

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

Steuerung des ambulanten Bereichs

Erläuternder Bericht

1 Grundzüge der Vorlage

1.1 Ausgangslage

Die Zulassungen der Leistungserbringer im ambulanten Bereich sind heute einer Regulierung unterstellt. Nach Artikel 55a des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) kann die Zulassung von Ärzten und Ärztinnen, die in Praxen, Einrichtungen oder im ambulanten Bereich von Spitälern zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sind, bis am 30. Juni 2016 eingeschränkt werden. Diese Regulierung war – in unterschiedlicher Form – elf Jahre lang gültig (zwischen 1. Januar 2001 und 31. Dezember 2011). Ihre Aufhebung per 1. Januar 2012 führte zu einer massiven Zunahme insbesondere von spezialisierten Ärzten und Ärztinnen auf dem Markt. Die Zahl der erteilten Zentralstellenregister-Nummern (ZSR-Nummern) schnellte zwischen 2011 und 2012 in die Höhe (+129 %)¹. Gewisse Kantone intervenierten deshalb bei Parlament und Bundesrat und verlangten Massnahmen, bevor diese Zunahme zu einem unkontrollierten Kostenanstieg führe. In der Folge wurden per 1. Juli 2013² die heutige Fassung von Artikel 55a KVG und per 5. Juli 2013³ die entsprechende Ausführungsverordnung in Kraft gesetzt. Die geltende Bestimmung sieht eine Ausnahme vor, indem die Zulassungsbeschränkung nicht für Ärzte und Ärztinnen gilt, die mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben. Die Massnahme scheint zu greifen: Nach einem weiteren markanten Anstieg der erteilten ZSR-Nummern zwischen 2012 und 2013 (+34 %) zeichnet sich für den Anfang des Jahres 2014 eine Stabilisierung ab (199 Erteilungen im Januar und Februar gegenüber 517 im gleichen Zeitraum 2013)⁴. Ob die Stabilisierung anhält, wird sich in den nächsten Monaten zeigen.

Bei ihrem Inkrafttreten 2001⁵ war die Zulassungsbeschränkung als temporäre Massnahme gedacht, namentlich um die Auswirkungen der Personenfreizügigkeit auf den Kostenanstieg im ambulanten Bereich zu beschränken. Da andere Vorlagen jedoch scheiterten, wurde Artikel 55a mehrfach verlängert – mit unerwünschten Wirkungen für das System in Form einer Verunsicherung der Akteure und einer Verfälschung ihres Verhaltens. So lässt sich die Zunahme der erteilten ZSR-Nummern ab 2009 – bei der Aufhebung der Zulassungsbeschränkung für die ärztlichen Grundversorger – und ab 2012 – als die Beschränkung ganz aufgehoben wurde – teilweise durch die temporäre Marktregulierung erklären. Das Ausmass der Zunahme hingegen ist wohl auch ein Zeichen für die Verunsicherung der Leistungserbringer, die sofort die Gelegenheit nutzten und eine Zulassung beantragten, um einer erneuten Beschränkung zuvorzukommen. Deshalb möchte der Bundesrat anstelle einer weiteren befristeten Verlängerung von Artikel 55a KVG eine langfristig zufriedenstellende Lösung schaffen.

Das Gesundheitssystem der Schweiz ist im Wandel begriffen. Es stehen in Zukunft grosse Herausforderungen an, auch wenn Beobachter und Bevölkerung mit der Qualität des Systems und den erbrachten Leistungen heute insgesamt zufrieden sind. Mit der demografischen Entwicklung werden die chronischen Krankheiten weiter

¹ Gestützt auf die Daten von SASIS AG (www.sasis.ch)

² AS 2013 2065

³ AS 2013 2255

⁴ Daten von SASIS AG (www.sasis.ch)

⁵ AS 2000 2305

zunehmen. Die Leistungen werden sich weiterentwickeln und der wachsende Bedarf muss finanziert werden. Zudem erfordern die zunehmende Komplexität und die gegenläufigen Interessen mehr Steuerung und Transparenz des Systems. Aufgrund der Reichweite dieser Herausforderungen hat der Bundesrat Anfang 2013 mit der Strategie *Gesundheit2020* die gesundheitspolitischen Prioritäten festgelegt und die Grundlage geschaffen, um die anstehenden Herausforderungen zu meistern. Im Zentrum der Strategie stehen die Bevölkerung und ihr Wohlbefinden. Das Gesundheitswesen soll um sie und ihre Bedürfnisse herum weiter entwickelt werden. Aus dieser Sicht konzentriert sich die Problematik des Versorgungsangebots nicht mehr ausschliesslich auf die Kosten, sondern auch auf den optimalen Zugang der Versicherten zu den Leistungen, die sie effektiv benötigen. Ohne Regulierung des ambulanten Bereichs nehmen aber auch das Angebot und mit ihm die Menge an erbrachten Leistungen und dementsprechend die Kosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu. Die optimale Organisation der Versorgung ist deshalb auch eine Massnahme, um den Anstieg der Gesundheitskosten einzudämmen. Die hier erläuterte Revisionsvorlage hat zum Ziel, die Leistungserbringung noch stärker auf die Bedürfnisse der Versicherten auszurichten. Die Vorlage erfüllt Ziel 4.2 der Strategie *Gesundheit2020*, mit dem die gesundheitspolitische Steuerung verbessert werden soll. Dies insbesondere durch die Schaffung neuer Steuerungsmöglichkeiten für die Versorgung im (spital-) ambulanten Bereich, mit denen die Kantone beispielsweise auf eine Über- oder Unterversorgung reagieren können.

Vorarbeiten

Mit Blick auf eine politisch möglichst tragfähige und langfristig anwendbare Lösung wurde die Vorlage im Rahmen eines partizipativen Verfahrens erarbeitet. Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) hat dazu am 2. September 2013 und am 11. Februar 2014 zwei Runde Tische mit den wichtigsten betroffenen Partnern unter der Leitung von Bundesrat Alain Berset einberufen.

Der erste Runde Tisch befasste sich mit den bisherigen Vorschlägen und den beiden Grundsatzfragen, ob Handlungsbedarf besteht und wenn ja, welche der unterbreiteten Massnahmen als Lösung für die langfristige Steuerung des ambulanten Bereichs infrage käme. Die Partner kamen klar zum Schluss, dass Handlungsbedarf besteht. Die Betonung müsse aber auf der Qualität der Versorgung liegen und nicht ausschliesslich auf den Kosten. Ein Qualitätsmerkmal der Versorgung besteht darin, dass weder Über- noch Unterversorgung herrscht.

Den Teilnehmenden des zweiten Runden Tisches wurde eine Bewertung der Stärken und Schwächen der drei Hauptmodelle Vertragsfreiheit, Differenzierung der Tarife und Regulierung der Zulassungen vorgelegt. Das abgegebene Dokument enthielt auch die zentralen Punkte, die das Herzstück der Reform bilden sollten. Die Partner konnten dazu und zur Bewertung der drei Lösungsmodelle Stellung nehmen. Aus der Diskussion ergaben sich verschiedene Eckwerte. Zum einen brauchen die Akteure Sicherheit und Planbarkeit. Im Hinblick auf einen Kompromiss erwies sich zudem das Modell der Regulierung des ambulanten Bereichs durch die Kantone als pragmatischste Lösung. Die Kantone sollen jedoch nicht verpflichtet sein einzugreifen, sondern von ihrer Kompetenz bei Bedarf Gebrauch machen können. Und schliesslich wurde erneut betont, dass im Zentrum des Modells, bei dessen Erarbeitung die Partner formell einbezogen werden und das von einer möglichst regionalen Perspektive ausgehen soll, die Qualität des Versorgungsangebots stehen soll.

1.2 Die beantragte Neuregelung

Die vorgeschlagene Änderung besteht darin, den ambulanten Bereich zu regulieren, wobei der Schwerpunkt auf die Qualität des Versorgungsangebots gelegt werden soll. Bei einer festgestellten Überversorgung haben die Kantone die Möglichkeit, nicht jedoch die Pflicht, die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu regulieren. Dabei sollen sie sich an Qualitätskriterien orientieren. Diese Regulierung kann alle Leistungserbringer betreffen, nicht nur die Ärzte und Ärztinnen, und muss die Tätigkeit der Spitäler im ambulanten Bereich berücksichtigen. Bei einer Unterversorgung können die Kantone die Massnahmen ergreifen, die sie als geeignet erachten, sofern die nationalen und internationalen Vorschriften eingehalten werden. Die Tätigkeit der Spitäler im ambulanten Bereich müssen die Kantone in den Leistungsaufträgen regeln. Der Bundesrat greift nur in die Steuerung ein, wenn der Kanton bei einer Überversorgung, die sich messbar auf die Kosten auswirkt, keine Massnahmen trifft. Es ist eine subsidiäre Kompetenz für den Eingriff in die Taxpunktwerte vorgesehen.

Die Zulassungsregulierung, bei der die Kantone die Tätigkeit von Leistungserbringern nur bei Bedarf bewilligten, wurde oft mit einem Zulassungsstopp gleichgesetzt. Nach dem neuen System ermittelt die kantonale Behörde in einem ersten Schritt den Versorgungsbedarf in Bezug auf die als optimal bestimmte Versorgungsqualität. Nur auf dieser Grundlage können Unterstützungs- oder Regulierungsmassnahmen ergriffen werden. Eines der Ziele ist, dass sich die Kantone untereinander koordinieren oder zumindest die Vorkehrungen von Nachbarkantonen beachten, bevor sie von ihrer Kompetenz Gebrauch machen und Massnahmen treffen. Die zentrale Stellung bei der Steuerung kommt dem Kanton zu. Die beteiligten Partner – Leistungserbringer, Versicherer und Versicherte – spielen aber eine wichtige Rolle. Will ein Kanton Massnahmen ergreifen, muss er zuerst eine aus diesen Partnern zusammengesetzte Kommission einsetzen. Die Kommission gibt eine Empfehlung ab, die der Kanton berücksichtigen muss. Folgt der Kanton der Empfehlung der Kommission nicht, muss er die Abweichung begründen. So sind der Einbezug der Partner und die Begründung des Kantons für abweichende Entscheide sichergestellt. Dieses Modell orientiert sich am Verfahren im Preisüberwachungsbereich bei einer geplanten Erhöhung von behördlich festgesetzten oder genehmigten Preisen (vgl. Art. 14 des Preisüberwachungsgesetzes vom 20. Dezember 1985, SR 942.20). Die Vorlage enthält auch eine Bestimmung zur Datenübermittlung. Diese Frage hat in der Vergangenheit oft zu Problemen geführt. Künftig sollen sich die Partner insbesondere dank der Zusammenarbeit in der Kommission über die jeweils benötigten Daten und deren Übermittlung einigen. Der Bundesrat hat die Möglichkeit, die Einzelheiten zu regeln. So können allfällige Blockaden behoben werden.

Mit diesem Modell kann die Grundversorgung flächendeckend angeboten und das Spezialarztangebot kontrolliert werden. Die Übertragung der Kompetenz zur Angebotsregulierung an die Kantone sorgt für eine gewisse Nähe bei der Prüfung des Bedarfs und stellt sicher, dass die Entscheide nicht nur auf wirtschaftlichen Interessen, sondern dem Willen beruhen, ein gutes Versorgungsangebot sicherzustellen.

1.3

Begründung und Bewertung der vorgeschlagenen Lösung

Parlament und Bundesrat haben in der Vergangenheit mehrfach Vorlagen mit Auswirkungen auf das Leistungsangebot im ambulanten Bereich geprüft. Die Diskussionen über die Teilrevision des KVG zur Vertragsfreiheit⁶ endeten mit einem Nichteintreten.⁷ Die Teilrevision des KVG bezüglich Managed Care⁸ wurde vom Volk am 17. Juni 2012 abgelehnt.⁹ Verschiedene parlamentarische Vorstösse gaben mögliche Stossrichtungen an. Das Bundesamt für Gesundheit hat eine Übersicht erstellt und sie den Partnern an den beiden Runden Tischen vorgelegt.

Vertragsfreiheit

Vertragsfreiheit bedeutet, dass die Leistungserbringer und die Versicherer ihre Vertragspartner frei wählen können. Um zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig zu sein, müssen die Leistungserbringer mit einem oder mehreren Versicherern einen Vertrag abgeschlossen haben. Die Idee ist, dass die Nachfrage bestimmt, ob in einem Fachbereich oder einer Region eine Erhöhung oder Senkung des Angebots erforderlich ist. Es wurden verschiedene Varianten dieses Modells mit zusätzlichen marktregulierenden Kriterien vorgeschlagen.

Theoretisch soll die Aufhebung des Vertragszwangs den Wettbewerb unter den Leistungserbringern fördern, was bei gleichzeitiger Qualitätsverbesserung letztlich einen Rückgang der Kosten bewirken sollte. Sie schliesst aber nicht aus, dass der wirtschaftliche Druck die freie Wahl der Behandlung in den Hintergrund drängt. Ausserdem hängt die Wirksamkeit der Angebotssteuerung von der Koordination zwischen den Versicherern ab: Wird der Bedarf von jedem Versicherer unabhängig von den anderen bestimmt, kann die Versorgungsqualität nicht verbessert werden. Schliesslich schafft die Vertragsfreiheit für die Ärzte und Ärztinnen wirtschaftliche Unsicherheit, da ihre Zulassung auf dem Spiel stehen kann.

Das Parlament hat dieses Modell bereits vielfach diskutiert. Die Vertragsfreiheit hat unabhängig von der vorgeschlagenen Variante nie eine Mehrheit gefunden. Bei der Abstimmung über die Managed Care-Vorlage hat das Volk klar gezeigt, dass es eine freie Wahl des Leistungserbringers wünscht. Nach Ansicht der Patientinnen und Patienten sollen weder die Versicherer (über die Vertragsfreiheit) noch grundsätzlich die Leistungserbringer an ihrer Stelle die Ärzte und Ärztinnen wählen, die ihre Ansprechpersonen sein sollen.

Differenzierung der Tarife

Das KVG ist so konzipiert, dass der Tarif die Berechnungsgrundlage für die Vergütung bildet. Dieser wird grundsätzlich in Verträgen zwischen den Versicherern und den Leistungserbringern festgelegt und muss mit dem Gesetz sowie dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang stehen. Bisher sahen schon verschiedene Vorschläge die Regulierung des Angebots über Tarife vor, die nach verschiedenen Kriterien (Ärztedichte, Qualität, Fachgebiet usw.) differenziert sind.

In der Praxis wäre eine Differenzierung der Tarife kaum geeignet, ein qualitativ hochwertiges Versorgungsangebot zu schaffen. Denn es ist schwierig, den «richti-

⁶ BBl 2004 4293

⁷ AB 2008 S 1044 und AB 2010 N 1056

⁸ BBl 2004 5599

⁹ BBl 2012 7685

gen» Preis für eine Leistung in einer bestimmten Region festzulegen. Dieser Preis muss gestützt auf die Entwicklung der Versorgung regelmässig neu beurteilt werden, was zwangsläufig zu einer Verunsicherung der Leistungserbringer führt. Diese berücksichtigen zudem nicht nur finanzielle Kriterien für ihren Entscheid, wo sie ihre Tätigkeit ausüben möchten. Das soziale Umfeld, das Leisten von Notfalldienst, die Lebensqualität und die Möglichkeit von Teilzeitarbeit sind ebenfalls Faktoren, die in ihre Entscheidung einfließen. Die Erhöhung eines Tarifs muss sehr gewichtig sein, damit die anderen Entscheidungsfaktoren nur einen beschränkten Einfluss haben und die Leistungserbringer zu mehr Mobilität bereit sind. Nach dem Grundsatz der Kostenneutralität muss jede Tarifierhöhung durch eine entsprechende Tarifsenkung in einem anderen Fachgebiet oder einer anderen Region kompensiert werden, damit die Kosten des Systems für die Versicherten zumutbar bleiben. Für die Patientinnen und Patienten und die Leistungserbringer würde eine Differenzierung wirtschaftliche Anreize schaffen, die für das System nicht wünschenswert sind. Zum einen verleitet eine Versorgung, die in den Randregionen teurer als in den Städten ist, Patientinnen und Patienten dazu, sich in der Stadt behandeln zu lassen. Dies würde den Markt aus dem Gleichgewicht bringen. Ausserdem ist die Mobilität der Patientinnen und Patienten nicht das Ziel. Die Reform bezweckt in erster Linie, eine optimale Versorgung für alle bereitzustellen, ungeachtet der Region, in der sie wohnen.

Ausserdem entspricht nach mehrfach dargelegter Ansicht des Bundesrats eine rein auf regionalpolitischen Zielsetzungen beruhende Taxpunktwerterhöhung nicht dem Wirtschaftlichkeitsgrundsatz, das für alle Tarife von Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gilt.

Dieses Modell schafft somit zu grosse Unsicherheiten und Fehlanreize, als dass eine Umsetzung in Betracht gezogen werden könnte. Tarifarische Massnahmen sollten nur ausnahmsweise oder als subsidiäres Instrument ins Auge gefasst werden.

Regulierung der Zulassungen

Die Regulierung der Zulassungen geht auf einen gemeinsamen Vorschlag der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) zurück, der als Grundlage für das Modell im vorliegenden Bericht diente. Der ursprüngliche Vorschlag wollte vom Begriff eines generellen Zulassungsstopps zu demjenigen einer Zulassungssteuerung durch die Kantone zurückfinden, um die Versorgung optimal an den örtlichen Gegebenheiten auszurichten.

Der Bundesrat hat das vorgeschlagene Modell gestützt auf die Ergebnisse der Runden Tische im Hinblick auf einen breiteren Konsens und die Optimierung der Vorlage angepasst.

1.4 Angemessenheit der erforderlichen Mittel

Mit der vorgeschlagenen Änderung erhalten die Kantone die Kompetenz, ihren Bedürfnissen entsprechend gezielt eine Über- oder Unterversorgung vermeiden zu können. Die Kantone sind allerdings nicht verpflichtet, einzugreifen. Dadurch wird ein problembezogenes Eingreifen ermöglicht und eine Überregulierung in Fällen verhindert, in denen die Umstände kein Eingreifen erfordern. In der Vorlage wird klar zwischen Über- und Unterversorgung unterschieden. Jeder Kanton wird somit

nur die Massnahmen treffen, die im konkreten Fall erforderlich sind, und kann diese nach Gebiet oder Art der Leistung differenzieren. Mit der Vorlage wird die Zusammenarbeit zwischen den Partnern gefördert. Dies ermöglicht sowohl pragmatische und konsensfähige Lösungen, die eher akzeptiert werden, als auch eine bessere Zusammenarbeit bei der Umsetzung der Massnahmen. Zum einen müssen die Kantone ihr Vorgehen koordinieren. So wird der Über- oder Unterversorgung in überkantonalen Regionen Rechnung getragen, wenn ein Kanton Massnahmen ins Auge fasst. Zum andern werden die Partner in Anlehnung an das Modell des Preisüberwachungsgesetzes stark in den Entscheidungsprozess einbezogen und müssen untereinander die nötigen Daten austauschen. Damit stellt die Vorlage sicher, dass die Massnahmen auf Mitwirkungsbasis und gestützt auf eine ausreichende Datengrundlage getroffen werden. Die vorgesehene subsidiäre Kompetenz des Bundesrates schafft einen Anreiz für die Kantone, ihre Kompetenz zu nutzen, da sie eine angemessene Beurteilung der Lage und die Verabschiedung gezielter Massnahmen erlaubt. Schliesslich entspricht die Vorlage den Grundsätzen des KVG wie namentlich der Wirtschaftlichkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirksamkeit und gleichzeitig dem Grundsatz, dass die Versorgung in der Kompetenz der Kantone liegt. Die einzelnen Bestandteile der Vorlage können somit das Versorgungsangebot da verbessern, wo es nötig ist, und zugleich Flexibilität bei den Massnahmen und die Einhaltung der geltenden Vorschriften sicherstellen.

1.5 Rechtsvergleich, insbesondere mit dem europäischen Recht

Eine vom Bundesamt für Gesundheit in Auftrag gegebene Studie zur Angebotssteuerung im ambulanten Bereich stellte eine beachtliche Vielfalt der Systeme und Regulierungen in den verschiedenen Ländern (22 untersuchte Staaten) der OECD (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) fest.¹⁰ Die Unterschiede sind besonders in den Bereichen der Organisation, Finanzierung und Steuerung der ärztlichen Gesundheitsversorgung gross, während es bei der Berufszulassung zwischen den Staaten viele Parallelen gibt.

Berufszulassung

Im Bereich der Berufszulassung verlangen die untersuchten Staaten für alle Ärzte und Ärztinnen eine Bewilligung bzw. Approbation, im Unterschied zur Schweiz, wo die Bewilligungspflicht nur für die selbständig tätigen Ärzte und Ärztinnen gilt. Die Voraussetzungen für die Erlangung einer Berufsausübungsbewilligung bzw. Approbation sind in den untersuchten Staaten aufgrund der Richtlinie vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen¹¹, in welcher die Mindestanforderungen an die Aus- und Weiterbildung für die EU- und EFTA-Staaten (Staaten der Europäischen Union und der Europäischen Freihandelsassoziation) sowie die Schweiz einheitlich festgelegt sind, sehr ähnlich (abgeschlossenes Medizinstudium von mindestens sechs Jahren, abgeschlossene Weiterbildung, Vertrauenswürdigkeit

¹⁰ Rütsche, Bernhard; Poledna, Tomas; Gigaud, Philippe; Flühler, Nadja. Studie: Angebotssteuerung im ambulanten Bereich – Insbesondere Rechtsvergleich der Zulassungsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten zur Abrechnung zulasten einer (staatlichen) Krankenversicherung; Luzern, 18. Dezember 2013

(<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/14851/index.html?lang=de>)

¹¹ Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen, ABl. L 255 vom 30.9.2005, S. 22

und gesundheitliche Eignung). Für ausländische Ärzte und Ärztinnen aus Freizügigkeitsstaaten (Staaten, mit denen kraft supranationalem Recht [EU] oder aufgrund eines Abkommens Personenfreizügigkeit besteht) kennen die untersuchten Staaten entweder gar keine gesetzlichen Zugangsschranken oder sie verlangen – wie die Schweiz – die Kenntnis der bzw. einer Landessprache. Gegenüber Ärzten und Ärztinnen aus Drittstaaten (Staaten ohne Freizügigkeitsabkommen) bestehen in einigen Staaten Zugangshürden in Form von Zusatzprüfungen und zusätzlichen Anforderungen hinsichtlich Berufs- und Praxiserfahrung.

Zulassung zur Abrechnung zulasten der Krankenversicherung

Betreffend die Zulassung zur Abrechnung zulasten der Krankenversicherung bzw. des Gesundheitsdienstes existiert etwa in der Hälfte der untersuchten Staaten ein Vertrags- bzw. Anschlusszwang, wie man ihn auch in der Schweiz kennt. In einzelnen Staaten ist dieser auf bestimmte Bereiche beschränkt (Frankreich: automatische Zulassung von Spitalärzten und -ärztinnen; Slowakische Republik: ambulante ärztliche Grundversorgung). Betreffend Abrechnungszulassung von ausländischen Ärzten und Ärztinnen bestehen in den untersuchten Staaten keine gesetzlichen Schranken. Einzig Schweden (umfangreiche medizinische Erfahrung sowie Qualifikation als Facharzt) und Australien (Tätigkeit während zehn Jahren an einem Ort, an dem Ärztemangel herrscht) kennen spezifische gesetzliche Zugangsvoraussetzungen für ausländische Ärzte und Ärztinnen.

Angebotssteuerung

Eine Angebotssteuerung im Bereich der Berufszulassung konnte nur in Belgien und Spanien festgestellt werden. Dagegen nimmt die überwiegende Mehrzahl der untersuchten Staaten Einfluss auf die Anzahl der angebotenen Studienplätze für die ärztliche Ausbildung. Studienplatzbegrenzungen existieren in einzelnen Staaten auch für fachärztliche Weiterbildungen (z.B. Frankreich, Tschechische Republik, Lettland). Hinsichtlich der Angebotssteuerung im Rahmen der staatlichen Finanzierung gibt es in den untersuchten Staaten eine Vielfalt von Modellen. So wird die Anzahl der Verträge bzw. Ärzte und Ärztinnen, die über die Krankenversicherung bzw. den Gesundheitsdienst abrechnen dürfen, in mehreren Staaten aufgrund einer Bedarfsermittlung beschränkt (Deutschland, Österreich, Italien, Dänemark, Island, Lettland, Slowakei). In Deutschland beispielsweise erarbeiten die kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen einen Bedarfsplan, welcher Feststellungen über die ärztliche Versorgung unter Berücksichtigung der Arztgruppen, die Bevölkerungsdichte und -struktur sowie die Art bzw. den Umfang der Nachfrage nach vertragsärztlichen Leistungen, deren Deckung sowie deren räumliche Zuordnung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu beinhalten hat. Verschiedene Staaten steuern die Angebotsmenge über das Budget, das für die Finanzierung ärztlicher Leistungen zur Verfügung gestellt wird (z.B. England und Polen). Damit in Polen eine ambulante Erstbehandlung vom staatlichen Gesundheitsdienst bezahlt wird, muss diese durch einen Vertragsarzt des nationalen Gesundheitsfonds (NFZ) durchgeführt werden. Alle Ärzte und Ärztinnen, welche gewisse Kriterien erfüllen, können sich um einen Vertrag mit dem NFZ (Einheitskrankenkasse) bewerben, wobei die Auswahl in einem speziellen Vergabeverfahren erfolgt. Das Angebot wird somit indirekt durch die vom NFZ eingekauften Gesundheitsdienstleistungen gesteuert. Dänemark und Norwegen nehmen die Angebotssteuerung unter anderem mittels finanziellen Anreizen vor, beispielsweise mittels besserer Entschädigung von Leistungen, welche zu wenig angeboten werden.

Wie der Blick auf andere OECD-Staaten zeigt, gibt es bei einer Vielzahl der untersuchten Staaten eine Lösung für die langfristige Steuerung der ärztlichen Versorgung im ambulanten Bereich. Insbesondere haben alle untersuchten Nachbarländer der Schweiz (Deutschland, Österreich, Frankreich, Italien) bereits Systeme eingeführt, um die Anzahl Ärzte und Ärztinnen, welche zulasten der obligatorischen Krankenversicherung abrechnen dürfen oder um das durch diese Ärzte und Ärztinnen abrechenbare Leistungsvolumen zu beschränken. Mit der vorgeschlagenen Gesetzesänderung kann die Schweiz den ambulanten Bereich somit ebenfalls regulieren.

1.6 Umsetzung

Grundsätzlich wird es Sache der Kantone sein, das angemessene Versorgungsangebot zu bestimmen und dessen Qualität zu regulieren: Wenn sie beschliessen einzugreifen, sind hauptsächlich sie mit der Umsetzung der Massnahmen betraut. Sie werden ausserdem den ambulanten Bereich der Spitäler im Rahmen der Spitalplanung regulieren müssen. Dies erfolgt, wie es Artikel 39 Absatz 2 vorsieht, in Koordination mit den anderen Kantonen.

Die Vorlage legt jedoch einige Eckwerte fest:

- Die Kantone müssen, wenn sie eingreifen wollen, eine Kommission bestehend aus Vertretungen der Versicherten, der Leistungserbringer und der Versicherer einsetzen. Rolle und Zusammensetzung der Kommission sind im Gesetz festgelegt. Die organisatorischen Aspekte werden den Kantonen überlassen. Es können Massnahmen zu einzelnen Leistungserbringern getroffen werden. Die Vertretung der Leistungserbringer in der Kommission kann deshalb fallweise angepasst werden;
- Die Kantone entscheiden, ob sie die Zulassungen zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung beschränken oder Unterstützungsmassnahmen ergreifen wollen. Dabei richten sie sich nach Qualitätskriterien wie der Teilnahme an Qualitätsprogrammen oder an Notfalldiensten, Weiterbildungen im Bereich Qualitätssicherung oder der Zugehörigkeit zu einem integrierten Versorgungsnetz. Die Kriterien müssen mit den nationalen oder internationalen Vorschriften vereinbar sein. Aus diesem Grund konnte einigen an den Runden Tischen gemachten Vorschlägen nicht Rechnung getragen werden. Beispielsweise ist es nicht mit der Personenfreizügigkeit vereinbar, eine dreijährige Praxis in einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte zu verlangen. Auch ist es nicht erforderlich, die Kenntnisse einer Landessprache im KVG zu regeln. Dies weil die Artikel 15 und 21 des Medizinalberufegesetzes vom 23. Juni 2006 (MedBG; SR 811.11) das Beherrschen einer Landessprache bereits als Voraussetzung für die Anerkennung ausländischer Diplome und Weiterbildungstitel, die schweizerischen Diplomen und Weiterbildungstiteln gleichwertig sind, vorsehen. Beim Verfahren zur Anerkennung der Diplome muss die zuständige Stelle des Bundes diese Kenntnisse prüfen. Ist keine Diplomanerkennung erforderlich, muss die Einrichtung, die die betreffende Person anstellen will, kontrollieren, ob ihre Sprachkenntnisse für die Ausübung ihrer Aufgaben ausreichen;
- Die Massnahmen bei Unterversorgung müssen «geeignet» sein, was die Einhaltung der Grundsätze des KVG insgesamt und insbesondere der Wirtschaftlich-

keit voraussetzt. Für jede vorgeschlagene und von den Kantonen und Konsultativkommissionen angenommene Massnahme muss deshalb systematisch eine Schätzung über die Auswirkungen auf die Preise der Leistungen und die Kosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vorgenommen werden.

Einzelne Punkte wird der Bundesrat auf dem Verordnungsweg zu regeln haben:

- Beschliesst ein Kanton eine Regulierung des Angebots, hat er in einem ersten Schritt die angemessene Versorgung zu bestimmen. Das Vorgehen muss überprüfbar sein und auf verlässlichen Daten beruhen. Deshalb wird der Bundesrat beauftragt, in einer Verordnung Mindestkriterien festzulegen. Es wird sich dabei in erster Linie um Qualitätskriterien handeln, die sich zum einen an die Praxis im stationären Bereich anlehnen (z.B. Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist) und zum andern auf den Vorschlägen der Runden Tische (z.B. Leistungsvolumen) beruhen. Die Kantone können auch zusätzliche Kriterien festlegen;
- Die Vorlage gibt dem Bundesrat die Kompetenz, die Bereitstellung der Daten zur Beurteilung der angemessenen Versorgung und zur Umsetzung der Massnahmen zu regeln. Der Bundesrat wird jedoch nur subsidiär von dieser Kompetenz Gebrauch machen, sofern die Partner betreffend Datenübermittlung zu keiner oder nur einer unvollständigen Einigung gelangen;
- Diese Praxis gilt auch für Tarifsenkungen bei überdurchschnittlichem Anstieg der Kosten pro Versicherten in einem ambulanten Sektor eines Kantons. Diese Massnahme wurde dem Parlament bereits 2009 im Rahmen des Massnahmenpakets zur Eindämmung der Kostenentwicklung vorgeschlagen¹² und war damals kaum umstritten. Die Vorlage scheiterte aber aus anderen Gründen (Arzneimittelsubstitution, Dringlichkeit der Massnahmen) bei der Schlussabstimmung im Nationalrat.¹³ Die Senkung des Tarifs oder des Taxpunktwerts erfolgt nicht nach einer festen Formel. Liegt in einem Bereich ein überdurchschnittlicher Kostenanstieg vor, entscheidet der Bundesrat unter Berücksichtigung der Umstände über eine allfällige Senkung des Tarifs oder Taxpunktwerts. Neben der Kostenentwicklung in den anderen Kantonen im Vergleichsjahr wird auch die Kostenentwicklung in den einzelnen Bereichen im Kanton (z.B. Physiotherapie und ärztliche Leistungen) herangezogen. Ausserdem ist besonderen Umständen (z.B. Änderung der Behandlungsmethode oder Verschiebung von Behandlungen vom stationären in den ambulanten Bereich) und bedeutenden Schwankungen der Preis- und Lohnentwicklung Rechnung zu tragen. Das kantonale Kostenniveau dient primär zur Beurteilung der wirtschaftlichen Tragbarkeit der Versorgung in einem Kanton. Auf diese Weise erübrigt sich eine – hinsichtlich Machbarkeit und Zeitaufwand problematische – Beurteilung der kantonalen Unterschiede bezüglich Morbidität und Altersstruktur, das heisst der Einbezug von Einflussfaktoren auf das Kostenniveau der einzelnen Kantone, auf die diese nicht einwirken können. Es kann allerdings sein, dass der Entscheid des Bundesrats wegen der erforderlichen Konsolidierung der Kostendaten nicht schon im Jahr nach dem jeweiligen Anstieg zur Anwendung kommt.

¹² BBl 2009 5793

¹³ AB 2010 N 1673

1.7

Erledigung parlamentarischer Vorstösse

Zahlreiche parlamentarische Vorstösse schlagen Gesetzesänderungen im ambulanten Bereich vor und zielen auf eine Verbesserung bei der Qualität der Versorgung ab.

Motion 13.3265 «Gegenvorschlag zum Zulassungsstopp für Ärzte»

Die von Nationalrat Jürg Stahl eingereichte Motion fordert den Bundesrat auf, ab einer bestimmten Ärztedichte die Vertragsfreiheit einzuführen. Die Motion wurde im Nationalrat noch nicht behandelt. Der Ständerat hat jedoch am 26. September 2012 eine ähnliche Motion abgelehnt: Die von Ständerat Felix Gutzwiller eingereichte *Motion 12.3638 «KVG. Vertragsfreiheit einführen»* forderte vom Bundesrat eine Revision des KVG zur Einführung der Vertragsfreiheit zwischen spezialisierten Ärzten und Ärztinnen und Krankenversicherern im ambulanten Bereich mit Mindestvorschriften zur Sicherstellung der Dichte und der Qualität der Versorgung. Die Ärzte und Ärztinnen sollten im ambulanten Bereich privat und ohne Vertrag mit einem Krankenversicherer praktizieren können. Die Modelle, bei denen die Vertragsfreiheit durch die Ärztedichte begrenzt oder auf Spezialärzte und -ärztinnen beschränkt wird und die Mindestvorschriften bezüglich Dichte und Qualität enthalten, wurden den Partnern an den Runden Tischen (s. 1.1) als Vorschlag unterbreitet. Das Modell wurde aber nur von wenigen für die Steuerung des ambulanten Bereichs in Betracht gezogen. Aus der Beschreibung der Vor- und Nachteile (s. 1.3) geht klar hervor, dass die Vertragsfreiheit die Versorgungsqualität bei den bestehenden Marktverhältnissen nicht verbessern könnte.

Interpellation 13.3223 «Leistungsgerechte Korrekturen am Arzttarif Tarmed und Stärkung der Hausarztmedizin»

Die von Nationalrätin Ruth Humbel eingereichte Interpellation fordert unter anderem, dass der Bundesrat aufzeigt, wie er beeinflussen kann, dass bestimmte Taxpunktwerte differenziert werden, so dass diese in Agglomerationen mit Überversorgung gesenkt und in Regionen mit drohender Unterversorgung erhöht werden können. Der Nationalrat hat die Interpellation noch nicht behandelt. Am 4. März 2014 hat der Ständerat eine ähnliche, vom Nationalrat am 11. September 2013 angenommene Motion abgelehnt: Die von der Fraktion CVP/EVP/glp eingereichte *Motion 11.3888 «Hausarztfreundliches Tarifsysteem»* beauftragte den Bundesrat, gesetzliche Grundlagen für die Schaffung eines hausarztfreundlichen Tarifsystems vorzulegen, insbesondere mit der Möglichkeit, regional differenzierte Taxpunktwerte auszuhandeln und einen zweiten Tarif für Hausärzte und -ärztinnen zu schaffen. In Bezug auf die Förderung der Hausarztmedizin werden der vom Volk am 18. Mai 2014 angenommene direkte Gegenvorschlag zur Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» und der Masterplan «Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung» rasch zu konkreten Verbesserungen für die Hausärzte und -ärztinnen und zur Stärkung der medizinischen Grundversorgung führen. Eine Massnahme des Masterplans zielt darauf ab, die finanzielle Situation der medizinischen Grundversorger zu verbessern. Um die bessere Abgeltung der hausärztlichen Leistungen im Rahmen des Masterplans und den damit verbundenen parlamentarischen Auftrag baldmöglichst umzusetzen, wird der Bundesrat erstmals von seiner subsidiären Kompetenz nach Artikel 43 Absatz 5^{bis} KVG Gebrauch machen und auf dem Verordnungsweg Anpassungen in der Tarifstruktur Tarmed vornehmen. Die Inkraftsetzung der Verordnung ist für den 1. Oktober 2014 geplant. Nach heutigem Stand nicht denkbar sind hingegen die in der Interpellation 13.3223 erwähnten Tarifmassnahmen. Die subsidiäre Kompetenz nach Artikel 43 Absatz 5^{bis} KVG ermächtigt den Bundesrat nicht, Taxpunktwerte festzulegen. Ausserdem ist eine auf regionalpolitischen Krite-

rien gestützte Differenzierung nach Ansicht des Bundesrats nicht mit den Grundsätzen des KVG vereinbar. Tarifarische Massnahmen sind wie unter 1.3 dargelegt auch nicht geeignet, die Qualität der Versorgung zu verbessern. Die Interpellantin hatte zuvor bereits die *Motion 12.3600 «Steuerung der Ärztezulassung im KVG wieder einführen»* eingereicht, wonach der Bundesrat bei Ablehnung der Managed Care-Vorlage wieder eine Zulassungssteuerung für zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung praktizierende Spezialärzte und -ärztinnen durch die Kantone einführen sollte. Diese Motion wurde vom Nationalrat am 28. September 2012 angenommen und vom Ständerat am 9. Dezember 2013 abgelehnt, nachdem in der Zwischenzeit die Zulassungsbeschränkung wieder eingeführt worden war.

Postulat 12.3783 «Ärztstopp. Die Fehler der Vergangenheit nicht wiederholen (2)»

Nach diesem von Nationalrat Ignazio Cassis eingereichten Postulat soll der Bundesrat prüfen, ob ein Auktionsmodell bei der Vergabe von Praxiskonzessionen für neue Arztpraxen eine bessere Alternative als der bisher praktizierte Zulassungsstopp wäre. Das Postulat wurde vom Bundesrat befürwortet und vom Nationalrat am 14. Dezember 2012 angenommen. Bei diesem Modell würde in einer periodisch wiederholten, umgekehrten Auktion ein Regulator der Ärzteschaft einen tieferen Tarmed-Tarif vorschlagen und diesen stufenweise erhöhen, bis sich genügend Ärzte und Ärztinnen bereit erklären, in einem bestimmten Versorgungsgebiet zu einem bestimmten Tarif tätig zu sein. Wie im Postulat selbst steht, würde das Problem der angebotsinduzierten Nachfrage bei freien Kapazitäten in einem solchen System nicht gelöst, und es liesse sich damit auch nicht die optimale Ärztezahl für ein Gebiet bestimmen. Gleichzeitig hätte ein Auktionsmodell aber auch gewisse Vorteile: In Orten mit hoher Ärztedichte liessen sich die Kosten senken, während Randgebiete mit drohender Unterversorgung durch einen höheren Tarmed-Tarif attraktiver würden. Beim konferenziellen Vernehmlassungsverfahren zur Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung haben jedoch mehrere Kantone (namentlich ZH, TI und SG) Bedenken wegen des Anreizes für niedergelassene Ärzte und Ärztinnen geäussert, bei einem erheblichen Unterschied zwischen Angebot und Nachfrage ihre Praxis teuer zu verkaufen. Das Modell wurde am ersten Runden Tisch vorgestellt und von den Partnern rasch verworfen. Der Bundesrat beantragt aufgrund der geführten Diskussionen und der Analyse allfälliger Auswirkungen (wie die wirtschaftliche Unsicherheit für die Ärzte und Ärztinnen oder für das System nicht wünschenswerte wirtschaftliche Anreize) dieser Lösung die Abschreibung des Postulats.

Postulat 12.3681 «Ärztstopp. Die Fehler der Vergangenheit nicht wiederholen (1)»

Das Postulat wurde von Nationalrat Ignazio Cassis eingereicht und vom Nationalrat am 14. Dezember 2012 angenommen. Es fordert den Bundesrat auf zu prüfen, ob die Voraussetzung von drei Jahren Praxis an einer anerkannten Weiterbildungsstätte in der Schweiz für die Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit der Personenfreizügigkeit vereinbar ist. Eine solche Regelung hat das Parlament in die Vorlage des Bundesrats zur dringlichen vorübergehenden Wiedereinführung der Zulassungsbeschränkung aufgenommen (Art. 55a Abs. 2 KVG). Die Bundesverwaltung hat die Frage anlässlich der Debatten im Parlament geprüft und kam zum Schluss, dass es nicht mit Artikel 55 der Richtlinie 2005/36/EG¹⁴ verein-

¹⁴ Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen, ABl. L 255 vom 30.9.2005, S. 25

bar ist, die Zulassung eines Arztes oder einer Ärztin mit einem anerkannten Titel zur Abrechnung zulasten der Krankenversicherung von einer vorgängigen Berufspraxis oder einer zusätzlichen Ausbildung abhängig zu machen. Somit widerspricht eine derartige Auflage der Personenfreizügigkeit. Die Rechtsprofessoren Thomas Cottier und Astrid Epiney haben bestätigt, dass es nicht mit der Personenfreizügigkeit vereinbar ist, die Zulassung der Leistungserbringer von einer vorgängigen Berufsausübung, ungeachtet deren Dauer, abhängig zu machen. Prof. Epiney bestätigte die Ansicht der Verwaltung, dass auch eine unkontrollierte Zunahme erteilter ZSR-Nummern eine Abweichung vom Nichtdiskriminierungsgrundsatz nicht rechtfertige, und dass in einem solchen Fall die Kriterien für eine Ausnahme nicht erfüllt seien. Aus diesem Grund verzichtet der Bundesrat in der hier erläuterten Vorlage auf die Aufnahme dieses Kriteriums. Aufgrund der vorgenommenen Abklärungen und Gutachten beantragt der Bundesrat die Abschreibung des Postulats.

Motion 13.3874 «Investitionsbeihilfen für medizinische Grundversorgungsangebote in peripheren und unterversorgten Regionen»

Die von Nationalrätin Jacqueline Fehr eingereichte Motion fordert den Bundesrat auf, die gesetzlichen Grundlagen zu schaffen, um zur Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung in peripheren Regionen Investitionsbeihilfen gewähren und die Modernisierung der Infrastruktur unterstützen zu können. Die Motion wurde im Nationalrat noch nicht behandelt. Laut Verfassung muss der Bund grundsätzlich sicherstellen, dass sich die Schweizer Bevölkerung unter zumutbaren Bedingungen gegen Krankheits- und Unfallrisiken versichern kann. Die Gewährleistung der öffentlichen Gesundheitsversorgung und sanitätspolizeilicher Aufgaben obliegt den Kantonen. Sie müssen sicherstellen, dass der Bedarf sowohl an Grundversorgung als auch an Spitzenmedizin gedeckt wird. Diese Kompetenz der Kantone will der Bundesrat mit Artikel 40b der Vorlage stärken, wonach die Kantone bei Unterversorgung die Leistungserbringer durch geeignete Massnahmen unterstützen können. Somit ist das Anliegen dieser Motion erfüllt.

2 Erläuterung der einzelnen Bestimmungen

Art. 39 Abs. 1^{bis}

Die vorbereitende Diskussion hat gezeigt, dass eine Zulassungssteuerung im ambulanten Bereich der Spitäler äusserst schwierig umsetzbar ist, da die meisten Spitäler bezüglich Arbeitsaufwand der Ärzte und Ärztinnen nicht genau zwischen ambulantem und stationärem Bereich unterscheiden können.

Diese Bestimmung weist die Kantone an, die Tätigkeit der Spitäler im ambulanten Bereich im Rahmen der Spitalplanung zu regeln. Wie im bisherigem Absatz 2 vorgesehen, müssen die Kantone ihre Planungen koordinieren. Die Regulierung des ambulanten Sektors soll die Tätigkeit der Spitäler genauer definieren, mit dem Ziel, die Koordination unter den Spitälern und mit dem ambulanten Bereich ausserhalb der Spitäler zu verbessern.

Die Kantone müssen sich auch koordinieren, um die Versorgung in den Nachbarregionen zu berücksichtigen. Anders als im stationären Bereich können sich die Kantone damit begnügen, für die Zulassung im ambulanten Sektor Inhalt und Umfang der Tätigkeit zu definieren. Die Umsetzung durch die Kantone dürfte aber einige

Zeit in Anspruch nehmen und die Auswirkungen werden sich deshalb erst in einigen Jahren bemerkbar machen.

Art. 40a Massnahmen bei Überversorgung

Art. 40a Abs. 1

Die Bestimmung gibt den Kantonen die Möglichkeit, die Zulassung neuer Leistungserbringer zu beschränken, wenn sie eine Überversorgung in einem oder mehreren medizinischen Fachgebieten oder in allen anderen im ambulanten Bereich zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassenen Berufen feststellen. Betroffen sind Ärzte und Ärztinnen, Zahnärzte und Zahnärztinnen für Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenversicherung, Einrichtungen der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen, Apotheker und Apothekerinnen, Chiropraktoren und Chiropraktorinnen, Hebammen, Laboratorien und andere Leistungserbringer, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen (Fachpersonen im Bereich Physiotherapie, Ergotherapie, Pflege, Logopädie oder Ernährung).

Gilt in einem Kanton eine Zulassungsbeschränkung, müssen daher die betroffenen Leistungserbringer, die zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sein wollen, beim Kanton ein entsprechendes Gesuch einreichen. Ist die Zulassung nicht beschränkt, bleiben die Leistungserbringer automatisch berechtigt, Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu erbringen, sofern sie die Voraussetzungen nach den Artikeln 36-40 KVG erfüllen.

Art. 40a Abs. 2

Die Kantone können den Leistungserbringern Rechnung tragen, die Teilzeit arbeiten oder arbeiten möchten. Dies ermöglicht eine genauere Steuerung der Versorgung, indem beispielsweise in der Zulassung ein Leistungsumfang bestimmt wird, der durch einen oder mehrere Leistungserbringer, die sich eine Zulassung teilen, nicht überschritten werden darf. Des Weiteren sollen sich die Kantone bei der Zulassung neuer Leistungserbringer an Qualitätskriterien orientieren wie der Teilnahme an einem Qualitätsprogramm, einem integrierten Versorgungsnetz oder einem Notfalldienst oder der Absolvierung einer Weiterbildung im Bereich der Qualitätssicherung.

Art. 40a Abs. 3

Die Bestimmung sieht eine Frist vor, innert derer von der Zulassung Gebrauch zu machen ist. Dadurch wird eine Akkumulation von Zulassungen verhindert, denn dies würde eine Leistungssteuerung verunmöglichen. Die Frist, die die Kantone im Übrigen verlängern können, entspricht derjenigen in der Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (VEZL; SR 832.103), die am 30. Juni 2016 ausläuft.

Art. 40a Abs. 4

Die Möglichkeit des Kantons, bei einer deutlichen Abweichung von den kantonal festgelegten Bedingungen, die Zulassung eines Leistungserbringers einzuschränken oder sie ihm zu entziehen, stellt ein neues Kontrollinstrument dar, welches bisher

nicht existierte. So kann der Kanton mehr oder weniger starke Massnahmen treffen, wenn sich herausstellt, dass ein Leistungserbringer sich nicht an den in der Zulassung vereinbarten Tätigkeitsumfang, das festgelegte Fachgebiet oder eine andere in der Zulassung festgelegte Bedingung hält. Wird beispielsweise ein als Grundversorger zugelassener Leistungserbringer als Augenarzt tätig, riskiert er damit seine Zulassung oder deren Änderung (z.B. durch Eintragung seines Tätigkeitsumfangs als Augenarzt, sofern dafür im Kanton ein Bedarf besteht).

Art. 40a Abs. 5

Damit ihre wirtschaftliche Sicherheit gewährleistet ist, werden die erworbenen Rechte der zugelassenen Leistungserbringer, die bei Inkrafttreten der Zulassungsbeschränkung in dem Kanton oder den Kantonen, in welchen sie bereits zulasten der obligatorischen Krankenversicherung abrechnen, nicht berührt.

Art. 40b Massnahmen bei Unterversorgung

Art. 40b Abs. 1

Bei einer Unterversorgung können die Kantone geeignete Massnahmen ergreifen, um die Niederlassung von Leistungserbringern zu fördern. Sie können diesen beispielsweise die benötigte Infrastruktur oder die Mittel zur Beschaffung dieser Infrastruktur sowie eine Garantie für deren Finanzierung zur Verfügung stellen.

Art. 40b Abs. 2

Die Kantone können ihre Unterstützungsmassnahmen an Bedingungen knüpfen. Sie sollen sich dabei an Qualitätskriterien orientieren wie der Teilnahme an einem Qualitätsprogramm, einem integrierten Versorgungsnetz oder einem Notfalldienst oder der Absolvierung einer Weiterbildung im Bereich der Qualitätssicherung. Die Unterstützungsmassnahmen können auch an einen bestimmten Tätigkeitsumfang geknüpft werden.

Art. 40c Umsetzung der Massnahmen

Art. 40c Abs. 1

Die angemessene Versorgung wird im Gesetz bewusst nicht einheitlich definiert. So können die Kantone die für ihr Gebiet angemessene Versorgung insbesondere aufgrund regionaler Besonderheiten (Stadt – Land, Zugänglichkeit, Sprache usw.) festlegen. Um die Festlegung der angemessenen Versorgung transparent und einheitlich zu gestalten, werden vom Bundesrat auf dem Verordnungsweg Mindestkriterien festgelegt. Einige Bestimmungen entsprechen sinngemäss denjenigen zur Spitalplanung. Beispielsweise müssen die Kantone die angemessene Versorgung nach einem überprüfbareren Vorgehen bestimmen und sich auf statistisch gestützte Daten und Vergleiche stützen. Ausserdem werden weitere Kriterien wie der Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist und der Umfang der Leistungen zu verwenden sein. Die Kantone können zusätzliche Kriterien anwenden, die ihren Besonderheiten Rechnung tragen.

Art. 40c Abs. 2

Eine Über- oder Unterversorgung kann nicht nur innerhalb eines gesamten Kantonsgebiets, sondern auch innerhalb einer Region festgestellt werden. Der Begriff der Region wird nicht definiert, damit die Kantone diesbezüglich über einen grösseren Spielraum verfügen. Sie berücksichtigen neben den Leistungserbringern in Arztpraxen oder in Einrichtungen nach Artikel 36a auch die Tätigkeit der Spitäler im ambulanten Bereich. Diese Tätigkeit wird in den Leistungsaufträgen geregelt (Art. 39 Abs. 1^{bis}). Anders als bei der bisherigen Zulassungsbeschränkung wird der Bundesrat selbst keine Höchstzahl der Leistungserbringer nach Region und Fachgebiet festlegen.

Art. 40c Abs. 3

Wünschenswert ist, dass die Kantone die Versorgung aus einer regionalen Perspektive beurteilen. Die Bestimmung sieht deshalb die Koordination der Kantone und die Berücksichtigung der Versorgung in den Nachbarkantonen vor. In diesem Zusammenhang ist eine Region nicht mit der Prämienregion gleichzusetzen.

Art. 40c Abs. 4

Um das Anhörungsrecht der wichtigsten Beteiligten sicherzustellen, muss ein Kanton, welcher von der neuen gesetzlichen Kompetenz Gebrauch machen will, eine Kommission bestehend aus Vertretungen der Versicherten, der (insbesondere von den Massnahmen betroffenen) Leistungserbringer und der Versicherer einsetzen. Bei der Organisation der Kommission verfügen die Kantone über einen gewissen Spielraum. Wie in der aktuellen Praxis der Preisüberwachung müssen die Kantone vor jedem Entscheid – sei es zur Festlegung der angemessenen Versorgung oder zu geplanten Massnahmen – offiziell die Kommission konsultieren. Sie müssen ihr auch Schätzungen über die Auswirkungen der geplanten Massnahmen auf die Kosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vorlegen. Der Kanton muss die Empfehlung der Kommission angemessen berücksichtigen, insbesondere wenn er von ihr abweicht. Diese Bestimmung stellt sicher, dass die betroffenen Parteien korrekt angehört werden und der Kanton ihre Empfehlung auf transparente Art und Weise berücksichtigen muss. Die Vertretung aller betroffenen Parteien in der Kommission fördert einvernehmliche Massnahmen und führt zu erhöhter Transparenz. Auf diese Weise sollen Blockaden vermieden werden.

Art. 40c Abs. 5

Die Kantone, die Krankenversicherer und deren Verbände sowie die Leistungserbringer und deren Verbände müssen dem Kanton, den Versicherern und der Kommission die nötigen Daten, um die angemessene Versorgung festlegen und die Massnahmen umsetzen und kontrollieren zu können, kostenlos zur Verfügung stellen. Die Daten sollen es auch ermöglichen, die Auswirkungen der geplanten Massnahmen auf die Kosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherungen abzuschätzen.

Mit Artikel 96 verfügt der Bundesrat ausserdem über eine subsidiäre Kompetenz, um die Bereitstellung der erforderlichen Daten zur Festlegung der angemessenen Versorgung und zur Umsetzung der Massnahmen auf dem Verordnungsweg zu

präzisieren, falls die involvierten Parteien zu keiner oder nur einer unvollständigen Einigung gelangen.

Art. 53 Abs. 1

Die Änderung dieses Absatzes macht es möglich, gegen einen kantonalen Beschluss nach den neuen Artikeln 40a und 40b vor Bundesverwaltungsgericht (BVGer) Beschwerde zu führen. Die Beschwerdemöglichkeit gegen einen solchen Beschluss stellt eine gewisse Transparenz sicher und ermöglicht die Entwicklung einer entsprechenden Rechtsprechung.

Die Beschwerdemöglichkeit im Zuge der Anwendung von Artikel 55a, der ab 1. Juli 2016 aufgehoben wird, fällt weg.

Art. 53 Abs. 2 Bst. e

Artikel 53 Absatz 2 wurde vom Parlament bei der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung gewünscht. Eine dem tatsächlichen Bedarf entsprechende Spitalplanung stellt für die Kantone ein erhebliches Kostendämpfungsinstrument dar. Diese kantonale Planungskompetenz könnte jedoch durch eine Akkumulation von Beschwerden der von der Planung ausgeschlossenen Einrichtungen und lange juristische Verfahren beeinträchtigt werden. Die Zeit für die Beschwerde, den Schriftenwechsel und die Überprüfung des Bundesrates (heute BVGer) wurde deshalb begrenzt. Buchstabe e beschränkt die Prüfungszuständigkeit des BVGer auf die Prüfung der Rechtmässigkeit der Massnahme einschliesslich Überschreitung oder Missbrauch der Ermessensausübung (der betreffenden Behörde, das heisst des Kantons) sowie unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts. Um den wirksamen Einsatz der Massnahmen nach den Artikeln 39 Absatz 1^{bis}, 40a und 40b sicherzustellen, ist es auch wünschenswert, dass die Angemessenheit der kantonalen Entscheide nicht angefochten wird, ohne dadurch aber die Prüfung der Rechtmässigkeit, mit der die angefochtene Massnahme auf die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften untersucht werden kann, infrage zu stellen.

Art. 55b Abs. 1

Diese Massnahme wurde dem Parlament bereits 2009 im Rahmen des Massnahmenpakets zur Eindämmung der Kostenentwicklung vorgeschlagen und war damals kaum umstritten. Die Vorlage scheiterte aber aus anderen Gründen (Arzneimittelsubstitution, Dringlichkeit der Massnahmen) bei der Schlussabstimmung im Nationalrat.

Die Übertragung der Kompetenz zur Senkung des Tarifs oder des Taxpunktwerts auf dem Verordnungsweg an den Bundesrat ist eine neue Massnahme. Sie ermöglicht ein rasches Eingreifen des Bundesrats und stellt eine einheitliche Umsetzung sicher, falls die Kantone trotz einer Überversorgung und einem überdurchschnittlichem Kostenanstieg keine Massnahmen nach Artikel 40a ergreifen. Ein derartiger Entscheid wird im üblichen Verfahren getroffen, bei dem der Preisüberwacher konsultiert werden muss. Betroffen von einer Senkung des Tarifs oder des Taxpunktwerts wären die Leistungserbringer, für die ein oder mehrere Tarifverträge oder Tarifentscheide gelten, wie zum Beispiel die Ärzteschaft oder der ambulante Bereich der Spitäler eines Kantons. Um zu bestimmen, ob ein Kostenanstieg in einem Kanton

überdurchschnittlich ist, wird er mit dem durchschnittlichen gesamtschweizerischen Kostenanstieg verglichen. Übersteigt der Kostenanstieg in einem Bereich den gesamtschweizerischen Kostenanstieg um mehr als zwei Prozentpunkte, kann der Bundesrat den entsprechenden Tarif für die Dauer eines Jahres um höchstens 10 Prozent senken. Dieses Kriterium macht die Massnahme vorhersehbar und stellt die Gleichbehandlung sowie gleichzeitig einen gewissen Spielraum sicher. Die Möglichkeit einer beachtlichen Tarifsenkung von bis zu 10 Prozent dürfte die Kantone aufgrund der Grösse dazu bewegen, ihre Verantwortung gegenüber der Versicherungsgemeinschaft wahrzunehmen.

Art. 55b Abs. 2

Die verordnete Tarifsenkung kann so lange aufrechterhalten werden, wie der durchschnittliche Kostenanstieg pro Versicherten im entsprechenden ambulanten Bereich dieses Kantons über dem durchschnittlichen gesamtschweizerischen Anstieg bleibt und der Kanton keine geeigneten Massnahmen trifft.

Art. 55b Abs. 3

Der Bundesrat wird von seiner Kompetenz zur Tarifsenkung nur subsidiär Gebrauch machen, das heisst nur dann, wenn die Kantone nicht von sich aus die erforderlichen Massnahmen nach Artikel 40a Absatz 3 treffen. Besondere Umstände sowie erhebliche Schwankungen der Preis- und Lohnentwicklung werden berücksichtigt. Die Kantone müssen vorgängig angehört werden.

Art. 55b Abs. 4

Nach Artikel 55 haben die Genehmigungsbehörden unter bestimmten Bedingungen die Möglichkeit, die Tarife einzufrieren. Die Anwendung dieses Artikels ist aber insbesondere wegen der Kompetenzaufteilung schwerfällig und langwierig. Zudem würde bei einem Kostenanstieg aufgrund einer Überversorgung das Einfrieren der Tarife nicht genügend Wirkung zeigen. Deshalb ist Artikel 55b nötig. Kommt Artikel 55b zum Einsatz, ist Artikel 55 nicht anwendbar.

3 Finanzielle Auswirkungen

Die neuen Bestimmungen werden sich insgesamt positiv auf die Kosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und damit auf die Prämien der Versicherten auswirken. Die Steuerung der Zulassungen wird einen Rückgang oder zumindest eine Stabilisierung der Kosten bewirken. Mit der Begrenzung des Marktzugangs für bestimmte Leistungserbringer wird nämlich die durch Überkapazitäten induzierte Nachfrage begrenzt. Die Massnahmen nach Artikel 40a werden somit einen positiven Einfluss auf die Prämien haben. Die subsidiäre Kompetenz des Bundesrates zur Tarifsenkung nach Artikel 55b wird sich ebenfalls positiv auf die Prämien auswirken.

Für den Bund wird der positive Effekt auf die Prämien zu geringeren Prämienverbilligungsbeiträgen an die Kantone zur Senkung der Prämien für Versicherte in be-

scheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen führen. Die Umsetzung der Massnahme nach Artikel 55b dürfte ohne zusätzliche Ressourcen auf Bundesebene erfolgen.

Auch für die Kantone führt der Effekt auf die Prämien zu Minderkosten bei den Prämienverbilligungen, die sie Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen gewähren. Die spitalambulante Planung dürfte Einsparungen auf dieser Ebene ermöglichen. Mehrausgaben könnten den Kantonen aufgrund von Unterstützungsmassnahmen nach Artikel 40b entstehen. Allerdings steht es den Kantonen frei, solche umzusetzen oder auch darauf zu verzichten.

4 Verhältnis zum internationalen Recht

4.1 Das Recht der Europäischen Union

Artikel 3 des Vertrags über die Europäische Union¹⁵ 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)¹⁶ geregelt. Am 1. Juni 2002 ist das Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA)¹⁷ in Kraft getreten. 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 ebenfalls 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 daher vorgesehen, dass die Staatsangehörigen einer Vertragspartei, die sich rechtmässig im Hoheitsgebiet einer anderen Vertragspartei aufhalten, nicht aufgrund ihrer Staatsangehörigkeit diskriminiert werden (Art. 2 FZA) und dass das Recht auf Aufenthalt und Zugang zu einer Erwerbstätigkeit eingeräumt wird (Art. 4 FZA). Dementsprechend sieht das 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 auf die Lebens-, Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen regeln.

Die Personenfreizügigkeit verlangt eine Koordination der einzelstaatlichen Systeme der sozialen Sicherheit, wie dies Artikel 48 AEUV vorsieht. Das Recht der Europäischen Union 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. 883/2004¹⁸

¹⁵ ABl. C 191 vom 29.7.1992

¹⁶ ABl. C 306 vom 17.12.2007

¹⁷ SR **0.142.112.681**

¹⁸ 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

und die Durchführungsverordnung Nr. 987/2009¹⁹ umgesetzt, denen die Schweiz beigetreten ist.

4.2 Die Instrumente des Europarates

Die Europäische Sozialcharta vom 18. Oktober 1961²⁰ stellt in Bezug auf die wirtschaftlichen und sozialen Rechte die Entsprechung zur Europäischen Menschenrechtskonvention²¹ 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.

In der revidierten Europäischen Sozialcharta vom 3. Mai 1996 wurde der materielle Inhalt der Charta von 1961 aktualisiert und angepasst.²² 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 aufgeführt. Die Schweiz hat dieses Instrument nicht ratifiziert.

Die Schweiz hat die Europäische Ordnung der Sozialen Sicherheit vom 16. April 1964 am 16. September 1977 ratifiziert.²³ Unser Land hat jedoch Teil II über die ärztliche Betreuung, der insbesondere vorsieht, dass den geschützten Personen medizinische Versorgung bei Krankheit ohne Rücksicht auf deren Ursache sowie bei Mutterschaft zu gewährleisten ist, nicht angenommen. Die Leistungsempfängerin oder der Leistungsempfänger 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.

4.3 Vereinbarkeit der Vorlage mit dem europäischen Recht

Der ambulante Bereich wird in sehr vielen Ländern auf die eine oder andere Weise gesteuert (s. Ziff. 1.5), wobei die entsprechenden Bestimmungen die international vereinbarten Regeln einhalten müssen. Das europäische Recht setzt zwar auf dem Gebiet der Personenfreizügigkeit Normen fest, jedoch ohne die nationalen Systeme der sozialen Sicherheit zu harmonisieren. Die Staaten sind daher frei, diese Aspekte nach ihren eigenen Vorstellungen zu bestimmen. Die Vereinbarkeit der früheren Version von Artikel 55a KVG mit dem Freizügigkeitsabkommen war ausserdem Gegenstand eines Entscheids des Bundesgerichts (BGE 130 I 26). Nach dem Urteil des Bundesgerichts verletzt die vom Bundesrat gestützt auf Artikel 55a KVG und

¹⁹ 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

²⁰ <http://conventions.coe.int/Treaty/EN/Treaties/Html/035.htm>

²¹ SR 0.101

²² <http://conventions.coe.int/Treaty/EN/Treaties/Html/163.htm>

²³ AS 1978 1491

vom Regierungsrat des Kantons Zürich konkret erlassene Reglementierung zur Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten 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) noch widerspricht sie der Pflicht zur gegenseitigen Anerkennung von Ausbildungsabschlüssen (E. 7), dem Prinzip von Treu und Glauben (E. 8) oder dem Recht auf Schutz des Privat- und Familienlebens (E. 9).

Die aktuelle im 2013 eingeführte Zulassungsbeschränkung im ambulanten Bereich gibt aber im Zusammenhang mit dem Freizügigkeitsabkommen (FZA) zwischen der Schweiz und der EU sowie dem EFTA-Übereinkommen zu juristischen Diskussionen Anlass. Die Schweiz hat sich gegenüber den 27 EU-Staaten sowie den EFTA-Staaten Norwegen, Island und Fürstentum Liechtenstein in zwei Freizügigkeitsabkommen unter anderem verpflichtet, Medizinalpersonen nicht diskriminierend zur Berufsausübung zuzulassen. Damit geht einher, dass die von diesen erworbenen Diplome und Berufsbefähigungsausweise durch die Schweiz anzuerkennen sind und ihnen den Weg zum Binnenmarkt öffnen. Die Ausnahme von der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a Absatz 2 KVG (kein Bedürfnisnachweis für Personen, welche mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben) wirkt sich einseitig zulasten der Freizügigkeit von ausländischen Ärzten und Ärztinnen aus dem EU- und EFTA-Raum aus. So müssen Personen aus dem EU- und EFTA-Raum, welche die nach den Freizügigkeitsabkommen erforderliche ärztliche Weiterbildung an einer anerkannten ausländischen Weiterbildungsstätte absolviert haben, im gleichen Fachbereich weitere drei Jahre an einer Weiterbildungsstätte in der Schweiz anhängen, um zur Abrechnung zulasten der Krankenversicherung zugelassen zu werden. Diese erhöhte Anforderung kommt einer indirekten Diskriminierung gleich und ist somit völkerrechtlich problematisch. Zudem kollidiert sie nicht nur mit den Freizügigkeitsabkommen, sondern steht auch im Widerspruch zu schweizerischem Verfassungsrecht. Die Wirtschaftsfreiheit verlangt vom Staat, direkte Konkurrenten – beispielsweise inländische Ärztinnen und Ärzte und solche aus dem EU- und EFTA-Raum – gleich zu behandeln. So hat er gemäss Bundesgericht die Pflicht, «sicherzustellen, dass eine allfällige Zugangsregelung nur nach sachlich haltbaren, den Grundsätzen des Wettbewerbs unter Konkurrenten sachgerecht Rechnung tragenden Kriterien erfolgt» (BGE 130 I 26 E. 4.5 S. 43). Das umstrittene Kriterium wurde deshalb nicht in die hier erläuterte Vorlage aufgenommen.