

**Teilrevision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über
die Krankenversicherung (KVG)**

**Vorübergehende Wiedereinführung der bedarfsabhängigen
Zulassung**

Erläuternder Bericht

1 Grundzüge der Vorlage

1.1 Ausgangslage

Im Rahmen der Beratungen zur Revision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) 98.058 «KVG. Bundesbeiträge und Teilrevision» hatte sich das Parlament besorgt gezeigt, dass es im Hinblick auf die Umsetzung der bilateralen Abkommen zu einem Zustrom von Ärztinnen und Ärzten aus der Europäischen Union kommen könnte. Es befürchtete einen Kostenschub in der Krankenversicherung aufgrund einer Erhöhung der Zahl der Leistungserbringer. Schätzungen wiesen darauf hin, dass jede neu eröffnete Praxis Kosten von rund 500'000 Franken pro Jahr verursacht.

Daraufhin wurde auf den 1. Januar 2001 Artikel 55a KVG in Kraft gesetzt¹. Damit wurde dem Bundesrat die Kompetenz erteilt, während eines Zeitraums, der auf höchstens drei Jahre befristet war, die Zulassung der Leistungserbringer zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Sinne der Artikel 36 bis 38 KVG von einem Bedürfnis abhängig zu machen. In Anhang 1 der Ausführungsverordnung zu Artikel 55a KVG, die am 4. Juli 2002 in Kraft trat², war für jeden Kanton und jede Kategorie von Leistungserbringer die Zahl der Leistungserbringer festgelegt, die zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sein durfte. Gemäss dieser Verordnung konnten die Kantone vorsehen, dass die in Anhang 1 festgelegte Zahl für eine oder mehrere Kategorien nicht galt und dass in einer oder mehreren Kategorien keine Praxiszulassung erteilt würde, solange die Versorgungsdichte im betreffenden Kanton höher war als in der Schweiz oder als in der Grossregion, zu welcher der Kanton zugeteilt wurde. Die Kantone mussten die Versorgungsdichte in den Nachbarkantonen, in der Grossregion sowie in der Schweiz berücksichtigen. Aufgrund der letzteren Bestimmung konnten die Kantone bei einer ungenügenden Versorgungsdichte für eine Kategorie von Leistungserbringern eine höhere Zahl von diesen zulassen als in der Verordnung für die entsprechende Kategorie festgelegt war.

Am 8. Oktober 2004 beschloss das Parlament eine Verlängerung von Artikel 55a KVG um weitere drei Jahre und passte die Bestimmung zugleich an³. Von nun an verfiel eine Zulassung, wenn nicht innerhalb einer bestimmten Frist von ihr Gebrauch gemacht wurde. Bei der zweiten Verlängerung der Zulassungsbeschränkung⁴ wurde die Massnahme erneut angepasst: Es wurde klargestellt, dass sie für die Zulassung von selbstständig und unselbstständig tätigen Leistungserbringern gelte. Somit war klar, dass die Leistungserbringer, die von Einrichtungen im Sinne von Artikel 36a KVG angestellt waren, unter die Beschränkung fielen. Mit der letzten Verlängerung von Artikel 55a, die 2009 erfolgte, wurden bedeutende Änderungen eingeführt⁵. Die Bestimmung regelte die Kompetenz zur Beschränkung der Zulassung bestimmter Leistungserbringer, d. h. der Ärztinnen und Ärzte sowie der Apothekerinnen und Apotheker, und der Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten in Einrichtungen im Sinne von Artikel 36a und

¹ AS 2000 2305

² AS 2002 2549

³ AS 2005 1071

⁴ AS 2008 2917

⁵ AS 2009 5265

medizinische Grundversorgung» und der Einreichung der Volksinitiative 11.062 «Ja zur Hausarztmedizin» möchte der Bundesrat vor allem auf diese Änderung nicht zurückkommen. Vorgesehen ist eine Übergangsbestimmung. Sie sieht vor, dass Artikel 55a nicht auf Leistungserbringer Anwendung findet, die vor Inkrafttreten dieses Artikels zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig waren. Das Ziel besteht darin, Abhilfe für die möglichen «präventiven» Gesuche um Zahlstellenregister-Nummern zu schaffen, die anschliessend von den Inhaberinnen und Inhabern nicht genutzt werden und andere gesuchstellende Leistungserbringer daran hindern würden, zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig zu werden, wenn Artikel 55a KVG in Kraft tritt. Die Massnahme muss rasch in Kraft gesetzt werden, damit die Kantone, die darauf angewiesen sind, über gesetzliche Instrumente verfügen, mit denen sie die Zulassung bestimmter Leistungserbringer einschränken können, bis eine definitive Regelung in Kraft tritt.

1.3 Koordination der Massnahme mit einer langfristig anwendbaren Bestimmung

Die Regelung, die diese Vorlage später ablösen soll, muss besser auf die Ursachen des ungehinderten Kostenwachstums ausgerichtet sein. So sollte eine Möglichkeit geschaffen werden, das besonders starke Wachstum zu steuern, das im ambulanten Bereich verzeichnet wird. Dabei geht es nicht um eine Rationierung, sondern um die Deckung von tatsächlichen, berechtigten Bedürfnissen.

- Denkbar ist eine Bestimmung, die unterschiedliche Handlungsmöglichkeiten für den Fall einer Über- oder Unterversorgung festlegt. Damit liesse sich die Nutzung der Ressourcen optimieren, vor allem dank einer besseren geografischen Verteilung der Leistungserbringer und der Förderung der medizinischen Grundversorgung.
- Angesichts der im Gesetz vorgesehenen Tarifautonomie werden die Tarifpartner zudem die Tarife verbessern oder das Abgeltungsmodell ändern müssen, wenn die Erfahrung zeigt, dass die gewählten Modelle Anreize schaffen, die Mehrkosten oder eine abnehmende Attraktivität für bestimmte Praktiken zur Folge haben.
- Der Bundesrat verfügt von nun an über eine subsidiäre Kompetenz im Tarifbereich. Er wird in Absprache mit den Kantonen einen Vorschlag ausarbeiten, wenn eine Struktur nicht mehr sachgemäss ist und sich die Tarifpartner zu viel Zeit lassen. Wird ihm überdies die Kompetenz erteilt, die Tarife bei überdurchschnittlichen Kostensteigerungen zu senken, würde ein wirksames Steuerungsinstrument geschaffen, das sich rasch umsetzen lässt.

Der Bundesrat verpflichtet sich, rasch eine Reihe von konkreten Massnahmen vorzulegen, die dem Parlament unterbreitet werden, damit dieses auf den Zeitpunkt des Ablaufs des dringlichen Bundesgesetzes über deren Inkrafttreten entscheiden kann.

1.4 Begründung und Bewertung der vorgeschlagenen Lösung

Nach Ansicht des Bundesrates bietet die Wiedereinführung der Einschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung den Kantonen, die darauf angewiesen sind, ein kurzfristig wirksames Steuerungsinstrument. Für diese Massnahme spricht auch, dass die bisherigen kantonalen Vollzugsregelungen rasch wieder aufgenommen werden können. Zudem ermöglicht sie den Kantonen, die Zulassung an Bedingungen zu knüpfen. So ist es nicht ausgeschlossen, dass einige Kantone ihre Kompetenz nutzen und von den Leistungserbringern verlangen werden, sich in Randregionen niederzulassen. Auf diese Weise liessen sich die Ressourcen innerhalb des Kantonsgebiets besser verteilen. Ein weiteres Beispiel für eine von den Kantonen gestellte Anforderung könnte das Arbeiten in einem Netzwerk sein.

Allerdings ist der Bundesrat weiterhin der Überzeugung, dass eine Regelung gefunden werden muss, mit der sich die Kosten langfristig und gezielt eindämmen lassen. Eine Zulassungsbeschränkung entspricht diesen Anforderungen nicht. Sie ist jedoch zumindest in ausreichendem Mass befriedigend und lässt sich rasch wieder einführen, um eine kurzfristige Wirkung zu erzielen, vor allem für jene Kantone, die nicht ohne Übergangslösung auf eine Reform warten können, da ihre Kosten sonst unkontrolliert steigen würden.

1.5 Abstimmung von Aufgaben und Finanzen

Mit der Umsetzung dieses Vorschlags lassen sich die Probleme einiger Kantone, die sich mit einer starken Zunahme der Zahl der Leistungserbringer konfrontiert sehen, sehr kurzfristig und gezielt angehen. Die Kantone gehen davon aus, dass diese Zunahme einen übermässigen Kostenanstieg auslösen wird. Indem ihnen die Kompetenz eingeräumt wird, die von der Zulassungsbeschränkung betroffenen Leistungserbringer zu bezeichnen, erhalten die Kantone, in denen Handlungsbedarf besteht, die Möglichkeit zu handeln. Jene Kantone, die nicht mit diesem Problem konfrontiert sind oder in denen gar eine Unterversorgung besteht, werden hingegen nicht zum Handeln gezwungen. Ausserdem wird vorgesehen, dass eine Zulassung verfällt, wenn nicht innerhalb einer bestimmten Frist von ihr Gebrauch gemacht wird. Damit lassen sich die unerwünschten Folgen verhindern, die sich daraus ergeben würden, dass Leistungserbringer im Hinblick auf das Inkrafttreten der Bestimmung vorsorglich Zulassungen beantragen.

1.6 Umsetzung

Die Wiedereinführung von Artikel 55a KVG erfordert die erneute Einführung der Bestimmungen, die in der Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (VEZL; SR 832.103) vorgesehen waren. Der Bundesrat wird das Verfahren für die Erarbeitung der Verordnung so durchführen, dass diese zeitgleich mit den gesetzlichen Bestimmungen in Kraft treten kann.

1.7 Parlamentarische Vorstösse

Motion Gutzwiller 12.3638 «KVG. Vertragsfreiheit einführen»

Der Motionär schlug vor, zwischen den spezialisierten Ärztinnen und Ärzten und den Krankenkassen im ambulanten Bereich die Vertragsfreiheit einzuführen. Mindestvorschriften sollten die Dichte und die Qualität der Ärztinnen und Ärzte und damit für die gesamte Bevölkerung eine qualitativ hochstehende und effiziente ambulante Gesundheitsversorgung sicherstellen. Die Vorlage sollte vorsehen, dass Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich privat und ohne Vertrag mit einer Krankenkasse praktizieren können. Der Bundesrat erachtete diesen Vorschlag als unbefriedigend, vor allem, weil das Parlament ein Eintreten auf dieses Thema bereits einmal abgelehnt hatte. Er beantragte deshalb am 5. September 2012 die Ablehnung der Motion. Am 26. September 2012 verwarf der Ständerat die Motion mit grosser Mehrheit. Dabei trug er vor allem dem Umstand Rechnung, dass die Möglichkeit zur Einschränkung der Wahl der Leistungserbringer im Rahmen der Referendumskampagne zur Managed-Care-Vorlage mit grossen Vorbehalten aufgenommen worden war. Eine Einführung der Vertragsfreiheit scheint somit weder im Parlament noch im Volk mehrheitsfähig zu sein.

Motion Humbel 12.3600 «Steuerung der Ärztezulassung im KVG wieder einführen»

Die Motionärin verlangte für den Fall einer Ablehnung der Managed-Care-Vorlage, wieder eine Steuerungsmöglichkeit durch die Kantone einzuführen, die sich sowohl auf Spezialärztinnen und Spezialärzte in freier Praxis als auch auf Spitalambulatorien beziehe. Da in der Schweiz ein akuter Mangel an Grundversorgerinnen und Grundversorgern bestehe, seien diese von der vorgesehenen Steuerung auszunehmen. Schliesslich müsse darauf geachtet werden, dass bei der Wiedereinführung dieser Steuerung ein Handel mit Zulassungsnummern unterbunden werde. Am 5. September 2012 beantragte der Bundesrat die Annahme der Motion. Der Nationalrat hat die Motion am 28. September 2012 angenommen. Im Ständerat wurde sie noch nicht behandelt.

2 Erläuterungen zu einzelnen Artikeln

Art. 55a Abs. 1

Wie in der früheren Regelung wird mit diesem Absatz dem Bundesrat die Kompetenz erteilt, die Zulassung von Leistungserbringern von einem Bedürfnis abhängig zu machen. Die verschiedenen Elemente, die bei den einzelnen Verlängerungen hinzugefügt worden waren, wurden übernommen. Vor allem ist darauf hinzuweisen, dass die unselbstständig tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie die Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten in Einrichtungen und im ambulanten Bereich von Spitälern von der Massnahme betroffen sind. Zudem muss die Tätigkeit im spitalambulanten Bereich eingeschränkt bleiben, da in diesem Sektor ein besonders ausgeprägter Kostenanstieg zu verzeichnen ist.

Art. 55a Abs. 2

Die Regelung, dass Ärztinnen und Ärzte, die nicht als spezialisiert gelten, sowie Leistungserbringer im Sinne von Artikel 38 von der Beschränkung ausgenommen sind, wurde ebenfalls übernommen. Damit soll vor allem verhindert werden, dass den Bestrebungen entgegengewirkt wird, die medizinische Grundversorgung zu stärken und sie insbesondere bei den jungen Ärztinnen und Ärzten aufzuwerten. Die in diesem Absatz aufgeführten Weiterbildungstitel wurden an die Änderung, vom 17. November 2010 der Medizinalberufverordnung (MedBV; SR 811.112.0)

angepasst. Angesichts von Artikel 18a Absatz 2 MedBV sind Personen, die vor Inkrafttreten der Änderung vom 17. November 2010 der MedBV einen Weiterbildungstitel in Allgemeinmedizin oder Innerer Medizin erworben haben, ebenfalls von der Einschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung ausgenommen. Ausserdem werden auch ausländische Weiterbildungstitel, die dem geltenden Recht entsprechen, als eidgenössische Weiterbildungstitel anerkannt.

Art. 55a Abs. 3

Bevor der Bundesrat die Zulassung der Leistungserbringer gemäss Absatz 1 von einem Bedürfnis abhängig macht und entsprechende Kriterien festlegt, muss er die Kantone sowie die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer anhören.

Art. 55a Abs. 4

Es sind die Kantone, welche die Leistungserbringer nach Absatz 1 bestimmen. Sie können von dieser Kompetenz unter Beachtung von Artikel 36 BV Gebrauch machen, um die medizinische Versorgung im gesamten Kantonsgebiet und vor allem in den Randregionen sicherzustellen, indem sie die Zulassung zum Beispiel an die Bedingung knüpfen, dass der Leistungserbringer an einem bestimmten Ort tätig sein muss. Sie können auch in Betracht ziehen, eine bessere Koordination der Behandlung zu fördern, indem sie die Bedingung stellen, dass der Leistungserbringer einem integrierten Versorgungsnetz angehören muss.

Art. 55a Abs. 5

Um mögliche Blockierungen des Systems zu verhindern, muss eine Zulassung verfallen, wenn nicht innerhalb einer bestimmten Frist von ihr Gebrauch gemacht wird. Denn Leistungserbringer, die eine Zulassung beantragen, sie jedoch nach Erhalt nicht nutzen, hindern andere Leistungserbringer am Zutritt zum Markt und können überdies die medizinische Versorgung gefährden. Die Bestimmung wurde ergänzt, indem bestimmte mögliche Ausnahmen direkt im Gesetz festgelegt wurden. In der früheren Regelung der Zulassungsbeschränkung war diese Klarstellung in der Verordnung festgelegt.

Übergangsbestimmung

Seit dem 1. Januar 2012 besteht keine Zulassungsbeschränkung mehr, unabhängig von der Kategorie der Leistungserbringer und vom Weiterbildungstitel. Seither wurde eine starke Zunahme der Gesuche um Zahlstellenregister-Nummern verzeichnet. Es ist denkbar, dass ein Teil der Gesuche als Reaktion auf die Aufhebung der Zulassungsbeschränkung eingereicht wurde, dass jedoch nicht alle Gesuchstellenden beabsichtigen, nächstens eine Praxis zu eröffnen. Denn die Nummern entsprechen einem Instrument, das die Abrechnung zwischen den Krankenversicherern und den Leistungserbringern erleichtert. Sie weisen nicht direkt auf die Eröffnung einer Praxis hin. Sobald die Diskussionen über eine Wiedereinführung der Zulassungsbeschränkung anlaufen werden, ist eine noch stärkere Welle von Gesuchen zu erwarten um präventiv eine Nummer für eine spätere Praxiseröffnung einzuholen. Um für diesen Fall vorzusorgen, sieht die Übergangsbestimmung vor, dass Absatz 1 der neuen Regelung keine Anwendung

auf Leistungserbringer findet, die bereits vor Inkrafttreten der Änderung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgerechnet haben.

3 Auswirkungen

3.1 Auswirkungen auf den Bund

Eine bessere Kosteneindämmung wird sich positiv auf die Bundesfinanzen auswirken, da der Beitrag, den der Bund nach Artikel 66 Absatz 2 KVG an die Prämienverbilligung gewährt, 7,5 Prozent der Bruttokosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung entspricht. Der den Kantonen überlassene Handlungsspielraum erlaubt es jedoch nicht, zu überprüfen, ob die Ausgaben im Zusammenhang mit den Subventionen des Bundes reduziert werden können.

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

Die Auswirkungen für die Kantone wurden bereits weiter oben beschrieben. Falls die Kantone beschliessen, die Zulassung an Bedingungen wie die Zugehörigkeit eines Leistungserbringers zu einem integrierten Versorgungsnetz oder die Niederlassung in einer bestimmten Region zu knüpfen, könnten Versorgungsnetze entstehen oder Grundversorgerinnen und Grundversorger in Randregionen oder in abgelegenen Gemeinden eine Praxis eröffnen. Die Bestimmung wird sich ausserdem positiv auf die von den Kantonen gewährten Prämienverbilligungen auswirken.

3.3 Finanzielle Auswirkungen auf die Krankenversicherung

2012 waren 37 Prozent der Gesamtkosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auf die ambulante medizinische Versorgung zurückzuführen. 14 Prozent der Gesamtausgaben fielen im spitalambulanten Bereich an. Durch die Verstärkung der Kosteneindämmung wird die Wiedereinführung der Zulassungsbeschränkung für Leistungserbringer einen positiven Einfluss auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung haben.

4 Verhältnis zur Legislaturplanung und zu nationalen Strategien des Bundesrates

Die Vorlage wurde nicht angekündigt, weder in der Botschaft vom 25. Januar 2012 über die Legislaturplanung 2011–2015⁶ noch im Entwurf für den Bundesbeschluss über die Legislaturplanung 2011–2015⁷.

⁶ BBl 2012 481

⁷ BBl 2012 627

5

Verhältnis zum internationalen Recht

5.1

Vorschriften der Europäischen Union

Artikel 3 des Vertrags über die Europäische Union (EU-Vertrag) überträgt der Europäischen Union die Aufgabe, die soziale Gerechtigkeit und den sozialen Schutz zu fördern. Die Freizügigkeit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer innerhalb der Union ist in Artikel 45 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) geregelt. Am 1. Juni 2002 ist das Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit in Kraft getreten (FZA; SR 0.142.112.681). Ziel des Abkommens ist es insbesondere, den Staatsangehörigen der Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft und der Schweiz ein Recht auf Einreise, Aufenthalt, Zugang zu einer unselbständigen Erwerbstätigkeit und Niederlassung als Selbständiger sowie das Recht auf Verbleib im Hoheitsgebiet der Vertragsparteien einzuräumen (Art. 1 Bst. a FZA). Artikel 1 Buchstabe d des Abkommens setzt als Ziel fest, dass den Staatsangehörigen der Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft und der Schweiz gleiche Lebens-, Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen wie für Inländer eingeräumt werden. In Übereinstimmung mit Anhang I des Abkommens ist vorgesehen, dass die Staatsangehörigen einer Vertragspartei, die sich rechtmässig im Hoheitsgebiet einer anderen Vertragspartei aufhalten, nicht auf Grund ihrer Staatsangehörigkeit diskriminiert werden (Art. 2 FZA) und dass das Recht auf Aufenthalt und Zugang zu einer Erwerbstätigkeit eingeräumt wird (Art. 4 FZA). Dementsprechend sieht das Abkommen in Artikel 7 Buchstabe a vor, dass die Vertragsparteien insbesondere das Recht auf Gleichbehandlung mit den Inländern in Bezug auf den Zugang zu einer Erwerbstätigkeit und deren Ausübung sowie die Lebens-, Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen regeln.

Das Freizügigkeitsprinzip verlangt eine Koordination der einzelstaatlichen Systeme der sozialen Sicherheit, wie dies in Artikel 48 AEUV festgelegt ist. Das Unionsrecht sieht keine Harmonisierung der nationalen Systeme der sozialen Sicherheit vor. Die Mitgliedstaaten können die Ausgestaltung, den persönlichen Geltungsbereich, die Finanzierungsmodalitäten sowie die Organisation ihrer Systeme der sozialen Sicherheit weiterhin bestimmen. Die Koordination der einzelstaatlichen Systeme der sozialen Sicherheit wird durch die Verordnung (EG) Nr. 883/2004⁸ und die Durchführungsverordnung Nr. 987/2009⁹ geregelt. Seit dem Inkrafttreten des Abkommens über die Freizügigkeit ist die Schweiz Teil des multilateralen Koordinationssystems, auf der Basis der früheren Verordnung Nr. 1408/71 des Rates zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, sowie der entsprechenden Durchführungsverordnung Nr. 574/72¹⁰.

⁸ Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, ABl. L 166 vom 30.4.2004, S. 1; berichtigt in ABl. L 200 vom 7.6.2004

⁹ Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, ABl. L 284 vom 30.10.2009, S. 1

¹⁰ SR **0.831.109.268.1** und SR **0.831.109.268.11**

5.2 Die Instrumente des Europarates

Die Europäische Sozialcharta vom 18. Oktober 1961 stellt in Bezug auf die wirtschaftlichen und sozialen Rechte die Entsprechung zur Europäischen Menschenrechtskonvention dar. In Artikel 12 ist das Recht auf soziale Sicherheit verankert. Die Schweiz hat die Charta am 6. Mai 1976 unterzeichnet; eine Ratifizierung wurde jedoch 1987 vom Parlament abgelehnt, sodass dieses Übereinkommen für unser Land nicht bindend ist.

Mit der revidierten Europäischen Sozialcharta vom 3. Mai 1996 wurde der materielle Inhalt der Charta von 1961 aktualisiert und angepasst. Es handelt sich dabei um ein von der Europäischen Sozialcharta von 1961 gesondertes Übereinkommen, das diese nicht aufhebt. Das Recht auf soziale Sicherheit ist ebenfalls in Artikel 12 enthalten. Die Schweiz hat dieses Instrument nicht ratifiziert.

Die Schweiz hat die Europäische Ordnung der Sozialen Sicherheit vom 16. April 1964 am 16. September 1977 ratifiziert¹¹. Unser Land hat jedoch Teil II über die ärztliche Betreuung nicht angenommen, der die Verpflichtung zum Inhalt hat, den geschützten Personen medizinische Versorgung bei Krankheit ohne Rücksicht auf deren Ursache sowie bei Mutterschaft zu gewährleisten. Der Leistungsempfänger oder die Leistungsempfängerin kann zur Beteiligung an den Kosten der bei Krankheit gewährten medizinischen Versorgung verpflichtet werden. Zudem kann die Dauer der erbrachten Leistungen pro Fall auf 26 Wochen beschränkt werden.

Die revidierte Europäische Ordnung der Sozialen Sicherheit vom 6. November 1990 ist ebenfalls ein Übereinkommen, das von der Europäischen Ordnung der Sozialen Sicherheit zu unterscheiden ist; sie ersetzt diese nicht. Die revidierte Ordnung ist noch nicht in Kraft getreten.

5.3 Vereinbarkeit der Vorlage mit dem europäischen Recht

Das europäische Recht (Recht der Europäischen Union und Recht des Europarates) setzt zwar auf dem Gebiet der Freizügigkeit Normen fest; es bestehen jedoch keine Normen betreffend einer Harmonisierung der nationalen Systeme der sozialen Sicherheit. Die Staaten können diese Aspekte nach eigenem Ermessen bestimmen. Die Vereinbarkeit der früheren Version von Artikel 55a KVG mit dem Freizügigkeitsabkommen war ausserdem Gegenstand eines Entscheids des Bundesgerichts (BGE 130 I 26). Das Bundesgericht entschied, dass die vom Bundesrat gestützt auf Art. 55a KVG erlassene und vom Regierungsrat des Kantons Zürich konkretisierte Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung - soweit dies gestützt auf Artikel 191 BV geprüft werden könne (E. 2) - weder das Freizügigkeitsabkommen (E. 3) noch die Wirtschaftsfreiheit (E. 4-6), die Pflicht zur gegenseitigen Anerkennung von Ausbildungsabschlüssen (E. 7), das Prinzip von Treu und Glauben (E. 8) oder das Recht auf Schutz des Privat- und Familienlebens (E. 9) verletze.

¹¹ AS 1978 1491

6 Rechtliche Aspekte

6.1 Verfassungs- und Gesetzmässigkeit

Dieses Gesetz stützt sich auf Artikel 117 der Bundesverfassung, der dem Bund eine umfassende Kompetenz zur Einrichtung der Krankenversicherung verleiht.

6.2 Erlassform

Die vorgeschlagene Bestimmung soll in Form eines zeitlich befristeten dringlichen Bundesgesetzes erlassen werden. Ein Bundesgesetz kann nach Artikel 165 Abs. 1 BV dringlich erklärt werden, wenn sein Inkrafttreten keinen Aufschub duldet. Die Dringlichkeit ist in diesem Fall durch eine nicht kontrollierbare Zunahme der Praxiszulassungen gegeben, die sich in bestimmten Kantonen als problematisch erweisen wird. Die Zunahme von Leistungserbringern im ambulanten Bereich eines Kantons führt zu einem Kostenanstieg. Wird das Angebot nicht kontrolliert, sind die Auswirkungen auf die Gesamtkosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erheblich. Die Auswirkungen in Bezug auf den Prämienanstieg für die Versicherten, auf die Erhöhung der Prämienverbilligung zu Lasten der Kantone sowie die entsprechende Erhöhung der Bundessubventionen dürfen nicht vernachlässigt werden. Wenn im Übrigen nicht sofort Massnahmen ergriffen werden, wird die Zahl der Leistungserbringer weiter ansteigen. Ohne Dringlichkeitsklausel muss ein dauerhafter Kostenanstieg hingenommen werden, weil Leistungserbringer, die bereits zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sind, nicht von dieser Tätigkeit ausgeschlossen werden könnten, ohne dass die entsprechenden Massnahmen ihre Rechte unverhältnismässig einschränken würden. Ein dringliches Bundesgesetz erlaubt ein in Kraft treten, bevor sich die Lage verschlimmert und ermöglicht die Begrenzung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, ohne Beeinträchtigung der Gesundheit der Versicherten und der Rechte der Leistungserbringer.

6.3 Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen

Die erforderlichen Regelungskompetenzen zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung (Erlass der Ausführungsbestimmungen) werden dem Bundesrat in Artikel 96 KVG delegiert. Im Rahmen dieser Vorlage ist der Bundesrat überdies befugt, in den folgenden Bereichen Bestimmungen zu erlassen:

Er kann die Zulassung bestimmter Leistungserbringer von einem Bedürfnis abhängig machen (Art. 55a Abs. 1) und die entsprechende Frist für den Verfall einer Zulassung festlegen.

Den Kantonen bleibt die Kompetenz zur Bezeichnung der einzelnen Leistungserbringer erhalten, die sie in Anwendung dieser Massnahme und der entsprechenden Ausführungsbestimmungen formell zulassen.