

**Auszug aus dem Protokoll
des Regierungsrates des Kantons Zürich**

Sitzung vom 27. September 2017

**896. Bundesgesetz über die Krankenversicherung, Änderung
(Vernehmlassung)**

Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) hat mit Schreiben vom 5. Juli 2017 das Vernehmlassungsverfahren betreffend die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern) eröffnet.

Mit der Vorlage soll die auf den 30. Juni 2019 befristete Regelung der Zulassungsbeschränkung für Ärztinnen und Ärzte nach Art. 55a des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) – die im Kanton Zürich gegenwärtig nicht angewendet wird – durch eine unbefristete Lösung ersetzt werden.

Der Bundesrat schlägt eine Neuregelung mit drei Interventionsebenen vor. Die erste wird bereits mit dem revidierten Medizinalberufegesetz vom 23. Juni 2006 (SR 811.11) und dem noch nicht in Kraft gesetzten, am 30. September 2016 von den eidgenössischen Räten beschlossenen Gesundheitsberufegesetz umgesetzt, indem die Anforderungen an die Aus- und Weiterbildung der Medizinal- und Gesundheitsberufe sowie die Voraussetzungen für die fachlich eigenverantwortliche Berufsausübung festgelegt werden.

In einer zweiten Interventionsebene werden die Anforderungen an Leistungserbringer zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) im ambulanten Bereich verschärft. Es soll ein formelles Zulassungsverfahren für alle Erbringer ambulanter Leistungen eingeführt werden, wobei der Bundesrat die Voraussetzungen festlegen würde, welche die Leistungserbringer erfüllen müssten, um eine qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungserbringung zu gewährleisten. Dem Bundesrat würde weiter die Kompetenz eingeräumt, vor der Zulassung von Leistungserbringern eine zweijährige Wartefrist vorzusehen sowie den Nachweis der für die Qualität der Leistungserbringung notwendigen Kenntnisse des Schweizer Gesundheitssystems zu verlangen und dafür eine Prüfung vorzusehen. Die Prüfung der Zulassungsvoraussetzungen würde durch eine von den Krankenversichern oder subsidiär vom Bundesrat zu bezeichnende Organisation erfolgen.

Als dritte Interventionsebene hätten die Kantone – in etwas geänderter Form – weiterhin die Möglichkeit, die Zulassung ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzten über die Anwendung von Höchstzahlen pro Fachgebiet zu steuern, wobei sie für die Festlegung der Höchstzahlen neu selber und nicht mehr der Bund zuständig wären. Weiter würden die Kan-

tone die Möglichkeit erhalten, bei einem starken Kostenanstieg in einem oder mehreren Fachgebieten, unabhängig von Höchstzahlen die Zulassung neuer Ärztinnen und Ärztinnen dieses Fachgebiets zu beschränken.

Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass die geltende befristete Regelung der Zulassungsbeschränkung für Ärztinnen und Ärzte durch eine unbefristete Lösung ersetzt werden soll, die insbesondere auch die Qualitätsanforderungen verschärft. Die Verknüpfung mit Qualitätsanforderungen ist ein überzeugender Ansatz, und es ist davon auszugehen, dass dies zu mehr Kostenbewusstsein führen würde. Es bestehen aber insbesondere in Bezug auf die zweite Interventionsebene Klärungsbedarf und Vorbehalte. So bestehen Befürchtungen, das neue formelle Zulassungsverfahren könnte zu kompliziert sein oder zu Doppelspurigkeiten führen.

Mit der beantragten Neuregelung bliebe es den Kantonen überlassen, ob sie die Zulassung der Ärztinnen und Ärzte zur Leistungserbringung nach OKP mittels der Festsetzung von Höchstzahlen beschränken wollen. Würde der Kanton Zürich auf die Umsetzung der Zulassungsbeschränkung verzichten, wie das auch gegenwärtig der Fall ist, wären keinerlei finanzielle Auswirkung auf den Kantonshaushalt zu erwarten. Sollte aber die Zulassungsbeschränkung für ein oder mehrere Fachgebiete umgesetzt werden, wäre mit einem Mehraufwand zu rechnen. Um die erforderlichen Höchstzahlen festzulegen, müsste der angemessene Bedarf an Leistungen in den betroffenen Fachgebieten ermittelt werden, wofür aber gegenwärtig keine genügende Datengrundlage und keine geeignete Methodik vorhanden sind. Um eine Angebotssteuerung des ambulanten Sektors unter Berücksichtigung sämtlicher Schnittstellen durchzuführen, würden die vorhandenen personellen Mittel nicht ausreichen.

Der Vorstand der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) hat mit Schreiben vom 24. August 2017 ebenfalls zur Vorlage Stellung genommen. Auf diese Stellungnahme kann in der Antwort des Kantons Zürich mit ergänzenden Bemerkungen verwiesen werden.

Auf Antrag der Gesundheitsdirektion

beschliesst der Regierungsrat:

I. Schreiben an das Eidgenössische Departement des Innern (auch per E-Mail als PDF- und Word-Version an abteilung-leistungen@bag.admin.ch):

Mit Schreiben vom 5. Juli 2017 haben Sie uns den Entwurf der Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes (Zulassung Leistungserbringer) zur Vernehmlassung unterbreitet. Wir danken für die Gelegenheit zur Stellungnahme und äussern uns wie folgt:

Wir begrüßen die nahtlose Ablösung der befristeten Zulassungsbeschränkung für Ärztinnen und Ärzte durch eine unbefristete Lösung, insbesondere auch die Verknüpfung der Zulassung von Leistungserbringern zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit zusätzlichen Qualitätsanforderungen.

In Bezug auf die zweite Interventionsebene, die Einführung eines neuen formellen Verfahrens für die Zulassung von Leistungserbringern, bestehen aber Klärungsbedarf und Vorbehalte. Insbesondere ist zu befürchten, dass das neue Verfahren zu kompliziert sein wird oder zu Doppelspurigkeiten führen könnte. Im Weiteren verweisen wir auf die grundsätzliche Beurteilung der Vernehmlassungsvorlage durch die Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), die mit der unsrigen übereinstimmt. Ergänzend haben wir folgende Bemerkungen:

Art. 36

Abs. 1–3^{bis} und 5–7

Der Einführung eines neuen formellen Verfahrens für die Zulassung von Erbringern ambulanter Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung durch eine von den Versicherern oder subsidiär vom Bundesrat zu bezeichnende Organisation stehen wir skeptisch gegenüber. Wir befürchten, dass damit Doppelspurigkeiten zum kantonalen gesundheitspolizeilichen Bewilligungsverfahren geschaffen werden und dass die Bestimmung aufgrund des grossen Regelungsbedarfs nicht zeitgerecht umgesetzt werden könnte.

Gegen die Festlegung der einzelnen Zulassungsvoraussetzungen auf Verordnungsstufe, wie das bereits heute bei den Leistungserbringern nach geltendem Art. 38 KVG der Fall ist, haben wir nichts einzuwenden. Die Anforderungen an Qualität und Struktur der Leistungserbringung sollten aber klar definiert sein (z. B. Teilnahme an einem vorgeschriebenen Qualitätsprogramm), und damit sollte der Organisation, welche die Zulassungsvoraussetzungen zu prüfen hat, kein grosses Ermessen eingeräumt werden. Andernfalls könnte dies als Aufweichung des Kontrahierungszwanges verstanden werden, was die ganze Vorlage in Gefahr bringen würde.

Um Doppelspurigkeiten zum gesundheitspolizeilichen Bewilligungsverfahren zu vermeiden, sollten keine Zulassungsvoraussetzungen festgelegt werden, die bereits im gesundheitspolizeilichen Bewilligungsverfahren auf Kantonsebene überprüft werden (z. B. bezüglich Aus- und Weiterbildung), sondern direkt auf das Vorhandensein der Berufsausübungsbewilligung abgestützt werden. Nur zusätzliche, im Hinblick auf eine qualitative hochstehende und zweckmässige Leistungserbringung erforderliche Kriterien sollten festgelegt werden.

Besonders bei den Apothekerinnen und den Apothekern ist zu beachten, dass an die persönliche Zulassung als Leistungserbringer keine zusätzlichen Anforderungen gestellt werden, die bereits im Zusammenhang mit der Erteilung der Betriebs- und der Detailhandelsbewilligung an die Apotheke durch den Kanton gestützt auf das Heilmittelgesetz vom 15. Dezember 2000 (HMG; SR 812.21) und die kantonale Gesundheitsgesetzgebung nachgewiesen werden müssen. Anforderungen an die Qualität und Struktur ergeben sich bei Apotheken bereits aus dem Heilmittelrecht.

Anstelle der in Abs. 3 vorgesehenen zweijährigen Wartefrist wäre es sinnvoller, es könnte eine Tätigkeit an einer Schweizerischen Weiterbildungsstätte verlangt werden. Allerdings sollte diese nicht nur nach Abschluss, sondern auch während der Weiterbildung absolviert werden können. Dies hätte zum Beispiel bei Medizinerinnen und Medizinern zur Folge, dass sie sich in dieser Zeit weiter qualifizieren könnten, ohne dass in der Schweiz weitergebildete Ärztinnen und Ärzte am Einstieg in die eigene Praxis behindert würden. Damit würde sich auch Abs. 3^{bis} betreffend Nachweis über Kenntnisse des Schweizerischen Gesundheitswesens erübrigen, da die dort vorgesehene Ausnahme zur Regel würde.

Abs. 4

Wir begrüssen diese Bestimmung grundsätzlich. Allerdings ist zu beachten, dass damit keine Redundanz zu den bereits in Art. 32 und 56 ff. KVG vorgesehenen Anforderungen betreffend Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung geschaffen wird. Die Auflagen sollten zudem klar definiert werden, damit den Versicherten kein zu grosser Ermessensspielraum eingeräumt wird.

Art. 55a

Wir begrüssen die Möglichkeit für die Kantone, bei Bedarf die ambulante ärztliche Versorgung selber steuern zu können. Es ist auch richtig, dass es durch die Kann-Formulierung weiterhin den Kantonen überlassen bleibt, ob sie von der Möglichkeit Gebrauch machen wollen. Wichtig ist, dass dieses Instrument in der Umsetzung möglichst einfach und technisch nicht zu anspruchsvoll ist.

Abs. 1

Sowohl in Abs. 1 als auch in der Überschrift führt die Verwendung des Begriffs Bewilligung zu Verwirrung bzw. kann zu Verwechslung mit der von den Kantonen gestützt auf die Medizinalberufegesetzgebung erteilten gesundheitspolizeilichen Bewilligung führen. Wir regen deshalb an, die Überschrift von Art. 55a und den Einleitungssatz von Abs. 1 folgendermassen anzupassen:

«Art. 55a Einschränkung der Zulassung von Ärztinnen und Ärzten zur Leistungserbringung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

¹ Ein Kanton kann die Anzahl folgender Personen, die im ambulanten Bereich Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbringen, für ein oder mehrere medizinische Fachgebiete einschränken: ...»

Weiter sollte es möglich sein, die Einschränkung auf bestimmte Regionen innerhalb eines Kantons einzugrenzen. Zudem beantragen wir, die Terminologie selbstständig/unselbstständig entweder an das revidierte Medizinalberufegesetz anzupassen (fachlich eigenverantwortlich oder nicht) oder zumindest in den Erläuterungen zu klären, ob es um die sozialversicherungsrechtliche Selbstständigkeit oder um die fachliche Eigenverantwortung geht.

Abs. 2

Den Beschäftigungsgrad von Ärztinnen und Ärzten zu berücksichtigen, ist äusserst kompliziert. Spitalärztinnen und -ärzte können zum Beispiel sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich tätig sein. Bei den frei Praktizierenden besteht keine Soll-Arbeitszeit, womit deren Beschäftigungsgrad nicht festgelegt werden kann. Auf jeden Fall sind den Kantonen heute diese Zahlen nicht bekannt. Die Bestimmung ist deshalb in dem Sinne anzupassen, dass der allgemeinen Entwicklung des Beschäftigungsgrades von Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz Rechnung zu tragen ist.

Abs. 3

Mit dem ersten Satz sind wir einverstanden. Die Koordination mit den anderen Kantonen bei der Festlegung von Höchstzahlen ist jedoch schwierig, da die Koordinationspflicht mit der Kompetenz der Kantone, Art. 55a KVG anzuwenden oder nicht, im Widerspruch steht. Eine Koordination ist auch mangels einheitlicher Planungsgrundsätze im ambulanten Bereich schwierig. Die diesbezüglichen Anforderungen sind deshalb gering zu halten.

Abs. 4

Die Bestimmung ist dahingehend zu ergänzen, dass die Kantone bestimmen können, welche Daten notwendig sind. Ebenfalls sollte vorgesehen werden, dass unvollständige und schlechte Datenlieferungen durch Versicherer und Leistungserbringer sanktioniert werden können.

Abs. 5

Entsprechend unseren Anmerkungen zu Abs. 1 sollte auch hier der Begriff «Bewilligung» weggelassen werden. Wir beantragen folgende Formulierung: «Auch bei Einschränkung der Anzahl Leistungserbringer nach Abs. 1 können folgend Ärztinnen und Ärzte weiter tätig sein: ...» Auch bezüglich der Begriffe selbstständig/unselbstständig verweisen wir auf die Ausführungen zu Abs. 1.

Abs. 6

Diese Bestimmung, die den Kantonen im Fall eines starken Kostenanstiegs in einem bestimmten Fachgebiet unabhängig vom Bestehen von Höchstzahlen ein rasches Einschreiten ermöglicht, beurteilen wir als sinnvoll. Um die Bestimmung aber umsetzen zu können, müssten den Kantonen Informationen über die Kosten je versicherte Person pro Fachgebiet zur Verfügung stehen. Wie in Abs. 4 bezüglich der Bestimmung von Höchstzahlen vorgesehen, müssten die Versicherer dafür zur notwendigen Datenbekanntgabe verpflichtet werden.

Art. 59

Es sollte auch die unvollständige oder qualitativ schlechte Datenlieferung durch die Leistungserbringer sanktioniert werden können (vgl. Bemerkungen zu Art. 55a Abs. 4 und 6). Die Bestimmung sollte entsprechend ergänzt werden.

II. Mitteilung an die Geschäftsleitung des Kantonsrates, die Mitglieder des Regierungsrates und die Gesundheitsdirektion.



Vor dem Regierungsrat
Der stv. Staatsschreiber:

Hösli