



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

# **Alternativen zur heutigen Steuerung der Zulassung von Ärztinnen und Ärzten**

Bericht des Bundesrats in Erfüllung des Postulats  
16.3000 SGK-S vom 12. Januar 2016

vom 03.03.2017

## **Zusammenfassung**

### **Ausgangslage**

Bereits kurz nach dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) im Jahr 1996 sah sich das Parlament aufgrund des starken Kostenanstiegs im ambulanten Bereich dazu veranlasst, nach einer Lösung zur Kontrolle der Versorgung in diesem Bereich zu suchen. Im Hinblick auf das Inkrafttreten des Abkommens zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Europäischen Gemeinschaft über die Freizügigkeit (FZA) im Jahr 2002 wurde bereits am 1. Januar 2001 erstmals die Kompetenz des Bundesrates festgelegt, eine auf drei Jahre beschränkte Bedürfnisklausel einzuführen. Die Kompetenz nahm der Bundesrat mit seiner Verordnung vom 3. Juli 2002 wahr. Seither haben der Bundesrat und das Parlament immer wieder nach neuen Wegen gesucht, um das Leistungsangebot im ambulanten Bereich zu steuern, jedoch ohne Erfolg. Die Zulassungsbeschränkung, die dreimal in teilweise unterschiedlichen Formen verlängert wurde, lief am 31. Dezember 2011 aus. Aufgrund der sehr starken Zunahme freipraktizierender Ärztinnen und Ärzten in gewissen Regionen wurde sie am 1. Juli 2013 mit einem dringlichen Bundesgesetz erneut für drei Jahre in Kraft gesetzt. Im Jahr 2015 wurde eine Vorlage des Bundesrats zur Steuerung des ambulanten Bereichs vom Parlament in der Schlussabstimmung abgelehnt, obwohl sie auf einem Modell der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) und der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) beruhte und unter Einbezug der Akteure dieses Bereichs erarbeitet worden war.

### **Auftrag**

Am 21. Januar 2016 reichte die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-N) die parlamentarische Initiative 16.401 «Verlängerung der Gültigkeit von Artikel 55a KVG» ein, um die geltende Regelung drei weitere Jahre bis zum 30. Juni 2019 zu verlängern. Die entsprechende Ausführungsverordnung wurde durch den Bundesrat ebenfalls bis zum 30. Juni 2019 verlängert. Im Verlauf der Beratungen hat die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats (SGK-S) das Postulat 16.3000 eingereicht, mit dem der Bundesrat beauftragt wird, unter Einbezug der wesentlichen Stakeholder, einen Bericht auszuarbeiten, der verschiedene Varianten beziehungsweise Szenarien zur künftigen Steuerung der bedarfsabhängigen Zulassung von Ärztinnen und Ärzten zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) aufzeigt. In Ergänzung zum Postulat hat die SGK-N die Motion 16.3001 eingereicht, die den Bundesrat beauftragt, dem Parlament unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Postulatsberichts, Vorschläge zur Änderung des KVG zu unterbreiten. Mit der von den Räten im Rahmen der parlamentarischen Initiative 16.401 verabschiedeten Vorlage wird der Bundesrat zudem beauftragt, bis zum 30. Juni 2017 einen auf dem Postulat 16.3000 und der Motion 16.3001 basierenden Gesetzesentwurf in die Vernehmlassung zu schicken.

### **Problematik**

Bereits zum Zeitpunkt der Einführung der Zulassungsbeschränkung bestanden zwischen den Kantonen deutliche Unterschiede bezüglich der Ärztedichte und der Kosten zulasten der OKP. Seither haben sich diese Unterschiede noch verstärkt, insbesondere in den achtzehn Monaten vor der Wiedereinführung der Zulassungsbeschränkung am 1. Juli 2013. Während sich in den stadtnahen und ländlichen Regionen oft ein Mangel an Grundversorgerinnen und Grundversorgern feststellen lässt, sind die Kantone in den städtischen Gebieten eher mit einem Überangebot an Spezialärztinnen und -ärzten konfrontiert. Eine im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) durchgeführte Studie hat gezeigt, dass die Mehrheit der Kantone die Eig-

nung der Zulassungsbeschränkung als Instrument zur Steuerung des Angebots im ambulanten Bereich positiv beurteilt. Die 2013 eingeführte Regelung, wonach Ärztinnen und Ärzte, die mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben, keinen Bedürfnisnachweis zu erbringen haben, beschränkt jedoch deren Wirksamkeit. Sie führt auch zu Spannungen mit der Europäischen Union (EU), welche diese Regelung gegenüber den Staatsangehörigen der Mitgliedsstaaten als indirekt diskriminierend einstuft, was dem FZA widerspricht. Die Zulassungsbeschränkung leistet zwar keinen Beitrag zur Steigerung der Qualität der erbrachten Leistungen, aber sie ermöglicht, den Kostenanstieg im ambulanten Bereich zu begrenzen. Die Schweiz ist zudem nicht das einzige Land, das die Versorgung im ambulanten Bereich steuern will. Viele benachbarte OECD-Mitgliedstaaten haben ebenfalls Mechanismen zur Regulierung des Leistungsangebots eingeführt. Eine Übernahme der interessantesten Modelle durch die Schweiz, wie beispielsweise jene von Deutschland oder der Niederlande, würde indessen eine umfassende Anpassung der OKP erforderlich machen.

### **Partizipativer Prozess**

Um ein mehrheitsfähiges Ergebnis zu erzielen, hat die Verwaltung die wichtigsten Akteure des ambulanten Bereichs und anerkannte Gesundheitsexperten in ihre Arbeiten einbezogen. So wurde den zentralen Akteuren des ambulanten Bereichs im Frühling 2016 ein Fragebogen zugestellt. Nach der Auswertung der eingegangenen Antworten und der Erarbeitung eines ersten Vorentwurfs des Berichts hat das BAG zudem die befragten Organisationen im September 2016 zur Teilnahme an drei halbtägigen Themenworkshops eingeladen. Die Workshops wurden von den Experten Markus Moser, Willy Oggier und Thomas Zeltner moderiert. An diesen Workshops wurden drei Lösungsansätze vertieft geprüft: Verbesserung der Zulassungssteuerung, Lockerung des Vertragszwangs und differenzierte Tarife. Ebenfalls wurde über gewisse technische Grundlagen diskutiert, die ungeachtet der gewählten Lösungen von Bedeutung sind.

### **Ergebnisse der Diskussionen**

Aus den Diskussionen ging deutlich hervor, dass eine Versorgungssteuerung mittels der Differenzierung von Tarifen nicht opportun ist. Dies wäre nur mit einer signifikanten Differenzierung möglich, was jedoch neue Fehlanreize schaffen würde. Die Tarifbestimmungen gewähren den Akteuren jedoch bereits heute einen gewissen Handlungsspielraum. Die gesetzlichen Bestimmungen könnten mit der Pflicht ergänzt werden, in den Tarifverträgen Mechanismen zur Kosten- und Leistungskontrolle vorzusehen. Ausserdem sind Pauschaltarife zu fördern, die gewisse Fehlanreize in den Einzelleistungstarifen beseitigen können. Die Anpassung von weiteren Tarifbestimmungen würde namentlich auch das Deblockieren von Verhandlungen über notwendige Tarifrevisionen begünstigen.

Bei der Lockerung des Vertragszwangs besteht selbst unter strengen Rahmenbedingungen kein Konsens darüber, welches Modell zur Anwendung gelangen soll. Um diesbezüglich eine langfristige Einigung zu erzielen, sind noch viele weitere Diskussionen unter den Akteuren erforderlich. Als Massnahme zur Ablösung der Zulassungsbeschränkung am 1. Juli 2019 kann eine Lockerung des Vertragszwangs indessen nicht in Frage kommen.

Die Zulassungssteuerung ist zwar umstritten, aber eine gewisse Wirkung auf die Eindämmung des Kostenwachstums im ambulanten Bereich und auf die Wahl des Niederlassungsorts der Ärztinnen und Ärzte kann ihr nicht abgesprochen werden. Vor diesem Hintergrund ist der Bundesrat bereit, eine neue Vorlage für die Versorgungssteuerung zu unterbreiten, die den Ergebnissen der Diskussionen Rechnung trägt. Der vorgeschlagene Mechanismus sieht einen Einbezug des Beschäftigungsgrads der Leistungserbringer und der Mobilität der Patientinnen und Patienten vor, was eine Messung der Versorgung ermöglichen soll. So sollen die durch eine

Überversorgung verursachten Kosten eingedämmt und die Qualität der Leistungen gesteigert werden.

## Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	5
1.1	Ausgangslage.....	5
1.2	Auftrag.....	6
1.3	Bisherige Arbeiten .....	7
1.4	Struktur des Berichts .....	8
2	Rechtliche Grundlagen.....	9
2.1	Leistungserbringer.....	9
2.2	Versicherer .....	9
2.3	Kantone .....	11
2.4	Leistungen .....	11
2.5	Tarife .....	12
2.6	Finanzierung und Rückerstattung von Leistungen .....	13
2.7	Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen .....	14
2.8	Instrumente zur Eindämmung der Kosten.....	15
3	Bestandesaufnahme .....	16
3.1	Versorgungsproblematik .....	16
3.2	Artikel 55a KVG.....	18
3.3	Weitere festgestellte Probleme im ambulanten Bereich.....	25
3.4	Internationaler Vergleich .....	29
4	Lösungsansätze .....	33
4.1	Technische Grundlagen .....	33
4.2	Steuerung über die Zulassung .....	43
4.3	Vertragsfreiheit .....	46
4.4	Differenzierte Tarife .....	52
5	Synthese .....	58
5.1	Einleitung.....	58
5.2	Zulassungsbeschränkung .....	58
5.3	Vertragsfreiheit .....	59
5.4	Differenzierte Tarife .....	60
5.5	Fazit der geprüften Lösungsansätze .....	60
5.6	Elemente für eine mittelfristige Lösung zur Messung und Steuerung der Versorgung .....	61
5.7	Andere Arbeiten .....	64
6	Weiteres Vorgehen.....	65

## 1 Einleitung

### 1.1 Ausgangslage

Das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) ist am 1. Januar 1996 in Kraft getreten. Eingeführt wurde ein Versicherungsobligatorium, währenddessen die Prämienunterschiede aufgrund von Eintrittsalter und Geschlecht aufgehoben und damit die Solidarität zwischen den Versicherten verstärkt wurden. Zudem ermöglichte das KVG, Massnahmen zur Senkung der Nachfrage (wie eine höhere Kostenbeteiligung oder das Angebot von anderen Versicherungsformen) und solche zur Steuerung der Versorgung (z. B. Spitalplanung) zu entwickeln. Diese Neuerungen führten zu einer Modernisierung der Krankenversicherung, die heute auf dem Grundsatz der sozialen Solidarität und auf wettbewerbsorientierten Strukturen beruht. Letztere existierten bereits zuvor, und sowohl die Versicherer als auch die Leistungserbringer hielten daran fest. Aufgrund des starken Kostenanstiegs im ambulanten Bereich ist die Frage nach der Notwendigkeit einer Steuerung der ambulanten Versorgung bereits kurz nach dem Inkrafttreten des KVG wieder aufgetreten. In den vergangenen Jahren haben sich die Diskussionen zu diesem Thema noch intensiviert. Die Zeitreihen der obligatorischen Krankenversicherung, die mit Auswertungen von Daten aus dem Datenpool der SASIS AG ergänzt werden, zeigen jedoch je nach Bereich unterschiedliche Entwicklungen. Die Kosten für Leistungen von freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzten sind zwischen 2009 und 2015 um knapp 20 Prozent angestiegen<sup>1</sup>. Während die Zahl der Konsultationen pro Einwohnerin oder Einwohner nahezu unverändert blieb (+3 %), haben die Bruttoleistungen pro Konsultation in diesem Zeitraum um 24 Prozent zugenommen. Bei den Spezialärztinnen und -ärzten war eine markantere Zunahme zu verzeichnen als bei den Grundversorgerinnen und Grundversorgern. Im ambulanten Spitalbereich hingegen ist der Kostenanstieg von 36 Prozent hauptsächlich auf die Zunahme der Zahl der Konsultationen pro Einwohnerin oder Einwohner (+33 %) zurückzuführen; die Kosten pro Konsultation blieben unverändert. Im stationären Spitalbereich war ein Kostenanstieg um 15 Prozent pro versicherte Person zu beobachten. Die Zunahme der Zahl der Spitaleinweisungen um 12 Prozent betrifft weitgehend Personen über 70 Jahre. Eine Zunahme ist auch bei den Notfällen festzustellen. Die kürzlich erfolgte Reform der Spitalfinanzierung und die Einführung von Swiss DRG-Fallpauschalen im Jahr 2012 machen jedoch eine vertiefte Analyse in diesem Bereich schwierig.

Vor dem Hintergrund des Abkommens zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA; SR 0.142.112.681), das vom Volk am 21. Mai 2000 angenommen wurde und am 1. Juni 2002 in Kraft getreten ist, verabschiedete das Parlament am 24. März 2000 erstmals eine auf drei Jahre beschränkte Bedürfnisklausel. Die Möglichkeit, die Zulassung zu beschränken, ist am 1. Januar 2001 in Kraft getreten. Der Bundesrat machte von dieser Möglichkeit ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der ersten Version der Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (VEZL; SR 832.103) am 3. Juli 2002 Gebrauch. Seither haben der Bundesrat und das Parlament immer wieder nach neuen Wegen gesucht, um das Leistungsangebot im ambulanten Bereich zu steuern, jedoch ohne Erfolg. Nachdem die Zulassungsbeschränkung dreimal in teilweise unterschiedlichen Formen verlängert wurde, lief sie am 31. Dezember 2011 aus. Sie wurde aber am 1. Juli 2013 in Form eines dringlichen Bundesgesetzes erneut für drei Jahre eingeführt. In dieser Zeit beabsichtigte der Bundesrat, einen Vor-

---

<sup>1</sup> Quellen: Datenpool SASIS AG und Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 1996–2015: [www.bag.admin.ch/kvstat](http://www.bag.admin.ch/kvstat)

schlag für eine langfristige Lösung vorzulegen. Bis Ende 2011 sahen alle Kantone eine Zulassungsbeschränkung vor, ab Juli 2013 waren es noch achtzehn Kantone. Der Bundesrat nahm die Vorbereitungsarbeiten für seine Botschaft vom 18. Februar 2015 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Steuerung des ambulanten Bereichs, nachfolgend: Botschaft zur Steuerung des ambulanten Bereichs)<sup>2</sup> rasch in Angriff, um die Bedürfnisklausel knapp fünfzehn Jahre nach ihrer Einführung endlich durch eine langfristige Lösung ablösen zu können. An zwei runden Tischen wurden grundlegende Diskussionen zu vorgebrachten Vorschlägen geführt und eine einvernehmliche Lösung für das weitere Vorgehen festgelegt. Dem Parlament sollte eine Vorlage unterbreitet werden, die bereits weitgehend mit den Akteuren des Systems abgestimmt war. Im Vernehmlassungsverfahren zeigte sich aber, dass sich die Schlussfolgerungen der runden Tische nicht so einfach in einen Gesetzestext übertragen liessen. Die begrüsstesten Akteure sprachen sich mit Ausnahme der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und der Mehrheit der Kantone grösstenteils gegen den Entwurf des Bundesrats aus, da dieser ihrer Ansicht nach zu weit vom eigenen Idealmodell entfernt war. Obwohl die Vorlage zur Steuerung des ambulanten Bereichs unter Einbezug der entsprechenden Akteure erarbeitet worden war, begann das Parlament sofort mit deren Anpassung, bis sie nur noch eine Verlängerung der bereits geltenden Zulassungsbeschränkung vorsah, dieses Mal jedoch ohne zeitliche Beschränkung. Am 18. Dezember 2015 wurde die Vorlage vom Nationalrat in der Schlussabstimmung abgelehnt. Somit war in Bezug auf die Versorgungssteuerung und die Eindämmung der Kosten im ambulanten Bereich in gesetzgeberischer Hinsicht nach dem 30. Juni 2016 wieder alles offen. Zudem bedeutete dieser Entscheid einen weiteren Rückschlag für das Bestreben, eine langfristige Lösung zur Steuerung des ambulanten Bereichs zu finden.

Am 21. Januar 2016 reichte die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-N) die parlamentarische Initiative 16.401 «Verlängerung der Gültigkeit von Artikel 55a KVG» ein. In seiner Stellungnahme vom 6. April 2016 sprach sich der Bundesrat zugunsten des Kommissionsberichts und der Revisionsvorlage vom 24. Februar 2016 aus. Die Vorlage wurde in der Schlussabstimmung vom 17. Juni 2016 angenommen. Somit ist Artikel 55a KVG am 1. Juli 2016 (in Form eines dringlichen Bundesgesetzes) wieder in Kraft getreten und gilt bis zum 30. Juni 2019. Der Bundesrat hat die Ausführungsverordnung ebenfalls bis zum 30. Juni 2019 verlängert. Die von den Räten verabschiedete Vorlage erteilt dem Bundesrat den Auftrag, bis zum 30. Juni 2017 einen auf dem Postulat 16.3000 und der Motion 16.3001 basierenden Gesetzesentwurf in die Vernehmlassung zu schicken.

## **1.2 Auftrag**

Das Postulat 16.3000 «Alternativen zur heutigen Steuerung der Zulassung von Ärztinnen und Ärzten» wurde am 12. Januar 2016 von der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats (SGK-S) eingereicht. Der Bundesrat wird darin beauftragt, unter Einbezug der wesentlichen Stakeholder, einen Bericht auszuarbeiten, der verschiedene Varianten beziehungsweise Szenarien zur künftigen Steuerung der bedarfsabhängigen Zulassung von Ärztinnen und Ärzten zur Abrechnung mit der OKP aufzeigt. Für die Beurteilung einer ausreichenden Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen sollen Kriterien wie «Ärztedichte» und «Qualität der Versorgung» beigezogen werden. Diese Kriterien sollen aufgefächert werden nach verschiedenen Ärztekategorien, Kostenintensität usw. Der Bundesrat legt für jede Kategorie eine Ober- und Untergrenze fest. Diese Grenzen werden periodisch vom Bundesrat festgelegt und publiziert. Die Kantone steuern die Zulassung entsprechend in ihrem Bereich innerhalb der vorgegebenen Bandbreite. Der Bericht soll überdies aufzeigen, wie eine Steuerung auch über die Tarife machbar ist und ob den Versicherern die Möglichkeit eingeräumt werden kann, mit

---

<sup>2</sup> BBI 2015 2317, 15.020

einzelnen Leistungserbringern keinen Vertrag abzuschliessen, wenn diese zu einer Kategorie gehören, bei der die Anzahl der Leistungserbringer über der vom Bundesrat definierten Obergrenze liegt. Die Einschränkung darf nicht einseitig den praxisambulanten Bereich betreffen, sondern muss den spitalambulantem Bereich mit einbeziehen. Die Grundversorger unterstehen keiner Einschränkung. Der Bundesrat hat am 27. Januar 2016 beantragt, das Postulat anzunehmen, was der Ständerat am 2. März 2016 getan hat.

Am 22. Januar 2016 reichte die SGK-N die Motion 16.3001 «Gesundheitssystem. Ausgewogenes Angebot durch Differenzierung des Taxpunktwertes» ein, die den Auftrag des Postulats 16.3000 ergänzt. Darin wird der Bundesrat beauftragt, «dem Parlament unter Berücksichtigung der Ergebnisse... [des oben erwähnten Berichts] Vorschläge zur Änderung des KVG zu unterbreiten..., namentlich die Differenzierung des Taxpunktwertes nach Region, Leistungsangebot oder qualitativen Kriterien. Die Tarifpartner könnten so ihre Verantwortung wahrnehmen und für ein ausgewogenes regionales Angebot sorgen». In der Begründung der Motion wird der Bundesrat aufgefordert, seine Stellungnahme bis Ende 2016 vorzulegen, damit das Parlament vor Ablauf der derzeitigen Regelung entscheiden kann. Der Bundesrat hat am 4. März 2016 beantragt, die Motion anzunehmen, was der Nationalrat am 15. März 2016 und der Ständerat am 7. Juni 2016 getan haben.

### 1.3 Bisherige Arbeiten

Um der Forderung des Postulats 16.3000, den Bericht des Bundesrats unter Einbezug der wesentlichen Stakeholder zu erstellen, nachzukommen, wurde in einer ersten Phase festgelegt, wie die Akteure in das Verfahren einbezogen werden sollen. Angesichts der Erfahrung mit den runden Tischen, die im Hinblick auf die Erarbeitung der Botschaft zur Steuerung des ambulanten Bereichs<sup>3</sup> durchgeführt worden waren, hat sich die Verwaltung für die Ausarbeitung eines Fragebogens entschieden. Dafür entfernte sie sich von den Modellen, die aus den früheren Diskussionen hervorgegangen waren, und stützte sich auf den vom Parlament vorgegebenen Rahmen und namentlich auf die folgenden Vorgaben:

- Die umzusetzende Zulassungssteuerung soll dem Problem einer Überversorgung entgegenwirken, wenn diese eine Zunahme des Leistungsvolumens und der Kosten bewirkt.
- Die Grundversorgerinnen und Grundversorger spielen eine untergeordnete Rolle, da das Postulat ausdrücklich vorsieht, diese keiner Einschränkung zu unterstellen.

Der Fragebogen enthielt zehn Fragen, die die Eindämmung der Mengenausweitung, die Aufrechterhaltung der Versorgungsqualität und die Verringerung der Fehlversorgung sowie die Beseitigung von Fehlanreizen des Systems betrafen.

Der Fragebogen wurde am 11. April 2016 acht zentralen Akteuren zugestellt, die dem BAG ihre Rückmeldungen bis zum 6. Mai 2016 zustellen konnten. Vier Akteure haben geantwortet: der Verband der Krankenversicherer santésuisse, der Verband der Krankenversicherer curafutura, die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) und H+ Die Spitäler der Schweiz. Die GDK hat zurückgemeldet, dass die Frist zu kurz sei. Von drei Organisationen erhielt das BAG keine Rückmeldung: vom Dachverband Schweizerischer Patientenstellen (DVSP), der Schweizerischen Stiftung Patientenschutz (SPO) und dem Verband der kleinen und mittleren Krankenkassen (RVK).

---

<sup>3</sup> Vgl. Fussnote 2



Zudem bat das BAG drei anerkannte Experten des Krankenversicherungsbereichs, die bereits im Rahmen der Gesamtschau «Gesundheit2020» des Bundesrats beigezogen worden waren, (Markus Moser, Willy Oggier und Thomas Zeltner) zu den Fragen Stellung zu nehmen. Die Zulassungssteuerung steht auch in Zusammenhang mit dem Handlungsfeld 4 «Transparenz» der Strategie «Gesundheit2020», gemäss welchem die Transparenz im Schweizer Gesundheitswesen über die erbrachten Leistungen, ihren Nutzen und ihre Kosten mangelhaft ist. Das Ziel 4.2 «Gesundheitspolitische Steuerung verbessern» soll mit folgenden Massnahmen erreicht werden: Stärkung der Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen, Einführung neuer Steuerungsmöglichkeiten, Deblockieren von Tarifverhandlungen und Optimierung der Spitalfinanzierung. Eines der im Rahmen dieses Ziels lancierten Projekte ist die «Strategische Zulassungssteuerung», neben der «Einheitlichen Finanzierung von Spital- und ambulanten Leistungen» und der «Anwendung der subsidiären Bundeskompetenz (im Tarifbereich)».

Nach Auswertung der eingegangenen Antworten wurde den befragten Organisationen eine erste Version der Kapitel 1 bis 4 des Vorentwurfs des Berichts zugestellt. Zudem wurden diese vom BAG zu drei halbtägigen, von den Experten moderierten Themenworkshops eingeladen. In diesen Workshops hatten die Akteure Gelegenheit, ihre Positionen zu bestimmten Fragen umfassend und genau darzulegen. Der erste Workshop, der am 15. September 2016 stattfand und von Thomas Zeltner moderiert wurde, befasste sich mit den allgemeinen Grundlagen und der Zulassungssteuerung. Im zweiten Workshop vom 22. September 2016 ging es um die Vertragsfreiheit und die Suche nach leistungsbezogenen Qualitätskriterien. Er wurde von Markus Moser moderiert. Der letzte Workshop vom 27. September 2016 hatte die Differenzierung der Tarife zum Thema und wurde von Willy Oggier moderiert. Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurden die Protokolle der Workshops sowie eine Zusammenfassung der Diskussionen zugestellt. Die von den Akteuren und Experten vertretenen Positionen sind ebenfalls in diesen Bericht eingeflossen.

#### **1.4 Struktur des Berichts**

Das zweite Kapitel des Berichts vermittelt einen Überblick über die gesetzlichen Grundlagen, die für die Kostenübernahme und die Tarifierung der Leistungen zulasten der OKP gelten, sowie über die Rollen der verschiedenen Akteure und die vorgesehenen Instrumente zur Kosteneindämmung. Das Kapitel 3 bietet eine Bestandsaufnahme der Versorgungsproblematik und -steuerung in der Schweiz. Weiter wird die Entstehungsgeschichte der Zulassungsbeschränkung aufgezeigt und Bilanz über diese Massnahme gezogen. Zum Abschluss werden weitere Problembereiche, wie die systembedingten Anreize und der Rollenkonflikt der Kantone, der oft zusammen mit der Versorgungsproblematik genannt wird, sowie einige in den Ländern der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) umgesetzte Lösungen präsentiert. In Kapitel 4 werden die verschiedenen Lösungsansätze erläutert. In Ziffer 4.1 werden gewisse grundlegende Fragen erörtert, die ungeachtet der gewählten Lösung von Bedeutung sind: Wie lässt sich der Bedarf ermitteln? Wie lässt sich eine Über- oder Unterversorgung feststellen? Welche Rollen spielen die verschiedenen Akteure und wie müssen sich diese koordinieren? Muss für die Grundversorgerinnen und Grundversorger eine Ausnahme vorgesehen werden? Wie kann der spitalambulante Bereich einbezogen werden? Nach welchen Kriterien kann eine Auswahl der Leistungserbringer vorgenommen werden? Die Zulassungsbeschränkung, die Vertragsfreiheit und die Differenzierung der Tarife sind Gegenstand der Ziffern 4.2 bis 4.4. Es werden die verschiedenen theoretischen Konzepte, die bisherigen Diskussionen zu diesen Themen, die allgemeinen Positionen der Akteure zu den Modellen sowie ihre Antworten auf verschiedene ausführlicher behandelte Punkte präsentiert. Kapitel 5 umfasst eine Zusammenfassung der Diskussionen, einschliesslich der Schlussfolgerungen des Bundesrats, währenddessen Kapitel 6 das weitere Vorgehen skizziert.

## **2 Rechtliche Grundlagen**

### **2.1 Leistungserbringer**

Um zulasten der OKP tätig sein zu können, müssen die Anforderungen der Artikel 36 bis 40 KVG erfüllt sein (Art. 35 Abs. 1 KVG), die die Zulassungsvoraussetzungen regeln. Gestützt auf diese Bestimmungen müssen Ärztinnen und Ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker für eine Zulassung das eidgenössische Diplom besitzen und über eine vom Bundesrat anerkannte Weiterbildung verfügen (Art. 36 Abs. 1 KVG für die Ärztinnen und Ärzte und Art. 37 Abs. 1 KVG für die Apothekerinnen und Apotheker). Die Zulassung von Ärztinnen und Ärzten sowie Apothekerinnen und Apothekern mit einem gleichwertigen wissenschaftlichen Befähigungsausweis wird vom Bundesrat geregelt (Art. 36 Abs. 2 und 37 Abs. 2 KVG). Die Zulassung der übrigen Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe c–g, i und m KVG regelt ebenfalls der Bundesrat (Art. 38 KVG). So müssen Chiropraktorinnen und Chiropraktoren gestützt auf Artikel 44 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) die verlangte Ausbildung und eine Weiterbildung abgeschlossen haben, währenddessen die Hebammen neben ihrem Diplom eine zweijährige praktische Tätigkeit bei einer zugelassenen Hebamme oder in einer geburtshilflichen Abteilung unter Leitung einer Hebamme nachweisen müssen (Art. 45 KVV). Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten (Art. 47 KVV), Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (Art. 48 KVV), Pflegefachpersonen (Art. 49 KVV), Logopädinnen und Logopäden (Art. 50 KVV) sowie Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater (Art. 50a KVV), die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen, müssen ein anerkanntes Diplom besitzen und eine zweijährige praktische Tätigkeit bei einer zugelassenen Fachperson ihrer Branche absolviert haben. Dieselben Anforderungen an die Aus- und Weiterbildung gelten für die in Organisationen tätigen Leistungserbringer. Wurde einem Leistungserbringer die Berufsausübungsbewilligung erteilt und fällt er nicht unter den Geltungsbereich von Artikel 55a KVG, so ist er nach Erfüllung der Zulassungsvoraussetzungen zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassen.

Das im Rahmen der bilateralen Abkommen ratifizierte FZA hat insbesondere die Einräumung eines Rechts auf Einreise, Aufenthalt, Zugang zu einer unselbstständigen Erwerbstätigkeit und Niederlassung als Selbstständiger sowie des Rechts auf Verbleib im Hoheitsgebiet der Vertragsparteien zum Ziel (Art. 1 Bst. a). Nach Artikel 9 treffen die Vertragsparteien die erforderlichen Massnahmen zur gegenseitigen Anerkennung der in Anhang III beschriebenen und aufgeführten Diplome. Nach Artikel 55 der Richtlinie 2005/36/EG, auf die in Anhang III FZA Bezug genommen wird, gilt Folgendes: Mitgliedstaaten, die den Personen, die ihre Berufsqualifikationen in ihrem Hoheitsgebiet erworben haben, nur dann eine Kassenzulassung erteilen, wenn sie einen Vorbereitungslehrgang absolviert und/oder Berufserfahrung erworben haben, befreien die Personen, die ihre Berufsqualifikationen als Arzt beziehungsweise Zahnarzt in einem anderen Mitgliedstaat erworben haben, von dieser Pflicht. Diese Regelung schliesst jedoch die Festlegung von anderen Voraussetzungen für die Tätigkeit zulasten der OKP nicht aus, unter der Bedingung, dass für europäische Staatsangehörige die gleichen Anforderungen gelten wie für Schweizerinnen und Schweizer und keine indirekte Diskriminierung stattfindet. Letzteres ist der Fall, wenn die an die Leistungserbringer gestellten Vorgaben von den Schweizerinnen und Schweizern einfacher erfüllt werden können als von den europäischen Staatsangehörigen.

### **2.2 Versicherer**

Am 1. Januar 2016 ist das Bundesgesetz vom 26. September 2014 betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsgesetz [KVAG]; SR 832.12) in Kraft getreten, dass die Aufsicht des Bundes im Bereich der sozialen Krankenversicherung über die Krankenkassen, die privaten Versicherungsunternehmen, die dem Versicherungsaufsichtsgesetz vom 17. Dezember 2004 (VAG) unterstehen, die Rückversicherer

und die gemeinsame Einrichtung nach Artikel 18 KVG regelt. Dieses Gesetz bezweckt die Interessen der Versicherten nach dem KVG zu schützen, indem insbesondere die Transparenz in der sozialen Krankenversicherung und die Solvenz der Krankenkassen gewährleistet werden.

Zudem ermöglicht das neue Gesetz eine strengere Aufsicht durch die Aufsichtsbehörden, die im Fall einer Nichtbeachtung des Gesetzes durch die Versicherer über mehr Sanktionsmöglichkeiten verfügen.

Die Versicherer unterstehen einer Bewilligungspflicht (Art. 4 KVAG), und dem Bewilligungsgesuch ist der Geschäftsplan beizulegen (Art. 7 KVAG). Änderungen an diesem sind ebenfalls zu melden und müssen bewilligt werden (Art. 8 KVAG).

Das KVAG regelt insbesondere die Finanzierung der Krankenversicherungen (Art. 12–19 KVAG). So legt Artikel 16 KVAG fest, dass Prämientarife für die OKP und die freiwillige Einzeltaggeldversicherung der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde bedürfen. Sie dürfen vor ihrer Genehmigung weder veröffentlicht noch angewendet werden. Die Aufsichtsbehörde prüft, ob die vorgelegten Prämientarife die Solvenz des Versicherers und die Interessen der Versicherten nach dem KVG gewährleisten. Die Prämien des Versicherers decken die kantonal unterschiedlichen Kosten. Massgebend ist der Wohnort der versicherten Person. Der Versicherer berücksichtigt insbesondere den Risikoausgleich, die Veränderungen der Rückstellungen sowie die Grösse und die laufende Veränderung des Versichertenbestandes im entsprechenden Kanton.

Die Versicherer üben eine «Aufsichtsfunktion» über die Leistungserbringer und die Leistungen aus, insbesondere durch die Kontrolle der Rechnungen und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen. Artikel 59 Absatz 3 KVG enthält eine nicht abschliessende Liste der Verstösse gegen gesetzliche Anforderungen oder vertragliche Abmachungen, die von den Versicherern festgestellt werden können:

- a. die Nichtbeachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach Artikel 56 Absatz 1 KVG;
- b. die nicht erfolgte oder die mangelhafte Erfüllung der Informationspflicht nach Artikel 57 Absatz 6 KVG;
- c. die Weigerung, sich an Massnahmen der Qualitätssicherung nach Artikel 58 KVG zu beteiligen;
- d. die Nichtbeachtung des Tarifschutzes nach Artikel 44 KVG;
- e. die unterlassene Weitergabe von Vergünstigungen nach Artikel 56 Absatz 3 KVG;
- f. die betrügerische Manipulation von Abrechnungen oder die Ausstellung von unwahren Bestätigungen.

Artikel 56 Absätze 1 und 2 KVG berechtigt die versicherte Person oder im System des Tiers payant den Versicherer, Leistungserbringern die Vergütung für Leistungen zu verweigern, die über das Mass, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist, hinausgehen. Am 23. Dezember 2011 führte das Parlament in Artikel 56 Absatz 6 KVG<sup>4</sup> für die Leistungserbringer und Versicherer die Pflicht ein, vertraglich eine Methode zur

---

<sup>4</sup> AS 2012 4087

Kontrolle der Wirtschaftlichkeit festzulegen. Damit sollte die von den Versicherern angewandte Methode (Varianzanalyse) verbessert werden.

Da die Tarife und Preise in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern vereinbart werden (Art. 43 Abs. 4 KVG), kommt den Versicherern hier auch die Aufgabe zu, zusammen mit den Leistungserbringern die Wirtschaftlichkeit der Leistungen sicherzustellen. Die Vertragsfreiheit wird namentlich durch Bestimmungen des KVG wie die betriebswirtschaftliche Bemessung und die sachgerechte Struktur (Art. 43 Abs. 4 KVG) oder die Gesetzeskonformität und die Einhaltung des Gebots der Billigkeit (Art. 46 Abs. 4 KVG) beschränkt.

### **2.3 Kantone**

Nach Artikel 117a Absatz 1 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV; SR 101) sorgen Bund und Kantone im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für eine ausreichende, allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität. Sie anerkennen und fördern die Hausarztmedizin als einen wesentlichen Bestandteil dieser Grundversorgung. Das KVG legt verschiedene Aufgaben fest, die in die Zuständigkeit der Kantone fallen. Diese umfassen insbesondere die Spitalplanung (Art. 39 KVG) und die Genehmigung der Tarife (Art. 46 Abs. 4 KVG) oder allenfalls deren Festsetzung (Art. 47 KVG).

Zur Steuerung des ambulanten Bereichs können die Kantone die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung von einem Bedürfnis abhängig machen (Art. 55a KVG). Auf die Entstehungsgeschichte und die Anwendung dieser Bestimmung durch die Kantone wird später in diesem Bericht eingegangen.

Die Kantone sind grundsätzlich nicht Tarifpartner (Art. 46 Abs. 1 KVG) – eine Ausnahme bildet Artikel 46 Absatz 1 *bis* KVG, der präventivmedizinische Massnahmen betrifft –, können aber in ihrer Funktion als Genehmigungs- oder Festsetzungsbehörde Einfluss auf die Tarife nehmen. Die den Kantonen eingeräumte Möglichkeit, einen Tarifvertrag zu genehmigen oder nicht, steht mit ihrer Möglichkeit im Zusammenhang, zu einem früheren Zeitpunkt bekanntzugeben, unter welchen Bedingungen eine Genehmigung erfolgt und wann nicht (BGE 138 II 398, E. 9.4). Die Tarifpartner oder die zuständige Behörde müssen bei der Vereinbarung beziehungsweise der Festsetzung der Tarife auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur der Tarife achten (Art. 43 Abs. 4 Satz 2 KVG). Zudem prüft die Genehmigungsbehörde, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht (Art. 46 Abs. 4 Satz 2 KVG). Die kantonalen Behörden haben zudem die Möglichkeit, die von ihnen genehmigten Tarife einzufrieren, wenn die Voraussetzungen nach Artikel 55 Absatz 1 KVG erfüllt sind (siehe Instrumente zur Kosteneindämmung unten).

### **2.4 Leistungen**

Im KVG sind die Voraussetzungen für Leistungen zulasten der OKP vorgegeben: Die Leistungen müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (WZW-Kriterien). Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein (Art. 32 Abs. 1 KVG). Der Bundesrat kann die von Ärztinnen und Ärzten oder von Chiropraktorerinnen und Chiropraktoren erbrachten Leistungen bezeichnen, deren Kosten von der OKP nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen übernommen werden (Art. 33 Abs. 1 KVG). Zudem bestimmt er, in welchem Umfang die OKP die Kosten einer neuen oder umstrittenen Leistung zu vergüten hat, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit sich noch in Abklärung befindet (Art. 33 Abs. 3 KVG). Weiter bezeichnet das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) die von der OKP zu übernehmenden Analysen, Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung und Behandlung dienen, sowie die für die Rezeptur verwendeten Präparate, Wirk- und Hilfsstoffe

(Art. 52 Abs. 1 KVG). Das EDI lässt sich dabei von Kommissionen beraten (Art. 33 Abs. 4 KVG).

Die Umschreibung der Leistungspflicht nach Artikel 33 Absatz 1 KVG bedeutet, dass grundsätzlich alle ärztlichen Leistungen vergütet werden, wenn nicht etwas anderes bestimmt wird. Der Pflichtleistungscharakter von diagnostischen und therapeutischen ärztlichen Leistungen wird damit implizit vermutet (Vertrauensprinzip). Der Verordnungsgeber kann neue oder umstrittene Behandlungen von den Pflichtleistungen ausschliessen, bis sie einer methodischen Überprüfung auf Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit standhalten (Art. 33 Abs. 3 KVG). Er hat auch die Möglichkeit, die neue Technik oder Methode lediglich für bestimmte Indikationen zuzulassen, wenn nur in diesem Bereich Artikel 32 Absatz 1 KVG erfüllt ist, oder deren Zulassung von einer bestimmten fachlichen Kompetenz des Leistungserbringers abhängig zu machen (Art. 58 Abs. 3 Bst. b KVG). Er kann schliesslich die sich noch in Abklärung befindliche Leistung auf Zusehen hin und unter der Auflage des definitiven Nachweises der Voraussetzungen von Artikel 32 KVG zulassen. Neue oder umstrittene Leistungen können durchaus wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein, obwohl es ihnen lediglich noch an einem ausreichenden Beweis dieser Eigenschaft fehlt.

Die ärztlichen Leistungen der Krankheitsbehandlungen werden in einer offenen Liste beziehungsweise einem offenen und beschränkten «Ausschluss- oder Voraussetzungskatalog» geführt. Diese offene Liste ist in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) in Anhang 1 integriert. Sie nennt bei vielen Leistungen Voraussetzungen für die Kostenübernahme wie Limitationen auf bestimmte Indikationen, Vorgaben, die die Leistungserbringer erfüllen müssen, oder (für Leistungen nach Art. 33 Abs. 3 KVG) zeitliche Befristungen der Leistungspflicht mit Auflage der Evaluation durch die Leistungserbringer. Im Gegensatz dazu werden für Arzneimittel, Analysen, Mittel und Gegenstände, präventivmedizinische Leistungen, Leistungen bei Mutterschaft sowie für Leistungen von nichtärztlichen Leistungserbringern abschliessende Listen geführt (sog. Positivlisten, Art. 33 Abs. 2 KVG)

## **2.5 Tarife**

Die OKP übernimmt nach Artikel 24 KVG die Kosten für die Leistungen nach den Artikeln 25 bis 31 KVG nach Massgabe der in den Artikeln 32 bis 34 KVG festgelegten Voraussetzungen. Gestützt auf Artikel 43 Absätze 1 und 4 KVG erstellen dabei die Leistungserbringer ihre Rechnungen nach Tarifen und Preisen, die in Tarifverträgen zwischen Versicherer und Leistungserbringer vereinbart oder in den vom Gesetz bestimmten Fällen von der zuständigen Behörde festgesetzt werden. Dabei ist auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur der Tarife zu achten. Zudem muss darauf geachtet werden, dass eine qualitativ hochstehende und zweckmässige Gesundheitsversorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird (Art. 43 Abs. 6 KVG).

Der Tarif ist eine Grundlage für die Berechnung der Vergütung. Er kann für einzelne Leistungen Taxpunkte festlegen, welche mit einem bestimmten Frankenbetrag – dem Taxpunktwert – bemessen werden (Einzelleistungstarif; Art. 43 Abs. 2 Bst. b KVG). Die Höhe der Vergütung durch die OKP ist rechnerisch somit das Produkt aus Taxpunkt und Taxpunktwert.

Der Tarif muss mit dem Gesetz sowie dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang stehen (Art. 46 Abs. 4 KVG). Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist in der OKP ein zentraler Grundsatz, da sich die Kosten der Versicherung nur dann gegenüber der Versichertengemeinschaft rechtfertigen lassen, wenn diesem Grundsatz in allen Belangen der Versicherung, ob es nun um Leistungen, Leistungserbringer oder Tarife geht, Rechnung getragen wird.

Gestützt auf Artikel 43 Absatz 7 KVG hat der Bundesrat die Kompetenz, Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur für die Anpassung der Tarife aufzustellen. Der Bundesrat hat diese Kompetenz genutzt und in der KVV vorgesehen, dass der Tarif höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken darf (Art. 59c Abs. 1 Bst. a KVV). Um zu bestimmen, ob ein Tarif wirtschaftlich ist, muss die Genehmigungsbehörde mithin überprüfen, dass von den transparent ausgewiesenen Kosten ausschliesslich diejenigen vergütet werden, die einer effizienten Leistungserbringung entsprechen (Art. 59c Abs. 1 Bst. b KVV). Zudem müssen die Kosten des Systems nach dem Gebot der Billigkeit für die Versicherten wirtschaftlich tragbar bleiben.

## 2.6 Finanzierung und Rückerstattung von Leistungen

Gestützt auf Artikel 12 KVAG haben die Versicherer die soziale Krankenversicherung nach dem Bedarfsdeckungsverfahren zu finanzieren. Dazu müssen sie über ein ausreichendes Startkapital verfügen und jederzeit in der Lage sein, ihren finanziellen Verpflichtungen nachzukommen, und insbesondere über die erforderlichen Reserven zu verfügen (Art. 5 Bst. d KVAG).

Die Prämien der Versicherten (Art. 61 KVG und 89–91 b KVV) bleiben neben der Kostenbeteiligung der Versicherten (Art. 64 KVG und 103–105 KVV) und der Prämienverbilligung durch Beiträge der öffentlichen Hand (Art. 65 und 66a KVG und 106 KVV) die wichtigste Finanzierungsquelle der Krankenpflegeversicherung.

Der Begriff «Prämie» bezeichnet demzufolge die Beteiligung der Versicherten an der Finanzierung der Ausgaben der Versicherer für die OKP (BGE 124 V 333). Die Prämien werden von den Versicherern festgelegt. Das BAG kontrolliert die eingegebenen Budgets, die den Prämien zugrunde liegen, und prüft, ob die gesetzlichen Vorschriften eingehalten sind.

Nach Artikel 64 KVG beteiligen sich die erwachsenen Versicherten an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen in Form eines festen Jahresbetrags (Franchise) und eines prozentualen Anteils (10 %) der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt). Dem Bundesrat wurde die Kompetenz zugesprochen, sowohl den Betrag der Franchise als auch den jährlichen Höchstbetrag des Selbstbehalts festzulegen.

Im schweizerischen Krankenversicherungssystem werden die Kosten der Krankenpflege nach deren Erbringung vergütet. Kennzeichnend für dieses Prinzip ist das sogenannte Kostenvergütungs- oder Rückerstattungsprinzip. Die Leistungserbringer können für ihre Leistungen auf zwei Arten entschädigt werden:

1. durch die Versicherten, die dann wiederum die entstandenen Kosten von ihrem jeweiligen Versicherer vergütet erhalten (System des **Tiers garant**);
2. durch die Versicherer, wenn diese mit den Leistungserbringern vereinbart haben, dass deren Leistungen direkt entschädigt werden (System des **Tiers payant**).

Wenn nichts anderes vereinbart wurde, kommt nach Artikel 42 Absatz 1 KVG das System des Tiers garant zur Anwendung. Mit diesem wird die Eigenverantwortung der Versicherten gefördert, und sie erhalten Einblick in die verursachten Kosten (Kostenbewusstsein). Versicherer und Leistungserbringer können aber auch vereinbaren, dass der Versicherer die Vergütung schuldet. Dann kommt das System des Tiers payant zur Anwendung.

- *Tiers garant*: Nach Artikel 42 Absatz 1 KVG gilt das System des Tiers garant, sofern Versicherer und Leistungserbringer nichts anderes vereinbart haben. Die Versicherten schulden den Leistungserbringern die Vergütung der Leistung. Die Rechnung des Leistungser-

bringers wird daher der versicherten Person zugestellt, die sie dann dem Versicherer weiterleitet. Dieser prüft die Rechnung und erstattet der versicherten Person den zu vergütenden Betrag nach Abzug der Kostenbeteiligung. Ob die Rechnung bereits vor der Rückerstattung des Versicherers beglichen werden muss, ist abhängig von der Zahlungsfrist des Leistungserbringers und der Rückerstattungsfrist des jeweiligen Versicherers. Diese Abrechnungsvariante ist für ambulante Behandlungen vorherrschend. Ein grosser Teil der frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte rechnet im System des Tiers garant ab.

- *Tiers payant*: Nach Artikel 42 Absatz 2 KVG können Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren, dass der Versicherer die Vergütung schuldet (System des Tiers payant). Die Rechnung des Leistungserbringers geht an den Versicherer, der sie ihm vergütet. Danach stellt der Versicherer der versicherten Person deren Kostenbeteiligung in Rechnung. Für stationäre Behandlungen kommt immer das System des Tiers payant zur Anwendung (Art. 42 Abs. 2 Satz 2 KVG). Diese Abrechnungsvariante wird vorwiegend in Spitälern, und zwar auch für ambulante Leistungen, in Pflegeheimen und im Bereich der ambulanten Krankenpflege gewählt. Das System hat sich auch bei der Arzneimittelabgabe in Apotheken etabliert. Im System des Tiers payant erhält die versicherte Person eine Kopie der Rechnung, die an den Versicherer gegangen ist (Art. 42 Abs. 3 KVG). Im Regelfall muss der Leistungserbringer der versicherten Person diese Kopie zukommen lassen, er kann aber mit dem Versicherer auch vereinbaren, dass dieser die Rechnungskopie der versicherten Person zustellt (Art. 59 Abs. 4 KVV).
- *«Tiers soldant»*: Dieses Vergütungssystem kommt bei der Unfallversicherung zur Anwendung. Die Rechnung des Leistungserbringers geht direkt an den Versicherer. Da es bei der Unfallversicherung keinen Selbstbehalt und keine Franchise gibt, bezahlt der Versicherer den ganzen Betrag direkt an den Leistungserbringer. Wenn im System des Tiers garant der Anspruch auf Rückerstattung gegenüber dem Versicherer durch die versicherte Person (nach Art. 42 Abs. 1 KVG) dem Leistungserbringer abgetreten wird, spricht man auch von Tiers soldant, obwohl es sich nicht um einen eigentlichen Tiers soldant handelt, da Selbstbehalt und Franchise trotzdem von der versicherten Person selbst bezahlt werden müssen.

Im Gegensatz zur ambulanten Finanzierung, einschliesslich des spitalambulanten Bereichs, der ausschliesslich von den Versicherern unter Beteiligung der Versicherten (Franchise und Selbstbehalt, siehe oben) finanziert wird, erfolgt die Spitalfinanzierung über zwei Quellen, nämlich über die Kantone und die Versicherer. Gestützt auf Artikel 49a Absatz 1 KVG werden die Vergütungen nach Artikel 49 Absatz 1 KVG (stationäre Behandlung einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen in einem Spital oder einem Geburtshaus) vom Kanton und den Versicherern anteilmässig übernommen. Artikel 49a Absatz 2 KVG legt unter anderem fest, dass der kantonale Anteil mindestens 55 Prozent beträgt. Diese unterschiedliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen kann zu Fehlanreizen und einem Rollenkonflikt der Kantone führen. Unter Ziffer 3.3.2 werden diese Probleme ausführlicher erörtert.

## **2.7 Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen**

Gestützt auf Artikel 58 Absätze 1 und 2 KVG kann der Bundesrat systematische wissenschaftliche Kontrollen zur Sicherung der Qualität oder des zweckmässigen Einsatzes der Leistungen vorsehen und deren Durchführung den Berufsverbänden oder anderen Einrichtungen übertragen.

Nach Artikel 58 Absatz 3 KVG hat der Bundesrat die Aufgabe, Massnahmen zur Sicherung und Wiederherstellung der Qualität sowie des zweckmässigen Einsatzes der Leistungen vorzusehen. Diese Aufgabe hängt zudem mit Artikel 32 KVG zusammen, wonach die von der Krankenversicherung vergüteten Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW-

Kriterien) sein müssen. Der Bundesrat hat dem EDI die Kompetenz zur Leistungsbezeichnung (Art. 33 Abs. 5 KVG) sowie zum Erlass der Massnahmen nach Artikel 58 Absatz 3 KVG in Verbindung mit Artikel 77 Absatz 4 KVV übertragen. Zur Erreichung der Voraussetzungen der WZW-Kriterien kann die Leistungspflicht von der Erfüllung bestimmter Bedingungen abhängig gemacht werden. Als spezifische Massnahmen sind insbesondere die vertrauensärztliche Zustimmung zu bestimmten Diagnose- und Behandlungsverfahren und die Bestimmung der zur Durchführung zugelassenen Leistungserbringer genannt. Der Bundesrat kann auch andere geeignete Massnahmen zur Sicherstellung der Qualität vorsehen.

Gestützt auf Artikel 58 KVG hat der Bundesrat in Artikel 77 Absätze 1 bis 3 KVV die Leistungserbringer und die Versicherer mit der Erarbeitung von Konzepten und Programmen über die Anforderungen an die Qualität der Leistungen und die Förderung der Qualität sowie mit deren Umsetzung beauftragt. Dies auch im Hinblick auf die Artikel 56 und 59 KVG, wo die Umsetzungsinstrumente den Versicherern zugeteilt sind. Die Vertragsparteien haben das BAG über die gültigen Vertragsbestimmungen zu informieren und auf Wunsch des BAG Bericht zu erstatten. Verfügen die Vertragsparteien über keine oder ungenügende Vereinbarungen, so hat der Bundesrat nach Artikel 77 Absatz 3 KVV die subsidiäre Kompetenz zum Erlass der erforderlichen Bestimmungen.

Nach Artikel 59a KVG sind die Leistungserbringer verpflichtet, den zuständigen Bundesbehörden kostenlos die Daten bekannt zu geben, die benötigt werden, um die Anwendung der Bestimmungen dieses Gesetzes über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu überwachen, darunter die medizinischen Qualitätsindikatoren. Die Bestimmungen der KVV zur Datenübermittlung (Art. 30 ff.) wurden am 1. August 2016 präzisiert.

Ziffer 4.1.9.1 befasst sich den Kriterien betreffend die Leistungsqualität.

## **2.8 Instrumente zur Eindämmung der Kosten**

Um allfällige bereichsspezifische Fehlfunktionen im Gesundheitswesen, die einem Kostenanstieg Vorschub leisten, korrigieren zu können (siehe Kapitel 3.3), hat der Gesetzgeber verschiedene Eingriffsmöglichkeiten vorgesehen, so die Globalbudgetierung durch die Genehmigungsbehörde (Art. 54 KVG), die Tariffestsetzung durch die Genehmigungsbehörde (Art. 55 KVG) oder die Einschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung (Art. 55a KVG)

Die Versicherer können beantragen, dass der Kanton als befristete ausserordentliche Massnahme zur Eindämmung eines überdurchschnittlichen Kostenanstiegs einen Gesamtbetrag (Globalbudget) für die Finanzierung der Spitäler und Pflegeheime festsetzt (Art. 54 Abs. 1 KVG).

Steigen die durchschnittlichen Kosten je versicherte Person und Jahr in der OKP für ambulante oder stationäre Behandlung doppelt so stark an wie die allgemeine Preis- und Lohnentwicklung, so kann die zuständige Behörde verordnen, dass die Tarife oder die Preise für sämtliche oder bestimmte Leistungen nicht erhöht werden dürfen, solange der relative Unterschied in der jährlichen Zuwachsrate mehr als 50 Prozent gemessen an der allgemeinen Preis- und Lohnentwicklung beträgt (Art. 55 Abs. 1 KVG).

In Bezug auf Leistungen, Arzneimittel sowie Mittel und Gegenstände gilt Artikel 55 KVG für alle Preise und Tarife. Die kantonalen Behörden haben diesen Artikel indessen noch nie angewandt, insbesondere weil sie im Rahmen der Tarifgenehmigungsverfahren bereits über Instrumente zur Kontrolle der Tarife verfügen.

Die dritte ausserordentliche Massnahme zur Eindämmung der Kosten ist Artikel 55a KVG, der eine Einschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP ermöglicht. Dieser Artikel



sieht vor, dass der Bundesrat die Zulassung von Ärztinnen und Ärzten nach Artikel 36 KVG mit einer selbstständigen oder einer unselbstständigen Erwerbstätigkeit und von Ärztinnen und Ärzten, die in einer Einrichtung nach Art. 36a KVG oder im ambulanten Bereich eines Spitals nach Artikel 39 KVG tätig sind, zur Tätigkeit zulasten der OKP von einem Bedürfnis abhängig machen kann. Die Kantone bestimmen die Ärztinnen und Ärzte, die der Einschränkung unterstehen. Sie können die Zulassung auch an Bedingungen knüpfen. Auf die Entstehungsgeschichte und die Anwendung dieser Bestimmung durch die Kantone wird später in diesem Bericht eingegangen.

### **3 Bestandesaufnahme**

#### **3.1 Versorgungsproblematik**

Die Problematik einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung der Schweizer Bevölkerung ist komplex. Zwar weist die Schweiz weltweit eine der höchsten Ärztedichten auf, aber innerhalb der Schweiz sind die Ärztinnen und Ärzte ungleich verteilt. Gemäss einer Studie der Professoren Gianfranco Domenighetti und Luca Crivelli<sup>5</sup> vom Juni 2001, die im Auftrag von santésuisse durchgeführt wurde, zählte die Schweiz Ende 2000 etwas über 19 freipraktizierende Ärztinnen und Ärzte pro 10 000 Einwohnerinnen und Einwohner, im Kanton Basel-Stadt sogar fast 36, im Kanton Genf 32, in verschiedenen Kantonen der Ost- und der Innerschweiz aber weniger als 13. Die Autoren der Studie stellten fest, dass die Zufriedenheit der Bevölkerung mit den Leistungen des Gesundheitswesens, die Wahrnehmung von Anzeichen einer Rationierung ebenso wie die Effektivität der medizinischen Versorgung, gemessen an den dank medizinischen Eingriffen vermeidbaren Todesfällen, praktisch identisch sind, trotz der teilweise eklatanten Differenzen bei der Ärztedichte. Sie beobachteten aber, dass die Ärztedichte einen markanten Einfluss auf die Aktivitäten (Besuche und Konsultationen) sowie auf die Kosten pro versicherte Person in der OKP hatte. Eine angemessene medizinische Versorgung der Bevölkerung mit einem gleichen Grad der Zufriedenheit kann also auch mit einer vergleichsweise geringen Ärztedichte erreicht werden, dies aber zu niedrigeren Kosten.

Besonders stark vertreten sind die Spezialärztinnen und -ärzten in den städtischen Zentren. Als die Zulassungsbeschränkung am 31. Dezember 2011 nach drei aufeinanderfolgenden Verlängerungen auslief, sahen sich gewisse Kantone, insbesondere die Grenz- und Stadtkantone, mit einer massiven Zunahme der Zahl der Gesuche um Erteilung einer Zahlstellenregisternummer (ZSR-Nummer) konfrontiert. So kam es beispielsweise beinahe zu einer Verdreifachung der Anzahl erteilter ZSR-Nummern im Kanton Genf beziehungsweise zu einer Vervierfachung im Kanton Tessin. Auf das Gesamtgebiet der Schweiz bezogen verdoppelte sich die Anzahl erteilter ZSR-Nummern. Im Bereich der Augenheilkunde ist die Zahl der erteilten ZSR-Nummern von 35 im Jahr 2011 auf 131 im Jahr 2012 angestiegen, was einer Zunahme um 274 Prozent entspricht. Im Bereich der Radiologie wurden 2011 15 ZSR-Nummern erteilt, während es 2012 99 waren. Dies entspricht einem Anstieg um 560 Prozent. Ende 2014 gab es in der Schweiz 17 804 freipraktizierende Ärztinnen und Ärzte: 10 757 Spezialärztinnen und -ärzten und 7047 Grundversorgerinnen und Grundversorger. Insgesamt entspricht dies einer Zunahme um knapp 10 Prozent gegenüber Ende 2011 (16 232 freipraktizierende Ärztinnen und Ärzte); bei den Spezialärztinnen und -ärzten belief sich der Anstieg auf mehr als 14 Prozent (9422 Ende 2011), bei den Grundversorgerinnen und Grundversorgern hingegen nur auf 3,5 Prozent (6810 Ende 2011). Dies führte auch zu einer Zunahme der zulasten der OKP ab-

---

<sup>5</sup> Domenighetti, Gianfranco und Crivelli, Luca (2001). Sécurité de l'approvisionnement en médecine de ville dans le cadre de la suppression de l'obligation de contracter. Lugano: Università della Svizzera italiana.

gerechneten Leistungen von freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzten: Während sich die Kosten pro versicherte Person im Jahr 2010 nur um 2,4 Prozent und im Jahr 2011 um 2,5 Prozent erhöht hatten, stiegen sie nach der Aufhebung der Zulassungsbeschränkung im Jahr 2012 um 3,5 Prozent und im Jahr 2013 gar um 6,4 Prozent. Die mit der Aufhebung der Zulassungsbeschränkung verbundene Mengenausweitung wirkt sich somit nicht nur vorübergehend, sondern vielmehr langfristig zulasten der OKP aus. Angesichts des markanten Anstiegs der Zahl der Gesuche um Erteilung einer ZSR-Nummer reichte der Kanton Genf eine Standesinitiative (12.308) ein, mit der er die Bundesversammlung aufforderte, den Kantonen zu erlauben, eine Planung für die Eröffnung neuer Arztpraxen zu erstellen. Am 1. Juli 2013 wurde die Zulassungsbeschränkung in Form eines dringlichen Bundesgesetzes erneut für drei Jahre in Kraft gesetzt. In dieser Zeit beabsichtigte der Bundesrat, einen Vorschlag für eine langfristige Lösung vorzulegen.

Gleichzeitig führt die Bevölkerungsentwicklung, insbesondere die ständige Alterung der Bevölkerung, zu einer Zunahme der Zahl der Patientinnen und Patienten mit chronischen und multiplen Krankheiten. Vor allem die Grundversorgerinnen und Grundversorger, darunter die Hausärztinnen und Hausärzte, dürften eine wichtige Rolle spielen, wenn es darum geht, für diese Patientinnen und Patienten, ungeachtet des Wohnorts derselben, eine medizinische Versorgung von hoher Qualität sicherzustellen. In gewissen stadtnahen und ländlichen Gebieten dürfte es aber in den kommenden Jahren zu wenige dieser Ärztinnen und Ärzte, insbesondere der Hausärztinnen und Hausärzte, geben. Dieser prognostizierte Mangel ist vor allem darauf zurückzuführen, dass die jungen Ärztinnen und Ärzte nicht mehr über das gleiche Verständnis ihres Berufs wie die ältere Generation verfügen und sie neue Arbeitsmodelle, wie sie in Gruppenpraxen oder Gesundheitszentren angeboten werden, gegenüber einer Tätigkeit in einer Einzelpraxis vorziehen. Aus diesem Grund hat das EDI in Absprache mit dem Komitee der Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» im Jahr 2012 den Masterplan «Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung» erarbeitet. Langfristig hatte dieser zum Ziel, die Hausarztmedizin und die medizinische Grundversorgung zu stärken, um so überall eine allen zugängliche Grundversorgung von hoher Qualität zu gewährleisten. Der Bund und die Kantone haben in diesem Zusammenhang zahlreiche Massnahmen umgesetzt. Angesichts der bereits erzielten Fortschritte zur Stärkung der medizinischen Grundversorgung und der noch geplanten Massnahmen hat das Initiativkomitee «Ja zur Hausarztmedizin» am 27. September 2013 einstimmig beschlossen, die Volksinitiative zugunsten des Masterplans und des direkten Gegenentwurfs zurückzuziehen. Am 18. Mai 2014 hat das Volk den Bundesbeschluss über die medizinische Grundversorgung (direkter Gegenentwurf) und damit deren Verankerung in der Schweizerischen Bundesverfassung mit 88 Prozent Ja-Stimmen angenommen. Am 4. September 2014 konnte der Masterplan mit dem Einverständnis aller involvierten Partner beendet werden, da er seinen Zweck erfüllt hatte. Darüber hinaus wurde das Forum Hausarztmedizin geschaffen, um den verschiedenen Akteuren dieses Sektors zu ermöglichen, unter der Co-Leitung von Bund und Kantonen gegenwärtige und künftige Herausforderungen der Hausarztmedizin und der medizinischen Grundversorgung zu diskutieren und eine Liste der entsprechenden Prioritäten zu erstellen.

Das Schweizer Gesundheitswesen sieht sich somit gleichzeitig mit einem Mangel an Grundversorgerinnen und Grundversorgern in gewissen Regionen und einem Überangebot an Spezialärztinnen und -ärzten in anderen Regionen konfrontiert. Nach der Wiedereinführung der Zulassungsbeschränkung im Jahr 2013 unterbreitete der Bundesrat dem Parlament am 18. Februar 2015 die Botschaft zur Steuerung des ambulanten Bereichs.<sup>6</sup> Diese sah für die Kantone die Möglichkeit vor, den ambulanten Bereich im Fall einer Über- oder Unterversorgung zu steuern, unter der Auflage, zuvor unter Einbezug einer aus den betroffenen Akteuren

---

<sup>6</sup> Vgl. Fussnote 2

zusammengesetzten Kommission das angemessene Versorgungsangebot zu ermitteln. Die Vorlage wurde im Parlament abgeändert, bis sie nur noch eine Verlängerung der bereits geltenden Zulassungsbeschränkung vorsah, dieses Mal jedoch ohne zeitliche Beschränkung. Wie oben ausgeführt wurde die Vorlage am 18. Dezember 2015 vom Nationalrat in der Schlussabstimmung abgelehnt.

### **3.2 Artikel 55a KVG**

Eine erste auf drei Jahre befristete Version von Artikel 55a KVG wurde vom Parlament am 24. März 2000 verabschiedet. Die Möglichkeit, die Zulassung zu beschränken, ist am 1. Januar 2001 in Kraft getreten. Der Bundesrat machte von dieser Möglichkeit ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der ersten Version der VEZL am 3. Juli 2002 Gebrauch. Nachdem die Zulassungsbeschränkung dreimal in teilweise unterschiedlichen Formen verlängert wurde, lief sie am 31. Dezember 2011 aus. Sie wurde aber am 1. Juli 2013 in Form eines dringlichen Bundesgesetzes erneut für drei Jahre in Kraft gesetzt. Nach dem Scheitern der Vorlage am 18. Dezember 2015 zur Steuerung des ambulanten Bereichs beschloss das Parlament am 17. Juni 2016 eine weitere Verlängerung von drei Jahren.

Eine erste Wirkungsanalyse wurde 2004 im Auftrag des damals zuständigen Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) vom Büro Vatter, Politikforschung & -beratung<sup>7</sup> durchgeführt. Im Rahmen der Diskussionen über die Steuerung des ambulanten Bereichs im Jahr 2015 gab das BAG erneut eine Studie beim Büro Vatter in Auftrag um herauszufinden, wie sich die Kantone bisher der Zulassungsbeschränkung bedient haben, wie sie sie vor Ort umgesetzt haben, wie sie das Steuerungsinstrument beurteilen und welche Schwierigkeiten sich bei seiner Anwendung zeigen<sup>8</sup>. Die Beantwortung der Untersuchungsfragen erfolgte anhand von drei miteinander kombinierten und aufeinander aufbauenden Datenquellen beziehungsweise Erhebungsmethoden. Zunächst wurden die rechtlichen Erlasse aller Kantone zur Zulassungsbeschränkung von 2002 bis 2015 beschafft und analysiert. Der zweite Schritt bestand in einer schriftlichen Befragung der für die Umsetzung zuständigen kantonalen Stellen (Gesundheitsämter). Zur Vervollständigung der Informationen erfolgten ergänzende Telefongespräche mit einer Vertretung der zuständigen Umsetzungsbehörde jedes Kantons. Im Folgenden wird die Zusammenfassung der Ergebnisse der Studie wiedergegeben.

#### **3.2.1 Inhaltliche Entwicklung**

In Artikel 55a KVG wurde v.a. der Kreis der unterstellten Leistungserbringer im Laufe der Zeit angepasst. Ursprünglich (Version I) bezog sich Artikel 55a Absatz 1 KVG auf die Leistungserbringer nach Artikel 36-38 KVG (Ärztinnen und Ärzte; Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen; Apothekerinnen und Apotheker sowie andere Leistungserbringer gestützt auf Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben c–g, i und m KVG. Per Juni 2008 (Version III) wurde präzisiert, dass sich diese Bestimmung auf „selbstständig und unselbstständig tätige Leistungserbringer“ bezieht. Das Parlament wollte damit eine Umgehung

---

<sup>7</sup> Rüefli, Christian und Monaco, Gianna (2004). Wirkungsanalyse: Bedürfnisabhängige Zulassungsbeschränkung für neue Leistungserbringer (Art. 55a KVG). Bern: Büro Vatter. Der Bericht kann auf der Website des BSV abgerufen werden: [www.bsv.admin.ch](http://www.bsv.admin.ch) > Publikationen & Service > Forschung und Evaluation > Forschungspublikationen

<sup>8</sup> Rüefli, Christian; Huegli, Eveline und Berner, Delia (2016). Umsetzung von Art. 55a KVG durch die Kantone. Bern: Büro Vatter. Der Bericht kann auf der Website des BAG abgerufen werden: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Service > Publikationen > Forschungsberichte > Forschungsberichte Kranken- und Unfallversicherung

der Zulassungsbeschränkung über die unselbstständige Tätigkeit in Einrichtungen nach Artikel 36a KVG, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, vermeiden. Ab dem 1. Februar 2009 (Version IIIb) wurden in der VEZL Einrichtungen nach Artikel 36a KVG explizit der Zulassungsbeschränkung unterstellt (Art. 1a sowie Übergangsbestimmungen in Art. 5 Abs. 3). Die Kantone legten die Anzahl zugelassener Ärztinnen und Ärzte und deren Kategorie fest.

Per 2010 (Version IV) erfolgte eine grundlegende Anpassung von Artikel 55a Absatz 1 KVG. Dieser bezog sich neu nur noch auf Spezialärztinnen und -ärzte und Apothekerinnen und Apotheker. Explizit ausgenommen wurden hingegen ärztliche Grundversorger, d.h. Personen mit Weiterbildungstitel Allgemeinmedizin, praktischer Arzt oder praktische Ärztin als einziger Weiterbildungstitel, innere Medizin als einziger Weiterbildungstitel sowie Kinder- und Jugendmedizin. Auch die Leistungserbringer nach Artikel 38 KVG unterstanden neu nicht mehr der Zulassungsbeschränkung. Das Parlament wollte dadurch die ärztliche Grundversorgung stärken und einem drohenden Mangel in diesen Fachgebieten entgegenwirken. Gleichzeitig erfuhr der Geltungsbereich der Zulassungsbeschränkung jedoch eine Ausdehnung auf die im ambulanten Bereich von Spitälern nach Artikel 39 KVG tätigen Ärztinnen und Ärzte. Diese Massnahme erfolgte vor dem Hintergrund einer starken Kostensteigerung in diesem Bereich. Damit war ab 2010 sowohl die selbstständige als auch die unselbstständige ärztliche Tätigkeit von Spezialärztinnen und Spezialärzten zulasten der OKP beschränkt, unabhängig vom institutionellen Kontext dieser Tätigkeit. Diese Anpassungen wurden auch in Version IV der VEZL vollzogen. Festgehalten wurde unter anderem, dass ein Kanton, der Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich von Spitälern nach Artikel 39 KVG der Zulassungsbeschränkung unterstellte, die Höchstzahlen nach Anhang 1 „angemessen“ erhöhen soll (Art. 1a aVEZL), da diese Zahlen die betreffenden Leistungserbringer neu enthalten sollten. Dabei war das im ambulanten Bereich geleistete Pensum zu berücksichtigen. Um diese Anpassungen umzusetzen, wurden Einrichtungen nach Artikel 36a KVG und Spitäler nach Artikel 39 KVG aufgefordert, dem Kanton diverse Angaben über die bei ihnen tätigen Ärztinnen und Ärzte zu melden (Art. 4 Abs. 1–3 aVEZL sowie Übergangsbestimmung in Art. 5 Abs. 4 aVEZL). Die Höchstzahlen in der VEZL blieben dagegen unverändert.

Mit der Wiedereinführung der Zulassungsbeschränkung ab 2013 wurde der Kreis der unterstellten Leistungserbringer erneut angepasst. In Version V galt diese Massnahme nur noch für Ärztinnen und Ärzte nach Artikel 36 KVG, unabhängig davon, ob sie ihre Tätigkeit selbstständig oder unselbstständig, in Einrichtungen nach Artikel 36a KVG oder im ambulanten Bereich von Spitälern nach Artikel 39 KVG ausüben. In Abweichung zum Vorschlag des Bundesrates, der sich inhaltlich weitgehend an Version IV von Artikel 55a KVG orientierte (BBl 2012 9453), beschloss das Parlament, wieder Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen der Zulassungsbeschränkung zu unterstellen, mit Ausnahme von Personen, welche mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben (Art. 55a Abs. 2 KVG). Ebenfalls ausgenommen wurden die Apothekerinnen und Apotheker. Entsprechend diesen Änderungen wurde auch der Geltungsbereich der ab dem 5. Juli 2013 geltenden VEZL definiert. Die Meldepflichten aus dem bisherigen Artikel 4 aVEZL wurden mit Anpassungen und Präzisierungen in Artikel 7 VEZL überführt. Neu sind den Kantonen auch die Personalien der angestellten Ärztinnen und Ärzte zu melden.

### **3.2.2 Anwendung der Zulassungsbeschränkung**

Zwischen 2002 und 2011 wandten alle 26 Kantone die Zulassungsbeschränkung an. Die Hauptmotive dafür waren, die Kostenentwicklung einzudämmen und eine sich abzeichnende Überversorgung zu verhindern. Drei Kantone sahen in der Massnahme ein gewisses Potenzial, Leistungserbringer in unterversorgte Regionen zu lenken. Zwischen 2013 und 2016 wandten 18 Kantone die Zulassungsbeschränkung an. 14 Kantone (BE, BS, GE, LU, NE, NW, OW, SH, SO, SZ, TG, UR, VD, VS) erliessen eine Rechtsgrundlage dafür, während vier Kantone (BL, GL, SG, TI) sich dabei direkt auf das Bundesrecht abstützten. Die meisten dieser Kantone

wollen die Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten auf ihrem Gebiet weiterhin kontrollieren und damit auf die Anzahl Leistungserbringer, die regionale Versorgungssituation und die Qualität des Angebots Einfluss nehmen können. Acht Kantone (AG, AI, AR, FR, GR, JU, ZG, ZH) verzichteten auf die Wiedereinführung der Zulassungsbeschränkung. Sie begründen dies vor allem mit Zweifeln an der Wirksamkeit des Instruments. Die Kantone Appenzell-Innerrhoden und Jura sahen aufgrund ihrer Versorgungssituation keinen Handlungsbedarf.

### **3.2.3 Anwendung der Zulassungsbeschränkung im ambulanten Bereich der Spitäler**

2010 wurde der Geltungsbereich der Zulassungsbeschränkung auf den ambulanten Bereich von Spitälern nach Artikel 39 KVG ausgedehnt. 2010 bis 2011 sowie 2013 bis 2016 unterstellte nur eine Minderheit von fünf Kantonen diese Tätigkeit der Zulassungsbeschränkung (2010–2011: AR, BL, BS, JU, TI; 2013–2016: BS, GE, LU, SH, VD). Der Kanton Tessin legte im Jahr 2011 für jedes Spital einen Grenzwert für die ambulante Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten in den einzelnen Fachgebieten fest. In den Kantonen Basel-Landschaft und Basel-Stadt wurden die Höchstzahlen gemäss VEZL informell um die Anzahl der in Spitäler ambulant zulasten der OKP tätigen Personen erhöht.

### **3.2.4 Der Zulassungsbeschränkung unterstellte Fachgebiete**

Zwischen 2002 und 2011 wandte jeder Kanton die Zulassungsbeschränkung grundsätzlich pauschal auf die Ärztinnen und Ärzte an. Nur die sechs Zentralschweizer Kantone (LU, NW, UR, SZ, OW, ZG) unterstellten bis 2009 beziehungsweise 2010 auch die nicht-ärztlichen Leistungserbringer nach den Artikeln 37 und 38 KVG der Zulassungsbeschränkung. In allen übrigen Kantonen waren diese von Beginn weg ausgenommen. Lediglich die Kantone Freiburg und Tessin nahmen ab 2010 einzelne Fachgebiete (Anästhesiologie, Pathologie) von der Zulassungsbeschränkung aus. Als einziger Kanton nahm Zürich eine regionale Differenzierung vor. Ausserhalb der Stadt Zürich waren von 2009 bis 2011 die Fachgebiete Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie von der Zulassungsbeschränkung ausgenommen. Zwischen 2013 und 2016 nahmen sechs Kantone (BE, NW, SG, SZ, TG und UR) jeweils verschiedene Fachgebiete aus dem Bereich der medizinischen Grundversorgung von der Zulassungsbeschränkung aus, da sie in diesen Bereichen Unterversorgung oder zukünftige Nachwuchsprobleme feststellten.

### **3.2.5 Anwendung der Höchstzahlen gemäss Anhang 1 VEZL**

Die Kantone setzen die Zulassungsbeschränkung in der Regel pragmatisch um. Die meisten erlauben ab Inkrafttreten der Zulassungsbeschränkung prinzipiell keine Neuzulassungen mehr und prüfen jeweils im Einzelfall, ob Ausnahmezulassungen wegen Praxisnachfolge oder Unterversorgung gerechtfertigt sind. Die Höchstzahlen gemäss VEZL spielen bei dieser Einzelfallprüfung aus verschiedenen Gründen oft keine oder nur eine untergeordnete Rolle. Von grösserer Bedeutung scheint die qualitative Beurteilung der Situation im Austausch mit der Ärzteschaft zu sein. Die Höchstzahlen sind vor allem aus juristischen Gründen die Referenzgrösse zur Begründung der Ablehnung von Zulassungsgesuchen. Einzelne Kantone wie beispielsweise Freiburg, Schaffhausen und Schwyz stützten ihre Zulassungsentscheide nicht auf die Höchstzahlen ab, sondern auf die Dichte der Leistungserbringer. Die Kantone Graubünden (bis 2011), Neuenburg, St. Gallen und Schwyz (bis 2011) pflegten eine regional differenzierte Zulassungssteuerung und ermittelten auf die einzelnen Regionen des Kantons bezogene Höchstzahlen beziehungsweise -dichten.

Lediglich der Kanton Zug erhöhte die Höchstzahlen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinderpsychiatrie und -psychotherapie in seinem Umsetzungserlass formell. Ab 2010 hielten die Umsetzungserlasse der Kantone Basel-Landschaft, Basel-Stadt, Genf, Neuenburg und Waadt fest, dass die Höchstzahlen gemäss Anhang 1 VEZL angepasst werden (können). Formelle Änderungen erfolgten jedoch keine.

### **3.2.6 Regelung von Ausnahmezulassungen**

Von 2002 bis 2011 definierten 24 Kantone Unterversorgung beziehungsweise ausgewiesenen Bedarf in einer Region und 22 Kantone die Übernahme einer bestehenden Praxis als Gründe für Ausnahmezulassungen von einzelnen Leistungserbringern. Diese Regelungen waren unterschiedlich detailliert festgelegt. 15 Kantone sahen Ausnahmen für die privatärztliche Tätigkeit an einem Spital vor, drei Kantone für die Tätigkeit in einer HMO-Praxis.

Zwischen 2013 und 2016 sahen drei Kantone (BL, SG, TI) prinzipiell keine Ausnahmen vor. 14 Kantone haben weiterhin Unterversorgung als Möglichkeit für Ausnahmezulassungen vorgesehen, sechs Kantone (GE, NW, SH, TG, VD, VS) die Übernahme einer bestehenden Praxis und nur noch einer (VS) die privatärztliche Tätigkeit an einem öffentlichen Spital.

### **3.2.7 Anwendung der Kriterien für die Zulassung (Art. 5 VEZL)**

Seit 2013 definiert Artikel 5 VEZL Kriterien, die die Kantone bei der Prüfung von Zulassungsgesuchen zu berücksichtigen haben. Von den 18 Kantonen, die die Zulassungsbeschränkung aktuell anwenden, wenden sieben Kantone die Versorgungsdichte in Nachbarkantonen, der Grossregion oder der ganzen Schweiz an, elf Kantone den Zugang der Versicherten zu einer Behandlung innert nützlicher Frist, elf Kantone besondere Kompetenzen der Personen im entsprechenden Fachgebiet und sieben Kantone den Beschäftigungsgrad der Personen im entsprechenden Fachgebiet. Die Beurteilung erfolgt in der Regel situativ anhand von Angaben der kantonalen Ärzteschaft und der Selbstdeklaration der Gesuchstellerinnen und Gesuchsteller.

### **3.2.8 Bedingungen für die Zulassung (Art. 55a Abs. 4 KVG)**

Die Kantone können seit 2010 die Zulassung von Leistungserbringern an Bedingungen knüpfen. Gemäss den vorliegenden Informationen wendete beziehungsweise wendet jeweils die Mehrheit der Kantone keine weiteren als die bundesrechtlich vorgegebenen Zulassungsbedingungen an. In den Kantonen, die zusätzliche Bedingungen kennen, sind diese nicht immer formell festgelegt. Gemäss der schriftlichen Befragung war die örtliche oder regionale Beschränkung der ärztlichen Tätigkeit die häufigste Bedingung für Ausnahmezulassungen (in zehn [bis 2011] bzw. sieben [2013–2016] Kantonen). Einzelne Kantone sahen zudem die Möglichkeit von fachlichen Beschränkungen, Auflagen an die Fach- und Sprachkompetenzen oder die Beteiligung am Notfalldienst als Zulassungsbedingungen vor. Gemäss mündlichen Auskünften können solche Bedingungen Ärztinnen und Ärzte davon abhalten, eine Ausnahmezulassung zu beantragen.

### **3.2.9 Bearbeitung der Zulassungsgesuche**

Gemäss den vorhandenen Angaben trafen beziehungsweise treffen 19 Kantone bei der Beurteilung von Zulassungsgesuchen entweder systematisch oder fallweise bei Bedarf Abklärungen bei verwaltungsexternen Stellen – in den meisten Fällen bei ärztlichen Standesorganisationen und Fachgesellschaften oder einzelnen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, vereinzelt auch bei Spitälern. Der Kanton Genf hat 2005 eine sogenannte quadripartite Kommission eingesetzt, die sich monatlich trifft und Zulassungsgesuche beurteilt. Gemäss mündlichen Informationen besteht im Kanton Waadt ein ähnliches Modell, das allerdings nicht formal etabliert ist.

### **3.2.10 Situations- und Bedarfsanalysen**

Es finden sich kaum Kantone, die die Angebotssituation und/oder den Versorgungsbedarf im Sinn von Steuerungs- oder Planungsgrundlagen systematisch analysieren. Am häufigsten prüfen die Kantone bei konkreten Zulassungsgesuchen im Einzelfall, ob ein Bedarf an weiteren Leistungserbringern besteht, teilweise mit Hilfe interner Registerdaten oder Bewilligungsstatistiken. Andere Kantone beurteilen die Situation und den Bedarf anhand von Rückmeldungen

von Organisationen der Leistungserbringer und aus der Bevölkerung oder sind der Ansicht, dass sie sie aufgrund der überschaubaren Versorgungssituation und persönlicher Kenntnis der Leistungserbringer gut selbst beurteilen können. Die Daten von vier Kantonen (LU, SZ, VD, VS) können als verschiedene Formen einer systematischen Bedarfsanalyse interpretiert werden, die sich auf wissenschaftliche Methoden und empirische Daten stützt.

### **3.2.11 Probleme bei der Umsetzung**

In der Befragung äusserten zwölf (AG, AI, AR, BL, GE, JU, GL, NW, OW, SG, SO, UR) der 26 Kantone, sie hätten keine Schwierigkeiten mit der Umsetzung von Artikel 55a KVG. Vier dieser Kantone (AG, AI, AR, JU) wenden die Zulassungsbeschränkung seit 2013 nicht mehr an. Weitere vier Kantone (GL, NW, OW, UR) weisen nach eigenen Angaben keine Überversorgung auf und setzen die Zulassungsbeschränkung deshalb pragmatisch um. Genf und St. Gallen sind mit ihren pragmatischen Umsetzungslösungen zufrieden.

Die übrigen Kantone erwähnten folgende Schwierigkeiten in Zusammenhang mit der Zulassungsbeschränkung: Die meisten beziehen sich auf die Konzeption des Instruments an sich: Eine tatsächliche bedarfsorientierte Zulassungssteuerung ist für die Kantone kaum möglich, weil anerkannte normative Grundlagen zur Bestimmung des Bedarfs, Instrumente sowie präzise und aktuelle Daten zur Beurteilung der Versorgungssituation sowie die personellen Ressourcen für umfassende Analysen fehlen. Die Höchstzahlen der zugelassenen Leistungserbringer gemäss Anhang 1 VEZL eignen sich aus verschiedenen Gründen nur beschränkt als quantitative Grundlage einer Zulassungssteuerung. Einzelne Kantone beklagten fehlende Planungssicherheit aufgrund des Umstands, dass die Zulassungsbeschränkung auf Bundesebene wiederholt auf wenige Jahre befristet war. Sie beurteilten in dieser Situation den Aufwand, eine Rechtsgrundlage für die kantonale Umsetzung zu erarbeiten und ein Umsetzungsdispositiv aufzubauen, als unverhältnismässig hoch.

Praktische Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Zulassungsbeschränkung betreffen den Aufwand für die operative Umsetzung. Diesen bezeichnen vier Kantone angesichts der tiefen Anzahl Zulassungsgesuche und des beschränkten Wirkungspotenzials als zu hoch. Zwei Kantone gaben an, dass die mit einer Ausnahmezulassung verbundenen Bedingungen kaum kontrolliert werden können.

### **3.2.12 Eignung der Zulassungsbeschränkung als Steuerungsinstrument**

Eine knappe Mehrheit von 14 Kantonen beurteilt die Eignung der Zulassungsbeschränkung als Instrument zur Eindämmung des Kostenwachstums positiv, elf Kantone äusserten sich negativ. Sieben Kantone begründen eine positive Einschätzung mit der Feststellung, im Vergleich zu einer ungesteuerten Entwicklung bewirke die Zulassungsbeschränkung eine gewisse Kostendämpfung. Gemäss vier Kantonen ist die Steuerungswirkung beschränkt, weil nur ein kleiner Teil der potenziellen neuen Leistungsanbieter von der Zulassungsbeschränkung erfasst würden. Zwei Kantone geben an, die Kosten könnten nur über eine Begrenzung des Leistungsvolumens eingedämmt werden.

Die Eignung zur fachlichen und regionalen Steuerung des ambulanten Angebots beurteilen je 13 Kantone positiv beziehungsweise negativ. Drei Kantone geben allgemeine Begründungen für eine positive Einschätzung, vier Kantone begrüssen die Möglichkeit, auf die Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten Einfluss zu nehmen und so auch eine gewisse Qualitätssteuerung vornehmen zu können. Der Kanton Luzern gab an, zwischen 2002 und 2011 habe die Zulassungsbeschränkung einzelne Spezialärztinnen und -ärzten dazu bewogen, sich in unterversorgten Regionen niederzulassen. Negative Beurteilungen der Steuerungswirkung werden damit begründet, dass seit 2013 nur noch ein kleiner Kreis von Ärztinnen und Ärzten potenziell

von der Zulassungsbeschränkung betroffen sind (zwei Kantone) und dass die regionale Beschränkung bei Ausnahmezulassungen kein ausreichendes Instrument sei, um die Niederlassung von Leistungserbringern in schlecht versorgten Randgebieten zu fördern (zwei Kantone).

### **3.2.13 Wirksamkeit der Massnahme**

Die Wirksamkeit der Zulassungsbeschränkung wurde in den Studien des Büros Vatter nicht untersucht. Sie wurde seit Einführung der Massnahme auch nicht systematisch gemessen. Die Aufhebung der Zulassungsbeschränkung am 31. Dezember 2011 führte jedoch zu einer derart massiven Zunahme an Gesuchen um Erteilung einer ZSR-Nummer, dass Artikel 55a KVG am 1. Juli 2013 auf Verlangen der Kantone in Form eines dringlichen Bundesgesetzes wieder eingeführt wurde. Die Ablehnung der Vorlage zur Steuerung des ambulanten Bereichs am 18. Dezember 2015 im Parlament hatte neben der am 17. Juni 2016 angenommenen parlamentarischen Initiative (16.401) zur Folge, dass der Kanton Tessin in einer Standesinitiative (16.304) die Verlängerung von Artikel 55a KVG um weitere drei Jahre verlangte. Er befürchtete einen starken Kostenanstieg aufgrund von zahlreichen Neuniederlassungen von ausländischen Ärztinnen und Ärzten auf seinem Kantonsgebiet.

In der Zwischenzeit hat sich jedoch gezeigt, dass das Instrument der Zulassungsbeschränkung nur beschränkt Abhilfe schafft, insbesondere seit im Jahr 2013 die Regelung eingeführt wurde, dass Ärztinnen und Ärzte, die mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben, keinen Bedürfnisnachweis zu erbringen haben. Zwischen Januar 2010 und 31. Dezember 2011, als die Beschränkung für alle Ärztinnen und Ärzten mit Ausnahme der sogenannten Grundversorgerinnen und Grundversorger galt, stieg die Zahl der Ärztinnen und Ärzten im ambulanten Bereich von 15 912 auf 16 232<sup>9</sup>, was einer durchschnittlichen jährlichen Zunahme von 1 Prozent entspricht. Von 2012 bis Ende 2013, als die Zulassung nicht mehr beschränkt war und in den 6 Monaten danach, kletterte diese Zahl auf 17 554 und nahm somit pro Jahr durchschnittlich um 4 Prozent zu. In den Jahren 2014 und 2015, nach der Wiedereinführung der Zulassungsbeschränkung am 5. Juli 2013, war mit einem durchschnittlichen jährlichen Anstieg von 1,6 Prozent eine Verlangsamung der Zunahme der Zahl der Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich zu verzeichnen. Ende 2015 betrug die Anzahl Ärztinnen und Ärzte 18 128. Die Zulassungsbeschränkung trägt ausserdem nicht zu einer Verbesserung der Leistungsqualität bei, da die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte von dieser Massnahme ausgenommen sind.

### **3.2.14 Übereinstimmung mit dem europäischen Recht**

Die Einführung der Regelung durch das Parlament, wonach Ärztinnen und Ärzte, die mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben, keinen Bedürfnisnachweis zu erbringen haben, machte eine juristische Prüfung erforderlich, die insbesondere Folgendes ergab:

Artikel 55 der Richtlinie 2005/36/EG, auf die im Anhang III FZA Bezug genommen wird, und Anhang K des Übereinkommens zur Errichtung der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA)<sup>10</sup> verlangen, dass Ärztinnen und Ärzte, die ihre Berufsqualifikationen im Ausland erworben haben, von allfälligen nationalen Vorgaben für eine Kassenzulassung befreit werden (Absolvierung eines Vorbereitungslehrgangs und/oder Erwerb von Berufserfahrung), auch

---

<sup>9</sup> Quelle: FMH – Ärztestatistik 2009–2015: Website der FMH: <http://www.fmh.ch/services/statistik/aerztestatistik.html> (aufgerufen am 17. November 2016)

<sup>10</sup> SR 0.632.31



wenn solche Voraussetzungen für Personen gelten, die ihre Berufsqualifikationen im Land selber erworben haben.

Artikel 55a Absatz 2 KVG macht die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP nicht ausdrücklich von der Absolvierung eines Vorbereitungslehrgangs und/oder dem Erwerb von Berufserfahrung abhängig, sondern von einem Bedürfnisnachweis. Folglich kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass kein Verstoss gegen Artikel 55 der Richtlinie 2005/36/EG vorliegt. Indessen ist zu beachten, dass bis auf wenige Ausnahmen alle Ärztinnen und Ärzte, die ihre Ausbildung in der Schweiz absolviert haben, keinen Bedürfnisnachweis zu erbringen haben. Gemäss Sinn und Zweck von Artikel 55 der Richtlinie 2005/36/EG müssten die Ärztinnen und Ärzte, die anderswo in der EU/EFTA ausgebildet worden sind, somit auch von der Pflicht des Berufserfahrungsnachweises ausgenommen werden, da die in der Schweiz ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte faktisch keinen Bedürfnisnachweis zu erbringen haben.

Unabhängig der Interpretation, welche man Artikel 55 der Richtlinie 2005/36/EG zuordnet, ruft Artikel 55a Absatz 2 KVG ausserdem weitere Fragen zur Konformität mit anderen Bestimmungen des FZA hervor.

Es steht der Schweiz in der Tat frei, die Berufsausübung unter Wahrung der völkerrechtlichen Verpflichtungen, die sich aus dem FZA und dem EFTA-Übereinkommen ergeben, einheitlich zu regeln. Diese sehen vor, dass Personen nicht aufgrund ihrer Staatsangehörigkeit diskriminiert werden dürfen (Art. 2 FZA und Art. 2 Anhang K des EFTA-Übereinkommens). Gemäss ständiger Rechtsprechung verbietet der Grundsatz der Nichtdiskriminierung nicht nur die direkte, sondern auch die indirekte Diskriminierung (für alle Nationalitäten gleichermaßen geltende Massnahmen, die aber faktisch dazu führen, dass die Angehörigen eines anderen Staates übermässig davon betroffen sind, oder die Vorgaben vorsehen, die von den inländischen Personen einfacher zu erfüllen sind).

Nach Artikel 55a Absatz 1 KVG haben alle Ärztinnen und Ärzte, die zulasten der OKP tätig sein möchten, einen Bedürfnisnachweis zu erbringen. Hier liegt weder eine direkte noch eine indirekte Diskriminierung vor. Artikel 55a Absatz 2 KVG sieht eine Befreiung vom Bedürfnisnachweis vor und legt die Voraussetzung dafür fest. Diese ist von Schweizer Staatsangehörigen in den meisten Fällen einfacher zu erfüllen, weil sie im Gegensatz zu ihren Berufskolleginnen und -kollegen aus einem EU-/EFTA-Staat ihre Aus- und Weiterbildung weitaus häufiger in der Schweiz absolviert und gegebenenfalls auch hier eine praktische Tätigkeit ausgeübt haben. Es sei jedoch daran erinnert, dass für Schweizer Staatsangehörige, die ihre Ausbildung in einem anderen EU-/EFTA-Staat absolviert haben und in der Schweiz tätig sein möchten, die gleichen Bedingungen gelten wie für Staatsangehörige eines Mitgliedstaats, die ihre Ausbildung nicht in der Schweiz absolviert haben.

Die juristische Analyse zeigt, dass Artikel 55a Absatz 2 KVG doch eine indirekte Diskriminierung darstellen kann. Indessen ist eine indirekt diskriminierende innerstaatliche Bestimmung zulässig, wenn sie objektiv gerechtfertigt ist (Art. 5 Anhang 1 FZA). Als zulässige Rechtfertigungsgründe sind im EU-Recht die öffentliche Ordnung, die öffentliche Sicherheit und die öffentliche Gesundheit vorgesehen. Zudem hat der Gerichtshof der Europäischen Union (EuGH) anerkannt, dass auch zwingende Gründe des Allgemeininteresses (z.B. der Schutz der Konsumentinnen und Konsumenten, der Schutz der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer oder die konkrete Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des finanziellen Gleichgewichts eines Systems der sozialen Sicherheit) indirekte Diskriminierungen rechtfertigen können. In all diesen Fällen muss eine indirekt diskriminierende innerstaatliche Bestimmung verhältnismässig zum verfolgten Ziel sein. Das Verhältnismässigkeitsprinzip fordert, dass eine restriktive Massnahme geeignet ist, das angestrebte Ergebnis herbeizuführen, und dasselbe nicht durch weniger strenge Massnahmen erreicht werden könnte. Im Weiteren verbietet dieser Grundsatz

alle Einschränkungen, die über das angestrebte Ziel hinausgehen, und er erfordert ein vernünftiges Verhältnis zwischen dem Ziel und den tangierten öffentlichen und privaten Interessen (Verhältnismässigkeitsprinzip im engeren Sinn; BGE 133 I 110, E. 7.1).

Gestützt auf diese Analyse und die Gutachten von zwei Professoren, die sich mit dieser Frage auseinandergesetzt haben (aber zu teilweise gegensätzlichen Schlüssen gelangten), empfahl Bundesrat Alain Berset während der parlamentarischen Beratung, diese Bestimmung abzulehnen (namentlich AB 2013 S 421 und AB 2013 N 965) und zu dem vom Bundesrat ursprünglich vorgeschlagenen Wortlaut zurückzukehren. Das Parlament hat indessen die Gesetzesänderung mit der Bestimmung verabschiedet, dass Ärztinnen und Ärzte, die mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben, keinen Bedürfnisnachweis zu erbringen haben.

Gleichwohl darf nicht vergessen werden, dass der Bundesrat den Kantonen in der VEZL weitreichende Möglichkeiten zur Anpassung der Höchstzahlen gewährt, darunter auch jene, keine Höchstzahlen vorzusehen. Die Kantone haben von diesem Handlungsspielraum rege Gebrauch gemacht: Zwischen 2013 und 2016 haben acht Kantone überhaupt keine Zulassungsbeschränkung angewandt. So haben Ärztinnen und Ärzte heute faktisch immer noch die Möglichkeit, in der Schweiz zulasten der OKP tätig zu sein, sofern sie die Ausbildungsanforderungen erfüllen.

Eine Alternative zu Artikel 55a Absatz 2 KVG wäre, für alle Ärztinnen und Ärzte eine Karenzfrist von beispielsweise zwei Jahren ab Erteilung des Weiterbildungstitels vorzusehen, bevor sie – ohne Bedürfnisnachweis – eine Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP erhalten. Die Karenzfrist würde für alle Ärztinnen und Ärzte gelten, ungeachtet ihrer Nationalität und dem Land, in dem sie ihre Weiterbildung absolviert oder ihren Weiterbildungstitel erworben haben. Es wäre auch keine (zusätzliche) Berufserfahrung erforderlich. Die Einführung einer solchen Karenzfrist läuft weder Artikel 55 der Richtlinie 2005/36/EG noch anderen Bestimmungen des FZA zuwider, und es liegt keine direkte oder indirekte Diskriminierung vor. Diese Bestimmung würde die Auswirkungen der Aufhebung der heutigen Regelung, dass Ärztinnen und Ärzte, die mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben, keinen Bedürfnisnachweis zu erbringen haben, abfedern, da sie einer massiven Zunahme von Ärzten und Ärztinnen auf dem Markt entgegenwirken würde.

### **3.3 Weitere festgestellte Probleme im ambulanten Bereich**

#### **3.3.1 Fehlanreize**

Der Markt für Gesundheitsleistungen zulasten der OKP ist von einem sogenannten perfekten Wettbewerbsmarkt weit entfernt. Für jeden Akteur des Marktes bestehen aus Sicht des Gesetzgebers Fehlanreize. Für gewisse dieser Fehlanreize wurden im KVG bereits Massnahmen eingeführt, deren Wirksamkeit unterschiedlich ist.

Trotz des immer besseren Zugangs der Patientinnen und Patienten zu den neuen Informationstechnologien verfügen die Leistungserbringer in Bezug auf den Gesundheitszustand und die angemessene Behandlung über einen Informationsvorsprung gegenüber den Versicherten. Aufgrund dieser Informationsasymmetrie überlässt es der Patient dem Leistungserbringer zu entscheiden, welche Leistungen erbracht werden sollen. Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen geht somit nicht direkt von den «Endverbraucherinnen und -verbrauchern» aus, sondern wird stark von den Leistungserbringern beeinflusst. Dies wird als angebotsinduzierte Nachfrage bezeichnet. Aus diesem Grund wurde 2001 die Zulassungsbeschränkung eingeführt.

Zudem können die Ärztinnen und Ärzte im Rahmen eines Einzelleistungstarifs, wie der Tarifstruktur für ärztliche Leistungen TARMED, in Versuchung geraten, ihren Gewinn durch eine

Ausweitung von teils unnötigen Leistungen zu steigern oder bei verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten die ertragsreichste Lösung zu wählen. Zurzeit kann dieses Phänomen lediglich über die medizinische Ethik und die «Produktionskapazitäten» der Leistungserbringer eingegrenzt werden.

Nicht notwendige oder gar kontraproduktive Therapien und Eingriffe setzen Patientinnen und Patienten unnötigen Risiken aus und verursachen insbesondere bei Menschen am Lebensende vermeidbares Leid. Zudem treiben sie die Gesundheitskosten in die Höhe. In diesem Zusammenhang haben anfangs 2016 Bundesrat Alain Berset und Regierungsrat Philippe Perrenoud, damals Präsident der GDK, knapp 300 Akteure aus dem Gesundheitswesen zur dritten Nationalen Konferenz «Gesundheit2020» nach Bern eingeladen. Der Anlass stand unter dem Motto «Less is more» und drehte sich um das Thema Überversorgung. Es ging um die Frage, in welchen Bereichen unnötige Eingriffe vorgenommen werden, wo die Gründe dafür liegen und wie dieses Problem angegangen werden kann.

Für die Versicherten besteht aufgrund der gemeinsam getragenen Kosten (Mutualisierung) ebenfalls ein Anreiz, möglichst viele Leistungen in Anspruch zu nehmen (Moral Hazard) oder zumindest die Inanspruchnahme nicht zu bremsen. Um diesem Fehlanreiz entgegenzuwirken, sieht das Gesetz zwei Instrumente vor: die Franchise und den Selbstbehalt, die die Eigenverantwortung der Versicherten für die verursachten Kosten fördern sollen. Diese Instrumente haben jedoch eine begrenzte Wirkung, da das Gesetz einen Höchstbetrag für die Kostenbeteiligung der Versicherten vorsieht. Zudem haben mehrere Studien gezeigt, dass namentlich im Bereich der rezeptpflichtigen Arzneimittel der von den Versicherten zu tragende Betrag – vor allem in entwickelten Ländern – kaum einen Einfluss auf die Inanspruchnahme hat (geringe Preiselastizität der Nachfrage)<sup>11</sup>. Das Gleiche gilt vermutlich auch für die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen.

Wie weiter oben ausgeführt, ist die Möglichkeit der Leistungserbringer, ihren Gewinn durch eine Ausweitung der Leistungen zu steigern, auch auf den Einzelleistungstarif zurückzuführen. Theoretisch könnte daher der durch die angebotsinduzierte Nachfrage bedingte Kostenanstieg mit einer Tarifart, die diese Möglichkeit nicht bietet, deutlich eingedämmt werden. Dies wäre insbesondere mit einem Pauschaltarif der Fall. Aus diesem Grund gehört die Stärkung der Pauschalabgeltungen gegenüber den Einzelleistungstarifen zu den Massnahmen des Ziels «Gesundheit durch Effizienzsteigerungen bezahlbar halten» der Strategie «Gesundheit2020» des Bundesrats. Bis die Tarifstruktur für ärztliche Leistungen eine solche Entwicklung durchlaufen hat, müssen die Anreize, die innerhalb des Tarifs bestehen können, weil er nicht mehr als betriebswirtschaftlich und sachgerecht nach Artikel 43 Absatz 4 KVG bezeichnet werden kann, unbedingt verhindert und korrigiert werden. Aus diesem Grund führte das Parlament den Artikel 43 Absatz 5<sup>bis</sup> KVG ein, der am 1. Januar 2013 in Kraft getreten ist und den Bundesrat ermächtigt, Anpassungen an der Tarifstruktur vorzunehmen, wenn sie sich als nicht mehr sachgerecht erweist und sich die Parteien nicht auf eine Revision einigen können. Dabei geht es vor allem um das Deblockieren von Tarifverhandlungen, um sicherzustellen, dass eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten gestützt auf Artikel 43 Absatz 6 KVG erreicht werden kann. Der Bundesrat hat am 20. Juni 2014 von dieser Kompetenz Gebrauch gemacht und die Verordnung über die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung (SR 832.102.5) und deren Anhang zu den Anpassungen in TARMED erlassen. Diese sind am 1. Oktober 2014 in Kraft getreten. Die Taxpunkte der technischen Leistung für bestimmte Tarifpositionen, die vor allem von den Spitalern und den Spezialärztinnen und -ärzten verrechnet werden, wurden um insgesamt 200

---

<sup>11</sup> Pharmaceutical Pricing Policies in a Global Market. OECD Health Policy Studies, 2008

Millionen Franken gesenkt und parallel dazu wurde im gleichen Umfang eine Zuschlagsposition für die Grundkonsultation eingeführt. Das Taxpunktvolumen und folglich die Kosten der freipraktizierenden Spezialärztinnen und -ärzten sind trotz der Senkung der Taxpunkte der technischen Leistungen weiterhin stark angestiegen, was die Vermutung nahelegt, dass ein Teil der Reduktionen durch eine Leistungsausweitung kompensiert werden konnte. Dies macht deutlich, dass dem Risiko der Mengenausweitung sowohl bei der Revision der Tarifstruktur durch die Tarifpartner als auch bei einem Eingreifen des Bundesrats im Rahmen seiner subsidiären Kompetenz zur Anpassung der Tarifstrukturen oder jener zur Tariffestsetzung besondere Beachtung beigemessen werden muss.

Die Tarifpartner stellten dem Bundesrat in Aussicht, ihm bis Mitte 2016 eine totalrevidierte Tarifstruktur TARMED zur Genehmigung vorzulegen. Sie konnten aber keine Einigung erzielen und somit dem Bundesrat bis zu diesem Datum auch keine gemeinsam unterzeichnete Tarifstruktur unterbreiten. Ende Juni 2016 kündigte der Spitalverband H+ den im Jahr 2002 mit santésuisse abgeschlossenen TARMED-Rahmenvertrag (einschliesslich der Anhänge) auf Ende 2016. Auf Ersuchen des EDI haben die Tarifpartner (FMH, H+, curafutura und santésuisse) eine Vereinbarung zur Weiterführung der bestehenden Tarifstruktur (einschliesslich der im Jahr 2014 verordneten Anpassungen des Bundesrats) bis Ende 2017 ausgehandelt und dem Bundesrat am 15. September 2016 zur Genehmigung vorgelegt. Damit sollten die Rechtssicherheit für die Tarifpartner sowie die Stabilität der Tarife für die Versicherten garantiert werden. Diese vom Bundesrat am 23. November 2016 genehmigte Vereinbarung vom 15. September 2016 stellt somit eine Übergangslösung dar.

Die Tarifpartner müssen ihre Verantwortung wahrnehmen und eine Totalrevision von TARMED in Angriff nehmen. Nachdem sie nicht wie angekündigt bis Ende Juni 2016 eine revidierte Tarifstruktur vorgelegt hatten, gewährte ihnen das EDI bis Ende Oktober 2016 Zeit, um sich auf eine vertretbare Revision zu einigen und dem Bundesrat zumindest Vorschläge für Anpassungen gewisser in der geltenden Tarifstruktur übertarifizierter Leistungen zu unterbreiten. Die Tarifpartner konnten innerhalb der gesetzten Frist keine Einigung erzielen, haben aber separat verschiedene Anpassungsvorschläge vorgelegt. Da dem Bundesrat bis Ende Oktober keine revidierte Tarifstruktur vorgelegt wurde, macht dieser nun erneut von seiner subsidiären Kompetenz Gebrauch und nimmt Anpassungen am TARMED vor. Als zuständiges Amt bereitet das BAG zurzeit die Anpassungen an der bestehenden Tarifstruktur vor, die dem Bundesrat unterbreitet werden sollen, und prüft, inwieweit die Vorschläge der Tarifpartner berücksichtigt werden können. Im Vordergrund steht die Revision der zurzeit als übertarifiziert geltenden medizinischen Leistungen. Die vom Bundesrat verordneten Anpassungen dürften frühestens Anfang 2018 in Kraft treten.

### **3.3.2 Rollenkonflikt der Kantone**

Für die beiden grossen Bereiche der medizinischen Versorgung, den ambulanten und den stationären Bereich, gelten unterschiedliche Finanzierungsarten. Die Leistungen des stationären Bereichs werden vom Kanton und den Versicherern anteilmässig übernommen. Gemäss der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung beträgt der für alle Kantonseinwohnerinnen und -einwohner geltende kantonale Anteil ab dem 1. Januar 2017 mindestens 55 Prozent. Die Kosten für die Leistungen im ambulanten Bereich werden vollumfänglich von der OKP übernommen. Oft sind die Kantone selber Eigentümer der öffentlichen Spitäler. Der Umstand, dass sich die Kantone nicht direkt an der Finanzierung der Leistungen des ambulanten Bereichs beteiligen, könnte die öffentlichen Spitäler theoretisch dazu veranlassen, diese Versorgungsart zu fördern. Die Leistungen des stationären Bereichs sind jedoch für die Spitäler rentabler, vor allem bei Patientinnen und Patienten mit einer privaten Spitalzusatzversicherung. Die Kantone haben ausserdem die Kompetenz, sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich Tarife zu genehmigen oder festzusetzen. Auf diese Weise üben sie ebenfalls Einfluss auf die Wahl der Behandlungsart aus. Schliesslich haben die Kantone auch die Aufgabe, das

stationäre Angebot der Spitäler zu planen. Vielen wurde in diesem Zusammenhang vorgeworfen, die eigenen Spitäler zulasten der Privatspitäler zu begünstigen. Diese vielfältige Rolle der Kantone wird oft als einer der Hauptmängel des Systems bezeichnet. Die Wirkung dieser Anreize kann jedoch durch zwei Elemente relativiert werden:

- Die Kantone und die Versicherer haben nur beschränkt Einfluss auf den Entscheid, ob eine Behandlung im stationären oder ambulanten Bereich durchgeführt wird, da dieser Entscheid in erster Linie vom Arzt und vom Patienten getroffen wird. Aufgrund der medizinischen Fortschritte lassen sich immer mehr Eingriffe effizienter im ambulanten Bereich durchführen, was oft auch im Interesse der Patientinnen und Patienten ist.
- Das Kostenwachstum im ambulanten Bereich hat Auswirkungen sowohl auf die Versicherten (Prämienzahler) als auch auf die Kantone (Finanzierer der Prämienverbilligungen). Somit besteht auch für die Kantone ein Anreiz, die Kosten einzudämmen. Die politischen Behörden haben zudem grosses Interesse daran, dass die Prämien der Versicherten nicht zu stark steigen.

Der Bundesrat ist sich dieser theoretischen Anreize bewusst. Die Diskussion über eine einheitliche Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen durch eine Mitfinanzierung der Kantone aller Leistungen ist im Übrigen in der Strategie «Gesundheit2020» als Massnahme zur gesundheitspolitischen Steuerung vorgesehen. Das BAG veröffentlichte zu diesem Thema bereits 2004 im Rahmen der Vorbereitungsarbeiten für die 3. KVG-Revision einen Bericht<sup>12</sup>. Im Jahr 2006 verlangte die SGK-S in einer Motion (06.3009) die einheitliche Finanzierung von Spital- und ambulanten Leistungen. 2009 wurden zwei weitere Motionen (09.3275 und 09.3546) eingereicht, mit denen der Bundesrat beauftragt wurde, eine dual-fixe Finanzierung aller (ambulanten und stationären) Leistungen durch die OKP und die Kantone zu prüfen. In einer weiteren Motion (09.3853) und einem Postulat (10.3137) wurde der Bundesrat aufgefordert, eine dual-fixe Finanzierung aller von den Spitälern erbrachten (ambulanten und stationären) Leistungen zu prüfen. Der Bundesrat hat seine Auffassung in seinem Bericht vom 13. Dezember 2010 «Einheitliche Finanzierung von Spital- und ambulanten Leistungen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung» (in Beantwortung der Motion 06.3009 und in Erfüllung des Postulats 10.3137) dargelegt.<sup>13</sup> Dabei stützte er sich insbesondere auf einen Bericht<sup>14</sup> von Markus Moser.

Im Mai 2011 beauftragte der Bundesrat im Rahmen des Projekts «Tarife und Eckwerte einer zukünftigen Finanzierung» eine Arbeitsgruppe des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik mit der Untersuchung möglicher Finanzierungsmodelle. Die Arbeitsgruppe erteilte erneut Markus

---

<sup>12</sup> Leu, Robert E. Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung, Monistische Spitalfinanzierung, Grundlagen zur 3. KVG-Revision, Teilprojekt, Februar 2004. Der Bericht kann auf der Website des BAG abgerufen werden: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Service > Publikationen > Forschungsberichte > Forschungsberichte Kranken- und Unfallversicherung

<sup>13</sup> Der Bericht kann auf der Website der Parlamentsbibliothek eingesehen werden: <https://biblio.parlament.ch>

<sup>14</sup> Moser, Markus. Zur Einführung der monistischen Spitalfinanzierung in der Krankenversicherung, 22. Dezember 2009. Der Bericht, der nur in deutscher Sprache vorliegt, kann auf der Website des BAG abgerufen werden: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Service > Publikationen > Forschungsberichte > Forschungsberichte Kranken- und Unfallversicherung

Moser den Auftrag, einen Bericht<sup>15</sup> zu den theoretischen und rechtlichen Aspekten der zu prüfenden Vorschläge zu erarbeiten. Der Bundesrat begrüsst die Einführung einer einheitlichen Finanzierung, hat sich aber immer zugunsten einer kantonsfreundlichen Lösung ausgesprochen. Die Kantone fordern eine aus Sicht ihrer finanziellen Beteiligung kostenneutrale Lösung. Zudem möchte der Bundesrat, wie er in seiner Stellungnahme zur Motion 13.3213 «Gleiche Finanzierung von stationären und ambulanten Spitalleistungen» dargelegt hat, die Ergebnisse der Evaluation der Revision der Spitalfinanzierung, die am 1. Januar 2009 in Kraft getreten ist, abwarten.

Parallel zu den Arbeiten des Bundesrats hat die SGK-N eine Subkommission mit der Durchführung der Arbeiten beauftragt, die im Zusammenhang mit der von Nationalrätin Ruth Humbel eingereichten parlamentarischen Initiative 09.528 «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus» erforderlich sind. Diese verlangt, dass alle Leistungen gemäss KVG von den Krankenversicherern finanziert werden. Die Subkommission hat eine Anhörung von Expertinnen und Experten, der Tarifpartner und der Kantone durchgeführt und die Grundsätze einer möglichen zukünftigen Lösung diskutiert und skizziert. Bezüglich der unterschiedlichen Ausgestaltung einer solchen zukünftigen Lösung führt die Subkommission nun Beratungsgespräche durch.

### **3.4 Internationaler Vergleich**

Die vorgängig beschriebenen Problemfelder sind nicht nur in der Schweiz aktuell, sondern ebenso in verschiedenen Ländern der OECD. Um diesen Problemen zu begegnen, besteht in Bezug auf die Organisation, Finanzierung und Steuerung der ärztlichen Versorgung eine beachtliche Vielfalt, während dem bei der Berufszulassung zwischen den Staaten grosse Ähnlichkeiten bestehen.<sup>16</sup>

#### **3.4.1 Berufszulassung und Zulassung zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung oder des Gesundheitsdienstes**

Im Bereich der Berufszulassung verlangen die untersuchten Staaten für alle Ärzte und Ärztinnen eine Bewilligung oder Approbation. Die Voraussetzungen für die Erlangung einer Berufsausübungsbewilligung oder Approbation sind in den untersuchten Staaten sehr ähnlich (abgeschlossenes Medizinstudium von mindestens sechs Jahren, abgeschlossene Weiterbildung, Vertrauenswürdigkeit und gesundheitliche Eignung), denn sie setzen alle die Richtlinie 2005/36/EG<sup>17</sup> um, welche die Mindestanforderungen an die Aus- und Weiterbildung für die Mitgliedstaaten der EU und der Europäischen Freihandelsassoziation einheitlich festlegt. Für ausländische Ärzte und Ärztinnen aus Staaten, mit denen aufgrund des europäischen Rechts oder aufgrund eines Abkommens Personenfreizügigkeit besteht, kennen die untersuchten

---

<sup>15</sup> Moser, Markus. Tarife und Eckwerte einer künftigen Finanzierung der Krankenversicherung im Rahmen einer Nationalen Gesundheitsstrategie, 22. März 2012. Der Bericht kann auf der Website des BAG abgerufen werden: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Service > Publikationen > Forschungsberichte > Forschungsberichte Kranken- und Unfallversicherung

<sup>16</sup> Rüttsche, 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, 2013. Der Bericht kann auf der Website des BAG abgerufen werden unter: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Service > Publikationen > Forschungsberichte > Forschungsberichte Kranken- und Unfallversicherung

<sup>17</sup> 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.

Staaten entweder gar keine gesetzlichen Zugangsschranken oder sie verlangen die Kenntnis der oder einer der Landessprache (wie die Schweiz). Gegenüber Ärzten und Ärztinnen aus Drittstaaten (Staaten ohne Freizügigkeitsabkommen) bestehen in einigen Staaten Hürden in Form von Zusatzprüfungen oder zusätzlichen Anforderungen hinsichtlich der Berufserfahrung.

Betreffend der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung oder des Gesundheitsdienstes existiert etwa in der Hälfte der untersuchten Staaten ein Vertrags- oder Anschlusszwang, wie man ihn auch in der Schweiz kennt. In einzelnen Staaten ist dieser auf bestimmte Bereiche beschränkt. Hervorzuheben ist beispielsweise Frankreich, wo zwischen Ärzten, die in Spitälern angestellt sind, und freien Ärzten unterschieden wird. Die Leistungen der Spitalärzte werden automatisch durch die Krankenkassen vergütet, während dem die freien Ärzte sich einer Krankenkasse anschließen können. Die Krankenkassen legen hierzu durch Verträge Bedingungen fest, unter welchen die Ärzte für drei Jahre zulasten der Krankenkassen abrechnen können. In diesem Zusammenhang ebenfalls interessant sind die Regelungen in der Slowakischen Republik, wonach - unter Ausnahme der ambulanten ärztlichen Grundversorgung - die Anzahl der Verträge zwischen Versicherungen und Ärzten auf die Sicherstellung einer minimalen Versorgung begrenzt ist. Die Auswahl der Ärzte erfolgt durch die Krankenkassen, welche sich hierbei an gesetzlich festgelegten qualitativen Kriterien orientieren.

In Bezug auf die Zulassung von ausländischen Ärzten und Ärztinnen zur Tätigkeit zulasten der Krankversicherung bestehen in den untersuchten Staaten grundsätzlich keine gesetzlichen Schranken. Spezifische Voraussetzungen für ausländische Ärzte und Ärztinnen herrschen indessen in Schweden vor, indem hier eine langjährige medizinische Erfahrung sowie eine Qualifikation als Facharzt oder Fachärztin vorausgesetzt werden. In Australien ist der Anschluss für ausländische Ärzte und Ärztinnen an das Medicare-System nur möglich, wenn sie sich über einen Zeitraum von zehn Jahren in einem District of Workforce Shortage, also an einem Ort, an dem Ärztemangel herrscht, niederlassen. Erst nach diesem Zeitraum ist ein uneingeschränkter Zugang zum System möglich.

### **3.4.2 Angebotssteuerung**

Werden die Gesundheitssysteme einzelner Staaten verglichen, ist eine Steuerung des Angebots in verschiedenen Bereichen ersichtlich. Bei der Berufszulassung etwa nimmt Belgien eine Angebotssteuerung vor, indem bei einem Überbedarf auf Anraten einer Kommission die Anzahl der Kandidaten, die zur Ausübung des Arztberufs zugelassen werden, beschränkt wird. In Spanien erfolgt eine Bedarfsplanung mittels sogenannter Gesundheitsplänen, die von den Regionen herausgegeben werden und damit den Bedarf an öffentlich angestellten Ärzten festlegen.

Eine überwiegende Mehrzahl der Staaten nimmt des Weiteren Einfluss auf die Anzahl der angebotenen Studienplätze für die ärztliche Ausbildung. Studienplatzbegrenzungen existieren in einzelnen Staaten auch für fachärztliche Weiterbildungen (Frankreich, Tschechische Republik, Lettland).

Hinsichtlich der Angebotssteuerung im Rahmen der staatlichen Finanzierung gibt es in den untersuchten Staaten eine Vielfalt von Modellen. So wird die Anzahl der Verträge oder Ärzte und Ärztinnen, die zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung oder des Gesundheitsdienstes zugelassen sind, in mehreren Staaten aufgrund einer Bedarfsermittlung beschränkt (Deutschland, Österreich, Italien, Dänemark, Island, Lettland, Slowakei). Deutschland beispielsweise kennt für die Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit ein System der Bedarfsplanung, welches in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) vom 28. Mai 1957 normiert ist. Demnach erarbeiten die kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen einen Bedarfsplan, welcher der für die Sozialversi-

cherung zuständigen obersten Landesbehörde vorzulegen ist und die den Bedarfsplan innerhalb einer Frist von zwei Monaten beanstanden kann.<sup>18</sup> Der Bedarfsplan hat unter anderem Feststellungen über die ärztliche Versorgung unter Berücksichtigung der Arztgruppen, die Bevölkerungsdichte und -struktur, die Art beziehungsweise den Umfang der Nachfrage nach vertragsärztlichen Leistungen, deren Deckung sowie deren räumliche Zuordnung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung sowie die für die vertragsärztliche Versorgung bedeutsame Verkehrsverbindungen zu beinhalten.<sup>19</sup> Die Grundprinzipien hierzu werden in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Massstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung festgehalten (Bedarfsplanungs-Richtlinie). Demnach umfasst der Bedarfsplan die Grundsätze zur regionalen Versorgung, erstattet Bericht über die fachgruppenspezifischen Versorgungsgrade je Planungsregion und ist kontinuierlich anzupassen. Hierbei werden vier Versorgungsebenen (hausärztliche Versorgung; allgemeine fachärztliche Versorgung; spezialisierte fachärztliche Versorgung; gesonderte fachärztliche Versorgung) bestimmt, welche für die Zuordnung der Ärzte in Arztgruppen, den Zuschnitt der Planungsbereiche und dementsprechend für die Versorgungsgradfeststellung mittels Verhältniszahlen massgeblich sind.<sup>20</sup> Weist der Bedarfsplan für einen bestimmten Versorgungsbereich einen Bedarf an Vertragsärzten aus und kann diese Unterversorgung nicht innerhalb von sechs Monaten behoben werden, muss die kassenärztliche Vereinigung die Vertragssitze ausschreiben. In Ausnahmefällen kann der Zulassungsausschuss eine Ausnahme von einer Zulassungsbeschränkung machen, um der Unterversorgung entgegenzuwirken.<sup>21</sup> Im Falle einer Überversorgung, welche vorliegt, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 10 Prozent überschritten ist, hat der Zulassungsausschuss Zulassungsbeschränkungen anzuordnen, welche spätestens nach einem halben Jahr überprüft und möglicherweise wieder aufgehoben werden müssen. Weitere Massnahmen (bspw. Tarifsenkungen) sind nicht vorgesehen.<sup>22</sup>

Die Angebotsmenge wird in verschiedenen Staaten auch mit einem Budget gesteuert, welches für die Finanzierung von ärztlichen Leistungen zur Verfügung gestellt wird (unter anderem im Vereinigten Königreich und in Polen; in Deutschland wird eine Honorarsumme festgelegt). Hervorzuheben ist Polen, wo eine ambulante Erstbehandlung vom staatlichen Gesundheitsdienst bezahlt wird, wenn diese durch einen Vertragsarzt oder eine Vertragsärztin des nationalen Gesundheitsfonds durchgeführt wird. Alle Ärzte und Ärztinnen, welche gewisse Kriterien (wie die Einhaltung epidemiologischer und hygienischer Standards) erfüllen, können sich um

---

<sup>18</sup> § 99 des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch (SGB V).

<sup>19</sup> § 12 der Ärzte-ZV.

<sup>20</sup> §§ 4, 5, 8 f., 11f., 17 ff. und 27 ff. der Bedarfsplanungs-Richtlinie; die *hausärztliche Versorgung* wird von der Arztgruppe der Hausärzten gebildet und besteht aus 883 Planungsregionen; die *allgemeine fachärztliche Versorgung* wird von den Arztgruppen der Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Kinderärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten und Urologen gebildet und besteht aus 372 Kreisregionen; die *spezialisierte fachärztliche Versorgung* wird von den Arztgruppen der Anästhesisten, Fachinternisten, Kinder- und Jugendpsychiater und Radiologen gebildet und besteht aus 97 Raumordnungsregionen; die *gesonderte fachärztliche Versorgung* wird von den Arztgruppen der PRM-Mediziner, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten, Neurochirurgen, Humangenetiker, Laborärzte, Pathologen, Transfusionsmediziner und MKG-Chirurgen gebildet und besteht aus 17 KV-Regionen (vgl. <http://www.kbv.de/html/bedarfsplanung.php>, besucht am 18. November 2016).

<sup>21</sup> §§ 15 f. Ärzte-ZV.

<sup>22</sup> § 16b Ärzte-ZV.



einen Vertrag mit diesem Fonds bewerben, wobei die Auswahl in einem speziellen Vergabeverfahren erfolgt. Das Angebot wird somit indirekt durch die vom nationalen Gesundheitsfonds eingekauften Gesundheitsdienstleistungen gesteuert.

Eine Angebotssteuerung, welche auf der Bereitstellung von finanziellen Anreizen beruht, erfolgt in Norwegen und Dänemark, namentlich mittels einer besseren Entschädigung von Leistungen, welche zu wenig angeboten werden.

### **3.4.3 Regulierter Wettbewerb**

Eine Vertragsfreiheit zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern, wie sie in Ziffer 4.3 beschrieben wird, besteht grundsätzlich in keinem Land der OECD. Hinzuweisen ist indes auf das niederländische Gesundheitswesen, welches nach den Prinzipien des regulierten Wettbewerbs ausgerichtet ist und in welchem Verhandlungen zwischen Versicherern und Leistungserbringern eine erhebliche Rolle spielen.

In den Niederlanden besteht die Entschädigung der Hausärzte weitestgehend aus Patienten- und Behandlungspauschalen. Die Patientenpauschale wird abgestuft nach drei Altersgruppen (jünger als 65, 65-75 und älter als 75) und nach einem Indikator, ob jemand in einer sozialökonomisch benachteiligten Wohnregion beheimatet ist. Die Behandlungspauschale wird nach der Länge der Konsultation abgestuft (unter 20 Min, über 20 Minuten). Höhere Beträge werden für Hausbesuche bezahlt, geringere für Konsultationen per E-Mail oder Telefon. Zusätzliche Beiträge werden für Leistungen ausserhalb der normalen Öffnungszeiten bezahlt.<sup>23</sup> Leistungen von Spezialisten dürfen nur nach Zuweisung durch einen Hausarzt erbracht werden (Gatekeeping) und werden nach Einzelleistung abgerechnet. Ein wesentlicher Teil der Spezialisten ist von Spitälern angestellt, viele ihrer Leistungen werden innerhalb der Fallpauschalen erbracht. Des Weiteren bestehen nationale Vereinbarungen über das maximal zulässige Ausgabenwachstum.

### **3.4.4 Fazit**

Eine Vielzahl der OECD-Staaten verfügt über eine Lösung für die langfristige Steuerung der ärztlichen Versorgung im ambulanten Bereich. Insbesondere haben die Nachbarländer der Schweiz bereits Systeme eingeführt, um die Anzahl der Ärzte und Ärztinnen, welche zulasten der Krankenversicherung tätig sein dürfen, oder um das durch diese Ärzte und Ärztinnen abrechenbare Leistungsvolumen zu beschränken.

Das deutsche Krankenversicherungsrecht ist insofern interessant, als dass bei der Steuerung der Zulassung der Vertragsärzte die kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen zusammen arbeiten müssen. Um eine ähnliche Einbindung dieser Organisationen in der Schweiz zu gewährleisten, wäre jedoch eine umfangreiche Anpassung des KVG notwendig.

In den Niederlanden ist die Steuerung der ambulanten Leistungserbringung nach den Prinzipien des regulierten Wettbewerbs ausgerichtet. Verhandlungen zwischen den Versicherern und Leistungserbringern können dabei eine erhebliche Rolle spielen. Eine Einführung des niederländischen Modells in der Schweiz würde eine grundlegende Revision des KVG notwendig machen.

---

<sup>23</sup> Neben der erwähnten Patienten- und Behandlungspauschale bestehen weitere Vergütungsformen, namentlich beim Modell der „integrierten Versorgung“ und der „Pay for Performance.“ Diese Vergütungsformen müssen zwischen Grundversorgergruppen und Versicherern ausgehandelt werden.

## 4 Lösungsansätze

Die Frage, wie der mit der ständig wachsenden Anzahl der Leistungserbringer einhergehende Kostenanstieg eingedämmt werden kann, stellte sich kurz nach der Einführung des KVG und wird seither immer wieder erörtert. Seit über fünfzehn Jahren werden dieselben beiden Lösungsansätze für dieses Problem diskutiert: Die einen sehen die Lösung darin, die Marktmechanismen spielen zu lassen und den Vertragszwang aufzuheben. Die anderen wollen den Kantonen und dem Bund die Möglichkeit einer aktiven Steuerung der Versorgung einräumen. Diese beiden Visionen stehen sich gewissermaßen diametral gegenüber. Erst in jüngerer Zeit hat sich parallel zur Problematik des zunehmenden Mangels an Grundversorgerinnen und Grundversorgern ein dritter, mittlerer Weg gezeigt. Dieser dritte Ansatz sieht vor, auf der Ebene der Tarife Wettbewerbselemente einzuführen, ohne den Vertragszwang aufzuheben. Auf diese drei Lösungsansätze wird in Ziffer 4.2 bis 4.4 eingegangen. Ungeachtet des gewählten Paradigmas sind für die Umsetzung eines Instruments zur Steuerung der medizinischen Leistungen im Rahmen der OKP vorgängig bestimmte «technische» Grundlagen zu klären (Ziffer 4.1). Auf die Antworten der befragten Experten und Akteure des Systems zum Fragebogen des BAG und die Diskussionen, die im Rahmen der drei Workshops vom September 2016 geführt wurden, wird jeweils bei den verschiedenen vorgestellten Varianten eingegangen.

### 4.1 Technische Grundlagen

#### 4.1.1 Bedarfsdefinition

Eine zentrale Frage im Rahmen der Versorgungssteuerung ist die Definition des Bedarfs. Für einige Akteure bestimmt nach den Marktgesetzen das richtige Angebot die Nachfrage. Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen wird aber durch verschiedene Faktoren beeinflusst, was dazu führt, dass die Nachfrage laufend steigt, wenn nichts unternommen wird, um sie zu bremsen. Zahlreiche Studien belegen, dass der technische Fortschritt, die Alterung der Bevölkerung und die damit einhergehenden gesundheitlichen Auswirkungen oder auch die Zunahme des Wohlbefindens der Bevölkerung und ihrer Ansprüche eine grössere Nachfrage und damit höhere Kosten zur Folge haben. Da die Kosten gemeinsam getragen werden (Mutualisierung), wird dieser Trend noch dadurch verstärkt. Weil es sich um einen solidarisch finanzierten Bereich handelt, ist die Kostenkontrolle eine politische Notwendigkeit. Die Nachfrage muss deshalb auf das Niveau des Gesundheitsbedarfs der Bevölkerung gesenkt werden. Dieser Gesundheitsbedarf und nicht die wirtschaftliche Nachfrage sollte das Angebot bestimmen.

Gemäss einem Positionspapier<sup>24</sup> der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) muss eine Bedarfsanalyse auf Daten beruhen und eine Situationsanalyse sowie Prognosemodelle umfassen. In ihrem Papier empfiehlt die SAMW einen bedarfsorientierten und auf vier Säulen basierenden Ansatz, um die Versorgung mit medizinischen Leistungen sowohl hinsichtlich der geografischen als auch der Fachbereiche im Schweizer Gesundheitssystem zu steuern. Die SAMW empfiehlt zunächst die Entwicklung eines Systems, das Anreize insbesondere über die Tarife setzt. Den zweiten Schritt bildet die Konzipierung und Schaffung einer Datengrundlage auf der Basis eines konzeptionellen Modells, das noch

---

<sup>24</sup> SAMW; Steuerung der Anzahl und der Verteilung von Ärztinnen und Ärzten, Swiss Academies Communications 11 (11); 2016

zu definieren ist. Diesbezüglich wurde in einem Obsan-Bericht<sup>25</sup> das holländische NIVEL-Modell ausgewählt und an die Schweiz angepasst. Drittens müssen auf regionaler Ebene Institutionen für eine wirksame Steuerung geschaffen werden. Die Akademie empfiehlt eine Steuerung auf der Ebene von sieben Regionen mit einer Bevölkerung von je mindestens einer Million. Viertens sollen die Ergebnisse der vorangehenden Etappen eine grössere Differenzierung der ärztlichen Ausbildung ermöglichen.

Das Positionspapier der SAMW zielt auf eine langfristige Steuerung der Versorgung, indem auf der Ebene der Ausbildung gesteuert wird. Dieser Ansatz entspricht nicht den Rahmenbedingungen des Postulats 16.3000 und der Motion 16.3001, die zur Ablösung der bis zum 30. Juni 2019 befristeten Zulassungsbeschränkung eine sehr kurzfristige Lösung fordern. Im Übrigen hielten es die meisten der befragten Akteure für unmöglich, den Bedarf in über fünf oder zehn Jahren abzuschätzen, da sich die verschiedenen Variablen, wie die demografische Entwicklung, der medizinisch-technische Fortschritt oder die Epidemiologien, rasch und auf kaum absehbare Weise entwickeln.

Da für die Ermittlung des Bedarfs die notwendigen Daten und konzeptionellen Modelle fehlen, kommt in diesem Zusammenhang nur ein Ansatz in Frage, nämlich derjenige, der auf der Abbildung des aktuellen Angebots basiert. Ein solcher Ansatz wird in den meisten Ländern verwendet, die eine Eindämmung der Kosten zulasten ihres Systems der sozialen Sicherheit anstreben. Obwohl es problematisch sein mag, wird dabei davon ausgegangen, dass im Zeitpunkt der Messung weder eine Über- noch Unterversorgung besteht. In seiner Antwort zum Fragebogen des BAG erwähnt der Experte Thomas Zeltner das Beispiel des Vereinigten Königreichs, wo man sich auf die Anzahl praktizierender Ärztinnen und Ärzte je Fachbereich und auf ihr Arbeitspensum bezieht. Zur Ermittlung des Bedarfs werden auf diese Zahlen Public-Health-Szenarien angewendet, wobei die demografische Entwicklung und die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die in den letzten fünf Jahren im Durchschnitt von einer Spezialärztin oder einem Spezialarzt betreut wurden, berücksichtigt werden.

Probleme einer Unter- oder Überversorgung, die vor der Umsetzung dieser Methode unter Umständen bestehen, können mit dieser Vorgehensweise nicht gelöst werden. Anhand der gewählten Lösung müsste es deshalb möglich sein, die Zahlen des gegenwärtigen Angebots unter Berücksichtigung etwaiger Anzeichen einer Über- oder Unterversorgung anzupassen.

#### **4.1.2 Messung der bestehenden Versorgung**

In Bezug auf die Ermittlung des Bestands herrscht unter allen befragten Akteuren und Experten sowie zahlreichen Kantonen Konsens darüber, dass die heute für die Zulassungsbeschränkung berücksichtigte Anzahl der ZSR-Nummern die tatsächliche Versorgung nicht genügend genau wiedergibt. Grund dafür ist insbesondere die fortlaufende Zunahme der Teilzeitarbeit. Auf diesen bestehenden Systemmangel wurde ebenfalls sehr klar an den Workshops im September 2016 hingewiesen. Die Akteure sind sich weitgehend einig, dass der Beschäftigungsgrad der Ärztinnen und Ärzte berücksichtigt und in VZÄ (Vollzeitäquivalenten) angegeben werden muss – anders als in der zurzeit geltenden VEZL, in der nur die Anzahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte auf Grundlage der Anzahl der ZSR-Nummern berücksichtigt wird. Im Obsan-Bericht wird festgestellt, dass keine zentrale Datenbank existiert, die alle berufstätigen Ärztinnen und Ärzte und die benötigten Informationen (VZÄ, Spezialisierung, Versorgungssektor etc.) umfasst. Dennoch kann der Bestand der Ärztinnen und Ärzte (Anzahl

---

<sup>25</sup> Burla, Laila. Widmer, Marcel. Ermittlung des künftigen Bestandes und Bedarfs an Ärztinnen und Ärzten nach Fachgebiet: Konzeptionelles Modell. Obsan, Neuenburg: Januar 2016.

Personen und VZÄ) mit den bestehenden Erhebungen ermittelt werden, wobei den folgenden Einschränkungen Rechnung zu tragen ist:

- a. Der Facharztstitel sowie die Diplomherkunft der Spitalärztinnen und Spitalärzte muss durch die Verknüpfung der Krankenhausstatistik mit dem Medizinalberuferegister (MedReg)<sup>26</sup> und der Ärztestatistik der FMH hochgerechnet werden.
- b. Die VZÄ der freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte müssen mittels der Stichprobenerhebung myFMH hochgerechnet werden. Diese Hochrechnung bringt bestimmte Unsicherheiten mit sich, unter anderem was die Stratifikationsmöglichkeiten betrifft.
- c. Es ist schwierig zu ermitteln, zu welchem Anteil die Spitalärztinnen und Spitalärzte je im ambulanten und im stationären Spitalbereich arbeiten.

Im Obsan-Bericht<sup>27</sup> wird darauf hingewiesen, dass sich die Datenlage aufgrund von Änderungen bei den Erhebungen (Einführung GLN in der Krankenhausstatistik, e-Logbuch des SIWF, vollständige Registrierung aller Ärztinnen und Ärzte im MedReg, neue Erhebung «Strukturdaten Arztpraxen und ambulanter Zentren») zukünftig verbessern wird. Die neuen Möglichkeiten – unter anderem auch Verknüpfungsmöglichkeiten zwischen den Datenbanken – müssen noch genauer untersucht werden.

An den Workshops im September 2016 schlug santésuisse vor, als Grundlage für die Hochrechnung des Beschäftigungsgrads der Ärztinnen und Ärzte die vorhandenen Abrechnungsdaten zu verwenden. Nach Ansicht von santésuisse könnten die Ärztesgesellschaften auf regionaler Ebene und nach Spezialisierung Indikatoren entwickeln, die auf der Anzahl Konsultationen, der Anzahl Patientinnen und Patienten oder eventuell der Höhe der abgerechneten Leistungen basieren. Die GDK unterstützte diesen Vorschlag.

#### **4.1.3 Feststellung einer Über- und Unterversorgung**

Die FMH vertrat in ihrer Antwort zum Fragebogen des BAG die Auffassung, dass eine angemessene Versorgung nicht gemessen werden und es per se keine medizinische Überversorgung geben kann. curafutura war der Ansicht, dass es nicht möglich ist, ein angemessenes Angebot auf wissenschaftlich fundierte Weise festzulegen. Eine solche Modellierung unterliege zu vielen Variablen, sodass eine Steuerung auf dieser Grundlage zu ungenau wäre. Auch nach santésuisse kann ein angemessenes Angebot, aufgrund dessen die Grenzen für eine Unter- oder Überversorgung festgelegt werden könnten, nicht auf fundierte Weise bestimmt werden. Hingegen wäre dies laut der GDK möglich, wenn die Expertinnen und Experten der betroffenen Partner der einzelnen Fachgebiete einbezogen würden. Die befragten Akteure schlugen in ihren Antworten diesbezüglich keine Kriterien zur Bestimmung einer Überversorgung vor. Allerdings hat die Kostenentwicklung im Leistungsbereich der OKP in den vergangenen Jahren gezeigt, dass ein überdurchschnittlicher Kostenanstieg eine Folge von Überversorgung – die man mit der Zulassungsbeschränkung vermeiden will – sein kann. Eine über dem landesweiten Durchschnitt liegende Kostensteigerung für ein oder mehrere Fachgebiete ist also ein mögliches Kriterium, um eine Überversorgung in einem Kanton oder einer Region festzustellen.

---

<sup>26</sup> Einsehbar auf der Homepage: [www.medregom.admin.ch](http://www.medregom.admin.ch)

<sup>27</sup> Vgl. Fussnote 25

In seiner Antwort zum Fragebogen erachtete curafutura die folgenden Fragen als massgebend, um das Fehlen einer Unterversorgung zu messen beziehungsweise um sicherzustellen, dass eine ausreichende Versorgung verfügbar ist:

- Ist ein schneller und unmittelbarer Zugang zur medizinischen Grundversorgung sichergestellt (X % der Wohnbevölkerung erreichen zwischen 7.30 und 18.30 Uhr innerhalb von Y Fahrminuten (Auto) das nächste Grundversorgungsangebot)?
- Ist die Notfallversorgung rund um die Uhr gewährleistet (X % der Wohnbevölkerung werden im medizinischen Notfall innerhalb von Y Minuten medizinisch erstversorgt)?
- Erhalte ich die indizierten Behandlungen/Eingriffe/Therapien in einer angemessenen Zeit (Die Durchführung der Behandlung X erfolgt innerhalb von maximal Y Tagen nach erfolgter Indikation)?

H+ erwähnt weiter die Wartezeit für eine Konsultation und ist der Meinung, dass in erster Linie die Notfallversorgung gemessen werden muss. Das Kriterium des Zugangs der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist wird auch von den Kantonen für die Spitalplanung berücksichtigt.

In Bezug auf eine Unterversorgung zeigte sich an den Workshops im September 2016 ein starker Konsens, dass die Kantone bereits über Handlungsmöglichkeiten verfügen und diesbezüglich keine zusätzlichen Massnahmen notwendig sind.

#### **4.1.4 Zuständige Stelle**

Aus Gründen der einheitlichen Umsetzung scheint es folgerichtig, dass der Bundesrat die Erhebung und Verknüpfung sowie die regelmässige Aktualisierung der Daten zu den Beständen zentralisiert und der Bundesverwaltung (BAG oder BFS) überträgt, zumal das BFS die Verknüpfung seiner Datenbanken (z.B. Krankenhausstatistik, medizinische Statistik) mit anderen Datenbanken genehmigen muss. Die Kantone ihrerseits sind für die Sicherstellung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung in ihrem Gebiet zuständig. Nach Ansicht des Bundesrates können die Kantone am besten beurteilen, ob eine mögliche Über- oder Unterversorgung zu korrigieren ist. Deshalb sollen nach seiner Auffassung die Kantone die notwendige Versorgung festlegen und sich dabei auf die Daten zum bestehenden Angebot stützen, die der Bund zur Verfügung stellt.

An den Workshops im September 2016 vertrat santésuisse die Ansicht, dass die Grenzen auf kantonaler Ebene einheitlich, transparent und nach Kriterien, die auf Bundesebene definiert werden, festgelegt werden sollen. Die GDK hingegen wünschte, dass die Versicherer, die Ärztinnen und Ärzte und die Patientinnen und Patienten in die Entscheide einbezogen werden. In seiner Botschaft zur Steuerung des ambulanten Bereichs hatte der Bundesrat vorgeschlagen, dass die Kantone die Akteure im Rahmen von beratenden Kommissionen, bestehend mindestens aus Vertretungen der Verbände der Versicherten, der Verbände der Leistungserbringer (insbesondere der von den Massnahmen betroffenen Leistungserbringer) und der Verbände der Versicherer, einbeziehen müssen. Es war vorgesehen, dass die Kantone die Meinung der Kommissionen zwingend berücksichtigen müssen. In der Vernehmlassung zu dieser Vorlage hatten sich zahlreiche Kantone ablehnend zu dieser Pflicht geäussert. Ihrer Ansicht nach sollten die Kantone die Art und Weise, wie sie die Meinungen der Stakeholder berücksichtigen, selbst bestimmen können.

#### **4.1.5 Festlegung einer Obergrenze**

Das Postulat 16.3000 fordert den Bundesrat auf, Ober- und Untergrenzen festzulegen und diese regelmässig anzupassen. In seiner Botschaft vom 26. Mai 2004 zur Teilrevision des

KVG (Vertragsfreiheit; nachfolgend Botschaft zur Vertragsfreiheit)<sup>28</sup> sah der Bundesrat vor, Mindest- und Höchstgrenzen der Anzahl Leistungserbringer festzulegen, die es für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung in den Kantonen (Bandbreite für jede Kategorie von Leistungserbringern) braucht. Es sei dann Sache der Kantone, innerhalb dieser Bandbreiten zu bestimmen, wie viele Leistungserbringer erforderlich sind, wobei die örtlichen Gegebenheiten zu berücksichtigen seien. Damit wollte der Bundesrat verhindern, dass in der Schweiz erhebliche, mit Blick auf die Gesundheitsversorgung ungerechtfertigte regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte fortbestehen. Er wollte in den Kantonen für jede Kategorie von Leistungserbringern eine bedarfsgerechte ambulante Gesundheitsversorgung sicherstellen. In ihrem Bericht aus dem Jahr 2001 empfahlen Crivelli und Domenighetti<sup>29</sup> auf Basis von Daten des Jahres 1999 eine Dichte von rund 15 Ärztinnen und Ärzten (VZÄ) für 10 000 Einwohnerinnen und Einwohner «als pragmatische Referenz für die Ermittlung der Anzahl Ärztinnen und Ärzte». Diese Zahl entsprach dem Median der kantonalen Werte und der Dichte einer «in Bezug auf die Versorgung mit Ärztinnen und Ärzten und den Import und Export von Patientinnen und Patienten relativ homogenen und autarken Region, d.h. der Region der Kantone St. Gallen und der beiden Appenzell». Gegenüber dem Jahr 2000 liegt der Median der Kantone mit 1,7 Ärztinnen beziehungsweise Ärzten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohnern heute nur leicht höher (2000: Referenzjahr für die Botschaft zur Vertragsfreiheit mit 1,54 Ärztinnen und Ärzten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohnern). Viel grösser sind die Unterschiede zwischen den einzelnen Kantonen. 2014 reichte die Ärztedichte von 0,92 Ärztinnen und Ärzten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohnern im Kanton Uri (0,99 in Obwalden im Jahr 2000) bis 4,92 Ärztinnen und Ärzte pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohnern in Basel-Stadt (3,56 im Jahr 2000). Der tiefste und der höchste Wert unterscheiden sich also um den Faktor fünf. Die Festlegung von schweizweit einheitlichen Unter- und Obergrenzen je Fachgebiet würde diesen Unterschied lediglich bestätigen. Wenn eine Bandbreite zu definieren ist, sollte dies individuell für jeden Kanton erfolgen. Im Rahmen der Vorbereitungsarbeiten für den vorliegenden Bericht lehnten die FMH und curafutura die Festlegung von Ober- und Untergrenzen ab, da diese für die Verbesserung der Leistungsqualität nutzlos seien. H+ ist gegen jede Form von Steuerungsmechanismus im ambulanten Bereich.

#### 4.1.6 Koordination unter den Kantonen

Gemäss dem Postulat 16.3000 soll der Bundesrat Ober- und Untergrenzen je Kanton und Fachbereich festlegen. Die Kantone oder eventuell die Versicherer sollen die Zulassungen innerhalb der vorgegebenen Bandbreiten steuern. Sämtliche befragten Akteure und die Experten sind sich insbesondere darüber einig, dass kantonale Grenzen diesbezüglich aufgrund der Mobilität der Patientinnen und Patienten überholt sind. Nach ihrer Auffassung soll der Bedarf auf regionaler Ebene abgeklärt werden. Das Gesetz verpflichtet die Kantone bereits, ihre Spitalplanungen zu koordinieren. Im Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) beschliessen sie sogar gemeinsam eine gesamtschweizerische Planung. In diesem Bereich existiert ein HSM-Beschlussorgan, das sich aus den Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren von zehn Kantonen zusammensetzt und von einem HSM-Fachorgan beraten wird. Laut der GDK würde sich ein solches Modell aufgrund der Vielzahl von Leistungserbringern nicht für den ambulanten Bereich eignen. Im Rahmen der Workshops haben sich die Versichererverbände – sofern sie eine regionale Koordination befürworteten – aber dafür ausgesprochen, dass die Form dieser Koordination in die Zuständigkeit der Kantone und der Akteure fällt. Dies hatte auch der Bundesrat in seiner Botschaft zur Steuerung des ambulanten Bereichs vorgeschlagen, wonach es Aufgabe der Kantone ist, die Beurteilung des Angebots der ambulanten Versorgung

---

<sup>28</sup> BBl 2004 4293, 04.032

<sup>29</sup> Vgl. Fussnote 5

zu koordinieren. In der Vernehmlassung hatten dies die meisten Akteure, die sich dazu geäußert hatten, befürwortet. Der Kanton Zürich allerdings hatte den Bundesrat darauf hingewiesen, dass eine solche Koordination einer ausreichend langen Frist bedarf. Der Kanton Waadt war der Meinung, dass für eine solche Koordination einheitliche Kriterien vorgesehen werden müssen.

In ihrem Bericht<sup>30</sup> von 2016 empfiehlt die SAMW, in Analogie zu den Fachhochschulregionen, sieben Regionen mit einer Bevölkerung von mindestens einer Million festzulegen. An den Workshops zeigte sich die GDK an der Prüfung der Frage, wie solche Regionen gebildet werden könnten, interessiert. Sie erinnerte allerdings daran, dass die Entscheide entsprechend der im schweizerischen System geltenden Aufgabenorganisation und -aufteilung auf politischer Ebene der Kantone getroffen werden sollten. Nach Ansicht des Bundesrats sollte eine solche explorative Studie auf Daten zur Tätigkeit der Ärztinnen und Ärzte beruhen, die gegenwärtig nicht verfügbar sind. Erste Strukturdaten zu Arztpraxen und ambulanten Zentren, die das BFS im Rahmen des Projekts MARS (Modules ambulatoires des relevés sur la santé) erhebt, werden nicht vor 2019 vorliegen. Eine solche Studie könnte somit erst nach dem Inkrafttreten einer neuen Massnahme zur Steuerung der Versorgung im ambulanten Bereich am 1. Juli 2019 lanciert werden.

#### **4.1.7 Ambulanter Bereich der Spitäler**

Gemäss dem Postulat 16.3000 darf die Einschränkung nicht einseitig den praxisambulanten Bereich betreffen, sondern muss den spitalambulanten Bereich mit einbeziehen. Seit 2010 können die Kantone die Zulassungsbeschränkung auf Ärztinnen und Ärzte anwenden, die im ambulanten Bereich der Spitäler tätig sind. Wenn sie dies tun, passen sie die vom Bundesrat festgelegten Höchstzahlen an. Zwischen 2010 und 2011 nutzten nur fünf Kantone diese Möglichkeit, aber ohne die Zahlen des Bundesrats formell anzupassen. Zwischen 2013 und 2016 unterstellten wiederum fünf Kantone den ambulanten Bereich der Spitäler der Zulassungsbeschränkung. Da Daten zur Festlegung neuer Höchstzahlen fehlen, beurteilen diese Kantone die Situation im betroffenen Fachgebiet in der Regel im Einzelfall.

Gemäss Botschaft zur Steuerung des ambulanten Bereichs<sup>31</sup> sollten diejenigen Kantone, welche sich für die Steuerung des ambulanten Bereichs entscheiden, diesbezüglich auch die Tätigkeit der Spitäler berücksichtigen. In der Vernehmlassung zu dieser Vorlage vertraten die meisten Ärzteorganisationen sowie die Spitäler die Ansicht, dass aus Gründen der Gleichbehandlung und wegen der Rollenvielfalt der Kantone diesbezüglich der ambulante Bereich der Spitäler berücksichtigt werden müsse, da ansonsten neue Verzerrungen entstünden. Nach Ansicht von *santésuisse* hingegen erlaubt die Datenlage dies nicht. Auch aus dem *Obsan-Bericht*<sup>32</sup> geht hervor, dass gegenwärtig keine Datenbank existiert, welche - für die von den Spitalern angestellten Ärztinnen und Ärzte - zwischen dem Beschäftigungsgrad für den stationären Bereich und dem Beschäftigungsgrad für den ambulanten Bereich unterscheidet. Im Anschluss an die Vernehmlassung hatte der Bundesrat schliesslich vorgeschlagen, dass der spitalambulante Bereich im Rahmen der Leistungsaufträge berücksichtigt werden kann.

---

<sup>30</sup> Vgl. Fussnote 24

<sup>31</sup> Vgl. Fussnote 2

<sup>32</sup> Vgl. Fussnote 25

An den Workshops wiesen alle Akteure darauf hin, dass der gesamte ambulante Bereich berücksichtigt werden müsse. Nur die GDK sprach sich dafür aus, dass die Intervention der Kantone in allen Bereichen fakultativ bleiben soll. Als Lösung für das Problem der gegenwärtig fehlenden Daten schlug *santésuisse* vor, allen, auch den im Spital tätigen Ärztinnen und Ärzten, eine ZSR-Nummer zuzuteilen. So könnten die Behandlungen genau den einzelnen Ärztinnen und Ärzten zugewiesen und ihr Beschäftigungsgrad in den verschiedenen Bereichen ermittelt werden. Eine entsprechende Systemanpassung ist jedoch bis 2019 nicht möglich. In jedem Fall müssen die Spitäler die notwendigen Daten zur Verfügung stellen, wenn ihr ambulanter Bereich berücksichtigt werden soll.

#### **4.1.8 Status der Grundversorgerinnen und Grundversorger**

Das Postulat 16.3000 fordert, dass die Grundversorgerinnen und Grundversorger keiner Einschränkung unterstehen sollen. Mit Grundversorgerinnen und Grundversorgern sind in der Regel praktische Ärztinnen und Ärzte (die Schweiz hat diesen Titel für Grundversorgerinnen und Grundversorger im Hinblick auf die automatische Anerkennung der Diplome mit der EU gewählt) und die folgenden Fachrichtungen gemeint: allgemeine Innere Medizin und Kinder- und Jugendmedizin. Allgemeinmedizin und Innere Medizin werden heute als Titel nicht mehr vergeben. Inhaberinnen und Inhaber dieser Titel werden aber ebenfalls als Grundversorgerinnen oder Grundversorger anerkannt. An den Workshops im September 2016 erklärte die FMH, dass sie auch die Gynäkologie sowie eventuell die Psychiatrie zu dieser Liste hinzufügen würde, da diese Ärztinnen und Ärzte für ihre Patientinnen und Patienten häufig eine Hausarztfunktion übernehmen.

Im Rahmen der Ausarbeitung des vorliegenden Berichts befragte das BAG Akteure und Experten, ob der Sonderstatus dieser Leistungserbringer sinnvoll sei. Aus den Antworten entnahm der Bundesrat, dass diese nicht mehr zeitgemäss zu sein scheint. Die FMH schrieb in ihrer Antwort, dass die Grundversorgerinnen und Grundversorger aufgrund ihrer unterschiedlichen Ausbildungsdauer und der Problematik der Doppeltitelträgerinnen und Doppeltitelträger bereits heute nicht mehr einheitlich betrachtet werden können. Für H+ beruht diese Unterscheidung auf einer vergangenheitsbezogenen Betrachtung des Gesundheitssystems, in welchem eine Vielzahl von Personen eine Allgemeinpraktikerin oder einen Allgemeinpraktiker zur Seite hatte. Heute aber übernehmen für chronisch Kranke beispielsweise Spezialärztinnen und Spezialärzte diese Aufgabe und die Jungen suchen bei Bedarf Walk-in-Kliniken und Permanenzen auf. Für *curafutura* ist ebenfalls nicht ersichtlich, weshalb diese Ärztekategorie einen Sonderstatus haben sollte. Nach Ansicht von *santésuisse* ist auch in diesem Bereich eine Überversorgung möglich. Ein Mangel an Grundversorgerinnen und Grundversorgern sollte deshalb nicht durch eine Sonderstellung behoben werden, sondern vielmehr durch Unterstützung von innovativen Organisationsformen. Ebenfalls angesprochen wurde die Problematik der Gruppenpraxen, die gleichzeitig Grundversorgungsleistungen und spezialisierte Leistungen erbringen, und der Doppeltitelträgerinnen und Doppeltitelträger. Für *curafutura* würde die Lösung darin bestehen, sich nicht mehr auf die Leistungserbringer, sondern auf die Leistungen als solche zu konzentrieren. Die GDK erinnerte an ihren Wunsch einer wenn nicht perfekten, dann praktikablen Lösung und wies diesbezüglich auf die damit verbundenen Definitionsprobleme hin. Aufgrund dessen sieht der Bundesrat keine, vom Leistungserbringer unabhängige Steuerung der Leistungen vor.

Die am 3. Juli 2002 in Kraft getretene Zulassungsbeschränkung betraf alle Leistungserbringer des ambulanten Bereichs. Ab dem 1. Januar 2010 wurden die Leistungserbringer nach Artikel 38 KVG sowie die Grundversorgerinnen und Grundversorger ausdrücklich vom Geltungsbereich der Beschränkung ausgeschlossen. Damit wollte das Parlament dem drohenden Hausärztemangel entgegenwirken. Die am 1. Juli 2013 in Kraft getretene und bis zum 30. Juni 2019 verlängerte Version von Artikel 55a KVG sieht hingegen erneut keine ausdrückliche Ausnahme für eine bestimmte Ärztekategorie vor. Diesbezüglich ist es den Kantonen



überlassen, die betroffenen Ärztinnen und Ärzte zu bestimmen. Gestützt auf Artikel 3 VEZL können die Kantone vorsehen, dass die vom Bundesrat in Anhang 1 festgelegten Höchstzahlen für ein oder mehrere Fachgebiete nicht gelten. Zwischen 2013 und 2016 haben entsprechend dieser Bestimmung sechs Kantone (BE, NW, SG, SZ, TG, UR) bestimmte Fachbereiche aus dem Bereich der medizinischen Grundversorgung von der Zulassungsbeschränkung ausgenommen, da sie in diesen Bereichen Unterversorgung oder zukünftige Nachwuchsprobleme festgestellt hatten (Rüefli et al., 2016<sup>33</sup>). Nach Ansicht des Bundesrats erlaubt diese Bestimmung den Kantonen, ihrer jeweiligen Situation genauer Rechnung zu tragen als die bis 2011 geltende Regelung. Allerdings kann eine Überversorgung in einem oder mehreren Fachgebieten der Grundversorgung in einem Kanton nicht ausgeschlossen werden.

#### **4.1.9 Kriterien für die Auswahl der Leistungserbringer**

Das Postulat 16.3000 verlangt, dass auch das Kriterium der Versorgungsqualität für die Beurteilung einer ausreichenden Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen beigezogen wird. Die Motion 16.3001 fordert einen echten Wettbewerb in Bezug auf Qualität (und Preis). Einer der Hauptkritikpunkte in der Vernehmlassung zur Botschaft zur Vertragsfreiheit<sup>34</sup> war im Übrigen, dass der Vorschlag keine positiv formulierten Kriterien beinhalte, aufgrund deren die Leistungserbringer von den Versicherern ausgewählt werden. Ausserdem zeigte sich an den Workshops im September 2016 deutlich, dass ein Mechanismus zur Steuerung des ambulanten Bereichs für einige Akteure, insbesondere für die Versichererverbände *santésuisse* und *curafutura* sowie für die FMH und die Patientenverbände, in erster Linie die Verbesserung der Leistungsqualität bezwecken soll. Die Frage der Kriterien wurde an diesen Workshops zweimal diskutiert: im Rahmen der Diskussionen über die Zulassungssteuerung und im Rahmen der Diskussionen über die Vertragsfreiheit.

##### **4.1.9.1 Kriterien betreffend die Leistungsqualität**

Gegenwärtig existieren nur sehr wenige Indikatoren für die Messung der Qualität der Leistungen (Outcome) im ambulanten Bereich. Wie *curafutura* festgestellt hat, ist in diesem Bereich noch viel Forschung notwendig. H+ erwähnte, dass in mehreren Ländern die Patientenzufriedenheit als Kriterium für die Leistungsqualität verwendet wird.

Damit die Qualität der Leistungen verglichen werden kann, braucht es eine Messung derselben und eine transparente Kommunikation über die Ergebnisse dieser Messung. Generell waren *santésuisse* und H+ der Ansicht, dass die Teilnahme an den Programmen zur Qualitätsmessung und -verbesserung für alle Leistungserbringer zwingend vorgeschrieben werden müsse und die Leistungsqualität nur über die transparente Ausweisung der Ergebnisse verbessert werden könne. Nach Auffassung von H+ soll die Veröffentlichung solcher Resultate ausschliesslich als Grundlage für die Diskussion und Verbesserung dienen, beispielsweise anhand von *Peer Reviews* wie im stationären Spitalbereich. Für die Versicherer hingegen könnten diese Ergebnisse in einem zweiten Schritt als Kriterium für die Auswahl der Leistungserbringer – für die Zulassung oder im Rahmen der Vertragsfreiheit – verwendet werden. Eine Nichtteilnahme oder schlechte Ergebnisse sollen nach Ansicht der Versicherer Sanktionen bis zum Ausschluss aus dem System nach sich ziehen. Auch die Patientenverbände befürworteten Programme zur Qualitätsmessung. Die SPO befürwortet beispielsweise die Schaffung von Registern von medizinischen Fehlern. Neben der Schwierigkeit, die Leistungsqualität (Out-

---

<sup>33</sup> Vgl. Fussnote 8

<sup>34</sup> Vgl. Fussnote 28

come) zu messen, wies die FMH auf bestimmte Gefahren im Zusammenhang mit den Qualitätsindikatoren hin, insbesondere darauf, dass diese stärker gewichtet werden als die Behandlungsqualität insgesamt.

Nach Ansicht des Bundesrats könnten die bestehenden gesetzlichen Anforderungen (vgl. Ziffer 2.7) verstärkt werden. So könnte beispielsweise die Aufrechterhaltung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP an die Übermittlung der geforderten Daten oder die Teilnahme an Programmen zur Qualitätsverbesserung geknüpft werden. Ausserdem sollte die Pflicht, in den Tarifverträgen Programme zur Qualitätsmessung vorzusehen, im Gesetz verankert werden.

Am 4. Dezember 2015 überwies der Bundesrat dem Parlament die Botschaft zur Änderung des KVG (Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit; nachfolgend Botschaft zur Stärkung von Qualität).<sup>35</sup> Diese Vorlage sah unter anderem die finanzielle Unterstützung von konkreten Programmen und Projekten vor, namentlich zur Entwicklung neuer Indikatoren, mit denen sich die Qualität medizinischer Leistungen – auch für den ambulanten Bereich – messen und beurteilen lässt. Obwohl es der Ständerat am 16. Juni 2016 ablehnte, auf die Vorlage einzutreten, verlangte die SGK-N von der Verwaltung eine Vorlage mit Vorschlägen zur Einbindung der Qualitäts-Organisationen im Rahmen einer nationalen Koordinationsplattform. Die Vorlage sollte eine klare Aufgabenverteilung zwischen der Plattform und den Bundesbehörden, eine Stärkung der Zuständigkeiten der Tarifpartner und einen wirksamen Rechtsrahmen, um Massnahmen und Qualitätsanforderungen durchzusetzen, sowie die nötigen gesetzlichen Grundlagen vorsehen. Die Bundesverwaltung hat der Kommission den verlangten Bericht vorgelegt und setzt sich für eine Stärkung der Qualität und Wirtschaftlichkeit im Rahmen dieser Vorlage ein.

#### **4.1.9.2 Kriterien betreffend die Ausbildung, Sprachkenntnisse**

Aus den Antworten der FMH zum Fragebogen und ihrer Teilnahme an den Workshops geht hervor, dass für sie nur die Ausbildung als Kriterium für die Beurteilung der Qualität des Leistungserbringers und der Qualität der Leistungen berücksichtigt werden kann. Für die FMH müssen schweizweit die folgenden vier Kriterien einheitlich angewendet werden:

- Mindestkenntnisse einer Landessprache: Niveau B2 gemäss dem gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen für Sprachen;
- ein mindestens 5500 Stunden umfassendes Medizinstudium;
- eine mindestens dreijährige Tätigkeit an einer schweizerisch anerkannten Weiterbildungsstätte;
- Nachweis des Besuchs von Weiterbildungen, gemäss schweizweit geltenden Kriterien, die von den Fachgesellschaften bereitgestellt werden.

Seit 2013 sind Personen, welche das Kriterium einer dreijährigen Tätigkeit an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte nachweisen können, von der Zulassungsbeschränkung befreit. Dieses Kriterium ist wie unter Ziffer 3.2.14 ausgeführt allerdings in Bezug auf das FZA problematisch und mindert die Wirksamkeit der Zulassungsbeschränkung erheblich. Aus diesen Gründen ist der Bundesrat bezüglich der Beibehaltung dieses Kriteriums im Rahmen einer langfristigen Lösung für die Versorgungssteuerung im ambulanten Bereich kritisch eingestellt.

---

<sup>35</sup> BBI 2016 305, 15.083

Das Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufgesetz, MedBG; SR 811.11) regelt die universitäre Ausbildung, die berufliche Weiterbildung und Fortbildung der Medizinalberufe sowie deren Ausübung. Es definiert insbesondere die für die Ausübung der Medizinalberufe nötige Ausbildung und die beruflichen Pflichten für die selbstständige Berufsausübung. Das Gesetz regelt ausserdem die Anerkennung von ausländischen Diplomen und Weiterbildungstiteln. Ein erster Teil der Revision des MedBG ist am 1. Januar 2016 in Kraft getreten und hat insbesondere die Rolle der Hausarztmedizin und der medizinischen Grundversorgung gestärkt. Der zweite Teil der Revision des MedBG und auch die Änderungen der entsprechenden Verordnungen werden zu einem späteren Zeitpunkt in Kraft treten. Die Kriterien bezüglich der für die Berufsausübung notwendigen Sprachkenntnisse werden diesbezüglich präzisiert, ebenso die Mindeststudiendauer für den Erhalt des Diploms. Die Diplome wie auch die Sprachkenntnisse aller Personen, die einen universitären Medizinalberuf ausüben, werden in Zukunft im Medizinalberufregister aufgeführt. Im Rahmen dieser Revisionen sind die Forderungen der FMH im Grossen und Ganzen erfüllt.

In seiner Antwort zum Fragebogen des BAG wies der Experte Willy Oggier darauf hin, dass es wie in der hochspezialisierten Medizin nur besonders ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten erlaubt werden soll, bestimmte Leistungen zu erbringen. Andere Anforderungen, wie die Befolgung von Richtlinien oder fachlichen Weisungen, entsprechen einem Grundprinzip der ärztlichen Berufsausübung, das sich aus dem MedBG ergibt. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Berufsausübung zulasten der OKP erfolgt oder nicht.

#### **4.1.9.3 Elektronisches Patientendossier**

Im Rahmen der Workshops sprach sich die GDK dafür aus, die Zulassung von Ärztinnen und Ärzten zur Tätigkeit zulasten der OKP an die Teilnahme am elektronischen Patientendossier zu knüpfen. Das Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG; SR 816.11) wurde am 19. Juni 2015 verabschiedet und dürfte 2017 in Kraft treten. Es sieht ausdrücklich vor, dass es den Leistungserbringern des ambulanten Bereichs im Gegensatz zu den Spitälern freisteht, sich einer zertifizierten Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft anzuschliessen. Nach Ansicht des Bundesrats stünde die Verankerung einer solchen Pflicht im KVG im Widerspruch zum Willen des Parlaments. Weiter ist im Gesetz vorgesehen, dass der Bund die Einführung des elektronischen Patientendossiers mit Finanzhilfen für den Aufbau und die Zertifizierung von Gemeinschaften und Stammgemeinschaften unterstützen kann.

#### **4.1.9.4 Zugehörigkeit zu einem Versorgungsnetz**

Die GDK schlug weiter vor, dass die Teilnahme der Leistungserbringer an einem Versorgungsnetz als Selektionskriterium dienen könnte. Gemäss KVG können die Versicherer besondere Versicherungsformen anbieten, insbesondere Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer im Gegenzug zu niedrigeren Prämien. 2012 lehnten die Schweizer Stimmberechtigten aber eine stärkere Förderung der Teilnahme an einem Versicherungsmodell mit integriertem Versorgungsnetz ab. Die Förderung der koordinierten Versorgung bleibt allerdings eine zentrale Massnahme der Gesamtstrategie «Gesundheit2020» des Bundesrats. Im Mai 2014 fand im Rahmen des «Dialogs Nationale Gesundheitspolitik» zusammen mit den Kantonen eine erste Diskussion über das Vorgehen statt. Mit dem Thema koordinierte Versorgung befasste sich auch die zweite nationale Konferenz «Gesundheit2020» im Januar 2015. Das Projekt «Koordinierte Versorgung» des Bundes fokussiert in einem ersten Schritt auf hochbetagte Patientinnen und Patienten mit chronischen, mehrfachen Krankheiten im Kontext Spital. Die Koordination der Leistungen muss insbesondere durch die stärkere Einbindung geriatrischer Fachpersonen optimiert werden. In einem zweiten Schritt könnte das Projekt auf eine zweite Gruppe von Patientinnen und Patienten ausgeweitet werden, die gleichzeitig unter einer psychischen und somatischen Krankheit leiden. Im Rahmen dieses Projekts unterstützt der Bundesrat diese ausgeführten Arbeiten. In Bezug auf das Abstimmungsresultat von 2012

ist der Bundesrat indessen der Meinung, dass die Unterstellung der Zulassung von Ärztinnen und Ärzte zur Tätigkeit zulasten der OKP mit einer Zugehörigkeit zu einem Versorgungsnetz dem Wählerwillen widersprechen würde. Aufgrund dieser Tatsache soll ein entsprechendes Kriterium im KVG nicht verankert werden.

#### **4.1.9.5 Teilnahme am Notfalldienst**

Die GDK schlug weiter vor, die Teilnahme am Notfalldienst als Selektionskriterium einzuführen. Die Planung und Organisation der Notfallversorgung gehört jedoch in den Kompetenzbereich der Kantone. Im Übrigen werden diese Aufgaben in den einzelnen Kantonen sehr unterschiedlich umgesetzt. Auf der Basis von Artikel 55a Absatz 4 KVG haben die Kantone des Weiteren bereits die Möglichkeit, die Teilnahme am Notfalldienst als Bedingung zur Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP vorzusehen. Aus diesem Grund ist der Bundesrat der Meinung, dass es nicht notwendig ist, ein solches Kriterium im KVG aufzunehmen.

### **4.2 Steuerung über die Zulassung**

#### **4.2.1 Theoretisches Konzept**

Das Modell der Steuerung über die Zulassung will vor allem die Zunahme der Inanspruchnahme von Leistungen zulasten der OKP bremsen. Dazu ist – wie im zurzeit geltenden Artikel 55a KVG – eine Beschränkung der Anzahl der Leistungserbringer vorgesehen. Durch die Zugangsbeschränkung in Gebieten mit Überversorgung erhalten die Ärztinnen und Ärzte indirekt den Anreiz, sich dort niederzulassen, wo es eine solche nicht gibt, wo also das Angebot als ungenügend betrachtet wird. Es können auch direkte Anreize eingeführt werden.

Bei diesem Modell werden die Berufsausübungsbewilligung und der Zutritt zum Markt zulasten der OKP nach wie vor unabhängig voneinander erteilt beziehungsweise gewährt. Es gelten weiterhin die Bestimmungen des MedBG, das insbesondere die selbstständige Ausübung der universitären Medizinalberufe regelt. Allerdings reicht es nicht mehr, die Voraussetzungen nach Artikel 36 bis 40 KVG zu erfüllen, um zur Abrechnung zulasten der OKP zugelassen zu werden. Eine zentrale Stelle wird beauftragt, die Erteilung der Zulassungen in einem bestimmten Gebiet nach bestimmten Kriterien zu regeln. Bei der bedarfsabhängigen Steuerung der Zulassungen stützt man sich grundsätzlich auf Kriterien, die sich auf die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung beziehen. Wenn man davon ausgeht, dass es sich bei den Leistungen zulasten der OKP um eine öffentliche Aufgabe handelt, so sollte der Staat oder eine von ihm beauftragte unabhängige Stelle die Aufgabe der Zulassungssteuerung übernehmen.

Die bedarfsabhängige Steuerung der Zulassungen beruht im Prinzip auf einer wissenschaftlichen Evaluation der Versorgung, bei der die für eine bestimmte Bevölkerung notwendigen Leistungen ermittelt und mit dem Angebot verglichen werden. Dabei ist eine Methode anzuwenden, die auf bestehenden oder zu erhebenden Daten beruht.

Bei der Versorgungssteuerung über die Zulassung werden die Kosten der – einmal zugelassenen - Leistungserbringer durch alle Versicherer vergütet (Vertragszwang). Die Versicherten wählen wie im heutigen System ihre Versicherer in erster Linie nach dem Kriterium der Prämienhöhe. Es gibt keinen Wettbewerb über die Preise oder die Leistungsqualität.

#### 4.2.2 Reformvorhaben

Am 18. Februar 2015 überwies der Bundesrat seine Botschaft zur Steuerung des ambulanten Bereichs<sup>36</sup> an das Parlament. Diese Vorlage sollte den Kantonen eine dauerhafte Lösung für die Steuerung des ambulanten Leistungsangebots bieten, um eine Gesundheitsversorgung von hoher Qualität zu gewährleisten und den Kostenanstieg zu bremsen. Gemäss dem Entwurf hatten die Kantone die Möglichkeit, nicht aber die Pflicht, die Zulassung zu regulieren, wenn sie eine Überversorgung feststellen. Diese Regulierung konnte alle Leistungserbringer des ambulanten Bereichs (Art. 36 bis 38 KVG) sowie die Spitäler (Art. 39 KVG) für ihre Tätigkeit in diesem Bereich betreffen. Für die Spitäler erfolgte die Regulierung über bereits bestehende Leistungsverträge für den stationären Bereich. Bei einer Unterversorgung konnten die Kantone Unterstützungsmassnahmen ergreifen und diese an Bedingungen knüpfen. Dafür waren mit dem europäischen Recht vereinbare Qualitätskriterien vorgesehen, wie die Teilnahme an einem Qualitätsprogramm, einem Notfalldienst oder einem Versorgungsnetz oder dem Absolvieren von Weiterbildungen im Bereich Qualität. In einem ersten Schritt musste die kantonale Behörde eine optimale Versorgung bestimmen und dann den Bedarf ermitteln. Das Vorgehen sollte überprüfbar sein und auf verlässlichen Daten beruhen. Ausserdem wurden die Kantone verpflichtet, sich zu koordinieren. Bevor ein Kanton intervenierte, musste er zwingend die Meinung einer aus verschiedenen interessierten Kreisen zusammengesetzten Kommission einholen. Wenn sein Entscheid von der Empfehlung der Kommission abwich, musste er diesen begründen. Der Entwurf enthielt auch eine Bestimmung zur Übermittlung der für die Bedürfnisanalyse benötigten Daten an die Kantone. Obwohl die Vorlage des Bundesrats im Rahmen eines partizipativen Verfahrens ausgearbeitet wurde, zu dem alle Akteure eingeladen waren, beantragte die SGK-N, sie durch eine unbefristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung zu ersetzen.

Die Vorlage des Bundesrats beruhte auf einem von der FMH und der GDK gemeinsam erarbeiteten Modell, das die GDK im Rahmen des «Dialogs Nationale Gesundheitspolitik 2012» vorgestellt hatte. Sie unterschied sich von diesem Modell hauptsächlich dadurch, dass nur die Zulassung der Ärztinnen und Ärzte sowie der Apothekerinnen und Apotheker und der Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen und Ärzte dienen (Art. 36, 36a und 37 KVG), gesteuert werden konnte. Der ambulante Bereich der Spitäler wurde somit nicht berücksichtigt. Es war auch keine Koordination zwischen den Kantonen vorgesehen.

#### 4.2.3 Stellungnahme der Akteure

In der Vernehmlassung zur Botschaft zur Steuerung des ambulanten Bereichs<sup>37</sup> lehnten sowohl die Versicherer als auch die Verbände der Leistungserbringer die Vorlage ab. Eine nennenswerte Ausnahme bildete der Verband Haus- und Kinderärzte Schweiz. Eine Mehrheit der Kantone unterstützte das Projekt unter der Voraussetzung, dass die Kantone die vorgeschlagenen Massnahmen – insbesondere hinsichtlich des ambulanten Bereichs der Spitäler – freiwillig anwenden können. Viele Kantone forderten eine zeitlich befristete Regulierung. Die Versicherer lehnten eine kantonale Versorgungssteuerung und -planung ab, da die Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung letztendlich zu 26 verschiedenen kantonalen Regulierungslösungen führen würde. Zudem sei der Kanton als regulierende Instanz unglaublich aufgrund seiner Doppelrolle als Eigentümer und Betreiber der öffentlichen Spitäler. Die Versichererverbände vertraten diese Position erneut in ihren Eingaben zum Fragebogen und an den Workshops im September 2016 und wiesen darauf hin, dass das Parlament 2015 eine

---

<sup>36</sup> Vgl. Fussnote 2

<sup>37</sup> Vgl. Fussnote 2

Zulassungssteuerung durch die Kantone abgelehnt hatte. Im Übrigen erachteten sämtliche Akteure, Verbände von Ärztinnen und Ärzten und Spitälern, Versicherer und sogar die Kantone die Massnahmen im Fall von Unterversorgung als überflüssig, da die Kantone bereits heute über ausreichende gesetzliche Kompetenzen in diesem Bereich verfügten.

Aus Sicht der Spitäler muss das Gesetz aus Qualitätsgründen und im Sinne der Gleichbehandlung für die Zulassung zur selbstständigen Tätigkeit einheitliche Qualitätsvorgaben und Pflichten für alle Leistungserbringer definieren. Gleichermassen sollten national einheitliche Kriterien zur Messung der Versorgung festgelegt werden, um 26 unterschiedliche Interpretationen zu vermeiden. Die Versicherer begrüsst die Idee, dass die Zulassung an Qualitätskriterien geknüpft werden soll. Allerdings solle sich die Zulassung nicht nur an Bedingungen in Bezug auf Prozess- und Strukturindikatoren orientieren, sondern auch von der Ergebnisqualität abhängen. Die Bedingungen für die Zulassung sollen allerdings nicht nur für die neuen Leistungserbringer gelten, sondern für alle (kein Bestandesschutz). Die GDK und zahlreiche Kantone sprachen sich für die gesamtschweizerisch einheitliche Festlegung von Kriterien zur Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung im ambulanten Bereich aus. Die Kantone sollten aber zusätzliche Bedingungen und Kriterien definieren und anwenden können. Sie seien in die Arbeiten zur Festlegung der Kriterien zwingend mit einzubeziehen.

#### **4.2.4 Obligatorische oder freiwillige Steuerung**

Seit ihrer Einführung am 1. Januar 2001 haben es die Bestimmungen über die Zulassungsbeschränkung den Kantonen stets erlaubt, die vom Bundesrat festgelegten Höchstzahlen an ihre jeweilige Situation anzupassen oder eine oder mehrere Kategorien von Leistungserbringern von der Beschränkung auszuschliessen. In diesem Sinne war die Zulassungsbeschränkung für die Kantone immer freiwillig. Dennoch wandten die meisten Kantone die Massnahme bis 2011 relativ strikt an. Erst seit der Wiedereinführung im Jahr 2013 verzichteten acht Kantone vollständig auf ihre Anwendung. In den Antworten zum Fragebogen des BAG und im Rahmen der Diskussionen hat sich klar gezeigt, dass sich die Kantone aufgrund der Mobilität der Patientinnen und Patienten koordinieren müssten, um den Bedarf zu beurteilen. Es stellt sich die Frage nach der Wirksamkeit einer solchen Koordination im Fall, falls bestimmte Kantone entscheiden würden, diesbezüglich auf eine Angebotssteuerung zu verzichten.

#### **4.2.5 Berücksichtigung der vor dem Inkrafttreten der Massnahme niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte**

An den Workshops im September 2016 bestand ein relativ breiter Konsens darüber, dass die Zulassung bereits niedergelassener Ärztinnen und Ärzte in Frage gestellt werden muss, wenn mit der Einführung eines Instruments zur Versorgungssteuerung im ambulanten Bereich eine Verbesserung der Leistungsqualität angestrebt wird. In diesem Fall solle die Zulassung der Ärztinnen und Ärzte Qualitätskriterien unterstellt werden. Falls eine solche Massnahme hingegen in erster Linie der Eindämmung von Kosten dient, die hauptsächlich durch eine Überversorgung im ambulanten Bereich verursacht wird, so ist die Zulassung der bereits niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte nicht in Frage zu stellen. Der Bundesrat will jedoch eine solche Möglichkeit auch nicht ausschliessen. Nach seiner Auffassung soll es den Kantonen freistehen, dieselben Kriterien auf bereits niedergelassene Ärztinnen und Ärzte anzuwenden. Dafür wäre eine Anpassung des KVG notwendig.

In einem Urteil von 2003 (BGE 130 I 26) hielt das Bundesgericht im Übrigen fest, dass es keinen verfassungsmässigen Anspruch auf die Erbringung von Leistungen zulasten der sozialen Krankenversicherung oder zur Ausübung einer selbstständigen Erwerbstätigkeit mit Hilfe der Kostenübernahme über eine staatliche Versicherung gibt. Der verfassungsrechtliche Schutz beschränke sich insoweit im Wesentlichen auf den Anspruch auf Gleichbehandlung der Gewerbetreibenden und den Schutz vor überfallartigen Rechtsänderungen (E. 6.3.4.5). Das

Bundesgericht wies insbesondere darauf hin, dass es auch in anderen Wirtschaftsbereichen vorkommt, dass infolge einer Änderung der staatlichen Politik nicht nur jungen Berufsleuten die Eröffnung eines eigenen Betriebes praktisch verunmöglicht wird, sondern sogar bestehende Betriebe reduziert oder geschlossen werden müssen (zum Beispiel: Armeelieferbetriebe, Landwirtschaftspolitik).

### **4.3 Vertragsfreiheit**

#### **4.3.1 Theoretisches Konzept**

Die Vertragsfreiheit bezweckt, den Wettbewerb im Markt der medizinischen Leistungen zulasten der OKP zu stärken und die Marktmechanismen gegen die Fehlanreize, die zu steigenden Kosten und sinkender Qualität führen, spielen zu lassen. In diesem Modell stützen sich Versicherer und Ärztinnen und Ärzte bei der Wahl der Partner, mit denen sie Verträge über die Übernahme der Leistungen abschliessen, auf verschiedene Kriterien, insbesondere auf den Preis und die Qualität. Je nach Krankenversicherer, für den sich die Versicherten entschieden haben, ist damit ihre Wahl des Leistungserbringers eingeschränkt. Die Versicherten wählen ihre Versicherer deshalb nicht mehr fast ausschliesslich aufgrund der Prämienhöhe, sondern auch aufgrund der Leistungserbringer, deren Leistungen vom Versicherer übernommen werden.

Theoretisch ist bei einer Überversorgung die Anzahl der Leistungserbringer im Verhältnis zum Bedarf zu hoch. Es ist also möglich, dass einige der Leistungserbringer nicht mit allen Versicherern oder überhaupt keine Finanzierungsvereinbarung abschliessen können und damit vom Markt ausgeschlossen sind. Einige Leistungserbringer sind deshalb bereit, einen tieferen Preis zu akzeptieren, sodass die Kosten zulasten der OKP sinken. Der Wettbewerb wirkt sich auch positiv auf die Leistungsqualität aus: Bestimmte Leistungserbringer sind bereit, für denselben Preis Leistungen anzubieten, deren Qualität über den für die Berufsausübungsbewilligung geltenden Anforderungen liegt: Sie erlangen beispielsweise unabhängige Zertifizierungen oder nehmen an Qualitätszirkeln oder integrierten Versorgungsnetzen teil.

Bei einer Unterversorgung hingegen könnten die Leistungserbringer theoretisch höhere Preise erzielen. Es könnte sein, dass die Versicherer keine andere Wahl hätten, als alle Leistungserbringer unter Vertrag zu nehmen, um ihren Versicherten eine ausreichende Versorgung zu gewährleisten. In diesem Fall gibt es keinen positiven Qualitätswettbewerb. Der erwartete Nutzen der Vertragsfreiheit – im Sinne einer höheren Qualität und der Eindämmung der Kosten zulasten der OKP – kann sich deshalb nur bei einer Überversorgung einstellen.

#### **4.3.2 Bereits geführte Diskussionen**

Am 21. September 1998 verabschiedete der Bundesrat seine Botschaft betreffend den Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung und die Teilrevision des KVG.<sup>38</sup> Hierzu sah eine Bestimmung vor, dass die Kantone im ambulanten Bereich die Möglichkeit haben, ein Globalbudget festzusetzen. Anfang 1999 lehnten National- und Ständerat die Vorlage mit der Begründung ab, das Instrument sei noch zu wenig ausgereift. Danach eröffnete der Nationalrat die Debatte über die Vertragsfreiheit, die vom Ständerat aber abgelehnt wurde. Am 24. März 2000 beschloss das Parlament eine auf drei Jahre befristete Be-

---

<sup>38</sup> BBI 1999 793, 98.058

dürfnisklausel. Der entsprechende Artikel 55a KVG, der die Einschränkung der Zulassung vorsieht, trat am 1. Januar 2001 in Kraft. Gleichzeitig beauftragte das Parlament den Bundesrat mit der Einführung der Vertragsfreiheit (Motion 00.3003, SGK-N).

In seinem Entwurf zur zweiten Teilrevision des KVG schlug der Bundesrat vor, dass die Versicherten im ambulanten Bereich nur unter denjenigen Leistungserbringern wählen können, mit denen ihre Versicherer einen Tarifvertrag abgeschlossen haben. Die Vorlage sah eine weitgehende Vertragsfreiheit vor, sofern die Versorgung sichergestellt und die Kriterien Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung beachtet werden. Im Fall einer ungenügenden Versorgung sollten die Kantone genügend Möglichkeiten haben, um entsprechende Massnahmen zu ergreifen. Angesichts der Ergebnisse des Vernehmlassungsverfahrens wurde deutlich, dass viele Beteiligte grundsätzlich eine Stärkung des Wettbewerbsgedankens und somit auch die Idee einer Aufhebung des Kontrahierungszwanges befürworteten. Sie betrachteten aber das vorgeschlagene Modell mit Skepsis oder hielten es gar für untauglich und nicht praktikabel. Kritisiert wurden insbesondere eine zu grosse Machtverschiebung zu den Versicherern, die unklaren Kriterien für die Auswahl der Leistungserbringer, die Rolle des Bundes bei der Versorgungssicherheit, die Erhöhung des administrativen Aufwandes und die Kostenwirksamkeit des Modells. Der Bundesrat überarbeitete deshalb seine Vorlage und schlug in seiner Botschaft vom 18. September 2000 zur zweiten Teilrevision des KVG<sup>39</sup> namentlich betreffend die Spitalfinanzierung eine Bestimmung vor, wonach Leistungserbringer, die mehr als 65 Jahre alt sind, für die Zulassung einen Vertrag mit einem oder mehreren Versicherern abgeschlossen haben müssen.

Nach langen Diskussionen einigte sich die Einigungskonferenz auf ein Modell, bei dem die im ambulanten Bereich tätigen Leistungserbringer für die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP entweder einen Zulassungsvertrag mit einem oder mehreren Versicherern abschliessen oder sämtliche Leistungen im Rahmen eines integrierten Versorgungsnetzes erbringen müssen. Die Leistungserbringer und Versicherer waren in der Wahl der Vertragspartner frei, wobei sie jedoch eine Reihe von Auflagen zu erfüllen hatten (Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen, Sicherung einer ausreichenden medizinischen Versorgung, Einhaltung des Kartellgesetzes). Im Sonderfall der chronisch kranken betagten Patientinnen und Patienten mit einer langjährigen therapeutischen Beziehung zum selben Leistungserbringer war diese Wahlfreiheit hingegen ausgeschlossen. Die Kantone hatten für den ambulanten Bereich die notwendige Anzahl der Leistungserbringer zur Sicherstellung der Versorgung und der Wahlfreiheit der Versicherten zu bestimmen. Die Krankenversicherer ihrerseits mussten Zulassungsverträge mit mindestens der vom Kanton definierten Anzahl Leistungserbringer abschliessen. Der Bundesrat sollte das Datum festlegen, bis zu welchem die Kantone diese Zahl bestimmt haben müssen. Bis dahin galten die auf der Grundlage von Artikel 55a KVG festgelegten Zahlen zur medizinischen Versorgung als Mindestwerte. Wurde einem Versicherer oder einem Leistungserbringer der Abschluss eines Zulassungsvertrages verweigert, konnte der Betreffende dies einer kantonalen Schiedskommission zum abschliessenden Entscheid unterbreiten. Die Zulassungsverträge waren für eine Dauer von mindestens vier Jahren abzuschliessen und die Versicherer waren verpflichtet, mit sämtlichen bereits im ambulanten Bereich tätigen Leistungserbringern übergangsweise einen auf vier Jahre befristeten Zulassungsvertrag abzuschliessen.

Die Revision scheiterte in der Wintersession 2003 und ebnete den Weg für die Strategie des Bundesrats, die KVG-Revision in einzelne Revisionspakete aufzuteilen. Der neuen Strategie entsprechend unterbreitete der Bundesrat dem Parlament am 26. Mai 2004 seine Botschaft

---

<sup>39</sup> BBl 2001 741, 00.079



zur Vertragsfreiheit<sup>40</sup>. Darin sah er vor, dass die Kantone die bedarfsgerechte Sicherstellung der Versorgung innerhalb der vom Bundesrat festgelegten Bandbreiten bestimmen. Mit dieser Reform verfolgte der Bundesrat zwei Ziele. Das erste Ziel war die Verstärkung des Wettbewerbs unter den Leistungserbringern, der zu einer höheren Qualität und zum Ausschluss der «schwarzen Schafe» führen sollte, d.h. von Leistungserbringern, die unwirtschaftliche oder qualitativ ungenügende Leistungen erbringen. Das zweite Ziel bestand darin, die Überversorgung im ambulanten Bereich in den Kantonen, die eine solche aufwiesen, zu verringern. Zu diesem Zweck wollte der Bundesrat die Kantone in die Verantwortung einbinden, indem er sie verpflichtete, eine Mindestzahl von Leistungserbringern zu bestimmen, die für die bedarfsgerechte medizinische Versorgung ihrer Bevölkerung in jeder Kategorie der im ambulanten Bereich tätigen Leistungserbringer notwendig ist. Die Versicherer mussten die Leistungserbringer, deren Leistungen sie übernahmen, unter Berücksichtigung der von den Kantonen festgelegten Mindestzahlen auswählen. Am 18. Dezember 2008 lehnte es der Ständerat ab, auf die Vorlage des Bundesrats einzutreten. Der Nationalrat schloss sich am 16. Juni 2010 diesem Entscheid an, trat indessen auf die Botschaft vom 15. September 2004 bezüglich der Teilrevision des KVG (Managed-Care; nachfolgend Botschaft zu Managed-Care)<sup>41</sup> ein, die am 17. Juni 2012 vom Volk schliesslich verworfen wurde.

Angesichts der starken Zunahme der Anzahl der Gesuche um Erteilung einer neuen ZSR-Nummer im Jahr 2012 verlangte der Arzt und Ständerat Felix Gutzwiler mit der Motion «KVG. Vertragsfreiheit einführen» (12.3638) die Einführung der Vertragsfreiheit für die spezialisierten Ärztinnen und Ärzte. Der Ständerat lehnte die Motion am 26. September 2012 zugunsten der Diskussion über die verschiedenen Möglichkeiten zur Steuerung des ambulanten Bereichs ab, die im Rahmen der Ausarbeitung der Botschaft zur Steuerung des ambulanten Bereichs stattfinden sollte.

Während der Beratungen über die dringliche erneute Einführung der Zulassungsbeschränkung im Jahr 2012 beauftragte Nationalrat Jürg Stahl den Bundesrat mit der Motion 13.3265 «Gegenvorschlag zum Zulassungsstopp für Ärzte», ab einer bestimmten Ärztedichte die Vertragsfreiheit einzuführen. Nach Anhörung der Ärztinnen und Ärzte und Versicherer sollte der Bundesrat die entsprechende Anzahl Ärztinnen und Ärzte festlegen, welche für die ganze Schweiz einheitlich (pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohnern) und nach Spezialarztgruppen definiert werden sollte. Nach der Annahme der Motion durch den Nationalrat wurde sie 2016 vom Ständerat zugunsten des Postulats, mit dem sich der vorliegende Bericht befasst, abgelehnt.

Das Parlament hat dieses Modell bereits vielfach diskutiert. Die Vertragsfreiheit hat unabhängig von der vorgeschlagenen Variante nie eine Mehrheit gefunden. Zum letzten Mal wurde im Herbst 2012 ein in diese Richtung weisender Vorschlag vom Ständerat deutlich abgelehnt. Im Übrigen hat das Volk in der Abstimmung über die Managed-Care-Vorlage klar gezeigt, dass es eine freie Wahl des Leistungserbringers wünscht. Nach Ansicht der Patientinnen und Patienten sollen nicht die Versicherer - über den Umweg der Vertragsfreiheit - an ihrer Stelle die Ärztinnen und Ärzte wählen, wer ihre Ansprechpersonen sein sollen.

### **4.3.3 Stellungnahme der Akteure**

In ihren Antworten zum Fragebogen des BAG und im Rahmen der Workshops sprachen sich die Verbände der Leistungserbringer klar gegen eine allgemeine Aufhebung des Vertragszwangs auf. Die FMH lehnte es ab, dass die Versicherer bei der Angebotssteuerung eine Rolle

---

<sup>40</sup> Vgl. Fussnote 28

<sup>41</sup> BBl 2004 5599, 04.062

spielen sollen. Sie bezweifelte, dass diese über die nötigen Kenntnisse und Daten verfügen, und wies auf den Interessenkonflikt der Versicherer hin. Für die FMH wie für H+ ist dieses Modell für diejenigen Patientinnen und Patienten, die sich ausdrücklich für Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer entscheiden, bereits Realität. Die Patientenorganisationen hingegen waren nicht gegen die Beibehaltung dieser Art von Angebot, das sich ständig an die Bedürfnisse der Versicherten anpassen muss.

Im Gegensatz zu den Verbänden der Leistungserbringer sind die befragten Versichererverbände (santésuisse und curafutura) der Auffassung, dass nur die Marktmechanismen zu einer Qualitätsverbesserung bei gleichzeitiger Kostendämpfung führen können. Für santésuisse darf die Vertragsfreiheit aber nur bei Überversorgung zur Anwendung gelangen, um einen unerwünschten Kostenanstieg zu verhindern. Konkret gäbe es eine Vertragspflicht bis zur Erreichung des als nötig erachteten Versorgungsniveaus. Oberhalb dieser Grenze würden zusätzliche Leistungserbringer nach qualitativen Kriterien zugelassen werden. Gemäss santésuisse wäre aber eine leichte Überversorgung nötig, um mehr Qualität und Innovation zu erreichen, was auch der Experte Willy Oggier unterstützt. Im Gegensatz dazu befürchtet die FMH eine Zweiklassenmedizin mit Ärztinnen und Ärzten unterhalb der Grenze, die eine «Standardqualität» anbieten, und Ärztinnen und Ärzten oberhalb der Grenze, die höhere Qualitätsanforderungen zu erfüllen haben. Die GDK teilt diese Meinung und erachtet ein solches System als zu komplex.

curafutura präsentierte an den Workshops ein Modell, das den Akteuren mehr Kompetenzen einräumt. In diesem Modell würden die Grundversorgungsleistungen weiterhin obligatorisch von der Krankenversicherung auf Basis von Einzelleistungstarifen übernommen werden. Hingegen gälte für die «spezialisierten» Leistungen das Naturalleistungsprinzip. Gemäss diesem Prinzip, das bereits im Bereich der Unfallversicherung angewandt wird, ist der Versicherer für die Leistungserbringung der Versicherten zuständig. Der Versicherer hat deshalb eine grössere Kontrolle über die erbrachten Leistungen, aber auch eine grössere Verantwortung. Im Fall der spezialisierten Leistungen gemäss Modell von curafutura würden die Tarife nicht mehr von den zuständigen Kantons- oder Bundesbehörden festgelegt und genehmigt, sondern zwischen den Akteuren des Systems vertraglich vereinbart werden. Dagegen wehrte sich die SPO. Mit dem 2014 von Nationalrätin Ruth Humbel eingereichten Postulat 14.3862 «Prävention und Leistungssteuerung in der Krankenversicherung» wurde der Bundesrat mit der Prüfung der Frage beauftragt, ob und in welchem Umfang Elemente des UVG in das KVG übernommen werden könnten, um den Krankenversicherern mehr Handlungsspielraum bei der Prävention und Leistungssteuerung zu geben. Das Postulat wurde am 29. September 2016 abgelehnt. In seiner Stellungnahme erklärte der Bundesrat, dass im Bereich der Krankenversicherung nichts anderes übrig bleibt, als den Umfang des Schadens anhand der bezogenen Leistungen festzustellen, was die Anwendung des Naturalleistungsprinzips in diesem Bereich verunmöglicht.

Nach den Workshops vom September 2016 waren sich alle Akteure sowie die drei befragten Experten über einen Punkt einig: Es liegt derzeit kein ausreichend ausgereiftes Projekt zur Lockerung des Vertragszwangs vor, das ab dem 1. Juli 2019 die heute geltende Zulassungsbeschränkung ablösen könnte. Ebenso sei eine Akzeptanz für eine solche Änderung in Politik und Bevölkerung nicht abzusehen. In seiner Antwort zum Fragebogen schlägt der Experte Thomas Zeltner deshalb vor, die Rahmenbedingungen für Pilotversuche zu schaffen, deren Begleitung und Evaluation den staatlichen Instanzen zufallen würde.

#### **4.3.4 Offene Fragen**

##### **4.3.4.1 Mehrfachrolle der Versicherer und Risikoselektion**

Aufgrund der sozialen Funktion der OKP ist es den Krankenversicherern nicht möglich, daraus einen direkten Gewinn zu erzielen. Die Prämien dürfen höchstens die Kosten der Leistungen zulasten der OKP sowie die damit verbundenen Verwaltungskosten decken. Hingegen dürfen die Krankenversicherer im Bereich der Zusatzversicherungen gewinnorientiert tätig sein. Für die Versicherten ist es häufiger einfacher, die Grund- und die Zusatzversicherung bei denselben Versicherer abzuschliessen. So können die Versicherer über die Grundversicherung Versicherte für den rentablen Bereich der Zusatzversicherungen anwerben. Sie haben aber kein Interesse daran, alle Arten von Versicherten aufzunehmen. Rentabel sind nur die «guten Risiken», d.h. Versicherte, die wahrscheinlich die geringsten Kosten verursachen werden. Dadurch entstehen für die Versicherer Anreize, im Bereich der OKP eine Risikoselektion vorzunehmen. Um gute Risiken anzuziehen, müssen die Versicherer die tiefsten Prämien anbieten und damit die Kosten der übernommenen Leistungen senken. Sie können auch «schlechte Risiken» abwehren, indem sie nur rudimentäre Leistungen anbieten. Durch die Schwächung der Grundversicherung stärken sie zudem die Attraktivität ihrer Zusatzversicherungsprodukte. Zur Bekämpfung dieses aus gesellschaftlicher Sicht unerwünschten Phänomens hat der Gesetzgeber einen Risikoausgleichsmechanismus zwischen den Versicherern eingeführt. Dieser berücksichtigt das Alter und Geschlecht der Versicherten, Spital- oder Pflegeheimaufenthalte im vergangenen Jahr und ab dem 1. Januar 2017 Kosten für die im vergangenen Jahr bezogenen Arzneimittel. Mit der Einführung der Vertragsfreiheit ist zu befürchten, dass die Versicherer Risikoselektion betreiben, indem sie die zugelassenen Ärztinnen und Ärzte nach dem Gesundheitszustand ihrer Patientinnen und Patienten – auf Basis der ihnen vorliegenden Abrechnungsdaten – auswählen. Um dies zu verhindern, sollen die Versicherer nach Auffassung des Bundesrats bei der Auswahl der Ärztinnen und Ärzte bestimmte Kriterien zu berücksichtigen haben. Chronisch kranke und betagte Patientinnen und Patienten mit einer langjährigen therapeutischen Beziehung zum selben Leistungserbringer sollen zudem den Krankenversicherer wechseln können, ohne die Ärztin oder den Arzt wechseln zu müssen.

##### **4.3.4.2 Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung**

Um die Kosten der zu übernehmenden Leistungen einzudämmen, besteht für die Versicherer der Anreiz, die Anzahl der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte auf das zur Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung erforderliche Minimum zu reduzieren. Gemäss ihren Antworten zum Fragebogen sind sich die Versicherer darüber einig, dass der Staat die Kriterien für die Mindestversorgung festlegen soll. Für santésuisse sollen solche Kriterien nur in Bereichen definiert werden, in denen dies unumgänglich erscheint, insbesondere für Ambulanzen und Notfalldienste. Nach Meinung von curafutura können auch die Erreichbarkeit (Zeit/Entfernung) des Grundversorgungsangebots sowie die Wartefristen (in Tagen) für spezialisierte Leistungen berücksichtigt werden. Im Modell von curafutura blieben die Kantone für die Grundversorgungsleistungen zuständig, während die Versicherer für die Versorgung mit spezialisierten Leistungen verantwortlich wären. Gemäss curafutura ist die Gefahr, dass nicht genügend Leistungen zur Verfügung gestellt würden, sehr klein, da der betreffende Versicherer für die Versicherten nicht attraktiv wäre.

Nach Auffassung des Bundesrats müssen die Kantone bei einer Lockerung des Vertragszwangs – wie in den Ziffern 4.1 ff. beschrieben – eine gesamtschweizerisch einheitliche Mindestversorgung festlegen. Es soll eine bestimmte Bandbreite (bspw. 10 – 20%) über der definierten Mindestversorgung festgelegt werden, innerhalb derer der Wettbewerb spielen kann. Durch die Definition einer Obergrenze ist das Risiko einer Zweiklassenmedizin beschränkt und eine gewisse Kostenkontrolle sichergestellt.

#### **4.3.4.3 Auswirkungen bei einer Unterversorgung**

Gemäss Bundesverfassung setzen sich Bund und Kantone dafür ein, dass jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält. Für den Fall, dass die Verantwortung für die ambulante Versorgung mit medizinischen Leistungen den Versicherern überlassen würde, müssten Mechanismen vorgesehen werden, welche sicherstellen, dass die Versicherten über einen ausreichenden Zugang zu den Leistungen verfügen.

Für curafutura müssten die Leistungen bei Unterversorgung infolge mangelnder Vertragsabschlüsse mit zugelassenen Leistungserbringern über einen Referenztarif vergütet werden.

Nach Einschätzung des Bundesrats wäre es sehr schwierig, einen behördlichen Referenztarif festzulegen, welcher die Tarifpartner zum Abschluss von Tarifverträgen bewegt. Einerseits würde ein tiefer Referenztarif die Versicherer nicht dazu bewegen, mit einer genügenden Anzahl von Leistungserbringern Tarifverträge abzuschliessen. Andererseits würde ein höherer Referenztarif die Leistungserbringer nicht dazu veranlassen, Tarifverträge mit den Versicherern abzuschliessen. Aus diesem Grund ist der Bundesrat der Meinung, dass die Versicherer aufgrund einheitlicher Kriterien entscheiden müssten, welche Leistungserbringer zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassen werden. Die Einheitlichkeit der Zulassungskriterien der Leistungserbringer würde erlauben, dass die Entscheide der Krankenversicherer vor Gericht angefochten werden können.

#### **4.3.4.4 Besondere Versicherungsformen**

Im KVG sind bereits besondere Versicherungsformen vorgesehen, namentlich Modelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer im Gegenzug zu niedrigeren Prämien. Diese Modelle beinhalten insbesondere integrierte Versorgungsnetze. Für santésuisse und für die GDK würden die Modelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer mit der Lockerung der Vertragspflicht zur Norm. Dies würde ihrer Ansicht nach die Entwicklung neuer Modelle nicht verhindern. Entsprechend seiner Gesamtstrategie «Gesundheit 2020» ist der Bundesrat der Auffassung, dass weiterhin besondere Versicherungsmodelle entwickelt werden sollen. Trotz des Scheiterns der Managed-Care-Reform im Jahr 2012 unterstützt der Bundesrat die Entwicklung der koordinierten Versorgung (vgl. Ziffer 4.1.9.4). Mit der Umsetzung eines Modells der Vertragsfreiheit müsste die Unterscheidung zwischen einem allgemeinen Versicherungsmodell und Modellen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer also beibehalten werden. Ansonsten bestünde bei diesen Modellen eine ständige Unsicherheit, welche ihre Existenz grundlegend bedrohen würde.

#### **4.3.4.5 Bestandesschutz**

Eine wichtige Frage, die sich mit diesem Modell stellt, ist jene des Bestandesschutzes: Für Ärztinnen und Ärzte wird eine wirtschaftliche Unsicherheit geschaffen, die sie als Unternehmerinnen und Unternehmer auf sich nehmen müssen. Die Einführung eines Modells, in dem ihr bestehendes Recht auf Berufsausübung in Frage gestellt würde, könnte die wirtschaftliche Sicherheit zahlreicher Ärztinnen und Ärzte in bestimmten Regionen gefährden. Diesbezüglich müsste mit Sicherheit eine Übergangsfrist vorgesehen werden. Indessen würde der unbefristete Schutz von bereits niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten den Wettbewerb zu stark verfälschen und die Reform bliebe wirkungslos. Die beiden Kammern hatten sich im Rahmen der Beratungen zur zweiten Teilrevision des KVG dafür ausgesprochen, die Versicherer zu verpflichten, sich während einer Übergangsphase von vier Jahren mit allen im ambulanten Bereich tätigen Leistungserbringern vertraglich zu binden.

Gemäss Botschaft zur Vertragsfreiheit<sup>42</sup> genügt eine Frist von zwei Jahren, während der der Kontrahierungszwang im ambulanten Bereich für Leistungserbringer, die bei Inkrafttreten der vorliegenden Gesetzesänderung bereits zugelassen sind, bestehen bleibt. Das in der Vorlage vorgeschlagene Vertragsmodell könnte seine Wirkung bei einer längeren Frist kurz- und mittelfristig nicht voll entfalten. Die zugelassenen Leistungserbringer wären nämlich noch zu lange geschützt gewesen und hätten sich nicht veranlasst gesehen, ihr Verhalten bei der Leistungserbringung zu ändern. Dies wäre zulasten neuer Leistungserbringer gegangen, die in den Krankenversicherungsmarkt einsteigen möchten und wirtschaftlichere und qualitativ bessere Leistungen erbringen.

#### **4.3.4.6 Organisation der Verhandlungen**

Damit ein solches Wettbewerbsmodell funktionieren soll, vertrat der Experte Willy Oggier in einem Bericht von 2003 zuhanden des BAG<sup>43</sup> die Auffassung, dass die Verträge nicht wie bisher von Dachverbänden abgeschlossen werden dürfen. In diesem Fall bestünde die Gefahr eines Missbrauchs durch eine beherrschende Stellung, wodurch der erwartete Nutzen eines solchen Modells zunichte gemacht würde. Für curafutura bedeutet die Anwendung von Wettbewerbsregeln, dass die Verhandlungen individuell geführt werden müssten. Nach Ansicht von curafutura müssten die Kartellgesetzbestimmungen sowohl auf die Versicherer als auch auf die Leistungserbringer angewendet werden, damit willkürliche Marktausschlüsse verhindert werden können. Um die Verhandlungen zu erleichtern, spricht sich curafutura dafür aus, dass die Verträge nicht mehr durch die Kantone genehmigt werden müssen, sondern lediglich auf ihre Gesetzmässigkeit hin kontrolliert werden sollten. Die Leistungserbringer hingegen lehnen ein Modell, in dem die Versicherer völlig frei und jeder für sich handeln könnten, entschieden ab.

Nach Ansicht des Bundesrats wäre eine Lösung, bei der jeder Leistungserbringer mit jedem Versicherer individuelle Verträge abschliessen müsste, für die Versicherten administrativ viel zu aufwändig und zu komplex. Für ihn wäre nur eine Lösung, bei der die Versicherer gemeinsam aufgrund von Qualitätskriterien entscheiden, welche Leistungserbringer unter Vertrag genommen werden, praktikabel und hinreichend transparent. Dementsprechend müssten die Ärzteverbände, wie dies in Deutschland der Fall ist, in die Diskussionen einbezogen werden.

### **4.4 Differenzierte Tarife**

#### **4.4.1 Theoretisches Konzept**

Mittels der Differenzierung von Tarifen nach Region, Leistungsangebot oder qualitativen Kriterien erhalten die Tarifpartner die Möglichkeit, Fehlanreize in der Leistungserbringung der ambulanten Versorgung zu eliminieren. Die Tarifpartner würden über einen wirtschaftlich begründeten Verhandlungsspielraum verfügen, mit welchem sie durch eine Preisdifferenzierung bei jeder Tarifstruktur je nach Leistungsspektrum einer Unter- oder Überversorgung effizient entgegenwirken könnten.

---

<sup>42</sup> Vgl. Fussnote 28

<sup>43</sup> Oggier, Willy. Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung, Kontrahierungszwang, Grundlagen zur 3. KVG-Revision, Teilprojekt, Mai 2003. Der Bericht (nur in deutscher Sprache) ist auf der Website des BAG einsehbar: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Service > Publikationen > Forschungsberichte > Forschungsberichte Kranken- und Unfallversicherung

Die Einführung von differenzierten Tarifen würde nach Ansicht der Befürworter dieses Konzepts den Wettbewerb im Tarifrecht in Bezug auf die Leistungsqualität und regionale Bedürfnisse verstärken, eine Unter- beziehungsweise Überversorgung abbauen, die Qualität in der Leistungserbringung erheblich verstärken und zu tieferen Kosten und Prämien führen.

Grundsätzlich bedeutet die Vertragsautonomie im Bereich des KVG, dass die Tarifpartner in Tarifverträgen unterschiedliche Taxpunktwerte vereinbaren können. Der vom Gesetzgeber angestrebte Wettbewerb auf der Ebene der Tarifverträge lässt im Allgemeinen für jeden Tarifvertrag unterschiedliche Taxpunktwerte zu. Indessen sind die von der Rechtsprechung und Lehre entwickelten Kriterien zur Festsetzung von Taxpunktwerten zu beachten.

#### **4.4.2 Reformvorhaben**

Im Jahr 2010 starteten der Krankenversicherer Visana und die Ärztesgesellschaft des Kantons Bern ein Pilotprojekt, in dessen Rahmen der Taxpunktwert für die Landärztinnen und Landärzte im Berner Oberland um einige Rappen erhöht wurde. In der Folge forderte Nationalrat Ricardo Lumengo den Bundesrat auf (Ip. 10.3584), das Projekt zu evaluieren, zu unterstützen und auszudehnen sowie zu prüfen, ob gesetzliche Anpassungen nötig sind. Ein Jahr später verlangte die CVP-Fraktion mit einer Motion (11.3888), dass der Bundesrat dem Parlament gesetzliche Grundlagen für die Schaffung eines hausarztfreundlichen Tarifsystems vorlegte. In seinen Stellungnahmen zur Interpellation 10.3584 und zur Motion 11.3888 erinnerte der Bundesrat daran, dass die Gesundheitsversorgung eine Aufgabe der Kantone ist. Der Bund seinerseits trage die Verantwortung dafür, dass sich die Bevölkerung zu tragbaren Bedingungen gegen die Risiken von Krankheit und Unfall versichern kann. Weiter erinnerte der Bundesrat an die Tarifgestaltungsgrundsätze, nach denen Leistungen im Rahmen der OKP nur vergütet werden können, wenn die Erfordernisse der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfüllt sind. Ausserdem dürfe der Tarif höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung und höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. Der Bundesrat war der Ansicht, dass eine Erhöhung des Taxpunktwertes, die sich nicht an die oben erwähnten Tarifgestaltungsgrundsätze hält und einzig aus regionalpolitischen Gründen erfolgt, dem im KVG verankerten Wirtschaftlichkeitsgebot widerspreche. Eine Differenzierung nach Fachbereich oder geografischer Ansiedlung des Leistungserbringers sei daher nicht in Betracht zu ziehen.

Im Rahmen der Diskussionen über die Wiedereinführung der Zulassungsbeschränkung im Jahr 2012 lancierte Nationalrat Ignazio Cassis die Idee, die Vergabe von Praxiskonzessionen für neue Arztpraxen über ein Auktionsmodell anstatt wie bisher über Zulassungsbeschränkungen zu regeln (Po. 12.3783). Bei diesem Modell würde ein Regulator der Ärzteschaft einen tieferen Tarif vorschlagen und diesen stufenweise erhöhen, bis sich genügend Ärztinnen und Ärzte bereit erklären, in einem bestimmten Versorgungsgebiet zu dem auf diese Weise bestimmten Tarif tätig zu sein. An Orten mit hoher Ärztedichte dürften die Kosten sinken, währenddessen Randgebiete mit drohender Unterversorgung durch einen höheren Tarif attraktiver würden. Der Bundesrat prüfte dieses Modell im Rahmen seiner Arbeiten zur Steuerung des ambulanten Bereichs. Kurz danach lehnte der Nationalrat eine Motion der SGK-S (Mo. 13.3371) ab, welche eine Differenzierung der Einzelleistungstarife für Spezialärztinnen und Spezialärzte und für Grundversorgerinnen und Grundversorger sowie nach Regionen verlangte. Stattdessen sollte sich der Bundesrat weiter auf seine Arbeiten konzentrieren.

#### **4.4.3 Diskussion**

Wie bereits erwähnt, ist das KVG 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. Gemäss Eingaben zum Fragebogen ist für

curafutura in Bezug auf differenzierte Tarife grundsätzlich wichtig, dass die Freiheitsgrade in der Tarifgestaltung erhöht werden, indem einerseits die Kompetenz der Tarifpartner etabliert werden soll, bei schweizweit einheitlichen Tarifstrukturen auch unterschiedliche Taxpunkt-werte vereinbaren zu können, soweit dies nicht bereits geschehe. Es sei dabei nicht notwendig, (versorgungsorientierte) Kriterien der Differenzierung vorzugeben. Die Notwendigkeit der Preisdifferenzierung ergebe sich aus dem Umstand, dass Preise bei national einheitlichen Tarifstrukturen nicht einheitlich sein sollen und müssen, weil ansonsten negative Auswirkungen auf die Versorgung drohen. Sollten die Arbeiten zur Revision der Tarifstruktur für ambulante Arztleistungen nicht erfolgreich verlaufen, wäre andererseits die Etablierung unterschiedlicher Tarifstrukturen für verschiedene Fachrichtungen in Betracht zu ziehen, um Blockaden in der Tarifentwicklung aufzuheben oder zu verringern.

santésuisse weist in ihren Antworten zum Fragebogen darauf hin, dass mit einer differenzierten Taxpunkt-wertsenkung bei einer „Unwirtschaftlichkeit“ oder einem „Überangebot“ kurzfristig ein probates Mittel besteht, um das übermässige Kostenwachstum bei bestimmten ärztlichen Leistungen zu bremsen, ohne junge Ärzte systematisch zu benachteiligen. Mittel- und langfristig favorisiert santésuisse gemäss Aussagen an den Workshops indessen einen Kostenkontrollmechanismus, der demjenigen ähnelt, welcher im Vertrag zwischen santésuisse und FMH sowie den kantonalen Ärztesgesellschaften betreffend Kontrolle und Steuerung von Leistungen und Kosten im Bereich TARMED (nationale LeiKoV) vereinbart wurde. Gemäss santésuisse könnte dieser dahingehend weiterentwickelt werden, indem tarifpartnerschaftlich mit einzelnen Facharztgemeinschaften pro Kanton definiert wird, wie die Kosten gemeinsam gesteuert werden. Die GDK bezweifelt, dass sich die Tarifpartner hierzu einigen können und schlägt stattdessen vor, dass Preisabschläge differenziert nach verschiedenen Fachrichtungen und Regionen durch die Behörden verordnet werden können, sofern bestimmte Versorgungssituationen eintreffen. Als Orientierungshilfe für eine derartige gesetzliche Tarifsteuerung können des Weiteren die Absätze 2bis und 2ter der Schlussbestimmungen zur Änderung der KVV vom 22. Oktober 2008, welche Instrumente zur Überwachung der Entwicklung der Kosten und der Leistungsmengen (Monitoring) sowie die dazugehörigen Korrekturmassnahmen bei der Spitalfinanzierung definieren, dienen.

Gemäss Oggier sollen die Zielkonflikte bei der Gestaltung optimaler Vergütungssysteme anhand der folgenden allgemeinen Kriterien analysiert und bewertet werden:

- Power: Ein Vergütungssystem weist eine geringe Power auf, wenn jeder zusätzliche Franken Kostensteigerung zu einer Erhöhung der Vergütung führt. Ein solches kostenbasiertes System setzt Anreize in Richtung Kostenausweitung. Je höher die Power, desto stärker sind die Anreize in Richtung Kosteneffizienz.
- Balance: Dieses Kriterium vergleicht die Power bei der Vergütung unterschiedlicher Leistungen im Rahmen eines Systems. Die Balance fällt am höchsten aus, wenn alle Leistungen nach dem gleichen Prinzip vergütet werden. Bestehen unterschiedliche finanzielle Anreize, dürften dagegen bestimmte Behandlungsformen bevorzugt beziehungsweise benachteiligt werden.
- Fit: Dieses Mass soll zum Ausdruck bringen, wie gut unterschiedliche Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten im Rahmen des Vergütungssystems berücksichtigt werden. In der Regel weisen Einzelleistungsvergütungssysteme einen hohen Fit auf, weil (fast) alle erbrachten Leistungen vergütet werden, Fallpauschalensysteme dagegen eher einen geringeren. Je höher der Fit-Wert zu stehen kommt, desto geringere Anreize zum Skimming (Risikoselektion unter den Patientinnen und Patienten) dürften in der Regel bestehen.

Die Stellungnahmen der Spitzenverbände von Leistungserbringern und Versicherern zeigen überdies, dass eine Steuerung der ambulanten Versorgung insbesondere über Kriterien der Qualität auf eine breite Zustimmung stösst. Für die FMH ist sie die einzig mögliche Art der

Steuerung. Hierzu ist aber festzuhalten, dass heute die entsprechenden Datengrundlagen für eine solche Steuerung im ambulanten Bereich nicht vorhanden sind, entsprechend hat dies der Bundesrat bisher abgelehnt (vgl. Stellungnahme des Bundesrates zur Motion 14.4291). Entsprechende Kriterien müssten durch die Tarifpartner im Rahmen von speziellen Tarifverträgen erarbeitet, umgesetzt und überwacht werden und nur denjenigen Leistungserbringern offen stehen, die diese Qualitätsanforderungen erfüllen.<sup>44</sup> Dies gilt auch für die von der FMH an den Workshops erwähnte Idee der Einführung eines individuellen Arztfaktors (IAF), welche von den Tarifpartnern zu entwickeln wäre.

#### **4.4.4 Pauschaltarife**

Das KVG schreibt für die Vergütung von ambulanten Behandlungen keine bestimmte Tarifart vor. In Artikel 43 Absatz 2 KVG werden drei Tarifarten, Zeittarif, Einzelleistungstarif und Pauschaltarif genannt, wobei auch Kombinationen denkbar sind. Dies bietet die Möglichkeiten, neben der Einzelleistungsvergütung, welche bis heute für die Vergütung von ambulanten ärztlichen Leistungen die traditionelle Tarifart bildet, auch andere Tarifformen zu entwickeln. Bei den Pauschaltarifen wird in Artikel 43 Absatz 3 KVG festgehalten, dass diese als Patientenpauschale (z.B. als Fallpauschale) oder unabhängig von einer Behandlung als Versichertenpauschale ausgestaltet werden könne. Ebenso lässt das KVG ausdrücklich Tarifverträge zwischen einzelnen Leistungserbringern und Versicherern zu. Es verpflichtet diese nicht zum Abschluss von Tarifverträgen zwischen den Verbänden der Versicherer und der Leistungserbringern und es verbietet ausdrücklich Vereinbarungen und Regelungen, welche die Vertragsfreiheit der Verbandsmitglieder einschränken (Art. 46 Abs. 3 KVG).

Gemäss Moser zeigt sich hier der deutliche Wille des Gesetzgebers zur Förderung von unterschiedlichen Tarifverträgen und zu einem Wettbewerb zwischen den Versicherern und den Leistungserbringern. Mittels Entscheid für einen Pauschaltarif und unter Berücksichtigung der Grundsätze des KVG (namentlich betreffend einer betriebswirtschaftlichen Bemessung und einer sachgerechten Struktur nach Art. 43 Abs. 4 KVG und der Gewährleistung des Gebots der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit) könnten sich die Tarifpartner des Weiteren auf eine Tarifierung nach Fachgebieten, Qualitätskriterien oder regionalpolitischen Zielsetzungen konzentrieren. Das Thema Pauschaltarife nimmt auch der Bundesrat in seiner Strategie Gesundheit 2020 auf, indem er im Handlungsfeld „Chancengleichheit“ das Ziel und die Massnahme festhält, die Gesundheit durch Effizienzsteigerung bezahlbar zu halten und damit die Pauschalabgeltung gegenüber den Einzelleistungstarifen zu stärken.

Auch santésuisse fordert in ihren Eingaben zum Fragebogen mittelfristig die vermehrte Anwendung von Pauschaltarifen. H+ geht davon aus, dass das heutige KVG, das national einheitliche Einzelleistungstarife und zusätzlich viel Offenheit bei Pauschaltarifen zulässt, sinnvoll sei. Dadurch könnten beispielsweise integrierte Netzwerke andere Abgeltungsmodelle mit Versicherern aushandeln. Die Versicherer hätten zudem die Möglichkeit, Modelle der eingeschränkten Arztwahl mit integrierten Netzen oder Leistungserbringergruppen auszuhandeln, in Ergänzung zum Grundmodell mit freier Arztwahl. Hierzu hält Zeltner in allgemeiner Weise fest, dass die Versicherer nach heutiger Aufgabenteilung unter anderem die Verantwortung haben, als Tarifpartner die Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern zu führen. Der

---

<sup>44</sup> Im Rahmen der parlamentarischen Debatte zur Vorlage 09.053 „KVG. Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung“ wurde vom Ständerat die Idee eingebracht, ein neuer Artikel 43 Absatz 6bis in das KVG aufzunehmen, wonach „Versicherer in Verträgen mit Leistungserbringern, welche die Qualität ihrer Arbeit regelmässig von einer akkreditierten Zertifizierungsstelle überprüfen lassen, einen höheren Taxpunktwert oder eine Qualitätsprämie vereinbaren können.“ Der Vorschlag wurde auch vom Nationalrat angenommen, die Gesamtvorlage von diesem jedoch in der Schlussabstimmung vom 1. Oktober 2010 verworfen. Vgl. AB 2009 S 1095; AB 2009 N 2083;



gesetzliche Handlungsspielraum, der den Versicherern gegeben ist, werde von diesen immer noch nicht voll und zugunsten innovativer Lösungen genutzt, sei es im Rahmen des obligatorischen Versicherungsmodells oder insbesondere im Bereich der besonderen Versicherungsformen. Die Vielfalt der Lösungsmöglichkeiten, der Wettbewerb der Ideen und der Wettbewerb unter den Akteuren sollten nach ihm erhalten bleiben und wo möglich gestärkt werden.

Des Weiteren besteht nach Moser bei zu tiefen Vergütungen auch die Möglichkeit, mit einer Kombination von Einzelleistungsvergütung und Pauschalen zu einer sachgerechten und adäquaten Vergütung zu gelangen. Die Freiheit bei der Ausgestaltung der Tarife, welche das KVG den Tarifpartnern in Artikel 43 KVG einräumt, lässt solche Kombinationen grundsätzlich zu.

Der Bundesrat kann gestützt auf Artikel 43 Absatz 5 und 5bis KVG eine Einzelleistungstarifstruktur festlegen oder an dieser - unter gewissen Voraussetzungen - Anpassungen vornehmen. Die bestehende Regelung beschränkt sich somit auf Einzelleistungstarife. Mit der Ausweitung der Festlegungskompetenz des Bundesrates auf alle Tarifarten nach Artikel 43 Absatz 2 KVG könnte die Pauschalabgeltung gestärkt werden, was die Anreize zur Ausdehnung des Angebotes bei den Leistungserbringenden einschränken und auch der Strategie „Gesundheit2020“ entsprechen würde.

#### **4.4.5 Questions en suspens**

##### **4.4.5.1 TARMED**

In den Rahmenverträgen zur Festsetzung der Einzelleistungstarifstruktur TARMED, welche zwischen santésuisse und der FMH einerseits und santésuisse und H+ andererseits abgeschlossen wurden, wird in Bezug auf die Festsetzung von Taxpunktwerten festgehalten, dass diese grundsätzlich auf kantonaler Ebene vereinbart werden sollen. Im Rahmen der Anschlussverträge zu den TARMED-Rahmenverträgen ist zudem zu berücksichtigen, dass die Festsetzung eines kantonalen Taxpunktwertes nur Wirkung entfalten kann, wenn dieser in Bezug auf die geltende nationale Tarifstruktur festgesetzt wird (vgl. BVGE 2014/18 E.5.5.1 S. 265).

Bei der Genehmigung dieser Rahmenverträge hat der Bundesrat Empfehlungen zur Festsetzung der Taxpunktwerte abgegeben. Gemäss diesen sind unterschiedliche Taxpunktwerte für einzelne Fachbereiche sowie für Leistungserbringer mit eingeschränktem Leistungsspektrum abzulehnen, da ansonsten ein Taxpunktwert nach Fachgebiet resultieren würde. Hierzu hält das Bundesverwaltungsgericht fest, dass es zwar nicht grundsätzlich unzulässig sei, verschiedene Taxpunktwerte für einzelne Leistungserbringerbereiche in einem Kanton festzusetzen. Voraussetzung für einen eigenen Taxpunktwert sei jedoch, dass dadurch die vom TARMED gewollte Strukturanpassung nicht rückgängig gemacht werde, das heisst, dass nicht ein Taxpunktwert für einzelne Fachbereiche geschaffen werde. Demzufolge müsse sich die Berechnung des Taxpunktwertes auf ein möglichst breites Leistungsspektrum verbunden mit einem zumindest durchschnittlichen Mengengerüst abstützen, damit der Taxpunktwert bei dessen Umsetzung in der Praxis nicht zu unerwünschten Verzerrungen führe (vgl. das Urteil des BVGer C-2380/2012 vom 17. September 2015, E. 5). Als weiteres Kriterium gilt nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts, dass die Festsetzung eines Taxpunktwertes mit Rücksicht auf regionale Kostenunterschiede erfolgen solle. Als Beispiele werden namentlich regionale Lohn- und Preisgefälle genannt (vgl. das Urteil des BVGer C- 6229/2011 vom 5. Mai 2014, E. 9.2).

#### **4.4.5.2 Wirksamkeit von differenzierten Tarifen**

Die Wirksamkeit zur Regulierung des Angebots über Einzelleistungstarife mittels Differenzierung nach verschiedenen Kriterien (Region, Qualität, Fachgebiet usw.) ist ungewiss. Namentlich ist es schwierig, den „richtigen“ Preis für eine Leistung festzulegen, welcher gestützt auf die Entwicklung der Versorgung regelmässig neu beurteilt werden muss, was zu einer Verunsicherung der Leistungserbringer führen kann. Mithin berücksichtigen die Leistungserbringer 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 Faktoren, die in ihre Entscheidung einfließen. Die Erhöhung eines Tarifs beispielsweise muss sehr gewichtig sein, damit die anderen Entscheidungsfaktoren nur einen beschränkten Einfluss haben und die Leistungserbringer zu mehr Mobilität bereit sind. Ist die Erhöhung eines Tarifs nicht signifikant, zeigt sie keine Wirkung, was die Vertreter der FMH an den Workshops am Beispiel der ambulanten Tarife in der Region Chablais aufzeigen, in welcher - trotz höherer Taxpunktwerte im Waadtland - mehr Ärzte im Kanton Wallis praktizieren (Taxpunktwert im Kanton Wallis bei 0.82 Franken, im Kanton Waadt bei 0.96 Franken). Gemäss FMH ist davon auszugehen, dass eine Preissensitivität unter 20 % keine Wirkung erzielt. Ob das Fehlen von gewissen medizinischen Spezialitäten durch finanzielle Anreize beseitigt werden kann, bezweifelt ebenso H+, da nicht nur monetäre Gründe ausschlaggebend seien (24-Stunden-Verfügbarkeit in Randregionen, Probleme bei Wochenend- und Ferienablösung, Wunsch nach Gruppenpraxis mit Fachkollegen etc.).

Aufgrund der an den Workshops erwähnten Beispiele bestand unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Workshops ein gewisser Konsens, dass mit Hilfe von differenzierten Tarifen keine wirksame Steuerung der ambulanten Versorgung gewährleistet werden kann. Auch der Bundesrat ist der Meinung, dass dieses Instrument als Alternative zur heutigen Steuerung der ambulanten Versorgung fallen gelassen werden soll.

#### **4.4.5.3 Ungleichbehandlung von Patienten und Patientinnen**

Für die Patienten und Patientinnen und die Leistungserbringer kann die Differenzierung eines Einzelleistungstarifs zu unerwünschten wirtschaftlichen Anreizen führen. Eine Versorgung, die in den Randregionen teurer ist als in den Städten, verleitet Patienten und Patientinnen beispielsweise dazu, sich in der Stadt behandeln zu lassen. Dies würde die Gesamtlage aus dem Gleichgewicht bringen und immobile Patienten und Patientinnen benachteiligen.

#### **4.4.5.4 Wirtschaftlichkeitsgebot**

Eine Taxpunktwernerhöhung mit dem alleinigen Ziel, Ungleichgewichte in der regionalen Gesundheitsversorgung zu korrigieren, steht nach Ansicht des Bundesrates und der GDK unter anderem im Widerspruch zum Wirtschaftlichkeitsgebot des KVG. Um eine solche einführen zu können, müssten die Tarifgestaltungsgrundsätze des KVG grundlegend überprüft werden. Beispielsweise müssten die Bürgerinnen und Bürger bereit sein, mit ihren Prämien nicht den Tarif, der die Kosten der Leistungen deckt, zu finanzieren, sondern den Tarif, der Ärztinnen und Ärzte dazu veranlasst, sich in einer Randregion niederzulassen oder sich in einem weniger verbreiteten Fachgebiet auszubilden. In diesem Zusammenhang ist ebenfalls auf die neue Spitalfinanzierung hinzuweisen, wonach die Vergütungen der stationären Behandlung keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten dürfen. So ist es nach Artikel 49 Absatz 3 Buchstabe a KVG explizit untersagt, die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen durch die OKP zu finanzieren.

Schliesslich zeigt die Erfahrung, dass Einzelleistungstarife Anreize zur Leistungserbringung und damit zur Mengenausweitung in sich tragen. Die Vermutung liegt nahe, dass solche Anreize erst recht bei einer Senkung von Taxpunktwerten (bei einer Überversorgung) bestehen

und mit einer ungerechtfertigten Mengenausweitung kompensiert werden. Unter dem Aspekt der Kosteneindämmung und der Finanzwirksamkeit differenzierter Taxpunktwerte wäre es in dieser Konstellation angezeigt, Korrekturmassnahmen vorzusehen (siehe hierzu die Vorschläge von santésuisse und der GDK in Ziffer 4.4.3.).

## **5 Synthese**

### **5.1 Einleitung**

Mit dem Postulat 16.3000 wird der Bundesrat beauftragt, unter Einbezug der wesentlichen Stakeholder einen Bericht auszuarbeiten, der verschiedene Möglichkeiten zur künftigen Steuerung der bedarfsabhängigen Zulassung von Ärztinnen und Ärzten zur Abrechnung mit der OKP aufzeigt. Der Bericht soll überdies darlegen, wie eine Steuerung auch über die Tarife machbar ist und ob den Versicherern die Möglichkeit eingeräumt werden kann, mit einzelnen Leistungserbringern keinen Vertrag abzuschliessen, wenn diese zu einer Kategorie gehören, bei der die Anzahl der Leistungserbringer über der vom Bundesrat definierten Obergrenze liegt. Die Einschränkung muss den spitalambulantem Bereich mit einbeziehen. Die Grundversorgerinnen und Grundversorger unterstehen keiner Einschränkung. Die Motion 16.3001 ergänzt den Auftrag, der durch das Postulat 16.3000 erteilt wurde. Die Arbeiten des Bundesrats in Beantwortung des Auftrags des Parlaments vom 17. Juni 2016 sollen einen Entscheid des Parlaments vor Ablauf der derzeitigen Regelung ermöglichen. Untenstehend werden die Diskussionen zu den verschiedenen Elementen, die durch das Postulat thematisiert wurden, zusammengefasst und die Schlussfolgerungen des Bundesrats dargelegt.

### **5.2 Zulassungsbeschränkung**

Die Bilanz der Zulassungsbeschränkung ist unterschiedlich. Eine knappe Mehrheit von vierzehn Kantonen beurteilte die Eignung dieser Massnahme als Instrument zur Eindämmung des Kostenwachstums positiv. Die Eignung zur fachlichen und regionalen Steuerung des ambulanten Angebots erachteten dreizehn Kantone als positiv. Der Bundesrat stellt fest, dass der Zustrom von Ärztinnen und Ärzten im ambulanten Bereich durch die Wiedereinführung der Zulassungsbeschränkung gebremst werden konnte. Dieser war zwischen Ende 2011 und Mitte 2013, als die Massnahme nicht mehr in Kraft war, sehr stark angewachsen. Ein Diskussionspunkt mit der EU im Rahmen des gemischten Ausschusses zum FZA bleibt die vom Parlament hinzugefügte Bestimmung, wonach Ärztinnen und Ärzte, welche mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben, dem Bedürfnisnachweis nicht unterstellt sind. Im Übrigen trägt die Zulassungsbeschränkung nicht zu einer besseren Leistungsqualität bei, da die bereits niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte diesbezüglich ausgenommen sind. Die Anwendung der Zulassungsbeschränkung war für die Kantone immer freiwillig. Dennoch wurde sie von den meisten Kantonen bis 2011 relativ strikt angewandt. Zwischen 2013 und 2016 setzten achtzehn Kantone eine Form der Zulassungsbeschränkung ein.

Bereits in der Vernehmlassung zur Botschaft zur Steuerung des ambulanten Bereichs<sup>45</sup> hatten sowohl die Versicherer als auch die Verbände der Leistungserbringer die Vorlage abgelehnt. Eine nennenswerte Ausnahme bildete der Verband Haus- und Kinderärzte Schweiz. Eine Mehrheit der Kantone hatte das Projekt unter der Voraussetzung unterstützt, dass die Anwendung der vorgeschlagenen Massnahmen für die Kantone – insbesondere hinsichtlich des ambulanten Bereichs der Spitäler – freiwillig bleibt. An den Workshops im September 2016 fand

---

<sup>45</sup> Vgl. Fussnote 2

sich ein relativ breiter Konsens darüber, dass die Zulassung bereits niedergelassener Ärztinnen und Ärzte in Frage gestellt werden müsse, wenn mit der Einführung eines Instruments zur Versorgungssteuerung im ambulanten Bereich eine Verbesserung der Leistungsqualität angestrebt werde. In diesem Fall sollte die Zulassung der Ärztinnen und Ärzte Qualitätskriterien unterstellt werden.

Fazit: Der Bundesrat stellt fest, dass eine Mehrheit von Akteuren, insbesondere Kantone und Versicherer, nicht bestreitet, dass die Zulassungsbeschränkung trotz zahlreicher Kritikpunkte eine gewisse Wirkung bei der Eindämmung des Kostenwachstums gezeigt hat. Seiner Ansicht nach könnten die Leistungsqualität und die Gleichbehandlung für die Versicherten verbessert werden, wenn die Aufrechterhaltung der Zulassung der bereits niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte an Qualitätskriterien geknüpft würde.

### **5.3 Vertragsfreiheit**

Ab 1998 beriet das Parlament mehrmals Vorlagen, die eine Lockerung des Vertragszwangs zum Inhalt hatten. Diese blieben aber ohne Erfolg. Die Verbände der Leistungserbringer sprachen sich deutlich gegen eine allgemeine Aufhebung des Vertragszwangs aus. Gemäss ihrer Auffassung und derjenigen der Patientenverbände ist dieses Modell für Patientinnen und Patienten, die sich ausdrücklich für Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer entschieden haben, bereits Realität. Im Gegensatz zu den Verbänden der Leistungserbringer sind die Versichererverbände der Auffassung, dass nur die Marktmechanismen zu einer Qualitätsverbesserung bei gleichzeitiger Kostendämpfung führen können. Alle Akteure sowie die drei befragten Experten sind sich über einen Punkt einig: Es liegt derzeit kein ausreichend ausgereiftes Projekt zur Lockerung des Vertragszwangs vor, das am 1. Juli 2019 die heute geltende Zulassungsbeschränkung ablösen könnte. Ebenso sei eine Akzeptanz für eine solche Änderung in Politik und Bevölkerung nicht absehbar.

Falls das Parlament ein Modell zur Lockerung des Vertragszwangs beschliessen würde, sollten, nach Ansicht des Bundesrats, ältere und chronisch kranke Patientinnen und Patienten mit einer langjährigen therapeutischen Beziehung zum gleichen Leistungserbringer zudem den Krankenversicherer wechseln können, ohne die Ärztin oder den Arzt wechseln zu müssen. Ausserdem sollten die Kantone eine ausreichende Versorgung, die nach einem gesamtschweizerisch einheitlichen Ansatz definiert würde, sicherstellen. Mit der Umsetzung eines Modells der Vertragsfreiheit darf die Existenz von Versorgungsnetzen nicht in Frage gestellt werden. Infolgedessen müsste die Unterscheidung zwischen einem allgemeinen Versicherungsmodell und Modellen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer beibehalten werden. Ausserdem wäre nur diejenige Lösung praktikabel und hinreichend transparent, bei welcher die Versicherer aufgrund einheitlicher Qualitätskriterien gemeinsam entscheiden, welche Leistungserbringer unter Vertrag genommen werden. Dementsprechend müssten die Ärzteverbände wie in Deutschland in die Diskussionen einbezogen werden.

Fazit: Der Bundesrat stellt fest, dass es keinen Konsens betreffend eines Modells zur Lockerung des Vertragszwangs gibt, das am 1. Juli 2019 in Kraft treten könnte. Ein solches Modell müsste nach seiner Auffassung die bestehenden Beziehungen zwischen bestimmten Patientinnen und Patienten und ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten berücksichtigen und die ständige Weiterentwicklung der Modelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer ermöglichen. Ausserdem ist er der Ansicht, dass nur ein Modell, das auf einer gemeinsamen Entscheidungsfindung beruht, praktikabel und für die Patientinnen und Patienten hinreichend transparent wäre.

## 5.4 Differenzierte Tarife

Etwas neuer ist die Idee, dass mittels der Differenzierung von Tarifen nach Region, Leistungsangebot oder qualitativen Kriterien die Tarifpartner die Möglichkeit erhalten sollen, Fehlanreize in der Leistungserbringung der ambulanten Versorgung zu eliminieren. Mittels Entscheid für einen Pauschaltarif und unter Berücksichtigung der Grundsätze des KVG könnten sich die Tarifpartner bereits heute auf eine solche Tarifierung konzentrieren. Aufgrund der an den Workshops erwähnten Beispiele zeigt sich unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Workshops hingegen ein gewisser Konsens, dass mit Hilfe von differenzierten Taxpunktswerten keine wirksame Steuerung der ambulanten Versorgung erreicht werden kann und immobile Patienten und Patientinnen benachteiligt werden. Ebenfalls steht eine Taxpunktwerterhöhung mit dem alleinigen Ziel, Ungleichgewichte in der regionalen Gesundheitsversorgung zu korrigieren, unter anderem im Widerspruch zum Wirtschaftlichkeitsgebot des KVG. Auch der Bundesrat ist der Meinung, dass das Instrument von differenzierten Taxpunktswerten als Alternative zur Steuerung der ambulanten Versorgung nicht weiterverfolgt werden soll.

Zu prüfen ist jedoch die Idee, dass in Zukunft Leistungserbringer und Versicherer vertraglich vermehrt Pauschalabgeltungen vorsehen und Massnahmen zur Steuerung der Kosten und Leistungen festlegen müssen, welche pro Leistungserbringerbereich mindestens die Entwicklung der Leistungspositionen und der abgerechneten Kosten umfassen. Könnten sich die Tarifpartner diesbezüglich nicht einigen, wären die zuständigen Behörden subsidiär befugt, solche Massnahmen in eigener Kompetenz festzulegen..

Fazit: Der Bundesrat stellt fest, dass unter den Akteuren des Bereichs Konsens herrscht, dass eine Versorgungssteuerung mittels der Differenzierung von Tarifen nicht opportun ist. Er ist der Meinung, dass die Tarifverträge vermehrt Pauschalabgeltungen und Mechanismen zur Kontrolle der Kosten- und Leistungsentwicklung enthalten sollten. Die Genehmigungsbehörden sollten die Möglichkeit haben, solche Massnahmen festzulegen, wenn sich die Tarifpartner nicht einigen können.

## 5.5 Fazit der geprüften Lösungsansätze

Die Entwicklung der Kosten der medizinischen Leistungen im ambulanten Bereich in den letzten Jahren hat gezeigt, dass eine Nachfolgelösung für die bis zum 30. Juni 2019 geltende Zulassungsbeschränkung gefunden werden muss. In den Diskussionen mit den Akteuren setzte sich die GDK für eine einfache, wirksame und mehrheitsfähige Lösung ein, um eine neue Periode ohne Möglichkeit zur Versorgungssteuerung zu vermeiden. Ausserdem sollte die Lösung den Kantonen die Möglichkeit geben, ihre Verantwortung wahrzunehmen. Aus den Diskussionen wurde deutlich, dass eine Steuerung in diesem Bereich über eine angemessene Differenzierung der Tarife aufgrund der Vielzahl anderer Faktoren, welche die Arztwahl beeinflussen, nicht möglich ist. Bezüglich der Hoffnung auf eine Einigung über ein Modell zur Lockerung des Vertragszwangs – selbst unter strengen Rahmenbedingungen – wären noch zahlreiche weitere Diskussionen zwischen den Akteuren notwendig. Auf jeden Fall ist es ausgeschlossen, dass ein solches Modell am 1. Juli 2019 die Zulassungsbeschränkung ablöst. Obwohl die Zulassungsbeschränkung umstritten ist, hat sie bei der Eindämmung des Kostenwachstums der Leistungen des ambulanten Bereichs eine gewisse Wirkung gezeigt und die Standortwahl für neue Arztpraxen beeinflusst. Die durchgeführten Diskussionen zeigen dennoch, dass dieses Instrument angepasst werden muss, um den aktuellen Herausforderungen zu begegnen. Aus den Diskussionen über die Entwicklung einer neuen Lösung zur Versorgungssteuerung im ambulanten Bereich ergeben sich insbesondere die folgenden Elemente.

## **5.6 Elemente für eine mittelfristige Lösung zur Messung und Steuerung der Versorgung**

### **5.6.1 Messung der Versorgung**

Die Literatur und die Diskussionen mit den Akteuren zeigen, dass zur Bedarfsmessung heute nur ein auf Angebotsprojektionen basierender Ansatz in Frage kommt. Unter allen befragten Akteuren und Experten sowie zahlreichen Kantonen herrscht aber Konsens darüber, dass die gegenwärtig berücksichtigte Anzahl der ZSR-Nummern das tatsächliche Angebot nicht genügend genau wiedergibt. Grund dafür ist insbesondere die ständige Zunahme der Teilzeitarbeit. Die Akteure sind sich deshalb weitgehend einig darüber, dass der Beschäftigungsgrad der Ärztinnen und Ärzte berücksichtigt werden muss. Da detaillierte Daten zur medizinischen Demografie fehlen, hat *santésuisse* vorgeschlagen, als Grundlage für die Hochrechnung des Beschäftigungsgrads der Ärztinnen und Ärzte die vorhandenen Abrechnungsdaten zu verwenden. Zusammen mit den medizinischen Gesellschaften könnten auf regionaler Ebene und nach Spezialisierung Indikatoren entwickelt werden, die auf der Anzahl Konsultationen, der Anzahl Patientinnen und Patienten oder eventuell der Höhe der abgerechneten Leistungen beruhen. Die GDK unterstützte diesen Vorschlag.

Nach Ansicht des Bundesrats verfolgt ein Instrument zur Versorgungssteuerung im ambulanten Bereich in erster Linie das Ziel, das Kostenwachstum einzudämmen. Für den Bundesrat ist die Feststellung einer über dem landesweiten Durchschnitt liegenden Kostensteigerung in einem oder mehreren Fachgebieten deshalb ein massgebliches Kriterium zur Feststellung einer Überversorgung in einem Kanton oder einer Region. Für die relevanten Akteure ist das Kriterium des Zugangs der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert angemessener Frist – das auch von den Kantonen für die Spitalplanung verwendet wird – entscheidend, um das Fehlen einer Unterversorgung zu messen oder um sicherzustellen, dass eine ausreichende Versorgung verfügbar ist.

Fazit: Zur Messung der Versorgung muss gemäss Feststellung des Bundesrats die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte gewichtet werden, indem ihr Beschäftigungsgrad auf Basis von Indikatoren berücksichtigt wird. Die Indikatoren sollten von den relevanten Akteuren (Leistungserbringer, Versicherer, Kantone) entwickelt und finanziert werden.

### **5.6.2 Konsultation der Akteure für die Festlegung der Grenzen**

2014 reichte die Ärztedichte von 0,92 Ärztinnen und Ärzten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohnern im Kanton Uri (0,99 in Obwalden im Jahr 2000) bis 4,92 Ärztinnen und Ärzte pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohnern in Basel-Stadt (3,56 im Jahr 2000). Der tiefste und der höchste Wert unterscheiden sich also um den Faktor fünf. Die Festlegung von schweizweit einheitlichen Unter- und Obergrenzen für die Schweiz je Fachgebiet würde diesen Unterschied lediglich bestätigen. An den Workshops im September 2016 vertrat *santésuisse* die Auffassung, dass die Grenzen auf kantonaler Ebene einheitlich, transparent und nach Kriterien, die auf Bundesebene definiert werden, festgelegt werden sollen. Die GDK hingegen wünschte, dass die Versicherer, die Ärztinnen und Ärzte und die Patientinnen und Patienten in die Entscheide einbezogen werden. In der Vernehmlassung zur Botschaft zur Steuerung des ambulanten Bereichs<sup>46</sup> hatten es zahlreiche Kantone abgelehnt, dass sie die Akteure im Rahmen von beratenden Kommissionen – deren Meinung sie zwingend zu berücksichtigen hatten –

---

<sup>46</sup> Vgl. Fussnote 2

einbeziehen müssen. Die Kantone sollten nach ihrer Ansicht die Art und Weise, wie sie die Meinungen der Stakeholder berücksichtigen, selbst bestimmen können.

Fazit: Nach Auffassung des Bundesrats sollen die Kantone die Bandbreiten pro Leistungserbringerkategorie festlegen, und dies aufgrund von einheitlichen und transparenten Kriterien, die auf Bundesebene definiert werden. Er ist der Ansicht, dass die Kantone die wichtigsten Akteure des Bereichs konsultieren müssen. Die Form der Konsultation soll ihnen aber freistehen.

### **5.6.3 Koordination der Kantone**

Sämtliche befragten Akteure und die Experten sind sich insbesondere darüber einig, dass die kantonalen Grenzen in diesem Bereich aufgrund der Mobilität der Patientinnen und Patienten überholt sind. Ihrer Ansicht nach müsste eine Bedarfsabklärung idealerweise auf regionaler Ebene stattfinden. Im Rahmen der Workshops haben sich die Versichererverbände – wenn sie eine regionale Koordination befürworteten – dafür ausgesprochen, dass die Form dieser Koordination in die Zuständigkeit der Kantone und Akteure fällt. Die GDK fände es interessant – wie in Deutschland – zu prüfen, wie Versorgungsregionen gebildet werden könnten. Da erste Strukturdaten zu Arztpraxen und ambulanten Zentren, die das BFS im Rahmen des Projekts MARS erhebt, nicht vor 2019 zur Verfügung stehen werden, könnte eine solche Studie allerdings erst nach dem Inkrafttreten einer neuen Massnahme zur Versorgungssteuerung im ambulanten Bereich am 1. Juli 2019 lanciert werden.

Fazit: Der Bundesrat ist der Ansicht, dass sich die Kantone koordinieren müssen, um die Mobilität der Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen. Die Form der Koordination soll ihnen aber freigestellt sein.

### **5.6.4 Ambulanter Bereich der Spitäler**

Gemäss Postulat 16.3000 muss die Einschränkung den spitalambulanten Bereich mit einbeziehen. An den Workshops wiesen alle Akteure darauf hin, dass aus Gleichbehandlungsgründen und wegen der Rollenvielfalt der Kantone diesbezüglich der gesamte ambulante Bereich berücksichtigt werden müsse, da ansonsten neue Verzerrungen entstünden. Zwischen 2013 und 2016 unterstellten aber nur fünf Kantone den spitalambulanten Bereich der Zulassungsbeschränkung. Als Lösung für das Problem der fehlenden Daten schlug *santésuisse* vor, allen, auch den im Spital tätigen Ärztinnen und Ärzten, eine ZSR-Nummer zuzuteilen. So könnten die Behandlungen genau den einzelnen Ärztinnen und Ärzten zugewiesen und ihr Beschäftigungsgrad in den verschiedenen Bereichen ermittelt werden. Eine entsprechende Anpassung des Systems ist jedoch für 2019 nicht möglich. In jedem Fall müssen die Spitäler die notwendigen Daten zur Verfügung stellen, wenn ihr ambulanter Bereich berücksichtigt werden soll. Die GDK sprach sich deshalb dafür aus, dass die Intervention der Kantone in allen Bereichen kurzfristig weiterhin fakultativ bleiben soll.

Fazit: Nach Ansicht des Bundesrats sollte der spitalambulante Bereich berücksichtigt werden, um Fehlanreize aufgrund einer Ungleichbehandlung der verschiedenen ambulanten Angebote zu vermeiden. Die Zuständigkeit für den Entscheid zur Berücksichtigung des spitalambulanten Bereichs soll aber bei den Kantonen bleiben.

### **5.6.5 Grundversorgerinnen und Grundversorger**

Das Postulat 16.3000 fordert, dass die Grundversorgerinnen und Grundversorger keiner Einschränkung unterstehen sollen. Gemäss den Gesprächen mit den Akteuren scheint diese Kategorisierung nicht mehr zeitgemäss zu sein. Zum einen übernehmen zahlreiche Spezialärztinnen und Spezialärzte bereits eine Hausarztfunktion für bestimmte Patientinnen und Patienten, insbesondere für chronisch kranke Patientinnen und Patienten. Zum anderen kann eine

Überversorgung in einem oder mehreren Fachgebieten der Grundversorgung in einem Kanton nicht ausgeschlossen werden. Die am 1. Juli 2013 in Kraft getretene und bis zum 30. Juni 2019 verlängerte Version von Artikel 55a KVG sieht nicht ausdrücklich Ausnahmen für eine bestimmte Ärztekategorie vor. Innerhalb dieser Regelung ist es den Kantonen überlassen, die von einer Einschränkung betroffenen Ärztinnen und Ärzte zu bestimmen. Zwischen 2013 und 2016 haben diesbezüglich sechs Kantone bestimmte Fachbereiche der medizinischen Grundversorgung von der Zulassungsbeschränkung ausgeschlossen, da sie in diesen Bereichen Unterversorgung oder zukünftige Nachwuchsprobleme festgestellt hatten. Nach Ansicht des Bundesrats erlaubt diese Bestimmung den Kantonen, ihrer jeweiligen Situation genauer Rechnung zu tragen als die bis 2011 geltende Regelung. Wie im Postulat vorgesehen, schloss diese die Grundversorgerinnen und Grundversorger vom Geltungsbereich der Zulassungsbeschränkung aus.

Fazit: Wenn die Kantone die Möglichkeit haben, bestimmte Fachbereiche von der Beschränkung auszuschliessen, können sie nach Ansicht des Bundesrats differenzierter handeln, als wenn für alle Grundversorgerinnen und Grundversorger grundsätzlich keine Beschränkung möglich ist.

### **5.6.6 Kriterien für die Auswahl der Leistungserbringer**

Das Postulat 16.3000 fordert, dass zur Beurteilung einer ausreichenden Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen auch das Kriterium der Qualität der Versorgung beigezogen wird. Die Motion 16.3001 fordert einen echten Wettbewerb in Bezug auf Qualität. Einer der Hauptkritikpunkte in der Vernehmlassung zur Botschaft zur Vertragsfreiheit war, dass der Vorschlag keine positiv formulierten Kriterien beinhalte, aufgrund deren die Leistungserbringer von den Versicherern ausgewählt werden. Im Übrigen zeigte sich an den Workshops im September 2016 deutlich, dass ein Mechanismus zur Steuerung des ambulanten Bereichs für einige Akteure, insbesondere für die Versichererverbände *santésuisse* und *curafutura* sowie für die FMH und die Patientenverbände, in erster Linie die Verbesserung der Leistungsqualität bezwecken soll.

Damit die Qualität der Leistungen verglichen werden kann, braucht es eine Messung der Qualität und eine transparente Kommunikation über die Ergebnisse dieser Messung. Generell waren *santésuisse* und H+ der Ansicht, dass die Teilnahme an den Programmen zur Qualitätsmessung und -verbesserung für alle Leistungserbringer zwingend vorgeschrieben werden müsse. Die Anforderungen an die Übermittlung der Daten, die insbesondere für die Überwachung der Anwendung der Gesetzesbestimmungen über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen benötigt werden, könnten verstärkt werden. Beispielsweise könnte die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP an die Übermittlung der geforderten Daten oder an die Teilnahme an Programmen zur Qualitätsmessung oder -verbesserung geknüpft werden. Ausserdem sollte die Pflicht, in den Tarifverträgen Programme zur Qualitätsmessung vorzusehen, im Gesetz verankert werden.

Für die FMH kann nur die Ausbildung als Kriterium für die Beurteilung der Qualität des Leistungserbringers und der Qualität der Leistungen berücksichtigt werden. Ihrer Ansicht nach müssen in Bezug auf die Ausbildung schweizweit einheitlich vier Kriterien angewendet werden (vgl. Ziff. 4.1.9.2). Da das Kriterium der mindestens dreijährigen Tätigkeit in einer schweizerisch anerkannten Weiterbildungsstätte in Bezug auf das FZA problematisch ist, ist der Bundesrat bezüglich dessen Beibehaltung im Rahmen einer langfristigen Lösung zur Versorgungssteuerung im ambulanten Bereich kritisch eingestellt. Als Alternative könnte für alle Ärztinnen und Ärzte nach Erlangung des Weiterbildungstitels eine bestimmte Karenzfrist vor der Aufnahme der Tätigkeit zulasten der OKP vorgesehen werden.



Das MedBG bildet die Grundlage bezüglich der Voraussetzungen für die Berufsausübung in den Medizinalberufen. Das Inkrafttreten des zweiten Teils der Revision des MedBG sowie der Anpassungen der dazugehörigen Verordnungen wird die Anforderungen gegenüber den Ärztinnen und Ärzten erhöhen, namentlich für diejenigen aus dem Ausland. Die Kriterien der FMH in Bezug auf die notwendigen Sprachkenntnisse, ebenso die Mindeststudiendauer für den Erhalt des Diploms, werden dabei bereits aufgenommen. Ausserdem müssen die erhaltenen Diplome wie auch die Sprachkenntnisse in Zukunft in transparenter Weise im Medizinalberufregister aufgeführt werden.

Weitere Kriterien, welche die verschiedenen Akteure vorschlugen, wie die Zugehörigkeit zu einem Versorgungsnetz oder die Teilnahme am Notfalldienst, müssen aus verschiedenen Gründen nicht im KVG verankert werden. Hingegen könnten die Kantone solche Kriterien an die Zulassung der Leistungserbringer oder die Aufrechterhaltung der Zulassung zur Tätigkeit der OKP knüpfen.

Fazit: Nach Ansicht des Bundesrats müssen die Teilnahme an nationalen Programmen zur Qualitätsverbesserung verstärkt und Programme für mehr Transparenz lanciert werden. Dies soll insbesondere zur Erarbeitung von Grundlagen für Qualitätsindikatoren in Bereichen dienen, in denen solche nicht in allgemein verwendbarer Form zur Verfügung stehen. Dies ist im ambulanten Bereich der Fall. Der Bundesrat setzt sich im Rahmen der Arbeiten zur Botschaft zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit<sup>47</sup> dafür ein. Der Beibehaltung des Kriteriums der mindestens dreijährigen Tätigkeit in einer schweizerisch anerkannten Weiterbildungsstätte lehnt der Bundesrat ab. Er ist aber der Auffassung, dass andere Kriterien zur Sicherstellung der Leistungsqualität als Voraussetzungen und Aufrechterhaltung für die Zulassung zur Tätigkeit der Leistungserbringer festgelegt werden könnten.

### **5.6.7 Grundzüge der Vorlage**

Eine Lösung für die Versorgungssteuerung, welche die aktuell bestehende Massnahme im 2019 ablösen wird, soll die Entwicklung der Beschäftigungsmodelle vor dem Hintergrund der zunehmenden Teilzeitarbeit und der wachsenden Patientenmobilität berücksichtigen. Die Kantone sollen über einen grossen Handlungsspielraum verfügen, um sich zu koordinieren und die Zusammenarbeit mit den Akteuren des Bereichs, deren Daten benötigt werden, zu organisieren. Den Kantonen müsste auch die Kompetenz für den Entscheid zufallen, ob der spital-ambulante Bereich vom Steuerungsmechanismus erfasst wird und ob bestimmte Fachrichtungen diesbezüglich ausgeschlossen werden. Die Regel, wonach Ärztinnen und Ärzte, die mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben, dem Bedürfnisnachweis nicht unterstellt sind, ist zu ersetzen, um eine echte Kosteneindämmung zu ermöglichen. Ausserdem sollen die Kantone bei einem starken Leistungskostenanstieg intervenieren dürfen. Weiter ist vorzusehen, dass Massnahmen auf Ebene der Tarifverträge nicht nur zur Kosteneindämmung, sondern auch zur Verbesserung der Leistungsqualität getroffen werden. Dementsprechend soll es möglich sein, Kriterien zur Sicherstellung der Leistungsqualität als Voraussetzungen für die Zulassung der Leistungserbringer festzulegen und auch auf die bereits niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte anzuwenden.

### **5.7 Parallele Arbeiten**

Einzig eine Lösung, welche den Kantonen eine Handlungskompetenz gibt, kann schnell umgesetzt werden. Sobald die benötigten Daten – ca. 2019 – zur Verfügung stehen werden, wäre es interessant zu prüfen, ob Versorgungsregionen definiert werden können und Mechanismen

---

<sup>47</sup> Vgl. Fussnote 35

für eine Versorgungssteuerung auf regionaler Ebene - wie es der jüngste Bericht<sup>48</sup> der SAMW empfiehlt - möglich sind. Der Bundesrat ist bereit, sich gemeinsam mit den Kantonen und den betroffenen Akteuren an diesbezüglichen Studien zu beteiligen.

Parallel zur Umsetzung derjenigen Lösung, die das derzeitige Modell der Zulassungsbeschränkung ersetzt, müssen Änderungen des KVG im Tarifbereich in Betracht gezogen werden. Insbesondere sollte die Rolle des Bundes und seine Gesetzgebungskompetenzen im Bereich der Tarifgestaltung gestärkt werden, namentlich in Bezug auf das Deblockieren von Tarifverhandlungen bei aktuell anstehenden Tarifrevisionen. Die Ausweitung der Festlegungskompetenz des Bundesrates auf sämtliche Tarifarten nach Artikel 43 Absatz 2 KVG würde die Pauschalabgeltung fördern, was den Anreiz zu einer Mengenausweitung vermindern und der Strategie Gesundheit 2020 entsprechen würde. Ebenfalls müsste eine gesetzliche Grundlage geschaffen werden, damit von den Leistungserbringern und den Versicherern die notwendigen Daten zur Tarifentwicklung verlangt werden könnten. Des Weiteren wäre die Gründung einer geeigneten Institution wünschenswert, welche für die Ausarbeitung, Entwicklung, Änderung und den Unterhalt von einheitlichen Tarifstrukturen im ambulanten Bereich, wie es bereits im stationären Bereich vorgesehen ist, zuständig wäre. Schliesslich wäre die Einführung einer Verpflichtung für die Leistungserbringer und die Versicherer im KVG zu prüfen, welche einen Kontrollmechanismus betreffend der Entwicklung von Kosten und Leistungen vorsehen würde, was das Risiko einer Mengenausweitung bei der Anpassung von Tarifen durch die Leistungserbringer vermindern würde. Falls notwendig könnte ein solcher Kontrollmechanismus auch von der zuständigen Genehmigungsbehörde festgelegt werden,

Mittelfristig ist ein Modell anzustreben, dass im Sinne einer kostendämpfenden Wirkung die Anreize optimiert. Die im Rahmen der Vorbereitung für diesen Bericht mit den Akteuren durchgeführten Diskussionen haben klar gezeigt, dass zurzeit kein Konsens über ein Modell zur Lockerung des Vertragszwanges besteht, selbst unter den Organisationen, welche eine solche Vorgehensweise unterstützen. Ausserdem widersetzen sich die Leistungserbringer einem solchen Modell. Um ein mehrheitsfähiges Modell zu entwickeln, wären diesbezüglich zahlreiche weitere Diskussionen notwendig. Der Bundesrat ist bereit, diese Arbeiten zu unterstützen, ist aber der Meinung, dass die Umsetzung einer geeigneten Lösung, welche die bestehende Zulassungsbeschränkung per 1. Juli 2019 ablöst, prioritär behandelt werden muss.

## **6 Weiteres Vorgehen**

Mit dem vorliegenden Bericht macht der Bundesrat einen weiteren Schritt bei der Suche nach einer dauerhaften Lösung für die Problematik der Angebotssteuerung im ambulanten Bereich, nachdem das Parlament es am 12. Dezember 2015 ablehnte, die Beschränkung der Zulassung der Leistungserbringer – die am 1. Juli 2013 befristet auf drei Jahre wiedereingeführt und bis zum 30. Juni 2019 verlängert worden war (parlamentarische Initiative 16.401) – im Gesetz zu verankern. Zusammen mit den Akteuren hat der Bundesrat die möglichen Lösungsansätze, die auf der Zulassungssteuerung, der Differenzierung der Tarife und einer Lockerung des Vertragszwangs basieren, geprüft. Auf Basis der Diskussionen konnte ein Steuerungsmechanismus entworfen werden, dank dem die Kantone künftig das durch Überversorgung verursachte Kostenwachstum eindämmen und Kriterien zur Verbesserung der Leistungsqualität festlegen können. Dementsprechend ist der Auftrag, der dem Bundesrat am 12. Januar 2016 mit dem Postulat 16.3000 der SGK-S erteilt wurde, als erledigt zu betrachten. Parallel dazu sind die Überlegungen zur Lockerung des Vertragszwanges weiterzuerfolgen. Andere Arbeiten zur Systemverbesserung im Tarifbereich werden weitergeführt.

---

<sup>48</sup> Vgl. Fussnote 24

Ausgehend von den Schlussfolgerungen dieses Berichts wird in Erfüllung der Motion 16.3001 der SGK-N vom 22. Januar 2016 ein Vorschlag zur Änderung des KVG ausgearbeitet werden. Der Bundesrat ist bestrebt, diesen Vorschlag zur Änderung des KVG bis zum 30. Juni 2017 in die Vernehmlassung zu schicken, wie es der Auftrag in Ziffer III des Entscheides des Parlaments vom 17. Juni 2016 bezüglich der Verlängerung der Beschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP vorsieht.