



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit

Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern)

Bericht über die Ergebnisse der Vernehmlassung

Bern, 9. Mai 2018

Inhaltsverzeichnis

1	AUSGANGSLAGE	3
2	STELLUNGNAHMEN.....	3
3	ÜBERSICHT.....	3
4	ZUSAMMENFASSUNG DER STELLUNGNAHMEN	5
4.1	Stellungnahmen zur Vorlage im Allgemeinen	5
4.2	Stellungnahmen zu Artikel 36	13
4.2.1	Stellungnahmen zu Artikel 36 im Allgemeinen.....	13
4.2.2	Stellungnahmen zu Artikel 36 Absätze 1 und 2	17
4.2.3	Stellungnahmen zu Artikel 36 Absatz 3.....	19
4.2.4	Stellungnahmen zu Artikel 36 Absatz 3 <i>bis</i>	22
4.2.5	Stellungnahmen zu Artikel 36 Absatz 4.....	24
4.2.6	Stellungnahmen zu Artikel 36 Absätze 5 und 6	27
4.2.7	Stellungnahmen zu Artikel 36 Absatz 7.....	30
4.3	Stellungnahmen zu Artikel 36a	31
4.4	Stellungnahmen zu Artikel 37	31
4.5	Stellungnahmen zu Artikel 55a	31
4.5.1	Stellungnahmen zu Artikel 55a im Allgemeinen.....	31
4.5.2	Stellungnahmen zu Artikel 55a Absatz 1.....	35
4.5.3	Stellungnahmen zu Artikel 55a Absatz 2.....	37
4.5.4	Stellungnahmen zu Artikel 55a Absatz 3.....	40
4.5.5	Stellungnahmen zu Artikel 55a Absatz 4.....	41
4.5.6	Stellungnahmen zu Artikel 55a Absatz 5.....	42
4.5.7	Stellungnahmen zu Artikel 55a Absatz 6.....	43
4.6	Stellungnahmen zu Artikel 59	45
4.7	Stellungnahmen zu den Übergangsbestimmungen	45
4.7.1	Stellungnahmen zu den Übergangsbestimmungen im Allgemeinen	45
4.7.2	Stellungnahmen zu den Übergangsbestimmungen, Absatz 1	45
4.7.3	Stellungnahmen zu den Übergangsbestimmungen, Absatz 2	46
4.8	Andere Vorschläge.....	47
	ANHANG: LISTE DER VERNEHMLASSUNGSTEILNEHMER.....	49

1 Ausgangslage

Am 5. Juli 2017 hat der Bundesrat das EDI beauftragt, bis am 25. Oktober 2017 bei den Kantonen, den politischen Parteien, den gesamtschweizerischen Dachverbänden der Gemeinden, Städte und Berggebiete, den gesamtschweizerischen Dachverbänden der Wirtschaft und den anderen interessierten Kreisen eine Vernehmlassung zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend die Zulassung von Leistungserbringern durchzuführen.

Die Vernehmlassungsvorlage basiert auf einem dreistufigen Konzept. Mit der Vorlage werden die Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsanforderungen an die Zulassung der Leistungserbringer zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erhöht und gleichzeitig wird den Kantonen ein wirksames Instrument zur Kosteneindämmung im ambulanten Bereich zur Verfügung gestellt. Die Gesetzesvorlage stellt erstens für Personen, die einen Medizinal- oder Gesundheitsberuf ausüben, eine Verbindung zu den entsprechenden Gesetzen bezüglich der Voraussetzungen für die Berufsausübung her. Damit die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung in Zukunft verbessert werden kann, wird dem Bundesrat zweitens die Kompetenz erteilt, die Zulassung sämtlicher ambulanter Leistungserbringer im KVG zu regeln und insbesondere Auflagen in Bezug auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erlassen. Drittens fokussiert die Vorlage auf eine Neuregelung von Artikel 55a KVG, die vorsieht, dass die Kantone die Zulassung von Ärztinnen und Ärzten in einem oder mehreren ambulanten medizinischen Fachgebieten auf eine Höchstzahl beschränken können. Dabei sind bei der Bestimmung der Höchstzahlen durch die Kantone die Beschäftigungsgrade der Ärztinnen und Ärzte zu berücksichtigen.

2 Stellungnahmen

Im Rahmen der Vernehmlassung sind 91 Stellungnahmen von folgenden Organisationen eingegangen:

- allen Kantonen sowie der GDK und der CLASS;
- 7 in der Bundesversammlung vertretenen politischen Parteien (CSPO, CVP, GPS, FDP, SPS, GLP, SVP);
- der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete (SAB);
- 3 Versicherungsverbänden (santésuisse, curafutura, SVV) und 1 Versicherer (Groupe mutuel);
- 3 gesamtschweizerischen Dachverbänden der Wirtschaft (economiesuisse, SGV, SGB) und 1 regionalen Dachverband der Wirtschaft (CP);
- 2 Konsumentenverbänden (FRC und SKS);
- 3 Patientenorganisationen (SPO, DVSP, Inclusion Handicap);
- 26 betroffenen Leistungserbringerverbänden (ChiroSuisse, CURAVIVA, FMH, H+, mfe, OPS, physioswiss, pharmaSuisse, PKS, RVBB, SBK, SBV, senesuisse, SGH, SHV, SOS Médecins, Spitex, SSO, SVBG, SVDE, Swiss Medi Kids AG, SVPL, SW!SS REHA, VAKA, VLSS, VSAO);
- der KKA und 13 kantonalen Ärztesgesellschaften (AGZ, AMGe, BEKAG, AeG BL, GAeSO, VZK, MedGes BS, OMCT, SMSR, SMVS, SMCJU, SVM, VHBB);
- des BFG und der GUMEK.

3 Übersicht

Die Vernehmlassung hat gezeigt, dass sich die meisten Teilnehmer zwar einig sind, dass die Zulassung gesteuert werden muss, die Meinungen zur unterbreiteten Vorlage jedoch auseinandergehen.

Die Parteien CSPO und SPS, die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK und CLASS) und die Kantone (mit Ausnahme von AG, GR, JU, LU, TG) stehen klar hinter der Vernehmlassungsvorlage. Die SAB, die Konsumentenverbände, gewisse Verbände der Leistungserbringer (mfe, OPS, senesuisse und VZK) und der Patientenverband DVSP befürworten die Vorlage ebenfalls klar.

Hingegen lehnen die Parteien FDP und SVP, die Dachverbände der Wirtschaft (mit Ausnahme des SGB), die Versichererverbände, zahlreiche Verbände der Leistungserbringer (Chiro-Suisse, FMH, H+, PKS, RVBB, SBK, SBV, SOS Médecins, SVBG, SVDE, SVPL, SWISS REHA, VAKA, VLSS), die KKA und die meisten kantonalen oder regionalen Ärztesellschaften (mit Ausnahme der AMGe, SMSR, SMCJU, SVM) die Vorlage deutlich ab.

Von den Parteien CVP, GLP und GPS wird die Vorlage weder klar unterstützt noch abgelehnt, aber stark kritisiert. Das Gleiche gilt für verschiedene Verbände der Leistungserbringer (CURAVIVA, pharmaSuisse, physioswiss, SGH, SHV, Spitex, SSO, Swiss Medi Kids AG, VSAO), den Versicherer Groupe mutuel, die Patientenverbände Inclusion Handicap und SPO sowie für die GUMEK.

Die Formalisierung des Zulassungsverfahrens findet bei den Teilnehmern eine relativ breite Unterstützung. Der Vorschlag, die Zulassungssteuerung den Versicherern zu übertragen, wird hingegen als ein erster Schritt in Richtung einer Aufhebung des Vertragszwangs betrachtet und von gewissen Akteuren, insbesondere den Kantonen, den Leistungserbringern und den Parteien SPS und SVP, heftig kritisiert, die der Ansicht sind, dass die Zulassung von den Kantonen gesteuert werden muss. Die Kantone sind effektiv bereits zuständig für das Gesundheitswesen und für die Ausstellung der Berufsausübungsbewilligungen gemäss MedBG. Eine Übertragung der Zulassungssteuerung an die Kantone würde auch im Einklang stehen mit einer allfälligen einheitlichen Finanzierung der Leistungen, die mittelfristig von allen Parteien, mit Ausnahme der GPS und der CSPO, den Versicherern und den Wirtschaftsverbänden gefordert wird. Wenn die gleiche Behörde für das Bewilligungs- und das Zulassungsverfahren zuständig wäre, könnte auch der administrative Aufwand verringert werden, was einem Wunsch vieler Akteure entspricht.

Bei den Zulassungskriterien sind viele Teilnehmer wie die FMH der Ansicht, dass die Ärztinnen und Ärzte während mindestens drei Jahren an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben und ausreichende Sprachkenntnisse nachweisen müssen, um zur Erbringung von Leistungen zu Lasten der OKP zugelassen zu werden. Der Vorschlag des Bundesrats, dass in einer Prüfung Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems nachgewiesen werden müssen, wird tendenziell befürwortet, während die Einführung einer Wartefrist von der Mehrheit abgelehnt wird. Nach Ansicht der Leistungserbringerverbände sollte auch kontrolliert werden, ob die zugelassenen Leistungserbringer ihre Berufspflichten erfüllen, insbesondere ob sie an der beruflichen Fortbildung gemäss den berufsspezifischen Richtlinien teilnehmen.

Die Parteien CVP, FDP und SVP beantragen, die Zulassungsbeschränkung der Ärztinnen und Ärzte mittelfristig mit der einheitlichen Finanzierung der Leistungen zu verknüpfen. Zwischenzeitlich schliessen sie jedoch eine Verlängerung der Zulassungsbeschränkung, einschliesslich gewisser Verbesserungen des Systems, nicht aus. Allen Kantonen ist es ein Anliegen, dass die Zulassungen unterbrochlos weiter beschränkt werden können, weil eine Situation ohne Steuerungsmöglichkeit, wie dies zwischen dem 1. Januar 2012 und dem 30. Juni 2013 der Fall war, gerade in den Grenzkantonen erneut zu einem massiven Zustrom von europäischen Ärztinnen und Ärzten und somit zu einem starken Anstieg der Kosten zu Lasten der OKP führen würde. Sie fordern hingegen eine Vereinfachung der Vorlage, insbesondere hinsichtlich der Koordination mit den anderen Kantonen und der Berücksichtigung des Beschäftigungsgrads der Ärztinnen und Ärzte. Während die Kantone (ausser SG) und die Versicherer (santésuisse) die Idee eines raschen Interventionsmechanismus im Fall eines starken Kostenanstiegs begrüessen, lehnen die GPS und die SPS, der SGB, gewisse Leistungserbringer (FMH, SWISS REHA, VLSS, mfe und SBV) und viele kantonale Ärztesellschaften diesen Vorschlag ab.

4 Zusammenfassung der Stellungnahmen

4.1 Stellungnahmen zur Vorlage im Allgemeinen

Kantone

Die Kantone AR, BE, BL, GL, NW, SG, TG, VD, VS, ZH unterstützen ausdrücklich die Haltung der GDK.

Die GDK sowie die Kantone AI, BE, BS, GE, GL, LU, NE, OW, SH, SZ, TG, TI, UR, VD, ZH unterstützen den Vorschlag des Bundesrats, die Zulassungsbeschränkung, die am 30. Juni 2019 ausläuft (Art. 55a KVG), direkt durch eine zeitlich unbeschränkte und griffigere Lösung zu ersetzen. Sie sind der Ansicht, dass die drei Interventionsebenen zweckdienlich sind.

Die GDK und die Kantone BE, LU begrünnen es, dass weder eine Differenzierung der Tarife noch eine Aufhebung des Vertragszwangs vorgesehen ist.

Die Kantone AI, GL, LU, OW, TG wünschen sich ein einfach umsetzbares und technisch unkompliziertes Instrument, mit dem sie nötigenfalls das Versorgungsangebot selber steuern können. Sie sind jedoch wie die GDK, BE und VD der Meinung, dass das vorgeschlagene Steuerungsinstrument in gewissen wichtigen Punkten vereinfacht werden muss. Ihrer Ansicht nach sollten die gesetzlichen Vorschriften für die Umsetzung weder zu komplex sein noch Daten vorsehen, deren Verfügbarkeit heute nicht gesichert ist.

Der Kanton AG befürchtet, dass die Umsetzung der Vorlage eine zu grosse Ressourcenerhöhung in den Kantonen erforderlich macht. Er zweifelt zudem an der Wirksamkeit der Zulassungsbeschränkung und ist der Ansicht, dass der Bundesrat, der sich gleichzeitig für eine Erhöhung der Ausbildungsplätze einsetzt, widersprüchliche Signale an die jungen Ärztinnen und Ärzte sendet. Schliesslich ist nach seinem Dafürhalten eine Steuerung des ambulanten Spitalbereichs nicht möglich.

Sollte zum Zeitpunkt des Auslaufens der Zulassungsbeschränkung keine Lösung vorliegen, so befürchtet der Kanton BS, dass dies eine unkontrollierte Angebotszunahme, insbesondere an Spezialistinnen und Spezialisten, und dadurch einen Kostenanstieg zur Folge hat.

Die CLASS und der Kanton GE sind der Ansicht, dass sowohl zur Eindämmung der Gesundheitskosten als auch zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung zwingend die Möglichkeit bestehen muss, die Zahl der ambulanten Leistungserbringer zu beschränken. Es gelte aber aufzupassen, dass die zweite Interventionsebene nicht ein Freipass für die Versicherer ist, um Leistungserbringer ausschliesslich aus wirtschaftlichen oder administrativen Gründen abzulehnen.

Der Kanton FR schliesst sich der Haltung der GDK an und sieht in der Position der CLASS subsidiär eine Alternative, der er sich ebenfalls anschliessen könnte, insbesondere wenn es um die Vorschläge zu Artikel 55a Absätze 2 und 3 KVG geht.

Der Kanton GR lehnt die Zulassungssteuerung durch eine von den Versicherern bezeichnete Organisation ab und ist der Ansicht, dass in diesem Bereich weiterhin die Kantone zuständig sein müssen.

Nach Meinung des Kantons JU hat sich die Bedürfnisklausel in der Vergangenheit zwar bewährt, zumindest in den Kantonen mit einer hohen Ärztedichte, aber es gebe eine grosse Schwierigkeit, die eine einfache Anwendung der Klausel verhindere: das Binnenmarktgesetz. Dieses sieht vor, dass einer Fachperson, die über eine Bewilligung in einem Kanton verfügt, eine Berufsausübungsbewilligung in einem anderen Kanton nicht verweigert werden darf. Eine andere Schwierigkeit sei die Ermittlung des Bedarfs in einem oder mehreren Fachgebieten. Der Kanton JU begrüsst es daher, dass in der Revision einige dieser Aspekte berücksichtigt worden sind. Es ist jedoch der Ansicht, dass die Validierung der Leistungserbringer durch die Versicherer das Risiko einer verschleierten (Aufhebung des) Vertragszwangs birgt und den Versicherern die Türe öffnet, Leistungserbringer ausschliesslich aus wirtschaftlichen oder administrativen Gründen abzulehnen.

Der Kanton NW befürwortet die allgemeine Ausrichtung der Vorlage und ist mit den vorgeschlagenen Änderungen teilweise einverstanden. Es ist ihm ein Anliegen, dass die Ausführungsbestimmungen eine einfache und technisch wenig anspruchsvolle Umsetzung durch die Kantone ermöglichen.

Der Kanton SG begrüsst die Anstrengungen des Bundesrats für eine langfristige Lösung der Zulassungssteuerung. Er befürwortet insbesondere die Einführung von Qualitätskriterien.

Nach Ansicht des Kantons SH müssen die Kantone bei der Bedarfsermittlung eine Hauptrolle wahrnehmen und das Instrument, das einfach und unverzüglich umsetzbar sein soll, muss eine wirksame Steuerung ermöglichen. Er bedauert, dass die Vorlage den Zusammenhang nicht berücksichtigt, der ihm zufolge zwischen der Tarifhöhe und der Dichte der Leistungserbringer besteht und dem mittelfristig bei der Festlegung der Tarife Rechnung zu tragen ist, um damit einhergehende Anreize zu beseitigen.

Der Kanton SO begrüsst namentlich die Massnahmen zur Erhöhung der Anforderungen an die Leistungserbringer zur Tätigkeit zu Lasten der OKP. Er ist insbesondere der Ansicht, dass ein formelles Zulassungsverfahren und eine Prüfung zweckmässige Instrumente sind, um die Qualität im ambulanten Bereich zu steigern.

Der Kanton SZ befürwortet sowohl die Massnahmen zur Sicherung und Steigerung der Leistungsqualität als auch jene zur Angebotssteuerung durch die Kantone.

Der Kanton TI unterstreicht die Bedeutung einer Lösung für eine ununterbrochene Zulassungssteuerung. Er unterstützt zwar die Vorlage, befürchtet aber, dass diese zu viele Themen enthält. Es bestehe daher die Gefahr, dass diese nicht rechtzeitig verabschiedet werde und so ein Unterbruch entstehe. Er schlägt daher vor, die Vorlage in zwei Teile aufzuteilen: in einen Teil, in dem die Zulassungssteuerung geregelt wird, und einen Teil, in dem eine allfällige Einführung einer formellen Bewilligung durch die Versicherer zur Erbringung von Leistungen zu Lasten der OKP unter Berücksichtigung gewisser Qualitätskriterien geregelt wird. Zudem fordert er, dass bei der Zulassung durch die Versicherer sichergestellt wird, dass es sich nicht um eine Einführung der Vertragsfreiheit handelt und die Kriterien, die die Versicherer berücksichtigen müssen, einem allgemeinen Interesse entsprechen und sich auf eine Überprüfung administrativer Art beschränken. Weiter beantragt der Kanton TI, dass sich die Kantone an der Festlegung der Qualitätskriterien beteiligen können. Zudem müssten die Kantone über Kriterien verfügen, die eine Differenzierung der Bewilligungen nach lokalen Bedürfnissen ermöglichen. Schliesslich weist er auf die fehlenden statistischen Daten hin, die für eine wirksame Steuerung des ambulanten Bereichs nötig sind.

Der Kanton VS befürwortet grundsätzlich die neuen Gesetzesbestimmungen und ist der Ansicht, dass die Eindämmung der Gesundheitskosten und die Verbesserung der Versorgungsqualität zwingend über die Erhaltung der Bedürfnisklausel sowie über die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen zu erfolgen hat. Er schliesst sich zwar denhaltungen der GDK und der CLASS an, findet jedoch, dass bei gewissen Punkten eine Differenzierung der Vorlage nötig ist.

Der Kanton ZG unterstützt den Vorschlag des Bundesrats, die Zulassungsbeschränkung, die am 30. Juni 2019 ausläuft (Art. 55a KVG), direkt zu ersetzen, um eine unkontrollierte Zunahme der Zahl der Leistungserbringer zu verhindern. Er ist hingegen der Ansicht, dass es sich dabei lediglich um eine Übergangslösung handelt, bis die Diskussionen über eine Lockerung des Vertragszwangs in eine nachhaltige Lösung münden. Er wünscht sich eine Vereinfachung der Vorlage. Zudem beantragt er eine Klärung der Zusammenhänge zwischen Artikel 55a KVG, dem Bundesgesetz über den Binnenmarkt und der Regelung der entsandten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer (90-Tage-Regel). Schliesslich müsse präzisiert werden, dass Artikel 55a auch für die Zahnärztinnen und Zahnärzte gilt.

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Nach Ansicht der CVP ist die Zulassungssteuerung unumgänglich. Kriterien für eine Praxiseröffnung würden der Qualität sowie der Patientensicherheit dienen und einen noch stärkeren

Anstieg der Gesundheitskosten und Prämien verhindern. Die unterbreitete Vorlage zur Zulassungssteuerung enthalte gemäss CVP gegenüber der vorherrschenden Beschränkung gewisse Verbesserungen.

Die FDP lehnt die unbefristete Weiterführung der Zulassungsbeschränkung ab. Grundsätzlich wäre eine Vertragsfreiheit für Ärzte und Versicherer oder zumindest eine Lockerung des Vertragszwanges die sinnvollere Alternative, um einerseits die Qualität zu stärken und andererseits Mengenausweitung und Überkonsum von medizinischen Leistungen zu verhindern. Dank besserer Qualität zu tieferen Kosten würde auch das Prämienwachstum gebremst. Konkret könnte der Gesetzgeber den Kantonen die Möglichkeit eröffnen, bei zu hoher Ärztedichte den Vertragszwang aufzuheben.

Die glp befürwortet die Vorlage. Insbesondere der Fokus auf die Qualitätsvoraussetzungen und Ausbildungsnachweise ist begrüssenswert. Qualität besteht dabei aber nicht nur aus Aus- und Weiterbildung. Heute fehlen insbesondere im ambulanten Bereich Angaben zur Diagnose- und Therapiequalität der Leistungserbringer.

Die GPS steht der Einführung eines formellen Zulassungsverfahrens skeptisch gegenüber, ist aber einverstanden, dass den Kantonen die Kompetenz übertragen wird, die Zahl der Leistungserbringer zu beschränken.

Die SPS findet, dass der Vorentwurf des Bundesrats grundsätzlich in die richtige Richtung geht und die Vorlage eine interessante Grundlage für die weiteren Diskussionen darstellt. Sie ist der Ansicht, dass Extrem Lösungen, wie die Aufhebung des Vertragszwangs oder die Zulassung über eine Differenzierung der Tarife, unweigerlich zum Scheitern dieser Revision führen würden. Aus diesem Grund ist die SPS keinesfalls bereit, auf solche Massnahmen einzutreten. Zudem weist die SPS allgemein darauf hin, dass die Förderung der Ausbildung in Humanmedizin in Zukunft wichtig bleiben muss.

Die SVP lehnt die geplante Revision klar ab. Mit der Annahme des Postulates 16.3000 wurde der Bundesrat beauftragt, Alternativen zur heutigen Steuerung der Zulassung von Leistungserbringern zu prüfen. Bedauerlicherweise habe der Bundesrat die Leitlinien des Postulats in seinem Bericht ignoriert und damit seinen parlamentarischen Auftrag nicht erfüllt. Seinem Auftrag komme er auch in der nun vorgeschlagenen KVG-Revision nicht nach. Im Übrigen fordert die SVP, dass der Bundesrat eine Revision vorlegt, die eine Lockerung des Vertragszwangs bei Überversorgung sowie die Möglichkeit zur Tariffdifferenzierung in Abhängigkeit vom regionalen Angebot vorsieht.

Die CSPO fügt an, dass die Ausgangslage betreffend Ärzteversorgung in vielen Bergregionen grundsätzlich anders als in den städtischen Gebieten und diesbezüglich die medizinische Grundversorgung akut gefährdet sei. Aus Sicht der CSPO sind der Wegfall des Numerus Clausus, die Reform des TarMed-Tarifs in Richtung Schaffen von finanziellen Anreizen für eine Niederlassung im ländlichen Raum, die Förderung von Gemeinschaftspraxen und die Stärkung der Hausarztmedizin in der medizinischen Ausbildung besonders wichtig.

Weitergehenden Kompetenzen für die Kantone, wie sie unter anderem in dieser Vorlage vorgeschlagen werden, können die CVP, FDP und SVP dann zustimmen, wenn die Fehlanreize, aufgrund der unterschiedlichen Finanzierung der ambulanten und stationären Bereiche, endlich aufgehoben werden würden. Diesbezüglich wird auf die Arbeiten an einem Modell der Subkommission „Monismus“ der SGK-N verwiesen, wonach die Bereiche ambulant / stationär einheitlich zu finanzieren wären. Die Kantone würden sich neu an den Kosten der ambulanten Medizin beteiligen, dafür würde ihnen der Finanzierungsanteil bei der stationären Medizin gesenkt werden. Die Kantone betonen gemäss dieser Parteien aber, dass sie den ambulanten Bereich nicht mitfinanzieren wollen, wenn sie nicht über entsprechende Instrumente verfügen, um die Kosten auch steuern zu können. Die im Vernehmlassungsentwurf zur Zulassungssteuerung vorgesehenen erweiterten Kompetenzen für die Kantone könnten Teil eines solchen Steuerungsinstruments sein. Diesbezüglich erachtet es die CVP, FDP und SVP als richtig, die vorgesehenen erweiterten Kompetenzen für die Kantone in die Vorlage der Subkommission „Monismus“ aufzunehmen, um der einheitlichen Finanzierung des stationären und ambulanten Bereichs zum Durchbruch zu verhelfen. Mit dem Abbau von Fehlanreizen und stärkeren Anreizen für integrierte Versorgung wären bei der OKP Einsparungen von bis zu 3 Milliarden

Franken möglich. Unter diesen Vorzeichen könnten die CVP, FDP und SVP einer befristeten Weiterführung des heutigen Zulassungsstopps (mit den erwähnten Verbesserungen) zustimmen, damit die Arbeit der Subkommission Monismus weitergeführt werden kann. Das Ziel wäre, die Themen „Einheitliche Finanzierung“ und „Zulassungssteuerung“ in einer Vorlage zu verbinden und in Kraft zu setzen. Auch die glp fordert eine einheitliche Finanzierung des stationären und ambulanten Bereichs, damit die erweiterte Kompetenz der Kantone die Ziele der Kostensteuerung im ambulanten Bereich tatsächlich erreichen könne. Schliesslich fordert auch die SPS, dass möglichst rasch eine einheitliche Finanzierung des stationären und ambulanten Bereichs eingeführt wird. Dies hätte zusätzlich den Vorteil, dass damit die Legitimität der Kantone als verantwortliche Regulierungsbehörde gestärkt wird.

Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete

Die SAB weist generell darauf hin, dass die Ausgangslage in vielen Bergregionen grundsätzlich anders sei als in städtischen Gebieten. In den Berggebieten sei die medizinische Grundversorgung akut gefährdet. Es werde immer schwieriger, Hausärzte für die allgemeine medizinische Versorgung zu finden. Die Spitzenmedizin sei ohnehin in den grossen urbanen Zentren konzentriert. Der Umstand, dass immer weniger Hausärzte vorhanden sind, führe unter anderem auch dazu, dass immer mehr spezialisierte Leistungen mit entsprechenden Kostenfolgen abgerufen werden. Aus Sicht der SAB sind deshalb folgende Stossrichtungen wichtig: Wegfall Numerus Clausus; Reform des TarMed in Richtung Schaffen von finanziellen Anreizen für eine Niederlassung im ländlichen Raum; Förderung von Gemeinschaftspraxen; Stärkung der Hausarztmedizin in der medizinischen Ausbildung.

Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft

Das CP spricht sich gegen die vorgeschlagenen Änderungen aus. Es ist der Ansicht, dass die Vorlage die Sicherstellung eines qualifizierten Nachwuchses und die Qualität unseres Gesundheitswesens rasch gefährden könnte.

economiesuisse lehnt die Vorlage des Bundesrats ab und bedauert, dass keine wettbewerbsorientierte Alternative zur heutigen Zulassungsbeschränkung vorgeschlagen wird.

Der SGB unterstützt grundsätzlich die vorgeschlagene Zulassungssteuerung durch die Kantone, ist aber nicht einverstanden mit dem Vorschlag, den Kantonen die Kompetenz zu übertragen, im Fall eines Kostenanstiegs die Zulassungen sofort stoppen zu können.

Der SGV lehnt die unterbreitete Vorlage vollumfänglich ab. Eine Beschränkung der Zulassung für bestimmte Kategorien von Leistungserbringern ist für ihn nicht akzeptabel. Dies sei ein Instrument der Planwirtschaft und stelle einen Eingriff in die Wirtschaftsfreiheit dar. Er zweifelt an der wirtschaftlichen Effizienz einer solchen Massnahme und hält fest, dass deren Wirksamkeit nie nachgewiesen worden ist. Zudem ist er der Ansicht, dass die Revision die Rechtssicherheit aushöhlt und es für die Leistungserbringer immer schwieriger wird, ihre Laufbahn zuverlässig zu planen. Ausserdem würde die Vorlage zu einem grösseren administrativen Aufwand führen.

Konsumentenverbände

Die FRC unterstützt das vom Bundesrat vorgeschlagene dreistufige Konzept, mit dem die Anforderungen an die Leistungserbringer erhöht und gleichzeitig ein neues Instrument zur Angebotskontrolle geschaffen wird. Ihrer Ansicht nach haben die verschiedenen Instrumente das Potenzial, den Kostenanstieg im ambulanten Sektor zu bremsen.

Die SKS begrüsst ausdrücklich, dass mit der Teilrevision die Möglichkeit zur Regulierung des Leistungsangebots geschaffen und höhere Anforderungen an die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung festgelegt werde. Angesichts der Kostenentwicklung im ambulanten Bereich und der dadurch mitverursachten Prämiensteigerungen in der OKP seien diese Massnahmen unabdingbar.

Leistungserbringer

ChiroSuisse lehnt die Einführung einer Zulassungsbeschränkung ab und bezweifelt, ob die vorgesehenen Schritte kostensenkend wirken. Ärztinnen und Ärzte und / oder übrige Leistungserbringer sollten nach ihrer langjährigen Aus- und Weiterbildung arbeiten können. Statt eine Zulassungsbeschränkung einzuführen, sollten vorzugsweise die Aus- und Weiterbildungsplätze gesteuert werden.

Nach Ansicht der FMH tragen die Stossrichtung und die Massnahmen der Gesetzesvorlage weder zur Kostensteuerung noch zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung bei. Vielmehr müsse eine Zulassungssteuerung der Tatsache Rechnung tragen, dass die Schweiz auf ausländische Ärztinnen und Ärzte angewiesen ist. Sie muss die Qualität der medizinischen Versorgung ohne zusätzliche Bürokratie gewährleisten. Die FMH, aber auch VSAO fordern daher für die Zulassung von Ärztinnen und Ärzten in eigenverantwortlicher Tätigkeit (selbständig wie angestellt) drei wirksame, kumulativ zu erfüllende Qualitätskriterien, welche einfach anwendbar und nachzuweisen sind.

- Mindestens dreijährige ärztliche Tätigkeit in der für die Zulassung beantragten Fachdisziplin
- Nachweis der lebenslangen Fortbildung
- Prüfung der Sprachkompetenz

Diesbezüglich fordert auch die SGH, dass sich Ärzte nach Erwerb des Weiterbildungstitels (Facharzt) während ihres ganzen Berufslebens fortbilden müssen. Der Fortbildungsnachweis müsse in allen 46 Fachgebieten regelmässig periodisch eingefordert werden. Betreffend Sprachkompetenz müssen Ärzte die in ihrer Tätigkeitsregion erforderliche Sprachkompetenz in einer in der Schweiz abgelegten Sprachprüfung nachweisen.

H+ und die PKS akzeptieren die erste Interventionsebene, lehnen die zweite Interventionsebene (Art. 35 – 38 und 59 KVG Entwurf) jedoch ab, da diese de facto eine dritte Zulassungshürde für Leistungserbringer einführen würde. Die vorgesehenen Massnahmen und Strukturen würden Bürokratie und Mehrkosten ohne jeglichen Nutzen schaffen. Betreffend die dritte Interventionsebene (Art. 55a) hält H+ fest, dass diese unnötig sei, sie aber im Sinne eines Kompromisses toleriere, um das Thema endlich abzuschliessen und für die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen langfristig Rechtssicherheit zu schaffen. Die PKS erachten die Zulassungsbeschränkung als unnötig und lehnen sie ab.

H+ hält weiter fest, dass es richtig sei, dass der Bundesrat auf die Optionen Vertragsfreiheit und abgestufte Tarife verzichtet habe. Die Einführung der Vertragsfreiheit wäre politisch spätestens an der Urne chancenlos. Und künstlich abgestufte Tarife würden zu unerwünschten Effekten und übermässiger Regulierung führen.

mfe begrüsst grundsätzlich, dass mit der Teilrevision eine längerfristige und damit Rechtssicherheit begründende Lösung für die Zulassung der Leistungserbringer angestrebt werde. Mit der unbefristeten Neuregelung werde die Planungssicherheit erhöht und weitere systembedingte, unerwünschte Entwicklungen könnten abgeschwächt werden.

Die OPS unterstützt die grundsätzliche Stossrichtung der Vernehmlassungsvorlage. Allerdings seien im Sinne einer zukunftsorientierten, nachhaltigen Revision bereits heute die auf Stufe des Parlaments eingeleiteten und behandelten Geschäfte zu berücksichtigen und auch hinsichtlich der noch zu revidierenden Verordnung über die Krankenversicherung vorzumerken. In diesem Sinne erscheine es als angezeigt, im Zuge der Revision des KVG sowie der KVV bereits die entsprechenden Voraussetzungen zu schaffen, um künftig dipl. Podologinnen und Podologen HF als Leistungserbringer zulasten der OKP vorzusehen.

pharmaSuisse sieht in der vorliegenden Revision die Chance, mit qualitätswettbewerbsfördernden Massnahmen die Leistungserbringer zu bevorzugen, die sich gegen Fehlanreize aktiv engagieren und ihre Bereitschaft zeigen, im Interesse der Behandlungseffizienz und Patientensicherheit interprofessionelle, strukturierte Vorgehensweisen für die Leistungserbringung zu entwickeln und insbesondere die Instrumente für diese mitzutragende Verantwortung – wie das elektronische Patientendossier – zu entwickeln und anzuwenden.

physioswiss hält fest, dass in der Gesetzesvorlage vordergründig mit der Stärkung der Qualität argumentiert werde, aber im Mittelpunkt der Aspekt stünde, eine mögliche Versorgungsverknappung über verschärfte Zulassungsverfahren zu erzielen und damit Kosten zu sparen. In Zeiten des Fachkräftemangels, der zu einer Unterversorgung der Bevölkerung und zu langen Wartezeiten führt, findet physioswiss dies sehr bedenklich. Ebenso wird kritisiert, dass in der Gesetzesvorlage keine ersichtliche Koordination mit dem GesBG vorhanden sei.

SOS Médecins begrüsst es ausserordentlich, dass das FZA und seine Anhänge im Rahmen von Artikel 36 KVG uneingeschränkt angewendet werden sollen. Die Organisation vertritt hingegen gestützt auf verschiedene Quellen die Meinung, dass in keiner Studie ein Zusammenhang zwischen der Anzahl freipraktizierender Ärztinnen und Ärzte und dem Anstieg der Gesundheitskosten aufgezeigt wurde. Sie ist ausserdem der Ansicht, dass der vorgeschlagene Wortlaut von Artikel 55a der Bundesverfassung widerspricht.

Die SSO kann, soweit die Humanmediziner betreffend, in vielen Punkten die von der FMH eingereichte Stellungnahme vom 20. Oktober 2017 unterstützen.

Gemäss der Swiss Medi Kids AG verringert der Zulassungsstopp die Möglichkeiten, genügend Kinderärzte für die zentralen Standorte mit grossen Einzugsgebieten zu rekrutieren, um damit die Versorgung der Kleinsten sicherzustellen. Swiss Medi Kids AG beantragt daher, dass die Teilrevision klarstellt, dass Kinder- und Jugendärzte von der Zulassungsregulierung ausgenommen werden oder eventualiter Ausbildungen an gleichwertigen deutschen und österreichischen Spitälern derjenigen in der Schweiz gleich gestellt werden.

SWISS REHA und die VAKA lehnen die vorgesehenen Massnahmen zur Beschränkung der Zulassung von Leistungserbringern ab. Die vorgeschlagene Teilrevision führe unter dem Vorwand der Kostensenkung und Qualitätsentwicklung zu einem signifikant höheren administrativen Aufwand und zu mehr Steuerung durch Bund, Kantone und die Versicherer. Die vorgesehenen Massnahmen würden gemäss SWISS REHA faktisch zu einem Drei-Hürden-System entlang der drei vorgeschlagenen Interventionsebenen führen, die wiederum mit vielen regulatorischen Unterpunkten verbunden wären, die mindestens teilweise auch noch fast beliebig ausgebaut werden könnten.

Der VLSS hält fest, dass die Gesetzesvorlage in Bezug auf die bestehende Regelung gewisse Verbesserungen beinhalte, sie aber im Sinne einer Überregulierung deutlich über das Ziel hinauschiessse. Insofern äussert sich der VLSS ablehnend zur Gesetzesvorlage.

Kantonale Ärztesellschaften

Die KKA und die AeG BL stehen der Vorlage grundsätzlich ablehnend gegenüber. Dies bedeute nicht, dass die KKA und die AeG BL jegliche Regelungen ablehnen würden. In der vorgeschlagenen Form erscheine sie aber für die Ärzteschaft als nicht akzeptabel. Namentlich sei mit mehr Bürokratie für alle zu rechnen. Mit den neuen Zulassungsregelungen der KVG-Revision würde die staatliche Planung und Kontrolle des ambulanten Leistungsangebots und der Zulassung von Ärzten als Leistungserbringer massiv verschärft und erhöht werden. Die Vorlage sei des Weiteren monokausal von der These einer angebotsgesteuerten Nachfrage geprägt. Die Ärztedichte ist indessen als Mengen- und Steuerungsinstrument ungeeignet. Es bestehe keine klare Korrelation zwischen Ärztedichte und ärztlichen Leistungen an Patienten. In Wirklichkeit würde die Nachfrage durch vielfältige Faktoren bestimmt, namentlich auch durch das Verhalten der Bevölkerung. Doch die Nachfrageseite würde – wohl aus politischen Gründen – in der Gesetzesvorlage geschont.

Neben der Gesamtlimitierung der Zahl ambulanter Ärzte würden nach der AGZ, MedGes BS und der VHBB noch mehr administrative Hürden für die Gründung und den Betrieb von Arztpraxen aufgestellt. Das Massnahmenbündel würde in Verbindung mit der geplanten Verschlechterung der Ertragsituation der Praxen infolge der nicht mehr betriebswirtschaftlich korrekt kalkulierten Tarife und der zu tiefen Taxpunktweite einen bereits jetzt festzustellenden Trend massiv verstärken: dass der selbständige Arztberuf immer unattraktiver wird, und immer mehr gut ausgebildete Ärzte lieber in Spitälern verbleiben als den Sprung in die Praxis zu wagen, respektive Ärzte ihre Praxen schliessen und zurück in Anstellungsverhältnisse in ambulanten ärztlichen Institutionen gehen.

Stattdessen seien gemäss der KKA, der MedGes BS, der VHBB, der GAeSO, der AGZ und der AeG BL bezüglich der ärztlichen Tätigkeit in der für die Zulassung beantragten Fachdisziplin zu verlangen, dass Ärzte mindestens drei Jahre an einer anerkannten Weiterbildungsstätte in der für die Zulassung beantragten Fachdisziplin ärztlich tätig sind. Was den Fortbildungsnachweis anbelangt, müssen sich Ärzte nach Erwerb des Weiterbildungstitels (Facharzt) während ihres ganzen Berufslebens fortbilden. Der Fortbildungsnachweis müsse in allen 46 Fachgebieten regelmässig periodisch eingefordert werden. Dies sei ein klar belegbares und einfach überprüfbares Qualitätskriterium. Hinsichtlich der Sprachkompetenz ist zu fordern, dass Ärzte die in ihrer Tätigkeitsregion erforderliche Sprachkompetenz in einer in der Schweiz abgelegten Sprachprüfung nachweisen müssen.

Die AMGe und die SMSR halten fest, dass die Ärztinnen und Ärzte gewisser französischsprachiger Kantone, insbesondere des Kantons Genf, dem Grundsatz einer Zulassungsregelung zustimmen. Sie seien sich dieser Notwendigkeit bewusst geworden, als Ärztinnen und Ärzten in die Schweiz gekommen sind, die mit dem schweizerischen Gesundheitssystem nicht vertraut waren, in gewissen Fällen über eine lückenhafte Ausbildung verfügten und von Gesellschaften angestellt wurden, die in gewinnbringenden Marktnischen tätig sind und kaum Interesse an der langfristigen Befriedigung der Bedürfnisse der Bevölkerung haben. Als Beispiel erwähnen sie das Beratungsmodell, das im Kanton Genf eingeführt worden ist. Sie sind der Ansicht, dass die Ärztinnen und Ärzte nicht für das Kostenwachstum verantwortlich sind und willkürliche administrative Massnahmen lediglich zu einer rascheren Verschlechterung der Arbeitsbedingungen führen, was einen Effizienzverlust und eine Demotivierung der Leistungserbringer zur Folge hat.

Die AGZ ist der Auffassung, dass in dieser Diskussion zurzeit die falschen Schlüsse gezogen und betreffend die Steuerung des ambulanten Sektors die falschen Massnahmen ergriffen werden. Es sei zu befürchten, dass das Ziel einer Kostendämpfung gar nicht erreicht werden könne, sondern es zu einem zusätzlichen Kostenanstieg kommen werde.

Die GAeSO ist der Ansicht, dass auch diese Revision wieder vordringlich pekuniär bedingt und motiviert sei. Es werde eine Vorlage präsentiert, welche zwar immer noch gewisse Verbesserungen beinhalte, aber im Sinne einer Überregulierung deutlich über das Ziel hinausschiesse. Bevor man versuche, die Kosten im Gesundheitswesen «in den Griff» zu bekommen, sollte man daher zuerst eine Analyse der Situation vornehmen, um zu sehen, an welchen Punkten – wenn überhaupt – eingegriffen werden könnte. Die bisherige Basis reiche dazu nicht aus, wenn eine sachliche Auseinandersetzung im Zentrum stehen soll.

Der SMCJU erscheint es schlüssig, ein System aufzubauen, das eine bedarfsorientierte geografische Verteilung der medizinischen Versorgung vorsieht. Weiter erachtet sie es als wichtig, dass eine Regelung auf kantonaler Ebene möglich ist. Sie fordert hingegen, dass die zweite Interventionsebene angepasst wird. Von der Vertragsfreiheit, die der Bundesrat den Versicherern übertragen will, soll abgesehen werden und dafür soll diese Kontrollaufgabe einem unabhängigen und von den Versicherern explizit getrennten Organ übertragen werden, damit jeglicher Interessenkonflikt vermieden werden kann.

Die SMVS stellt sich vollumfänglich hinter die Stellungnahmen der FMH, KKA und BEKAG.

Sie ist der Ansicht, dass der Prämienanstieg nicht in direktem Zusammenhang steht mit der Anzahl Ärztinnen und Ärzte, die im ambulanten Bereich zu Lasten der Grundversicherung tätig sind. Vielmehr sei der Kostenanstieg auf die tatsächliche Zunahme des Bedarfs an medizinischen Ressourcen aufgrund der steigenden Fallzahlen zurückzuführen, was teilweise durch die Bevölkerungsalterung, medizinische Fortschritte und eine bessere Versorgung verschiedener chronischer und seltener Krankheiten bedingt sei. Ihrer Meinung nach stellt jede substanzielle Änderung des heutigen Gesundheitssystems ein beträchtliches Risiko in Bezug auf das System als Ganzes dar. Man würde sich auf die Ärztinnen und Ärzte, insbesondere jene des ambulanten Bereichs, einschliessen, obwohl es offensichtlich sei, dass sich je nach Region ein mehr oder weniger grosser Ärztemangel abzeichne. Sie ist der Ansicht, dass bei den Spezialistinnen und Spezialisten im Wallis anzahlmässig immer noch ein Aufholbedarf besteht, damit in verschiedenen Fachgebieten bei nicht lebensnotwendigen Konsultationen vernünftige Termine angeboten werden können.

Die SVM warnt davor, dass im Fall einer Einführung der einen oder anderen Form von Vertragsfreiheit mit all ihren Auswirkungen auf den Arztberuf und die Patientinnen und Patienten von der FMH automatisch und obligatorisch das Referendum ergriffen würde, wie es die Beschlüsse ihrer Ärztekammer vorsehen.

Die VZK schliesst sich vollumfänglich der Stellungnahme von mfe an.

Versicherer

curafutura lehnt die Vernehmlassungsvorlage in ihrer jetzigen Form ab, da die Zuständigkeiten für die Ergebnisse und für die Finanzierung nicht kohärent seien. Die Organisation ist der Meinung, dass gleichzeitig eine einheitliche Finanzierung der stationären und ambulanten Leistungen zu Lasten der OKP eingeführt werden muss, damit Interessenkonflikte beseitigt werden können. Ihrer Ansicht nach schränkt die Vorlage die Freiheit der Leistungserbringer und der Versicherer ein, verstärkt die Ungleichbehandlung zwischen den Leistungserbringern und erhöht den administrativen Aufwand.

Die Groupe mutuel ist der Meinung, dass dem von der SGK-S im Postulat 16.3001 festgelegten Auftrag nicht gefolgt wurde. Sie unterstützt aber die Absicht des Bundesrats, auf die Entwicklung der Gesundheitskosten Einfluss zu nehmen, indem die Zulassungsbeschränkung als Steuerungsinstrument für den ambulanten Bereich eingeführt wird, bringt jedoch einige Vorbehalte an. Gleich wie santésuisse und curafutura vertritt sie die Meinung, dass eine einheitliche Finanzierung der stationären und ambulanten Leistungen eingeführt werden sollte. Um einen kohärenten Rahmen für die Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, müssten die erforderlichen Daten, die Methoden und die Kriterien zur Bestimmung der Höchstzahlen einheitlich sein und daher auf Bundesebene bestimmt werden. Die Groupe mutuel würde die Einführung der Vertragsfreiheit bevorzugen.

santésuisse lehnt die Vernehmlassungsvorlage vollumfänglich ab, auch wenn sie gewisse Elemente positiv beurteilt. Nach Ansicht der Organisation müssen Diskussionen über liberalere Alternativen geführt werden. Zudem sei es kontraproduktiv, den Kantonen die Kompetenz zu übertragen, die Zahl der Leistungserbringer selber steuern zu können; dies würde die bereits bestehenden Interessenkonflikte noch verschärfen. Sie ist der Meinung, dass zur Beseitigung dieser Interessenkonflikte gleichzeitig eine einheitliche Finanzierung der stationären und ambulanten Leistungen zu Lasten der OKP eingeführt werden muss. Ausserdem müssten die Kantone sowohl das stationäre als auch das ambulante Angebot auf interkantonaler Ebene planen. Bei einer unzureichenden Koordination müssten die Kantone verpflichtet werden, den dadurch hervorgerufenen Ausgabenüberschuss selber zu finanzieren. Im Zusammenhang mit der interkantonalen Planung verweist sie auf eine Studie der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW).

Der SVV lehnt die Vorlage des Bundesrats ab. Er befürchtet, dass diese zu 26 verschiedenen Zulassungsteuerungsvarianten führt. Er ist der Ansicht, dass die Kantone aufgrund der unterschiedlichen Finanzierung des ambulanten und des stationären Bereichs kein grosses Interesse daran haben, den ambulanten Bereich sorgfältig und korrekt zu planen. Weiter sei ein Eingreifen des Staates nur im Fall einer Unterversorgung gerechtfertigt. Er befürwortet zwar den Willen des Bundesrats, die Entwicklung der Gesundheitskosten einzudämmen, spricht sich aber für eine Entflechtung der verschiedenen Aufgaben der Kantone und eine Aufweichung des Vertragszwangs aus. Seiner Ansicht nach hat der Bundesrat die Alternativen zur Angebotssteuerung nicht genügend geprüft.

PatientInnen, BenutzerInnen

Der DVSP ist insgesamt zufrieden mit dem Inhalt der Vorlage. Er begrüsst insbesondere, dass die Zulassungssteuerung an Qualitätskriterien geknüpft wird. Dies sollte sowohl eine Kostenkontrolle als auch eine bessere Versorgung der Patientinnen und Patienten im Allgemeinen ermöglichen. Der DVSP stellt mit Freude fest, dass alle Leistungserbringer von der Gesetzesvorlage betroffen sind, was einen umfassenden Ansatz des Kosten- und Qualitätsmanagements möglich macht. Hingegen lehnt er den Vorschlag vollumfänglich ab, dass die Versicherer eine Organisation bezeichnen, die über die Zulassungsgesuche der Leistungserbringer

entscheidet. Er beantragt, dass die Vorschläge zur Einführung der Vertragsfreiheit oder der Differenzierung der Tarife nach Regionen zu Gunsten der vom Bundesrat vorgelegten Lösung fallengelassen werden.

Nach Ansicht der SPO soll die Zulassung von Ärzten vorwiegend über Qualitätskriterien gesteuert werden. Es könnte auch eine Lockerung des Vertragszwangs mit Qualitätskriterien – wie gute sprachliche Kenntnisse, adäquate Fachausbildung, drei Jahre Arbeit in der erlernten Fach-Disziplin an einer anerkannten Weiterbildungsstätte – akzeptiert werden.

Andere

Das BFG hält fest, dass die Vorlage gesundheitspolizeiliche und gesundheitspolitische Massnahmen und damit Eingriffe in die Wirtschaftsfreiheit mit unterschiedlicher Zielrichtung vermische. Es sei grundsätzlich falsch, gesundheitspolizeiliche Vorschriften zur Gewährleistung der Patientensicherheit auf die Zufälligkeit der Finanzierungsquelle einer Behandlung zu beschränken. Für gesundheitspolizeiliche Massnahmen seien die Kantone als Zulasser der Leistungserbringer zuständig. Mit Konkordaten könnten diese ihre Tätigkeiten koordinieren. Was die gesundheitspolitischen Massnahmen betrifft, lehnt das BFG diese ebenfalls ab.

4.2 Stellungnahmen zu Artikel 36

4.2.1 Stellungnahmen zu Artikel 36 im Allgemeinen

Kantone

Die GDK und die Kantone AI, BE, LU schlagen vor, das Verfahren und die für die Kontrolle der Zulassungsanforderungen vorgesehene Instanz noch einmal zu prüfen und gemäss ihren Überlegungen zu vereinfachen. Sollten diese Bestimmungen ein Hindernis für die gesamte Vorlage darstellen, wäre es ihrer Meinung nach sinnvoll, auf die neue Bestimmung in der Bundesratsvorlage zu verzichten.

Die CLASS ist der Ansicht, dass die von den Versicherern zu validierenden Kriterien ein kollektives Interesse widerspiegeln und die Kantone daher an deren Auswahl beteiligt werden müssen. Zudem dürften diese Kriterien nicht redundant zu den verfassungsmässigen Befugnissen der Kantone im gesundheitspolizeilichen Bereich sein.

Der Kanton JU meldet Vorbehalte gegenüber den ambulanten Angebotsarten an. Sollten andere Berufe des ambulanten Bereichs (zum Beispiel Apotheker/innen) einer Kontrolle durch die Krankenkassen unterstellt werden, so könnte dies das System belasten. Zudem erscheint ihm dies zum jetzigen Zeitpunkt nicht nötig.

Der Kanton NE fordert, dass die Kontrolle der Zulassungsvoraussetzungen anstatt den Krankenversicherern den Kantonen übertragen wird oder die Kantone zumindest in das vorgesehene Organ aufgenommen werden. Sollte an der Kontrolle der Einhaltung der Zulassungsvoraussetzungen durch die Krankenversicherer festgehalten werden, so muss gemäss Kanton NE ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass diese Kontrolle nicht zu einer Beendigung des Vertragszwangs führen darf. In diesem Zusammenhang scheint es ihm wichtig, dass die Kantone bei der Festlegung der Zulassungsvoraussetzungen eng einbezogen werden und sichergestellt wird, dass diese Voraussetzungen objektiv und nicht redundant zu den bereits bestehenden Voraussetzungen für die Erteilung der kantonalen Berufsausübungsbewilligung sind.

Der Kanton NW ist der Ansicht, dass die Trennung des Bewilligungs- und des Zulassungsverfahrens die in den Randgebieten bereits schwierige Nachfolgeregelung weiter erschwert. Zudem sollten die Gebühren, die auf jeder Stufe vorgesehen sind, nur bei einem positiven Entscheid erhoben werden.

Der Kanton OW beantragt, dass die Entscheidungskompetenz eindeutig den Kantonen zugewiesen wird und die noch festzulegende administrative Kontrolle durch die Versicherer nur Empfehlungscharakter hat.

Der Kanton SG hält fest, dass die Kantone gemäss Verfassung für die Organisation der Gesundheitsversorgung zuständig sind. Die Bezeichnung einer Organisation durch die Versicherer sei unnötig und könnte sie letztendlich dazu ermächtigen, den ambulanten Bereich selber zu steuern. Es beantragt, die entsprechenden Bestimmungen zu streichen.

Der Kanton SH begrüsst grundsätzlich den vorgeschlagenen Paradigmenwechsel, der darin besteht, neben der gesundheitspolizeilichen Bewilligung durch die Kantone ein neues Zulassungsverfahren auf der Grundlage des Versicherungsrechts einzuführen.

Der Kanton SZ befürwortet die dem Bundesrat übertragene Kompetenz, zusätzliche Massnahmen zur Gewährleistung der Leistungsqualität im ambulanten Bereich vorzusehen. Es weist jedoch darauf hin, dass die bald in Kraft tretenden MedBG und GesBG schweizweit einheitlich geltende Regeln für die Ausbildung, die Bewilligungsvoraussetzungen, die Berufspflichten, die Sanktionen usw. vorsehen und dass die Bestimmungen zur Qualitätssteigerung dieser Vorlage nur die zu Lasten der OKP tätigen Personen betreffen würden. Weiter merkt er an, dass die Übertragung der Kompetenz zur Qualitätssicherung an eine von den Versicherern bezeichnete Organisation bei gleichzeitiger Beibehaltung der bisherigen Kompetenzen der Kantone zu einem grossen organisatorischen und finanziellen Mehraufwand führe.

Der Kanton TG lehnt die mit Artikel 36 in das Zulassungsverfahren eingeführten Doppelspurigkeiten ab.

Der Kanton VS ist der Meinung, dass ausschliesslich die Kantone für die Prüfung der Qualitätsanforderungen (Kenntnisse, Ausbildungsanforderungen, Sprachkenntnisse) im Zusammenhang mit der Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP zuständig sind. Es scheint ihm daher nicht sinnvoll, den Versicherern eine führende Rolle bei den Zulassungsgesuchen zuzuweisen, da dies das Risiko berge, dass Gesuche aus anderen Gründen als jenen des KVG (z. B. aus rein wirtschaftlichen oder administrativen Gründen) abgelehnt werden. Zudem könnte dies in einem bereits langen Verfahren zu zusätzlichem Verwaltungsaufwand führen.

Der Kanton ZH steht der Einführung eines formellen Zulassungsverfahrens durch ein von den Versicherern oder subsidiär vom Bundesrat bezeichneten Organ skeptisch gegenüber. Er befürchtet, dass dieser Artikel aufgrund des Regelungsbedarfs nicht rechtzeitig umgesetzt werden kann und zu Doppelspurigkeiten mit dem von den Kantonen durchgeführten gesundheitspolizeilichen Bewilligungsverfahren führt.

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Die glp begrüsst, wenn der Automatismus zur Zulassung wegfällt und von einem formellen Zulassungsverfahren mit Qualitätsfokus abgelöst wird. Das neue Verfahren dürfe jedoch nicht zu administrativen Leerläufen bei den Antragstellenden führen. Es sei deshalb darauf zu achten, dass nur solche Auskünfte erhoben werden, die nicht schon für die Berufszulassung nach dem MedBG und den anderen berufsbezogenen Gesetzen geliefert werden müssten.

Die SPS befürwortet die Verknüpfung der Zulassung der Leistungserbringer im ambulanten Bereich mit dem MedBG und dem GesBG. Sie fordert in diesem Zusammenhang, dass ausländische Ärztinnen und Ärzte eine Sprachprüfung absolvieren und dabei das Niveau B2 des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens für Sprachen erreichen müssen. Im Hinblick auf die Verbesserung der Qualitätssicherung befürwortet die SPS die Pflicht für Personen, die privatwirtschaftlich in eigener fachlicher Verantwortung einen universitären Medizinalberuf ausüben, sich während des gesamten Berufslebens regelmässig fortzubilden.

Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft

Das CP ist der Ansicht, dass Artikel 58 KVG den Bundesrat bereits zur Durchführung von Qualitätskontrollen ermächtigt. Es bestehe daher kein Bedarf, die Kompetenzen des Bundesrats mit einer neuen KVG-Bestimmung weiter auszuweiten.

Nach Meinung von economiesuisse müssen weiterhin die Kantone für die Zulassung zuständig sein. Die Organisation ist der Ansicht, dass der Bundesrat zuerst die geltenden Gesetzesbestimmungen über die Wirtschaftlichkeit und Leistungsqualität konsequenter anwenden sollte

und die Tarifpartner Qualitätskriterien festlegen und allenfalls finanzielle Anreize vorsehen sollten.

Der SGB steht dem vorgeschlagenen Zulassungsverfahren skeptisch gegenüber, insbesondere weil er den Eindruck hat, dass dieses einen riesigen Verwaltungsaufwand mit sich bringen wird. Sollte eine solche Massnahme eingeführt werden, so müsste sie vorsehen, dass die Leistungserbringer eine lebenslange Fortbildung nachweisen müssen und dass die Studiengänge von einer durch die Kantone eingesetzten Instanz akkreditiert werden. Der SGB lehnt ein Verfahren, in dem eine von den Versicherern bestimmte Instanz die Zulassung regelt, allein aus Gründen der guten Regierungsführung ab.

Konsumentenverbände

Die FRC zeigt sich erfreut über die Stärkung der Zulassungsvoraussetzungen, was eine Regulierung des Zustroms von freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzten ermöglicht, ist jedoch erstaunt darüber, dass die Vorlage ein von den Versicherern bezeichnetes Organ vorsieht. Sie schlägt vor, dass das Organ von einem interdisziplinären oder öffentlichen Gremium, in dem auch die GDK vertreten ist, bezeichnet wird.

Die SKS ist der Ansicht, dass dem mit der Prüfung der Zulassungsgesuche beauftragten Organ für eine bessere Akzeptanz alle wichtigen Stakeholder (Versicherer, Leistungserbringer und Patientenorganisationen) angehören müssen. Sie begrüsst zudem, dass die Zulassung mit Auflagen an die Wirtschaftlichkeit und Qualität versehen wird und die Leistungserbringer verpflichtet werden, die für die Kontrolle der Einhaltung dieser Auflagen erforderlichen Daten bereitzustellen. Sie ist aber der Meinung, dass die Teilnahme an Programmen zur Qualitätsverbesserung nicht ausreicht, um die Qualität zu steigern. Sie beantragt, dass Anforderungen an die effektive Leistungsqualität festgelegt und entsprechende Daten verlangt werden. Damit die im Rahmen der Teilrevision geplanten Anpassungen ihre Wirkung tatsächlich entfalten können, ist für die SKS entscheidend, dass bisherige und künftige Leistungserbringer zu Lasten der OKP gleich behandelt werden.

Leistungserbringer

Nach Ansicht der FMH sind die Kantone für die Zulassungssteuerung zuständig und nicht die Versicherer oder eine von den Versicherer getragene Organisation.

mfe steht der Verankerung eines formellen Zulassungsverfahrens kritisch gegenüber und plädiert dafür, die jetzige Praxis beizubehalten, bei dem nach Erteilung der Berufsausübungsbeurteilung durch den Kanton der Weg die Erteilung der ZSR-Nummer erfolgt. Ebenfalls betont mfe, dass die Gesetzesvorlage von der KVG-Revision zur „Stärkung der Qualität und Wirtschaftlichkeit“ zu trennen sei.

Für die SVPL braucht die Weiterentwicklung der Qualität und dessen Transparenz neue Denkanstösse und kann nicht weiter allein von „ausser“ oder über Zulassungskriterien reguliert werden. Sie denken an die aktive Förderung von Programmen wie zum Beispiel „interprofessionelle Peer Reviews“, die in den Betrieben auf Dialog und Lernkultur setzen.

Der SVBG, der SBK, der SHV, ChiroSuisse und der SVDE begrüssen die neue Kompetenz des Bundesrates, die Zulassungsvoraussetzungen für die Leistungserbringer im ambulanten Bereich festzulegen und schätzen die Bemühungen, eine hochstehende und zweckmässige Leistungserbringung anzustreben. Der SHV würde es begrüssen, wenn der Bund qualitätssichernde Massnahmen finanziell unterstützen würde (bspw. mit Anschubfinanzierung).

Der VSAO zeigt sich skeptisch gegenüber Bestrebungen, die zu mehr Administration führen und wehrt sich insbesondere gegen politisch motivierte Zugeständnisse, welche die Macht der Versicherer im Sinne der bürgerlichen Parlamentsmehrheit weiter stärken.

Leistungserbringer – (kantonale oder regionale) Ärztegesellschaften

Die KKA stellt einen massiven Ausbau der Befugnisse der Versicherer zu Lasten der Ärzteschaft, insbesondere der freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzten, fest. Sie ist daher der Ansicht, dass das Zulassungsverfahren einer unabhängigen Organisation oder der Ärzteschaft

selber übertragen werden muss. Das Gleiche gilt für die Kontrolle der Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems und das zu diesem Zweck in der Gesetzesvorlage vorgesehene Prüfverfahren. Im Zusammenhang mit der ärztlichen Tätigkeit in dem beantragten Tätigkeitsbereich ist die KKA der Ansicht, dass die Ärztinnen und Ärzte während mindestens drei Jahren an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte in der beantragten Fachdisziplin gearbeitet haben und die in ihrer Tätigkeitsregion erforderlichen Sprachkenntnisse in einer in der Schweiz durchgeführten Sprachprüfung nachweisen müssen. In den 46 Fachgebieten müsse regelmässig ein Fortbildungsnachweis angefordert werden.

Die AMGe und die SMSR lehnen den neuen Artikel 36 vollumfänglich ab. Sie sind der Meinung, dass die geltenden Kriterien einfach sind und sich bewährt haben. Sie empfehlen, lediglich das Kriterium einer dreijährigen Tätigkeit an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte in der beantragten Fachdisziplin hinzuzufügen.

Die SMCJU erachtet die in der Vorlage vorgesehene erste Interventionsebene als sehr wichtig. Die zweite Interventionsebene scheint ihr hingegen für eine Verbesserung der Versorgungsqualität nicht zweckmässig zu sein. Gemäss ihr ist es nicht richtig, die Kompetenz, Zulassungsbewilligungen auszustellen, den Versicherern zu übertragen. Sie sieht hier eine grosse Missbrauchsgefahr. Es sei nicht akzeptabel, dass die Versicherungen die Ärztinnen und Ärzte aufgrund von subjektiven Qualitätskriterien kontrollieren oder gar sanktionieren können. Sie ist der Ansicht, dass verschiedene Gesundheitspartner, unter aktiver Beteiligung der Ärzteschaft, die Qualitätskriterien und ein Monitoring festlegen sollten.

Die SVM lehnt ein Zulassungsverfahren, das der Einführung der Vertragsfreiheit gleichkommt, vollumfänglich ab. Sie kann sich schlecht vorstellen, dass das Bundesverwaltungsgericht innerhalb nützlicher Frist über die Einsprachen befinden kann, die gegen die ablehnenden Entschiede der von den Versicherern bezeichneten Organisation erhoben wurden. Zudem hat sie Mühe zu verstehen, warum den Ärzteschaften in dem vom Bundesrat vorgesehenen Prozess jegliche Kompetenz abgesprochen wird.

Nach Ansicht der BEKAG und der AGZ kann nicht sein, dass die Krankenversicherer formell über die Zulassung entscheiden. Weil der Kanton auch für die Zulassungssteuerung zuständig ist, erachtet es die BEKAG als unabdingbar, dass auch die ordentliche Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten OKP durch den Kanton erteilt wird. Die AeG BL, die BEKAG, die KKA, die MedGes BS und die VHBB beantragen die gleichen Änderungen wie die FMH.

Wenn Versicherer weitere Zulassungsvoraussetzungen und Qualitätsanforderungen für die ärztliche Berufsausübung mit steigenden Verwaltungskosten und zweifelhaftem Effekt definieren und überprüfen sollten, bringt das aus Sicht der AGZ das «Bürokratiefass zum Überlaufen». Bereits jetzt würden zu viele Ärzte wegen der zunehmenden Behörden- und Krankenkassen-Bürokratie das Handtuch werfen.

Versicherer

Die Groupe mutuel ist der Ansicht, dass die erste Interventionsebene dieser Vorlage lediglich ein Verweis auf das Gesetz ist, da alle erwähnten Kriterien bereits im MedBG vorhanden sind. Die Entwicklung von Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien lasse sich zum jetzigen Zeitpunkt schwer beurteilen, da sie auf laufenden Arbeiten basiere, bei denen weder das Ende noch die Ergebnisse bekannt seien. Zudem sei die Entwicklung dieser Kriterien die Aufgabe der Tarifpartner, da der Bundesrat in diesem Bereich nur subsidiär eingreifen dürfe. Sie begrüsst hingegen die Kontrolle der Einhaltung dieser Kriterien durch die Tarifpartner über eine von ihnen bezeichnete Organisation.

PatientInnen, BenutzerInnen

Der DVSP befürwortet grundsätzlich die Koordination zwischen den verschiedenen Gesetzgebungen. Dies schaffe Kohärenz und ermögliche, das Zulassungssystem auf qualitätsbasierte Kriterien abzustützen. Er begrüsst insbesondere die Absicht, Mindestanforderungen für die Sprachkenntnisse festzulegen. Gemäss dem DVSP sind Anforderungen an die Fortbildung ebenfalls unerlässlich, um eine hochwertige Versorgung sicherzustellen. Zudem unterstützt

der DVSP die Einsetzung von kantonalen Aufsichtsbehörden, und fordert, dass die Patientenorganisationen in diesen Aufsichtsbehörden vertreten sind.

Andere

Nach Ansicht des BFG stelle die „Zweite Interventionsebene“ eine Mischform dar: Die zwei-jährige Wartefrist sei als gesundheitspolitische Massnahme zu qualifizieren, während die bisher geltende Dreijahresfrist von Artikel 55a Absatz 2 KVG gesundheitspolizeilicher Natur war.

4.2.2 Stellungnahmen zu Artikel 36 Absätze 1 und 2

Kantone

Die GDK und die Kantone AI, BE, GE, OW begrüßen die gesetzliche Grundlage, die eine Verknüpfung der Zulassung der Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n mit den Voraussetzungen an die Aus- und Weiterbildung und den Strukturen zur Gewährleistung der Leistungsqualität ermöglicht.

Die CLASS und die Kantone GE, NE, VD äussern Zweifel an der Notwendigkeit, für andere Leistungserbringer als die Ärztinnen und Ärzte (und die Abgabestellen für Mittel und Gegenstände im Kanton VD) – zum Beispiel die Apotheken – zusätzliche von den Kassen kontrollierte Voraussetzungen vorzusehen, bevor eine Kostenrückerstattung erfolgt. Sie sind der Ansicht, dass die Beschränkung der Leistungserbringer die Arbeit der für die Kontrollen zuständigen Behörden erschweren kann und das Risiko umgangen werden muss, dass die Versicherungen gewissen Leistungserbringern administrative Schikanen auferlegen.

Der Kanton GR befürwortet die Absicht, die Zulassung der Leistungserbringer von Kriterien abhängig zu machen, ist aber der Ansicht, dass die Zulassungskriterien im Gesetz festgelegt werden müssen, und lehnt eine Übertragung dieser Kompetenz an den Bundesrat ab.

Der Kanton JU ist der Meinung, dass die Beschränkung der Leistungserbringer (mit Ausnahme der ärztlich geleiteten ambulanten Versorgungszentren) die Arbeit der für die Kontrollen zuständigen Behörden erschweren kann.

Der Kanton NE begrüsst die Regel, wonach die betroffenen Leistungserbringer nur zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abrechnen dürfen, wenn sie zugelassen sind. Er beantragt, dass der Bundesrat bei der Regelung der Voraussetzungen die Kantone anhört.

Der Kanton SO ist der Ansicht, dass die Voraussetzungen, die die Leistungserbringer zu erfüllen haben, nicht in der Verordnung, sondern im Gesetz festgelegt werden müssen.

Nach Meinung der Kantone TG, ZH müssen die Anforderungen an die Qualität und die Strukturen für die Leistungserbringung klar definiert werden, um zu verhindern, dass sie im Sinne einer Aufweichung des Vertragszwangs verstanden werden, was die gesamte Vorlage gefährden würde. Zur Vermeidung von Doppelspurigkeiten sollte ihrer Ansicht nach kein Kriterium, das schon im MedBG enthalten ist und von den Kantonen bereits geprüft werden muss, ebenfalls als Zulassungskriterium festgelegt werden. Es dürften nur zusätzliche Kriterien vorgesehen werden, die die Erbringung von hochwertigen und kostengünstigen Leistungen zum Ziel hätten. Weiter dürfe kein zusätzliches Kriterium für die Apotheken festgelegt werden, da die nötigen Voraussetzungen bereits im HMG geregelt sind.

Der Kanton TI begrüsst die Einführung einer formellen Bewilligung für die Tätigkeit zu Lasten der OKP.

Leistungserbringer

In Bezug auf Absatz 1 schlagen die FMH und der VLSS eine Neuformulierung in dem Sinne vor, dass die Leistungserbringer im ambulanten Bereich über eine entsprechende Zulassung des Kantons verfügen müssen.

FMH und der VLSS sprechen sich gegen die Gesetzesdelegation in Absatz 2 aus und beantragt, diesen Absatz zu streichen. mfe weist betreffend Absatz 2 darauf hin, dass mit der Vorlage zur Änderung des KVG in Sachen „Stärkung der Qualität und Wirtschaftlichkeit“ ein Ge-

setzesvorhaben bestehe, mit dem der Bundesrat die Qualitätssteigerung im Gesundheitswesen vorantreiben will. Die vorliegende KVG-Revision müsse diesbezüglich inhaltlich klar von dem Gesetzesvorhaben zur Qualitätssteigerung getrennt werden.

Ein wichtiges Qualitätskriterium sei die Sprachkompetenz der in der Gesundheitsversorgung tätigen Personen. Der Nachweis von Sprachkenntnissen derjenigen Landessprache, in welcher die Gesundheitsfachpersonen arbeiten, ist gemäss dem SVBG, den SVPL, dem SBK, dem SHV und dem SVDE unerlässlich. Das Kompetenzniveau B2 sei zwingend erforderlich.

Obwohl der Kenntnissnachweis einer Landessprache bereits als Voraussetzung in Artikel 15 Absatz 1 MedBG erwähnt ist, ist sie gemäss mfe dennoch im Rahmen der Steuerung des ambulanten Bereichs nochmals zu erwähnen, da sie absolut zentral ist.

H+ hält betreffend Absatz 2 fest, dass die Fachkompetenz der Mediziner sowie der anderen Gesundheitsfachleute heute über deren Ausbildungen sichergestellt werde und im Medizinalberufe- beziehungsweise Gesundheitsberuferegister festgehalten sei. Dies gilt auch für Ausländer/innen. Klar definierte zusätzliche Anforderungen könnten problemlos in diesen bestehenden Berufsregistern festgehalten werden. Hingegen wäre für H+, senesuisse und Spitex das elektronische Patientendossier (ePD) eine wichtige Voraussetzung, die der Bundesrat als Zulassungsbedingung für neue ambulante Leistungserbringer einführen sollte.

Für CURAVIVA und senesuisse ist kein sachlicher Grund erkennbar, weshalb Spitäler und stationäre Pflegeinstitutionen zur Instandhaltung von ePD angehalten werden, während ein Teil der Akteure in der Behandlungskette von dieser Verpflichtung entbunden worden ist. Diesbezüglich beantragen CURAVIVA, senesuisse und Spitex, dass Neuzulassungen von im ambulanten Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzten, die zulasten der OKP Leistungen abrechnen, mit der ausdrücklichen Voraussetzung verknüpft werden sollen, dass die Betroffenen einer zertifizierten Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft beitreten müssen. Diese Voraussetzung soll durch eine entsprechende Ergänzung im Artikel 36 Absatz 2 KVG verankert werden. Der Vorschlag von CURAVIVA und senesuisse würde nur die Zulassung von «neuen» Zulassungsgesuchen betreffen.

Für die SSO ist nicht klar, welche der vorgeschlagenen Regelungen für Zahnärztinnen und Zahnärzte gelten sollen.

Nach physioswiss ist bei der Kompetenzerweiterung des Bundesrates, mittels Verordnungsanpassungen die Zulassungsvoraussetzungen ergänzen zu können, Augenmass zu wahren.

ChiroSuisse beantragt, dass eine Chiropraktorin beziehungsweise ein Chiropraktor für die Zulassung einen Abschluss an der Uni Zürich oder von einer gemäss Verordnung des EDI über die anerkannten Studiengänge für Chiropraktik ausländischer universitärer Hochschulen mindestens die eidgenössische Prüfung und eine 2 ½-jährige Weiterbildung an der Schweizerischen Akademie für Chiropraktik nachweisen könne, die mit dem Fachchiropraktik-Diplom abgeschlossen wurde. Nur so werde die Patientensicherheit gewährleistet.

Leistungserbringer – (kantonale oder regionale) Ärztegesellschaften

Die KKA und die AeG BL halten fest, dass es schon zahlreiche Vorschriften des Bundesrechtes gäbe, aber auch des kantonalen Rechtes sowie von Fachgesellschaften, welche sich auf die Qualität, die Aus- und die Weiterbildung etc. beziehen. Es mache keinen Sinn, wenn der Bundesrat auf Verordnungsstufe weitere Voraussetzungen erlasse. Im Übrigen ist die Delegation von Normsetzungsbefugnissen an die Exekutive auch rechtstaatlich bedenklich. In den Grundzügen müssten einschränkende Regelungen im Gesetz geregelt werden.

Die AMGe und die SMSR sind der Ansicht, dass sich das Problem der Nichtgleichwertigkeit der europäischen Ausbildungen, die gestützt auf die bilateralen Abkommen automatisch anerkannt werden, nicht mit einer Reihe von weiteren Anforderungen, die für alle Gesuchstellenden gelten, lösen lässt.

Die SVM hält fest, dass Sprachkenntnisse des Niveaus B2 nicht ausreichend sind, sondern in der Prüfung eher das Niveau C1 angestrebt werden sollte.

Für die GAeSO ist es nicht richtig, wenn die Voraussetzungen in Absatz 2 nicht konkret oder mindestens im Grundsatz nach, im Gesetz genannt werden.

Versicherer

santésuisse befürwortet eine Trennung der Berufsausübungsbewilligung und der Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP. Die Organisation spricht sich auch für die Ergänzung der Zulassungskriterien durch qualitative Elemente aus. Sie ist jedoch der Ansicht, dass die Teilnahme an Qualitätssicherungsmassnahmen zwar nötig, aber nicht ausreichend ist, um die Ergebnisqualität zu steigern, die sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch für die Versicherer ein zentraler Aspekt sei. Die Patientinnen und Patienten hätten nur dann wirklich die Wahl, wenn sie die Qualität eines Spitals oder eines Arztes im Voraus kennen würden.

PatientInnen, BenutzerInnen

Der DVSP befürwortet grundsätzlich den Vorschlag des Bundesrats, die betroffenen Leistungserbringer zusätzlich zu den Anforderungen nach MedBG und GesBG weiteren Anforderungen zu unterstellen.

Gemäss SPO haben viele Ärzte aus dem Ausland keine vergleichbar gute Ausbildung wie die hiesigen Mediziner. Sie kennen das Sozialsystem nicht und sprechen oft die Sprache schlecht bis ungenügend. Würden diese Faktoren geprüft, wäre dies eine Win-win-Situation.

Inclusion Handicap macht mit Blick auf die Festlegung von Voraussetzungen nach Absatz 2 darauf aufmerksam, dass deren Konformität mit dem Behindertengleichstellungsrecht sichergestellt werden muss.

Andere

Gemäss der GUMEK sind für die erfolgreiche Patientenbetreuung ausreichende Sprachkenntnisse mindestens so wichtig wie die von Artikel 36 Absatz 2 erwähnten Faktoren. Die GUMEK bedauert, dass diese nicht zu den Voraussetzungen zur Zulassung zählen. Im Übrigen sollten die notwendigen Sprachkenntnisse nicht nur von Ärztinnen und Ärzten aus dem Ausland verlangt und geprüft werden, sondern auch von Schweizer Ärztinnen und Ärzten, die ausserhalb ihrer Sprachregion arbeiten möchten. Die GUMEK beantragt diesbezüglich, den Entwurf entsprechend anzupassen.

4.2.3 Stellungnahmen zu Artikel 36 Absatz 3

Kantone

Die GDK und die Kantone AI, BE, BS, GR, OW, SH, TG, TI, VD, ZH sind der Ansicht, dass die geltende Regelung nach Artikel 55a KVG, die eine mindestens dreijährige Tätigkeit an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte als Voraussetzung festlegt, eine zweckmässigere Bestimmung ist als eine zweijährige Karenzfrist. Die geltende Regelung würde eine Weiterqualifizierung ermöglichen und für die hier ausgebildeten jungen Ärztinnen und Ärzte kein Hindernis für den Berufseinstieg darstellen oder sie gar dazu veranlassen, dem Beruf den Rücken zuzuwenden. Sie beantragen daher, die vorgeschlagene Regelung durch die geltende Regelung zu ersetzen.

Der Kanton AG ist wie die GDK der Meinung, dass die geltende Regelung zweckmässiger ist als eine zweijährige Wartefrist, die den Mangel an Grundversorgerinnen und Grundversorgern noch verstärken würde. Zudem würde eine Wartefrist auch den Apothekernachwuchs gefährden. Er ist ebenfalls der Ansicht, dass die verlangten Sprachkenntnisse über dem Niveau B2 liegen sollten.

Die CLASS und die Kantone GE, NE, VD erachten die derzeitige Lösung als klarer als die in den Absätzen 3 und 3*bis* vorgesehene Wartefrist von zwei Jahren nach Beendigung der Aus- und Weiterbildung, da insbesondere nicht darauf hingewiesen wird, dass die fragliche Ausbildung in einer anerkannten schweizerischen Bildungsstätte stattfinden muss. Sie schlagen vor, die Zulassungsvoraussetzungen mit der Anforderung einer dreijährigen praktischen Tätigkeit an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte zu ergänzen.

Gemäss dem Kanton JU muss präzisiert werden, ob die Leistungserbringer, die die zweijährige Wartefrist durchlaufen, über eine dreijährige Tätigkeit an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte verfügen müssen oder ob sie nach den zwei Jahren davon ausgenommen sind.

Der Kanton LU lehnt die vorgesehene Möglichkeit ab, eine Wartefrist nach Beendigung der Aus- und Weiterbildung einzuführen, da dies seines Erachtens nicht eine Beschränkung der Leistungen, sondern eine Verlagerung in den ambulanten Spitalbereich zur Folge hat. Wie die GDK beantragt er als Zulassungsvoraussetzung eine Tätigkeit von mindestens drei Jahren an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte.

Der Kanton NW befürchtet, dass die Frist von zwei Jahren nach Beendigung der Weiterbildung die Schweiz für die jungen hier ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte unattraktiver macht.

Der Kanton SG ist der Ansicht, dass eine Wartefrist von zwei Jahren im Vergleich zur aktuellen Situation keinen Vorteil bringt. Er stellt insbesondere fest, dass eine Ärztin oder ein Arzt nicht verpflichtet ist, in dieser Zeit ärztlich tätig zu sein, was sich negativ auf die medizinischen Kompetenzen auswirken werde. Er beantragt daher, das aktuelle Kriterium beizubehalten.

Der Kanton SO kritisiert, dass die unterbreitete Vorlage die Frage offen lässt, welche Leistungserbringer der Wartefrist von zwei Jahren unterstellt werden und welche nicht.

Der Kanton ZG bezweifelt, dass die Leistungsqualität mit einer Wartefrist von zwei Jahren verbessert werden kann, und weist darauf hin, dass eine Person die ihre Weiterbildung vor zwei Jahren abgeschlossen hat und seither nicht in diesem Bereich gearbeitet hat, die formulierte Anforderung erfüllt. Er beantragt, das aktuelle Kriterium von drei Jahren für alle Ärztinnen und Ärzte beizubehalten, und ist der Ansicht, dass für die anderen Leistungserbringer keine Wartefrist erforderlich ist. Hingegen sollte eine gewisse Berufserfahrung verlangt werden, wenn dies zweckmässig ist.

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Die CVP beantragt, dass anstelle der Karenzregelung die bisherige Regelung, welche eine Tätigkeit während mindestens dreier Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte voraussetzt, als Qualitäts- und Zulassungsvoraussetzung beizubehalten sei.

Die glp lehnt Absatz 3 ab, da diese „Kann“-Bestimmung willkürlich sei und das Ziel verfehle, den Zustrom von Leistungserbringern auf den Krankenversicherungsmarkt zu regulieren und deren Qualifikation und Kenntnisse zu verbessern. Gemäss glp kann ein Antragsteller die Wartefrist mit einer anderen Tätigkeit ausfüllen, womit er durch das Warten nicht qualifizierter werden würde. Würde ein Kandidat hingegen als Angestellter im Spital oder in einem sonstigen ambulanten Bereich arbeiten, wäre der Effekt der Regulierung nicht erreicht. Ginge es dem Bundesrat um den Erwerb der notwendigen Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems, dann wäre dieser Erwerb mit einer unspezifisch formulierten „Wartefrist“ nicht gewährleistet.

Anstelle einer Wartefrist von zwei Jahren vor einer Zulassung spricht sich die SPS für den Vorschlag der FMH aus, der von den Ärztinnen und Ärzten eine mindestens dreijährige ärztliche Tätigkeit zu einem Beschäftigungsgrad von mindestens 80 Prozent an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte in der beantragten Fachdisziplin verlangt.

Leistungserbringer

Die FMH und der VSAO sehen mit der Einführung einer zweijährigen Wartefrist nach Abschluss der langen Aus- und Weiterbildungszeit einen Widerspruch zur Strategie Gesundheit2020, welche unter anderem eine Anschubfinanzierung von 100 Millionen Franken über vier Jahre beinhaltet, um dem Ärztemangel zu begegnen und die zunehmende Abhängigkeit vom Ausland zu reduzieren. Sie erachtet die Wartefrist als unverständlich und unzumutbar und beantragt, Absatz 3 als Ganzes zu streichen. FMH und der VLSS betonen, dass eine Wartefrist zu einer Inländerdiskriminierung und zu einer Einschränkung des Marktzuganges für junge Ärztinnen und Ärzten führe. Ebenfalls werde gemäss FMH mit einer solchen Regelung einsei-

tig die spezialärztliche Weiterbildung gefördert, weil die Wartefrist von 2 Jahren nach Abschluss der Aus- und Weiterbildung eine weitergehende Spezialisierung provoziert. Auch mfe lehnt eine Wartefrist ab.

Bezüglich der geltenden Regelung, wonach Ärztinnen und Ärzte, die mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben, keinen Bedürfnisnachweis zu erbringen haben, weist die FMH darauf hin, dass diese durchaus wirksam sei. FMH und mfe erachten den Nachweis einer dreijährigen praktischen Tätigkeit im beantragten Tätigkeitsgebiet unter Verzicht auf die Einführung eines Prüfverfahrens als die richtige Lösung, um mit dem Gesundheitssystem vertraut zu werden und so die Qualität der Leistungserbringung zu sichern. Da es um die Wahrung einer hochstehenden Qualität der ärztlichen Versorgung und um die Vertrautheit mit dem Schweizerischen Gesundheitssystem gehe und somit sachliche Gründe für diese Einschränkung vorliegen, erachtet mfe die Verpflichtungen der Schweiz im Zusammenhang mit der Personenfreizügigkeit im EU-/EFTA-Raum als nicht verletzt. Auch die SGH beantragt, dass die Ärzte vor der Zulassung mindestens drei Jahre an einer anerkannten Weiterbildungsstätte in der für die Zulassung beantragten Fachdisziplin tätig sein müssen, und zwar gemäss den Weiterbildungsprogrammen des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF).

Der VLSS beantragt, Absatz 3 in dem Sinne anzupassen, dass diese eine mehrjährige Tätigkeit an einer schweizerischen Weiterbildungsstätte nachweisen und eine schweizerische Landessprache auf Maturitätsniveau beherrschen müssen. Ebenso sollen die Kantone berechtigt sein, aus wichtigen Gründen ausserordentliche Zulassungen zu bewilligen.

physioswiss und RVBB gehen davon aus, dass die «Wartefrist» der «praktischen Tätigkeit» in Artikel 47 Absatz 1 KVV entspricht. Weiter sei unverändert das Diplom (oder die Anerkennung eines gleichwertigen ausländischen Diploms durch Prüfung oder Qualifikationsverfahren) vorauszusetzen, um Artikel 47 Abs. 1 lit. a KVV zu erfüllen. Ebenfalls solle Artikel 47 Abs. 1 lit. b KVV beibehalten werden.

Eine Wartefrist von 2 Jahren, um in die Freiberuflichkeit eintreten zu können, begrüsst der SHV und die OPS. Die Verzögerung der Zulassung von freiberuflich tätigen Gesundheitsfachpersonen mittels einer längeren Wartefrist wird vom SHV allerdings kategorisch abgelehnt, weil eine solche eine bedarfsgerechte Versorgung behindern würde.

Den Vorschlag einer Wartefrist von zwei Jahren lehnen pharماسuisse, die SSO, der svbg, die SVPL, der SBK, ChiroSuisse und der SVDE ab. Der SBK weist des Weiteren darauf hin, dass, wenn den Pflegefachpersonen eine zweijährige Wartefrist auferlegt werden würde, diese einen Nachteil gegenüber den Spitexorganisationen hätten: Weil diese Organisationen bereits über eine Bewilligung verfügen, müssten die angestellten Pflegefachpersonen keine eigene Berufsausübungsbewilligung haben. Das bedeute, dass Spitexorganisationen einfach ihr Personal – ob qualifiziert oder nicht – aufstocken könnten.

Leistungserbringer – (kantonale oder regionale) Ärztesellschaften

Die KKA beantragt, diesen Absatz zu streichen. Sie ist der Ansicht, dass diese Massnahme vor allem die jungen Ärztinnen und Ärzte betrifft, und fragt sich, was denn diese Ärztinnen und Ärzte in diesen zwei Jahren tun sollen. Für die KKA, die BEKAG, die MedGes BS, die VHBB und die AeG BL ist eine Wartefrist nach Abschluss der Weiterbildung abzulehnen. Die BEKAG beantragt stattdessen eine Neuregelung für Absatz 3, wie sie ebenfalls vom VLSS vorgeschlagen wird.

Die AMGe und die SMSR sind der Meinung, dass eine Wartefrist von zwei Jahren vor der Zulassung nicht zu einer Verbesserung der Ausbildung beiträgt und für die Ärztinnen und Ärzte, deren Anstellung im Spital ausläuft, sogar ein Arbeitsverbot im Bereich der ambulanten Versorgung bedeuten könnte. Sie erachten es hingegen als sachdienlich, eine dreijährige Weiterbildung im beantragten Tätigkeitsbereich an einer anerkannten Bildungsstätte vorzuschreiben, wie es die FMH fordert.

Die SVM stellt fest, dass bei einer tatsächlichen Einführung einer solchen Wartefrist den Ärztinnen und Ärzten mit einem Facharztstitel nur noch der stationäre Bereich offen steht, was den

Bundesrat zwangsläufig dazu veranlassen muss, eine solche Kompetenz mit grösster Zurückhaltung anzuwenden.

Versicherer

curafutura ist der Ansicht, dass eine Wartefrist von zwei Jahren wirkungslos ist und nicht dazu beiträgt, die Zulassung nach Qualitätskriterien auszurichten.

Gemäss santésuisse wird die Zulassung mit einer Wartefrist von zwei Jahren lediglich aufgeschoben. Deshalb sei dies eine falsche Lösung. Da die Ärztinnen und Ärzte während dieser Zeit kaum untätig sein würden, müssten sie ihre Leistungen über eine bereits bestehende Zahlstellennummer verrechnen. Somit hätte diese Massnahme letztendlich keine Auswirkungen auf die Entwicklung der Kosten zu Lasten der OKP.

PatientInnen, BenutzerInnen

Der DVSP ist der Ansicht, dass die Frist von zwei Jahren, so wie sie vorgesehen ist, nicht ideal ist. Er bevorzugt die von der FMH empfohlene Lösung, die die Ärztinnen und Ärzte zu einer dreijährigen Tätigkeit zu mindestens 80 Prozent an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte verpflichten will.

Die SPO ist einerseits der Ansicht, dass eine Zulassung erst erteilt werden könne, sofern die Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz in ihrer Facharzt-Disziplin mindestens drei Jahre an einer anerkannten Weiterbildungsstätte gearbeitet haben. Andererseits hält die SPO fest, dass eine Wartefrist von zwei Jahren unmittelbar nach der Ausbildung befürwortet werden kann, eine Wartefrist, nachdem der Facharztstitel erworben wurde, hingegen nicht.

4.2.4 Stellungnahmen zu Artikel 36 Absatz 3bis

Kantone

Der Kanton JU erachtet den Nachweis der Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems als fundamental. Es müsse noch festgelegt werden, wie die Kenntnisse beurteilt werden und innerhalb von welcher Frist.

Der Kanton NE begrüsst eine solche Prüfung auf nationaler Ebene, was die Anwendung von schweizweit einheitlichen Bedingungen gewährleisten würde.

Der Kanton VD schlägt vor, dass die Leistungserbringer, die den Nachweis einer mindestens dreijährigen praktischen Tätigkeit an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte erbringen, von der Prüfung befreit werden.

Sollte anstelle einer Wartefrist (Absatz 3) weiterhin eine dreijährige praktische Tätigkeit an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte verlangt werden, dann würden nach Ansicht des Kantons ZH der Nachweis der Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems und folglich auch Absatz 3bis überflüssig.

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Grundsätzlich ist eine Prüfung der Kenntnisse über das schweizerische Gesundheitssystem nach der glp begrüssenswert, wobei die genaue Definition, was damit genau gemeint ist, noch fehlt.

Die GPS stehen dem Prüfungsverfahren skeptisch gegenüber. Sie unterstützen hingegen den Vorschlag der FMH im Bereich der Sprach- und Ausbildungserfordernisse.

Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft

Das CP versteht nicht, wie sich ein ausländischer Leistungserbringer der Prüfung entziehen könnte, da er mindestens zwei Jahre in der Schweiz gearbeitet haben muss, um eine Berufsausübungsbewilligung zu erhalten. Es fragt sich zudem, inwieweit diese Anforderung vereinbar ist mit der Freizügigkeit der Arbeitnehmenden.

Der SGB steht diesem Prüfverfahren skeptisch gegenüber. Er unterstützt hingegen den Vorschlag der FMH, der vorsieht, dass Ärztinnen und Ärzte mit einem ausländischen Diplom während mindestens drei Jahren zu einem Beschäftigungsgrad von mindestens 80 Prozent an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte in der beantragten Fachdisziplin gearbeitet haben müssen, um ihre Leistungen zu Lasten der OKP verrechnen zu dürfen.

Leistungserbringer

Nach Ansicht der FMH ist die in der Vorlage vorgesehene Möglichkeit, Kenntnisse des Gesundheitssystems durch eine Prüfung nachzuweisen, nicht nur administrativ aufwendig, sondern auch wenig aussagekräftig. Eine Prüfung könne jahrelange praktische Erfahrungen im Gesundheitswesen nicht ersetzen. Namentlich mache es keinen Sinn, dass Ärztinnen und Ärzte, die in der Schweiz ihre Weiterbildung absolviert haben und somit mit dem schweizerischen Gesundheitssystem vertraut sind, nach Beendigung ihrer Aus- und Weiterbildung entweder nochmals zwei Jahre praktische Tätigkeit nachweisen müssen oder eine Prüfung über das schweizerische Gesundheitssystem, das ihnen aufgrund ihrer Aus- und Weiterbildung in der Schweiz wohl bekannt ist, ablegen müssen. Zudem sei es höchst fraglich, ob ausländische Ärztinnen und Ärzte, die ihre Aus- und Weiterbildung im Ausland absolviert haben und danach nicht zwei Jahre in der Schweiz praktisch tätig sind, sich mit einer theoretischen Prüfung mit dem schweizerischen Gesundheitssystem wirklich vertraut machen können. Von der Einführung eines Prüfverfahrens sei somit abzusehen. Auch mfe und der VLSS betonen, dass Absatz 3^{bis} zu streichen sei.

Die SBV betont, dass die Anforderungen bezüglich Sprachkenntnisse und der Kenntnisse des Schweizerischen Gesundheitswesens grundsätzlich zielführend seien. Ebenso sei es von der Idee her sinnvoll, wenn vorausgesetzt werde, dass ein Arzt während zwei Jahren in der Schweiz tätig ist. Allerdings dürfe hierbei die Verwaltung nicht unnötig aufgebläht werden, was zur Steigerung der Gesundheitskosten beitragen würde.

H+ hält fest, dass der Vernehmlassungsentwurf offen lasse, welche Qualität, welche hochstehende und zweckmässige Leistungserbringung oder welche Kenntnisse über das Schweizerische Gesundheitswesen von Leistungserbringern zusätzlich verlangt werden sollten. Die undefinierte Kenntnisprüfung brächte deshalb keinen Mehrwert.

pharmaSuisse schlägt vor, dass der Bundesrat von den ambulanten Leistungserbringern den Nachweis der für die Qualität der Leistungserbringung notwendigen Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems verlangen und dafür den Nachweis für eine zweijährige praktische Tätigkeit im beantragten Tätigkeitsbereich in der Schweiz nach Beendigung einer im Ausland abgeschlossenen Aus- und Weiterbildung sowie eine Prüfung vorsehen soll.

Gemäss dem svbg, dem SBK, dem SHV und dem SVDE wäre es im Sinne einer qualitativ guten Versorgung sinnvoll, von Personen mit einem ausländischen Diplom und zweijähriger praktischer Tätigkeit in der Schweiz eine Prüfung über die geforderten Kenntnisse des Schweizer Gesundheitssystems zu verlangen. Allerdings würde diese Auflage keinen Sinn bei Berufsangehörigen mit Zulassungen nach der KVV machen, da diese bereits über die nötigen Kenntnisse verfügen würden.

ChiroSuisse und die OPS unterstützen die Forderung, die notwendigen Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems zu verlangen. Die SVPL lehnen dies ab.

Leistungserbringer – (kantonale oder regionale) Ärztesgesellschaften

Die KKA, BEKAG, die MedGes BS, die VHBB und die AeG BL beantragen, Absatz 3^{bis} ersatzlos zu streichen. Namentlich gemäss der KKA und der AeG BL sei der bisherige Weg weiterzuverfolgen, nämlich eine dreijährige praktische Tätigkeit im beantragten Tätigkeitsgebiet.

Die AMGe und die SMSR sind der Ansicht, dass es illusorisch ist, die fehlende praktische Erfahrung durch eine theoretische Prüfung zu ersetzen. Diese Massnahme sei ungenügend und müsse daher abgelehnt werden.

Versicherer

curafutura ist der Ansicht, dass eine Prüfung der Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems wirkungslos ist und nicht dazu beiträgt, die Zulassung nach Qualitätskriterien auszurichten.

Für santésuisse handelt es sich hier um einen Artikel, der den ausländischen Ärztinnen und Ärzte Angst machen soll, ihre Zulassung aber nicht verhindern, sondern lediglich verzögern wird.

PatientInnen, BenutzerInnen

Inclusion Handicap verweist im Zusammenhang mit der Durchführung von Prüfungen auf die Erläuterungen zur Anpassung von Prüfungen als einen Bereich, in welchem den Bedürfnissen von Menschen mit Behinderungen Rechnung getragen werden muss.

Andere

Die GUMEK befürwortet nur bedingt die vom Bundesrat vorgeschlagene Regelung. Die Forderung, dass die Arbeitstätigkeit in der Schweiz erst nach Abschluss der Weiterbildung für die Berechnung der zweijährigen Berufstätigkeit berücksichtigt werden könne, stelle eine unnötige Hürde dar. Die GUMEK ist überzeugt, dass Leistungserbringer, die ihre Ausbildung im Ausland absolvieren und anschliessend ihre Weiterbildung (oder einen Teil davon) in der Schweiz absolvieren, während der Dauer ihrer 5–6-jährigen Weiterbildung die notwendigen Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems genau gleich erwerben wie ihre Kolleginnen und Kollegen, die in der Schweiz auch das Grundstudium absolviert haben.

4.2.5 Stellungnahmen zu Artikel 36 Absatz 4

Kantone

Der Kanton AG ist der Ansicht, dass die Kompetenzen, die dem Bundesrat übertragen werden sollen, zu weit gehen, und beantragt daher, dass dieser Absatz gestrichen oder zumindest eingeschränkt wird. Er fordert, dass die Bestimmungen über die bereitzustellenden Daten präzisiert werden, um zu verhindern, dass überflüssige Daten erhoben werden.

Der Kanton GL beantragt, dass der Bundesrat dafür sorgt, dass die Massnahmen in Bezug auf die Qualität und die Wirtschaftlichkeit den bereits grossen administrativen Aufwand der Leistungserbringer nicht weiter erhöht und die verlangten Daten auch tatsächlich verfügbar sind.

Für die CLASS und die Kantone GE, JU, VD ist es unmöglich, beim jetzigen Stand der Dinge zu erfassen, welche Art von Aufgaben die betroffene Organisation erledigen soll. Zudem scheint es schwierig, vor der Erteilung der Berufsausübungsbewilligung eine Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen vorzuschreiben. Für die CLASS, GE und JU sollte sich die Prüfbefugnis der von den Versicherern bezeichneten Behörde auf eine administrative Kontrolle beschränken, beispielsweise auf die Teilnahme der Leistungserbringer an einem Qualitätsprogramm oder die Abgabe von Indikatoren. Damit liesse sich ausserdem eine Steuerung durch die von den Versicherern bezeichnete Organisation von Aspekten vermeiden, die in der Kompetenz der Kantone verbleiben sollten. Die Vorlage dürfe weder eine verschleierte Aufhebung des Vertragszwangs sein noch zur Einführung einer Prüfung führen, die redundant zur Ausstellung der gesundheitspolizeilichen Bewilligungen ist, die gemäss Verfassung in die Kompetenz der Kantone fällt. Die CLASS und die Kantone GE und JU wünschen daher, dass die Kantone ausdrücklich in die Erarbeitung der vom Bundesrat festgelegten Anforderungen und Kriterien einbezogen werden.

Der Kanton NE befürwortet diese Bestimmung.

Der Kanton TG, ZH begrüssen diesen Vorschlag, weisen jedoch auf gewisse Redundanzen mit den Artikeln 32 und 58 ff. KVG über die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen hin. Sie sind der Ansicht, dass die Auflagen klar festgelegt werden müssen, um den Kantonen keinen zu grossen Handlungsspielraum zu geben.

Der Kanton TI ist der Ansicht, dass der Vorschlag der Absätze 4 und 5 in eine separate Vorlage einfließen sollte, um nicht zu riskieren, dass eine Situation ohne Möglichkeit der Zulassungssteuerung geschaffen wird, weil die gesamte Vorlage abgelehnt wird. Er ist der Meinung, dass es in der jetzigen Vorlage noch zu viele offene Fragen gibt.

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Nach der gIp ist es im Sinne der Patienten, dass die Tätigkeit der Leistungserbringer mit Auflagen in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen verbunden wird. Unabdingbar dafür sei die Lieferung der dazu notwendigen Daten durch die Leistungserbringer (Absatz 4). Ohne diesen Schritt zur Transparenz im ambulanten Bereich könne die dringend notwendige Verknüpfung von Qualitätsanforderungen mit der Zulassung im heutigen System nicht gelingen. Die Nichtlieferung der Daten müsse des Weiteren mit einem Ausschluss von der Tätigkeit zulasten der OKP sanktioniert werden. Nur mit dieser konsequenten Haltung zur Einforderung von Transparenz würden die richtigen Anreize für eine qualitativ hochstehende Leistungserbringung gesetzt. Die gIp beantragt ebenfalls, die Vorlage dahingehend zu ergänzen, dass die Qualität der Leistungserbringung künftig auch unter Berücksichtigung der Diagnose- und Therapiequalität der Leistungserbringer beurteilt wird.

Die SPS unterstützt den Vorschlag, dass der Bundesrat zusätzliche Auflagen in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen machen kann. Sie schlägt vor, die Idee gegebenenfalls zu vertiefen und diese Bestimmung mit dem künftigen Gesetz über die Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit zu verknüpfen.

Konsumentenverbände

Die SKS begrüsst, dass die Tätigkeit zu Lasten der OKP mit Auflagen bezüglich Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen verknüpft werden soll. Dabei sei wichtig, dass die Leistungserbringer verpflichtet werden, die notwendigen Daten zur Verfügung zu stellen. Damit die Qualität und Wirtschaftlichkeit der ambulanten Leistungen wirksam überwacht und verbessert werden könne, reiche es jedoch nicht aus, Programme zur Qualitätsförderung vorzuschreiben und Daten über deren Absolvierung einzufordern. Entscheidend sei, dass Anforderungen an die tatsächliche Qualität der Leistungserbringung gestellt und Daten zur Einhaltung dieser Anforderungen bereitgestellt würden.

Leistungserbringer

Nach Ansicht der FMH und der SBV ist grundsätzlich nicht zu beanstanden, dass die Qualität überprüft werden soll. Es dürfe allerdings nicht sein, dass die Kerntätigkeit der Ärzte darunter leide, weil sich der Arzt mit administrativen Formalitäten aller Art herumschlagen muss. Würde trotzdem eine Pflicht normiert werden, so wäre dies als Tätigkeit im öffentlichen Interesse zu verstehen und durch den Staat zu entschädigen. Weiter sind nach der FMH die Massnahmen zur Qualitätsentwicklung und zur Lieferung der dazu notwendigen Daten, die als Auflagen bestimmt werden können, in der Gesetzesvorlage offen formuliert, und es wäre nicht klar, welche Daten an wen und in welcher Form geliefert werden müssen. Der VLSS beantragt, Absatz 4 zu streichen.

physioswiss steht im Grundsatz der Präzisierung der ohnehin gegebenen Auflagen hinsichtlich einer wirtschaftlichen und qualitativ hochstehenden Leistungserbringung zu Lasten der OKP positiv gegenüber. Der vorbehaltlosen Zustimmung stehe die Befürchtung entgegen, dass die damit allfällig einhergehenden Mehrkosten für die Sicherstellung der Nachweise einseitig und ausschliesslich den Leistungserbringern angelastet werden.

Gemäss pharmaSuisse sei gegen angemessene Qualitätsanforderungen für Leistungserbringer nichts einzuwenden. Diese seien aber so festzulegen, dass eine Versorgung durch Apotheker in Randregionen dennoch gewährleistet werden kann. In den Tarifverhandlungen seien gemeinsam ausgewogene Qualitätsanforderungen festgelegt worden. Dabei konnte pharmaSuisse die berechtigten Anliegen der Apotheker einbringen. Diesbezüglich lehnt pharmaSuisse eine einseitige Festlegung von Qualitätskriterien durch die Versicherer ab. Das Verhandlungsprimat sei beizubehalten.

Der svbg, der SBK, der SHV und der SVDE unterstützen einen durch die Leistungserbringer zu erbringenden Fortbildungsnachweis, der von den zulassenden Behörden regelmässig eingefordert werden könne.

Betreffend einen regelmässigen Nachweis der Fort- und Weiterbildung weist der RVBB darauf hin, dass im Gesundheitsberufegesetz im NAREG die Grundausbildung (Kompetenzen) und die absolvierten Zusatzausbildungen (die notwendigen Kompetenzen) der betroffenen Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen aufgeführt werden. Wenn für die selbständige Berufsausübung eine regelmässige Fort- und Weiterbildung notwendig ist, müsste dies nach dem RVBB in der Verordnung des Gesundheitsberufegesetzes stehen und nicht im KVG.

H+ lehnt generell eine neue Qualitätsauflage ab. Im KVG und in anderen Gesetzen würden bereits sehr viele Qualitätsauflagen an medizinische Leistungserbringer existieren, zusätzliche Bedingungen seien diesbezüglich nicht notwendig. Weiter hält H+ fest, dass die im Entwurf vorgebrachten Qualitätsmassnahmen zudem bereits aufgenommen seien. In der Medizin fände zurzeit ein Standardisierungsschub statt, zum Beispiel Choosing Wisely und HTA. CIRS und Register haben sich im stationären Bereich etabliert, Qualitätszirkel im ambulanten. H+ habe in einer Allianz die Peer Reviews vorangetrieben und verbreitet.

SW!SS REHA und VAKA halten fest, dass die vorgesehenen Auflagen bezüglich Qualität und Wirtschaftlichkeit und die Lieferung von Daten zur Qualitätsentwicklung an den Bund für die Leistungserbringer zu einem erheblichen administrativen Mehraufwand mit entsprechenden Kostenfolgen führen würden.

Für die SSO ist diese Bestimmung zu restriktiv. Der Aufwand für die Erhebung und Lieferung der Daten durch Zahnärztinnen und Zahnärzte wäre unverhältnismässig.

Leistungserbringer – (kantonale oder regionale) Ärztesellschaften

Die KKA, die AeG BL, die MedGes BS, die VHBB, die GAeSO, die AGZ und die BEKAG stört die Möglichkeit des Bundesrates, auf Verordnungsebene beziehungsweise auf Stufe KVV noch viel weiter zu gehen und nach Belieben Auflagen mit Bezug auf die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen anordnen zu können. Sie beantragen, Absatz 4 ersatzlos zu streichen.

Die AMGe und die SMSR sind der Meinung, dass die vom Bundesrat ergriffenen Massnahmen zu einem zusätzlichen administrativen Aufwand führen, ohne jedoch einen wirksamen Beitrag an die Qualitätssteigerung zu leisten.

Gemäss SVM führt diese Bestimmung zu einer Zunahme des administrativen Aufwands der Ärztinnen und Ärzte, die ständig mehr administrative Verpflichtungen wahrnehmen müssen und bald mehr Zeit mit dem Ausfüllen von Dokumenten als mit der Ausübung ihres Berufs verbringen würden.

Versicherer

curafutura ist der Ansicht, dass die Auflagen, die die zugelassenen Leistungserbringer erfüllen müssen, nicht konkret genug formuliert sind. Um eine qualitätsorientierte Zulassung sicherzustellen, müssten die Leistungserbringer ausreichende Kenntnisse der Sprache der Tätigkeitsregion nachweisen können. Zudem brauche es eine Kontrolle der beruflichen Fortbildung, und die Ärztinnen und Ärzte müssten während mindestens drei Jahren an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte in der beantragten Fachdisziplin, gemäss den Weiterbildungsprogrammen des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF), gearbeitet haben. Gemäss curafutura müssen bei der Zulassung nicht nur strukturelle Qualitätsindikatoren, sondern auch Prozess- und Ergebnisindikatoren kontrolliert und regelmässig überprüft werden.

santésuisse ist der Ansicht, dass Indikatoren der Ergebnisqualität vorzusehen sind, da die Kontrolle der WZW-Kriterien eine Kontrolle der Ergebnisqualität beinhaltet. Die strukturelle Qualität sei eine mit der Berufsausübung verbundene Voraussetzung, die von den Kantonen im Rahmen ihrer gesundheitspolizeilichen Aufgaben kontrolliert werden müsse.

PatientInnen, BenutzerInnen

Der DVSP befürwortet grundsätzlich die dem Bundesrat übertragene Kompetenz, für die Leistungserbringer, die zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung tätig sind, Auflagen in Form von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätskriterien vorzusehen. Er wünscht jedoch, dass diese Auflagen präzisiert werden, insbesondere in Verbindung mit der Erarbeitung des Gesetzesentwurfs der Gesundheitskommission des Nationalrats über die Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit. Auch der DVSP weist darauf hin, dass diese Auflagen nicht zur Einführung einer Vertragsfreiheit «light» zu Gunsten der Versicherer führen darf.

Während Inclusion Handicap das Bestreben um die Sicherstellung der Qualität und auch der Wirtschaftlichkeit nachzuvollziehen vermag, weist die Organisation mit Nachdruck darauf hin, dass Auflagen in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit medizinischer Leistungen nicht zu Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen führen dürfen.

4.2.6 Stellungnahmen zu Artikel 36 Absätze 5 und 6

Kantone

Die GDK und die Kantone AI, BE, BS, GR, LU, SH, OW, TG sind der Ansicht, dass die Einsetzung einer Organisation durch die Versicherer, die über die Einhaltung der Pflichten entscheidet, einem Paradigmenwechsel im Zulassungsverfahren entspricht. Einige davon (GDK, AI, BE, BS, OW) befürchten, dass dieser Artikel aufgrund des Regelungsbedarfs und der Versicherer(-verbände), die bis jetzt in den Diskussionen nicht als Einheit aufgetreten sind, nicht in der erforderlichen Zeit umgesetzt werden kann. Alle vertreten die Meinung, dass aus dem Bericht nicht hervorgeht, über welche Beurteilungsbefugnis die Organisation bei der Zulassung verfügt, und dass die vorgesehenen und offen formulierten Kompetenzen problemlos als globale Aufhebung des Vertragszwangs verstanden werden könnten, wenn sich die Prüfung der Richtlinien über die Wirtschaftlichkeit und Qualität nicht auf eine rein administrative Kontrolle beschränkt. Die Voraussetzungen müssten sich auf die Richtlinien beschränken, die der Bund in Artikel 36 Absätze 2–4 erlässt. Weitergehende Kompetenzen dieser «Organisation» würden faktisch auch zu einer Steuerung der Versorgung führen, die gemäss Verfassung die Sache der Kantone ist. Sie sind zudem der Ansicht, dass die Kontrolle durch die Behörde, die die Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung ausstellt (Kanton), auf einfachere und somit angemessenere Weise durchgeführt werden kann, weil so nur ein einziges Prüfverfahren stattfinden würde.

Für den Kanton AG ist es unerlässlich, dass die Leistungserbringer in die für die Zulassungssteuerung zuständige Organisation eingebunden werden. Er hält aber fest, dass die Schaffung einer neuen Aufsichtsbehörde neben den Kantonen zu einem administrativen Mehraufwand führt. Er ist der Ansicht, dass Absatz 6 gestrichen werden kann.

Die CLASS und die Kantone GE, NE, VD wünschen, dass sich die Kantone an der Wahl der Organisation beteiligen können, die gegebenenfalls vom Bundesrat bezeichnet wird, um die Kenntnisse der Kandidatinnen und Kandidaten mithilfe einer Prüfung zu kontrollieren.

Der Kanton GL lehnt diesen Paradigmenwechsel ab, der in Tat und Wahrheit einer Aufhebung des Vertragszwangs gleichkomme. Es ist der Ansicht, dass die Versicherer zwar eine finanzielle, nicht aber eine qualitative Beurteilung vornehmen können. Er hält fest, dass diese bereits über die notwendigen Instrumente für die Kostenkontrolle verfügen und nicht für die Versorgung zuständig sind, die in die Kompetenz der Kantone fällt. Er unterstützt daher den Vorschlag der GDK, das vorgesehene Verfahren zu überprüfen und zu vereinfachen.

Der Kanton GR fordert, dass die Kompetenz zur Prüfung der Zulassungsvoraussetzungen der Behörde übertragen wird, die mit der Erteilung der Berufsausübungsbewilligung betraut ist. Weiter beantragt er, dass das Zulassungs- und Beschwerdeverfahren einfach und speditiv ist. Das Beschwerdeverfahren sei im Gesetz genauer auszuführen. Er befürchtet, dass es zu Überschneidungen mit dem Zulassungsverfahren kommt, weil die beiden Kontrollen von verschiedenen Instanzen durchgeführt werden.

Der Kanton NE lehnt diese Bestimmung ab. Er ist der Ansicht, dass es nicht die Sache der Krankenversicherer, sondern der Kantone sein sollte, über die Zulassungsgesuche der Ärztinnen und Ärzte zu entscheiden. Zumindest müssten die Kantone in einem solchen Organ vertreten sein, wenn weiterhin daran festgehalten werden sollte. Zudem müsste ausdrücklich verhindert werden, dass die Kompetenzen, die diesem Organ gegebenenfalls übertragen werden, auch nur annäherungsweise eine Aufhebung des Vertragszwangs ermöglichen.

Der Kanton OW beantragt, dass die Entscheidungskompetenz klar den Kantonen übertragen wird. Die noch genauer auszuführende administrative Kontrolle der Versicherer dürfe nur Empfehlungscharakter haben.

Der Kanton TG beantragt, dass die Absätze 5–7 gestrichen werden.

Der Kanton TI schlägt eine paritätische Organisation vor, in der nicht nur die Versicherer vertreten sind. Er ist weiter der Ansicht, dass der 5. Titel des KVG angepasst werden muss, um eine Beschwerdemöglichkeit an das Bundesverwaltungsgericht zu gewährleisten.

Der Kanton UR unterstützt die Einführung eines formellen Zulassungsverfahrens und dessen Steuerung durch eine von den Versicherern bezeichnete Organisation. Er befürchtet jedoch, dass dieser Paradigmenwechsel zu einer Versorgungssteuerung durch die Versicherer führt, obwohl diese Steuerung gemäss Verfassung die Sache der Kantone ist.

Der Kanton VD hält es nicht für zweckmässig, den Versicherern bei der Beurteilung der Zulassungsgesuche der Leistungserbringer eine zentrale Rolle zu übertragen, weil dies das Risiko birgt, dass Leistungserbringer aus KVG-fremden Gründen, namentlich aus rein administrativen Gründen, abgelehnt werden. Die mit dem Entscheid über die Zulassungsgesuche betraute Organisation, wenn sie in der Vorlage weiterhin vorgesehen wird, müsste daher unter die Zuständigkeit der Kantone gestellt werden und ihre Aufgabe müsste sich ausschliesslich auf die Kontrolle der Einhaltung der im KVG festgelegten Anforderungen beschränken. Er ist der Ansicht, dass der Gesetzgeber die Zusammensetzung dieser Organisation genauer ausführen muss und dass die Kantone im gleichen Umfang wie die anderen Mitglieder vertreten sein müssen. Er weist darauf hin, dass sich das in vielen Kantonen bestehende Mehrparteienpositiv bewährt hat und bei den betroffenen Parteien Zustimmung findet.

Der Kanton ZG stellt fest, dass die Vorlage ein Bewilligungs- und Zulassungsverfahren bestehend aus drei Etappen vorsieht, die von zwei verschiedenen Akteuren durchgeführt werden. Die erste (Berufsausübungsbewilligung) und die dritte Etappe (Zulassungsbeschränkung, nur in den Kantonen die deren Anwendung beschliessen) fallen in die Zuständigkeit der Kantone, während die zweite Etappe (Zulassung) von einer durch die Versicherer bezeichneten Organisation durchgeführt wird. Zudem sei der Entscheid der von den Versicherern bezeichneten Organisation von nationaler Tragweite, während die Entscheide der Kantone auf kantonaler Ebene stattfinden. Er ist der Ansicht, dass einer Lösung Vorrang gegeben werden muss, bei der die kantonale Behörde, die bereits für die Berufsbewilligung zuständig ist, auch über die Zulassung entscheidet. Er schlägt daher vor, von der Schaffung einer Organisation durch die Versicherer abzusehen.

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Die CVP ist ebenfalls skeptisch gegenüber der Schaffung einer Organisation der Versicherer, welche über die Erfüllung der Auflagen zu befinden hätte. Die Bildung einer solchen Organisation verursacht mehr Bürokratie und allenfalls Kosten. Die Überprüfung könnte mit einfacheren Verfahren erfolgen und damit zweckmässiger durch den Kanton vorgenommen und so in einem einzigen Prüfverfahren abgewickelt werden.

Generell befürwortet die SPS die Einführung eines formellen Verfahrens für die Zulassung der Leistungserbringer. Sie ist jedoch grundsätzlich dagegen, dass die Versicherer alleine über die Zulassungsgesuche entscheiden, und lehnt jede Einführung einer Vertragsfreiheit ab – auch in moderater Form und auf der Grundlage von Kriterien, die vom Bundesrat festgelegt wurden. Sie schlägt vor, das formelle Verfahren den Kantonen oder als Alternative an Zulassungskommissionen zu übertragen, denen mehrere Parteien angehören.

Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft

Das CP hält fest, dass der erläuternde Bericht weder Angaben zur Zusammensetzung noch zur Umsetzung der Unparteilichkeits- und Verfahrensgarantien enthält, denen das von den Versicherern bezeichnete Organ zu genügen hat, und dies obwohl dieses Organ beschwerdefähige Verfügungen erlassen kann. Zudem sei die Bezeichnung «Versicherer» im Gesetz nicht definiert.

Der SGB ist nicht einverstanden mit dem Vorschlag, eine von den Versicherern bezeichnete Instanz mit der Prüfung der Kenntnisse der Leistungserbringer des schweizerischen Gesundheitssystems zu betrauen. Gemäss ihm muss diese Prüfung durch eine von den Versicherern unabhängigen und von den Kantonen festgelegten Instanz vorgenommen werden.

Konsumentenverbände

Damit sie die nötige Akzeptanz erlangen kann, müsse für die SKS die einzusetzende Organisation zur Überprüfung der Zulassungsvoraussetzungen breiter abgestützt sein.

Leistungserbringer

FMH und der VLSS beantragen, Absatz 5 zu streichen. Nach Ansicht der FMH, der VLSS, SWISS REHA und VAKA verlangt das KVG eine klare Trennung zwischen Krankenkassen und Leistungserbringer. Deshalb dürfen die Krankenversicherer beziehungsweise eine von ihnen eingesetzte Organisation nicht über die Zulassung der Leistungserbringer zur Tätigkeit zu Lasten der OKP entscheiden. Sollte der Bundesrat daran festhalten, ein Prüfverfahren einzuführen, so wäre nach Ansicht der FMH die dafür verantwortliche Organisation nach Absatz 6 paritätisch mit Vertretern der Versicherungen und Vertretern der Ärzteschaft zusammen zu setzen. Der VLSS und mfe beantragen, Absatz 6 zu streichen.

H+ ist auch gegen die Schaffung einer neuen Zulassungsorganisation, da dieser die Legitimität und die notwendigen Fachkenntnisse fehlt. Ebenfalls nehmen H+ und physioswiss Bezug auf die ZSR-Nummern, welche die SASIS AG vergibt. Die ZSR-Nummern sind nach Ansicht von H+ nicht mehr notwendig.

Die SSO erachtet die Einsetzung einer Organisation durch die Versicherer als kritisch. Die SVPL, der svbg, der SBK, physioswiss, der RVBB, der SHV und der SVDE lehnen es ab, dass die Versicherer eine Stelle einrichten oder bezeichnen können, die die Zulassungsverfahren durchführen soll. Stattdessen beantragt physioswiss, dass die Stelle, die die Zulassung von Leistungserbringern kontrollieren soll, vom Bundesrat bestimmt und der Aufsicht des BSV unterstellt werden soll, damit eine unabhängige Stelle deren Funktionalität überwacht. Der SHV beantragt, dass die Kontrolle der Zulassung bei den Kantonen liegen solle.

Die OPS begrüsst, dass eine von den Versicherern bezeichnete Organisation eingesetzt werden kann, welche die vom Bundesrat festgelegten Kriterien überprüft.

Leistungserbringer – (kantonale oder regionale) Ärztegesellschaften

Die KKA und die AeG BL beantragen, Absatz 5 zu streichen. Nach ihnen würden die Ärzte als Leistungserbringer in eine starke Abhängigkeit zu den Versicherern geraten. Sollte ein Prüfverfahren trotzdem eingeführt werden, sei die Organisation paritätisch zu konstruieren.

Die AMGe und die SMSR sind der Ansicht, dass die Zulassungssteuerung eine politische Verantwortung ist, die auf akademischen Kriterien und auf Berufskennnissen beruht, und nicht in den Zuständigkeitsbereich der Versicherer fällt. Eine angemessene Regulierung könne nur auf Kantonsebene stattfinden. Dies sei in Artikel 55a geregelt.

Die GAeSO beantragt, Absatz 5 zu streichen. Stattdessen soll diese Hoheit bei den Kantonen liegen. Die BEKAG, die MedGes BS und VHBB beantragen, die Absätze 5 und 6 zu streichen.

Die SVM ist der Ansicht, dass mit dieser Vorlage die Vertragsfreiheit durch die Hintertür eingeführt wird. Gemäss ihr sollte den Ärztegesellschaften ein zentraler Platz eingeräumt werden, damit der Entscheid, ob ein Kandidat zur Tätigkeit zu Lasten der OKP zugelassen wird oder

nicht, paritätisch erfolgt und über eine bessere Basis verfügt, als wenn die Beurteilung ausschliesslich den Krankenversicherern überlassen wird. Sie bedauert, dass die Zulassung schweizweit zentralisiert wird, während die geltende Bedürfnisklausel für Leistungserbringer sehr dezentralisiert angewendet werden kann.

Versicherer

santésuisse befürwortet die Trennung der Berufsausübungsbewilligung und der Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP. Die Organisation ist der Ansicht, dass die SASIS AG als die von den Versicherern bezeichnete Organisation prädestiniert ist, weil sie bereits die ZSR-Nummern verwaltet. Sie lehnt hingegen einen administrativen Mehraufwand für die Versicherer ab, wenn diese die Einhaltung von strukturellen Qualitätskriterien kontrollieren müssen. Dies müsse von den Kantonen im Rahmen der Berufsausübungsbewilligung kontrolliert werden. Gemäss santésuisse wollen die Versicherer die Leistungserbringer, deren Kosten sie rückerstatten, auf der Grundlage von ergebnisbasierten Kriterien auswählen können.

curafutura beantragt ausführlichere Angaben zu den Grundlagen und dem Rahmen, in dem die erwähnte Organisation ihre Entscheide für die Zulassung der Leistungserbringer trifft.

PatientInnen, BenutzerInnen

Der DVSP lehnt es strikt ab, den Versicherern die Kompetenz für die Bezeichnung eines Organs zu übertragen, das über die Zulassungsgesuche entscheidet. Er schlägt die Schaffung einer Kommission vor, die auf kantonaler oder interkantonaler Ebene die verschiedenen Gesundheitsakteure vereinigt, das heisst die Leistungserbringer, die Patientinnen und Patienten, die Versicherer und die kantonalen Behörden.

Inclusion Handicap macht mit Blick auf die Festlegung von Voraussetzungen zur Gewährleistung einer «qualitativ hochstehenden und zweckmässigen Leistungserbringung» darauf aufmerksam, dass deren Konformität mit dem Behindertengleichstellungsrecht sichergestellt werden muss. In diesem Sinne erscheine problematisch, dass die Organisation, welche über die Zulassung von Leistungserbringern entscheidet, durch die Versicherer bezeichnet werden soll.

Die SPO bezweifelt, ob die Krankenversicherungen das richtige Gremium wären, eine Organisation zu bestimmen, die die Prüfungen über die Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems vornähme. Eine Organisation müsste paritätisch auch mit Patientenvertretung zusammengestellt sein.

Andere

Die GUMEK schlägt vor, dass der Revisionsentwurf den Bundesrat für die Bezeichnung der Organisation nicht nur als "Notlösung" vorsieht, sondern als zuständige Behörde, die mit der Organisation eine Leistungsvereinbarung abschliessen würde. Dieses Verfahren sei bereits erprobt und hat sich in anderen Bereichen bewährt (bspw. Swisstransplant, SIWF/FMH). Als geeignete Organisation würde sich das SIWF eignen, das mit der Anerkennung der Weiterbildungstitel der Ärztinnen und Ärzte bereits vertraut sei.

4.2.7 Stellungnahmen zu Artikel 36 Absatz 7

Kantone

Der Kanton NE begrüsst die Erhebung einer Gebühr, die sämtliche neuen Aufwendungen decken muss, die sich aus der Ausführung dieser Ausgaben ergeben.

Leistungserbringer

H+ stellt fest, dass nicht geregelt ist, wer die Gebühren zu bezahlen habe. Weiter wären die Gebühren allein nur ein Teil der in Zukunft anfallenden Kosten. Hinzu kämen Aufwände und personellen Ressourcen, um die Anträge zu stellen, an Prüfungen teilzunehmen und gegen falsche Entscheide zu rekurrieren. Der VLSS beantragt, Absatz 7 ersatzlos zu streichen.

Leistungserbringer – (kantonale oder regionale) Ärztesgesellschaften

Die BEKAG, die MedGes BS und die VHBB beantragen, Absatz 7 ersatzlos zu streichen.

Versicherer

santésuisse ist der Ansicht, dass die Gebühren kostendeckend sein müssen und eine Quersubventionierung der Organisation durch die Prämienzahlenden unstatthaft ist.

4.3 Stellungnahmen zu Artikel 36a

Leistungserbringer

Nach Ansicht der FMH ist diese Bestimmung nicht aufzuheben, da diese einerseits in der jüngsten Vergangenheit an erheblicher Tragweite und Relevanz gewonnen hat. Andererseits sind aus Gründen der Rechtssicherheit die Bewilligungsvoraussetzungen auf Gesetzesstufe zu regeln. FMH lehnt es generell ab, dass der Bundesrat neu die Zulassungsvoraussetzungen für alle Leistungserbringer auf Verordnungsstufe festlegen soll.

Leistungserbringer – (kantonale oder regionale) Ärztesgesellschaften

Die GAeSO erachtet die Aufhebung von Artikel 36a als unbegründet, da diese Bestimmung in der jüngsten Vergangenheit an erheblicher Tragweite und Relevanz gewonnen habe. Namentlich seien Bewilligungsvoraussetzungen aus Gründen der Rechtssicherheit auf Gesetzesstufe zu regeln. In Verordnungen können die Gesetzesvorschriften konkretisiert werden. Die GAeSO lehnt es daher ab, dass der Bundesrat neu die Zulassungsvoraussetzungen für alle Leistungserbringer auf Verordnungsstufe festlegen soll.

4.4 Stellungnahmen zu Artikel 37

Leistungserbringer

pharmaSuisse beantragt, dass der Vorrang der Versorgung durch öffentliche Apotheken im Rahmen der Grundversicherung beizubehalten sei. Eine ersatzlose Streichung von Artikel 37 Absatz 3 sei aus diesem Grund abzulehnen.

4.5 Stellungnahmen zu Artikel 55a

4.5.1 Stellungnahmen zu Artikel 55a im Allgemeinen

Kantone

Die GDK und die Kantone AI, BE, OW, SH halten fest, dass Artikel 55a das zentrale Anliegen der Kantone beinhaltet, nämlich die Möglichkeit, die Zahl der Ärztinnen und Ärzte zu beschränken. Sie stellen fest, dass die Vorlage weiter geht als die geltende Regelung, die die Beschränkung der Ärztinnen und Ärzte, die während drei Jahren an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben, ausschliesst.

Die CLASS und die Kantone GE, NE begrüßen es, dass die Möglichkeit der Kantone, die Zahl der Leistungserbringer zu beschränken, langfristig im Gesetz verankert wird. Sie fordern, dass die Kantone Kriterien zur Differenzierung der Zulassungen nach lokalen Bedürfnissen festlegen dürfen (zum Beispiel Förderung von Grundversorger-Netzwerken).

Der Kanton GR begrüsst den Vorschlag, dass die Kantone die Zulassungen selber steuern können. Angesichts seiner Situation und des Mangels an Grundversorgerinnen und Grundversorgern wird er von der Anwendung der Beschränkung in diesem Bereich absehen.

Der Kanton JU weist darauf hin, dass es komplex ist, den Bedarf einer bestimmten Bevölkerungsgruppe zu ermitteln. Wenn den Kantonen die Möglichkeit gegeben werde, als unabhängige Akteure zu agieren, ihnen aber die Instrumente zur Umsetzung dieser dritten Ebene nicht bereitgestellt werden, bestehe das Risiko, dass sich nichts bewege und alles beim wenig produktiven Status quo bleibe. Die Einschätzung des Beschäftigungsgrads der Ärztinnen und

Ärzte schliesslich bleibe ein unmögliches Unterfangen, an das vorsichtig herangegangen werden müsse, zumal sich diese Variable im Laufe der Zeit entwickeln werde.

Der Kanton LU erachtet das Dispositiv als so kompliziert, dass die Gefahr besteht, dass die meisten Kantone auf dessen Umsetzung verzichten. Er ist der Ansicht, dass die geltende Regelung besser ist, weil sie keine Methode vorschreibt. Bis jetzt hat der Kanton LU den Bedarf von Fall zu Fall eingeschätzt, indem er die Fachärztinnen und -ärzte der betroffenen Region befragte. Seines Erachtens ist es praxiswidrig und extrem schwierig, den Bedarf pro Region und Fachgebiet im Voraus zu bestimmen. Die Berücksichtigung der Mobilität der Patientinnen und Patienten und des Beschäftigungsgrads der Ärztinnen und Ärzte erfordere Daten, die laufend angepasst werden müssten. Die Anhörung der Verbände würde zudem einen enormen administrativen Aufwand verursachen. Der Kanton LU fordert daher, dass die Kantone die Zulassung von einem Bedarfsnachweis abhängig machen können, ohne dass weitere Auflagen vorgesehen werden.

Der Kanton NE erachtet es als wichtig, dass die Kantone über einen erleichterten Zugang zu den Daten der Krankenversicherer und des Bundesamts für Gesundheit (BAG) verfügen.

Der Kanton NW hält fest, dass die Bestimmung von Höchstzahlen in den kleinen Kantonen heikel ist, wo sich bereits kleine Personalwechsel positiv oder negativ auf die Zulassung auswirken können. Dies setze voraus, dass die Kantone Teilzulassungen (z. B. 60 %) vornehmen können müssen, was in der Vorlage nicht klar geregelt sei.

Der Kanton SO beantragt, dass die Kompetenz der Kantone zur Regelung der Zulassung freiwillig bleibt.

Der Kanton SZ ist der Ansicht, dass die Zulassungsbeschränkung, die nur die Ärzteschaft betrifft, den Massnahmen zur Förderung unterdotierter Bereiche wie der Grundversorgung, der Pädiatrie und der Psychiatrie zuwiderläuft, wenn sie unterschiedslos auf alle Leistungserbringer angewendet wird. Er stellt fest, dass die Umsetzung von Artikel 55a gemäss Vorlage einen administrativen Mehraufwand für die Kantone schaffen würde.

Die Kantone TG, ZH sind der Meinung, dass die Verwendung des Begriffs «Bewilligung» sowohl in Absatz 1 als auch im Titel zu Verwechslungen mit der von den Kantonen gemäss MedBG ausgestellten Berufsausübungsbewilligung führen kann.

Gemäss Kanton TI beinhaltet der neue Artikel 55a das zentrale Anliegen der Kantone, nämlich die Möglichkeit, die Zahl der Ärztinnen und Ärzte zu beschränken. Er befürchtet jedoch, dass die Umsetzung zu komplex ist, solange es keine ausreichend zuverlässigen statistischen Daten für den ambulanten Sektor gibt.

Die Kantone VD und VS begrüessen die nachhaltige Verankerung der Möglichkeit im KVG, die Zahl der Ärztinnen und Ärzte zu beschränken. Der Kanton VS ist jedoch überzeugt, dass diese Möglichkeit auf alle Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a–g, m und n KVG anwendbar sein muss.

Der Kanton ZH unterstützt die vorgesehene Möglichkeit der Kantone, die medizinische Versorgung selber zu steuern, ist jedoch der Ansicht, dass das Instrument weder zu schwierig umsetzbar noch technisch zu anspruchsvoll sein darf.

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Die CSPO betont, dass die Berggebiete und ländlichen Räume kein Interesse an einer nationalen Kontingentierung haben und daher die dritte Interventionsebene mit der Ablösung der nationalen Zulassungsbeschränkung durch eine kantonale Steuerung sehr unterstützen. Die Kantone sollen die Möglichkeit haben, eine kantonale Grundversorgungsstrategie zu erarbeiten. Diese muss sektorübergreifend sein und alle Grundversorgungsbereiche umfassen.

Die GPS unterstützen grundsätzlich die vorgeschlagene Zulassungssteuerung durch die Kantone. Es sei sinnvoll, dass die Kompetenz zur Beschränkung der Anzahl Leistungserbringer bei den Kantonen liegt, unter Berücksichtigung der vom Bundesrat festgelegten Kriterien zur Bestimmung der Höchstzahl.

Die SPS unterstützt den Grundsatz, dass die Kantone ermächtigt werden, die Versorgung nach ihrem Bedarf zu regeln, sowie die Ausdehnung der Beschränkung auf alle Ärztinnen und Ärzte, einschliesslich jener des ambulanten Spitalbereichs.

Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete

Die Berggebiete und ländlichen Räume haben gemäss der SAB kein Interesse an einer nationalen Kontingentierung. Sie könne daher die dritte Interventionsebene mit der Ablösung der nationalen Zulassungsbeschränkung durch eine kantonale Steuerung sehr unterstützen.

Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft

Das CP befürchtet, dass die Übertragung von zusätzlichen Kompetenzen an die Kantone willkürliche Einschränkungen zur Folge hat, was zu einer Rationierung und einem inakzeptablen Rückgang der Versorgungsqualität führt. Es wirft zudem die Frage des Berufsausübungsrechts aus Sicht des Persönlichkeitsschutzes auf. Es sieht die Gefahr, dass künftige Studierende abgeschreckt werden und der Mangel an inländischen Ärztinnen und Ärzten in einigen Jahren durch ausländisches Personal ausgeglichen werden muss. Es stellt hier einen grossen Widerspruch fest zwischen den mit der Beschränkungsmöglichkeit der Kantone angestrebten Zielen, deren potenziellen Auswirkungen und den vom Bund durchgeführten Programmen zur Erhöhung der Zahl der in der Schweiz ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten.

economiesuisse lehnt den Vorschlag ab, dass die Kantone Höchstzahlen bestimmen können. Die Organisation ist der Ansicht, dass sich mit Höchstzahlen keine optimale Versorgung erreichen lässt und dies auch dann zu keiner Steigerung der Versorgungsqualität führt, wenn die optimale Zahl der Leistungserbringer geschätzt werden könnte. Sie vermutet, dass die Kosten automatisch mit der Zahl der Leistungserbringer verknüpft werden. Sie befürchtet, dass eine solche Steuerung perverse Auswirkungen hat, die insbesondere auf Kosten der jungen Ärztinnen und Ärzte gehen, was zu einer Verbeamtung der jungen Generation führe.

Bevor den Kantonen weitere Kompetenzen übertragen werden, ist es gemäss SGV angezeigt, die zahlreichen Rollen der Kantone zu entflechten und die Finanzierung der Leistungen zu vereinheitlichen.

Konsumentenverbände

Die FRC ist der Ansicht, dass die Übertragung der Kompetenz an die Kantone, die Zulassungen zu beschränken, eine positive Entwicklung ist, da der Bedarf und die Herausforderungen je nach Kanton unterschiedlich sind. Zudem lasse sich mit der Anwendung von Höchstzahlen auf alle im ambulanten Sektor tätigen Ärztinnen und Ärzte der gesamte Zustrom kontrollieren. Nach Meinung der FRC verfügen die Kantone mit der Möglichkeit, neue Zulassungen in einem bestimmten Fachgebiet, ungeachtet der festgelegten Höchstzahlen, sofort zu sperren, über ein wirksames Instrument für eine rasche Eindämmung der Kostenentwicklung im ambulanten Sektor.

Leistungserbringer

Die FMH stellt allgemein fest, dass die Ärztedichte als Mengen- und Steuerungsinstrument ungeeignet sei. Weiter erinnert sie daran, dass in der Schweiz die hohe Spezialärzte-Dichte der wesentliche Grund dafür sei, dass es für die Gesamtbevölkerung kaum Wartezeiten auf Facharzttermine und nicht lebensnotwendige Operationen gibt. Um die Wartezeiten auch künftig zumutbar zu halten, ist nach der FMH eine Mindestschwankungsreserve notwendig.

Der VLSS hält betreffend die Höchstzahlen und der Berechnung derselben mit Hilfe von Teilleistungspensen fest, dass dies im Grundsatz nicht zu beanstanden sei. Jedoch komme es auf die Ausgestaltung an. Nach Ansicht der VLSS geht die den Kantonen damit eingeräumte Freiheit, die Kriterien grösstenteils selber zu definieren, und die dafür benötigten Daten unentgeltlich bei den Leistungserbringern zu erheben, jedoch zu weit. mfe begrüsst die Regelung in Absatz

1 und betont insbesondere, dass der vorliegende Gesetzesentwurf explizit auch den spitalambulanten Bereich einschliesst, um die Gleichbehandlung des spital- und praxisambulanten Bereichs zu erreichen.

Die Swiss Medi Kids AG schlägt grundsätzlich vor, dass die Berufsgruppe der Kinder- und Jugendärzte vom Zulassungsstopp befreit werden sollen.

Für den VSAO öffnen die Ansätze in Artikel 55a der Bürokratie und der Willkür Tür und Tor. Es würden 26 unterschiedliche Praxen drohen. Was es vielmehr bräuchte, ist eine überregionale Betrachtungsweise.

H+ und PKS halten betreffend eine Zulassungssteuerung generell fest, dass diesbezüglich kein Handlungsbedarf besteht und dass die Wirksamkeit der bisherigen Massnahmen nicht systematisch und sorgfältig evaluiert wurde. H+ geht auch von einem falschen Handlungsbedarf aus, da der medizinische Fortschritt und die politische Forderung „ambulant vor stationär“ in den letzten Jahren und Jahrzehnten zu einer Steigerung der ambulanten Leistungen und damit von deren Ausgaben geführt haben, was nicht erstaunlich und medizinisch sowie politisch erwünscht sei. Durch die ungleiche Finanzierung von stationär und ambulant würden diesbezüglich die Prämien überdurchschnittlich steigen. Dieser Umstand lasse sich aber nicht durch eine ambulante Steuerung beheben, sondern nur durch die Änderung der Finanzierung. Schliesslich hält H+ trotzdem fest, dass im Sinne eines Kompromisses eine Zulassungssteuerung toleriert werden würde, um das Thema endlich abzuschliessen und für die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen langfristige Rechtssicherheit zu schaffen.

Die SBV bezweifelt generell, dass die Gesundheitskosten in der Schweiz so stark von den zugelassenen Leistungserbringern abhängig seien.

Für SWISS REHA braucht es keine Zulassungsbeschränkungen zur Tätigkeit zulasten der OKP durch die Kantone, weil diese die ambulante Versorgung nicht mitfinanzieren.

pharmaSuisse ist generell der Meinung, dass ein Zulassungsstopp, der auf eine Höchstzahl einer Art von Leistungserbringern oder auf Kostenzunahme einer bestimmten Leistungsart basiert, keine Lösung für Probleme wie die Qualität der erbrachten Leistungen sei.

VAKA lehnt Artikel 55a generell ab. Die Massnahme sei mit einem erheblichen administrativen Aufwand verbunden. Der administrative Mehraufwand bei den Leistungserbringern und der Verwaltung dürfe die Einsparungen mehr als kompensieren.

Für ChiroSuisse sollten im Falle einer Zulassungsbeschränkung die entscheidenden methodischen Grundsätze und Kriterien für eine Ärztgruppe und / oder für übrige Leistungserbringer vorgängig bekannt sein. Die Koordination zwischen den Kantonen müsste dargelegt werden, bevor Gesetze geändert werden. Zudem sei auch die Vorlage über die Zulassung von ausländischen Arbeitnehmern (Umsetzung der Masseneinwanderungsinitiative) einzubeziehen. Schliesslich sollte den Ärztinnen, Ärzten und weiteren Leistungsbringern ein Instrument zur Verfügung stehen, mit dem sie die Steuerung beeinflussen können. Zumindest sollte es Ihnen möglich sein, Beanstandungen anzubringen.

Obwohl die OPS und seine Mitglieder nicht direkt von einer Zulassungssteuerung betroffen sind, unterstützen diese das Vorhaben, da den Kantonen eigene Instrumente zur Regulierung des Versorgungsangebots zur Hand gegeben werden. Auch der RVBB ist grundsätzlich mit einer Zulassungssteuerung einverstanden.

SOS Médecins ist der Ansicht, dass ohne Studie, die einen direkten Zusammenhang zwischen der Ärztedichte und dem Kostenanstieg aufzeigt, der vorgeschlagene Artikel 55a einen Eingriff in die Wirtschaftsfreiheit darstellt, was gegen die in der Bundesverfassung verankerten Grundsätze der Verhältnismässigkeit und Subsidiarität verstosse. Gemäss der Organisation muss zudem ein ausserordentliches Rechtsmittel an eine Bundesbehörde, die über volle Kognition in diesem Bereich verfügt, vorgesehen werden. Nur mit diesem Rechtsmittel könne eine gesetzeskonforme Anwendung durch die Kantone und eine schweizweit einheitliche Anwendung des Subsidiaritätsprinzips sichergestellt werden.

Leistungserbringer – (kantonale oder regionale) Ärztesgesellschaften

Die SMCJE ist einverstanden damit, dass die Kantone die Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die zur Tätigkeit Lasten der OKP zugelassen sind, selber bestimmen können, aber nur wenn der Beschäftigungsgrad – auch im ambulanten Spitalbereich – bestimmt wird.

Gemäss der KKA und der AeG BL besteht zwar nach Artikel 55a KVG in der vorgeschlagenen Form keine Pflicht der Kantone, Höchstzahlen zu erlassen. Kantone wie Zürich, die bisher keinen Gebrauch von der Festlegung von Höchstzahlen von Leistungserbringern gemacht haben, würden es aber zukünftig sehr schwer haben, diese Position aufrecht zu erhalten. Es würde sodann eine staatlich programmierte Verlagerung des ambulanten Angebots von den freien Praxen in die Spitalambulatorien geben.

Nach Ansicht der AGZ stellt sich die Frage, warum die Ärztedichte vom Bundesrat als zentrale Ausgangs- oder Zielgrösse der Bedarfsplanung und Angebotssteuerung herangezogen werde. Zudem erfolge im erläuternden Bericht keine Analyse, welche der Instrumente aus dem Ländervergleich wirksamere und welche weniger wirksame Mechanismen zur Steuerung der Ärztedichte darstellen.

Versicherer

santésuisse und die Groupe mutuel sind der Ansicht, dass es widersprüchlich ist, wenn jeder Kanton Höchstzahlen bestimmen muss, während die Patientenströme interkantonal sind. Sie sind der Meinung, dass die Kantone ohne Sanktionen keinen Anreiz haben, sich im Sinne von optimalen Versorgungsregionen zu koordinieren. Sie fordern, dass der Bund unter Berücksichtigung der tatsächlichen Patientenströme selber die Höchstzahlen pro Fachgebiet bestimmt. santésuisse beantragt die gleichzeitige Einführung einer einheitlichen Finanzierung der stationären und ambulanten Leistungen, da bereits heute die Versicherten und nicht die Kantone die finanziellen Konsequenzen der kantonalen Spitalplanung tragen.

curafutura ist der Ansicht das die Begriffe «Beschäftigungsgrad» und «Mobilität der Patientinnen und Patienten», die die Kantone bei der Bestimmung der Höchstzahlen berücksichtigen müssen, nicht klar genug formuliert sind.

PatientInnen, BenutzerInnen

Der DVSP ist mit dem unterbreiteten Vorschlag voll und ganz einverstanden. Es sei nötig, dass die Kantone weiterhin die Kompetenz haben, die Zulassungen zu beschränken, um den Kostenanstieg einzudämmen. Der DVSP ist erfreut darüber, dass die Patientinnen und Patienten in den Prozess zur Bestimmung der Höchstzahlen einbezogen werden.

Inclusion Handicap zitiert Studien, wonach Versorgungslücken in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grundversorgung von Erwachsenen in Bezug auf spezifische Regionen, Angebotsformen und Zielgruppen, Ressourceneinsatz und fachliche Vernetzung bestünden. Massnahmen zur Kosteneindämmung im Gesundheitsbereich dürfen somit keineswegs dazu führen, dass diese Unterversorgung noch verschärft würde. Genau diese Gefahr scheint jedoch zu bestehen, wenn die Kantone zwar den Beschäftigungsgrad der Leistungserbringer sowie die Mobilität der PatientInnen „berücksichtigen“ und sich bei der Festlegung von Höchstzahlen mit anderen Kantonen koordinieren sollen, genauere Vorgaben im Gesetz jedoch fehlen. Im Lichte dieser Ausführungen sollte im Gesetz festgehalten werden, dass für die Festlegung allfälliger Höchstzahlen durch Kantone der Nachweis einer ausreichenden Versorgung der Bevölkerung im betreffenden Fachgebiet erforderlich sei.

4.5.2 Stellungnahmen zu Artikel 55a Absatz 1

Kantone

Die GDK und die Kantone AI, BE, BS, GR, OW, SO, SZ, TG, TI, UR, ZH unterstützen ausdrücklich den Grundsatz dieser Bestimmung. Sie schlagen jedoch vor, dass sich die Zulassungsbeschränkung nicht nur auf eines oder mehrere Fachgebiete beziehen kann, sondern

auch auf gewisse Regionen eines Kantons (formeller Vorschlag der GDK: in gewissen Gemeinden), denn es kann vorkommen, dass in einer Region eines Kantons ein Überangebot besteht, während eine andere Region Versorgungslücken aufweist.

Subsidiär verlangen die GDK und die Kantone AI, BE, BS, OW, TI, dass der Kanton weitere Kriterien für die Zulassung festlegen kann (neuer Absatz 1*bis*).

Der Kanton AG ist der Ansicht, dass es praktisch unmöglich ist, die im ambulanten Spitalbereich tätigen Ärztinnen und Ärzte zu berücksichtigen.

Die CLASS und die Kantone GE, NE unterstützen diese Bestimmung, wünschen jedoch, dass die Kantone weitere allgemeine Wirtschaftlichkeits- und Qualitätskriterien für die Zulassung festlegen können.

Der Kanton NE stellt fest, dass die Bestimmung der Höchstzahlen, damit die Anforderungen nach Absatz 2 erfüllt werden können, für die kantonalen Gesundheitsbehörden einen nicht zu unterschätzenden Arbeitsaufwand verursacht und den Einsatz von spezialisierten Ressourcen erfordert.

Der Kanton VD beantragt, dass die Höchstzahlen für ein bestimmtes Fachgebiet auch nach Bezirk bestimmt werden können.

Die GDK und die Kantone AI, BE, BS, OW, TG, ZG, ZH verlangen zudem, dass die Terminologie «selbstständig oder unselbstständig» (Abs. 1 Bst. a) an jene des revidierten MedBG (in eigener fachlicher Verantwortung) angepasst wird oder in den Erläuterungen zumindest darauf hingewiesen wird, dass es sich um die Selbstständigkeit aus Sicht der Sozialversicherungen oder der Berufshaftpflicht handelt.

Der Kanton ZG beantragt, dass eine Steuerung auf regionaler Ebene möglich ist und weitere Einschränkungen (fachlicher, zeitlicher und räumlicher Art) vorgeschrieben werden können.

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Die CVP beantragt, dass die Einschränkung der Bewilligung sich nicht nur auf ein oder mehrere medizinische Fachgebiete, sondern auch auf bestimmte Regionen eines Kantons beziehen kann. Richtig für die FDP ist, dass nach Artikel 55a Absatz 1 KVG der spitalambulante Bereich miterfasst wird. Wichtig wäre dabei, dass der Zulassungsstopp nicht dazu benutzt wird, den spitalambulanten Bereich auf Kosten des ambulanten Bereichs auszubauen.

Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft

Der SGB ist mit diesem Vorschlag einverstanden.

Leistungserbringer

Obwohl die FMH die Absicht, die Ungleichbehandlung von angestellten und freipraktizierenden Ärzten zu beseitigen, begrüsst, hält sie die vorgesehenen Massnahmen für unwirksam. Sie weist namentlich darauf hin, dass die meisten in den Spitalambulatorien tätigen Ärzte nicht vom Spitalambulatorium, sondern vom Spital angestellt sind. Gemäss FMH würde eine Bewilligungspflicht ambulanter Pensen dem Alltag im Spital(ambulatorium) nicht gerecht, der wegen der wechselnden Einsatzgebiete der Spitalärzte durch eine hohe Fluktuation gekennzeichnet ist. Des Weiteren könnte man zwar diesen Herausforderungen durch einen aufwendigen Kontrollapparat begegnen, dies würde aber nach der FMH einen neuen Interessenskonflikt der Kantone begründen. Eine solche Kompetenz wäre den Kantonen nur dann zu gewähren, wenn gleichzeitig flankierende Massnahmen den Missbrauch zum eigenen Vorteil verhindern würden. Diesbezüglich könnte eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen nach Ansicht der FMH den Prämienanstieg dämpfen.

Auch die SBV begrüsst, dass die Ungleichbehandlung von angestellten Ärzten und freipraktizierenden beseitigt werden soll.

Noch bevor die Mehrfachrolle der Kantone im stationären Bereich zumindest ansatzweise entflochten ist, wird für die SBV mit Absatz 1 ein neuer Interessenskonflikt begründet. Aus diesem

Grund sei eine solche Kompetenz den Kantonen nur dann zu gewähren, wenn gleichzeitig flankierende Massnahmen den Missbrauch zum eigenen Vorteil verhindern würden.

H+ und PKS halten fest, dass die Übergänge zwischen stationärer und ambulanter Behandlung fließend seien. Für die Patienten sei es wichtig, dass deren Behandlung ausschliesslich nach medizinischen Kriterien erfolgt. Es wäre unsinnig, wenn stationär tätige Spezialistinnen und Spezialisten für die ambulante Leistungserbringung ausgeschlossen würden und Patientinnen und Patienten in Folge je nach Behandlungsart an andere Ärztinnen und Ärzte überwiesen werden sollten.

SWISS REHA lehnt die Ausdehnung der Beschränkung der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte auf den spitalambulanten Bereich ab. Eine solche Massnahme verkenne, dass Spitalambulatorien heute eine ganz andere Rolle einnehmen als freipraktizierende Ärzte.

Leistungserbringer – (kantonale oder regionale) Ärztegesellschaften

Die AMGe und die SMSR sind der Ansicht, dass die Kompetenz der Kantone zur Regelung der Zulassungen gerechtfertigt ist. Die KKA und die AeG BL begrüessen grundsätzlich, dass nicht nur die frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte von der Einschränkung erfasst werden. Offen sei jedoch, was mit den vom Spital angestellten Ärztinnen und Ärzten geschehe, die in Spitalambulatorien arbeiten, welche der Regelung offensichtlich nicht unterworfen seien.

PatientInnen, BenutzerInnen

Für den DVSP müssen die Möglichkeit der Kantone, Höchstzahlen für die Ärztinnen und Ärzte zu bestimmen, sowie der Einbezug der verschiedenen Akteure bei der Bestimmung dieser Zahlen unbedingt im Gesetz erhalten bleiben.

4.5.3 Stellungnahmen zu Artikel 55a Absatz 2

Kantone

Erster Satz

Die GDK, die CLASS und die Kantone AI, BE, GE, GR, OW, SO, TG, TI, VD, VS, ZH sind der Ansicht, dass die Kantone heute die Beschäftigungsgrade der Ärztinnen und Ärzte, die ihre Tätigkeit selbstständig ausüben, nicht kennen. Die Grundlagen dafür würden bestenfalls mit der Einführung von MARS (Modules Ambulatoires des Relevés sur la Santé des BFS) und dem Vorliegen der entsprechenden strukturellen Daten zur Verfügung stehen. Gemäss ihnen würde es ausreichen, wenn der Kanton bei der Bestimmung der Höchstzahlen der allgemeinen Entwicklung der Beschäftigungsgrade der Ärztinnen und Ärzte der Schweiz Rechnung tragen würde.

Der Kanton AG ist der Ansicht, dass die Erhebung der Beschäftigungsgrade aller Ärztinnen und Ärzte unverhältnismässig viele administrative Ressourcen erforderlich macht.

Der Kanton BS ist der Meinung, dass die Berücksichtigung der Beschäftigungsgrade der Ärztinnen und Ärzte eine wichtige Neuerung der Vorlage ist, die eine bessere Differenzierung als die Zahl der Bewilligungen pro Fachgebiet ermöglicht. Er fragt sich hingegen, wie die Kantone in den Besitz der Daten der Beschäftigungsgrade der Ärztinnen und Ärzte gelangen können und ob die Verbände effektiv über diese Informationen verfügen.

Dem Kanton JU erscheint diese Anforderung unverhältnismässig.

Der Kanton NE lehnt diese Bestimmung ab; seines Erachtens ist die Ermittlung der Beschäftigungsgrade der freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte per Definition unmöglich, da es sich um einen freien Beruf handelt.

Der Kanton SG schlägt vor, dass die Entwicklung der Beschäftigungsgrade der Ärztinnen und Ärzte unter Berücksichtigung der verschiedenen Fachgebiete regelmässig auf nationaler Ebene erhoben und veröffentlicht wird.

Der Kanton SZ stellt fest, dass die Kantone nicht über die erforderlichen Informationen über die Beschäftigungsgrade verfügen und dass die Zahlen regelmässig aktualisiert werden müssten. Da es sich dabei um eine Massnahme zur Kosteneindämmung handle, müssten die Beschäftigungsgrade bei der Bestimmung der Höchstzahlen berücksichtigt werden und den Kantonen daher zur Verfügung gestellt werden.

Nach Ansicht des Kantons UR braucht nicht vorgesehen zu werden, dass die Kantone die Beschäftigungsgrade der Ärztinnen und Ärzte berücksichtigen müssen, da sie dies in ihrem eigenen Interesse von sich aus machen werden. Seines Erachtens sollte es den Kantonen freistehen, von ihnen beschlossene Kriterien anzuwenden. Er schlägt daher vor, Absatz 2 zu streichen.

Der Kanton GE ist der Ansicht, dass die Berücksichtigung der Beschäftigungsgrade der Ärztinnen und Ärzte weder praktikierbar noch sinnvoll ist. Er schlägt vor, diesen Satz zu streichen und allenfalls vorzusehen, dass der Bund die Beschäftigungsgrade der Ärztinnen und Ärzte nach Fachgebiet jährlich erhebt.

Zweiter Satz

Die GDK und die Kantone AI, BE, GR, OW, SG, TG, ZG lehnen den Vorschlag ab, dass der Bundesrat weitere Kriterien für die Bestimmung der Höchstzahlen festlegen kann, und beantragen, diesen Satz zu streichen. Gemäss Kanton ZG steht die Festlegung von Kriterien durch den Bundesrat im Widerspruch zum Vorschlag, den Kantonen die Kompetenz zur Bestimmung der Höchstzahlen zu übertragen.

Der Kanton NE ist mit diesem Vorschlag einverstanden.

Der Kanton SO erachtet es nicht als nötig, weitere Kriterien und methodische Grundsätze für die Bestimmung der Höchstzahlen vorzusehen. Im Sinne der Wahrung der Autonomie der Kantone sollten solche Kriterien und Grundsätze jedoch anstelle des Bundesrats von den Kantonen selber verabschiedet werden können.

Der Kanton VS ist der Ansicht, dass auch für die Kantone die Möglichkeit vorgesehen werden muss, weitere Kriterien (z. B. Wartezeit bis zu einem Termin bei einem Arzt) festzulegen. Es sei wichtig, dass die Kantone weiterhin über einen Handlungsspielraum verfügen, um Kriterien festlegen zu können, die ihren spezifischen Bedürfnissen sowie geografischen und demografischen Besonderheiten Rechnung tragen.

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Erster Satz

Gemäss FDP enthält die Vorlage zur Zulassungssteuerung gegenüber der vorherrschenden Beschränkung gewisse Verbesserungen, welche ohne die Ablehnung der Vorlage in der Schlussabstimmung Ende 2015 kaum auf das politische Tapet gekommen wären. Dies gilt besonders für die Berücksichtigung des Beschäftigungsgrades, was auch die SP betont.

Die glp ist der Meinung, dass eine Höchstzahlregulierung nur erfolgen könne, wenn die Ärztedichte bekannt sei. Die Verknüpfung zum Beschäftigungsgrad der Leistungserbringer sei deshalb notwendig.

Zweiter Satz

Betreffend die Festlegung von methodischen Grundsätzen und zusätzlichen Kriterien für die Bestimmung der Höchstzahlen schlagen die GPS vor, die Kann-Formulierung in eine bestimmende umzuwandeln, um sicherzustellen, dass in allen Kantonen nach einheitlichen Grundsätzen und Kriterien die Höchstzahlen festgelegt werden.

Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft

Der SGB schlägt vor, die Kann-Formulierung des zweiten Satzes durch eine Muss-Formulierung zu ersetzen, um sicherzustellen, dass diese Höchstzahlen in allen Kantonen auf der Grundlage von einheitlichen Grundsätzen und Kriterien festgelegt werden.

Leistungserbringer

Erster Satz

Die FMH führt mit zwei Beispielen an, dass die Regelung mit den Beschäftigungsgraden in der Praxis nicht umsetzbar sei.

Die SBV bezweifelt die Wirksamkeit von Absatz 2. Da die Zulassungssteuerung den ambulanten Sektor betreffe, würden seltsame Konstrukte in Arbeits- und Belegarztverträgen entstehen. Gerade wenn nicht immer von vornherein klar sei, ob ein Eingriff ambulant oder stationär vorzunehmen ist, könnte es plötzlich sein, dass ein Arzt den Eingriff ambulant nicht machen dürfe, da er sein Pensum erreicht oder überschritten hat und folglich nicht mehr abrechnen dürfe. Weiter sei die Förderung des Frauenanteils zwar lobenswert, sie würde jedoch mit dieser Bestimmung blockiert werden.

Dass unter Ärztinnen und Ärzten veränderte Arbeitsmodelle und die Verbreitung der Teilzeitarbeit zunehmen, ist gemäss mfe eine Tatsache, der Rechnung getragen werden muss.

Zweiter Satz

Die neue Kompetenz des Bundesrates, weitere Kriterien und methodische Grundsätze für die Bestimmung der Höchstzahlen festzulegen, lehnt die FMH ab. Derartige Kriterien stellen mit Blick auf den Zweck, nämlich die Begrenzung der Anzahl Leistungserbringer, einen starken Eingriff in die Rechte von Ärztinnen und Ärzte dar. Sie wären im Gesetz zu verankern, damit sie zumindest demokratisch legitimiert sind.

mfe ist der Ansicht, dass dem Bundesrat bereits auf Gesetzesesebene grundsätzliche Vorgaben zu machen sind.

Leistungserbringer – (kantonale oder regionale) Ärztegesellschaften

Erster Satz

Die AMGe und die SMSR sind der Ansicht, dass der Beschäftigungsgrad der Ärztinnen und Ärzte ein schwierig zu berücksichtigender Faktor ist, da es sich um Selbstständigerwerbende handelt, und dass in erster Linie dem von den Patientinnen und Patienten ermittelten Bedarf in den betroffenen Fachgebieten Rechnung zu tragen ist, der sich rasch verändern kann.

Gemäss der BEKAG sei seit langem unbestritten, dass bei der Berechnung der Höchstzahlen neu Teilzeitpensen berücksichtigt werden sollen. Die den Kantonen eingeräumte Freiheit, die Kriterien grösstenteils selber zu definieren, und die dafür benötigten Daten unentgeltlich bei den Leistungserbringern zu erheben, geht nach Ansicht der BEKAG zu weit.

Die KKA und die AeG BL sind der Ansicht, dass die Bestimmung gut gemeint sei, sie aber ganz erhebliche Umsetzungsprobleme verursachen werde.

Zweiter Satz

Die AMGe und die SMSR befürchten, dass die vom Bundesrat vorgeschlagenen Kriterien technokratischer Art sein und auf der Kostenentwicklung basieren werden, anstatt auf der von den Patientinnen und Patienten tatsächlich angetroffenen Realität.

Die GAeSO beantragt, Satz 2 in Absatz 2 zu streichen.

Versicherer

curafutura ist der Ansicht, dass die Berücksichtigung der Beschäftigungsgrade der Ärztinnen und Ärzte nicht praktikierbar ist.

PatientInnen, BenutzerInnen

Die Berücksichtigung der Beschäftigungsgrade der Ärztinnen und Ärzte sei nötig, um über genaue Zahlen zu verfügen und eine kohärente Politik zu verfolgen. Zu diesem Zweck hofft der DVSP sehr, dass die Ärztegesellschaften, die Versicherer und die Kantone transparent zusammenarbeiten, ohne Widerstand zu leisten.

4.5.4 Stellungnahmen zu Artikel 55a Absatz 3

Kantone

Die GDK, die CLASS und die Kantone AI, BE, GE, GR, OW, SO, TG, TI, ZH sind der Ansicht, dass ein Widerspruch zwischen der eigenständigen Kompetenz der Kantone, Artikel 55a KVG anzuwenden oder nicht, und ihrer Pflicht, sich mit den anderen Kantonen zu koordinieren, besteht. Zudem müssten die Anforderungen an die Koordination mit den anderen Kantonen so einfach wie möglich bleiben, sonst würde die Gefahr bestehen, dass die Rechtsprechung im Beschwerdefall Koordinationsanforderungen festlegt, die in der Praxis die Zulassungsbeschränkung in einem Kanton übermässig behindern oder das Verfahren verzögern. Sie schlagen vor, dass die Nachbarkantone angehört werden und ihr Angebot bei der Gesamteinschätzung zur Festsetzung der Quoten berücksichtigt wird.

Der Kanton AG stellt auch hier einen zusätzlichen Bedarf an administrativen Ressourcen fest. Der Kanton JU schlägt vor, die Formulierung in eine Kann-Bestimmung umzuwandeln.

Der Kanton NE spricht sich für die Einsetzung von interkantonalen Kommissionen durch die Kantone aus, die mit der Bestimmung der Ärztequoten pro Fachgebiet und Kanton beauftragt sind. Die Kantone würden die regionale Verteilung der Ärztinnen und Ärzte innerhalb des Kantons gemäss den ihnen zugewiesenen Quoten vornehmen. Die interkantonale Kommission und die Kantone sollten zur Bestimmung der (kantonalen und interkantonalen) Quoten die Ärzteverbände anhören können.

Die Kantone TG, UR, ZG schlagen vor, den zweiten Satz zu streichen. ZG ist der Ansicht, dass es den Kantonen freistehen soll, das Angebot der Nachbarkantone zu berücksichtigen, findet jedoch, dass es sehr kompliziert wäre, die Patientenflüsse zu erheben und dass solche Erhebungen Entscheide zur Folge haben können, die Fehlanreize schaffen. UR schlägt vor, die Nachbarkantone in die Liste der anzuhörenden Institutionen aufzunehmen.

Der Kanton VD befürchtet, dass diese Bestimmung jegliches Handeln im Bereich der Zulassungsbeschränkung blockiert. Er schlägt vor, dass der Kanton im Hinblick auf die Erstellung des eigenen Versorgungsangebots die Nachbarkantone anhört.

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Die CVP begrüsst eine überkantonale Koordinationspflicht im Bereich der Zulassung von Leistungserbringern. Die SPS und die GPS befürworten die Pflicht der Kantone, die verschiedenen Beteiligten anzuhören und sich untereinander zu koordinieren.

Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft

Wenn die Zulassung der Leistungserbringer geregelt werden soll, muss dies nach Ansicht des SGV zumindest auf überregionaler Ebene stattfinden.

Gemäss SGB bilden die Berücksichtigung der Beschäftigungsgrade, die Anhörung der betroffenen Organisationen und die Koordination mit den anderen Kantonen ein unteilbares Ganzes und stärken die Sicherheit der Leistungsversorgung.

Leistungserbringer

Sollte ein Kanton von der Möglichkeit der Begrenzung auf Höchstzahlen Gebrauch machen, reicht nach Ansicht der FMH ein schlichtes Anhörungsverfahren nicht aus, eine derart komplexe Regulierung vorzunehmen. FMH, der VLSS und mfe beantragen stattdessen, dass hierfür eine ständige beratende Kommission eingesetzt wird, in welche Vertreter der erwähnten Verbände Einsitz nehmen.

Nach dem svbg, den SVPL, dem SBK, der FMH, der mfe, dem SHV und dem SVDE führt die steigende Mobilität der Versicherten dazu, dass die Kantonsgrenzen an Wichtigkeit verlieren. Deshalb muss die Zulassung in überkantonalen Versorgungsregionen vergeben werden. Dies gilt gemäss FMH vor allem für Spezialarzt-disziplinen.

Nach der SBV darf die Bestimmung nicht dazu führen, dass die Kantone einen Teil ihrer Souveränität preisgeben. Sei der Mobilität richtig Rechnung zu tragen, müssten ohnehin nicht nur die benachbarten Kantone, sondern auch weitere Kantone miteinbezogen werden.

Für SWISS REHA sind solche Lösungen nicht brauchbar, weil eine zunehmende Anzahl an Kliniken in mehreren Kantonen über Standorte im ambulanten und stationären Bereich verfügen und in der Rehabilitation sehr hohe ausserkantonale Patientenströme zu verzeichnen sind. Hier bräuchte es verlässliche nationale Lösungen, wenn eine Zulassungsbeschränkung ins Auge gefasst wird. Zugleich wäre eine Zulassungsbeschränkung – wenn überhaupt – auf freipraktizierende Ärztinnen und Ärzte zu beschränken, weil Spitalambulatorien im ambulanten Bereich den Charakter von Endversorgern annehmen würden.

Leistungserbringer – (kantonale oder regionale) Ärztesellschaften

Die AMGe und die SMSR begrüßen, dass die Patientenvertretungen und die Leistungserbringer erwähnt sind. Sie sind der Ansicht, dass diese über hochwertige Daten verfügen müssen, um eine fundierte Meinung abgeben zu können, wobei sie oft nicht die Mittel hätten, um diese Daten selber zu erzeugen. Schliesslich zeige die Erfahrung, dass die Pflicht zur Anhörung nicht bedeute, dass der Kanton die eingegangenen Stellungnahmen berücksichtigen muss.

Die BEKAG ist der Auffassung, dass eine gesetzlich zwingend vorgeschriebene ständige Kommission notwendig sei, welche regelmässig tagt. Sie beantragt eine Formulierung, wie sie auch die FMH vorschlägt. Die GAeSO beantragt, Absatz 3 zu streichen.

PatientInnen, BenutzerInnen

Die Vertretungen von Patientinnen und Patienten müssen bei der Festlegung der Höchstzahl zur Anhörung einbezogen werden, was nach Ansicht der SPO sehr erfreulich sei.

Andere

Da Patientinnen und Patienten, die genetisch beraten und/oder genetisch abgeklärt werden, sehr häufig ambulant betreut werden, wenn auch im Spitalsetting, bittet die GUMEK, den Besonderheiten der Genetik Rechnung zu tragen und Absatz 3 entsprechend anzupassen.

4.5.5 Stellungnahmen zu Artikel 55a Absatz 4

Kantone

Die GDK stimmt kommentarlos zu.

Der Kanton AG vermutet, dass die Verbände über verlässliche Daten zu den Beschäftigungsgraden der Ärztinnen und Ärzte, insbesondere jener des ambulanten Spitalbereichs, verfügen. Er stellt fest, dass eine neue Erhebung beachtliche administrative Ressourcen erforderlich machen würde.

Der Kanton JU beantragt die Ergänzung, dass die Bekanntgabe der Daten auch für die Ärztinnen und Ärzte gilt, die schon vor dem Inkrafttreten dieser Änderung praktizierten.

Der Kanton NE ist der Ansicht, dass die Kantone zumindest Daten zu den Umsätzen und der Anzahl Konsultation pro Leistungserbringer erhalten müssen, um die Höchstzahlen objektiv bestimmen zu können.

Die Kantone SZ, VD begrüßen den Vorschlag, dass die Leistungserbringer und die Versicherer kostenlos diejenigen Daten weitergeben müssen, die für die Umsetzung der Steuerung erforderlich sind.

Die Kantone TG, ZH fordern, dass die Kantone selber bestimmen können, welche Daten sie benötigen, und die Bereitstellung von unvollständigen oder qualitativ schlechten Daten sanktioniert werden kann.

Der Kanton TI ist der Ansicht, dass den Kantonen die für die Umsetzung des Zulassungsstopps unerlässlichen Daten des BFS zur Verfügung gestellt werden sollen. Dazu müsste der Artikel 30b Absatz 1 KVV ausgeweitet werden.

Leistungserbringer

Nach Auffassung der FMH ist Absatz 4 zu streichen beziehungsweise mit Verweis auf die bestehende Datenerhebungsgrundlage anzupassen, da die Kantone, die hoheitliche Aufgaben wahrnehmen, bereits über diese Daten verfügen.

Nach Ansicht der SBV müssten nicht die Leistungserbringer, sondern die Krankenkassen verpflichtet werden, solche Daten zu liefern. Auch mfe lehnt die Bestimmung in Absatz 4 ab. Diese Daten können nur gegen eine angemessene Entschädigung geliefert werden.

Der VLSS beantragt, Absatz 4 zu ändern, indem sich die Leistungserbringer und deren Verbände sowie die Versicherer und deren Verbände an den bei der Datenlieferung entstehenden Kosten beteiligen.

physioswiss beantragt, dass in Absatz 4 nicht von den Leistungserbringern und deren Verbände, sondern von den Ärztinnen und Ärzte und deren Verbände, den Spitälern und deren Verbände sowie den Versicherern und deren Verbände gesprochen wird. Der gleiche Hinweis bringt ChiroSuisse an.

Leistungserbringer – (kantonale oder regionale) Ärztesgesellschaften

Die KKA und die AeG BL halten fest, dass der Kanton grundsätzlich im Besitze der relevanten Daten sei, nämlich die von der BSV erhobenen Daten gemäss Artikel 23 KVG beziehungsweise nach Artikel 59a KVG.

Die AMGe und die SMSR sind der Ansicht, dass viele Daten bereits von den Ärztinnen und Ärzten bereitgestellt werden müssen und nicht die Leistungserbringer mit den allenfalls zusätzlich erforderlichen Erhebungen oder Studien, die arbeitsintensiv sind, beauftragt werden dürfen.

Die BEKAG beantragt für Absatz 4 eine Formulierung, wie sie der VLSS vorschlägt. Die GAeSO beantragt, Absatz 4 anzupassen, da diese Bestimmung in der vorliegenden Form weder nötig noch zulässig sei.

Gemäss SVM können die Kantone in Zukunft unter dem Vorwand, in den Fachgebieten Höchstzahlen einzuführen, auf einfache Anfrage Daten erhalten, die in Trust Centern erhoben wurden.

Versicherer

curafutura ist der Ansicht, dass eine zusätzliche Weitergabe von Daten an 26 Kantone weder verhältnismässig und angemessen ist und gemäss der Charta der öffentlichen Statistik vermieden werden sollte. Wären für die Bestimmung der Höchstzahlen trotzdem zusätzliche Daten erforderlich, so fordert curafutura, dass eine unabhängige Organisation mit der gesamtschweizerischen Erhebung beauftragt wird.

4.5.6 Stellungnahmen zu Artikel 55a Absatz 5

Kantone

Die GDK stimmt kommentarlos zu.

Die Kantone TG, ZH beantragen, dass der Begriff «Bewilligung» nicht verwendet wird und dass die Terminologie «selbstständig oder unselbstständig» (Abs. 1 Bst. a) an jene des revidierten HMG angepasst wird (siehe Stellungnahmen zu Abs. 1).

Der Kanton TI ist der Ansicht, dass der Buchstabe b im jetzigen Wortlaut zum Verschwinden der Institutionen nach Artikel 36a KVG führen wird. Er schlägt daher vor, die Höchstzahl der Ärztinnen und Ärzte auf die Zahl der Ärztinnen und Ärzte einzufrieren, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens bereits praktizierten.

Der Kanton ZG beantragt, dass nur die Wahrung der erworbenen Rechte sichergestellt und folgende Präzisierung vorgenommen wird (Bst. a): «die Ärzte und Ärztinnen, die vor Inkrafttreten der Höchstzahl zugelassen wurden und im gleichen Kanton gearbeitet haben ...».

Konsumentenverbände

Damit die im Rahmen der Teilrevision geplanten Anpassungen ihre Wirkung tatsächlich entfalten können, ist für die SKS entscheidend, dass bisherige und künftige Leistungserbringer zu Lasten der OKP gleich behandelt werden.

Leistungserbringer

Die Bestimmung in Absatz 5 ist für mfe zentral. Nach der SBV ist es richtig, dass die wohlerworbenen Rechte nicht angetastet werden.

Versicherer

curafutura beantragt, dass die vorgesehenen Bestimmungen betreffend die Zulassung nach Artikel 36 Absatz 4 und die Beschränkung nach Artikel 55a auch auf die bereits zugelassenen Leistungserbringer, sowohl für die im ambulanten Spitalbereich tätigen als auch für die freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte, anwendbar sind.

santésuisse ist nicht einverstanden, dass die bereits zugelassenen Ärztinnen und Ärzte, die in der Vergangenheit zum Kostenwachstum beigetragen haben, geschützt werden, während junge Ärztinnen und Ärzte, die über die neusten Kenntnisse verfügen, ausgeschlossen werden. Die Organisation schlägt vor, dass die Kantone, die diese Bestimmungen anwenden, ein öffentliches Bieterverfahren durchführen müssen, das nach der Qualitätskontrolle als wichtigstes Zuschlagskriterium vorsieht, dass die Ärztin oder der Arzt einverstanden sein muss, mit den Versicherern einen tieferen Preis als derjenige, der in der betroffenen Region üblich ist, zu vereinbaren.

4.5.7 Stellungnahmen zu Artikel 55a Absatz 6

Kantone

Die GDK, die CLASS und der Kanton GE stimmen diesem Absatz kommentarlos zu.

Der Kanton NE ist der Ansicht, dass diese Bestimmung, unabhängig von den vorangehenden Absätzen, auch in den Kantonen anwendbar sein muss, die sich gegen eine Bestimmung von Höchstzahlen entschieden haben. Mit dem Entscheid, nur diese Bestimmung anzuwenden, würden die Kantone bereits über ein wirksames Instrument verfügen, um allfällige Missbräuche zu erkennen.

Der Kanton SG beantragt, diesen Absatz zu streichen. Er ist der Ansicht, dass sich der Entscheid, die Zulassungen in einem Fachgebiet zu beschränken, aus der Bestimmung der Höchstzahlen ergeben muss und nicht auf rein wirtschaftlichen Kriterien basieren darf, sondern beispielsweise auch qualitative und versorgungsspezifische Aspekte berücksichtigen muss.

Die Kantone TG, ZH unterstützen diese Bestimmung. Sie fordern, dass die Versicherer die zu diesem Zweck erforderlichen Daten weitergeben müssen.

Der Kanton VD begrüsst diese Bestimmung, beantragt jedoch, dass das Kriterium einer Aufteilung nach Bezirken ebenfalls berücksichtigt wird.

Der Kanton ZG fordert die Präzisierung, dass die Kantone, insbesondere auf dem Verordnungsweg, allgemeine und abstrakte Regeln festlegen können, wonach die Zulassungsbeschränkung automatisch zusammen mit diesen Bestimmungen in Kraft tritt.

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Die GPS sind mit dem Vorschlag in Absatz 6 nicht einverstanden. Eine solche Regelung könnte den Zugang aller Bevölkerungsgruppen zu einer qualitativ hochstehenden medizinischen Grundversorgung empfindlich tangieren.

Gemäss SPS reicht die Kostenentwicklung als einziges Kriterium nicht aus, um den Kantonen zu erlauben, jede neue Zulassung in einem medizinischen Fachgebiet sofort zu stoppen. Wenn dieser Hebel eingeführt werde, müsse er an zusätzliche Bedingungen geknüpft werden.

Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft

Dier SGB lehnt eine solche Regelung ab, da sie den Zugang aller Bevölkerungsgruppen zu einer qualitativ hochstehenden medizinischen Grundversorgung deutlich beeinträchtigen könnte.

Leistungserbringer

FMH erachtet Absatz 6 als untauglich. Es besteht die grosse Wahrscheinlichkeit, dass er bei der Umsetzung für die Leistungserbringer zu ungerechtfertigten Ergebnissen führen wird, da er unter anderem viel zu eng definiert ist. Da weder die Demografie noch überkantonale Versorgungsregionen in der vorgeschlagenen Regelung berücksichtigt werden, könne dies zwangsläufig zu falschen Schlussfolgerungen führen. Die Berücksichtigung von Versorgungsregionen wäre relevant, weil die jährlichen Kosten pro Versicherten in einem Kanton auch steigen können, obwohl die Kosten in einem anderen Kanton anfallen.

Auch SWISS REHA beantragt die Streichung von Absatz 6, da ein solcher Pauschalpassus die Entwicklung neuer Versorgungsangebote und damit die Beseitigung von Unterversorgung insbesondere in ländlichen Gebieten blockieren könne.

Die VLSS und mfe lehnen die Regelung in Absatz 6 ab. Zur Einschätzung einer angemessenen Versorgung in einem Gebiet gälte es gemäss mfe primär zu eruieren, ob der Zugang der Patientinnen und Patienten zu qualitativ hochstehender Gesundheitsversorgung gewährleistet sei oder nicht. Die SBV lehnt die Bestimmung aus ähnlichen Gründen ab und ist der Meinung, dass eine isolierte Betrachtung zu einem schädlichen Aktionismus führen würde.

Leistungserbringer – (kantonale oder regionale) Ärztesgesellschaften

Die KKA, die AeG BL, die MedGes BS, die VHBB und die BEKAG lehnen die Regelung in Absatz 6 ab. Die BEKAG weist darauf hin, dass neue Behandlungsmethoden, die sich auf die Kosten im Vergleich zu anderen Fachgebieten auswirken, zu Unrecht indirekt abgestraft werden könnten. Gemäss der KKA und der AeG BL sei nicht akzeptabel, dass in komplexen Verhältnissen, in denen unzählige Ursachen eine Rolle spielen, völlig monokausal auf ein Kriterium abgestellt wird und die Gründe für eine Kostensteigerung offensichtlich keine Rolle spielen sollen.

Bevor der Schluss gezogen wird, dass ein Kostenanstieg in einem Fachgebiet auf ein Überangebot zurückzuführen ist, muss nach Ansicht der AMGe und der SMSR die sowohl durch die demografische Entwicklung als auch die technische Entwicklung der Versorgung bedingte Bedarfsentwicklung bekannt sein.

Der SMVS ist der Ansicht, dass diese Bestimmung, die nicht einmal eine richtige Analyse der potenziellen Ursachen vorsieht (neue Technologien, epidemiologische Entwicklung usw.), die Tür für eine inakzeptable Willkür öffnet, die in keiner Art und Weise einer bedarfs- und entwicklungsbasierten Regelung entspricht.

Versicherer

Wenn diese Regelung, die von santésuisse nicht unterstützt wird, in Kraft treten sollte, erachtet es die Organisation als nötig, dass die Kantone die Zulassungen bei einem ungerechtfertigten Kostenanstieg beschränken können. Sie ist der Ansicht, dass eine Kann-Formulierung nicht ausreicht und die Vorschläge nicht geeignet sind, um den Kostenanstieg einzudämmen und einen qualitätsbasierten Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern einzuführen.

PatientInnen, BenutzerInnen

Der DVSP ist der Meinung, dass dieses Instrument gelockert werden muss, um dem Grundversorgungsbedarf besser Rechnung zu tragen. Daher seien für den Zulassungsstopp genauere Kriterien erforderlich.

Nach Inclusion Handicap gilt es unbedingt zu beachten, dass – in Fachgebieten mit nachgewiesener Unterversorgung – eine Kostensteigerung als Indikator für eine sich bessernde Versorgungssituation wünschenswert sei.

Die SPO stellt fest, dass es durchaus möglich sei, dass in einem Kanton in einem speziellen Fachgebiet die durchschnittlichen Kosten besonders steigen würden, weil die kleineren umliegenden Kantone das Fachgebiet nicht anbieten. Wichtige Entscheidungen sollten regional und nicht nur kantonale geprüft und entschieden werden.

4.6 Stellungnahmen zu Artikel 59

Kantone

Die GDK stimmt kommentarlos zu.

Der Kanton NE stellt fest, dass die Krankenversicherer im Rahmen der heutigen Gesetzgebung kaum Gebrauch von dieser Bestimmung machen. Er schlägt vor, die Kantone bei Artikel 59 Absatz 2 hinzuzufügen, weil sie manchmal in der Lage sind, Missbräuche zu erkennen, und auch die Möglichkeit haben müssen, Fälle vor das Schiedsgericht zu bringen.

Die Kantone TG, ZH fordern, dass die Bereitstellung von unvollständigen oder qualitativ schlechten Daten ebenfalls sanktioniert werden kann.

Leistungserbringer

Die Sanktion eines vorübergehenden oder definitiven Ausschluss von der Tätigkeit zulasten der OKP, sofern Daten nach Artikel 36 Absatz 4 KVG nicht geliefert werden, erachtet die FMH als unverhältnismässig. Der VLSS beantragt, Absatz 1 ersatzlos zu streichen.

Leistungserbringer – (kantonale oder regionale) Ärztegesellschaften

Die BEKAG beantragt, Absatz 1 ersatzlos zu streichen.

Versicherer

santésuisse beantragt, dass die Sanktionen, die im Fall von schlechter Qualität oder fehlender Transparenz möglich sind, aufgeführt werden oder darauf verwiesen wird. Die Organisation ist der Ansicht, dass Artikel 36 Absatz 4 der Vorlage in der Praxis nicht umsetzbar ist, weil die Versicherer über kein Instrument verfügen und beim Schiedsgericht klagen müssen.

4.7 Stellungnahmen zu den Übergangsbestimmungen

4.7.1 Stellungnahmen zu den Übergangsbestimmungen im Allgemeinen

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Die gfp ist der Ansicht, dass die Qualitätsauflagen für sämtliche Leistungserbringer gelten müsse. Diesbezüglich wäre eine geeignete Übergangsfrist denkbar.

Leistungserbringer

Gemäss FMH muss für eine neue Regelung, sofern sie auf bereits zugelassene Leistungserbringer Anwendung finden soll, eine angemessene Übergangsfrist vorgesehen werden.

4.7.2 Stellungnahmen zu den Übergangsbestimmungen, Absatz 1

Kantone

Der Kanton NE steht dieser Bestimmung ablehnend gegenüber, weil seines Erachtens die Kantone die Einhaltung der Zulassungsbedingungen kontrollieren müssen, nicht die Krankenversicherer.

Der Kanton ZG beantragt die Ergänzung, dass die Ärztinnen und Ärzte sowie die Zahnärztinnen und Zahnärzte nur in demjenigen Kanton keine Bewilligung benötigen, in dem sie bereits zugelassen wurden.

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Die FDP und glp kritisieren die Besitzstandswahrung für bestehende Ärzte. Diese benachteilige klar jüngere Leistungserbringer, welche die gestellten Qualitätsanforderungen erfüllen.

Konsumentenverbände

Die SKS ist der Ansicht, dass die neuen Bestimmungen nur Sinn machen, wenn die aktuellen und künftigen Leistungserbringer den gleichen Regeln unterstellt werden.

Leistungserbringer

Der VLSS beantragt, Absatz 1 ersatzlos zu streichen.

Leistungserbringer – (kantonale oder regionale) Ärztesellschaften

Die BEKAG beantragt, Absatz 1 ersatzlos zu streichen.

Versicherer

curafutura beantragt, dass die vorgesehenen Bestimmungen betreffend die Zulassung nach Artikel 36 Absatz 4 und die Beschränkung nach Artikel 55a auch auf die bereits zugelassenen Leistungserbringer, sowohl für die im ambulanten Spitalbereich tätigen als auch für die freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte, anwendbar sind.

4.7.3 Stellungnahmen zu den Übergangsbestimmungen, Absatz 2

Kantone

Die Kantone AG und NE sind der Ansicht, dass eine Übergangsfrist von zwei Jahren zur Anpassung der kantonalen Regelungen angesichts der neuen Bestimmungen und ohne Aufstockung der administrativen Ressourcen nicht ausreicht. Der Kanton NE schlägt eine Übergangsfrist von drei Jahren vor.

Die CLASS und die Kantone GE, VD wollen sicher sein, dass ein Kanton, der nicht sofort Gebrauch macht von seinem Recht zur Bestimmung von Höchstzahlen, mit dieser Vorlage die Möglichkeit hat, seine Meinung zu ändern und erst nach der Übergangsfrist von zwei Jahren Höchstzahlen einzuführen. Zudem wünschen die CLASS und der Kanton GE die Ergänzung, dass die Kantone, die vor dem Inkrafttreten der Änderung die Zulassungsbeschränkung angewandt haben, von den Rechten Gebrauch machen können, die ihnen durch Artikel 55a, sobald er in Kraft tritt, übertragen werden.

Der Kanton TI beantragt, dass klar formuliert wird, dass die derzeitige Lösung der Zulassungssteuerung angewandt werden kann, bis die Kanton die erforderlichen Anpassungen abgeschlossen haben, und zu diesem Zweck die Übergangsfrist auf fünf Jahre verlängert wird. Er beantragt zudem, dass die neuen Bestimmungen von den Kantonen ab ihrem Inkrafttreten angewandt werden können (Abs. 3).

Leistungserbringer

SOS Médecins ist der Ansicht, dass diese Bestimmung zur Folge hat, dass die Kantone den geltenden Artikel 55a KVG für weitere zwei Jahre anwenden können, obwohl diese Bestimmung nur bis am 30. Juni 2019 gilt. Daher sollten das Datum für die Umsetzung des kantonalen Rechts mit dem Bundesrecht abgestimmt und eine Übergangsfrist bis zum 30 Juni 2019 festgelegt werden.

4.8 Andere Vorschläge

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Gemäss der SPS sollten die Behörden bei einem Mangel im Bereich der ärztlichen Grundversorgung verpflichtet werden, Abhilfemassnahmen zu ergreifen.

Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft

economiesuisse schlägt drei Alternativen zur Verbesserung der Zulassung der Leistungserbringer vor: Einführung von bedarfsbasierten Taxipunktwerten, Durchführung von Auktionen für die Vergabe neuer Praxiskonzessionen gemäss dem Postulat 12.3783 von Nationalrat Ignazio Cassis «Ärztstopp. Die Fehler der Vergangenheit nicht wiederholen» und vollständige Aufhebung des Vertragszwangs für bestimmte Ärztgruppen und in gewissen Regionen.

Der SGV spricht sich für die Aufhebung des Vertragszwangs aus.

Der SGB beantragt, dass der Bund eingreifen kann, wenn der Zugang zu einer hochwertigen medizinischen Grundversorgung für alle Bevölkerungsgruppen in Zukunft in einem Kanton oder einer Region aufgrund der Zulassungsteuerung der Leistungserbringer erschwert sein sollte.

Leistungserbringer

Nach der FMH und mfe ist es unverständlich, dass die Möglichkeit der Kantone, Leistungserbringer im Falle einer Unterversorgung durch geeignete Massnahmen zu unterstützen, in der Vernehmlassungsvorlage nicht enthalten ist.

Die VAKA beantragt, dass die kantonalen Zulassungsbeschränkungen regelmässig zu überprüfen und den aktuellen Rahmenbedingungen sowie den Bedürfnissen der Leistungserbringer anzupassen seien. Aus diesem Grund sei den Leistungserbringern ein Antrags- und Mitspracherecht bei der Überprüfung einzuräumen.

CURAVIVA, senesuisse und Spitex fordern, dass Neuzulassungen nur möglich sein sollen, wenn sich die betreffenden Ärztinnen und Ärzte verpflichten, ihren Patientinnen und Patienten das ePD anzubieten. Sie sollen einer zertifizierten Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft im Sinne der Gesetzgebung über das elektronische Patientendossier beitreten.

Leistungserbringer – (kantonale oder regionale) Ärztesellschaften

Die KKA und die AeG BL sind der Ansicht, dass aufgrund der finanziellen Fehlanreize, die die Stärkung des ambulanten Sektors behindern, mittelfristig eine einheitliche Finanzierung des stationären und ambulanten Sektors anzustreben ist und dass die Arbeiten dafür angesichts des zu überwindenden politischen Widerstands der Kantone jetzt in Angriff genommen werden müssen. Zudem brauche es Anreize für die Schaffung von Hausarzt- und Facharztpraxen sowie von Modellen für eine Regionalisierung der Grundversorgung, wie regionale Grundversorgungszentren in der Nähe des Wohnorts.

Die SMVS beantragt, dass die Gesundheitsfachpersonen und die Ärzteschaft, namentlich die FMH, auf partnerschaftliche und proaktive Weise eng in alle politischen Vorhaben zur Reform des Gesundheitssystems einbezogen werden.

Da alle bisherigen Steuerungsmassnahmen des ambulanten Sektors ihr Ziel der Kostendämpfung nicht erreicht hätten, ist es für AGZ an der Zeit, über Alternativen nachzudenken, die zu mehr Qualität ohne zusätzliche Bürokratie, einer Stärkung des spitalexternen Sektors und der regionalen Versorgung, der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung und mehr Wettbewerb sowie mehr Eigenverantwortung für Patienten führen würden. Eine solche mögliche Alternative könnte sich gemäss AGZ an dem österreichischen „Wahlarztsystem“ orientieren.

PatientInnen, BenutzerInnen

Der DVSP bedauert, dass sich die Vorlage nur mit der Frage der Beschränkung der Zahl der Zulassungen befasst und nicht auf die Unterversorgung eingeht. Er fordert den Bundesrat daher auf, demnächst weitere Massnahmen vorzulegen, mit denen die Unterversorgung nachhaltig bekämpft werden kann und die insbesondere mit der Ausbildung und der fachlichen Ausrichtung der künftigen Ärztinnen und Ärzten im Zusammenhang stehen.

Inclusion Handicap spricht sich im Lichte von Artikel 25 BRK klar gegen die Beteiligung des Bundes an Diskussionen beziehungsweise gar die Förderung eines Modells aus, welches Gesundheitsakteuren mehr Wettbewerbsfreiheit gewähren würde.

Versicherer

Aus Sicht der Groupe mutuel sollte die Vertragsfreiheit eingeführt werden. Die Versicherer wären verpflichtet, mit einer Höchstzahl von Leistungserbringern einen Vertrag abzuschliessen, um eine zweckmässige medizinische Versorgung sicherzustellen. Der Bund würde die erforderlichen Daten, die Methode und die optimale Ärztedichte pro Fachgebiet festlegen. In diesem Rahmen würde jeder Kanton in Absprache mit den Leistungserbringern und den Krankenversicherern die Höchstzahlen der zur Tätigkeit zu Lasten der OKP zugelassenen Leistungserbringer festlegen. Die Versicherer und die Leistungserbringer wären berechtigt, gegen die vom Kanton festgelegte maximale Ärztedichte Beschwerde zu führen, und würden Verträge abschliessen, die auf klaren und justiziablen Kriterien basieren.

santésuisse schlägt ein Alternativmodell zur Vorlage des Bundesrats vor, das auf einer obligatorischen interkantonalen Planung basiert, die Leistungserbringung in allen Bereichen einschliesst und die Patientenströme berücksichtigt.

Anhang: Liste der Vernehmlassungsteilnehmer¹

Abkürzung	Absender
Kantone	
AG	Staatskanzlei des Kantons Aargau Chancellerie d'État du canton d'Argovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Argovia
AI	Ratskanzlei des Kantons Appenzell Innerrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Interno
AR	Kantonskanzlei des Kantons Appenzell Ausserrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Esterno
BE	Staatskanzlei des Kantons Bern Chancellerie d'État du canton de Berne Cancelleria dello Stato del Cantone di Berna
BL	Landeskanzlei des Kantons Basel-Landschaft Chancellerie d'État du canton de Bâle-Campagne Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Campagna
BS	Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt Chancellerie d'État du canton de Bâle-Ville Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Città
FR	Staatskanzlei des Kantons Freiburg Chancellerie d'État du canton de Fribourg Cancelleria dello Stato del Cantone di Friburgo
GE	Staatskanzlei des Kantons Genf Chancellerie d'État du canton de Genève Cancelleria dello Stato del Cantone di Ginevra
GL	Regierungskanzlei des Kantons Glarus Chancellerie d'État du canton de Glaris Cancelleria dello Stato del Cantone di Glarona
GR	Standeskanzlei des Kantons Graubünden Chancellerie d'État du canton des Grisons Cancelleria dello Stato del Cantone dei Grigioni
JU	Staatskanzlei des Kantons Jura Chancellerie d'État du canton du Jura Cancelleria dello Stato del Cantone del Giura
LU	Staatskanzlei des Kantons Luzern Chancellerie d'État du canton de Lucerne Cancelleria dello Stato del Cantone di Lucerna
NE	Staatskanzlei des Kantons Neuenburg Chancellerie d'État du canton de Neuchâtel Cancelleria dello Stato del Cantone di Neuchâtel
NW	Staatskanzlei des Kantons Nidwalden Chancellerie d'État du canton de Nidwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Nidvaldo
OW	Staatskanzlei des Kantons Obwalden Chancellerie d'État du canton d'Obwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Obvaldo
SG	Staatskanzlei des Kantons St. Gallen Chancellerie d'État du canton de St-Gall Cancelleria dello Stato del Cantone di San Gallo

¹ in alphabetischer Reihenfolge der Abkürzungen

SH	Staatskanzlei des Kantons Schaffhausen Chancellerie d'État du canton de Schaffhouse Cancelleria dello Stato del Cantone di Sciaffusa
SO	Staatskanzlei des Kantons Solothurn Chancellerie d'État du canton de Soleure Cancelleria dello Stato del Cantone di Soletta
SZ	Staatskanzlei des Kantons Schwyz Chancellerie d'État du canton de Schwytz Cancelleria dello Stato del Cantone di Svitto
TG	Staatskanzlei des Kantons Thurgau Chancellerie d'État du canton de Thurgovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Turgovia
TI	Staatskanzlei des Kantons Tessin Chancellerie d'État du canton du Tessin Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino
UR	Standeskanzlei des Kantons Uri Chancellerie d'État du canton d'Uri Cancelleria dello Stato del Cantone di Uri
VD	Staatskanzlei des Kantons Waadt Chancellerie d'État du canton de Vaud Cancelleria dello Stato del Cantone di Vaud
VS	Staatskanzlei des Kantons Wallis Chancellerie d'État du canton du Valais Cancelleria dello Stato del Cantone del Vallese
ZG	Staatskanzlei des Kantons Zug Chancellerie d'État du canton de Zoug Cancelleria dello Stato del Cantone di Zugo
ZH	Staatskanzlei des Kantons Zürich Chancellerie d'État du canton de Zurich Cancelleria dello Stato del Cantone di Zurigo
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren (GDK)
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)
CDS	Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS)
CLASS	Conférence Latine des Affaires Sanitaires et Sociales
<i>In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien</i>	
CSPO	Christlichsoziale Volkspartei Oberwallis
CVP	Christlichdemokratische Volkspartei
PDC	Parti démocrate-chrétien
PPD	Partito popolare democratico
FDP	FDP. Die Liberalen
PLR	PLR. Les Libéraux-Radicaux
PLR	PLR. I Liberali Radicali
glp	Grünliberale Partei
pvl	Parti vert'libéral
pvl	Partito verde-liberale
GPS	Grüne Partei der Schweiz
PES	Parti écologiste suisse
PES	Partito ecologista svizzero
SPS	Sozialdemokratische Partei der Schweiz
PSS	Parti socialiste suisse
PSS	Partito socialista svizzero

SVP	Schweizerische Volkspartei
UDC	Union démocratique du Centre
UDC	Unione democratica di Centro
Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete	
SAB	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete
SAB	Groupement suisse pour les régions de montagne
SAB	Gruppo svizzero per le regioni di montagna
Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft	
CP	Centre Patronal (CP)
economiesuisse	Verband der Schweizer Unternehmen Fédération des entreprises suisses Federazione delle imprese svizzere Swiss business federation
SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund
USS	Union syndicale suisse
USS	Unione sindacale svizzera
SGV	Schweizerischer Gewerbeverband
USAM	Union suisse des arts et métiers
USAM	Unione svizzera delle arti e dei mestieri
Interessierte Kreise	
Konsumentenverbände	
FRC	Fédération romande des consommateurs
SKS	Stiftung für Konsumentenschutz (SKS) Fondation pour la protection des consommateurs Fondazione per la protezione dei consumatori
Organisationen des Gesundheitswesens	
Leistungserbringer	
ChiroSuisse	Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft (SCG) Association suisse des chiropraticiens (ASC) Associazione svizzera dei chiropratici (ASC)
CURAVIVA	Verband Heime und Institutionen Schweiz Association des homes et institutions sociales suisses Associazione degli istituti sociali e di cura svizzeri
senesuisse	Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte Fédération des médecins suisses Federazione dei medici svizzeri
H+	H+ Die Spitäler der Schweiz H+ Les Hôpitaux de Suisse H+ Gli Ospedali Svizzeri
mfe	Haus- und Kinderärzte Schweiz Médecins de famille et de l'enfance Medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera
OPS	Organisation Podologie Schweiz Organisation Podologie Suisse Organizzazione Podologia Svizzera

physioswiss	Schweizer Physiotherapie Verband Association Suisse de Physiothérapie Associazione Svizzera di Fisioterapia
pharmaSuisse	Schweizerischer Apothekerverband Société suisse des pharmaciens Società svizzera dei farmacisti
PKS	Privatkliniken Schweiz (PKS) Cliniques privées suisses (CPS) Cliniche private svizzere (CPS)
RVBB	Regionalverband beider Basel physioswiss
SBK	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI)
SBV	Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV) Association suisse des médecins indépendants travaillant en cliniques privées et hôpitaux (ASMI) Associazione svizzera dei medici indipendenti che lavorano in cliniche private (ASMI)
SGH	Schweizerische Gesellschaft für Hämatologie (SGH) Société suisse d'hématologie (SSH) Società Svizzera di Ematologia (SSH)
SHV	Schweizerischer Hebammenverband (SHV) Fédération suisse des sages-femmes (FSSF) Federazione svizzera delle levatrici
SOS Médecins	SOS Médecins, Genève
Spitex	Spitex Verband Schweiz Association suisse des services d'aide et de soins à domicile Associazione svizzera dei servizi di assistenza e cura a domicilio
SSO	Schweizerische Zahnärzte Gesellschaft Société suisse des médecins-dentistes Società svizzera odontoiatri
SVBG	Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen (SVBG) Fédération Suisse des Associations professionnelles du domaine de la Santé (FSAS) Federazione Svizzera delle Associazioni professionali Sanitarie (FSAS)
SVDE	Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen (SVDE) Association suisse des diététicien-ne-s (ASDD) Associazione Svizzera delle-dei Dietiste-i (ASDD)
SVPL	Schweizerische Vereinigung der Pflegedienstleiterinnen und Pflegedienstleiter (SVPL) Association Suisse des Directrices et Directeurs des Services Infirmiers (ASDSI) Associazione Svizzera dei Capi Servizio Cure Infermieristiche (ASCSI)
Swiss Medi Kids AG	Swiss Medi Kids AG, Zürich
SWISS REHA	Vereinigung der Rehabilitationskliniken der Schweiz Association des cliniques de réadaptation suisses Associazione delle cliniche di riabilitazione svizzere
VAKA	Vereinigung der aargauischen Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen
VLSS	Verein der Leitenden Spitalärztinnen und -ärzte der Schweiz (VLSS) Association des médecins dirigeants d'hôpitaux de Suisse (AMDHS) Associazione medici dirigenti ospedalieri svizzeri (AMDOS)
VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO) Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique (ASMAC) Associazione svizzera dei medici assistenti e capiclinica (ASMAC)

Leistungserbringer – (kantonale oder regionale) Ärztesgesellschaften	
KKA	Konferenz der kantonalen Ärztesgesellschaften (KKA) Conférence des sociétés cantonales de médecine (CCM) Conferenza delle società mediche cantonali (CMC)
AGZ	Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich
AMGe	Association des médecins du Canton de Genève
AeG BL	Ärztesgesellschaft Baselland
BEKAG	Ärztesgesellschaft des Kantons Bern (BEKAG) Société des médecins du canton de Berne (SMCB) Società dei medici del Cantone di Berna (SMCB)
GAeSO	Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des Kantons Solothurn
MedGes BS	Medizinische Gesellschaft Basel
OMCT	Ordine dei Medici del Cantone Ticino
SMSR	Société médicale de la Suisse romande
SMVS	Walliser Ärztesgesellschaft (VSÄG) Société médicale du Valais (SMVS)
SMCJU	Société médicale du Canton du Jura
SVM	Société Vaudoise de Médecine
VHBB	Vereinigung Hausärztinnen und Hausärzte beider Basel
VZK	Vereinigung Zürcher Kinder- und Jugendärzte
Versicherer	
curafutura	Die innovativen Krankenversicherer Les assureurs-maladie innovants Gli assicuratori-malattia innovativi
Groupe mutuel	Groupe mutuel Assurances Groupe mutuel Versicherungen Groupe mutuel Assicurazioni
santésuisse	Verband der Schweizer Krankenversicherer Les assureurs-maladie suisses Gli assicuratori malattia svizzeri
SVV	Schweizerischer Versicherungsverband (SVV) Association suisse d'assurances (ASA) Associazione svizzera d'assicurazioni (ASA)
PatientInnen, BenutzerInnen	
DVSP	Dachverband Schweizerischer Patientenstellen (DVSP) Fédération suisse des patients (FSP)
Inclusion Handicap	Dachverband der Behindertenorganisationen Schweiz Association faïtière des organisations suisses de personnes handicapées Mantello svizzero delle organizzazioni di persone con disabilità
SPO	Stiftung Patientenschutz (SPO) Fondation Organisation suisse des patients (OSP) Fondazione Organizzazione svizzera dei pazienti (OSP)
Andere	
BFG	Bündnis freiheitliches Gesundheitswesen Entente Système de santé libéral
GUMEK	Expertenkommission für genetische Untersuchungen beim Menschen Commission d'experts pour l'analyse génétique humaine (CEAGH) Commissione di esperti per gli esami genetici sull'essere umano (CEEGU)