



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern

Erläuternder Bericht
zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern)

Übersicht

Mit dieser Vorlage sollen die Anforderungen an die Leistungserbringer zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erhöht und dadurch die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen gesteigert werden. Zudem soll den Kantonen ein wirksameres Instrument zur Kontrolle des Leistungsangebots zur Verfügung gestellt werden. Diese Vorlage soll die in Artikel 55a KVG festgelegte Zulassungsbeschränkung ablösen, die am 30. Juni 2019 ausläuft.

Ausgangslage

Die Schweiz weist unter den OECD-Staaten eine der höchsten Ärztedichten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner auf, und ein Ende der Zunahme ist nicht absehbar. Gleichzeitig sind die Kosten für die Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) im ambulanten Bereich seit dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung im Jahr 1996 ständig angestiegen und haben so massgeblich zur Zunahme der von den Versicherten bezahlten Prämien beigetragen. Diese Entwicklung hat erhebliche Auswirkungen auf das Budget der Privathaushalte und auf die Finanzen von Bund und Kantonen, die einen immer grösseren Betrag für die Prämienverbilligungen aufwenden müssen. 2015 beliefen sich diese Subventionen auf mehr als 4 Milliarden Franken, die mehr als einem Viertel der Versicherten zugutekamen.

Angesichts dieser Problematik hat das Parlament im Jahr 2000 erstmals eine Bedürfnisklausel eingeführt, mit der die Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten in eigener Praxis beschränkt werden sollte. Die Bestimmung ist 2001 in Kraft getreten. Diese vorerst auf drei Jahre beschränkte Massnahme wurde dreimal verlängert, bis sie schliesslich Ende 2011 auslief. Doch angesichts der zahlreichen Neuniederlassungen von Ärztinnen und Ärzten in eigener Praxis führte das Parlament die Zulassungsbeschränkung am 1. Juli 2013 in Form eines dringlichen Bundesgesetzes erneut ein. Nachdem eine neue Vorlage zur langfristigen Steuerung des ambulanten Bereichs gescheitert war, verlängerte das Parlament diese Bestimmung noch einmal bis Ende Juni 2019. Gleichzeitig wurde der Bundesrat beauftragt, in einem Bericht verschiedene Möglichkeiten zu evaluieren und bis Ende Juni 2017 eine neue Vorlage in die Vernehmlassung zu schicken. Für die Erarbeitung seines Berichts vom 3. März 2017 stützte sich der Bundesrat auf die Diskussionen, die von den zentralen Akteuren des ambulanten Bereichs im Rahmen von Workshops zu den verschiedenen angestrebten Steuerungsmöglichkeiten geführt wurden. Diese Vorlage basiert auf den Schlussfolgerungen dieses Berichts.

Inhalt der Vorlage

Der Bundesrat schlägt eine Neuregelung mit drei Inventionsebenen vor. Diese sieht vor, die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen durch eine Erhöhung der Anforderungen an die Leistungserbringer zu steigern und den Kantonen ein wirksames Instrument zur Kontrolle des Leistungsangebots bereitzustellen.

Erste Interventionsebene

Als erstes stellt die Gesetzesvorlage für Personen, welche einen Medizinal- bzw. Gesundheitsberuf ausüben, eine Verbindung zum Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe und zum Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe bezüglich der Voraussetzungen für die Berufsausübung her. Diese dienen dazu, eine qualitativ hochstehende medizinische Leistungserbringung zu gewährleisten und legen Anforderungen fest, die bei der Aus- und der beruflichen Weiterbildung, für das Erlangen der Diplome und jene für die Anerkennung ausländischer Diplome erfüllt werden müssen. Das Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe, das am 20. März 2015 revidiert wurde, sieht des Weiteren Bestimmungen für die obligatorische Registrierung der Diplome und der Sprachkenntnisse der Ärztinnen und Ärzte sowie der Apothekerinnen und Apotheker vor, die in eigener fachlicher Verantwortung tätig sind. Diese Revision stellt zusammen mit dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Gesundheitsberufe eine solide Grundlage für die Sicherung der Qualifikation der Leistungserbringer dar.

Zweite Interventionsebene

Mit dieser Vorlage werden die Anforderungen an die Leistungserbringer im ambulanten Bereich auf zwei Arten erhöht. Zum einen wird ein formales Zulassungsverfahren eingeführt. Der Bundesrat legt die Voraussetzungen fest, die notwendig sind, um eine qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungserbringung zu gewährleisten. Neu kann er von diesen Personen auch verlangen, dass vor der Zulassung eine Wartefrist von zwei Jahren nach Beendigung der Aus- und Weiterbildung eingehalten werden muss. Gleichzeitig kann er von den Leistungserbringern im ambulanten Bereich einen Nachweis der für die Qualität der Leistungserbringung notwendigen Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems fordern und hierzu eine Prüfung vorsehen. Nicht notwendig ist ein solches Prüfverfahren, sofern eine zweijährige praktische Tätigkeit im beantragten Tätigkeitsbereich in der Schweiz nach Beendigung der Aus- und Weiterbildung nachgewiesen wird. Die Versicherer bezeichnen des Weiteren eine Organisation, die über die Zulassungsgesuche der neuen Leistungserbringer entscheidet und prüft, ob die vom Bundesrat festgelegten Voraussetzungen erfüllt sind. Zum anderen kann der Bundesrat die Tätigkeit zu Lasten der OKP mit Auflagen, insbesondere in Bezug auf die Qualität und die Wirtschaftlichkeit, verbinden, die alle Leistungserbringer, auch diejenigen, die bereits vor dem Inkrafttreten der neuen Bestimmungen zu Lasten der OKP tätig waren, berücksichtigen müssen. So kann er Massnahmen zur Qualitätsentwicklung

sowie die Bereitstellung derjenigen Daten, die benötigt werden, um die Einhaltung der Bestimmungen über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu beaufsichtigen, für obligatorisch erklären. Die Versicherer müssen überprüfen, ob die Leistungserbringer diese Auflagen einhalten. Ist dies nicht der Fall, können Sanktionen gegen sie ergriffen werden.

Dritte Interventionsebene

Die neuen Bestimmungen geben den Kantonen die Möglichkeit, das Versorgungsangebot selber nach ihrem Bedarf zu regulieren. Die Kantone können Höchstzahlen festlegen, wenn sie beabsichtigen, die Zahl der zur Tätigkeit zu Lasten der OKP zugelassenen Ärztinnen und Ärzte zu beschränken. Dabei müssen sie den Beschäftigungsgrad dieser Fachpersonen berücksichtigen und sich koordinieren, um der Mobilität der Patientinnen und Patienten Rechnung zu tragen. Diese Höchstzahlen gelten für alle Ärztinnen und Ärzte, die zur Tätigkeit zu Lasten der OKP im ambulanten Sektor des Kantons zugelassen sind, unabhängig davon, ob sie in einer Praxis oder einer Einrichtung der ambulanten Krankenpflege, einschliesslich des ambulanten Bereichs der Spitäler, tätig sind. Die Kantone können zudem die Zulassung neuer Ärztinnen und Ärzte beschränken, wenn sie in einem oder mehreren Fachgebieten einen massiven Kostenanstieg feststellen.

Inhaltsverzeichnis

1	Grundzüge der Vorlage	6
1.1	Ausgangslage	6
1.1.1	Allgemeines	6
1.1.2	Entstehung der Vorlage	7
1.2	Die beantragte Neuregelung	8
1.2.1	Erste Interventionsebene: erhöhte Anforderungen an die Berufspraxis	9
1.2.2	Zweite Interventionsebene: Stärkung der Voraussetzungen für die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP	11
1.2.3	Dritte Interventionsebene: Zulassungsbeschränkung	13
1.3	Begründung und Bewertung der vorgeschlagenen Lösung	14
1.4	Abstimmung von Aufgaben und Finanzen	16
1.5	Rechtsvergleich, insbesondere mit dem europäischen Recht	17
1.6	Umsetzung	20
1.7	Parlamentarische Vorstösse	22
2	Erläuterungen zu den einzelnen Artikeln	24
3	Auswirkungen	30
3.1	Auswirkungen auf den Bund	30
3.1.1	Finanzielle Auswirkungen	30
3.1.2	Personelle Auswirkungen	30
3.2	Auswirkungen auf Kantone und Gemeinden sowie auf urbane Zentren, Agglomerationen und Berggebiete	30
3.3	Auswirkungen auf die Gesellschaft	30
4	Verhältnis zur Legislaturplanung und zu Strategien des Bundesrats	32
4.1	Verhältnis zur Legislaturplanung	32
4.2	Verhältnis zu Strategien des Bundesrats	32
5	Rechtliche Aspekte	33
5.1	Verfassungsmässigkeit	33
5.2	Vereinbarkeit mit internationalen Verpflichtungen der Schweiz	33
5.3	Erlassform	34
5.4	Unterstellung unter die Ausgabenbremse	35
5.5	Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen	35

Erläuternder Bericht

1 Grundzüge der Vorlage

1.1 Ausgangslage

1.1.1 Allgemeines

Die Schweiz verfügt über ein hervorragendes Gesundheitssystem, wie zahlreiche Indikatoren belegen. So hat sie beispielsweise weltweit eine der höchsten Lebenserwartungen bei Geburten. Diese Errungenschaft hat jedoch ihren Preis: 2015 beliefen sich die Gesundheitsausgaben der Schweiz auf 12,1 Prozent des Bruttoinlandprodukts (BIP), was nach den USA (16,9 Prozent) dem höchsten Anteil der OECD-Staaten entspricht. Mit 4.13 praktizierenden Ärztinnen und Ärzten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner im Jahr 2014 weist die Schweiz eine der höchsten Ärztedichte der OECD-Staaten auf. Eine solche hat hierbei einen markanten Einfluss auf die Aktivitäten (Besuche und Konsultationen) sowie auf die Kosten pro versicherte Person in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Die Problematik wird in diversen parlamentarischen Vorstössen (siehe Kapitel 1.7) beschrieben.

Für den stationären Bereich ist im Jahr 2009 eine wichtige Revision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)¹ in Kraft getreten; seit 2012 gelangen die neuen Regeln zur Finanzierung der stationären Behandlungen zur Anwendung. Die Revision hatte insbesondere die Eindämmung des Kostenanstiegs in der OKP bei gleichzeitiger Gewährleistung eines Zugangs zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung zum Ziel. Dazu wurden namentlich Fallpauschalen eingeführt. Diese Revision wird zurzeit evaluiert. Im Gegensatz zu den meisten OECD-Staaten verfügt die Schweiz im ambulanten Bereich jedoch über kein Instrument, mit dem sich die Erbringung und die Inanspruchnahme von Leistungen wirksam steuern lassen (siehe Kapitel 1.5).

Die Kostenentwicklung in den vergangenen Jahren im ambulanten Bereich hat indessen gezeigt, dass eine Lösung zur Steuerung dieses Bereichs notwendig ist. Im Jahr 2015 machten die ambulanten Leistungen alleine mehr als 70 Prozent der Kosten in der OKP aus und verzeichneten eine stärkere Zunahme als die stationären Leistungen. Zudem lagen die Prämienanstiege in den vergangenen Jahren deutlich über der Inflation, die Löhne hingegen erfuhren keine entsprechende Anpassung. Seit dem Inkrafttreten des KVG im Jahr 1996 sind die Prämien pro Jahr durchschnittlich um 4,6 Prozent und in den letzten zehn Jahren um 3,6 Prozent angestiegen. Somit machen die Prämien für die OKP einen immer grösseren Anteil am Haushaltsbudget aus. Diese Entwicklung hat erhebliche soziale Auswirkungen. Immer mehr Personen sind nicht mehr in der Lage, ihre Prämien regelmässig zu bezahlen. Dies trotz der Tatsache, dass im Jahr 2015 26,9 Prozent der Versicherten Prämienverbilligungen erhielten. Im Jahr 2015 entsprachen diese Subventionen einem Betrag von über 4,1 Milliarden Franken und stiegen im Vergleich zum Vorjahr um 2,8 Prozent an. 2,3 Milliarden Franken gingen zu Lasten des Bunds und der Rest zu Lasten der Kantone.

¹ SR 832.10

1.1.2 Entstehung der Vorlage

Im Hinblick auf das Inkrafttreten des Abkommens zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA)² am 1. Juni 2002, das vom Volk am 21. Mai 2000 angenommen worden war, verabschiedete das Parlament am 24. März 2000 als ausserordentliche Massnahme zur Kosteneindämmung erstmals eine auf drei Jahre beschränkte Bedürfnisklausel. Artikel 55a KVG, der dem Bundesrat die Möglichkeit gibt, die Zulassung zu beschränken, ist am 1. Januar 2001 erstmals in Kraft getreten. Der Bundesrat machte von dieser Möglichkeit ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der ersten Version der Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (VEZL)³ am 3. Juli 2002 Gebrauch. Nachdem die Zulassungsbeschränkung dreimal in leicht unterschiedlichen Formen verlängert worden war, lief sie am 31. Dezember 2011 aus. Sie wurde aber am 1. Juli 2013 in Form eines dringlichen Bundesgesetzes erneut für drei Jahre eingeführt. In diesem Zeitraum beabsichtigte der Bundesrat, einen Vorschlag für eine langfristige Lösung vorzulegen. Am 18. Februar 2015 unterbreitete er dem Parlament seine Botschaft zur Änderung des KVG (Steuerung des ambulanten Bereichs)⁴ (im Folgenden Botschaft zur Steuerung des ambulanten Bereichs genannt). Die Vorlage wurde im Parlament dahingehend abgeändert, dass sie auf die Verlängerung der bereits geltenden Zulassungsbeschränkung begrenzt wurde, dieses Mal jedoch ohne zeitliche Beschränkung. Am 18. Dezember 2015 wurde die Vorlage vom Nationalrat in der Schlussabstimmung abgelehnt. Nach dieser Ablehnung beschloss das Parlament am 17. Juni 2016, die Gültigkeit von Artikel 55a KVG um drei weitere Jahre bis zum 30. Juni 2019 zu verlängern, indem sie der parlamentarischen Initiative 16.401 «Verlängerung der Gültigkeit von Artikel 55a KVG» vom 22. Januar 2016 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-N) Folge gab. Es hat seinen Entscheid mit einem Auftrag an den Bundesrat ergänzt, bis zum 30. Juni 2017 einen Gesetzesentwurf in die Vernehmlassung zu schicken, der auf dem Postulat 16.3000 «Alternativen zur heutigen Steuerung der Zulassung von Ärztinnen und Ärzten» vom 12. Januar 2016 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats (SGK-S) und der Motion 16.3001 «Gesundheitssystem. Ausgewogenes Angebot durch Differenzierung des Taxpunktwertes» vom 22. Januar 2016 der SGK-N beruht.

Das Postulat 16.3000 beauftragte den Bundesrat, einen Bericht auszuarbeiten, der verschiedene Varianten beziehungsweise Szenarien zur künftigen Steuerung der bedarfsabhängigen Zulassung von Ärztinnen und Ärzten zur Abrechnung mit der OKP aufzeigt. Der Bericht soll aufzeigen, wie eine Steuerung auch über die Tarife machbar ist, und die Möglichkeit einer Lockerung des Vertragszwangs prüfen. Die Motion 16.3001 ergänzt das Postulat 16.3000. Sie beauftragt den Bundesrat insbesondere, dem Parlament unter Berücksichtigung der Ergebnisse des erwähnten Berichts Vorschläge zur Änderung des KVG zu unterbreiten. Am 3. März 2017 hat der Bundesrat seinen Bericht in Erfüllung des Postulats 16.3000⁵ an das Parlament

² SR 0.142.112.681

³ SR 832.103

⁴ BBl 2015 2109

⁵ Der Bericht kann auf der Seite des Bundesamtes für Gesundheit unter der folgenden Adresse eingesehen werden: www.bag.admin.ch > Themen > Versicherungen > Krankenversicherung > Laufende Revisionsprojekte > KVG-Revision: Zulassung von Leistungserbringern

überwiesen. Die Schlussfolgerungen dieses Berichts dienen als Grundlage für die Erarbeitung dieser Vorlage, die somit dem Auftrag vom 17. Juni 2016 und der Motion 16.3001 entspricht.

Der Bericht des Bundesrats vom 3. März 2017 nimmt eine Bestandesaufnahme zur Versorgungsproblematik und -steuerung in der Schweiz vor. Weiter wird Bilanz über die Zulassungsbeschränkung gezogen, und es werden hierfür mögliche Alternativen evaluiert. Die Alternativen wurden im September 2016 von Vertreterinnen und Vertretern der wichtigsten beteiligten Organisationen des ambulanten Bereichs im Rahmen von drei halbtägigen Workshops, die von Experten des Gesundheitsbereichs moderiert wurden, ausführlich diskutiert. Die Beurteilung der verschiedenen Alternativen ist in Kapitel 1.3 enthalten.

1.2 Die beantragte Neuregelung

Unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Berichts vom 3. März 2017 schlägt der Bundesrat ein Modell mit drei Interventionsebenen vor, mit dem zum einen die Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer, die zur Tätigkeit zu Lasten der OKP zugelassen sind, erhöht und zum anderen den Kantonen ein wirksameres Instrument zur Kontrolle des Leistungsangebots bereitgestellt werden soll. Grundsätzlich berechtigt die Zulassung die in den Artikeln 35–40 KVG erwähnten Leistungserbringer, die in den Artikeln 25–31 KVG festgelegten Leistungen zu Lasten der OKP zu erbringen, sofern diese Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Mit dieser Vorlage will der Bundesrat die Pflichten der Leistungserbringer, namentlich hinsichtlich der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen, verstärken.

Erste Interventionsebene: Mit dem zweiten Teil der Revision vom 20. März 2015 des Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe (MedBG)⁶, der am 1. Januar 2018 in Kraft treten wird, werden die Anforderungen an die selbstständige Ausübung der universitären Medizinalberufe erhöht. Dies erfolgt durch die Sicherung der Qualifikation der betroffenen Leistungserbringer, das heisst der Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Chiropraktorinnen und Chiropraktoren, Apothekerinnen und Apotheker und der Tierärztinnen und Tierärzte. Am 30. September 2016 verabschiedete das Parlament zudem das Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe⁷, das die Ausbildung verschiedener Gesundheitsberufe (Pflegefachfrau und Pflegefachmann, Physiotherapeutin und Physiotherapeut, Ergotherapeutin und Ergotherapeut, Hebamme, Ernährungsberaterin und Ernährungsberater, Optometristin und Optometrist sowie Osteopathin und Osteopath) und deren Ausübung in eigener fachlicher Verantwortung regelt. Für die selbstständige Ausübung eines Medizinal- oder Gesundheitsberufs in eigener fachlicher Verantwortung bedarf es einer Bewilligung des Kantons, auf dessen Gebiet der Beruf ausgeübt wird. Der Kanton bezeichnet zudem eine Behörde, die insbesondere die Einhaltung der Berufspflichten der erwähnten Personen beaufsichtigt.

Zweite Interventionsebene: Für die Zulassung der Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n KVG zur Tätigkeit zu Lasten der OKP führt die Gesetzesvorlage ein formelles Verfahren ein. Um eine hohe administrative Belastung zu verhindern und ein schnelles Verfahren sicherzustellen, können die

⁶ SR 811.11

⁷ SR 811.21

Versicherer eine Organisation bezeichnen, welche über die Zulassung der Leistungserbringer entscheiden wird. Diese Organisation muss prüfen, ob die neuen Leistungserbringer den vom Bundesrat festgelegten Kriterien genügen. Des Weiteren kann der Bundesrat für die Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a – e KVG vor der Zulassung eine Wartefrist von zwei Jahren nach Beendigung der Aus- und Weiterbildung vorsehen. Zudem soll es möglich sein, von diesen Leistungserbringern einen Nachweis der für die Qualität der Leistungserbringung notwendigen Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems zu verlangen und dafür eine Prüfung vorzusehen. Befreit von dieser Prüfung sind diejenigen Leistungserbringer, welche eine zweijährige praktische Tätigkeit im beantragten Tätigkeitsbereich in der Schweiz nach Beendigung der Aus- und Weiterbildung nachweisen können. Mittels dieser zusätzlichen Anforderung kann insbesondere der Zustrom von Leistungserbringern auf den Krankenversicherungsmarkt reguliert werden.

Mit dieser Vorlage erhält der Bundesrat des Weiteren die Möglichkeit, die Tätigkeit der Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n KVG mit bestimmten Auflagen zu versehen, um die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der zu Lasten der OKP erbrachten Leistungen zu verstärken. Sämtliche Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n KVG, welche zu Lasten der OKP tätig sind, selbst diejenigen, welche bereits vor Inkrafttreten der Gesetzesvorlage zugelassen waren, sind diesen Auflagen unterstellt. Die Verantwortung der Versicherer, die die Einhaltung der Auflagen in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen (Art. 56 ff. KVG) kontrollieren müssen, wird erhöht.

Dritte Interventionsebene: Zusätzlich zu den Massnahmen zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen hat ein Kanton die Möglichkeit, die Zulassung neuer Ärztinnen und Ärzte zur Tätigkeit zu Lasten der OKP zu beschränken. Dies gilt auch für den Fall eines massiven Kostenanstiegs in einem medizinischen Fachgebiet.

1.2.1 Erste Interventionsebene: erhöhte Anforderungen an die Berufspraxis

Das MedBG legt in einem ersten Schritt die strukturellen Voraussetzungen fest, die dazu dienen, eine qualitativ hochstehende medizinische Leistungserbringung zu gewährleisten. Insbesondere legt es die Anforderungen, die bei der universitären Aus- und der beruflichen Weiterbildung erfüllt werden müssen, die Voraussetzungen für das Erlangen der Diplome und jene für die Anerkennung ausländischer Diplome sowie die Regeln zur selbstständigen Ausübung der universitären Medizineralberufe fest. Als Personen, die einen universitären Medizineralberuf ausüben, gelten Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Chiropraktorinnen und Chiropraktoren, Apothekerinnen und Apotheker sowie Tierärztinnen und Tierärzte.

Eine bedeutende Revision des MedBG wurde am 20. März 2015 vom Parlament verabschiedet. Ein erster Teil der Gesetzesänderungen ist per 1. Januar 2016 in Kraft getreten. Die Rolle der Hausarztmedizin und der medizinischen Grundversorgung im Gesundheitswesen wurde durch ihre ausdrückliche Nennung in den im Gesetz verankerten Ausbildungszielen gestärkt. Damit Artikel 118a der Bundesverfassung, wonach Bund und Kantone für die Berücksichtigung der Komplementärmedizin sorgen, umgesetzt werden kann, wurde diese ebenfalls in den Ausbildungszielen erwähnt. Der zweite Teil der Bestimmungen wird am 1. Januar 2018 in Kraft treten.

Eine der wichtigsten Massnahmen dieser zweiten Phase ist die obligatorische Registrierung der Diplome und der Sprachkenntnisse aller universitären Medizinalpersonen. Die Medizinalberufeverordnung⁸ legt insbesondere die Modalitäten für die Sprachkenntnisse fest, die für die selbstständige Ausübung der Medizinalberufe mindestens notwendig sind. Diese entsprechen dem Niveau B2 des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens für Sprachen⁹. Alle Personen, die einen universitären Medizinalberuf ausüben, werden in das Register eingetragen. Registriert werden auch die Daten zu ihren Diplomen und Sprachkenntnissen. Zudem müssen gemäss diesen Bestimmungen alle Personen, die den Beruf „privatwirtschaftlich in eigener fachlicher Verantwortung“ ausüben, über eine Berufsausübungsbewilligung verfügen, die vom Kanton, in dem der Beruf ausgeübt werden soll, ausgestellt wird.

Personen, die einen universitären Medizinalberuf privatwirtschaftlich in eigener fachlicher Verantwortung ausüben, müssen bei der Ausübung ihrer Tätigkeit Berufspflichten beachten. Insbesondere vertiefen, erweitern und verbessern sie ihre beruflichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten im Interesse der Qualitätssicherung durch lebenslange Fortbildung. Hierbei bezeichnet jeder Kanton eine Behörde, welche die Personen beaufsichtigt, die im betreffenden Kanton einen universitären Medizinalberuf privatwirtschaftlich in eigener fachlicher Verantwortung ausüben. Diese Aufsichtsbehörde trifft die für die Einhaltung der Berufspflichten nötigen Massnahmen. In Zukunft kann sie den entsprechenden kantonalen Berufsverbänden gewisse Aufsichtsaufgaben delegieren. Werden Berufspflichten verletzt, können Disziplinar-massnahmen ergriffen werden (Art. 43 MedBG).

Die Zulassungsvoraussetzungen der Ärztinnen und Ärzten sowie der Apothekerinnen und Apothekern zur Tätigkeit zu Lasten der OKP, zurzeit in den Artikeln 36, 36a und 37 KVG festgelegt, werden gleichzeitig im MedBG als Ausbildungsbestimmungen erwähnt. In dieser Vorlage wird demzufolge vorgeschlagen, diese Artikel des KVG aufzuheben. Die Voraussetzungen werden jedoch in die Verordnung aufgenommen, wie dies auch für die anderen Berufe, die zu Lasten der OKP ausgeübt werden, gilt.

Das am 30. September 2016 verabschiedete Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe regelt namentlich die Kompetenzen, die während des Studiums zu erwerben sind, die Akkreditierung der Studiengänge, die Anerkennung ausländischer Bildungsabschlüsse, die Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung und das Gesundheitsberuferegister. Als Personen, die einen Gesundheitsberuf ausüben, gelten Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Hebammen, Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater, Optometristinnen und Optometristen sowie Osteopathinnen und Osteopathen. Wie das MedBG für die universitären Medizinalberufe bildet dieses Gesetz, sobald es in Kraft treten wird, zusammen mit den erforderlichen Ausführungsverordnungen eine solide Grundlage für die Sicherung der Qualifikation der Personen, die einen Gesundheitsberuf in eigener fachlicher Verantwortung ausüben.

⁸ SR 811.112.0

⁹ Das Dokument kann auf der Website des europäischen Rates auf der folgenden Adresse abgerufen werden: www.coe.int/lang-CECR

1.2.2

Zweite Interventionsebene: Stärkung der Voraussetzungen für die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP

Mit dem Inkrafttreten der Revision des MedBG und seinen Verordnungen werden die strukturellen Voraussetzungen gefestigt, damit in der OKP eine qualitativ hochstehende Leistungserbringung gewährleistet werden kann. Mehrere Anforderungen an die Ausbildung, die Sprachkenntnisse und die Transparenz bezüglich der Diplome, die an den vom BAG im Rahmen der Arbeiten zum Postulat 16.3000 durchgeführten Workshops insbesondere von der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte gefordert wurden, sind damit umgesetzt. Nach Ansicht des Bundesrats müssen diese zusätzlichen Voraussetzungen sämtliche Leistungserbringer des ambulanten Bereichs (Art. 35 Abs. 2 Bst. a–g, m und n KVG) binden, wie es bereits der Fall ist für gewisse Kategorien von Leistungserbringern, die auf Anordnung oder im Auftrag einer Ärztin oder eines Arztes Leistungen erbringen, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen. Diese Anforderungen betreffen nicht nur die Qualität der Leistungen, sondern auch die Wirtschaftlichkeit.

Die Gesetzesvorlage erhöht die Anforderungen an die Leistungserbringer in zweifacher Art und Weise. *Erstens* wird ein formelles Zulassungsverfahren eingeführt. Der Bundesrat legt hierbei Voraussetzungen fest, welche die Leistungserbringer im ambulanten Bereich erfüllen müssen, um eine qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungserbringung zu gewährleisten. Diese Anforderungen beziehen sich je nach Art der Leistungserbringer auf die Aus- und Weiterbildung und sind übereinstimmend mit denjenigen des MedBG und des Bundesgesetzes über die Gesundheitsberufe. Als weitere Zulassungsvoraussetzung kann der Bundesrat verlangen, dass die Leistungserbringer im ambulanten Bereich vor der Zulassung eine Wartezeit von zwei Jahren nach Beendigung der Aus- und Weiterbildung erfüllen müssen. Diese Wartezeit kann er für einzelne oder sämtliche Leistungserbringerkategorien vorsehen. Ebenso kann er verlangen, dass diese Personen über die für die Qualität der Leistungserbringung notwendigen Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems verfügen und dass diese Kenntnisse mit einem Prüfverfahren kontrolliert werden. Die Durchführung dieses Prüfverfahrens, welches sich auf die notwendigen Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems beziehen darf, kann der Bundesrat einer Organisation übertragen. Leistungserbringer, die eine zweijährige praktische Tätigkeit im beantragten Tätigkeitsbereich in der Schweiz nach Beendigung der Aus- und Weiterbildung nachweisen können, sind indessen von der Prüfung dieser Kenntnisse befreit. Dank dieser neuen Kompetenz kann der Zustrom der Leistungserbringer in die freie Praxis reguliert und die Qualifikation und Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems derjenigen Leistungserbringer, die zu Lasten der OKP tätig sein wollen, verbessert werden. Gleichzeitig besteht ein Anreiz, dass Leistungserbringer im ambulanten Bereich, welche zu Lasten der OKP tätig sein wollen, während der zweijährigen Wartezeit tatsächlich in ihrem gewünschten Tätigkeitsbereich arbeiten, um sich von der Prüfungspflicht in Bezug auf die notwendigen Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems zu befreien.

Um eine qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungserbringung gewährleisten zu können, beziehen sich die Zulassungsvoraussetzungen des Weiteren auch auf die für die Qualität der Leistungserbringung notwendigen Strukturen. Diese Voraussetzungen beziehen sich beispielsweise für die Organisationen der paramedizinischen Berufe auf das für den Tätigkeitsbereich erforderliche Fachpersonal, die für den Tätigkeitsbereich entsprechende Einrichtung, die Festlegung des örtlichen,

zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereichs, die Teilnahme zur Kontrolle von Qualitätsmassnahmen oder aber auch auf die notwendigen Bewilligungen. Solche Bestimmungen bestehen für bestimmte Leistungserbringerkategorien bereits im geltenden Recht (Art. 45a, 51, 52, 52a, 52b, 52c, 53 KVV).

Mit dem vorliegenden Entwurf werden die Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n KVG des Weiteren nicht mehr automatisch zur Tätigkeit zu Lasten der OKP zugelassen, sondern durch eine von den Versicherern zu bezeichnende Organisation. Aufgabe der von den Versicherern bezeichneten Organisation ist es, zu überprüfen, ob die Gesuchsteller, welche neu zu Lasten der OKP Leistungen erbringen wollen, die vom Bundesrat festgelegten Zulassungsvoraussetzungen erfüllen. Mit der Einführung eines solchen formellen Zulassungsverfahrens sollen die einzelnen Versicherer entlastet werden. Gleichzeitig garantiert ein solches Verfahren, dass sämtliche Gesuchstellenden gleich behandelt werden. Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass bereits heute die Versicherer die Prüfung der Zulassungsvoraussetzung gemeinsam durch die SASIS AG organisiert haben. Hinsichtlich der Übertragung der Durchführung des Prüfverfahrens nach Artikel 36 Absatz 6 KVG wird der Bundesrat die zentralen Akteure des ambulanten Bereichs konsultieren.

Können sich die Versicherer innert einer Frist von einem Jahr ab Inkrafttreten der Gesetzesvorlage nicht auf eine gemeinsame Organisation einigen, so übernimmt der Bundesrat diese Aufgabe. Lehnt die Organisation ein Zulassungsgesuch ab, so kann sich der Antragsteller nach Artikel 33 Buchstabe h des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht (VGG)¹⁰ mit einer Beschwerde vor dem Bundesverwaltungsgericht gegen den Entscheid der Organisation zur Wehr setzen. Die Organisation gilt somit als Behörde nach Artikel 1 Absatz 1 in Verbindung mit Artikel 1 Absatz 2 Buchstabe e des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG)¹¹ und erlässt ihre Zulassungsentscheide als Verfügungen nach Artikel 5 VwVG.

Um die Finanzierung der Organisationen nach Artikel 36 Absatz 5 und 6 KVG sicherzustellen, können diese für ihre Aufgabenerfüllung eine Gebühr für die Prüfung des Zulassungsgesuchs beziehungsweise für die Durchführung des Prüfverfahrens erheben. Der Bundesrat regelt die Erhebung der Gebühren und legt insbesondere die Höhe derselben fest. Die Gebühren dürfen hierbei die effektiven Kosten des Zulassungs- beziehungsweise des Prüfverfahrens nicht überschreiten.

Zweitens berechtigt diese Vorlage den Bundesrat, die Tätigkeit der Leistungserbringer zu Lasten der OKP mit Auflagen, namentlich betreffend Qualität und Wirtschaftlichkeit, zu verbinden. Diese Auflagen beziehen sich auf sämtliche Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n KVG und auch auf diejenigen, die bereits vor Inkrafttreten der Gesetzesvorlage zu Lasten der OKP tätig waren. Dabei kann der Bundesrat namentlich Massnahmen zur Qualitätsentwicklung sowie die Bereitstellung derjenigen Daten, die benötigt werden, um die Einhaltung der Bestimmungen über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu beaufsichtigen, für obligatorisch erklären. Denkbar sind beispielsweise die Teilnahme an Programmen oder Massnahmen zur Sicherung und Verbesserung der Qualität der Leistungen, die in den mit den Versicherern abgeschlossenen Verträgen vorgesehen sind, oder Massnahmen, die von den Leistungserbringerorganisationen in eigener

¹⁰ SR 173.32

¹¹ SR 172.021

Verantwortung umgesetzt werden; in diesem Zusammenhang können zum Beispiel die Anwendung von Standards oder Methoden, die Teilnahme an einem Fehlermeldesystem, an einem Qualitätszirkel oder an Peer Reviews vorgesehen werden.

Am 4. Dezember 2015 hat der Bundesrat dem Parlament des Weiteren seine Botschaft zur Änderung des KVG zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit unterbreitet¹². Diese Vorlage sah insbesondere eine finanzielle Unterstützung für konkrete Programme und Projekte zur Entwicklung neuer Indikatoren vor, mit denen die Qualität der medizinischen Leistungen einschliesslich des ambulanten Bereichs gemessen und evaluiert werden können. Mittelfristig ermöglichen die Ergebnisse dieser Arbeiten, in der Verordnung neue Auflagen für die Tätigkeit der Leistungserbringer vorzusehen, um die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der zu Lasten der OKP erbrachten Leistungen noch weiter zu verbessern.

Jeder einzelne Versicherer hat bereits heute im Leistungsfall das Recht und die Pflicht, die Erfüllung der vertraglichen beziehungsweise gesetzlichen Anforderungen hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit und der Sicherstellung der Leistungsqualität bei jedem Leistungserbringer zu überprüfen (Art. 56 und 58 KVG). Falls diese nicht respektiert werden, kann das kantonale Schiedsgericht angerufen werden, um die entsprechenden Sanktionen zu ergreifen (Art. 89 KVG). Diese Sanktionen reichen von der Verwarnung zur gänzlichen oder teilweisen Rückerstattung der Honorare, welche für nicht angemessene Leistungen bezogen wurden, zu einer Busse oder im Wiederholungsfall bis zum vorübergehenden oder definitiven Ausschluss von der Tätigkeit zu Lasten der OKP (Art. 59 Abs. 1 KVG). Mit der Gesetzesvorlage müssen die Versicherer in Zukunft auch überprüfen, ob die Leistungserbringer die vom Bundesrat festgelegten Auflagen zur Tätigkeit der Leistungserbringer zu Lasten der OKP erfüllen. Die gänzliche oder teilweise Nichteinhaltung der Auflagen nach Artikel 36 Absatz 4 KVG gelten hierbei neu als Verstösse nach Artikel 59 Absatz 1 erster Satz und Absatz 3 Buchstabe g KVG.

Der Bundesrat wird die Zulassungsvoraussetzungen und die mit der Tätigkeit der Leistungserbringer zu Lasten der OKP verbundenen Auflagen in der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV)¹³ festlegen.

1.2.3 Dritte Interventionsebene: Zulassungsbeschränkung

Während bei der alten Zulassungsbeschränkung der Bundesrat für die Bestimmung der Höchstzahlen der pro medizinisches Fachgebiet zugelassenen Ärztinnen und Ärzte zuständig war, soll die Revision den Kantonen die Möglichkeit geben, die Versorgung selber gemäss ihrem Bedarf zu regulieren. Die Kantone haben ab Inkrafttreten der neuen Regelung zwei Jahre Zeit, um die Höchstzahlen festzulegen, was sie aber nur tun müssen, wenn sie die Anzahl der zur Tätigkeit zu Lasten der OKP zugelassenen Ärztinnen und Ärzte beschränken wollen. Diese Höchstzahlen sind mit der neuen Regelung für alle Ärztinnen und Ärzte gültig, die im ambulanten Bereich des Kantons als Selbstständigerwerbende oder als Angestellte in einer Einrichtung, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen und Ärzten dient, oder im ambulanten Bereich von Spitälern tätig sind, was mit der alten Zulassungsbeschränkung nicht der Fall war. Auf diese Weise wird eine bedeutende Marktver-

¹² BBI 2016 257

¹³ SR 832.102

zerrung beseitigt, da künftig alle Leistungserbringer des ambulanten Bereichs gleich behandelt werden.

Angesichts der steigenden Zahl teilzeitbeschäftigter Personen ist es nötig, dass die Kantone in Zukunft den Beschäftigungsgrad der Leistungserbringer berücksichtigen. Zu diesem Zweck können sie sich auf die Daten von Leistungserbringern und Versicherern stützen, welche sie in einer oder anderen Form anhören müssen (bspw. schriftliche Anhörung, Arbeitsgruppe, Kommission usw.). Zudem müssen sie sich mit den anderen Kantonen koordinieren, um der Mobilität der Patientinnen und Patienten Rechnung zu tragen, die immer häufiger eine Ärztin oder einen Arzt in der Nähe ihres Arbeits- oder Ausbildungsorts oder ihrer Freizeitbeschäftigung konsultieren. Bestimmt ein Kanton Höchstzahlen, muss er sich hierbei mit den anderen Kantonen koordinieren. Die Koordination kann beispielsweise bi- oder multilateral auf regionaler Ebene erfolgen oder auf nationaler Ebene zentralisiert werden. Des Weiteren ist es möglich, die Einsetzung eines Beschlussorgans nach dem Vorbild der hochspezialisierten Medizin zu prüfen.

Der Bundesrat kann auf dem Verordnungsweg methodische Grundsätze und zusätzliche Kriterien für die Bestimmung der Höchstzahlen festlegen; die Zahlen selber werden jedoch nicht mehr von ihm festgelegt, wie er es bis heute in der VEZL getan hat. Der Zugang der Versicherten zur Behandlung innerhalb nützlicher Frist muss jedoch weiterhin gewährleistet sein.

Neu können die Kantone ausserdem jede weitere Zulassung in einem bestimmten medizinischen Fachgebiet sofort stoppen, unabhängig von den festgelegten Höchstzahlen. Steigen nämlich die jährlichen Kosten je versicherte Person in einem Fachgebiet in einem Kanton mehr als die jährlichen Kosten der anderen Fachgebiete im selben Kanton oder mehr als die jährlichen Kosten des gesamtschweizerischen Durchschnitts des betroffenen Fachgebiets an, so kann der Kanton vorsehen, dass kein Arzt und keine Ärztin im betroffenen Fachgebiet eine Tätigkeit zu Lasten der OKP neu aufnehmen kann. Den Kantonen steht somit ein neues Instrument für eine rasche und wirksame Kosteneindämmung zur Verfügung.

1.3 Begründung und Bewertung der vorgeschlagenen Lösung

Mit dem Postulat 16.3000 der SGK-S und der Motion 16.3001 der SGK-N wurde der Bundesrat beauftragt, verschiedene Möglichkeiten für die Ablösung der Zulassungsbeschränkung zu prüfen. Es wurden drei Stossrichtungen für die Reform vorgeschlagen: eine Verbesserung der Zulassungssteuerung, eine Lockerung des Vertragszwangs und die Möglichkeit für die Tarifpartner, differenzierte Tarife nach Region, Leistungsangebot oder qualitativen Kriterien vorzusehen.

Für die Evaluation dieser drei Stossrichtungen und die Verfassung ihres Berichts hat die Verwaltung anerkannte Gesundheitsexpertinnen und -experten und die wichtigsten Dachorganisationen des ambulanten Bereichs in ihre Arbeiten einbezogen. In einer ersten Phase wurde ihnen ein Fragebogen mit zehn Fragen zugestellt, die die Eindämmung der Mengenausweitung, die Aufrechterhaltung der Versorgungsqualität, die Verringerung der Fehlversorgung sowie die Beseitigung von Fehlanreizen des Systems betrafen. Nach Auswertung der eingegangenen Antworten wurde den befragten Organisationen eine erste Version des Vorentwurfs des Berichts zugestellt.

Zudem wurden die erwähnten Personen und Organisationen vom BAG zu drei halbtägigen, von Experten moderierten Themenworkshops eingeladen. Der erste Workshop befasste sich mit den Grundlagen, die für die Steuerung des ambulanten Bereichs erforderlich sind, und mit der Zulassungssteuerung. Im zweiten Workshop ging es um die Vertragsfreiheit und die Suche nach leistungsbezogenen Qualitätskriterien. Der dritte Workshop schliesslich hatte differenzierte Tarife zum Thema. Die von den Gesundheitsakteuren und Experten vertretenen Positionen sind ebenfalls in diesen Bericht eingeflossen. Im Folgenden werden die Schlussfolgerungen des Berichts zu den drei untersuchten Stossrichtungen für die Reform in zusammengefasster Form präsentiert.

Differenzierung der Tarife

Zur Differenzierung der Tarife weist der Bericht vom 3. März 2017 darauf hin, dass es schwierig sein dürfte, ausgehend von verschiedenen Kriterien, den «richtigen Preis» für die Leistungen festzulegen, der zudem den Umständen entsprechend regelmässig angepasst werden müsste, was zu einer grossen wirtschaftlichen Unsicherheit der Leistungserbringer führen würde. Weiter hält er fest, dass auch andere Faktoren in die Entscheidungen der Leistungserbringer einfließen. Anhand mehrerer konkreter Beispiele wurde aufgezeigt, dass eine Preisvariation unter 20 Prozent kaum einen Einfluss auf die Wahl der Niederlassung der Ärztinnen und Ärzte hat. Nach den Diskussionen herrschte Einigkeit darüber, dass über eine Differenzierung der Tarife keine wirksame Steuerung der ambulanten Versorgung möglich ist. Dies wäre nur mit einer signifikanten Differenzierung möglich, was jedoch neue Fehlanreize und eine Ungleichbehandlung der Patientinnen und Patienten schaffen würde. Zudem steht nach Ansicht des Bundesrats eine Taxpunktwerterhöhung mit dem alleinigen Ziel, regionale Ungleichgewichte in der Gesundheitsversorgung zu korrigieren, im Widerspruch zum Wirtschaftlichkeitsgebot des KVG. Ferner weist der Bericht darauf hin, dass die Tarifbestimmungen den Akteuren bereits heute einen gewissen Handlungsspielraum gewähren, der besser genutzt werden könnte. Durch die Förderung von Pauschalтарifen könnten beispielsweise bestimmte Fehlanreize in den Einzelleistungstarifen beseitigt werden.

Vertragsfreiheit

Eine Lockerung des Vertragszwangs würde den Wettbewerb im Markt der medizinischen Leistungen zu Lasten der OKP stärken und die Marktmechanismen gegen die Fehlanreize, die zu steigenden Kosten und sinkender Qualität führen, spielen lassen. Seit dem Inkrafttreten des KVG sind im Parlament jedoch viele Reformvorlagen, die in Richtung einer solchen Lockerung gingen, gescheitert. Die Diskussionen anlässlich der vom BAG organisierten Workshops haben die grundlegend gegensätzlichen Positionen der Leistungserbringer und der Versicherer zu diesem Thema bestätigt. Die Diskussionen zeigten, dass selbst unter den Befürwortern einer solchen Reform keine Einigung über ein Modell besteht, das den Versicherern mehr Freiheit einräumen würde. Das Interessenkonfliktpotenzial der Versicherer, die sowohl auf dem Markt der OKP als auch auf jenem der privaten Zusatzversicherungen tätig sind, würde gemäss Bundesrat die Einführung von relativ strengen Rahmenbedingungen erforderlich machen. Das KVG sieht bereits heute besondere Versicherungsformen vor, insbesondere Modelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer im Gegenzug zu günstigeren Prämien. Der Bundesrat spricht sich in seiner Gesamt-

schau «Gesundheit2020»¹⁴ für die Förderung von besonderen Versicherungsformen aus, namentlich von solchen, die eine koordinierte Versorgung beinhalten. Obwohl keine Einigung über ein Modell zur Lockerung des Vertragszwangs besteht, das 2019 in Kraft treten und die geltende Zulassungsbeschränkung ablösen könnte, ist der Bundesrat bereit, sich an Diskussionen über eine Modell, das den Gesundheitsakteuren mehr Wettbewerbsfreiheit gewährt, zu beteiligen und dieses zu fördern.

Zulassungssteuerung

Eine erste Wirkungsanalyse der Zulassungsbeschränkung wurde 2004 im Auftrag des damals zuständigen Bundesamts für Sozialversicherungen (BSV) vom Büro Vatter, Politikforschung & -beratung, durchgeführt. Im Rahmen der Diskussionen über die Steuerung des ambulanten Bereichs im Jahr 2015 gab das BAG bei diesem Büro erneut eine Studie in Auftrag, um herauszufinden, wie sich die Kantone bisher der Zulassungsbeschränkung bedient haben, wie sie sie vor Ort umgesetzt haben, wie sie das Steuerungsinstrument beurteilen und welche Schwierigkeiten sich bei seiner Anwendung zeigen. Die Bilanz der Zulassungsbeschränkung fiel unterschiedlich aus. Eine knappe Mehrheit von 14 Kantonen beurteilte die Eignung dieser Massnahme als Instrument zur Eindämmung des Kostenwachstums als positiv, während 13 Kantone die Eignung zur fachlichen und regionalen Steuerung des ambulanten Angebots als positiv einstufen. Der Bundesrat stellte im Bericht in Ausführung des Postulats 16.3000¹⁵ fest, dass der Zustrom von Ärztinnen und Ärzten im ambulanten Bereich durch die Wiedereinführung der Zulassungsbeschränkung gebremst werden konnte. Dieser war zwischen Ende 2011 und Ende Juni 2013, als die Massnahme nicht mehr in Kraft war, sehr stark angewachsen. Die vom Parlament eingeführte Bestimmung, wonach Ärztinnen und Ärzte, die mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben, keinen Bedürfnisnachweis zu erbringen haben, und hinsichtlich ihrer Vereinbarkeit mit dem FZA umstritten ist, hat jedoch die Wirksamkeit der Zulassungsbeschränkung beeinträchtigt. Obwohl die Zulassungsbeschränkung für die Kantone immer freiwillig war, wurde sie von den meisten bis 2011 relativ strikt angewendet. Zwischen 2013 und 2016 wandten 18 Kantone die Zulassungsbeschränkung an. Im Rahmen der mit den Akteuren des Gesundheitswesens geführten Diskussionen setzte sich die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK für eine einfache und wirksame Lösung zur Kosteneindämmung ein, mit der die Kantone ihre Verantwortung wahrnehmen könnten. Neben der Notwendigkeit, die Kostenentwicklung einzudämmen, zeigte sich allerdings deutlich, dass ein Mechanismus zur Zulassungssteuerung im ambulanten Bereich auch die Verbesserung der Leistungsqualität zum Ziel haben sollte.

1.4 Abstimmung von Aufgaben und Finanzen

Bei der Zulassung von Leistungserbringern des Gesundheitswesens ist zwischen der gesundheitspolizeilichen und der sozialversicherungsrechtlichen Zulassung zu unterscheiden. Die gesundheitspolizeiliche Zulassung stellt eine zwingende, jedoch nicht ausreichende Voraussetzung für die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der

¹⁴ Der Bericht kann auf der Seite des Bundesamtes für Gesundheit unter der folgenden Adresse eingesehen werden: www.bag.admin.ch > Themen > Strategien & Politik > Strategie Gesundheit 2020.

¹⁵ Siehe Fn. 5

die Nachbarländer der Schweiz bereits Systeme eingeführt, um die Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die zur Tätigkeit zu Lasten der Krankenversicherung zugelassen sind, oder um das durch diese Ärztinnen und Ärzte verrechenbare Leistungsvolumen zu beschränken. Im Bericht des Bundesrats vom 3. März 2017¹⁶ sind die verschiedenen Modelle zur Steuerung des ambulanten Bereichs, die in den OECD-Staaten, insbesondere in gewissen Nachbarstaaten der Schweiz, am häufigsten vorkommen, ziemlich ausführlich beschrieben. Der Bericht stützt sich dabei auf eine 2013 im Auftrag des BAG durchgeführte Studie.

Berufszulassung und Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der Krankenversicherung oder des Gesundheitsdiensts

Im Bereich der Berufsausübung verlangen die untersuchten Staaten für alle Ärztinnen und Ärzte eine Bewilligung oder Approbation. Die Voraussetzungen für die Erlangung dieses Dokuments sind in diesen Staaten sehr ähnlich (abgeschlossenes Medizinstudium von mindestens sechs Jahren, abgeschlossene Weiterbildung, Vertrauenswürdigkeit und gesundheitliche Eignung), denn sie setzen alle die Richtlinie 2005/36/EG¹⁷ um, die die Mindestanforderungen an die Aus- und Weiterbildung für die EU- und EFTA-Staaten einheitlich festlegt. Für ausländische Ärztinnen und Ärzte aus Staaten, mit denen aufgrund des europäischen Rechts oder eines internationalen Abkommens Personenfreizügigkeit besteht, kennen die untersuchten Staaten entweder gar keine gesetzlichen Zugangsschranken oder sie verlangen die Kenntnis einer der Landessprachen (wie die Schweiz). Gegenüber Ärztinnen und Ärzten aus Drittstaaten (Staaten ohne Freizügigkeitsabkommen) bestehen in einigen Staaten Hürden in Form von Zusatzprüfungen oder zusätzlichen Anforderungen an die Berufserfahrung.

Betreffend die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der Krankenversicherung oder des Gesundheitsdiensts existiert etwa in der Hälfte der untersuchten Staaten ein Vertrags- oder Anschlusszwang, wie man ihn auch in der Schweiz kennt. In einzelnen Staaten ist dieser auf bestimmte Bereiche beschränkt. Hervorzuheben ist beispielsweise Frankreich, wo zwischen Ärztinnen und Ärzten, die in Spitälern angestellt sind, und freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzten unterschieden wird. Die Leistungen der Spitalärztinnen und -ärzte werden automatisch durch die Versicherer vergütet, während sich die freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte einer Krankenkasse anschliessen können. Die Versicherer legen hierzu durch Verträge die Bedingungen fest, unter denen die Ärztinnen und Ärzte ihre Leistungen für drei Jahre zu Lasten der Versicherer abrechnen können. In diesem Zusammenhang ebenfalls interessant sind die Regelungen der Slowakischen Republik, wonach – mit Ausnahme der ambulanten ärztlichen Grundversorgung – die Anzahl der Verträge zwischen Versicherern und Ärzteschaft auf die Sicherstellung eines minimalen Versorgungsangebots begrenzt ist. Die Auswahl der Ärztinnen und Ärzte erfolgt durch die Versicherer, die sich an gesetzlich festgelegten qualitativen Kriterien orientieren.

In Bezug auf die Zulassung von ausländischen Ärztinnen und Ärzten zur Tätigkeit zu Lasten der Krankenversicherung oder des Gesundheitsdiensts bestehen in den untersuchten Staaten grundsätzlich keine gesetzlichen Schranken. Spezifische Voraussetzungen für ausländische Ärztinnen und Ärzte bestehen indessen in Schweden,

¹⁶ Siehe Fn. 5

¹⁷ Richtlinie 2005/36/EG des europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen, ABl. L 255 vom 30.09.2005, S. 22

wo eine langjährige medizinische Erfahrung sowie eine Qualifikation als Fachärztin oder Facharzt vorausgesetzt werden. In Australien ist der Anschluss für ausländische Ärztinnen und Ärzte an das Medicare-System nur möglich, wenn sie sich für einen Zeitraum von zehn Jahren in einem *District of Workforce Shortage*, also an einem Ort, an dem Ärztemangel herrscht, niederlassen. Erst nach diesem Zeitraum ist ein uneingeschränkter Zugang zum System möglich.

Angebotssteuerung

Ein Vergleich der Gesundheitssysteme einzelner Staaten zeigt, dass in verschiedenen Bereichen eine Steuerung des Angebots besteht. Bei der Berufszulassung etwa nimmt Belgien eine Angebotssteuerung vor, indem bei einem Überangebot auf Anraten einer Kommission die Anzahl der Kandidatinnen und Kandidaten, die zur Ausübung des Arztberufs zugelassen werden, beschränkt wird. In Spanien erfolgt eine Bedarfsplanung mithilfe sogenannter Gesundheitspläne, die von den Regionen herausgegeben werden und den Bedarf an öffentlich angestellten Ärztinnen und Ärzten festlegen. Eine überwiegende Mehrzahl der Staaten nimmt des Weiteren Einfluss auf die Anzahl der angebotenen Studienplätze für die ärztliche Ausbildung. Studienplatzbegrenzungen existieren in einzelnen Staaten auch für fachärztliche Weiterbildungen (Frankreich, Tschechische Republik, Lettland).

Hinsichtlich der Angebotssteuerung im Rahmen der staatlichen Finanzierung gibt es in den untersuchten Staaten eine Vielfalt von Modellen. So wird die Anzahl der Verträge oder der Ärztinnen und Ärzte, die zur Tätigkeit zu Lasten der Krankenversicherung oder des Gesundheitsdiensts zugelassen sind, in mehreren Staaten aufgrund einer Bedarfsermittlung beschränkt (Deutschland, Österreich, Italien, Dänemark, Island, Lettland, Slowakei). Deutschland beispielsweise kennt für die Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit ein System der Bedarfsplanung, das in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte normiert ist. Demnach erarbeiten die kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen einen Bedarfsplan, welcher der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde vorzulegen ist und die den Bedarfsplan innerhalb einer Frist von zwei Monaten beanstanden kann. Der Bedarfsplan hat unter anderem Feststellungen über das ärztliche Angebot unter Berücksichtigung der Arztgruppen, die Bevölkerungsdichte und -struktur, die Art und den Umfang der Nachfrage nach vertragsärztlichen Leistungen, deren Deckung sowie deren räumliche Zuordnung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung sowie die für die vertragsärztliche Versorgung bedeutsame Verkehrsverbindungen zu beinhalten. Die Grundprinzipien hierzu werden in der *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Massstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung* festgehalten (Bedarfsplanungs-Richtlinie). Demnach umfasst der Bedarfsplan die Grundsätze zum regionalen Versorgungsangebot, erstattet Bericht über die fachgruppenspezifischen Versorgungsgrade je Planungsregion und ist kontinuierlich anzupassen. Hierbei werden vier Versorgungsebenen (hausärztliche Versorgung und drei Arten von Spezialgebieten) bestimmt, die für die Zuordnung der Ärztinnen und Ärzte in Arztgruppen, den Zuschnitt der Planungsbereiche und dementsprechend für die Versorgungsgradfeststellung massgeblich sind. Weist der Plan für einen bestimmten Versorgungsbereich einen Bedarf an Vertragsärztinnen und -ärzten aus und kann diese Unterversorgung nicht innerhalb von sechs Monaten behoben werden, muss die kassenärztliche Vereinigung die Vertragssitze ausschreiben. In Sonderfällen kann der Zulassungsausschuss eine Ausnahme von einer Zulassungsbeschränkung be-

schliessen, um der Unterversorgung entgegenzuwirken. Im Fall einer Überversorgung, die vorliegt, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 10 Prozent überschritten ist, hat der Zulassungsausschuss Zulassungsbeschränkungen anzuordnen, die spätestens nach einem halben Jahr überprüft und gegebenenfalls wieder aufgehoben werden müssen. Weitere Massnahmen (z. B. Tarifsenkungen) sind nicht vorgesehen.

Die Angebotsmenge wird in verschiedenen Staaten auch mit einem Budget gesteuert, das für die Finanzierung von ärztlichen Leistungen zur Verfügung gestellt wird (unter anderem im Vereinigten Königreich und in Polen; in Deutschland wird eine Honorarsumme festgelegt). Anzumerken ist, dass in Polen eine ambulante Erstbehandlung vom staatlichen Gesundheitsdienst bezahlt wird, wenn diese durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt des nationalen Gesundheitsfonds durchgeführt wird. Alle Ärztinnen und Ärzte, die gewisse Kriterien (wie die Einhaltung epidemiologischer und hygienischer Standards) erfüllen, können sich um einen Vertrag mit diesem Fonds bewerben, wobei die Auswahl in einem speziellen Vergabeverfahren erfolgt. Das Angebot wird somit indirekt durch die vom nationalen Gesundheitsfonds eingekauften Gesundheitsdienstleistungen gesteuert.

Norwegen und Dänemark kennen ein System einer Angebotssteuerung, das auf der Bereitstellung von finanziellen Anreizen beruht, indem namentlich Leistungen, die zu wenig angeboten werden, besser entschädigt werden.

Regulierter Wettbewerb

Grundsätzlich besteht in keinem Land der OECD eine Vertragsfreiheit zwischen Versicherern und Leistungserbringern, wie sie in Ziffer 4.3 des Berichts des Bundesrats in Erfüllung des Postulats 16.3000 beschrieben wird. Hinzuweisen ist indessen auf das niederländische Gesundheitswesen, das nach den Grundsätzen des regulierten Wettbewerbs ausgerichtet ist und in dem Verhandlungen zwischen Versicherern und Leistungserbringern eine erhebliche Rolle spielen. In den Niederlanden besteht die Entschädigung der Hausärztinnen und Hausärzte weitestgehend aus Patienten- und Behandlungspauschalen. Die Patientenpauschale wird abgestuft nach drei Altersgruppen (jünger als 65, 65–75 und älter als 75) und nach einem Indikator zur Feststellung, ob jemand in einer sozialökonomisch benachteiligten Wohnregion beheimatet ist. Die Behandlungspauschale wird nach der Länge der Konsultation abgestuft (über oder unter 20 Minuten). Höhere Beträge werden für Hausbesuche bezahlt, geringere für Konsultationen per E-Mail oder Telefon. Zusätzliche Beiträge werden für Leistungen ausserhalb der normalen Öffnungszeiten bezahlt. Leistungen von Spezialistinnen und Spezialisten dürfen nur nach Zuweisung durch eine Hausärztin oder einen Hausarzt erbracht werden (Gatekeeping) und werden nach einem detaillierten Fallpauschalensystem abgerechnet, das im Fall von kurzen Konsultationen mit einer Einzelleistungsvergütung vergleichbar ist. Ein wesentlicher Teil der Spezialistinnen und Spezialisten ist von Spitälern angestellt. Des Weiteren bestehen nationale Vereinbarungen über das maximal zulässige Ausgabenwachstum.

1.6 Umsetzung

Die vorliegende Gesetzesänderung basiert auf einem dreistufigen Konzept. Für die Umsetzung der ersten Stufe (erhöhte Anforderungen an die Bewilligungstätigkeit der Kantone betreffend Berufsausübung nach MedBG) kann hierbei auf die Botschaft (13.060) vom 3. Juli 2013 zur Änderung des MedBG hingewiesen werden.

Für die Umsetzung der zweiten Stufe wird der Bundesrat diejenigen Bestimmungen der KVV ergänzen, welche die Voraussetzungen bezüglich der Zulassung der Leistungserbringer betreffen. Dies wird gleichzeitig mit dem Inkrafttreten der Gesetzesvorlage geschehen. Dasselbe gilt für die Festlegung der Auflagen zur Tätigkeit zu Lasten der OKP in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen. Die entsprechenden Vorschläge werden wie üblich bei den interessierten Organisationen (Kantone, Verbände der Leistungserbringer, der Versicherer und der Patienten) vernehmlasst.

Während einer Frist von einem Jahr ab Inkrafttreten der Gesetzesvorlage müssen die Versicherer eine Organisation bezeichnen, die überprüfen muss, ob die Leistungserbringer, die neu zu Lasten der OKP abrechnen wollen, die festgelegten Voraussetzungen erfüllen. Können sich die Versicherer nicht einigen, so bezeichnet der Bundesrat die Organisation.

Bezüglich der Umsetzung der dritten Stufe der Vorlage (Neuregelung von Art. 55a KVG betreffend die Einschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der Krankenversicherung) werden die Kantone die Möglichkeit haben, die Höchstzahlen der zur Tätigkeit zu Lasten der Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringer nach medizinischen Fachgebieten selbst zu bestimmen. Gemäss bundesstaatlicher Kompetenzaufteilung sind die Kantone für die Gewährleistung der Versorgungssicherheit zuständig und haben dabei insbesondere dafür zu sorgen, dass jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält. Sie sind besser in der Lage als der Bundesrat, die Zahl der Leistungserbringer festzulegen, die für die Deckung des Versorgungsbedarfs der Bevölkerung auf ihrem Kantonsgebiet erforderlich ist. Sind sie der Ansicht, dass auf ihrem Kantonsgebiet zu wenige Leistungserbringer zu Lasten der OKP tätig sind, können sie auf die Anwendung dieser Massnahme verzichten oder Höchstzahlen festlegen, die über dem aktuellen Angebot liegen. Sind sie hingegen der Ansicht, dass bereits ein zu grosses Leistungsangebot besteht, was zu einem Kostenanstieg führen kann, können sie Höchstzahlen festlegen, die unter der Anzahl der zugelassenen Leistungserbringer liegen. Auf diese Weise können sie unter Berücksichtigung der natürlichen Marktaustritte das Angebot wirksam regulieren. Die Kantone, die die Zulassungsbeschränkung anwenden, können diese – namentlich die vom Bundesrat in Anhang I VEZL festgelegten Höchstzahlen – während zwei Jahren nach Inkrafttreten der Gesetzesvorlage weiterhin anwenden.

Der Bundesrat kann Kriterien und methodische Grundsätze festlegen, um schweizweit eine möglichst einheitliche Umsetzung sicherzustellen. Damit die Massnahme wirksam ist und von den Leistungserbringern nicht umgangen werden kann, müssen die Kantone, die sie umsetzen, sämtliche ambulanten Bereiche der Leistungserbringung berücksichtigen, einschliesslich sowohl der selbstständigen als auch der Ärztinnen und Ärzten, die in Einrichtungen der ambulanten Krankenpflege tätig sind, sowie derjenigen, die in einem Spital beschäftigt sind.

Um den sich wandelnden Lebensgewohnheiten Rechnung zu tragen, insbesondere was die Zunahme der Teilzeitarbeit betrifft, müssen die Kantone die Höchstzahlen nach Vollzeitäquivalenten gewichten. Die Kantone hören bei der Festlegung dieser Zahlen die Verbände der betroffenen Leistungserbringer und der Versicherer an, die ihnen die notwendigen Daten kostenlos zur Verfügung stellen müssen, sowie die Patientenverbände. Die Ausgestaltung dieser Anhörung liegt im Ermessen jedes Kantons. Ferner müssen sich die Kantone mit den anderen Kantonen koordinieren, um der steigenden Mobilität der Patientinnen und Patienten Rechnung zu tragen, die

nachdem die Vorlage zur KVG-Revision zur integrierten Versorgung¹⁸ am 17. Juni 2012 vom Volk abgelehnt worden war. Sie bezweckte die Einführung der Vertragsfreiheit für die Versicherer ab einer bestimmten Ärztedichte, die durch den Bundesrat nach Facharztgruppen für die ganze Schweiz einheitlich festgelegt werden soll. Die Motion wurde am 10. September 2014 vom Nationalrat angenommen, nachdem das Parlament der Wiedereinführung der Zulassungsbeschränkung bis am 30. Juni 2016 zugestimmt hatte. Im Ständerat wurde sie hingegen am 2. März 2016 abgelehnt. Dieser gab dem Postulat 16.3000 der SGK-S Folge.

Motion 15.3385 (FDP-Liberale Fraktion) «Gesundheitswesen. Ausgewogene Versorgung dank differenzierten Taxpunktwerten in den KVG-Tarifen statt erneuter Zulassungsstopp»

Die Motion 15.3385 wurde am 4. Mai 2015 von Nationalrat Ignazio Cassis für die FDP-liberale Fraktion als Alternative zur Botschaft vom 18. Februar 2015 zur Änderung des KVG (Steuerung des ambulanten Bereichs)¹⁹ eingereicht. Sie beauftragte den Bundesrat, dem Parlament eine Vorlage zu unterbreiten, die den Vertragspartnern ermöglicht, durch eine Abstufung von Taxpunktwerten auf regionaler Ebene, nach Leistungsspektrum oder nach Qualitätskriterien, für eine territorial ausgewogene Versorgung zu sorgen. Die Motion wurde am 9. März 2017 zurückgezogen, nachdem der Bundesrat seinen Bericht in Erfüllung des Postulats 16.3000 der SGK-S verabschiedet hatte.

Interpellation 16.3821 (Heinz Brand) «Ärztmangel als wirkliches Problem?»

In seiner Interpellation vom 29. September 2016 bat Nationalrat Heinz Brand den Bundesrat um die Beantwortung von Fragen zum Stand der Versorgung mit medizinischen Leistungen in der Schweiz, insbesondere unter Berücksichtigung der regional unterschiedlichen Ärzte- und Spitaldichte, aber auch der steigenden Mobilität der Patientinnen und Patienten und der Entwicklung der Technologien. Auf der Grundlage der Zahlen der anderen OECD-Staaten war er zur Ansicht gelangt, dass in der Schweiz insgesamt eine Überversorgung bestehe, was einen Faktor für einen Anstieg der Gesundheitskosten darstellen würde.

Interpellation 16.3828 (Jean-Paul Gschwind) «Ist die Schweiz zu einer Goldgrube für Ärztinnen und Ärzte aus der Europäischen Union geworden?»

Am 29. Juni 2016 wandte sich Nationalrat Jean-Paul Gschwind mit einer Interpellation an den Bundesrat, weil er einen Kausalzusammenhang sah zwischen dem Anstieg der Kosten zu Lasten der OKP, der mit einem Anstieg der Prämien einhergeht, und der ständig ansteigenden Inanspruchnahme von ambulanten medizinischen Leistungen, die mit der Eröffnung von neuen Allgemein- oder Facharztpraxen in Zusammenhang stehen. Er machte hierfür von allem die Ärztinnen und Ärzte aus der Europäischen Union verantwortlich.

Interpellation 16.3940 (Barbara Schmid-Federer) «Steuerung der Ärztedichte. Optimierung der Ressourcen und Datenlage»

In ihrer Interpellation vom 5. Dezember 2016 stellte Nationalrätin Barbara Schmid-Federer in der Schweiz im OECD-Vergleich eine hohe Ärztedichte fest, die mit einer ungleichen regionalen und fachlichen Verteilung verbunden ist, was eine Steuerung erforderlich machen würde. Sie forderte den Bundesrat auf, zu einem

¹⁸ BBl 2011 6849

¹⁹ BBl 2015 2109

Modell Stellung zu nehmen, das von der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften erarbeitet und im November 2016 in einem Positionspapier veröffentlicht worden war. Der Bundesrat ist in seinem Bericht vom 3. März 2017 in Erfüllung des Postulats 16.3000 der SGK-S auf dieses Modell eingegangen. Die Interpellantin fragte den Bundesrat insbesondere, welche Massnahme er zu ergreifen gedenke, um die für die Steuerung notwendigen Daten verfügbar zu machen.

2 Erläuterungen zu den einzelnen Artikeln

Art. 35 Abs. 1

Mit der Neustrukturierung von Artikel 36 muss auf die Formulierung in Absatz 1 von Artikel 35 verzichtet werden.

Art. 36 Abs. 1

Artikel 36 Absatz 1 legt den Grundsatz fest, dass in Zukunft sämtliche Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n nur zu Lasten der OKP tätig sein dürfen, wenn sie formell zugelassen sind. Betroffen sind die Ärztinnen und Ärzte, die Zahnärztinnen und Zahnärzte (für die Leistungen zu Lasten der OKP), die Apothekerinnen und Apotheker, die Chiropraktorinnen und Chiropraktoren, die Hebammen, die übrigen Leistungserbringer, die auf Anordnung Leistungen erbringen (Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Pflegefachpersonen, Logopädinnen und Logopäden, Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater) und die Organisationen, die sie beschäftigen, die Laboratorien, die Abgabestellen für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen, die Transport- und Rettungsunternehmen und die Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen und Ärzte dienen

Art. 36 Abs. 2

Gemäss geltendem Recht regelt der Bundesrat die Zulassung der Leistungserbringer, mit Ausnahme der Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Spitäler, Pflegeheime, Heilbäder und der Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen und Ärzte dienen. Die Zulassungsvoraussetzungen für diese Leistungserbringer sind heute im Gesetz festgelegt. Mit der neuen Formulierung erhält der Bundesrat die Kompetenz, die Zulassungsvoraussetzungen sämtlicher Leistungserbringer des ambulanten Bereichs festzulegen, um eine qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungserbringung zu gewährleisten.

Die durch den Bundesrat festzulegenden Zulassungsvoraussetzungen beziehen sich je nach Art der Leistungserbringer auf die Aus- und Weiterbildung und werden mit denjenigen des MedBG und des Bundesgesetzes über die Gesundheitsberufe übereinstimmen. Der Bundesrat kann ebenfalls Voraussetzungen in Bezug auf die für die Qualität der Leistungserbringung notwendigen Strukturen festlegen,

Art. 36 Abs. 3

Neu erhält der Bundesrat die Möglichkeit, für die Leistungserbringer im ambulanten Bereich vor der Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP eine Wartezeit von zwei

Jahren nach Beendigung der Aus- und Weiterbildung vorzusehen. Diese Wartefrist kann sich auf einzelne oder sämtliche Leistungserbringerkategorien beziehen. Mit dieser Kompetenz kann der Zustrom von Leistungserbringern auf den Krankenversicherungsmarkt reguliert und die Qualifikation und Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems derjenigen Leistungserbringer, die zu Lasten der OKP tätig sein wollen, verbessert werden.

Art. 36 Abs. 3^{bis}

Neben der in Absatz 3 beschriebenen Wartefrist ist es zudem möglich, dass von den Leistungserbringern im ambulanten Bereich ein Nachweis der für die Qualität der Leistungserbringung notwendigen Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems und diesbezüglich eine Prüfung verlangt werden kann. Befreit von diesem Prüfverfahren sind diejenigen Leistungserbringer, die eine zweijährige praktische Tätigkeit im beantragten Tätigkeitsbereich in der Schweiz nach Beendigung der Aus- und Weiterbildung nachweisen können. Mit dieser Regelung ist es für die ambulanten Leistungserbringern, welche zu Lasten der OKP tätig sein wollen, zwar nicht zwingend notwendig, während der Wartefrist eine zweijährige praktische Tätigkeit nachzuweisen. Trotzdem wird diesbezüglich ein grosser Anreiz bestehen, während dieser Frist im beantragten Tätigkeitsbereich zu arbeiten, um sich von der Prüfungspflicht in Bezug auf die notwendigen Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems befreien zu können.

Legt der Bundesrat ein Prüfverfahren nach dieser Bestimmung fest, wird er bezüglich der Durchführung und Organisation desselben die zentralen Akteure des ambulanten Bereichs konsultieren. Das Prüfverfahren soll die für die Qualität der Leistungserbringung notwendigen Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems untersuchen.

Art. 36 Abs. 4

Neben den in den Absätzen 2 und 3 erwähnten Voraussetzungen legt der Bundesrat zusätzlich Auflagen in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen fest, welche die Leistungserbringer bei ihrer Tätigkeit zu Lasten der OKP erfüllen müssen. Diese Auflagen beziehen sich namentlich auf Massnahmen zur Qualitätsentwicklung sowie die Bereitstellung derjenigen Daten, die benötigt werden, um die Einhaltung der Bestimmungen über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu beaufsichtigen.

Art. 36 Abs. 5

Während dem das geltende Recht für die Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n kein förmliches Zulassungsverfahren vorgesehen hat, wird dieses *de lege ferenda* eingeführt, indem die Leistungserbringer nicht mehr automatisch, sondern von einer von den Versicherern bezeichneten Organisation zugelassen werden. Können die Versicherer sich nicht auf eine Organisation einigen, nimmt der Bundesrat die Bezeichnung vor.

Art. 36 Abs. 6

Sieht der Bundesrat ein Prüfverfahren über die notwendigen Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems vor, so kann er die Durchführung desselben einer

Organisation übertragen. Vor der Übertragung dieser Aufgabe auf eine bestimmte Organisation konsultiert der Bundesrat auf jeden Fall die jeweiligen Akteure des ambulanten Bereichs.

Art. 36 Abs. 7

Für die Erfüllung ihrer Aufgaben können die Organisationen nach den Absätzen 5 und 6 eine Gebühr erheben. Der Bundesrat regelt die Erhebung der Gebühren und legt insbesondere die Höhe der Gebühren fest. Mit der erhaltenen Gebühr ist es den Organisationen nicht erlaubt, weitere Tätigkeiten als diejenigen, die im Rahmen der definierten Aufgaben anfallen, zu finanzieren.

Art. 36a

Die Regeln in Bezug auf die Zulassung von Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, wenn die dort tätigen Ärzte und Ärztinnen die Zulassungsvoraussetzungen erfüllen, werden in Zukunft auf der Grundlage von Artikel 36 in der KVV festgelegt. Infolgedessen ist die Bestimmung von Artikel 36a aufzuheben.

Art. 37

Die Regeln in Bezug auf die Zulassung von Apothekerinnen und Apotheker werden in Zukunft auf der Grundlage von Artikel 36 in der KVV festgelegt.

Die Bestimmungen des revidierten MedBG gelten sowohl für die Apothekerinnen und Apotheker als auch für die Ärztinnen und Ärzte. Am 18. März 2016 hat das Parlament eine Änderung²⁰ des Bundesgesetzes vom 15. Dezember 2000 über Arzneimittel und Medizinprodukte (HMG)²¹ beschlossen. Der neue Artikel 4 Absatz 1 Buchstabe k HMG umschreibt die Selbstdispensation als die «kantonal bewilligte Abgabe von Arzneimitteln innerhalb einer Arztpraxis beziehungsweise einer ambulanten Institution des Gesundheitswesens, deren Apotheke unter fachlicher Verantwortung einer Ärztin oder eines Arztes mit Berufsausübungsbewilligung steht». Gemäss Artikel 24 Absatz 1 Buchstabe b der verabschiedeten Vorlage dürfen alle Personen, die einen Medizinalberuf ausüben, entsprechend den Bestimmungen über die Selbstdispensation sowie unter Gewährleistung, dass die miteinander im Wettbewerb stehenden Marktpartner den gleichen gesetzlichen Sicherheits- und Qualitätsanforderungen genügen (Art. 1 Abs. 3 Bst. c HMG), verschreibungspflichtige Arzneimittel abgeben. Diese Revision tritt grundsätzlich vor dem Inkrafttreten dieser Gesetzesvorlage in Kraft. Im KVG muss daher nicht mehr festgehalten werden, dass die Kantone die Voraussetzungen festlegen, unter denen die Ärztinnen und Ärzte den Apothekerinnen und Apothekern gleichgestellt sind.

Artikel 37 wird infolgedessen ebenfalls aufgehoben.

Art. 38

Die Regeln in Bezug auf die Zulassung der Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben c-g, i und m werden in Zukunft auf der Grundlage von Artikel

²⁰ BBl 2017 2745

²¹ SR 812.21

36 in der KVV festgelegt. Die Zulassung der Geburtshäuser (Art. 35 Abs. 2 Bst. i) ist des Weiteren in Artikel 39 Absatz 3 geregelt. Auch Artikel 38 kann somit aufgehoben werden.

Art. 55a Abs. 1

Mit dieser Bestimmung erhalten die Kantone die Kompetenz, die Zulassung von Ärztinnen und Ärzte, die Leistungen im ambulanten Bereich erbringen, in einem oder mehreren medizinischen Fachgebieten auf eine Höchstzahl zu beschränken. Betroffen von dieser Zulassungsbeschränkung sind Ärztinnen und Ärzte, die ihre Tätigkeit selbstständig oder unselbstständig in einem Spital und in einer Einrichtung nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe n ausüben möchten. Somit gilt jede Beschränkung für den gesamten ambulanten Bereich für das oder die betroffenen Fachgebiete im jeweiligen Kanton. Falls die Kantone sich dergestalt für eine Zulassungsbeschränkung entscheiden, müssen sie hierzu eine Bewilligungspraxis initialisieren.

Art. 55a Abs. 2

Wenn die Kantone Höchstzahlen für die zur Tätigkeit zu Lasten der OKP zugelassenen Leistungserbringer festlegen, können sie nicht einfach die Zahl der im ambulanten Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzte pro Fachgebiet bestimmen, sondern müssen auch den Beschäftigungsgrad dieser Personen berücksichtigen. Damit tragen sie der Entwicklung der Arbeitsformen und insbesondere der Zunahme der Teilzeitbeschäftigung Rechnung und fördern gleichzeitig den Verbleib der Frauen im Arbeitsmarkt.

Analog zur Spitalplanung kann der Bundesrat methodische Grundsätze und Kriterien für die Bestimmung der Höchstzahlen festlegen, um eine möglichst einheitliche Anwendung unter den Kantonen zu fördern, ohne jedoch deren Handlungsspielraum übermässig einzuschränken. Vorgesehen sind Kriterien für den Zugang der Versicherten zur Behandlung innert nützlicher Frist sowie für Therapie- und Diagnosegeräte.

Art. 55a Abs. 3

Bei der Bestimmung der Höchstzahlen müssen die Kantone zumindest die Verbände der Leistungserbringer, der Versicherer und der Patienten anhören. Nicht präzisiert wird, wie diese Verbände anzuhören sind, um den Kantonen einen Gestaltungsspielraum offen zu lassen. Somit sind mehrere Anhörungsformen vorstellbar: Einsetzung einer Ad-hoc-Kommission, Einberufung einer Arbeitsgruppe, schriftliche Anhörung usw.

Wenn sie Gebrauch von ihrer Kompetenz machen, müssen sich die Kantone insbesondere mit ihren Nachbarkantonen koordinieren, um der steigenden Mobilität der Patientinnen und Patienten und der Leistungserbringer Rechnung zu tragen. Es wird nicht präzisiert, wie sich die Kantone zu koordinieren haben, um den Kantonen einen grossen Gestaltungsspielraum offen zu lassen. Sowohl die Einsetzung einer nationalen Koordinierungsstelle als auch eine mehr oder weniger formale regionale Koordination sind möglich.

Art. 55a Abs. 4

Als Aufsichtsbehörde im Gesundheitsbereich stellen die Kantone die Berufsausübungsbewilligungen für die universitären Medizinalberufe aus. Sie kennen somit grundsätzlich die Zahlen und die Diplome der Ärztinnen und Ärzte, die über eine Bewilligung zur Berufsausübung auf ihrem Gebiet verfügen. Hingegen verfügen sie insbesondere nicht über Informationen über den Beschäftigungsgrad dieser Personen und die Patientenströme. Die Leistungserbringer und deren Verbände sowie die Versicherer und deren Verbände müssen daher den Kantonen diejenigen Daten kostenlos bekannt geben, die zur Ermittlung der Höchstzahlen und für die Koordination erforderlich sind. Neben den bereits bestehenden Daten, wie den Abrechnungsdaten und den statistischen Erhebungen der Ärzteverbände, können die Kantone von den Leistungserbringern, einschliesslich der Spitäler, detaillierte Informationen über die Tätigkeit der bei ihnen im ambulanten Bereich beschäftigten Ärztinnen und Ärzte und alle weiteren Informationen, die sie als nützlich erachten, verlangen.

Art. 55a Abs. 5

Ärzte und Ärztinnen, die vor Inkrafttreten der Höchstzahl zugelassen wurden und ihre Tätigkeit vor diesem Datum selbstständig oder unselbstständig ausgeübt haben, sind von der Zulassungsbeschränkung nicht betroffen. Dasselbe gilt für Ärzte und Ärztinnen, die ihre Tätigkeit im ambulanten Bereich von Spitälern oder in Einrichtungen nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe n vor Inkrafttreten der Höchstzahl ausgeübt haben, sofern sie ihre Tätigkeit in der gleichen Einrichtung oder im ambulanten Bereich des gleichen Spitals weiter ausüben. Eine solche Bestimmung ist notwendig, um die wohlerworbenen Rechte zu bewahren, namentlich deswegen, da im Zeitraum vom 1. Januar 2012 bis zum 30. Juni 2013 keine Zulassungsbeschränkung existierte.

Art. 55a Abs. 6

Wenn die Kantone in einem oder mehreren Fachgebieten einen übermässig hohen Anstieg der Kosten feststellen, können sie gemäss dieser Bestimmung die Zulassung von neuen Leistungserbringern in dem oder den betroffenen Fachgebieten unabhängig von den festgelegten Höchstzahlen sofort stoppen. Ein übermässig hoher Anstieg liegt in zwei Fällen vor:

- wenn die jährlichen Kosten je versicherte Person in einem Fachgebiet in einem Kanton mehr ansteigen als die jährlichen Kosten der anderen Fachgebiete im selben Kanton;
- wenn die jährlichen Kosten je versicherte Person in einem Fachgebiet in einem Kanton mehr ansteigen als die jährlichen Kosten des gesamtschweizerischen Durchschnitts des betroffenen Fachgebiets.

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

Den Versicherern wird die Verantwortung übertragen, die Einhaltung der vom Bundesrat gemäss Artikel 36 Absatz 4 festgelegten Auflagen in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu überwachen, welche die Leistungserbringer bei ihrer Tätigkeit zu Lasten der OKP erfüllen müssen. Werden diese Voraussetzungen nicht oder nur teilweise eingehalten, können die Versicherer das

Schiedsgericht nach Artikel 89 ersuchen, eine angemessene Sanktion auszusprechen, die bis zum Ausschluss von allen Tätigkeiten zu Lasten der OKP reichen kann.

Übergangsbestimmungen

Absatz 1 sieht vor, dass die Versicherer die Organisation nach Artikel 36 Absatz 5 innerhalb eines Jahres nach Inkrafttreten der Gesetzesvorlage zu bezeichnen haben. Aufgabe der Organisation ist es, zu überprüfen, ob die Gesuchstellenden die vom Bundesrat festgelegten Zulassungsvoraussetzungen erfüllen. Können sich die Versicherer innert dieser Frist nicht einigen, so bezeichnet der Bundesrat die Organisation. Bis zur Bezeichnung der Organisation erfolgt die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP der Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n KVG nach bisherigem Recht. Leistungserbringer, welche bereits vor dem Inkrafttreten der Gesetzesvorlage zur Tätigkeit zu Lasten der OKP oder vor der Bezeichnung der Organisation nach Artikel 36 Absatz 5 zugelassen wurden, benötigen damit keine Zulassung von dieser Organisation. Die wohlerworbenen Rechte werden somit bewahrt.

Mit dem neuen Artikel 55a wird den Kantonen eine Kompetenz übertragen, die bis jetzt in den Händen des Bundesrats lag. Dieser kann zwar methodische Grundsätze festlegen, aber die Höchstzahlen der Anzahl Ärzte und Ärztinnen mit einer Bewilligung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP werden nicht mehr von ihm bestimmt. Den Kantonen sollte genügend Zeit für die Bestimmung der Höchstzahlen eingeräumt werden, damit sie die Akteure des betroffenen Bereichs anhören und sich koordinieren können, insbesondere um den Beschäftigungsgrad der Leistungserbringer und die Mobilität der Patientinnen und Patienten korrekt zu berücksichtigen. Um zu verhindern, dass während einer gewissen Zeit keine Zulassungsbeschränkung besteht, sieht Absatz 2 der Übergangsbestimmungen vor, dass die Kantone ab dem Inkrafttreten der Gesetzesvorlage für die erforderlichen Anpassungen zwei Jahre Zeit haben. Während dieser Frist können die kantonalen Regelungen in Bezug auf die Zulassungsbeschränkung nach bisherigem Recht weitergeführt werden.

3 Auswirkungen

3.1 Auswirkungen auf den Bund

3.1.1 Finanzielle Auswirkungen

Ziel dieser Neuregelung ist, die Entwicklung der Kosten für Leistungen zu Lasten der OKP einzudämmen, und auf diese Weise den Anstieg der von den Versicherten bezahlten Prämien zu begrenzen. Die Massnahmen sollten daher ebenfalls dazu beitragen, den Anstieg der Subventionen, die der Bund den Kantonen gemäss Artikel 66 Absatz 2 KVG zur Verbilligung der Prämien der Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen gewährt, zu bremsen.

3.1.2 Personelle Auswirkungen

Die Aufgaben, die infolge der neuen Kompetenzen des Bundesrats gemäss dieser Neuregelung entstehen, werden mit den bestehenden Ressourcen abgedeckt. Die beantragte Neuregelung hat somit keinen Einfluss auf den Personalbestand des Bundes.

3.2 Auswirkungen auf Kantone und Gemeinden sowie auf urbane Zentren, Agglomerationen und Berggebiete

Mit der beantragten Neuregelung haben die Kantone die Möglichkeit, nicht aber die Pflicht, Höchstzahlen für die Zulassung der Ärztinnen und Ärzte pro Fachgebiet festzulegen. Zu diesem Zweck müssen sie unter Anwendung der vom Bundesrat vorgegebenen Kriterien und methodischen Grundsätze und unter Einbezug der wichtigsten Akteure dieses Bereichs die aktuellen Personalbestände erheben, um den Beschäftigungsgrad der betroffenen Ärztinnen und Ärzte und den Zugang der Versicherten zur Gesundheitsversorgung korrekt zu berücksichtigen. Ausserdem müssen sie sich koordinieren, um der Mobilität der Patientinnen und Patienten Rechnung zu tragen. Die Umsetzung dieser Neuregelung führt somit punktuell zu Mehrarbeit in den Kantonen. Wie oben ausgeführt, soll jedoch mit dieser Massnahme der Anstieg der von den Versicherten bezahlten Prämien gebremst und somit der Druck auf die Kantone hinsichtlich der Verbilligung der Prämien der Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen begrenzt werden. Die zu erwartenden Minderausgaben der Kantone bei ihren Prämienverbilligungen dürften den Mehraufwand für die Umsetzung der Zulassungsbeschränkungen übertreffen, womit die Kantone per Saldo entlastet werden.

3.3 Auswirkungen auf die Gesellschaft

Mit der vorgeschlagenen Revision sollen eine bessere Kostenkontrolle und eine Qualitätssteigerung erreicht werden. Wie oben ausgeführt, hat dies eine Begrenzung des Anstiegs der von den Versicherten bezahlten Prämien zur Folge. Die Höhe der Krankenversicherungsprämien und deren jährlicher Anstieg sorgen bei der Bevölkerung und den Kantonen für grosse Besorgnis. Im Jahr 2017 stieg die durchschnittli-

che Prämie für Erwachsene im Mittel um 4,5 Prozent auf 4176 Franken im Kanton Appenzell-Innerrhoden und auf 6804 Franken pro Jahr im Kanton Basel-Stadt an, während der Schweizer Durchschnitt bei 5367 Franken lag. Die Prämien für Kinder stiegen im Durchschnitt gar um 6,6 Prozent auf 1263 Franken pro Jahr und jene für junge Erwachsene um 5,4 Prozent auf 4972 Franken an. Namentlich für die Mittelschicht, welche kein Anspruch auf Prämienverbilligung erhält, können solche Prämienbeträge ein Grund für Überschuldung sein und zu Armut führen. Die Beschränkung des Anstiegs der Gesundheitskosten muss daher ein zwingendes Ziel der Sozialpolitik des Bundes sein.

Ende 2014 zählte die Schweiz mehr als 41 Ärztinnen und Ärzte pro 10000 Einwohnerinnen und Einwohner, wobei mehr als die Hälfte in einer Praxis oder einer Einrichtung der ambulanten Krankenpflege tätig waren, was deutlich mehr ist als in den meisten OECD-Staaten. Obwohl die Ärztedichte zwischen den Kantonen relativ grosse Unterschiede aufweist (zwischen 8,6 in Zug und 42,5 in Basel-Stadt), ist kein Ärztemangel festzustellen. Wie im Bericht des Bundesrats vom 3. März 2017 ausgeführt, wurde bereits im Jahr 2001 in einer Studie festgestellt, dass die Zufriedenheit der Bevölkerung mit den Leistungen des Gesundheitswesens, die Wahrnehmung von Anzeichen einer Rationierung ebenso wie die Effektivität der medizinischen Versorgung, gemessen an den dank medizinischen Eingriffen vermeidbaren Todesfällen, praktisch identisch sind, trotz der teilweise eklatanten Differenzen bei der Ärztedichte. Es wurde aber beobachtet, dass die Ärztedichte einen markanten Einfluss auf die Aktivitäten (Besuche und Konsultationen) sowie auf die Kosten pro versicherte Person in der OKP hatte. Eine angemessene medizinische Versorgung der Bevölkerung mit einem gleichen Grad der Zufriedenheit kann also auch mit einer vergleichsweise geringen Ärztedichte erreicht werden, dies aber zu niedrigeren Kosten. Seit 2001 ist die Ärztedichte noch weiter angestiegen. Im ganzen Land ist der Zugang zur Gesundheitsversorgung innerhalb kurzer Frist sichergestellt. Die Möglichkeit, die Zulassung gewisser neuer Leistungserbringer in einem Kanton zu beschränken, wird somit keine negativen Auswirkungen auf die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung haben. Für neue Leistungserbringer sollen hingegen Anreize geschaffen werden, damit sich diese in Gebieten niederlassen, in denen keine Zulassungsbeschränkung besteht. Die Gesundheitsversorgung in den heute weniger gut versorgten Regionen wird so verbessert, ohne dass sich dadurch die Versorgungssituation in den anderen Regionen verschlechtert.

4 Verhältnis zur Legislaturplanung und zu Strategien des Bundesrats

4.1 Verhältnis zur Legislaturplanung

Die Vorlage wurde weder in der Botschaft vom 27. Januar 2016 zur Legislaturplanung 2015–2019²² noch im Bundesbeschluss vom 14. Juni 2016 über die Legislaturplanung 2015–2019²³ angekündigt.

4.2 Verhältnis zu Strategien des Bundesrats

Im Januar 2013 hat der Bundesrat die Gesamtschau «Gesundheit2020»²⁴ verabschiedet. Mit insgesamt 36 Massnahmen verteilt auf 4 Handlungsfelder soll die Lebensqualität gesichert, die Chancengleichheit gestärkt, die Versorgungsqualität erhöht und die Transparenz verbessert werden. Die Zulassungssteuerung steht im Zusammenhang mit dem Handlungsfeld 4 «Transparenz» der Strategie Gesundheit2020, gemäss dem die Transparenz im Schweizer Gesundheitswesen über die erbrachten Leistungen, ihren Nutzen und ihre Kosten mangelhaft ist. Gemäss der Strategie soll das Ziel «Gesundheitspolitische Steuerung verbessern» mit folgenden Massnahmen erreicht werden: Stärkung der Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen, Einführung neuer Steuerungsmöglichkeiten, Deblockieren von Tarifverhandlungen und Optimierung der Spitalfinanzierung. Eines der im Rahmen dieses Ziels lancierten Projekte ist die «Zulassungssteuerung mittel- und langfristig». Eine der Prioritäten des Bundesrats für das Jahr 2015 war die Verabschiedung der Botschaft (15.020) zu einer Teilrevision des KVG, die die Steuerung des ambulanten Bereichs zum Ziel hatte²⁵. Nachdem die Vorlage vom Nationalrat in der Schlussabstimmung am 18. Dezember 2015 knapp abgelehnt worden war, ging es 2016 darum, zum einen Artikel 55a KVG zu verlängern und zum anderen einen Bericht gemäss dem Postulat 16.3000 der SGK-S zu erarbeiten und zu verabschieden. Dieser Bericht wurde dem Parlament schliesslich am 22. Februar 2017 unterbreitet²⁶.

Ein anderes Ziel des Bundesrats für 2015 bestand in der Förderung der Leistungs- und Versorgungsqualität im Rahmen des Handlungsfelds «Versorgungsqualität sichern und erhöhen». Mit der Verabschiedung der Botschaft zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit²⁷ sowie mit der Weiterführung der nationalen Pilotprojekte zur Verbesserung der Patientensicherheit und der Projekte zur Erhöhung der Transparenz (Entwicklung von Qualitätsindikatoren) soll dieses Ziel weitgehend erreicht werden. Im Jahr 2016 standen die parlamentarischen Beratungen zur KVG-Revision im Zentrum der Legislaturplanung.

²² BBl 2016 1105

²³ BBl 2016 5183

²⁴ Siehe Fn. 12

²⁵ Siehe Fn. 4

²⁶ Siehe Fn. 5.

²⁷ Siehe Fn. 11

5 **Rechtliche Aspekte**

5.1 **Verfassungsmässigkeit**

Die hier erläuterte Vorlage beruht auf Artikel 117 BV, der dem Bund eine umfassende Kompetenz in Bezug auf die Organisation der Krankenversicherung erteilt. Die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ist der Wirtschaftsfreiheit (Art. 27 BV) weitestgehend entzogen und soll im vorliegenden Kontext lediglich gewährleisten, dass die Beschränkungen der Zulassungen zur Tätigkeit zu Lasten der Krankenversicherung auf Kriterien beruhen, die den Grundsatz der Gleichbehandlung von Konkurrenten angemessen berücksichtigen²⁸. Die Festlegung der Zulassungsvoraussetzungen nach Artikel 36 Absätze 2 und 3 KVG und die Möglichkeit zur Einschränkung der Zulassung anhand der Festlegung von Höchstzahlen in einem oder mehreren ambulanten medizinischen Fachgebieten nach Artikel 55a KVG halten sich diesbezüglich an den Grundsatz der Gleichbehandlung von Konkurrenten.

Die Vorlage bildet sodann eine klare formelle Grundlage, auf der die Einschränkungen konform abgestützt werden können. Das Bundesgericht vertrat in der Vergangenheit die Ansicht, dass Artikel 117 BV als implizite Verfassungsgrundlage für eine Bestimmung betrachtet werden kann, welche die Eindämmung der Gesundheitskosten (und damit der Krankenkassenprämien) bezweckt. Die Festlegung von Höchstzahlen ist verhältnismässig, da sich diese auf eines oder mehrere Fachgebiete beziehen muss und die betroffenen Leistungserbringer angesichts der ganz unterschiedlichen Versorgungssituationen auf dem Schweizer Staatsgebiet nicht daran gehindert werden, ihren Beruf auszuüben. Alsdann ist das Vertrauensprinzip gewährleistet, da die vor Inkrafttreten der Höchstzahlen zugelassenen Leistungserbringer das Recht, zu Lasten der OKP tätig zu sein, behalten. Schliesslich verzerrt der Entwurf den Wettbewerb nicht, denn neue Mitstreiter werden nicht dauerhaft oder vollständig vom Markt ausgeschlossen, sondern haben aufgrund von im Voraus festgelegten, transparenten Kriterien nach Artikel 36 Absatz 2 beziehungsweise Artikel 55a KVG einen beschränkten oder aber erleichterten Zugang. Diesbezüglich ist auf das Bundesgericht hinzuweisen, wonach die Wirtschaftsfreiheit, wenn sie keinen Anspruch auf staatliche Förderung von Betrieben gewährt, auch den privat praktizierenden Ärzten kein Recht verschaffen kann, in beliebiger Höhe Leistungen zu Lasten der sozialen Krankenversicherung zu erbringen²⁹.

5.2 **Vereinbarkeit mit internationalen Verpflichtungen der Schweiz**

Artikel 3 des Vertrags über die Europäische Union³⁰ überträgt der Europäischen Union die Aufgabe, die soziale Gerechtigkeit und den sozialen Schutz zu fördern. Die Freizügigkeit der Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen innerhalb der Union ist in Artikel 45 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union³¹ geregelt. Am 1. Juni 2002 ist das Abkommen vom 21. Juni 1999³² zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA) in Kraft getre-

²⁸ BGE 130 I 26 Erw. 4.5; 132 V 6 Erw. 2.5.3 ff.

²⁹ BGE 130 I 26 Erw. 4.5

³⁰ ABl. C 191 vom 29.7.1992

³¹ ABl. C 306 vom 17.12.2007

³² SR 0.142.112.681

ten. Ziel des Abkommens ist es insbesondere, den Staatsangehörigen der Mitgliedstaaten der Europäischen Union und der Schweiz ein Recht auf Einreise, Aufenthalt, Zugang zu einer unselbstständigen Erwerbstätigkeit und Niederlassung als Selbstständiger sowie das Recht auf Verbleib im Hoheitsgebiet der Vertragsparteien einzuräumen (Art. 1 Bst. a FZA). Artikel 1 Buchstabe d FZA sieht ebenfalls vor, dass den Staatsangehörigen der Mitgliedstaaten der Europäischen Union und der Schweiz gleiche Lebens-, Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen wie für Inländer und Inländerinnen eingeräumt werden. In Übereinstimmung mit Anhang I des Abkommens ist daher vorgesehen, dass die Staatsangehörigen einer Vertragspartei, die sich rechtmässig im Hoheitsgebiet einer anderen Vertragspartei aufhalten, nicht aufgrund ihrer Staatsangehörigkeit diskriminiert werden (Art. 2 FZA) und dass das Recht auf Aufenthalt und Zugang zu einer Erwerbstätigkeit eingeräumt wird (Art. 4 FZA). Dementsprechend sieht das FZA in Artikel 7 Buchstabe a vor, dass die Vertragsparteien insbesondere das Recht auf Gleichbehandlung mit den Inländern und Inländerinnen in Bezug auf den Zugang zu einer Erwerbstätigkeit und deren Ausübung sowie auf die Lebens-, Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen regeln.

Die Personenfreizügigkeit verlangt eine Koordination der einzelstaatlichen Systeme der sozialen Sicherheit, wie dies Artikel 48 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union vorsieht. Das Recht der Europäischen Union sieht jedoch keine Harmonisierung der nationalen Systeme der sozialen Sicherheit vor. Die Mitgliedstaaten können die Ausgestaltung, den persönlichen Geltungsbereich, die Finanzierungsmodalitäten sowie die Organisation ihrer Systeme der sozialen Sicherheit weiterhin bestimmen. Die Koordination der einzelstaatlichen Systeme der sozialen Sicherheit wird durch die Verordnung (EG) Nr. 883/2004³³ und die Durchführungsverordnung Nr. 987/2009³⁴ umgesetzt, zu deren Vollzug die Schweiz nach den Artikeln 8 und 16 Absatz 1 und nach Anhang II FZA verpflichtet ist.

Der ambulante Bereich wird in sehr vielen Ländern auf die eine oder andere Weise gesteuert (vgl. Ziff. 1.5), wobei die entsprechenden Bestimmungen die international vereinbarten Regeln einhalten müssen. Das europäische Recht setzt zwar auf dem Gebiet der Personenfreizügigkeit Normen fest, jedoch ohne die nationalen Systeme der sozialen Sicherheit zu harmonisieren. Die Staaten sind daher frei, diese Fragen nach ihren eigenen Vorstellungen zu regeln (bezüglich der Vereinbarkeit des heute geltenden Artikels 55a Absatz 2 KVG mit dem FZA kann auf die Ziffer 1.3, Abschnitt Zulassungssteuerung, verwiesen werden).

Die Gesetzesvorlage ist in diesem Sinne mit dem FZA kompatibel.

5.3 Erlassform

Nach Artikel 164 BV sind alle wichtigen rechtsetzenden Bestimmungen in der Form des Bundesgesetzes zu erlassen. Diesem Erfordernis wird der Erlass des vorliegenden Gesetzes gerecht.

³³ Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit¹, ABl. L 166 vom 30.4.2004, S. 1 (SR **0.831.109.268.1**)

³⁴ Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit¹, ABl. L 284 vom 30.10.2009, S. 1 (SR **0.831.109.268.11**)

Bundesgesetze unterliegen nach Artikel 141 Absatz 1 Buchstabe a BV dem fakultativen Referendum. Die hier erläuterte Vorlage sieht explizit das fakultative Referendum vor.

5.4 Unterstellung unter die Ausgabenbremse

Artikel 159 Absatz 3 Buchstabe b BV sieht zum Zweck der Ausgabenbegrenzung vor, dass Subventionsbestimmungen und Verpflichtungskredite sowie Zahlungsrahmen, die neue einmalige Ausgaben von mehr als 20 Millionen Franken oder wiederkehrende Ausgaben von mehr als 2 Millionen Franken nach sich ziehen, in jedem der beiden Räte der Zustimmung der Mehrheit aller Mitglieder bedürfen. Weil die Vorlage weder Subventionsbestimmungen noch Finanzierungsbeschlüsse beinhaltet, unterliegt das Geschäft nicht der Ausgabenbremse.

5.5 Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen

Artikel 96 KVG erteilt dem Bundesrat die Kompetenz, Ausführungsbestimmungen im Bereich der sozialen Krankenversicherung zu erlassen. Der vorliegende Entwurf ermächtigt ihn zum Erlass von Bestimmungen im folgenden Bereich:

- Regelung der Zulassung der Leistungserbringer und Festlegung von Auflagen in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit und Qualität (Art. 36 Abs. 2 und 4 KVG).
- Festlegung einer Wartefrist von zwei Jahren nach Beendigung der Aus- und Weiterbildung vor der Zulassung der Leistungserbringer im ambulanten Bereich (Art. 36 Abs. 3 KVG).
- Festlegung eines Prüfverfahrens in Bezug auf die für die Qualität der Leistungserbringung notwendigen Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems (Art. 36 Abs. 3^{bis} KVG).
- Bezeichnung einer Organisation durch den Bundesrat, sofern die Versicherer sich nicht auf eine solche einigen können (Art. 36 Abs. 5 KVG).
- Sieht der Bundesrat ein Prüfverfahren nach Artikel 36 Absatz 3^{bis} KVG vor, so kann er die Durchführung des Verfahrens einer Organisation übertragen (Art. 36. Abs. 6 KVG).
- Regelung der Erhebung der Gebühren und insbesondere der Höhe derselben durch den Bundesrat (Art. 36 Abs. 7 KVG).
- Festlegung von weiteren Kriterien und methodischen Grundsätze für die Bestimmung der Höchstzahlen der Personen Artikel 55a Absatz 1 KVG (Art. 55a Abs. 2 KVG).

