenz, sollten an dieser Stelle aufgelistet oder aber mit einem Hinweis auf die betreffenden Artikel versehen werden.

Irritierend ist, dass der Bundesrat nach Art. 36 Abs. 4 die Auflagen festlegt, jedoch die Versicherer diese vor Schiedsgerichten einklagen müssen. Welche Instrumente stehen den Versicherern heute zur Verfügung? Wie erhalten die Versicherer die entsprechenden Informationen betreffend Teilnahme oder Umsetzung der Qualitätsmassnahmen? Und wie finanzieren die Versicherer das Prozessrisiko? Fazit: Art. 36 Abs. 4 kann heute praktisch nicht eingefordert werden.

Anders wäre die Situation, wenn die Leistungserbringer die seit Jahren geforderte Qualitätsarbeit bereits standardmässig ausweisen würden. Die Qualitätsvorlage, welche die Qualitätsarbeit durchsetzen und zu entsprechenden Resultaten führen muss, befindet sich aber erst im parlamentarischen Prozess.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anmerkungen bei der Überarbeitung des Gesetzesentwurfs und stehen Ihnen für Fragen oder Auskünfte gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

**santésuisse**



Verena Nold  
Direktorin



Isabel Kohler Muster  
Leiterin Rechtsdienst santésuisse-Gruppe