



Regierungsrat, Postfach 156, 6301 Zug

Nur per E-Mail

Bundesamt für Gesundheit BAG
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Zug, 3. Oktober 2017 hs

Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern); Vernehmlassungsantwort

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 5. Juli 2017 lud das Eidgenössische Departement des Innern die Kantone ein, zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern) Stellung zu nehmen. Gerne äussern wir uns zu dieser Vorlage.

Wir begrüssen die vorgeschlagenen Änderungen im Grundsatz, da das Ende der bisherigen, bis zum 30. Juni 2019 befristeten Zulassungsbeschränkung für Ärztinnen und Ärzte eine nahtlose Anschlussregelung erforderlich macht. Ein Auslaufen der Zulassungsbeschränkung wie Ende 2011 und ein neuerlicher, ungebremster Anstieg der Ärztezahl muss vermieden werden.

Aus Sicht des Kantons Zug handelt es sich beim vorliegenden Vorschlag jedoch nicht um eine abschliessende Lösung. Wie im Bericht des Bundesrates vom 3. März 2017 festgehalten wurde, sind namentlich hinsichtlich einer möglichen Lockerung des Vertragszwangs noch weitere Diskussionen unter den Akteuren erforderlich, um eine langfristige Einigung zu erzielen («Alternativen zur heutigen Steuerung der Zulassung von Ärztinnen und Ärzten», Bericht des Bundesrats in Erfüllung des Postulats 16.3000 SGK-S vom 12. Januar 2016, S. 2). Diese Diskussionen müssen ungeachtet der nun vorgeschlagenen Anschlusslösung weitergeführt werden.

1. Anträge

1.1 Ungenügende Fokussierung auf einen umsetzbaren Vollzug

Der Entwurf ist mit dem Ziel einer einfacheren Umsetzung zu überarbeiten; die Erläuterungen sind entsprechend zu ergänzen.

1.2 Artikel 36 Absatz 3

Bei Ärztinnen und Ärzten ist an der bisherigen Dreijahresfrist festzuhalten. Für die übrigen Leistungserbringer sind nicht bloss Wartefristen vorzusehen, sondern es ist eine praktische Tätigkeit im entsprechenden Beruf zu verlangen.

1.3 Artikel 36 Absätze 5–7

Auf die Schaffung einer besonderen Organisation der Versicherer ist zu verzichten.

1.4 Artikel 55a – grundsätzliche Bemerkungen

Der Bericht ist zu präzisieren. Für den Zulassungsentscheid sollen weiterhin die Kantone zuständig sein.

1.5 Artikel 55a Absatz 1

Beim Zulassungsentscheid soll es möglich sein, die regionale Verteilung der Leistungserbringer zu berücksichtigen und die Bewilligung mit Einschränkungen zu verbinden. In Bezug auf den Begriff der «selbstständigen Berufsausübung» ist die Terminologie zu überprüfen.

1.6 Artikel 55a Absatz 2 Satz 1

Streichung.

Eventualiter: Jährliche Erhebung der durchschnittlichen Beschäftigungsgrade je Fachgebiet durch den Bund.

1.7 Artikel 55a Absatz 2 Satz 2

Streichung.

1.8 Artikel 55a Absatz 3 Satz 2

Streichung.

1.9 Artikel 55a Absatz 5

Buchstabe a ist wie folgt zu ergänzen:

- a. *Ärzte und Ärztinnen, die in diesem Kanton vor Inkrafttreten der Höchstzahl zugelassen wurden und ihre Tätigkeit selbstständig oder unselbstständig ausgeübt haben.*

1.10 Artikel 55a Absatz 6

Es ist zu präzisieren, dass die Kantone generell-abstrakte Regeln schaffen dürfen.

1.11 Übergangsbestimmungen

Für Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte ist vorzusehen, dass diese nur in Kantonen, in denen sie bereits zugelassen sind, keine Bewilligung benötigen.

2. Ungenügende Fokussierung auf einen umsetzbaren Vollzug

Der vorliegende Entwurf bedarf in Bezug auf die praktische Umsetzung im Vollzug einer umfassenden Überarbeitung. Die Schaffung zusätzlicher Verwaltungsstrukturen, neuer Koordinationspflichten unter den Kantonen, das Voraussetzen nicht vorhandener Datengrundlagen sowie das unklare Verhältnis zwischen der Zulassung nach Artikel 36 Absatz 1 und der Bewilligung nach Artikel 55a Absatz 1 machen die Vorlage zu komplex und für die zuständigen Behörden impraktikabel.

Im Rahmen der Überarbeitung des Erlassentwurfs sind auch die Erläuterungen zu ergänzen. Es sollten darin verstärkt für den Vollzug zentrale Themen angesprochen werden. Es fehlen namentlich Ausführungen zum Verhältnis zwischen der Zulassungssteuerung und dem Binnenmarktgesetz sowie zur Frage der 90-Tage-Dienstleister. Zudem sollte zumindest in den Erläuterungen ausdrücklich festgehalten werden, dass Artikel 55a – wie die bisherige Regelung – auch für Zahnärztinnen und Zahnärzte gilt.

3. Zu den einzelnen Bestimmungen

3.1 Artikel 36 Absatz 3

Es ist fraglich, ob eine blossе Wartefrist von zwei Jahren ein geeignetes Mittel ist, um die Qualität der Leistungserbringung zu verbessern. So würde etwa auch eine Person, die nach ihrer Ausbildung zwei Jahre arbeitslos oder nicht im Gesundheitswesen tätig war, dieses Kriterium erfüllen. Stattdessen ist, wo angemessen, eine praktische Tätigkeit im entsprechenden Beruf zu verlangen.

Bei Ärztinnen und Ärzten hingegen ist an der bisherigen Regelung festzuhalten, wonach grundsätzlich eine dreijährige Tätigkeit an einer anerkannten Weiterbildungsstätte in der Schweiz vorausgesetzt wird. Die Einführung einer reinen Wartefrist von zwei Jahren würde hier eine erhebliche Senkung der geltenden Zulassungsanforderungen bedeuten.

3.2 Artikel 36 Absätze 5–7

Das heutige System, wonach jene kantonale Behörde, die über die Berufsausübungsbewilligung entscheidet, auch über die Zulassung zur Abrechnung zulasten der OKP befindet, ist zu bevorzugen. Die Überprüfung der jeweiligen Voraussetzungen in einem einzigen Verfahren ist zweckmässiger und kann durch die kantonalen Aufsichtsbehörden besser abgewickelt werden. Auf die Schaffung einer besonderen Organisation der Versicherer ist daher zu verzichten.

3.3 Artikel 55a – grundsätzliche Bemerkungen

Es ergibt sich aus der Vorlage und den Erläuterungen nicht deutlich genug, wie sich die Zulassung der Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe a–g und m (Art. 36 KVG) zur Zulassungsbeschränkung bei Ärztinnen und Ärzten (Art. 55a KVG) verhält.

Gegenwärtig benötigen Ärztinnen und Ärzte einerseits eine Bewilligung zur selbstständigen Ausübung des Arztberufs (Art. 34 MedBG) sowie in den meisten Kantonen eine Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 1 Abs. 1 VEZL). Beide Entscheide werden von der Aufsichtsbehörde des Kantons ihrer Tätigkeit gefällt. Nach der Vernehmlassungsvorlage würden Ärztinnen und Ärzte künftig im Regelfall drei Bewilligungen von zwei verschiedenen Behörden benötigen: Wie bisher die Bewilligung zur selbstständigen Ausübung des Arztberufs (Art. 34 MedBG), daneben jedoch auch die allgemeine Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP (Art. 36 Abs. 1 KVG) sowie eine spezielle Bewilligung zur Tätigkeit zulasten der OKP in jenen Kantonen, die Höchstzahlen festgelegt haben (Art. 55a Abs. 1 KVG; «Falls die Kantone sich dergestalt für eine Zulassungsbeschränkung entscheiden, müssen sie hierzu eine Bewilligungspraxis initialisieren.», S. 27 der Erläuterungen). Für den ersten und den dritten Entscheid wäre der Kanton zuständig, für den zweiten hingegen die neue Organisation der Versicherer. Die kantonalen Bewilligungen wären jeweils nur auf dem Gebiet des ausstellenden Kantons gültig, während der Entscheid der Organisation der Versicherer schweizweit gelten würde. Bei Ärztinnen und Ärzten mit einer Tätigkeit in mehreren Kantonen würde die Lage entsprechend komplexer. So würde eine Ärztin aus dem Kanton Zug, die an zwei Tagen pro Woche in Luzern praktizieren möchte, bereits fünf Bewilligungen von drei Behörden benötigen.

Es wäre daher sinnvoller, dass jene kantonale Behörde, die bereits die Berufsausübungsbewilligung sowie die besondere Bewilligung nach Artikel 55a ausstellt, auch über die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP befinden könnte. Die Schaffung einer besonderen Zulassungsorganisation der Versicherer wäre so nicht notwendig.

3.4 Artikel 55a Absatz 1

In vielen Kantonen bestehen grosse regionale Unterschiede in Bezug auf die Versorgungsdichte. So kann die Versorgung in einem Fachgebiet in den städtischen Zentren überdurchschnittlich sein, während sie in ländlichen Regionen nicht mehr sichergestellt ist. In diesem Fall ist die Zulassung neuer Ärztinnen und Ärzte nur dann sinnvoll, wenn diese ihre Tätigkeit nicht in einem bereits überversorgten Kantonsteil aufnehmen. Zusätzlich zur Festlegung von Höchstzahlen sollte es den Kantonen daher möglich sein, bei ihrem Zulassungsentscheid die regionale Verteilung der Leistungserbringer zu berücksichtigen und die Bewilligung mit Einschränkungen fachlicher, zeitlicher und räumlicher Art verbinden zu können.

Der in Artikel 55a Absatz 1 Buchstabe a und Absatz 5 Buchstabe a verwendete Begriff der «selbstständigen Berufsausübung» ist insofern unklar, als daraus nicht erkenntlich wird, ob damit die fachliche oder die wirtschaftliche Selbstständigkeit gemeint ist. Da per 1. Januar 2018, nach jahrelanger Kritik in der Literatur, im Medizinalberufegesetz der Begriff der «selbstständigen Berufsausübung» mit der Wendung «privatwirtschaftliche Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung» ersetzt wird, ist zu prüfen, ob eine einheitliche Terminologie gefunden werden kann. Auch in den Erläuterungen sollte auf diese Problematik eingegangen werden.

3.5 Artikel 55a Absatz 2 Satz 1

Die Berücksichtigung von Beschäftigungsgraden, wie in der Vernehmlassungsvorlage vorgeschlagen, ist für die Kantone impraktikabel. Beschäftigungsgrade sind ständigen Änderungen unterworfen und es wäre nahezu unmöglich, selbst auf einen Stichtag hin die Beschäftigungsgrade sämtlicher in einem Kanton tätigen Ärztinnen und Ärzte korrekt zu erfassen. Zudem kann sich insbesondere in kleinen Kantonen, in denen nicht selten nur eine Ärztin oder ein Arzt in einem bestimmten Fachgebiet tätig ist (z. B. Pneumologie, Medizinische Onkologie), der durchschnittliche Beschäftigungsgrad in einem Fachgebiet von einem Tag auf den andern verdoppeln oder verdreifachen.

Abgesehen von dieser Problematik ist auch unklar, welche Arbeitsleistung überhaupt als Vollzeitpensum anzusehen wäre. Je nach Fachbereich, Tätigkeit und hierarchischer Stellung in einem Klinikbetrieb unterscheiden sich die Vorstellungen, was einer Vollzeitbeschäftigung entspricht, stark (42, 50 oder mehr Arbeitsstunden pro Woche). In manchen Fällen wird sich zudem bei Ärztinnen und Ärzten mit mehr als einem Facharzttitel auch die Frage stellen, wie sich dieser Umstand auf die Berechnung des Beschäftigungsgrades auswirkt. Auch würde etwa die Festlegung einer kantonsweiten Höchstgrenze von beispielsweise 100 Prozent Beschäftigungsgrad im Fachbereich Neurologie faktisch nicht verhindern, dass zwei bisher an drei beziehungsweise an zwei Wochentagen tätige Neurologinnen ihr Pensum auf je fünf Wochentage erhöhen und die Höchstgrenze ohne Weiteres umgehen könnten.

Es ist in diesem Zusammenhang auch darauf hinzuweisen, dass gegenüber den Aufsichtsbehörden regelmässig argumentiert wird, der Inhaber einer bestehenden Zulassung würde eine bestimmte Prozentzahl seiner bisherigen Tätigkeit an eine neue Praxispartnerin oder eine Nachfolgerin abtreten (sog. «Splitting» von Zulassungen). In solchen Fällen ist jedoch nicht sichergestellt, dass der bisherige Zulassungsinhaber sein Pensum tatsächlich reduziert, was mancherorts zu einem schwunghaften Handel mit Zulassungen führte. Würde die Berücksichtigung von Beschäftigungsgraden nun im Bundesrecht vorgeschrieben, würde diese Argumentationsweise noch befördert.

Wie sich an diesen nicht abschliessenden Beispielen zeigt, mag die Berücksichtigung von Beschäftigungsgraden in der Theorie einleuchtend erscheinen, in der Praxis führt sie jedoch bloss zu zahlreichen Umgehungsmöglichkeiten und massiven Problemen im Vollzug. Daher sollte für die Bestimmung der Höchstzahlen wie bisher an der Anzahl Ärztinnen und Ärzte und nicht an Beschäftigungsgraden angeknüpft werden.

Sollte dennoch an der Berücksichtigung von Beschäftigungsgraden festgehalten werden, wäre eine Lösung zu bevorzugen, wonach der Bund für jedes Fachgebiet jährlich einen durchschnittlichen Beschäftigungsgrad erhebt (z. B. 75 Prozent in der Psychiatrie, 95 Prozent in der Neurochirurgie etc.) und die Kantone ihren Berechnungen diese Durchschnittswerte zugrunde legen können.

3.6 Artikel 55a Absatz 2 Satz 2

Die Grundidee der vorgeschlagenen Lösung ist, dass künftig statt des Bundesrats die Kantone zur Festlegung der Höchstzahlen kompetent sein sollen. Dieser Grundsatz wird durch Artikel 55a Absatz 2 Satz 2 jedoch stark relativiert. Wenn nun neu die Kantone zuständig sein sollen, Höchstzahlen festzulegen, sollte ihnen auch frei stehen, wie sie diese Höchstzahlen bestimmen.

So sollte sich die Bestimmung der Höchstzahl in stark überversorgten Kantonen nicht nach denselben Kriterien richten müssen wie in Kantonen mit nur punktueller Überversorgung. Starre Vorschriften des Bundesrates könnten passendere, auf die Situation im jeweiligen Kanton zugeschnittene Lösungen verhindern. Die Kompetenz des Bundesrates, den Kantonen Kriterien und Methoden zur Bestimmung der Höchstzahlen vorzuschreiben, ist daher zu streichen.

3.7 Artikel 55a Absatz 3 Satz 2

Mit der Koordinationspflicht nach Artikel 55a Absatz 3 Satz 2 soll die Mobilität der Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden. Diese Bestimmung ist aus mehreren Gründen abzulehnen.

Will ein Kanton die Anliegen eines Nachbarkantons bei der Entscheidungsfindung berücksichtigen, wird er auch ohne entsprechende Vorschrift dessen Meinung einholen. Ist er hingegen entschlossen, die Höchstzahlen eigenständig festzulegen, dürfte die vorgeschlagene Koordinationspflicht kaum eine Wirkung entfalten.

Weiter fehlen den Kantonen die für eine faktenbasierte Koordination notwendigen Daten. Es ist unklar, wie und auf welcher gesetzlichen Grundlage eine regelmässige Erhebung der Patientenströme zur Erfüllung der Koordinationspflicht zu erfolgen hätte; in jedem Fall wäre dies mit sehr hohem Aufwand verbunden.

Zudem ist fraglich, ob die Berücksichtigung interkantonaler Patientenströme überhaupt wünschbar ist, da letztere in vielen Fällen einseitig sein dürften. So ist beispielsweise anzunehmen, dass die Patientenströme zwischen den Kantonen Jura und Basel-Stadt nicht ausgeglichen sind und sich deutlich mehr Patienten aus dem Kanton Jura in Basel-Stadt behandeln lassen als umgekehrt. Die Berücksichtigung solcher einseitiger Patientenströme zwischen städtisch und ländlich geprägten Kantonen würde dazu führen, dass im vorgenannten Beispiel Basel-Stadt höhere und Jura niedrigere Höchstzahlen festlegen müsste. Diese zusätzliche Erhöhung der Kapazitäten in den wirtschaftlichen Zentren ist aber gerade nicht wünschenswert. Da die Berücksichtigung der kantonsübergreifenden Patientenströme zu unerwünschten Ergebnissen führen dürfte, ist sie abzulehnen und Artikel 55a Absatz 3 Satz 2 zu streichen.

3.8 Artikel 55a Absatz 5

Die Bestimmung sollte so ausgestaltet werden, dass lediglich eine Besitzstandswahrung sichergestellt wird. Wer vor dem Inkrafttreten in einem Kanton zugelassen wurde, soll weiterhin in diesem Kanton weiterarbeiten dürfen. Wer heute aber keine Zulassung eines Kantons mit Zulassungsbeschränkung erhalten kann, soll nach der Revision nicht automatisch einen Anspruch auf eine solche haben.

Nach der vorgeschlagenen Formulierung in Artikel 55a Absatz 5 Buchstabe a könnte argumentiert werden, dass eine Ärztin oder ein Arzt, die oder der bisher nur in einem Kanton ohne Zulassungsbeschränkung eine Zulassung erhalten konnte, ab Inkrafttreten der Änderung auch in jedem anderen zugelassen werden müsste. Dies ginge über eine Besitzstandswahrung weit hinaus (dieses Problem wiederholt sich in den Übergangsbestimmungen). Artikel 55a Absatz 5 Buchstabe a ist daher wie folgt zu ergänzen:

- a. *Ärzte und Ärztinnen, die in diesem Kanton vor Inkrafttreten der Höchstzahl zugelassen wurden und ihre Tätigkeit selbstständig oder unselbstständig ausgeübt haben.*

Durch diese Ergänzung würden die Ärztinnen und Ärzte in der freien Praxis zudem weniger stark gegenüber ihren Kolleginnen und Kollegen im ambulanten Bereich von Spitälern und in HMO-Praxen bevorzugt, welche gemäss Buchstabe b nur solange keine Bewilligung benötigen, als sie ihre Tätigkeit im bisherigen Betrieb weiter ausüben.

3.9 Artikel 55a Absatz 6

Es sollte präzisiert werden, dass die Kantone zu dieser Bestimmung generell-abstrakte Regeln schaffen dürfen, also etwa in einer Verordnung bestimmen können, dass die Zulassungsbeschränkung beim Eintritt der genannten Bedingungen automatisch in Kraft tritt.

3.10 Übergangsbestimmungen

Für Ärztinnen und Ärzte ist ein Vorbehalt im Sinne der Ausführungen zu Artikel 55a Absatz 5 einzufügen. Für jene von ihnen, die heute der Zulassungsbeschränkung unterliegen, soll diese nicht per Übergangsbestimmungen aufgehoben werden. Sie sollen in Kantonen, welche die Zulassungsbeschränkung nahtlos weiterführen und in denen sie bisher nicht zugelassen waren, der Beschränkung weiterhin unterliegen.

Seite 8/8

Wir bedanken uns für die Gelegenheit zur Stellungnahme.

Zug, 3. Oktober 2017

Freundliche Grüsse
Regierungsrat des Kantons Zug

Manuela Weichelt-Picard
Frau Landammann

Tobias Moser
Landschreiber

Kopie per E-Mail an:

- abteilung-leistungen@bag.admin.ch (PDF- und Word-Format)
- Eidgenössische Parlamentarier des Kantons Zug
- Gesundheitsdirektion, info.gd@zg.ch
- Amt für Gesundheit, gesund@zg.ch