HS HEIME & SPITÄLER

01
MÄRZ
2023

FACHMEDIUM FÜR MANAGEMENT, E-HEALTH, EINKAUF, FOOD, HAUSTECHNIK, IT & PFLEGE

GESUNDHEITSRECHT
12 | Die wichtigsten Themen für 2023

DOSSIER
22 | Nachhaltigkeit: Strategie und Standpunkte

PFLEGETREND
30 | Somatik und Psychologie wachsen weiter zusammen

«Das Wichtigste ist, die Ärztinnen und Ärzte zu gewinnen»

Wie **Rodolphe Eurin**, CEO des Hôpital de La Tour, das Konzept von Value Based Healthcare im grössten unabhängigen Spital der Westschweiz konsequent umsetzt | **08**

TRANSGOURMET | care

Profis in Care Hand in Hand

transgourmet.ch/care

TRANSGOURMET

Aktuelle Rechtsentwicklungen im Gesundheitswesen

Die rechtlichen Rahmenbedingungen für Heime und Spitäler ändern sich fortwährend. Wir werfen einen Blick auf wichtige Neuerungen und Entwicklungen in der Gesetzgebung, der Rechtsprechung und der Behördenpraxis.

▶ LUCINA HERZOG UND DR. MARTIN ZOBL

Zulassung von ambulanten Leistungserbringern

Am 1. Januar 2022 traten die neuen Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) über die Zulassung von Leistungserbringern im ambulanten Bereich in Kraft. Mit den neuen Bestimmungen wurden die Anforderungen an Leistungserbringer, die zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) tätig sind, verschärft (qualitative Zulassungsvoraussetzungen). Dadurch sollten Qualität und Wirtschaftlichkeit der von ihnen erbrachten Leistungen gesteigert werden.

Um zulasten der OKP tätig werden zu dürfen (Kassenzulassung), müssen Ärztinnen und Ärzte neu «mindestens drei Jahre im beantragten Fachgebiet an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben» (Art. 37 Abs. 1 KVG). Auch Einrichtungen der ambulanten Krankenpflege im Sinne von Art. 35 Abs. 2 Bst. n KVG (z. B. Gemeinschafts- bzw. Gruppenpraxen) werden nur zugelassen, wenn die dort tätigen Ärztinnen und Ärzte diese Voraussetzung erfüllen (Art. 37 Abs. 2 KVG). Wir haben in einem früheren Beitrag (siehe Heime & Spitäler August 2022) gezeigt, dass diese Anforderung im Widerspruch zu bestehenden Regelungen, insbesondere zum Freizügigkeitsabkommen mit der EU (FZA) oder zur Weiterbildungsordnung (WBO), steht. Im Rahmen einer parlamentarischen Initiative wurde eine Lockerung der Regelung verlangt, um einem Ärztemangel insbesondere in bestimmten Randregionen vorzubeugen. Die Ausnahme soll allerdings auf die folgenden Fachgebiete beschränkt sein: Allgemeine Innere Medizin, Praktischer Arzt oder Praktische Ärztin, Kinder- und Jugendmedizin, Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. In seiner Stellungnahme vom 25. Januar 2023 unterstützt der Bundesrat die vorgeschlagene Gesetzesanpassung. Gleichzeitig fordert er das Parlament auf, über eine grundlegende Anpassung von Art. 37 KVG nachzudenken, nachdem die EU im Gemischten Ausschuss zum FZA die Unvereinbarkeit dieser Bestimmung mit dem FZA angemahnt hat.

Zudem haben die Kantone gestützt auf Art. 55a Abs. 1 KVG die Möglichkeit, die Versorgung gemäss ihrem Bedarf selbst zu regulieren und Höchstzahlen der ambulant praktizierenden Ärztinnen und Ärzte für bestimmte Bereiche festzulegen (quantitative Zulassungsvoraussetzung). Im Kanton Basel-Landschaft hat nun das Kantonsgericht in einem Urteil vom 18. Januar 2023 die vom Kanton beschlossene Höchstzahl für praxis- und spitalambulante Ärztinnen und Ärzte («Ärztestopp») aufgehoben. Mit dem Ärztestopp habe die Kantonsregierung gegen die Gewaltentrennung und das Legalitätsprinzip verstossen.

Kantonale Spitalplanung

In der letzten Zeit haben mehrere Kantone ihre Spitallisten überarbeitet. So hat etwa Ende August 2022 der Kanton Zürich nach einem mehrjährigen Planungsprozess die ab 1. Januar 2023 geltenden Spitallisten festgesetzt. Im Bereich der Akutsomatik erhielten abgesehen von der Dielsdorfer Adus-Klinik alle Spitäler wieder einen Leistungsauftrag, wenn auch teilweise nicht im beantragten Umfang oder mit Auflagen (z. B. Spital Uster). Gegen die Spitalliste Akutsomatik haben laut Medienmitteilung des Zürcher Regierungsrats fünf Spitäler Beschwerden im Zusammenhang mit ihren Leistungsaufträgen eingereicht. Damit konnten die Spitallisten Akutsomatik und Psychiatrie Anfang 2023 grundsätzlich in Kraft treten. Demgegenüber führt der Kanton Thurgau gegen die Spitalliste Rehabilitation als solche Beschwerde. Infolgedessen bleibt die bisherige Zürcher Spitalliste 2012 Rehabilitation mit den Leistungsaufträgen der darin geführten Kliniken für die Dauer des Beschwerdeverfahrens in Kraft.

Auch der Kanton Zug hat im Dezember 2022 seine neue Spitalliste 2023 Akutsomatik verabschiedet. Im Sinne einer Konzentrationsstrategie ist vorgesehen, dass künftig nur noch das Zuger Kantonsspital einen uneingeschränkten Leistungsauftrag im Bereich der stationären Grund- und Notfallversorgung erhält. Dagegen sollen der Hirslanden Andreasklinik das sogenannte Basispaket sowie rund ein Dutzend weitere Leistungsaufträge entzogen werden. Die Andreasklinik hält laut einer Medienmitteilung die Absicht der Regierung, die stationäre Grund- und Notfallversorgung auf ein einziges Spital zu konzentrieren, für nicht bedarfsgerecht und rechtswidrig. Sie hat daher die Spitalliste beim Bundesverwaltungsgericht angefochten.

Hochspezialisierte Medizin

Nebst der (inner-)kantonalen Spitalplanung schreitet auch die interkantonale Planung und Konzentration der hochspezialisierten Medizin (HSM) voran. Gemäss Vorgaben des Bundesverwaltungsgerichts ist das HSM-Beschlussorgan, das sich aus den Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren von zehn Kantonen zusammensetzt, zu folgendem Verfahren verpflichtet: Zunächst wird definiert, welche Behandlungen unter die HSM fallen (Zuordnung); anschliessend erfolgt eine Zuteilung der Leistungen an die Spitäler (Leistungszuteilung). Der Leistungszuteilung ist ein Bewerbungsverfahren vorgelagert, das grundsätzlich allen Spitälern offensteht. Die HSM-Bereiche sind anhand des Schweizerischen Operationskatalogs (CHOP) und des internationalen Diagnoseverzeichnisses (ICD) definiert.

Eine Übersicht über die geplanten Aktivitäten findet sich auf *www.gdk-cds.ch/de/hochspezialisierte-medizin/* ▸▸

▸▸ *aktuelles-planung.* Aktuell laufen etwa Anhörungen zur Zuteilung in den Bereichen komplexe gynäkologische Tumore, hochspezialisierte Pädiatrie und Kinderchirurgie, pädiatrische Onkologie sowie invasive kongenitale und pädiatrische Kardiologie und Herzchirurgie. Für das erste Halbjahr 2023 angekündigt wurden Leistungszuteilungen in den Bereichen komplexe Neurochirurgie und Neuroradiologie und komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie (tiefe Rektumresektion und komplexe bariatrische Chirurgie).

Der Planungsprozess (Zuordnung und Zuteilung) dauert pro Bereich mehrere Jahre. Den Spitälern und Kliniken, die sich für einen HSM-Leistungsauftrag bewerben, wird empfohlen, sich frühzeitig mit dem Bewerbungsverfahren auseinanderzusetzen und sich bereits in der Zuordnungsphase einzubringen. In einem Beschwerdeverfahren kann das Bundesverwaltungsgericht die Zuteilungsentscheide nur eingeschränkt überprüfen. So findet etwa keine Ermessenskontrolle statt und neue Tatsachen und Beweismittel können grundsätzlich nicht berücksichtigt werden.

Genetische Untersuchungen am Menschen

Gentests können heutzutage schnell und kostengünstig durchgeführt werden. Interessierten Personen steht im Internet ein breites Angebot an sogenannten «direct-to-consumer genetic tests» (DTC-Gentests) zur Verfügung, dies oftmals von ausländischen Anbietern. Besonders Lifestyle-DNA-Tests erfreuen sich zunehmender Beliebtheit und versprechen Selbstoptimierung in den Bereichen Gesundheit, Schönheit und Partnersuche.

Das Bundesgesetz über genetische Untersuchungen am Menschen (GUMG) stammt aus dem Jahr 2007 und war aufgrund des rasanten technischen Fortschritts innerhalb kürzester Zeit überholt. Das Parlament beauftragte deshalb den Bundesrat, das Gesetz zu überprüfen und Gesetzeslücken zu schliessen. Obwohl die Revision massgeblich auf eine Regulierung der neuartigen DTC-Gentests zurückzuführen ist, wurden das GUMG und die korrespondierende Verordnung über genetische Untersuchungen am Menschen (GUMV) umfassend revidiert. Sie sind am 1. Dezember 2022 in Kraft getreten.

Das revidierte Recht verzichtet auf breit angelegte Verbote. Stattdessen gelten für sämtliche genetische Untersuchungen Mindestanforderungen an die Zustimmung, die Aufklärung und den Umgang mit genetischen Informationen. Die bisherige Regulierung von Gentests zu medizinischen Zwecken erfährt nur geringfügige Änderungen. War die Veranlassung genetischer Untersuchungen im medizinischen Bereich bislang Ärzten vorbehalten, wird diese Befugnis nun auf ausgewählte Gesundheitsfachpersonen ausgedehnt. Künftig können auch Zahnärzte, Apotheker und Chiropraktiker in ihrem jeweiligen Fachgebiet gewisse medizinische Gentests veranlassen, zum Beispiel zur Abklärung von Arzneimittelunverträglichkeiten. Besondere Voraussetzungen gelten fortan für pränatale Untersuchungen – die Mitteilung des Geschlechts ist in den ersten zwölf Wochen untersagt – sowie für genetische Untersuchungen an Verstorbenen.

Neu ist die Regulierung von Gentests ausserhalb des medizinischen Bereichs. Dabei unterscheidet das GUMG zwischen Gentests zur Abklärung besonders schützenswerter Eigenschaften und Gentests, deren Ergebnisse vergleichsweise unbedeutend für den Lebensstil oder das Verhalten einer Person sind. Die Ausführungsverordnung und die Botschaft zum GUMG geben der Praxis für die bisweilen diffizile Abgrenzung wertvolle Leitlinien an die Hand. Es wird deutlich, dass der Gesetzgeber Lifestyle-DNA-Tests ganz überwiegend der Kategorie der besonders schützenswerten Eigenschaften zuordnet, womit diese in der Schweiz ausschliesslich durch Gesundheitsfachpersonen dispensiert werden dürfen. Übrig für die Direktabgabe und damit den Onlineverkauf an Kunden bleiben lediglich Gentests zur Abklärung harmloser physiologischer Eigenschaften wie Ohrwachskonsistenz oder Tast- und Geschmackssinn.

Die Rechtsdurchsetzung ist bei Direktverkäufen ausländischer Anbieter im Internet kaum möglich. Interessierten Personen ist daher geraten, sich im Vorfeld über die Aussagekraft von DTC-Gentests und den Schutz ihrer genetischen Daten zu informieren. Die Webseite des Bundesamts für Gesundheit *www.bag.admin.ch/bag/de/home/medizin-und-forschung/genetische-untersuchungen/info-gentests/dtc-gentests.html* bietet eine erste Anlaufstelle. Die zur Abgabe berechtigten Gesundheitsfachpersonen sind ebenfalls gehalten, sich sorgfältig über die Vor- und Nachteile der Gentests, die sie anbieten möchten, zu informieren und sich gegebenenfalls weiterbilden zu lassen.

In-vitro-Diagnostika

Mit dem Inkrafttreten der neuen Verordnung über In-vitro-Diagnostika (IvDV) sowie der Änderung der Verordnung über klinische Versuche mit Medizinprodukten (KlinV-Mep) am 26. Mai 2022 fand die Revision des Medizinprodukterechts ihren vorläufigen Abschluss. Ziel der neuen Regulierung ist die Verbesserung der Patientensicherheit durch strengere Vorgaben an die Konformitätsbewertung und die Überwachung nach dem Inverkehrbringen.

Analog zur Totalrevision der Medizinprodukteverordnung zielt die IvDV auf die Angleichung des Schweizer Rechts an die verschärfte Regulierung in der EU. Gleich zwei Faktoren erschwerten den Legislativprozess und führten zeitweise zu grosser Unsicherheit über den konkreten Inhalt der Revision. Zum einen unterblieb die Anpassung des bilateralen Abkommens über die gegenseitige Anerkennung von Konformitätsbewertungen (MRA). Mangels Aktualisierung des MRA gilt die Schweiz in Bezug auf In-vitro-Diagnostika nunmehr als «Drittstaat», wie es bereits seit 2021 für andere Medizinprodukte der Fall ist (siehe auch Heime & Spitäler Dezember 2021). Zum anderen nahm die EU wegen Covid-19-bedingten Kapazitätsengpässen kurzfristig Anpassungen an der europäischen In-vitro-Diagnostika-Verordnung (IVDR) vor. Mit nach Risikoklassen abgestuften und längstens bis ins Jahr 2027 dauernden Übergangsfristen beabsichtigte die EU eine drohende Versorgungslücke zu verhindern. Diese Übergangsfristen hat die Schweiz in letzter Minute übernommen, sodass die IvDV zeitgleich mit der IVDR in Kraft treten konnte.

Um die negativen Auswirkungen für den Handel mit der EU abzumildern, ermöglicht die IvDV weiterhin die Anerkennung von EU-Konformitätsbescheinigungen in der Schweiz. Umgekehrt werden CH-Konformitätsbescheinigungen gemäss Mitteilung der EU-Kommission in der EU nicht mehr anerkannt, selbst wenn sie vor dem Stichtag des 26. Mai 2022 ausgestellt wurden. Ergänzende Vorgaben wie die Registrierung der Wirtschaftsakteure und die Meldung von schwerwiegenden Vorkommnissen bei Swissmedic sowie die Etablierung eines sogenannten Schweizer Bevollmächtigten (CH-REP) für ausländische Hersteller tragen dazu bei, dass Swissmedic die Marktüberwachung trotz Ausschluss aus dem Netzwerk der EU-Behörden aufrechterhalten kann.

Bundesgericht bestätigt Restfinanzierung der Pflege durch Wohnkanton

Das Bundesgericht bestätigt in seinem Urteil 9C_460/2021 vom 1. April 2022, dass der Wohnkanton für die Restfinanzierung der Pflege zuständig bleibt, wenn sich eine versicherte Person für ein aus-

serkantonales Pflegeheim entscheidet. Gemäss Art. 25a Abs. 5 S. 1 KVG dürfen der versicherten Person höchstens 20 Prozent der nicht von den Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten überwälzt werden. Die Kantone übernehmen die Restfinanzierung. Dabei wendet der Wohnkanton bei der Bestimmung der Höhe dieser Finanzierung grundsätzlich seine kantonalen Regeln an. Wenn zum Zeitpunkt der Aufnahme der versicherten Person kein Platz in einem wohnortnahen Pflegeheim zur Verfügung gestellt werden kann, übernimmt der Wohnkanton die Restfinanzierung nach den Regeln des Kantons, in dem sich das Pflegeheim befindet.

Eine betagte Person mit Wohnsitz im Kanton Genf trat im Juli 2019 in ein Pflegeheim im Kanton Zürich ein und beantragte beim zuständigen Departement des Kantons Genf die Übernahme der Restfinanzierung. Der Kanton Genf verweigerte die Übernahme mit der Begründung, dass der Kanton bei einem ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalt die Finanzierung nur für Pflegeheime in geografischer Nähe garantiere, d.h. in einem Perimeter, der ausschliesslich die Westschweiz mit Ausnahme des Wallis umfasse. Nach Ansicht des Kantons verunmögliche eine Finanzierungspflicht bei ausserkantonalem Aufenthalt eine effiziente kantonale Bettenplanung, insbesondere wenn ausreichend Pflegeplätze im eigenen Kanton zur Verfügung stünden.

Das Bundesgericht schützte die Wahlfreiheit der Pflegeversicherten und wies die Beschwerde des Kantons Genf ab. Der Wortlaut des Art. 25a Abs. 5 KVG, so das Bundesgericht, lasse keinen Spielraum für die Interpretation des Kantons. In einer detaillierten Auseinandersetzung mit den parlamentarischen Debatten im Vorfeld der Einführung des Art. 25a Abs. 5 KVG zeigt das Bundesgericht, dass die Übernahme der Restfinanzierung durch den Wohnkanton zu keinem Zeitpunkt umstritten war, wie dies der Kanton behauptet. Umstritten und klärungsbedürftig war allein die Frage, nach welchen Regelungen die Restfinanzierung durch den Wohnkanton berechnet wird. Damit stärkt das Bundesgericht die Neuregelung der Pflegefinanzierung, welche 2019 als Antwort auf die parlamentarische Initiative «Änderung der Pflegefinanzierung» in Kraft gesetzt wurde.

EFAS unter Einbezug der Pflege

Der Ständerat hat sich in der Wintersession 2022 für die einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich (EFAS) ausgesprochen. Der Ständerat weicht in mehreren Punkten vom Beschluss des Nationalrats ab. Insbesondere soll gemäss Ständerat auch die Langzeitpflege, die hauptsächlich von Spitex-Organisationen und in Pflegeheimen erbracht wird, nach einem einheitlichen Kostenteiler finanziert werden. Nach dem Willen des Ständerats sollen die Kantone für mindestens 26,9 Prozent und die Krankenversicherer höchstens für 73,1 Prozent der Leistungen aufkommen müssen. Für die Kostenberechnung werden die Anteile der Patienten abgezogen (Nettoprinzip).

Den Kantonen werden Steuerungs- und Kontrollmöglichkeiten gewährt. Neu sollen sie in den Tariforganisationen für den ambulanten Bereich und die Pflege Einsitz erhalten. Zudem sollen die Kassen den Kantonen Daten liefern müssen. Dies mit der Möglichkeit, die Kostenübernahme zu verweigern, wenn formale Voraussetzungen nicht erfüllt sind. Steigen die Kosten in einem Kanton überdurchschnittlich, soll der Kanton, zusätzlich zur geltenden Zulassungsbeschränkung von Ärzten, auch die Zulassung anderer Leistungserbringer stoppen können.

Für die Umstellung auf das neue Finanzierungsmodell sollen den Kantonen drei Jahre für die Vorbereitung und nach der Umstellung vier weitere Jahre für das Erreichen ihrer Kostenanteile zur Verfügung stehen. Die Vorlage ist nun wieder beim Nationalrat.

Vereinfachter Zugang zu medizinischem Cannabis

Per 1. August 2022 wurde das Verbot von medizinischem Cannabis im Betäubungsmittelgesetz (BetmG) aufgehoben. Bislang erforderte die Behandlung mit Cannabisarzneimitteln eine Ausnahmebewilligung des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Die Nachfrage war zuletzt stark gestiegen (über 12 000 erteilte Ausnahmebewilligungen zwischen 2012 und 2018), weshalb die Erteilung nicht mehr dem Ausnahmecharakter entsprach, den das Betäubungsmittelgesetz vorsah. Sie war ausserdem administrativ aufwendig und verzögerte die Behandlung.

Die Verantwortung für die therapeutische Behandlung mit Cannabisarzneimitteln liegt neu ausschliesslich bei den Ärztinnen und Ärzten. Die Gesetzesänderung erleichtert Tausenden von Patientinnen und Patienten den Zugang zu Cannabisarzneimitteln im Rahmen ihrer Behandlung. Davon profitieren vor allem Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen und Spastiken. Der Wirkstoff THC wird beispielsweise bei der Behandlung von Krebs oder Multipler Sklerose eingesetzt, wo er chronische Schmerzen lindern kann.

Per 1. August 2022 wurde das Verbot von medizinischem Cannabis im Betäubungsmittelgesetz (BetmG) aufgehoben.

Neu werden auch der Anbau, die Verarbeitung, die Herstellung und der Handel von medizinischem Cannabis zugelassen und dem Bewilligungs- und Kontrollsystem der Swissmedic unterstellt. Keine Änderung hat die Kostenvergütung erfahren. Medizinischer Cannabis wird auch weiterhin nur ausnahmsweise durch die OKP erstattet. Der Bundesrat hat die Evidenzlage zur Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Cannabisarzneimitteln für unzureichend befunden und von einer generellen Kostenübernahme abgesehen.

Mit wachsender Behandlungsnachfrage ist davon auszugehen, dass auch das Angebot an cannabishaltigen Arzneimitteln zunehmen wird. Während das medizinische Cannabis seinen Status als verbotenes Betäubungsmittel abgelegt hat, bleibt der Verkauf und Konsum von Cannabis zu nichtmedizinischen Zwecken verboten.

Kostendämpfung im Gesundheitswesen

Der Bundesrat hat 2018 ein Kostendämpfungsprogramm und darauf basierend zwei Kostendämpfungspakete verabschiedet. Mit den Massnahmen soll der Anstieg der Gesundheitskosten langfristig gebremst werden. Während vorausgegangene Interventionen im Zusammenspiel mit den pandemiebedingten Verschiebungen von Behandlungen und Eingriffen die Wachstumsdynamik zeitweilen brechen konnten, steigen die Kosten seit 2021 erneut deutlich an.

Die vorgesehenen Massnahmen treten gestaffelt in Kraft. Das Parlament hat 2021 einen Teil des ersten Kostendämpfungspakets, das Paket 1a, verabschiedet. Dieses Paket umfasst insgesamt sechs Massnahmen. Davon traten Anfang 2022 zunächst die Einführung einer nationalen Tariforganisation im ▸▸

▸▸ ambulanten Bereich, die Zustellung einer Rechnungskopie für die Versicherten sowie eine maximale Bussenhöhe für Leistungserbringer in Kraft. Die weiteren Massnahmen des Pakets 1a machten eine Anpassung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) notwendig und traten ein Jahr später, am 1. Januar 2023, in Kraft. Sie betreffen die Förderung von Pauschalen im ambulanten Bereich, die Datenbekanntgabe im ambulanten Tarifwesen und die Einführung von Pilotprojekten zur Eindämmung der Kostenentwicklung.

Das Kostendämpfungspaket 1b wurde am 30. September 2022 durch das Parlament angenommen. Es führt unter anderem ein Monitoring der Entwicklung der Mengen, Volumen und Kosten durch die Tarifpartner in den Bereichen, die der Tarifvertragspflicht unterliegen, sowie Korrekturmassnahmen bei nicht erklärbaren Entwicklungen ein. Zudem ist ein Beschwerderecht der Krankenkassenverbände gegen Spitalplanungsentscheide der Kantone vorgesehen. Eine Änderung des Heilmittelgesetzes zur Vereinfachung der Zulassung parallelimportierter Arzneimittel ist ebenfalls Teil dieses Paketes. Abgelehnt wurde dagegen ein Referenzpreissystem für patentabgelaufene Arzneimittel. Zuerst müsse die Marktdurchdringung mit Generika erhöht werden, forderte das Parlament. Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten der beschlossenen Massnahmen.

Das zweite Kostendämpfungspaket des Bundesrats wird derzeit im Parlament beraten. Im Zentrum steht die Begrenzung der Kosten zulasten der OKP mit dem Ziel, dem Anstieg der Prämien entgegenzuwirken. Der Bundesrat schlägt einen Strauss an Massnahmen vor, welcher die in Paket 1 verabschiedeten Massnahmen ergänzen soll. Die Stellungnahmen der betroffenen Akteure fallen unterschiedlich, jedoch überwiegend kritisch aus. Ihnen gemein ist die Kritik an der fehlenden quantitativen Einschätzung zum Einsparungspotenzial der vorgeschlagenen Massnahmen. Auf besonders starken Widerstand stiessen auch die vom Bundesrat vorgesehenen Netzwerke zur koordinierten Versorgung als neue Leistungserbringer. In solchen Netzwerken sollen sich Gesundheitsfachpersonen unterschiedlicher Berufe unter ärztlicher Leitung verbindlich zusammenschliessen, um eine medizinische Betreuung «aus einer Hand» anzubieten. Die Dachverbände der Krankenversicherer santésuisse und curafutura befürchten eine Überregulierung und erhöhten bürokratischen Aufwand. Die Kommission für

Im Zentrum der Beratungen zum zweiten Kostendämpfungspaket steht die Begrenzung der Kosten zulasten der OKP mit dem Ziel, dem Anstieg der Prämien entgegenzuwirken.

soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates hat daher die Verwaltung beauftragt, an einem runden Tisch eine mehrheitsfähige Lösung zu finden. Erst danach wird sie ihre Arbeit fortsetzen.

Einheitliche Liste für «Ambulant vor Stationär»

Die Förderung ambulanter Eingriffe soll übersichtlicher werden. Mit der Regelung «Ambulant vor Stationär» erhoffen sich Bund und Kantone einen Beitrag zur Dämpfung der Kosten im Gesundheitsbereich. Denn: Nicht immer sei eine Übernachtung im Spital notwendig. In bestimmten Fällen würden sich ambulante Eingriffe als patientengerechter und ressourcenschonender erweisen. Eine Studie gehe von einem Einsparpotenzial in den Kantonen von rund 90 Millionen Franken aus.

Vor diesem Hintergrund wurde 2019 auf Bundesebene eine Liste mit sechs Gruppen von Eingriffen eingeführt, die in der Regel nur noch bei ambulanter Behandlung vergütet werden. Mehrere Kantone gingen allerdings weiter und führten eigene Listen mit zusätzlichen Eingriffen. Das führte zu erheblichem administrativem Mehraufwand bei den Leistungserbringern, Versicherern und Kantonen. Aus diesem Grund empfahl ein durch das BAG in Auftrag gegebener Evaluationsbericht, die verschiedenen Listen zusammenzuführen.

Seit dem 1. Januar 2023 gilt schweizweit eine einheitliche Liste mit vorzugsweise ambulant durchzuführenden Eingriffen. Dazu wurde Anhang 1a der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) angepasst, abrufbar auf der Webseite des BAG unter *www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche-Leistungen-in-der-Krankenversicherung/anhang1aklv.html*. Der Umfang der betroffenen Eingriffe wurde dabei erheblich erweitert. Unter Ziffer I des Anhangs sind nunmehr 18 statt vormals sechs Gruppen von primär ambulant durchzuführenden Eingriffen aufgeführt. Dazu gehören unter anderem Krampfaderoperationen der unteren Extremität oder Implantationen, Wechsel und Entfernungen von Herzschrittmachern. Unter Ziffer II des Anhangs finden sich sodann Ausnahmekriterien, die eine Vergütung bei stationärer Durchführung der Eingriffe rechtfertigen, wenn besondere Umstände dies erfordern.

TARDOC erneut gescheitert

Der Bundesrat hat der überarbeiteten Version der Tarifstruktur für ambulante medizinische Leistungen TARDOC in seiner Sitzung vom 3. Juni 2022 eine Absage erteilt. Damit ist ein weiterer Versuch der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH und des Versichererverbandes Curafutura gescheitert, den seit 2004 in Kraft befindlichen TARMED-Tarif abzulösen *(siehe auch Heime & Spitäler Dezember 2021).*

Im Vergleich zur Vorgängerversion sieht der Bundesrat erfreuliche Fortschritte. Diese seien aber nicht ausreichend für eine Genehmigung; es blieben erhebliche materielle Lücken bestehen. So sei es den Tarifpartnern nicht gelungen, eine breitere Allianz zu bilden, wie der Bundesrat im Juni 2021 gefordert hatte. Die überarbeitete Version wird weiterhin nicht von Santésuisse mitgetragen. Einen weiteren wesentlichen Kritikpunkt sieht der Bundesrat in der fehlenden Gewährleistung der Kostenneutralität. Um den Genehmigungsprozess zu beschleunigen, hat der Bundesrat in einem Schreiben vom 3. Juni 2022 die Genehmigungsvoraussetzungen, insbesondere betreffend Kostenneutralität und Monitoring, präzisiert.

Die Tarifpartner FHM und Curafutura zeigen sich enttäuscht über die Entscheidung des Bundesrates. Es herrscht Unverständnis über die Nicht-Genehmigung und der in diesem Rahmen geäusserten Kritik. Nichtsdestotrotz wollen sie an der Tarifstruktur TARDOC festhalten und das Gespräch mit dem Bundesrat und den weiteren Tarifpartnern suchen. Die Tarifpartner sind aufgefordert, dem Bundesrat bis Ende 2023 eine nachgebesserte Version vorzulegen.

Erfolg bei der Einholung der bundesrätlichen Genehmigung erzielten hingegen der Spitalverband H+, der Verband der invasiv und akutmedizinisch tätigen Spezialärztinnen und -ärzte FMCH und

FOTOS: PIXABAY, PR

Santésuisse mit dem Tarifvertrag zur pauschalen Vergütung von elf ambulanten Leistungen im Bereich der Reproduktionsmedizin. Diese Leistungen sind in der aktuellen TARMED-Struktur nicht abgebildet. Ebenfalls genehmigt wurden – bis jeweils Ende 2023 – der Tarifvertrag über die Abgeltung der Apothekerinnen und Apotheker sowie der Tarifvertrag zur pauschalen Vergütung von Katarakt- und Glaukom-Operationen im Bereich der Ophthalmologie.

Elektronisches Patientendossier

Die Einführung des Elektronischen Patientendossiers (EPD) verläuft schleppend. Seit Verabschiedung der Gesetzesgrundlage im Juni 2015 verzögert sich die Umsetzung. Grund sind unter anderem technische Schwierigkeiten, hohe Kosten, ein aufwendiges Zertifizierungsverfahren für die Stammgemeinschaften und die bislang überschaubare Nachfrage aufseiten der Ärzteschaft und Bevölkerung.

Neuen Aufwind könnte das EPD durch eine Gesetzesrevision erlangen. Der Bundesrat will das elektronische Patientendossier mit verschiedenen Massnahmen weiterentwickeln und auf eine nachhaltige Finanzierungsgrundlage stellen. Die Vernehmlassungsvorlage beinhaltet unter anderem die Aufgaben- und Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen zur Finanzierungssicherung, eine Verpflichtung ambulanter Gesundheitsfachpersonen zur Führung des EPD und den Zugang für Forschende auf Daten des EPD, mit Einwilligung der Patientinnen und Patienten. Zwecks Verbreitung des EPD in der allgemeinen Bevölkerung erwägt der Bundesrat zudem die Einführung eines Opt-Out-Modells, welches die bisherige Freiwilligkeit zur Einrichtung eines EPD ablösen könnte. Die umfassende Revision soll bis Sommer 2023 in die Vernehmlassung geschickt werden.

In der Zwischenzeit hat die Post weitere Investitionen in das EPD und deren technische Infrastruktur zugesagt. So will sich die Post die Mehrheit an Axsana, einer der sieben Betriebsgesellschaften für das EPD, sichern und damit den Weg für eine einheitliche technische Infrastruktur ebnen.

Nichtbezahlte Krankenkassenprämien

Der Bundesrat schickt einen Verordnungsentwurf zur Änderung der KVV in die Vernehmlassung, mit neuen Bestimmungen zur Vollstreckung von nichtbezahlten Krankenkassenprämien. Anlass ist eine Änderung des KVG im März 2022 bezüglich der Durchsetzung der Zahlungspflicht von Krankenkassenprämien. Danach soll den Kantonen ermöglicht werden, sich von den Versicherern die Verlustscheine für nicht bezahlte Prämien abtreten zu lassen. Um Betreibungskosten zu senken, sollen die Krankenversicherer neu höchstens zwei Betreibungen pro Jahr und versicherter Person durchführen. Ausserdem dürfen Minderjährige nicht mehr für Prämien belangt werden, die von ihren Eltern nicht bezahlt wurden. Mit Änderung der KVV sollen diese Anpassungen in Kraft gesetzt werden.

Der Vernehmlassungsentwurf präzisiert in erster Linie die Modalitäten der Übernahme von Verlustscheinen. Derzeit müssen die Kantone den Versicherern 85 Prozent der Forderungen für nichtbezahlte Versicherungsprämien, für die ein Verlustschein ausgestellt wurde, zurückerstatten. Übernimmt ein Kanton in Zukunft weitere fünf Prozent dieser Forderungen, so soll der Versicherer sämtliche Forderungen an den Kanton abtreten müssen.

Die KVG-Änderung sieht vor, dass der Bundesrat die Gebühren für Mahnungen und Zahlungsaufforderungen regeln kann. Das soll die Gleichbehandlung der Versicherten verbessern. Der Bundesrat möchte diese Kompetenz an das EDI delegieren. Die Versicherer sollen die Bearbeitungskosten weiterhin in ihren allgemeinen Bestimmungen aufführen können, müssen diese gemäss Entwurf jedoch innerhalb der vom EDI bestimmten Höchstbeträge festlegen.

Dr. iur. Martin Zobl, LL.M., ist Rechtsanwalt und Partner bei Walder Wyss. Zu seinen Schwerpunkten gehören die Beratung und Vertretung von Unternehmen im Gesundheitsrecht und im Bereich Life Sciences. Er publiziert und referiert regelmässig in seinen Fachgebieten.
Martin.zobl@walderwyss.com

Lucina Herzog, LL.M., ist Rechtsanwältin (Rechtsanwaltskammer Frankfurt a. M.) bei Walder Wyss. In der Praxisgruppe «Regulierte Märkte, Wettbewerb, Technologie und IP» berät sie schwerpunktmässig Klienten aus dem Gesundheitssektor.