

Inclusion Handicap
Mühlemattstrasse 14a
3007 Bern

info@inclusion-handicap.ch
www.inclusion-handicap.ch

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 165
CH-3003 Bern

Per Email an: abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Bern, 27. Oktober 2017

INCLUSION ■
HANDICAP

Dachverband der
Behindertenorganisationen Schweiz

Association faitière des organisations
suisse de personnes handicapées

Mantello svizzero delle organizzazioni
di persone con disabilità

TEILREVISION DES BUNDESGESETZES ÜBER DIE KRANKENVERSICHERUNG (ZULASSUNG VON LEISTUNGSERBRINGERN): VERNEHMLASSUNG

Stellungnahme von Inclusion Handicap

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset

Inclusion Handicap ist der Dachverband der Behindertenorganisationen in der Schweiz und vertritt die Interessen von Menschen mit Behinderungen. Inclusion Handicap hat unter anderem die Aufgabe, die Umsetzung sowie Weiterentwicklung des Behindertengleichstellungsrechts und des Sozialversicherungsrechts zu fördern und so die autonome Lebensführung von Menschen mit Behinderungen in allen Aspekten des täglichen Lebens zu unterstützen.

1. Vorgaben des Behindertengleichstellungsrechts

Die **Bundesverfassung** verbietet in Art. 8 Abs. 2 Diskriminierungen wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung. Art. 8 Abs. 4 BV verpflichtet den Gesetzgeber, Massnahmen zur Beseitigung der Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen zu ergreifen. Demnach müssen die in Erarbeitung stehenden oder einer Revision unterliegenden **Gesetze sowie Verordnungen immer auch unter dem Aspekt der Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen überprüft werden. Führen sie zu einer direkten oder indirekten Diskriminierung, sind sie mit Art. 8 Abs. 2 BV nicht vereinbar.** Den Auftrag von Art. 8 Abs. 4 BV hat der Bundesgesetzgeber bis jetzt hauptsächlich durch den Erlass des Behindertengleichstellungsgesetzes vom 13. Dezember 2002 (Behindertengleichstellungsgesetz, BehiG; SR 151.3) wahrgenommen, aber auch durch die Verankerung von behindertengleichstellungsrechtlichen Vorschriften in der Spezialgesetzgebung.

Auf völkerrechtlicher Ebene verpflichtet zudem auch die **UNO-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen** (UNO-BRK; SR 0.109) zur Berücksichtigung von deren



Anliegen, insbesondere auch im Gesetzgebungsverfahren (Art. 4 Abs. 1 lit. a+b BRK). Relevant im Zusammenhang mit der vorliegenden Vernehmlassung sind insbesondere die **Art. 25 und 26 BRK betreffend Gesundheit, Habilitation und Rehabilitation**. Art. 25 Satz 1 verlangt die Anerkennung des Rechts von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmass an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung; Satz 2 enthält die Pflicht der Vertragsstaaten, alle geeigneten Massnahmen zu treffen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsdiensten haben, einschliesslich gesundheitlicher Rehabilitation. Gemäss Art. 25 Satz 2 lit. a BRK stellen die Vertragsstaaten Menschen mit Behinderungen eine unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung in der derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung wie anderen Menschen. Art. 25 Satz 2 lit. b BRK verpflichtet die Vertragsstaaten, die Gesundheitsleistungen anzubieten, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden. Art. 25 Satz 2 lit. e BRK stipuliert die Verpflichtung, die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen in der Krankenversicherung und in der Lebensversicherung zu verbieten, und hält fest, dass solche Versicherungen zu fairen und angemessenen Bedingungen anzubieten sind. Nach Art. 26 Abs. 1 BRK schliesslich treffen die Vertragsstaaten wirksame und geeignete Massnahmen, um Menschen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmass an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren. Zu diesem Zweck werden die Vertragsstaaten verpflichtet, umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme, mitunter insbesondere auch auf dem Gebiet der Gesundheit, zu organisieren, stärken und erweitern.

2. Krankenversicherungsschutz und Rechte von Menschen mit Behinderungen

Mit unserer Stellungnahme möchten wir in einem ersten Schritt erneut generell auf die Bedeutung eines angemessenen, diskriminierungsfreien Krankenversicherungsschutzes für Menschen mit Behinderungen aufmerksam machen.

In der Schweiz werden Massnahmen zugunsten von Menschen mit Behinderungen nach wie vor primär als Aufgabe der Invalidenversicherung erachtet. Dementsprechend werden Menschen mit Behinderungen oft mit IV-Bezügerinnen und –Bezügern gleichgesetzt. Dabei gerät die Tatsache aus dem Blick, dass weit mehr Menschen in der Schweiz von einer Behinderung betroffen sind. Gemäss der UNO-BRK gehören zu Menschen mit Behinderungen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können (vgl. Art. 1 Abs. 2 BRK). Somit können insbesondere auch Menschen mit einer chronischen Krankheit, welche sie in ihrer Teilhabe am gesellschaftlichen Leben einschränkt, von einer Behinderung betroffen sein. Die IV übernimmt medizinische Massnahmen nur bis zum vollendeten 20. Altersjahr; diese müssen ausserdem nicht auf die Behandlung des Leidens an sich gerichtet, sondern unmittelbar wegen der beruflichen Eingliederung notwendig sein und eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit erwarten lassen. Alle übrigen medizinischen Massnahmen fallen grundsätzlich in den Aufgabenbereich der Kranken- und Unfallversicherung.

Die grosse Mehrheit der Menschen mit Behinderungen benötigt mit Blick auf ein erreichbares Höchstmass an persönlicher Gesundheit zuverlässige Diagnosen, regelmässige Untersuchungen, medizinische Eingriffe und dauerhafte Behandlungen u.a. auch mittels Medikation, sowie medizinische Habilitations- und Rehabilitationsleistungen. Ihr Bedarf an qualitativ hochstehenden und erschwinglichen Gesundheitsleistungen ist je nach Behinderung um vieles höher als derjenige von Menschen ohne Behinderungen; von Verschlechterungen im Angebot von Gesundheitsleistungen sind sie demnach übermässig stark betroffen. Ein Krankenversicherungsrecht, das im Lichte der UNO-BRK dem Bedarf von Menschen mit Behin-



derungen an allgemeinen und spezifischen Gesundheitsleistungen gerecht wird und sie aufgrund ihrer Behinderung nicht benachteiligt, ist für die Betroffenen deshalb von fundamentaler Bedeutung.

Bereits im Rahmen der Vernehmlassung zu den Änderungen der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) vom 14. Oktober 2016 sowie zur Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung vom 21. Juni 2016 äusserte sich Inclusion Handicap zum Risiko einer Benachteiligung von Menschen mit Behinderungen durch gesetzliche Anpassungen, die eine Gefahr bestimmter Kosten-/ Nutzenabwägungen mit sich brachten bzw. eine pauschale Limitierung von Tarifpositionen im Lichte des Wirtschaftlichkeitsgebots vorsahen.

3. Kritische Würdigung der Vorlage

Nachfolgend soll entlang der im erläuternden Bericht unterschiedenen Interventionsebenen dargelegt werden, inwiefern das genannte Risiko aus unserer Sicht auch bei den vorliegend geplanten Änderungen virulent ist.

a) Zweite Interventionsebene

Inclusion Handicap macht mit Blick auf die Festlegung von Voraussetzungen zur Gewährleistung einer «qualitativ hochstehenden und zweckmässigen Leistungserbringung», welche im neu geplanten formellen Zulassungsverfahren zur Anwendung kommen sollen, darauf aufmerksam, dass deren Konformität mit dem Behindertengleichstellungsrecht sichergestellt werden muss. Der Gesetzesentwurf sieht vor, dass sich diese Voraussetzungen «je nach Art der Leistungserbringer auf die Aus- und Weiterbildung sowie auf die für die Qualität der Leistungserbringung notwendigen Strukturen» beziehen sollen (Art. 36 Abs. 2 KVG neu). Zudem kann der Bundesrat eine Prüfung zum Nachweis der für die Qualität der Leistungserbringung notwendigen Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems verlangen (Art. 36 Abs. 3bis KVG neu). Im Zusammenhang mit diesen beiden Bestimmungen verweisen wir exemplarisch auf die Erläuterungen zur Anpassung von Prüfungen als einen Bereich, in welchem den Bedürfnissen von Menschen mit Behinderungen Rechnung getragen werden muss, in MARKUS SCHEFER/CAROLINE HESS-KLEIN, Behindertengleichstellungsrecht, Bern 2014, S. 390 ff.

Im Weiteren soll angemerkt werden, dass in Übereinstimmung mit der in der Lehre geltenden Definition die **Zweckmässigkeit** als «angemessene Eignung einer Behandlung im Einzelfall» im Sinne des besten diagnostischen/therapeutischen Nutzens zu verstehen ist, gemessen am angestrebten Erfolg und unter Berücksichtigung der Risiken, nicht jedoch allfälliger Wirtschaftlichkeitserwägungen.

Höchst problematisch erscheint uns denn aus behindertengleichstellungsrechtlicher Sicht auch insbesondere die in Art. 36 Abs. 4 KVG neu vorgesehene Verbindung der Tätigkeit der Leistungserbringer zu Lasten der OKP mit **Auflagen in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit** und Qualität der Leistungen, «namentlich Massnahmen zur Qualitätsentwicklung und zur Lieferung der dazu notwendigen Daten». Beispielhaft werden im erläuternden Bericht die Anwendung von Standards oder Methoden, die Teilnahme an einem Fehlermeldesystem, an einem Qualitätszirkel oder an Peer Reviews genannt. Während Inclusion Handicap das Bestreben um die Sicherstellung der Qualität und auch der Wirtschaftlichkeit nachzuvollziehen vermag, weisen wir mit Nachdruck darauf hin, dass Auflagen in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit medizinischer Leistungen **nicht zu Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen führen dürfen**. Dieses Risiko wird im Folgenden erneut erläutert.

Grundsätzlich besteht, wie bereits erwähnt, bei einem grossen Teil von Menschen mit Behinderungen ein **gesteigerter Bedarf an Gesundheitsleistungen**, der oft mit **entsprechend höheren Kosten** einhergeht. Nach Erklärungen der SAGB benötigt die ärztliche Behandlung



von Menschen mit Behinderungen gemäss Erfahrung der Expertinnen oft und bereits bei einer normalen Konsultation **deutlich mehr Zeit** als bei Menschen ohne Behinderungen, um dieselbe Qualität der Behandlung zu gewährleisten. Ausserdem sind **vermehrt Leistungen in deren Abwesenheit** zu erbringen (vermehrtes Aktenstudium, insbesondere auch schriftlicher Berichte über Verhaltensbeobachtungen; Nachvollzug von Langzeitverläufen in Ermangelung eigener anamnestischer Angaben durch die/den Patientin/en; Einholen von Fremdauskünften; ethische und rechtliche Abklärungen; Recherchen bei seltenen Krankheitsbildern; Suche nach geeigneten SpezialärztInnen). Die betroffenen PatientInnen weisen häufig besonders **komplexe Krankheitsbilder** auf, aus denen sich entsprechend komplexe medizinische Fragestellungen ergeben. Weitere Faktoren für einen erhöhten Zeitaufwand sind sehr oft bestehende **Kommunikationsbeeinträchtigungen**, welche Massnahmen für eine barrierefreie Kommunikation erfordern, bzw. eine eingeschränkte Kooperationsfähigkeit, sowie manchmal auch ein abwehrendes Verhalten von PatientInnen mit Behinderungen. Ferner müssen Symptome und mögliche Nebenwirkungen von Medikationen bei manchen Menschen mit Behinderungen aktiv gesucht werden, da sie nicht geäussert werden. Schliesslich erfordert die Behandlung von Menschen mit Behinderungen auch eine ausführlichere Beratung des Umfeldes sowie das Vermitteln von auf Inklusion ausgerichteten Massnahmen, wie sie die BRK verlangt.

Da die genannten **Auflagen zur Wirtschaftlichkeit weder im Gesetzesentwurf** noch im erläuternden Bericht **näher definiert werden**, kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich Leistungserbringer je nach deren konkreter Ausgestaltung gezwungen sehen, gegenüber Menschen mit Behinderungen die skizzierten Leistungen **nicht mehr in der benötigten Form zu erbringen**, um dadurch nicht ihre Zulassung als zu Lasten der OKP tätige Fachpersonen zu gefährden.

Damit droht ein Verstoss gegen das in Art. 25 BRK verbrieftete Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmass an Gesundheit ohne Diskriminierung. Auflagen für Leistungserbringer, welche faktisch dazu führen, dass diese medizinische Leistungen für Menschen mit Behinderungen nicht mehr deren Bedürfnissen entsprechend anbieten können, gehören u.E. zu den Strukturen und Praktiken, die den Zugang von Menschen mit Behinderungen zu Gesundheitsleistungen faktisch einschränken und gegen welche die BRK Position bezieht.¹

Derartige Auflagen begründen zudem bedeutsame Pflichten für medizinische Leistungserbringer und stellen u.U. schwerwiegende Eingriffe in die Rechte von Menschen mit Behinderungen dar (vgl. obige Ausführungen). Eventualiter – d.h. wenn trotz der oben ausgeführten Risiken an Auflagen festgehalten wird – sollten diese deshalb wenigstens auf anderer Normstufe, d.h. **im KVG selbst**, sowie **hinreichend bestimmt und abschliessend** festgehalten werden, um dem **Legalitätsprinzip** Genüge zu tun, sowie eine Klausel vorsehen, dass Auflagen **nicht zur Benachteiligung** vulnerabler Gruppen beim Zugang zu Gesundheitsleistungen **führen dürfen**.

Im Übrigen verfügen die Versicherer – wie im erläuternden Bericht (S. 13) ausgeführt – bereits jetzt über das Recht und die **Pflicht**, die Erfüllung vertraglicher bzw. gesetzlicher Anforderungen hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistung bei jedem Leistungserbringer **zu überprüfen**; gegebenenfalls können vor Schiedsgericht entsprechende Sanktionen verhängt werden. Diese bestehende Überprüfbarkeit ist u.E. absolut ausreichend,

¹ Siehe zu solchen Strukturen generell FELIX WELTI, Gibt es ein Recht auf bestmögliche Gesundheit? Freiheits- und gleichheitsrechtliche Implikationen, in: Gesundheitsrecht (GesR), Heft 1 2015, S. 5.



um Fällen mangelnder Qualität oder tatsächlich unangemessen teuren bzw. übersteuerten Behandlungen zu begegnen.

Problematisch erscheint uns ferner auch, dass die **Organisation**, welche über die Zulassung von Leistungserbringern entscheidet, durch die **Versicherer bezeichnet** werden soll (Art. 36 Abs. 5 KVG neu). Ein solches Vorgehen erhöht das Risiko einer einseitigen Gewichtung wirtschaftlicher Kriterien im Rahmen der Zulassung von Leistungserbringern. Patientenorganisationen bzw. Menschen mit Behinderungen und ihre Organisationen sollten deshalb **in gleicher Weise** wie die Versicherer an der Bezeichnung der Organisation **partizipieren**; im Mindesten müssen sie im Lichte von Art. 4 Abs. 3 BRK im Ernennungsverfahren **eng konsultiert** werden.

b) Dritte Interventionsebene

Auch die vorgesehene **Einschränkbarkeit der Anzahl Ärztinnen und Ärzte** mit einer Bewilligung zur Tätigkeit zulasten der OKP erscheint im Lichte der Verpflichtungen der Schweiz aus der **UNO-BRK problematisch**. In diesem Zusammenhang gilt es insbesondere die Aussagekraft der im erläuternden Bericht angeführten **OECD-Statistiken** zur Ärztedichte, auf welche sich u.a. auch Nationalrat Heinz Brand in seiner Interpellation 16.3821 („Ärztmangel als Scheinproblem?“) bezog, klar zu **relativieren**. Für den Bereich psychischer Erkrankungen kommt nämlich die im Auftrag des BAG erstellte Studie des Büro BASS zur Versorgungssituation in der Schweiz vom Oktober 2016 u.a. zum Schluss, dass die in den OECD-Statistiken angewandte Berechnung der Psychiaterdichte in Form von «Anzahl Köpfen» aufgrund der hohen Teilzeittätigkeit der Psychiater/innen in der Schweiz **kein guter Indikator für den Umfang des Behandlungsangebots** sei.² Es lasse sich allerdings auch nicht beziffern, in welchem Mass die so eruierte hohe Dichte das Behandlungsangebot im Vergleich zum Ausland dennoch erweitere und damit eine Behandlungslücke verringere.

In jedem Fall zeigt die Studie **Versorgungslücken** in der **psychiatrisch-psychotherapeutischen Grundversorgung** von Erwachsenen in Bezug auf **spezifische Regionen, Angebotsformen und Zielgruppen**, Ressourceneinsatz und fachliche Vernetzung auf. Wie auch in anderen Bereichen herrscht in der Psychiatrie z.B. ein Mangel an Angeboten zwischen Institutionen und ambulanter Behandlung (insb. **Tagesstrukturen**). Bei Kindern und Jugendlichen besteht gar eine **deutliche Unterversorgung**, die sich in Form von langen Wartefristen, Finanzierungsproblemen und einem **Mangel an psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachkräften** sowie an Angeboten in allen Regionen (Stadt, Agglomeration, Land) und in verschiedenen Settings (ambulant, intermediär, stationär) manifestiert. Es ist anzunehmen, dass analoge Untersuchungen in anderen Fachbereichen ähnliche Problematiken zu Tage fördern würden.

² Büro BASS, Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz, Studie erstellt im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit, Abteilung Gesundheitsstrategien, Sektion Nationale Gesundheitspolitik, 21. Oktober 2016, abrufbar unter <https://goo.gl/UVCbir> (zuletzt besucht am 04.08.2017), S. VI.



Aus diesen Ergebnissen der Studie lässt sich schliessen, dass im Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grundversorgung **keine Über-, sondern** im Gegenteil eine **Unterversorgung** herrscht,³ die im Bereich von Kindern und Jugendlichen u.a. gar mit einem **Mangel an niedergelassenen Fachkräften** sowie an **spezialisierten Fachkräften** und Fachkompetenzen für bestimmte Störungsbilder zu erklären ist (S. 85). Massnahmen zur Kosteneindämmung im Gesundheitsbereich **dürfen somit keineswegs** dazu führen, dass diese Unterversorgung **noch verschärft** würde. Genau diese Gefahr scheint jedoch zu bestehen, wenn die Kantone zwar den Beschäftigungsgrad der Leistungserbringer (Art. 55a Abs. 2 KVG neu) sowie – gemäss erläuterndem Bericht (S. 14) - die Mobilität der PatientInnen „berücksichtigen“ und sich bei der Festlegung von Höchstzahlen mit anderen Kantonen koordinieren sollen (Art. 55a Abs. 3 KVG neu), **genauere Vorgaben** im Gesetz jedoch **fehlen**.

Das Risiko einer Verschärfung von Situationen der Unterversorgung wird u.E. noch verstärkt durch die in Art. 55a Abs. 6 KVG neu vorgesehene Möglichkeit zum **sofortigen Stopp jeder weiterer Zulassung** in einem bestimmten medizinischen Fachgebiet, wenn dessen jährliche Kosten je versicherte Person im Vergleich zu anderen Fachgebieten stärker steigen. Hierbei gilt es unbedingt zu beachten, dass in Fachgebieten mit nachgewiesener **Unterversorgung eine Kostensteigerung** ja im Gegenteil als Indikator für eine sich bessernde Versorgungssituation **wünschenswert** ist. Die Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden und umfassenden Versorgung entspricht im Übrigen – und aus menschenrechtlicher Sicht selbstverständlicherweise – auch den beiden grossen Handlungsfeldern „Lebensqualität“ und „Versorgungsqualität“ der Strategie „Gesundheit 2020“. In diesem Kontext sei auf Ziel 1.1, „Zeitgemässe Versorgungsangebote“, noch besonders hingewiesen, unter welchem u.a. auch eine **verbesserte Versorgungsforschung** als Massnahme vorgesehen ist.

Im Lichte dieser Ausführungen sollte u.E. im Gesetz festgehalten werden, dass für die Festlegung allfälliger Höchstzahlen durch Kantone der **Nachweis einer ausreichenden Versorgung** der Bevölkerung im betreffenden Fachgebiet erforderlich ist.

Schliesslich spricht sich Inclusion Handicap im Lichte von Art. 25 BRK klar **gegen die Beteiligung des Bundes** an Diskussionen bzw. gar die Förderung eines Modells aus, welches Gesundheitsakteuren **mehr Wettbewerbsfreiheit** gewähren würde (S. 16 erläuternder Bericht).

Wir danken Ihnen im Voraus für die Prüfung sowie Berücksichtigung unserer Anregungen und stehen Ihnen für weitere Fragen jederzeit sehr gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen

Julien Neruda
Geschäftsführer

Caroline Hess-Klein, Dr. iur.
Leiterin Abteilung Gleichstellung

³ Die mangelnde Inanspruchnahme professioneller Hilfe durch Betroffene trotz grundsätzlich hoher Psychiaterdichte ist laut Studienergebnissen vor allem auf die Verteilung der vorhandenen Ressourcen, Zugangsprobleme sowie den Optimierungsbedarf von Versorgungsstrukturen zurückzuführen (ibid., S. VI).

