



Universität Luzern



Poledna Boss Kurer AG

Luzern, 18. Dezember 2013

## **Studie: Angebotssteuerung im ambulanten Bereich**

Insbesondere Rechtsvergleich der Zulassungsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten zur Abrechnung zulasten einer (staatlichen) Krankenversicherung

---

Zu Händen des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

## **IMPRESSUM**

Vertragsnummer: 13.007498  
Laufzeit: November 2013 – Dezember 2013  
Zuständige Personen im BAG: Sandrine Bossy und Christian Vogt,  
Sektion Tarife und Leistungserbringer,  
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung

Der vorliegende Bericht wurde vom BAG extern in Auftrag gegeben, um eine unabhängige und wissenschaftlich fundierte Antwort auf zentrale Fragen zu erhalten. Die Interpretation der Ergebnisse, die Schlussfolgerungen und allfällige Empfehlungen an das BAG und andere Akteure können somit von der Meinung respektive dem Standpunkt des BAG abweichen.

## **Zitiervorschlag**

Rütsche, Bernhard/Poledna, Tomas/Flühler, Nadja/Gigaud, Philippe: Angebotssteuerung im ambulanten Bereich. Insbesondere Rechtsvergleich der Zulassungsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten zur Abrechnung zulasten einer (staatlichen) Krankenversicherung. Bericht zu Händen des Bundesamtes für Gesundheit, Luzern 2013

## **Autorinnen und Autoren**

Prof. Dr. Bernhard Rütsche  
Universität Luzern  
Rechtswissenschaftliche Fakultät  
Frohburgstrasse 3, Postfach 4466  
6002 Luzern  
T +41 41 229 53 69  
F +41 41 229 53 97  
bernhard.ruetsche@unilu.ch

Prof. Dr. Tomas Poledna  
Poledna Boss Kurer AG  
Bellerivestrasse 241  
Postfach 865  
8034 Zürich  
T +41 44 220 12 12  
F +41 44 220 12 13  
poledna@pbklaw.ch

Philippe Gigaud, lic.iur.  
phil.gigaud@sunrise.ch

Nadja Flühler, MLaw  
fluehler@pbklaw.ch

## INHALTSVERZEICHNIS

<b>1</b>	<b>Einführung</b> .....	<b>7</b>
1.1	Ausgangslage und Ziel.....	7
1.2	Fragestellungen .....	7
1.3	Methodisches Vorgehen .....	8
<b>2</b>	<b>Schweiz</b> .....	<b>9</b>
2.1	Berufszulassung.....	10
2.2	Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst.....	11
2.3	Angebotssteuerung.....	11
2.4	Tabellarische Zusammenfassung .....	12
<b>3</b>	<b>Rechtsvergleich</b> .....	<b>13</b>
3.1	Deutschland.....	13
3.1.1	Berufszulassung .....	13
3.1.2	Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst .....	14
3.1.3	Angebotssteuerung .....	14
3.1.4	Tabellarische Zusammenfassung.....	15
3.2	Österreich .....	16
3.2.1	Berufszulassung .....	16
3.2.2	Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst .....	16
3.2.3	Angebotssteuerung .....	17
3.2.4	Tabellarische Zusammenfassung.....	18
3.3	Frankreich .....	18
3.3.1	Berufszulassung .....	18
3.3.2	Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst .....	19
3.3.3	Angebotssteuerung .....	19
3.3.4	Tabellarische Zusammenfassung.....	20
3.4	Italien .....	20
3.4.1	Berufszulassung .....	20
3.4.2	Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst .....	21
3.4.3	Angebotssteuerung .....	21
3.4.4	Tabellarische Zusammenfassung.....	21
3.5	Belgien.....	22
3.5.1	Berufszulassung .....	22
3.5.2	Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst .....	23
3.5.3	Angebotssteuerung .....	23
3.5.4	Tabellarische Zusammenfassung.....	23

3.6	Niederlande .....	24
3.6.1	Berufszulassung .....	24
3.6.2	Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst .....	24
3.6.3	Angebotssteuerung .....	24
3.6.4	Tabellarische Zusammenfassung.....	25
3.7	Luxemburg .....	25
3.7.1	Berufszulassung .....	25
3.7.2	Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst .....	26
3.7.3	Angebotssteuerung .....	26
3.7.4	Tabellarische Zusammenfassung.....	26
3.8	Spanien.....	27
3.8.1	Berufszulassung .....	27
3.8.2	Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst .....	27
3.8.3	Angebotssteuerung .....	28
3.8.4	Tabellarische Zusammenfassung.....	28
3.9	Schweden.....	29
3.9.1	Berufszulassung .....	29
3.9.2	Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst .....	29
3.9.3	Angebotssteuerung .....	29
3.9.4	Tabellarische Zusammenfassung.....	30
3.10	Dänemark.....	30
3.10.1	Berufszulassung .....	30
3.10.2	Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst .....	31
3.10.3	Angebotssteuerung .....	31
3.10.4	Tabellarische Zusammenfassung.....	32
3.11	Norwegen .....	32
3.11.1	Berufszulassung .....	32
3.11.2	Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst .....	33
3.11.3	Angebotssteuerung .....	33
3.11.4	Tabellarische Zusammenfassung.....	34
3.12	Finnland .....	34
3.12.1	Berufszulassung .....	34
3.12.2	Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst .....	35
3.12.3	Angebotssteuerung .....	35
3.12.4	Tabellarische Zusammenfassung.....	36
3.13	England .....	36
3.13.1	Berufszulassung .....	36
3.13.2	Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst .....	37
3.13.3	Angebotssteuerung .....	37
3.13.4	Tabellarische Zusammenfassung.....	38

3.14 Irland.....	38
3.14.1 Berufszulassung.....	38
3.14.2 Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst.....	39
3.14.3 Angebotssteuerung.....	39
3.14.4 Tabellarische Zusammenfassung.....	39
3.15 Island.....	40
3.15.1 Berufszulassung.....	40
3.15.2 Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst.....	40
3.15.3 Angebotssteuerung.....	40
3.15.4 Tabellarische Zusammenfassung.....	41
3.16 Lettland.....	41
3.16.1 Berufszulassung.....	41
3.16.2 Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst.....	42
3.16.3 Angebotssteuerung.....	42
3.16.4 Tabellarische Zusammenfassung.....	42
3.17 Polen.....	43
3.17.1 Berufszulassung.....	43
3.17.2 Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst.....	43
3.17.3 Angebotssteuerung.....	43
3.17.4 Tabellarische Zusammenfassung.....	44
3.18 Tschechische Republik.....	44
3.18.1 Berufszulassung.....	44
3.18.2 Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst.....	45
3.18.3 Angebotssteuerung.....	45
3.18.4 Tabellarische Zusammenfassung.....	45
3.19 Slowakische Republik.....	46
3.19.1 Berufszulassung.....	46
3.19.2 Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst.....	46
3.19.3 Angebotssteuerung.....	47
3.19.4 Tabellarische Zusammenfassung.....	47
3.20 Israel.....	48
3.20.1 Berufszulassung.....	48
3.20.2 Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst.....	48
3.20.3 Angebotssteuerung.....	48
3.20.4 Tabellarische Zusammenfassung.....	49
3.21 Kanada.....	49
3.21.1 Berufszulassung.....	49
3.21.2 Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst.....	50
3.21.3 Angebotssteuerung.....	50
3.21.4 Tabellarische Zusammenfassung.....	50

3.22 Australien .....	51
3.22.1 Berufszulassung .....	51
3.22.2 Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst .....	51
3.22.3 Angebotssteuerung .....	52
3.22.4 Tabellarische Zusammenfassung.....	52
<b>4 Auswertung des Rechtsvergleichs.....</b>	<b>53</b>
4.1 Berufszulassung.....	53
4.2 Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst.....	53
4.3 Angebotssteuerung.....	54
<b>5 Modelle einer Angebotssteuerung im ambulanten Bereich.....</b>	<b>56</b>
5.1 Übersicht .....	56
5.2 Steuerung im Rahmen der Aus- und Weiterbildung .....	56
5.3 Steuerung im Rahmen der Berufszulassung.....	58
5.4 Steuerung im Rahmen des Krankenversicherungssystems .....	59
5.4.1 Angebotssteuerung durch den Staat.....	59
5.4.2 Angebotssteuerung durch Krankenkassen .....	61
5.4.3 Partnerschaftliche Angebotssteuerung durch Verbände.....	62
5.4.4 Angebotssteuerung mittels Tarifgestaltung (finanzielle Anreize).....	63
5.5 Angebotssteuerung durch den Markt (Patienten) .....	64
<b>6 Tabellarische Länderübersicht .....</b>	<b>65</b>
<b>Verzeichnisse .....</b>	<b>71</b>
Abkürzungsverzeichnis.....	71
Erlassverzeichnis .....	72
Literaturverzeichnis .....	76

## **1 EINFÜHRUNG**

### **1.1 AUSGANGSLAGE UND ZIEL**

Am 1. Juli 2013 ist Art. 55a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) in Kraft getreten (Zulassungsbeschränkung im ambulanten Bereich). Diese Bestimmung ermächtigt den Bundesrat, die ambulante Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten<sup>1</sup> zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von einem Bedürfnis abhängig machen und damit einzuschränken. Gemäss Art. 55a Abs. 2 KVG ist kein Bedürfnisnachweis erforderlich für Personen, welche mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben.

Bei der Zulassungsbeschränkung im ambulanten Bereich handelt es sich um eine auf drei Jahre befristete, dringliche Massnahme, welche die Wirtschaftsfreiheit von Ärzten faktisch einschränkt<sup>2</sup> und mit Blick auf das Freizügigkeitsabkommen zwischen der Schweiz und der EU zu juristischen Diskussionen Anlass gibt<sup>3</sup>. Aus diesem Grund gilt es, für die Schweiz eine dauerhafte Lösung zu schaffen, um das Angebot im ambulanten Bereich zwecks Eindämmung der OKP-Kosten wirksam zu steuern. Die vorliegende Studie hat zum Ziel, Grundlagen für den Erlass entsprechender Regelungen zu erarbeiten. Dafür soll im Sinne einer rechtsvergleichenden Gesamtschau aufgezeigt werden, wie andere OECD-Länder, insbesondere EU- und EFTA-Staaten, die Zahl der ambulanten Leistungserbringer auf verschiedenen Ebenen steuern – sei es im Rahmen der Berufszulassung, der Zulassung zur Abrechnung über eine staatliche Krankenversicherung oder auf andere Weise. Gestützt auf diese Analyse folgt eine Auslegeordnung und Bewertung von Regulierungsmodellen, welche für eine Angebotssteuerung im ambulanten Bereich in der Schweiz in Frage kommen könnten.

### **1.2 FRAGESTELLUNGEN**

Mit der vorliegenden Studie sollen die folgenden Fragen beantwortet werden:

- a) Welche Voraussetzungen müssen in ausgewählten OECD-Staaten erfüllt sein, um als Arzt eine Berufszulassung für den ambulanten Bereich zu erhalten?
- b) Welche Zulassungsbedingungen gelten in ausgewählten OECD-Staaten für im ambulanten Bereich tätige Ärzte, um zulasten einer staatlichen Krankenversicherung oder zulasten eines öffentlichen Gesundheitsdienstes abrechnen zu können?
- c) Welche Regelungen sehen ausgewählte OECD-Staaten vor, um das Ärzte-Angebot im ambulanten Bereich im Rahmen der Berufszulassung, im Rahmen der staatlichen Finanzierung oder auf andere Weise (z.B. mittels Zulassungsbeschränkungen zum Medizinstudium) zu steuern?

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der Praktikabilität werden in der Studie im Folgenden die maskulinen Formen verwendet, wobei damit Frauen und Männer gleichermaßen gemeint sind.

<sup>2</sup> Vgl. BGE 130 I 26 E. 4.4 S. 42.

<sup>3</sup> Vgl. Cottier 2013; Epiney 2013; Gächter/Burch 2013; Poledna/Rütsche 2013.

- d) Welche Möglichkeiten bestehen für die Schweiz, den Zugang zur Vergütung von Leistungen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung einzuschränken, ohne die Personenfreizügigkeit zu behindern bzw. ohne das Prinzip der automatischen Anerkennung von Diplomen anzutasten? Wo liegen die entsprechenden Grenzen und Risiken?

### 1.3 METHODISCHES VORGEHEN

Die rechtsvergleichende Untersuchung der Angebotssteuerung, insbesondere der Zulassungsbedingungen von Ärzten zur Abrechnung zulasten einer (staatlichen) Krankenversicherung, wurde in zwei Schritten durchgeführt:

#### *1. Schritt: Erhebung der rechtlichen Regelungen ausgewählter OECD-Staaten*

Grundvoraussetzung für die Erhebung der massgebenden Rechtsgrundlagen war deren direkte<sup>4</sup> oder indirekte<sup>5</sup> Zugänglichkeit in einer Sprache, die das Projektteam beherrscht (Deutsch, Französisch, Englisch, Italienisch, Spanisch, Tschechisch und Slowakisch). Untersucht wurden die Regulierungen der folgenden 22 Länder: Deutschland, Österreich, Frankreich, Italien, Belgien, Niederlande, Luxemburg, Spanien, Schweden, Dänemark, Norwegen, Finnland, England, Irland, Island, Lettland, Polen, Tschechische Republik, Slowakische Republik, Israel, Kanada und Australien.

Zur Sichtung der massgebenden Rechtsgrundlagen wurden die Gesundheitsbehörden der ausgewählten OECD-Länder sowie universitäre Institute im Bereich des Gesundheitsrechts kontaktiert und, sofern notwendig, um Übersetzungen der amtlichen Erlasse gebeten. Zudem wurden Bibliotheks- und Internet-Recherchen durchgeführt. Die Recherche nach den Rechtsgrundlagen in den einzelnen Ländern gestaltete sich nicht nur aufgrund von Sprachbarrieren schwierig. So verfügen nur die wenigsten Länder über eine im Internet publizierte, systematisch aufgebaute und laufend aktualisierte Gesetzessammlung wie die Schweiz. Daher musste teilweise auf Sekundärquellen zurückgegriffen werden, wobei auf deren Zuverlässigkeit geachtet wurde.

#### *2. Schritt: Vergleich und Auswertung der untersuchten Regulierungen*

In einem zweiten Schritt wurden die zur Verfügung stehenden Rechtsgrundlagen mit Blick auf die Fragestellungen der Studie im Detail untersucht, miteinander verglichen und für das schweizerische Rechtssystem ausgewertet. Der Rechtsvergleich beinhaltet insbesondere die tabellarische Erfassung und Gegenüberstellung der einzelnen Regulierungen in den verschiedenen Bereichen (Berufszulassung, Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst, Angebotssteuerung) sowie eine Typisierung der verschiedenen Regulierungsmodelle inkl. Identifizierung besonderer (innovativer) Regierungsmodelle. Die Auswertung umfasst die Identifikation von Regulierungsmodellen, welche für die Schweiz in Frage kommen könnten (d.h. Regulierungsmodelle, welche den Zugang zur obligatorischen Krankenversicherung einschränken, ohne die Personenfreizügigkeit zu behindern und ohne das Prinzip der automatischen Anerkennung von Diplomen anzutasten) sowie die Untersuchung von Vor- und Nachteilen der verschiedenen Regulierungsmodelle.

---

<sup>4</sup> D.h. amtliche Publikationen von Erlassen.

<sup>5</sup> D.h. Sekundärquellen, insbesondere juristische Literatur.

Das beschriebene methodische Vorgehen führt zu folgendem *Aufbau der Studie*: Als Ausgangspunkt wird die schweizerische Regulierung in den Bereichen Berufszulassung, Zulassung zur obligatorischen Krankenversicherung sowie Angebotssteuerung kurz dargestellt (Kap. 2). Anschliessend folgt als Hauptteil der Studie die länderspezifische Darstellung der Regulierungen in den fraglichen Bereichen (Kap. 3). Die Auswertung des Rechtsvergleichs wird in Kap. 4 vorgenommen, die Auseinandersetzung mit verschiedenen Modellen einer Angebotssteuerung folgt in Kap. 5. Den Abschluss der Studie bildet eine Synthese des Rechtsvergleichs in Form einer Übersichtstabelle (Kap. 6).

Anzumerken ist, dass sich die Studie allein den rechtlichen Regelungen widmet. Nicht untersucht wurden sozio- und gesundheitsökonomische Aspekte und Wirkungen der Rechtsnormen.

Für die rechtliche Bewertung der Möglichkeiten der Schweiz zur Regelung des Zugangs zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung haben wir uns von den folgenden Kriterien leiten lassen:

- Beachtung der staatsvertraglichen Verpflichtungen;
- Rücksichtnahme auf die verfassungsrechtlich eingeschränkten Kompetenzen des Bundes;
- Wirkungen einer Regelung unter Beachtung der verfassungsrechtlichen Vorgaben (insbesondere Verhältnismässigkeit, Rechtsgleichheit, Vertrauensschutz und Wahrung der Wirtschaftsfreiheit);
- Einbettung in das heutige System des Krankenversicherungsgesetzes;
- Berücksichtigung der selbst bei einer auf die rechtlichen Fragestellungen beschränkten Betrachtung naheliegenden Folgen einer Regelung.

## **2 SCHWEIZ**

Die Schweiz hat auf den 1. Januar 1996 mit dem *Bundesgesetz über die Krankenversicherung* für alle Personen mit Wohnsitz in der Schweiz eine umfassende Versicherungspflicht für die Krankenpflege eingeführt (Art. 3 ff. KVG: obligatorische Krankenpflegeversicherung, OKP). Die Krankenkassen sind in der Schweiz privatrechtlich organisiert. Die Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der OKP hängt davon ab, ob Leistungen stationär oder ambulant erbracht werden. Für die stationäre Leistungserbringung (vor allem durch Spitäler) sieht das KVG eine Bedarfsplanung durch die Kantone vor (Art. 39 KVG). Die Kantone erteilen dabei den Spitälern Versorgungsaufträge. Die Spitäler können sowohl öffentlich-rechtlich als auch privatrechtlich organisiert sein. Im ambulanten Bereich genügt dagegen für die Zulassung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung grundsätzlich das Vorliegen einer hinreichenden Aus- und Weiterbildung (Art. 36 KVG). Ambulante Leistungen werden weitgehend von privatwirtschaftlich tätigen Ärztinnen und Ärzten erbracht. Sowohl für den stationären als auch den ambulanten Bereich gilt: Wenn die im KVG definierten Zulassungsvoraussetzungen erfüllt sind, hat der Leistungserbringer Anspruch auf Tätigwerden zulasten der OKP (sog. Kontrahierungszwang).

## 2.1 BERUFSZULASSUNG

In der Schweiz wird die Zulassung von Ärzten<sup>6</sup> zur Berufsausübung durch das *Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (MedBG)* geregelt. Für die selbständige Ausübung eines universitären Medizinalberufs bedarf es einer Bewilligung des Kantons, auf dessen Gebiet der Medizinalberuf ausgeübt wird (Art. 34 MedBG). Dabei soll die Bewilligungspflicht inskünftig für alle Ärzte gelten, welche ihren Beruf „privatwirtschaftlich in eigener fachlicher Verantwortung“ ausüben wollen<sup>7</sup>. Für die Bewilligung setzt das MedBG voraus, dass der Gesuchsteller ein entsprechendes eidgenössisches Diplom besitzt, vertrauenswürdig ist sowie physisch und psychisch Gewähr für eine einwandfreie Berufsausübung bietet (Art. 36 Abs. 1 MedBG). Weiter braucht es für die selbständige Ausübung des Arztberufs einen eidgenössischen Weiterbildungstitel (Art. 36 Abs. 2 MedBG).

Personen aus einem EU- oder EFTA-Staat profitieren von den beiden Freizügigkeitsabkommen zwischen der Schweiz und den genannten Staaten (*Freizügigkeitsabkommen von 1999* sowie *EFTA-Übereinkommen von 2001*). Gestützt auf diese Abkommen haben Personen aus EU- oder EFTA-Staaten einen Anspruch auf Nichtdiskriminierung. Das bedeutet, dass diesen Personen der Zugang zum Arztberuf grundsätzlich unter denselben Voraussetzungen wie Schweizern zu gewähren ist. Vorausgesetzt ist allerdings, dass die Diplome und Weiterbildungstitel aus diesen Staaten anerkannt werden. Gemäss Art. 15 Abs. 1 und Art. 21 Abs. 1 MedBG werden ausländische Diplome bzw. Weiterbildungstitel anerkannt, sofern ihre Gleichwertigkeit in einem Vertrag mit dem betreffenden Staat vorgesehen ist und die Inhaberin eine Landessprache der Schweiz beherrscht (künftig soll die Beherrschung einer Amtssprache des Kantons, für welchen die Bewilligung beantragt wird, verlangt werden<sup>8</sup>). Die beiden Freizügigkeitsabkommen mit den EU- und EFTA-Staaten stellen Verträge über die gegenseitige Anerkennung dar. Sie verweisen in ihren Anhängen auf EG-Richtlinien, welche die Anerkennung von ausländischen Aus- und Weiterbildungsabschlüssen regeln<sup>9</sup>. Was den Arztberuf betrifft, besteht eine sektorale EG-Richtlinie mit harmonisierten Mindestanforderungen an die Aus- und Weiterbildung<sup>10</sup>. Diese Richtlinie enthält abschliessend Listen der Diplome und Weiterbildungstitel, welche der automatischen Anerkennung unterliegen.

Personen, die über ein Diplom oder einen Weiterbildungstitel aus einem Staat verfügen, mit dem die Schweiz kein Abkommen über die gegenseitige Anerkennung abgeschlossen hat, können ihren Beruf selbständig ausüben, wenn ihr Diplom oder Weiterbildungstitel einem eidgenössischen gleichwertig ist. Dazu muss die Person in einem akkreditierten Studien- oder Weiterbildungsgang lehren und ihren Beruf innerhalb des Spitals, in dem

---

<sup>6</sup> Der Bund definiert in Art. 3 der Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL; SR 832.104) stationäre Behandlungen wie folgt: "Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege im Spital oder im Geburtshaus von mindestens 24 Stunden; von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird; im Spital bei Überweisung in ein anderes Spital; im Geburtshaus bei Überweisung in ein Spital; bei Todesfällen."

<sup>7</sup> Vgl. Teilrevision Medizinalberufegesetz, Entwurf des Bundesrates vom 3. Juli 2013, BBl 2013 6233 ff.

<sup>8</sup> Vgl. Teilrevision Medizinalberufegesetz, Entwurf des Bundesrates vom 3. Juli 2013, BBl 2013 6236.

<sup>9</sup> Anhang III FZA; Anhang K – Anlage 3 EFTA-Übereinkommen.

<sup>10</sup> RL 93/16/EWG.

sie lehrt, selbständig ausüben oder ihren Beruf in einem Gebiet mit nachgewiesener medizinischer Unterversorgung selbständig ausüben (Art. 36 Abs. 3 MedBG).

## **2.2 ABRECHNUNG ZULASTEN KRANKENVERSICHERUNG ODER GESUNDHEITSDIENST**

Die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP wird in Art. 35 ff. KVG geregelt. Gemäss Art. 36 KVG sind Ärzte zugelassen, sofern sie das eidgenössische Diplom besitzen und über eine vom Bundesrat anerkannte Weiterbildung verfügen. Der Bundesrat schreibt vor, dass ein Weiterbildungstitel gemäss Medizinalberufegesetz (Art. 20 MedBG) vorliegen muss. Ärzten mit eidgenössischem Diplom gleichgestellt sind Ärzte, die über ein nach Art. 15 MedBG anerkanntes ausländisches Diplom verfügen. Ärzten mit eidgenössischem Weiterbildungstitel gleichgestellt sind Ärzte, die über einen nach Art. 21 MedBG anerkannten ausländischen Weiterbildungstitel oder über eine kantonale Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung gemäss Art. 36 Abs. 3 MedBG verfügen (Art. 38 KVV).

## **2.3 ANGEBOTSSTEUERUNG**

Nach Art. 55a KVG kann der Bundesrat die Zulassung von Ärzten zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von einem Bedürfnis abhängig machen (Bedürfnisnachweis). Diese Zulassungsbeschränkung bezieht sich auf Ärzte, die ihre Tätigkeit selbständig oder unselbständig, im ambulanten Bereich von Spitälern oder in Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege dienen, ausüben. Für Personen, die mindestens drei Jahre an einer schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben, bedarf es keines Bedürfnisnachweises (Art. 55a Abs. 2 KVG). Mit der Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (VEZL) hat der Bundesrat gestützt auf Art. 55a KVG Höchstzahlen für die in den Kantonen praktizierenden Ärzte erlassen. Die Kantone können selbst darüber entscheiden, ob sie von dieser Zulassungsbeschränkung Gebrauch machen wollen. Die Zulassungsbeschränkung nach Art. 55a KVG ist am 1. Juli 2013 in Kraft getreten und gilt auf drei Jahre befristet bis zum 30. Juni 2016<sup>11</sup>.

Ausserhalb des Krankenversicherungsbereichs bewirken Zulassungsbeschränkungen zum Medizinstudium (*Numerus Clausus, NC*) eine gewisse Steuerung des Angebots. Die Aufnahmekapazitäten für das Medizinstudium werden jährlich nach den einzelnen Disziplinen gesamtschweizerisch festgelegt. Führt der Andrang zum Medizinstudium zu Kapazitätsengpässen, können gestützt auf das jeweilige kantonale Universitätsrecht für die medizinischen Fakultäten Zulassungsbeschränkungen auf der Grundlage eines Eignungstests vor Studienbeginn oder einer verstärkten Selektion im ersten Studienjahr angewandt werden.

---

<sup>11</sup> AS 2013 2065; BBl 2012 9439.

## 2.4 TABELLARISCHE ZUSAMMENFASSUNG

Berufszulassung	Bewilligungspflicht	Nur für selbständige Ärzte
	Gesetzliche Zugangsschranken für Ärzte aus Freizügigkeits-Staaten	Landessprache
	Zusätzliche gesetzliche Zugangsschranken für Ärzte aus Dritt-Staaten	Lehrtätigkeit oder Unterversorgung
Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst	Vertragszwang bzw. automatische Zulassung	Ja
	Gesetzliche Zugangsschranken für ausländische Ärzte	Nein
Angebotssteuerung	Angebotssteuerung im Rahmen der Berufszulassung	Nein
	Angebotssteuerung im Rahmen der staatlichen Finanzierung	Bedürfnisnachweis für Ärzte ohne 3-jährige Weiterbildung in CH
	Übrige Angebotssteuerung	Begrenzung Anzahl Studienplätze (NC)

## 3 RECHTSVERGLEICH

### 3.1 DEUTSCHLAND

Das Gesundheitswesen Deutschlands basiert auf dem Prinzip der Vielfachsteuerung. Der Bund ist für die Rahmengesetzgebung verantwortlich, während die Planung und Finanzierung des Gesundheitswesens in die Zuständigkeit der Bundesländer fällt. In Deutschland besteht eine gesetzliche Pflichtversicherung für alle abhängig Beschäftigten, deren monatliches Einkommen unter der Grenze der Versicherungspflicht liegt. Darüber hinaus sind auch Arbeitslose, Sozialleistungsbezüger und Rentner durch die gesetzliche Krankenversicherung pflichtversichert. Nichtsdestotrotz ist es Deutschland bisher nicht gelungen, eine Pflichtversicherung für die gesamte Bevölkerung einzuführen. Denn Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die diese vom Einkommen abhängige Versicherungspflichtgrenze überschreiten, sind grundsätzlich versicherungsfrei und können selbst wählen, ob sie sich ebenfalls durch die gesetzliche Krankenkasse oder eine private Krankenkasse versichern lassen wollen. Nichterwerbstätige Ehepartner und Kinder sind jeweils durch die gesetzliche Krankenkasse mitversichert. Die Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems erfolgt vorwiegend über Versicherungsbeiträge, die paritätisch von Arbeitnehmern und Arbeitgebern aufgebracht werden. Daneben machen Eigenbeteiligungen der Patienten einen wachsenden Anteil der Finanzierung aus<sup>12</sup>.

#### 3.1.1 Berufszulassung

Die *Bundesärzteordnung (BÄO)*<sup>13</sup> bestimmt in Deutschland, wer als Arzt zugelassen wird. So wird für die Berufsausübung als Arzt eine Approbation vorausgesetzt. Gemäss § 3 Abs. 1 BÄO wird die Approbation auf Antrag erteilt, wenn der Antragsteller

- sich nicht eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich seine Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs ergibt,
- nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs ungeeignet ist,
- nach einem Studium der Medizin an einer wissenschaftlichen Hochschule von mindestens sechs Jahren, von denen mindestens acht, höchstens zwölf Monate auf eine praktische Ausbildung in Krankenhäusern oder geeigneten Einrichtungen der ärztlichen Krankenversorgung entfallen müssen, die ärztliche Prüfung im Geltungsbereich dieses Gesetzes bestanden hat sowie
- über die für die Ausübung der Berufstätigkeit erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügt.

Eine in einem der übrigen Mitgliedsstaaten der EU, in einem Vertragsstaat des EWR-Abkommens oder in einem Vertragsstaat, dem Deutschland und die Europäische Gemeinschaft bzw. EU vertraglich einen entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt haben, abgeschlossene ärztliche Ausbildung wird ebenfalls anerkannt, wobei auf die Richtlinie 2005/36/EG verwiesen wird (§ 3 Abs. 1 BÄO). Sind die Anforderungen an das Studium der Medizin nicht erfüllt, kann bei Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes dennoch eine Approbation erteilt werden (§ 3 Abs. 2 BÄO).

---

<sup>12</sup> Zum Ganzen Schölkopf, 49f.

<sup>13</sup> Bundesärzteordnung vom 2. Oktober 1961.

### 3.1.2 Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst

Die Zulassung von Ärzten zur Tätigkeit zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (sog. vertragsärztliche Tätigkeit), ist in Deutschland in der *Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)*<sup>14</sup> geregelt. Für die Zulassung ist einerseits eine Eintragung ins Arztregister erforderlich (positive Voraussetzung), andererseits darf keine Zulassungsbeschränkung aufgrund der Bedarfsplanung bestehen (negative Voraussetzung, dazu nachfolgend Ziff. 3.1.3). Über die Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit entscheiden die Zulassungsausschüsse der einzelnen Zulassungsbezirke (§ 19 Abs. 1 Ärzte-ZV). Der Zulassungsausschuss besteht aus sechs Mitgliedern, und zwar aus je drei Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen; letztere werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam bestellt (§ 34 Abs. 1 und 2 Ärzte-ZV). Das Zulassungsverfahren ist in § 36 ff. Ärzte-ZV spezialgesetzlich geregelt. Für die Eintragung ins Arztregister ist demgegenüber die kassenärztliche Vereinigung des Zulassungsbezirks zuständig, in dem der Arzt seinen Wohnort hat (§ 3 i.V.m. § 4 Abs. 1 Ärzte-ZV). Um ins Ärzteregister aufgenommen zu werden, muss eine Person über die Approbation als Arzt verfügen und gesetzlich festgelegte Weiterbildungskriterien erfüllen. Als Weiterbildung genügen insbesondere der erfolgreiche Abschluss einer allgemeinmedizinischen Weiterbildung oder einer Weiterbildung in einem anderen Fachgebiet mit der Befugnis zum Führen einer entsprechenden Gebietsbezeichnung (§ 3 Abs. 1 und 2 Ärzte-ZV). Sind die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt, muss die Eintragung ins Arztregister erfolgen (vgl. § 4 Abs. 1 Ärzte-ZV); insofern besteht im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung ein Vertragszwang.

### 3.1.3 Angebotssteuerung

Deutschland kennt für die Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit ein System der Bedarfsplanung, welches in § 12 ff. Ärzte-ZV detailliert ausgeführt ist. Demnach erarbeiten die kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen einen Bedarfsplan. Dieser hat nach Massgabe der *Bedarfsplanungs-Richtlinie (B-RL)*<sup>15</sup> unter anderem Feststellungen über die ärztliche Versorgung unter Berücksichtigung der Arztgruppen, die Bevölkerungsdichte und -struktur sowie die Art bzw. den Umfang der Nachfrage nach vertragsärztlichen Leistungen, deren Deckung sowie deren räumliche Zuordnung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu beinhalten (§ 12 Ärzte-ZV). Die Bedarfsplanungs-Richtlinie legt die Grundprinzipien der Bedarfsplanung fest. Demnach umfasst der Bedarfsplan die Grundsätze zur regionalen Versorgung und ist kontinuierlich anzupassen (§ 4 B-RL). Darüber hinaus werden die verschiedenen Ärzte in Arztgruppen eingeteilt und die Bemessungsgrundlagen für die Bedarfsberechnung festgelegt (vgl. z.B. §§ 8 f., 11 f., 17 ff. und 27 ff. B-RL). 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 (§§ 15 f. Ärzte-ZV). Im Falle einer Überversorgung hat

<sup>14</sup> Zulassungsordnung für Vertragsärzte vom 28. Mai 1957.

<sup>15</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesbeschlusses über die Bedarfsplanung sowie die Massstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung vom 20. Dezember 2012.

der Zulassungsausschuss Zulassungsbeschränkungen anzuordnen, welche spätestens nach einem halben Jahr überprüft und möglicherweise wieder aufgehoben werden müssen (§ 16b Ärzte-ZV).

Für die Vergütung von ambulanten medizinischen Leistungen, die für Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht werden, schliessen die Krankenkassen mit den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen Gesamtverträge ab (§ 85 Abs. 1 *Sozialgesetzbuch Fünftes Buch, SGB V*<sup>16</sup>). In diesen Gesamtverträgen wird die Gesamtvergütung für den jeweiligen Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung festgelegt (§ 85 Abs. 2 SGB V). Die Gesamtvergütung soll alle ärztlichen Leistungen zur Versorgung der GKV-Versicherten abdecken. Die Höhe der Gesamtvergütung orientiert sich seit dem Jahr 2009 an der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten, d.h. am Bedarf nach ambulanten medizinischen Leistungen (§ 73b Abs. 7 GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, GKV-WSG<sup>17</sup>). Insofern ist die in den Gesamtverträgen festgelegte Gesamtvergütung ein Mittel der bedarfsorientierten Angebotssteuerung. Die Honorarverteilung steht weitgehend in der Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese haben auch Regelungen vorzusehen, um eine übermässige Ausweitung ärztlicher Leistungen zu vermeiden. Dabei dürfen Fallzahlenbegrenzungen nicht in ärztlich unterversorgten Gebieten angewendet werden. Ärzte in strukturschwachen Gebieten können zudem Honorarzuschläge erhalten.

Darüber hinaus ist an den medizinischen Fakultäten in Deutschland die Anzahl Studienplätze im Sinne eines Numerus Clausus auf drei Jahre festzusetzen (§ 30 *Hochschulrahmengesetz, HRG*<sup>18</sup>).

### 3.1.4 Tabellarische Zusammenfassung

Berufszulassung	Bewilligungspflicht	Alle Ärzte
	Gesetzliche Zugangsschranken für Ärzte aus Freizügigkeits-Staaten	Landessprache
	Zusätzliche gesetzliche Zugangsschranken für Ärzte aus Dritt-Staaten	Nein
Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst	Vertragszwang bzw. automatische Zulassung	Ja
	Gesetzliche Zugangsschranken für ausländische Ärzte	Nein
Angebotssteuerung	Angebotssteuerung im Rahmen der Berufszulassung	Nein
	Angebotssteuerung im Rahmen der staatlichen Finanzierung	Zulassungsbeschränkungen bei Überversorgung; bedarfsorientierte Angebotssteuerung durch kollektivvertragliche Gesamtvergütungen
	Übrige Angebotssteuerung	Begrenzung Anzahl Studienplätze (NC)

<sup>16</sup> Sozialgesetzbuch Fünftes Buch, Gesetzliche Krankenversicherung, vom 20. Dezember 1988.

<sup>17</sup> Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, GKV-WSG) vom 26. März 2007.

<sup>18</sup> Hochschulrahmengesetz vom 19. Januar 1999.

## 3.2 ÖSTERREICH

Das Gesundheitswesen Österreichs beruht wie dasjenige der Schweiz auf einem durch Pflichtversicherung gekennzeichneten Sozialversicherungsmodell. Den Versicherten steht ein Rechtsanspruch auf solidarisch finanzierte Leistungen zu. Die Kompetenzen im Bereich der Gesundheitsversorgung sind zwischen dem Staat und den Ländern aufgeteilt. So obliegt dem Staat vorwiegend die Steuerung des Gesundheitswesens, wohingegen die Länder die Ausgestaltung vornehmen<sup>19</sup>. Die ambulante Versorgung wird in Österreich zu grossen Teilen von frei praktizierenden, niedergelassenen Ärzten übernommen. Dabei verfügt rund die Hälfte über einen Kassenvertrag. Daneben existieren Ambulatorien, welche mehrheitlich privat, teilweise aber auch von den Krankenversicherungsträgern selbst geführt werden. Darüber hinaus übernehmen Spitalambulatorien einen weiteren Teil der ambulanten Versorgung<sup>20</sup>.

### 3.2.1 Berufszulassung

In Österreich regelt das *Ärztegesetz (ÄrzteG)*<sup>21</sup> die Voraussetzungen für die Berufsausübung. So ist nach § 4 Abs. 1 und 2 *ÄrzteG* zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufs als approbierter Arzt, als Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt berechtigt, wer in der Ärzteliste eingetragen ist und die folgenden Voraussetzungen erfüllt: Ein Arzt muss die österreichische oder die Staatsbürgerschaft eines anderen EWR-Vertragsstaates oder der Schweizerischen Eidgenossenschaft besitzen. Drittstaatsangehörige können den Vorgenannten unter bestimmten Voraussetzungen gleichgestellt werden (vgl. § 5b *ÄrzteG*). Darüber hinaus müssen Ärzte eigenberechtigt, d.h. handlungsfähig sein, für die Erfüllung der Berufspflichten sowohl vertrauenswürdig als auch gesundheitlich geeignet sein und über ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen (§ 4 Abs. 2 *ÄrzteG*). Zudem muss ein Arzt ein an einer österreichischen Universität erworbenes Doktorat der gesamten Heilkunde oder einen gleichwertigen, im Ausland erworbenen und in Österreich als Doktorat nostrifizierten (d.h. anerkannten) akademischen Grad vorweisen (§ 4 Abs. 3 *ÄrzteG*). Berufsqualifikationen von Staatsangehörigen eines EWR-Vertragsstaates oder der Schweiz werden im Sinne der Richtlinie 2005/36/EG anerkannt (§ 5 *ÄrzteG*).

### 3.2.2 Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst

Die Zulassung von Ärzten zur Abrechnung über eine Krankenkasse wird durch das *Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG)*<sup>22</sup> normiert. Gemäss § 341 ASVG werden die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherungen und den freiberuflich tätigen Ärzten sowie den Gruppenpraxen durch Gesamtverträge geregelt. Zusätzlich schliessen die Träger der Krankenversicherungen und die Ärzte Einzelverträge ab, welche auch den Gesamtvertrag zum Inhalt haben. Somit besteht in Österreich im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung Vertragsfreiheit zwischen Krankenversicherungen und freiberuflich tätigen Ärzten.

---

<sup>19</sup> Gesundheitssysteme im Wandel, 17.

<sup>20</sup> Das österreichische Gesundheitssystem, 11/15.

<sup>21</sup> Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte, 1998.

<sup>22</sup> Bundesgesetz vom 9. September 1955 über die Allgemeine Sozialversicherung.

In den Gesamtverträgen werden unter anderem die Zahl und die örtliche Verteilung der Vertragsärzte festgesetzt. Diese Festsetzung erfolgt unter Berücksichtigung sämtlicher ambulanter Versorgungsstrukturen, der örtlichen Verhältnisse, der Verkehrsverhältnisse und der Bevölkerungsdichte bzw. Bevölkerungsstruktur (§ 342 ASVG). Die Auswahl der Ärzte erfolgt anhand von Reihungskriterien, welche in der Reihungskriterien-Verordnung (RKV) festgelegt sind. Die Reihung der Bewerber um Einzelverträge mit den Krankenversicherungsträgern wird aufgrund der fachlichen Eignung (Beurteilung durch Berufserfahrung als Arzt), zusätzlichen fachlichen Qualifikationen (insbesondere Diplome für fachliche Fortbildungen), dem Zeitpunkt der ersten Eintragung in eine Bewerberliste und der Zusage der Ärzte, sich ernsthaft um einen behindertengerechten Zugang zur Praxis zu bemühen, vorgenommen (§ 2 Abs. 1 RKV). Als weitere Kriterien können geleistete Präsenz- und Ausbildungszeiten, geleisteter Zivildienst, zurückgelegte Karenzzeiten oder die soziale Förderungswürdigkeit, etwa aufgrund von bestehenden Sorgepflichten für Kinder oder aufgrund gewärtiger Arbeitslosigkeit, herangezogen werden (§ 2 Abs. 2 RKV).

### **3.2.3 Angebotssteuerung**

Die Bedarfsplanung in Österreich wird basierend auf der Vereinbarung zwischen Bund und Bundesländern über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens vorgenommen. Dabei liegt der Planungsschwerpunkt auf den Strukturen der Gesundheitsversorgung sowie auf der Bewilligung zur Kassenabrechnung. In Österreich gibt es keine Regelung zur Niederlassung von Ärzten bzw. zur Praxisgründung<sup>23</sup>. Daher erfolgt die Bedarfsplanung vorwiegend durch die Festsetzung der Zahl und der örtlichen Verteilung der Vertragsärzte. Dabei soll unter Berücksichtigung sämtlicher ambulanter Versorgungsstrukturen, unter anderem der örtlichen Verhältnisse sowie der Bevölkerungsdichte und -struktur, eine ausreichende ärztliche Versorgung der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten und deren Angehörigen erreicht werden (§ 342 ASVG). Daneben sind die einzelnen Universitäten dazu berechtigt, die Studienbedingungen im Medizinstudium aufgrund der Verhältniszahl zwischen Lehrenden und Studierenden in einem Studium festzustellen. Falls diese durch die weitere Zulassung von ausländischen Staatsangehörigen unvertretbar würden, kann der Senat die Anzahl der Studierenden aus dem Ausland beschränken (§ 63 Abs. 4 des *Universitätsgesetzes*<sup>24</sup>). Daraus ergibt sich, dass Österreich die Bedarfsplanung sowohl durch die Beschränkung der Anzahl Vertragsärzte als auch der Medizinstudenten vornimmt.

---

<sup>23</sup> Nüsken/Busse, 19ff.

<sup>24</sup> Bundesgesetz über die Organisation der Universitäten und ihre Studien, 2002.

### 3.2.4 Tabellarische Zusammenfassung

Berufszulassung	Bewilligungspflicht	Alle Ärzte
	Gesetzliche Zugangsschranken für Ärzte aus Freizügigkeits-Staaten	Landessprache
	Zusätzliche gesetzliche Zugangsschranken für Ärzte aus Dritt-Staaten	Nein
Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst	Vertragszwang bzw. automatische Zulassung	Nein
	Gesetzliche Zugangsschranken für ausländische Ärzte	Nein
Angebotssteuerung	Angebotssteuerung im Rahmen der Berufszulassung	Nein
	Angebotssteuerung im Rahmen der staatlichen Finanzierung	Beschränkung der Anzahl Verträge
	Übrige Angebotssteuerung	Begrenzung Anzahl ausländischer Studierender bei unzumutbaren Studienbedingungen

## 3.3 FRANKREICH

Das französische Gesundheitswesen (le système de la santé français) ist zentral gesteuert und als Sozialversicherungssystem organisiert. Die gesetzliche Krankenkasse umfasst seit der Einführung der Versicherungspflicht im Jahr 2010 obligatorisch die gesamte Bevölkerung. Trotz dieser obligatorischen Versicherungspflicht kommt den privaten Krankenversicherungen nach wie vor beträchtliche Bedeutung zu, da für den nicht von der obligatorischen Krankenversicherung abgedeckten Teil zusätzlich eine private Krankenversicherung abgeschlossen werden kann. Die gesetzliche Krankenversicherung wird sowohl durch Sozialversicherungsbeiträge als auch durch Steuern finanziert<sup>25</sup>.

### 3.3.1 Berufszulassung

Die Voraussetzungen für die Ausübung des Arztberufs werden in Frankreich durch das *Gesundheitsgesetz (GG)*<sup>26</sup> geregelt. Dabei wird für die Berufsausübungsbewilligung keine Unterscheidung zwischen dem ambulanten und nicht ambulanten Bereich vorgenommen. Als Arzt zugelassen ist grundsätzlich, wer über ein französisches Arztdiplom verfügt (Art. L4111-1 i.V.m. L4134-1 GG). Die Voraussetzungen zur Erlangung dieses Diploms sind die erfolgreiche Eingabe der Doktorarbeit, was durch das *Studiengesetz*<sup>27</sup> (StG) geregelt wird (Art. L634 StG). Zur Berufsausübung muss ein Arzt entweder Staatsangehöriger von Frankreich, Andorra, eines EU- oder EFTA-Mitgliedsstaates, Marokko oder Tunesien sein. Von dieser Regel ausgenommen sind Ärzte, die zwar einem anderen Staat angehören, jedoch über ein französisches Arztdiplom verfügen (Art. L-4111 GG). Wie alle anderen EU-

<sup>25</sup> Zum Ganzen Schöllkopf, 56.

<sup>26</sup> Code de la santé publique du 1953, version consolidée au 18 octobre 2013.

<sup>27</sup> Code de l'éducation, version consolidée au 7 novembre 2013.

Mitgliedstaaten anerkennt auch Frankreich Diplome aus anderen Ländern gemäss der Richtlinie 2005/36/EG; dazu gehören auch Diplome aus Staaten wie der Schweiz, welche über ein Freizügigkeitsabkommen mit Frankreich bzw. der Europäischen Union verfügen. Andere Staatsangehörige können in Frankreich ebenfalls als Ärzte anerkannt werden, sofern sie in ihrem Heimatland ein Arztdiplom erworben haben, ihre Fachkenntnisse durch einen Test bewiesen haben und die französische Sprache genügend beherrschen. Die maximale Anzahl von Kandidaten, welche den Test bestehen, kann durch den zuständigen Gesundheitsminister festgelegt werden. Darüber hinaus müssen die Kandidaten eine dreijährige Praxiserfahrung nachweisen können (Art. L4111-2 GG). Erteilt ein Staat einem französischen Staatsbürger das Recht, auf seinem eigenen Staatsgebiet tätig zu sein, kann der Gesundheitsminister diesem Arzt die Berufsausübungsbewilligung ebenfalls für Frankreich erteilen (Art. L4111-3 GG). Ein Arzt, der in der kanadischen Provinz Québec seinen Beruf ausüben darf, kann auf Bewilligung des Gesundheitsministers hin auch in Frankreich tätig werden, sofern seine Ausbildung in Frankreich anerkannt ist (Art. L4111-3-1 GG). Zusätzlich wird für alle Ärzte die Eintragung in die Ärzteliste vorausgesetzt (Art. L4111 i.V.m. L4161-1 GG).

### **3.3.2 Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst**

In Frankreich wird zwischen Ärzten, die in den Spitälern angestellt sind, und freien Ärzten („médecins libéraux“) unterschieden. Die Leistungen ersterer werden automatisch durch die Krankenkassen vergütet, die freien Ärzte können sich dazu einer Krankenkasse anschliessen. Es gibt nur wenige freie Ärzte, welche keiner Krankenkasse angeschlossen sind. Um sich einer Krankenkasse anschliessen zu können, existieren keine spezifischen Voraussetzungen, ausser dass man in Frankreich als Arzt zugelassen sein muss. Die Krankenkassen legen durch die Verträge Bedingungen fest, unter welchen die Ärzte für drei Jahre zulasten der Krankenkassen abrechnen können<sup>28</sup>. Die Auswahlkriterien der Krankenkassen werden durch den Generaldirektor der Krankenkassenunion festgelegt<sup>29</sup>. Es besteht somit kein Vertragszwang zwischen der Krankenversicherung und den Ärzten.

### **3.3.3 Angebotssteuerung**

In Frankreich existiert eine Bedarfsplanung in Bezug auf die Leistungen von Spitalärzten. Die Bedarfsplanung erfolgt auf regionaler Ebene durch die regionalen Gesundheitsämter und orientiert sich an der Einschätzung des nationalen Gesundheitsministeriums. Umgesetzt wird die Bedarfsplanung in Form eines regionalen Schemas. Dieses Schema ist die Basis für Verträge zwischen den Spitälern und dem Gesundheitsministerium, welche den Umfang der in den Spitälern angebotenen Leistungen bestimmen<sup>30</sup>. Demgegenüber gibt es für die freien Ärzte – d.h. für den ambulanten Bereich – in Frankreich weder im Rahmen der Berufszulassung noch im Rahmen der Krankenversicherung eine Bedarfsplanung. Hingegen wird die Anzahl sämtlicher Ärzte in Frankreich über die Zulassungsbeschränkungen zur Ausbildung im Sinne eines Numerus Clausus gesteuert<sup>31</sup>. Weiter wird die fach-

---

<sup>28</sup> L'Assurance Maladie - Contrat d'accès aux soins.

<sup>29</sup> L'Assurance Maladie - Régulation des pratiques tarifaires excessives.

<sup>30</sup> Chevreur et al., 123 ff.

<sup>31</sup> Chevreur et al., 113 f.

liche Verteilung von Ärzten durch eine Beschränkung der Weiterbildungsplätze reguliert<sup>32</sup>.

### 3.3.4 Tabellarische Zusammenfassung

Berufszulassung	Bewilligungspflicht	Alle Ärzte
	Gesetzliche Zugangsschranken für Ärzte aus Freizügigkeits-Staaten	Landessprache
	Zusätzliche gesetzliche Zugangsschranken für Ärzte aus Dritt-Staaten	Test über Fachkenntnisse, Praxiserfahrung (davon ausgenommen sind Ärzte der Provinz Québec)
Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst	Vertragszwang bzw. automatische Zulassung	Automatische Zulassung von Spitalärzten
	Gesetzliche Zugangsschranken für ausländische Ärzte	Nein
Angebotssteuerung	Angebotssteuerung im Rahmen der Berufszulassung	Nein
	Angebotssteuerung im Rahmen der staatlichen Finanzierung	Bedarfsplanung in Bezug auf die Leistungen von Spitalärzten
	Übrige Angebotssteuerung	Begrenzung Anzahl Studien- und Weiterbildungsplätze (NC)

## 3.4 ITALIEN

In Italien gründet das Gesundheitswesen auf einem dezentralen System, welches vor allem über nationale und regionale Steuern, zu einem kleineren Teil aber auch über Zuzahlungen von Patienten finanziert wird<sup>33</sup>. Während sich der Zentralstaat auf die Rahmengesetzgebung beschränkt, sind die regionalen Ableger des nationalen Gesundheitsdienstes (Servizio Sanitare Nazionale, SSN) für die Gesundheitsversorgung auf regionaler Ebene verantwortlich<sup>34</sup>.

### 3.4.1 Berufszulassung

Um in Italien als Arzt praktizieren zu dürfen, muss ein sechs Jahre dauerndes Studium an einer öffentlichen oder privaten medizinischen Fakultät absolviert werden. Nach bestandener Schlussprüfung können sich Absolventen im nationalen Ärztereister eintragen lassen. Wer als ambulant tätiger Allgemeinmediziner arbeiten möchte, muss eine entsprechende postgraduale Weiterbildung absolvieren, die gemäss Art. 1 Abs. 2 *des Erlasses 256/1991*<sup>35</sup> nochmals zwei Jahre dauert. Die in der EU erworbenen Diplome werden in Italien vollumfänglich anerkannt und berechtigen zur Tätigkeit als Allgemeinmediziner<sup>36</sup>.

<sup>32</sup> Nüsken/Busse, 13.

<sup>33</sup> Schölkopf, 26.

<sup>34</sup> Lo Scalzo et al., 17.

<sup>35</sup> Decreto Legislativo, 08.08.1991, n. 256.

<sup>36</sup> Lo Scalzo et al., 103.

### 3.4.2 Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst

Die ambulante Erstversorgung erfolgt durch Allgemeinmediziner, die mit dem SSN vertraglich verbunden sind. Ein Vertragszwang existiert in Italien nicht. Es wurde eine Reihe von Kriterien etabliert, damit eine faire Vergabe von öffentlichen Versorgungsaufträgen an Ärzte gewährleistet werden kann. Die Regionalbehörden (Azienda Sanitaria Locale, ASL) orientieren sich bei der Akkreditierung von Gesundheitsdienstleistern an objektiven Kriterien wie den Fähigkeiten, der Ausbildung des medizinischen Personals, der Infrastruktur, der Organisation und dem Management. Ausserdem wird untersucht, welchen Mehrwert eine zusätzliche Akkreditierung unter Berücksichtigung der lokalen Gegebenheiten bringen würde. Mit der Akkreditierung geht aber noch nicht automatisch das Recht einher, zulasten des SSN abzurechnen. Dazu muss die ASL noch einen Vertrag mit ihrem bevorzugten, akkreditierten Versorger abschliessen<sup>37</sup>.

### 3.4.3 Angebotssteuerung

Für die Organisation, Finanzierung und Überwachung des Gesundheitswesens und damit auch die Steuerung des Angebots sind in Italien gemäss *Erlass 229/1999*<sup>38</sup> die Regionen zuständig. Nebst der Beschränkung der Anzahl Ärzte, welche über den nationalen Gesundheitsdienst abrechnen können, erfolgt eine Regulierung des Angebots gemäss *Erlass 264/1999*<sup>39</sup> auch durch die landesweit geltende Studienplatzbeschränkung, dem Numerus Clausus.

### 3.4.4 Tabellarische Zusammenfassung

Berufszulassung	Bewilligungspflicht	Alle Ärzte
	Gesetzliche Zugangsschranken für Ärzte aus Freizügigkeits-Staaten	Nein
	Zusätzliche gesetzliche Zugangsschranken für Ärzte aus Dritt-Staaten	k. A.
Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst	Vertragszwang bzw. automatische Zulassung	Nein
	Gesetzliche Zugangsschranken für ausländische Ärzte	k. A.
Angebotssteuerung	Angebotssteuerung im Rahmen der Berufszulassung	Nein
	Angebotssteuerung im Rahmen der staatlichen Finanzierung	Beschränkung der Anzahl Ärzte, welche über den nationalen Gesundheitsdienst abrechnen können
	Übrige Angebotssteuerung	Begrenzung Anzahl Studienplätze (NC)

<sup>37</sup> Lo Scalzo et al., 71.

<sup>38</sup> Decreto Legislativo, 19.06.1999, n. 229.

<sup>39</sup> Decreto Legislativo, 02.08.1999, n. 264.

### 3.5 BELGIEN

Das Gesundheitswesen in Belgien basiert auf dem Sozialversicherungsprinzip. Die soziale Krankenversicherung wird im Sinne des Umlageverfahrens durch Beiträge finanziert. Beinahe die gesamte Bevölkerung wird von einer umfassenden Versicherungspflicht erfasst, wobei Personen, die von beitragszahlenden Versicherten wirtschaftlich abhängig sind, beitragsfrei mitversichert sind. Die öffentliche Krankenkasse nimmt zudem bedürftige Personen auf, welche ansonsten ohne Krankenversicherungsschutz wären. Die Kompetenz für die Organisation der Krankenversicherung obliegt grundsätzlich dem Staat<sup>40</sup>.

#### 3.5.1 Berufszulassung

In Belgien werden die Zulassungsvoraussetzungen für Ärzte durch den *Königlichen Erlass Nummer 78 über die Ausübung der Gesundheitspflegeberufe (KE)*<sup>41</sup> geregelt. Dabei wird keine Unterscheidung zwischen dem ambulanten und nicht ambulanten Bereich getroffen. Um als Arzt tätig zu sein, muss die Person über ein entsprechendes Diplom verfügen (Art. 2 § 1 KE). Mit den Bestimmungen im Königlichen Erlass wird die Umsetzung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen bezweckt (Art. 44<sup>bis</sup> KE). Ärzte ausländischer Staatsangehörigkeit, die sich in Belgien niederlassen dürfen und im Besitz einer Berufsqualifikation als Arzt sind, müssen diese Berufsqualifikation anerkennen lassen (Art. 14 i.V.m. 44<sup>ter</sup> Ziff. 5 KE). Die Anerkennung von Berufsqualifikationen wird im *Gesetz zur Einführung eines neuen allgemeinen Rahmens für die Anerkennung von EG-Berufsqualifikationen* geregelt (*Gesetz über die Anerkennung von Berufsqualifikationen*)<sup>42</sup> (Art. 44<sup>quater</sup> § 1 KE). Die Berufsqualifikation wird anerkannt, sofern die Person einen Befähigungs- und Ausbildungsnachweis eines anderen EU-Mitgliedsstaates besitzt. Diese Befähigungs- und Ausbildungsnachweise müssen bescheinigen, dass das Berufsqualifikationsniveau zumindest unmittelbar unter dem Niveau gemäss Art. 13 des Gesetzes über die Anerkennung von Berufsqualifikationen liegt. Die Ausübung des Arztberufs wird ebenfalls gestattet, wenn ein Arzt seinen Beruf während zwei Jahren in den vorhergehenden zehn Jahren in einem anderen Mitgliedstaat ausgeübt hat, auch wenn die Anforderungen an die Berufsqualifikationen in Belgien nicht komplett erfüllt sind (Art. 15 des Gesetzes über die Anerkennung von Berufsqualifikationen). Anträge auf Anerkennung eines Ausbildungsnachweises eines Drittlands werden gleich wie jene von EU-Mitgliedsstaaten behandelt, sofern der Antragsteller über eine Berufserfahrung von drei Jahren auf dem Staatsgebiet eines Mitgliedstaates verfügt. Darüber hinaus kann der Minister darüber befinden, ob die Anerkennung der Berufsqualifikation an eine Eignungsprüfung oder einen Anpassungslehrgang gebunden ist (Art. 44<sup>quater</sup> § 2 und 3 KE). Des Weiteren erstellt der Minister eine Liste der von den Mitgliedsstaaten ausgestellten Ausbildungsnachweise mit entsprechenden Mindestanforderungen (Art. 44<sup>quinquies</sup> KE). Ausländische Ärzte, deren Berufsqualifikationen anerkannt und zugelassen wurden, müssen über ausreichende Kenntnisse der niederländischen, französischen und deutschen Sprache verfügen (Art. 44<sup>octiesdecies</sup> KE).

<sup>40</sup> Zum Ganzen Schölkopf, 59.

<sup>41</sup> Arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé du 10 novembre 1967.

<sup>42</sup> Loi instaurant un nouveau cadre général pour la reconnaissance des qualifications professionnelles CE du 12 février 2008.

### 3.5.2 Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst

In Belgien herrscht bezüglich der Abrechnung zulasten der Krankenkasse Vertragsfreiheit. Die staatliche Krankenkasse INAMI (Institut national d'assurance maladie-invalidité) schliesst jedoch mit einem Grossteil von Ärzten Verträge über die Abrechnung ihrer Leistungen ab. Bei Ärzten, die der Krankenkasse angeschlossen sind, sind die Honorare grundsätzlich festgelegt. Die Leistungen von Ärzten, die sich keiner Krankenkasse angeschlossen haben, sind von der Krankenversicherung teilweise gedeckt. Dies rührt daher, dass Ärzte, die der Krankenkasse nicht angeschlossen sind, ihre Honorare selbst bestimmen können. Die Patienten müssen deshalb, wenn der behandelnde Arzt keinen Vertrag mit der Krankenversicherung besitzt, einen gewissen Anteil des Arzthonorars selbst bezahlen<sup>43</sup>.

### 3.5.3 Angebotssteuerung

Der Minister für Soziales, Volksgesundheit und Umwelt hat eine Kommission zur Planung des Angebots im Bereich der Medizin eingesetzt. Die Kommission beobachtet die Entwicklung des Bedarfs im Gesundheitswesen (Art. 35<sup>octies</sup> KE). Liegt ein Überbedarf vor, so beschränkt der König auf Anraten der Kommission die Anzahl der Kandidaten, die zur Ausübung des Arztberufs zugelassen werden (Art. 35<sup>novies</sup> KE). Zusätzlich zu dieser Angebotssteuerung im Rahmen der Berufszulassung sind mit dem *Königlichen Erlass vom 12. Juni 2008 über die Planung des Angebots im Bereich der Medizin*<sup>44</sup> Quoten eingeführt worden, welche im Sinne eines Numerus Clausus die Zulassung von Medizinstudenten beschränken. Eine Bedarfsplanung im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung existiert hingegen nicht.

### 3.5.4 Tabellarische Zusammenfassung

Berufszulassung	Bewilligungspflicht	Alle Ärzte
	Gesetzliche Zugangsschranken für Ärzte aus Freizügigkeits-Staaten	Landessprachen
	Zusätzliche gesetzliche Zugangsschranken für Ärzte aus Dritt-Staaten	Berufserfahrung
Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst	Vertragszwang bzw. automatische Zulassung	Nein
	Gesetzliche Zugangsschranken für ausländische Ärzte	Nein
Angebotssteuerung	Angebotssteuerung im Rahmen der Berufszulassung	Ja
	Angebotssteuerung im Rahmen der staatlichen Finanzierung	Nein
	Übrige Angebotssteuerung	Begrenzung Anzahl Studienplätze (NC)

<sup>43</sup> INAMI – Le contrat pour médecins, 5 ff.

<sup>44</sup> Arrêté royal du 12 juin 2008 paru au Moniteur de 18 juin 2008 relatif à la planification de l'offre médicale.

## 3.6 NIEDERLANDE

Die Niederlande haben seit der Reform des Gesundheitswesens im Jahr 2006 ein System, das grundsätzlich vom Wettbewerb unter privaten Akteuren geprägt ist, wobei der Staat nur vereinzelt eingreift. Eine öffentliche Gesundheitsversorgung existiert in den Niederlanden grundsätzlich nicht. Sämtliche Einrichtungen wie beispielsweise Spitäler, Arztpraxen und Pflegedienste sind privat und werden von privaten Versicherungen finanziert, die staatlich reguliert und beaufsichtigt werden<sup>45</sup>.

### 3.6.1 Berufszulassung

Die Zulassungsvoraussetzungen werden – zumindest in Grundzügen – *im Gesetz über die Berufe der individuellen Gesundheitsfürsorge*<sup>46</sup> (*Wet-BIG*) geregelt. Dieses Gesetz gilt unabhängig von der Art der Leistungserbringung für alle praktizierenden Ärzte gleichermaßen. Wer als Arzt in den Niederlanden tätig sein will, muss sich ins nationale BIG-Register eintragen lassen (Art. 18 i.V.m. Art. 34 *Wet-BIG*). Die Ausbildung zum Arzt ist ähnlich wie in der Schweiz aufgebaut. Nach einem sechsjährigen Studium, das man als Doktor der Medizin abschliesst, folgt eine fachärztliche Weiterbildung, welche je nach Fachrichtung unterschiedlich lange dauert und für die unterschiedliche Qualifikationsverfahren vorgesehen sind<sup>47</sup>. Ausländische Ärzte, die Staatsangehörige von EU/EFTA-Staaten sind, haben betreffend Berufsausübungsbewilligung dieselben Rechte wie niederländische Ärzte. Deren Diplome werden im Sinne der RL 2005/36/EG (vgl. Art. 14 Abs. 2 lit. e und 41 *Wet-BIG*) anerkannt, und es muss auch kein Sprachnachweis erbracht werden. Diplome, die nicht von der Richtlinie erfasst werden, werden gesondert beurteilt<sup>48</sup>.

### 3.6.2 Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst

Entsprechend dem privatwirtschaftlich organisierten Krankenversicherungssystem besteht in den Niederlanden kein Vertragszwang zwischen Ärzten und Krankenversicherungen, d.h. die Kosten einer Behandlung werden nur dann von einer Versicherung getragen, wenn der behandelnde vertraglich mit ihr verbunden ist. Die Verträge werden dabei nicht individuell zwischen einzelnen Ärzten und den Versicherungen verhandelt, sondern es kommen standardisierte Tarifverträge, welche zwischen den Verbänden der Allgemeinmediziner und den Versicherern ausgehandelt werden, zur Anwendung<sup>49</sup>.

### 3.6.3 Angebotssteuerung

Die Regulierung des Angebots im ambulanten Bereich erfolgt durch die Zulassungsbeschränkung zum Studium an den medizinischen Fakultäten in Form eines Numerus Clausus. Die Anzahl Studenten, denen jährlich Zugang zu einer der medizinischen Fakultäten des Landes gewährt wird, hängt im Wesentlichen von der jährlichen Bedarfseinschätzung des Capaciteitsorgaan ab. Dieses analysiert den Gesundheitsmarkt in Bezug auf Angebot und Nachfrage und gibt zuhanden des nationalen Gesundheitsamts und der medizini-

---

<sup>45</sup> Email der holländischen Gesundheitsbehörde vom 23. Oktober 2013.

<sup>46</sup> *Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg*, 11.11.1993.

<sup>47</sup> Study Guide of University of Maastricht.

<sup>48</sup> Schäfer et al., 140.

<sup>49</sup> Schäfer et al., 85.

schen Fakultäten eine Empfehlung ab, wie viele Studenten aufgrund ihrer Einschätzung zum Medizinstudium zugelassen werden sollen. Ausserdem gibt das Komitee Empfehlungen ab in Bezug auf die notwendigen Spezialisierungen und Fachärzteausbildungen<sup>50</sup>.

### 3.6.4 Tabellarische Zusammenfassung

Berufszulassung	Bewilligungspflicht	Alle Ärzte
	Gesetzliche Zugangsschranken für Ärzte aus Freizügigkeits-Staaten	Nein
	Zusätzliche gesetzliche Zugangsschranken für Ärzte aus Dritt-Staaten	k. A.
Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst	Vertragszwang bzw. automatische Zulassung	Nein
	Gesetzliche Zugangsschranken für ausländische Ärzte	Nein
Angebotssteuerung	Angebotssteuerung im Rahmen der Berufszulassung	Nein
	Angebotssteuerung im Rahmen der staatlichen Finanzierung	Nein
	Übrige Angebotssteuerung	Begrenzung Anzahl Studienplätze (NC)

## 3.7 LUXEMBURG

In Luxemburg wird das Gesundheitswesen über eine gesetzliche Krankenversicherung organisiert, wobei den Prinzipien der Sozialversicherung gefolgt wird. Dabei ist die Krankenversicherung in neun nach Berufsgruppen differenzierte Krankenkassen gegliedert. Alle Erwerbstätige, ob unselbständig oder selbständig, sowie alle Rentner und Empfänger von Sozialversicherungen sind obligatorisch versichert, wobei nicht erwerbstätige Ehepartner und Kinder mitversichert sind. Die nationale Krankenkasse („Caisse Nationale de Santé“) schliesst mit verschiedenen Berufsgruppen Verträge ab. Um möglichst die gesamte Bevölkerung der gesetzlichen Krankenversicherung zu unterstellen, können Personen, die keiner Versicherungspflicht unterliegen, sich freiwillig der Krankenversicherung unterstellen<sup>51</sup>.

### 3.7.1 Berufszulassung

In Luxemburg regelt das *Gesetz über die Ausübung des Arzt-, des Zahnarzt- und des Tierarztberufes (GAAZT)*<sup>52</sup> die Zulassungsvoraussetzungen zur Berufsausübung. Jeder Arzt hat eine Erlaubnis zur Berufsausübung beim Ministerium für Gesundheit zu beantragen (Art. 1 Abs. 1 GAAZT). Luxemburgische Staatsangehörige, Staatsangehörige von EU-Staaten und Staaten, die das EWR-Abkommen ratifiziert haben, sowie Bürger gemäss den

<sup>50</sup> Schäfer et al., 133 f.

<sup>51</sup> Portail Santé Luxembourg.

<sup>52</sup> Loi du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire.

Richtlinien 2003/109/EG und 2004/38/EG können eine solche Erlaubnis beantragen (Art. 1 Abs. 1 lit. a GAAZT). Die Antragsteller müssen dazu eine Grundausbildung in Medizin und den Arzttitel eines EU-Staates bzw. eines Staates gemäss der Richtlinie 2005/36/EG oder eines Drittstaates absolviert haben, sofern deren Ausbildung gleichwertig ist (Art. 1 Abs. 1 lit. b GAAZT). Die Gleichwertigkeit wird unter anderem anhand der folgenden Kriterien bestimmt: mindestens sechsjähriges Medizinstudium, spezialisierte Kenntnisse in bestimmten medizinischen Fachgebieten und praktische Erfahrung in einem Spital. Darüber hinaus muss ein Arzt über physische und psychische Fähigkeiten zur Ausübung des Berufs verfügen, genügende Sprachkenntnisse zur Ausübung des Berufs in Deutsch und Französisch verfügen sowie Luxemburgisch verstehen. Zu diesem Zweck kann das Ministerium einen Sprachnachweis fordern (Art. 1 Abs. 1 lit. c–e GAAZT).

### 3.7.2 Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst

Das Luxemburgische System sieht vor, dass alle Ärzte, die über eine Berufszulassung gemäss dem *Gesetz vom 29. April 1983 über die Ausübung des Arzt-, des Zahnarzt- und des Tierarztberufes* verfügen, automatisch einer Krankenkasse angeschlossen sind. Somit kann jeder in Luxemburg zugelassene Arzt seine Leistungen zulasten der Krankenkasse abrechnen<sup>53</sup>.

### 3.7.3 Angebotssteuerung

Wer in Luxemburg Medizin studieren möchte, kann nur das erste Jahr in Luxemburg absolvieren. Für das erste Jahr stehen 100 Ausbildungsplätze zur Verfügung, welche unter den Bewerbern verteilt werden. Das Studium wird sodann an einer Partneruniversität unter anderem in Frankreich beendet<sup>54</sup>.

### 3.7.4 Tabellarische Zusammenfassung

Berufszulassung	Bewilligungspflicht	Alle Ärzte
	Gesetzliche Zugangsschranken für Ärzte aus Freizügigkeits-Staaten	Landessprachen (d, f, Passivkenntnisse in Luxemburgisch)
	Zusätzliche gesetzliche Zugangsschranken für Ärzte aus Dritt-Staaten	Nein
Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst	Vertragszwang bzw. automatische Zulassung	Ja
	Gesetzliche Zugangsschranken für ausländische Ärzte	Nein
Angebotssteuerung	Angebotssteuerung im Rahmen der Berufszulassung	k. A.
	Angebotssteuerung im Rahmen der staatlichen Finanzierung	k. A.
	Übrige Angebotssteuerung	Begrenzung der Anzahl Studienplätze (NC)

<sup>53</sup> Portail Santé Luxembourg.

<sup>54</sup> ALEM- Études au Luxembourg.

## 3.8 SPANIEN

Die Regelung des spanischen Gesundheitssystems liegt grundsätzlich in der Kompetenz der nationalen Behörden. Das nationale Gesundheitsministerium hat jedoch viele Kompetenzen an regionale Gesundheitsministerien abgegeben, welche nun grösstenteils für die Organisation des Gesundheitssystems verantwortlich sind. Damit bleiben dem Zentralstaat grundsätzlich nur noch die Grundsatzgesetzgebung und die Koordination der regionalen Gesundheitsministerien. Die Gesundheitsversorgung ist in Spanien weitgehend Aufgabe des Staates<sup>55</sup>. Spanien verfügt über keine obligatorische Krankenversicherung, ein Grossteil der Bevölkerung ist jedoch krankenversichert<sup>56</sup>. Die Krankenversicherung ist grundsätzlich staatlich organisiert, daneben existiert ein zusätzliches, privates Versicherungssystem<sup>57</sup>. Für die Beschäftigten des öffentlichen Dienstes existieren neben dem öffentlichen Gesundheitsdienst obligatorische, ergänzende Versorgungssysteme, die eine Reihe von Privilegien in der medizinischen Versorgung bieten. Die Finanzierung des Gesundheitssystems erfolgt vorwiegend über Steuern, wobei die ergänzenden Versorgungssysteme des öffentlichen Dienstes sowohl durch Steuern als auch durch Beiträge der Beschäftigten getragen werden<sup>58</sup>.

### 3.8.1 Berufszulassung

Für die Ausübung des Arztberufes bedarf es eines Arztdiploms. In Spanien wird die Ausbildung zum Arzt durch den *Königlichen Erlass 1417/1990*<sup>59</sup> geregelt. In dessen Anhang werden die Voraussetzungen zur Erlangung eines Arzttitels definiert: Ein Arzt muss ausreichende Kenntnisse der medizinischen Wissenschaften besitzen, deren Methoden und die biologischen Vorgänge des Menschen kennen. Darüber hinaus muss ein Praktikum in einem Spital unter ständiger Aufsicht zugelassener Ärzte absolviert werden. Die Diplome von Ärzten, welche aus einem Mitgliedsstaat der EU, des EWR oder der Schweiz stammen, werden gemäss der Richtlinie 36/2005/EG anerkannt. Ärzte, die weder die spanische Staatsbürgerschaft noch jene eines EU- bzw. EFTA-Mitgliedsstaates besitzen, müssen ihren Arzttitel beim Bildungsministerium anrechnen bzw. amtlich bestätigen lassen. Im Allgemeinen müssen sich Ärzte, um ihren Beruf ausüben zu dürfen, dem *Offiziellen Ärztekollegium*<sup>60</sup> ihrer Region anschliessen<sup>61</sup>.

### 3.8.2 Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst

Die ärztliche Grundversorgung in Spanien wird durch den öffentlichen Gesundheitsdienst sichergestellt. Daher ist ein grosser Teil der Ärzte durch den öffentlichen Gesundheitsdienst angestellt und somit automatisch zur Abrechnung zulasten der Krankenkassen zu-

---

<sup>55</sup> García-Armesto et al, 37.

<sup>56</sup> Ministerio de Sanidad, 10.

<sup>57</sup> García-Armesto et al, xxiii.

<sup>58</sup> García-Armesto et al, 37 f.

<sup>59</sup> Real Decreto 1417/1990 de 26 octubre, por el que se establece el título universitario oficial de Licenciado en Medicina y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquél.

<sup>60</sup> Colegio Oficial de Médicos.

<sup>61</sup> OMC trabajar en España.

gelassen. Leistungen privater Ärzte werden nur durch bestimmte Zusatzversicherungen abgedeckt<sup>62</sup>.

### 3.8.3 Angebotssteuerung

Die Bedarfsplanung erfolgt in Spanien anhand von sogenannten Gesundheitsplänen, die von den Regionen herausgegeben werden. Damit wird der Bedarf an öffentlich angestellten Ärzten festgelegt. Der private Gesundheitsbereich wird dagegen durch den Markt selbst gesteuert<sup>63</sup>. Um einem Überschuss an Ärzten vorzubeugen, werden die Anzahl Studienplätze durch einen Numerus Clausus beschränkt<sup>64</sup>.

### 3.8.4 Tabellarische Zusammenfassung

Berufszulassung	Bewilligungspflicht	Alle Ärzte
	Gesetzliche Zugangsschranken für Ärzte aus Freizügigkeits-Staaten	k. A.
	Zusätzliche gesetzliche Zugangsschranken für Ärzte aus Dritt-Staaten	k. A.
Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst	Vertragszwang bzw. automatische Zulassung	Ja
	Gesetzliche Zugangsschranken für ausländische Ärzte	Nein
Angebotssteuerung	Angebotssteuerung im Rahmen der Berufszulassung	Gesundheitspläne, die den Bedarf an öffentlich angestellten Ärzten festlegen
	Angebotssteuerung im Rahmen der staatlichen Finanzierung	Nein
	Übrige Angebotssteuerung	Begrenzung Anzahl Studienplätze (NC)

<sup>62</sup> García-Armesto et al, 137 f.

<sup>63</sup> García-Armesto et al., 137.

<sup>64</sup> García-Armesto et al., 167 f.

### 3.9 SCHWEDEN<sup>65</sup>

In Schweden prägt ein öffentlicher Gesundheitsdienst, welcher der gesamten Bevölkerung offen steht, das Gesundheitswesen. Dabei legt der Staat die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen fest, während die Landkreise und Gemeinden für die Sicherstellung und Finanzierung sowohl der ambulanten als auch stationären Versorgung zuständig sind. Der Gesundheitsdienst wird somit grundsätzlich auf kommunaler Ebene organisiert. Die Finanzierung des Gesundheitswesens erfolgt sowohl durch Steuermittel als auch aus durch Beiträge der Sozialversicherung<sup>66</sup>.

#### 3.9.1 Berufszulassung

Wie in allen EU- und EFTA-Staaten können Ärzte, die ihren Arzttitel in einem anderen EU- oder EFTA-Staat erworben haben, in Schweden tätig sein, sofern sie ein Diplom besitzen, welches aufgrund der EU-Richtlinie 2005/36/EG als gleichwertig anerkannt wird. Um eine Berufsausübungsbewilligung als Arzt zu erhalten, muss der Gesuchsteller darüber hinaus sowohl über einen guten Charakter als auch einen guten Ruf verfügen und sein Titel darf ihm nicht wegen unseriöser Tätigkeiten entzogen worden sein<sup>67</sup>. Auch Personen, die ihren Arzttitel nicht in einem EU- oder EFTA-Staat erworben haben, können grundsätzlich in Schweden als Ärzte arbeiten. Dazu müssen sie über Kenntnisse der schwedischen Sprache verfügen, umfangreiche Erfahrung im medizinischen Bereich besitzen und eine Qualifikation als Facharzt haben. Sind diese Voraussetzungen erfüllt, kann ein ausländischer Arzt für sechs Monate im Sinne einer Probezeit in einem Spital oder im ambulanten Bereich tätig werden. Zusätzlich muss der Arzt sowohl eine schriftliche als auch eine mündliche Prüfung über die grundlegenden klinischen Themen ablegen. Darüber hinaus muss ein Kurs über das schwedische Gesundheitsrecht besucht werden, bevor eine Berufsausübungsbewilligung beantragt werden kann<sup>68</sup>.

#### 3.9.2 Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst

Mit der Berufsausübungsbewilligung geht automatisch die Ermächtigung einher, die erbrachten Leistungen zulasten einer Krankenkasse abzurechnen<sup>69</sup>.

#### 3.9.3 Angebotssteuerung

In Schweden gibt es keine besonderen Bestimmungen bzw. Massnahmen zu einer Angebotssteuerung im Bereich der ärztlichen Versorgung<sup>70</sup>.

---

<sup>65</sup> Kein Zugang zu nationalen Gesetzen in einer uns zugänglichen Sprache.

<sup>66</sup> Zum Ganzen Schöllkopf, 46.

<sup>67</sup> Socialstyrelsen Application EU/EFTA.

<sup>68</sup> Socialstyrelsen Application.

<sup>69</sup> Auskunft Email vom 6. November 2013 des Socialstyrelsens upplysningstjänst Schweden.

<sup>70</sup> Auskunft Email vom 12. November 2013 des Socialstyrelsens upplysningstjänst Schweden.

### 3.9.4 Tabellarische Zusammenfassung

Berufszulassung	Bewilligungspflicht	Alle Ärzte
	Gesetzliche Zugangsschranken für Ärzte aus Freizügigkeits-Staaten	Landessprache
	Zusätzliche gesetzliche Zugangsschranken für Ärzte aus Dritt-Staaten	Umfangreiche praktische Erfahrung, medizinische Zusatzprüfung, besuchter Kurs über das schwedische Gesundheitsrecht
Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst	Vertragszwang bzw. automatische Zulassung	Ja
	Gesetzliche Zugangsschranken für ausländische Ärzte	Umfangreiche medizinische Erfahrung, Qualifikation als Facharzt
Angebotssteuerung	Angebotssteuerung im Rahmen der Berufszulassung	Nein
	Angebotssteuerung im Rahmen der staatlichen Finanzierung	Nein
	Übrige Angebotssteuerung	Nein

### 3.10 DÄNEMARK<sup>71</sup>

Dänemark verfügt wie Schweden über einen öffentlichen Gesundheitsdienst. Der Zentralstaat beschränkt sich darauf, Rahmengesetze zu erlassen, und überlässt die Planung und Organisation der Gesundheitsversorgung den Kommunen und Landkreisen. Die Gesundheitsversorgung, welche allen Bürgern kostenlos zur Verfügung steht, wird zu 80% aus Steuermitteln finanziert, wobei privaten Krankenversicherungen, welche Versorgungslücken des öffentlichen Gesundheitsdienstes schliessen, eine wachsende Bedeutung zukommt. Mittlerweile nehmen zirka 30% der Bevölkerung eine solche private Versicherung in Anspruch. Fast alle Dänen, etwa 99%, haben sich für das Hausarztssystem, bei dem die Hausärzte als „Gatekeeper“ fungieren, entschieden<sup>72</sup>.

#### 3.10.1 Berufszulassung

Eine Unterscheidung nach der Art der Tätigkeit wird in Bezug auf die Zulassungsvoraussetzungen nicht gemacht. Wer in Dänemark als Arzt arbeiten möchte, muss sich bei der lokalen Gesundheitsbehörde registrieren lassen. Dafür wird nebst dem Abschluss des Medizinstudiums eine Facharztausbildung vorausgesetzt, welche sechs Jahre dauert<sup>73</sup>. Diplome von Drittstaatsangehörigen werden individuell beurteilt. Im Gegensatz zu EU-/EFTA-Staatsangehörigen müssen Drittstaatsangehörige, bevor eine Registrierung vorgenommen werden kann, den Nachweis ausreichender Kenntnisse in Dänisch erbringen. Die Ertei-

<sup>71</sup> Kein Zugang zu nationalen Gesetzen in einer uns zugänglichen Sprache.

<sup>72</sup> Zum Ganzen Schölkopf, 38 ff.

<sup>73</sup> General Practice and Primary Health Care in Denmark.

lung einer Lizenz zur Berufsausübung kann zusätzlich von weiteren Erfordernissen abhängig gemacht werden, wie beispielsweise der Absolvierung von Praktika<sup>74</sup>.

Diplome von EU- und EFTA-Staatsangehörigen werden bei Gleichwertigkeit in Übereinstimmung mit der RL 2005/36/EU uneingeschränkt anerkannt. Das Beherrschen der Landessprache wird gesetzlich nicht vorausgesetzt, allerdings erwarten die Gesundheitsbehörden, dass Ärzte sorgfältig und gewissenhaft arbeiten, was unter anderem bedingt, dass man sich in der Landessprache verständigen kann<sup>75</sup>.

### **3.10.2 Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst**

Damit die Kosten einer ambulanten Behandlung vom Staat übernommen werden, muss der behandelnde Arzt vertraglich mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst verbunden sein. Aufgrund der Angebotssteuerung in den Regionen haben Ärzte in Dänemark keinen Anspruch darauf, ihre Kosten zulasten des öffentlichen Gesundheitsdienstes abzurechnen.

### **3.10.3 Angebotssteuerung**

Wie viele Ärzte an das staatliche Gesundheitssystem angeschlossen sind, hängt vom lokalen Bedarf und den finanziellen Mitteln ab, die der Zentralstaat den Regionen zur Verfügung stellt<sup>76</sup>. Ausserdem wird das Angebot durch finanzielle Anreize, beispielsweise durch die bessere Entschädigung von spezifischen Leistungen, welche zu wenig angeboten werden, reguliert<sup>77</sup>. Um die Kosten im ambulanten Sektor einzudämmen, wird die Anzahl Hausärzte, deren Kosten für ihre ärztlichen Dienstleistungen vom Staat rückerstattet werden, pro 1000 Einwohner begrenzt<sup>78</sup>. Darüber hinaus setzt die Bedarfsplanung schon im Bereich der Ausbildung an, und zwar mittels Einflussnahme der Regierung auf die Kapazitäten und die Inhalte des Studiums. Ausserdem gibt ein nationaler Rat Empfehlungen im Hinblick auf die Spezialisierungen und die Zahl der Weiterbildungsplätze ab<sup>79</sup>.

---

<sup>74</sup> Registration Guidelines Denmark, 6 ff.

<sup>75</sup> Registration of EU doctors.

<sup>76</sup> Olejaz et al., 37.

<sup>77</sup> Olejaz et al, 32.

<sup>78</sup> Olejaz et al, 38/41.

<sup>79</sup> Nüsken/Busse, 7.

### 3.10.4 Tabellarische Zusammenfassung

Berufszulassung	Bewilligungspflicht	Alle Ärzte
	Gesetzliche Zugangsschranken für Ärzte aus Freizügigkeits-Staaten	Nein
	Zusätzliche gesetzliche Zugangsschranken für Ärzte aus Dritt-Staaten	Landessprache und evtl. weitere
Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst	Vertragszwang bzw. automatische Zulassung	Nein
	Gesetzliche Zugangsschranken für ausländische Ärzte	Nein
Angebotssteuerung	Angebotssteuerung im Rahmen der Berufszulassung	Nein
	Angebotssteuerung im Rahmen der staatlichen Finanzierung	Steuerung mittels Budget, Kontingenten und finanziellen Anreizen
	Übrige Angebotssteuerung	Steuerung der Ausbildungskapazitäten und Studieninhalte sowie Empfehlungen bezüglich Anzahl Weiterbildungsplätze

## 3.11 NORWEGEN

In Norwegen steht der öffentliche Gesundheitsdienst ebenfalls allen Einwohnern zur Verfügung, weshalb private Zusatzversicherungen eine untergeordnete Rolle spielen. Finanziert wird das Gesundheitswesen hauptsächlich durch Steuer- und Sozialversicherungsbeiträge. Der Zentralstaat ist für den Erlass von Rahmengesetzen zuständig, während die Kommunen und Regionen die staatlichen Leistungsaufträge umsetzen. Die meisten ambulant tätigen Ärzte arbeiten selbständig, meist in Gemeinschaftspraxen, während die übrigen bei den regionalen Gesundheitsbehörden angestellt sind<sup>80</sup>.

### 3.11.1 Berufszulassung

Die Zulassungsvoraussetzungen zur Ausübung des Arztberufes sind in den Grundzügen im norwegischen *Medizinalberufsgesetz*<sup>81</sup> geregelt. Es erfolgt auch hier keine Unterscheidung zwischen ambulanter und stationärer, selbständiger oder unselbständiger Tätigkeit. Für die Zulassung benötigt man gemäss § 48 Abs. 2 nebst einem Abschluss des Medizinstudiums an einer anerkannten Fakultät praktische Erfahrung, wobei vom Ministerium je nach Fachgebiet deren Umfang und Dauer festgelegt wird. Ausserdem dürfen keine Umstände vorliegen, die einen Arzt an der sorgfältigen Ausübung seiner Tätigkeit hindern könnten. Zusätzlich gibt es eine Altersbeschränkung von 75 Jahren. Diplome von ausländischen Ärzten werden unter Berücksichtigung von allfälligen Verträgen, welche die gegenseitige Anerkennung von Diplomen vorsehen, geprüft und anerkannt (Art. 52 Abs. 2). Unter den gleichen Voraussetzungen wie norwegische Ärzte sind Ärzte mit EU-/EFTA-Diplomen entsprechend der RL 2005/36/EU zugelassen (§ 48 Abs. 3 lit. b i.V.m. § 52). Die Diplome

<sup>80</sup> Zum Ganzen Schölkopf, 44 f.

<sup>81</sup> Act of 2 July 1999 No. 64 relating to Health Personnel.

von Ärzten, die ihre Ausbildung nicht in einem EU- oder EFTA-Staat absolviert haben, werden gesondert auf die Gleichwertigkeit mit einem norwegischen Abschlusses geprüft. Ausserdem müssen diese Ärzte die Landessprache beherrschen<sup>82</sup>.

### **3.11.2 Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst**

Damit die Leistungen ambulant tätiger Ärzte vom Staat bezahlt werden, müssen diese gemäss *Gesetz über die Hausarztverträge*<sup>83</sup> einen Vertrag mit der lokalen Gesundheitsbehörde abschliessen. Nur im Fall einer Unterversorgung kann auf diese Pflicht zum Abschluss eines Vertrages verzichtet werden (§ 17). Um dem Versorgungsauftrag gerecht zu werden, sind die lokalen Behörden verpflichtet, mit der erforderlichen Anzahl Ärzte einen Vertrag abzuschliessen (§ 11). Ein Anspruch auf Abschluss eines Vertrages wird den Ärzten nicht eingeräumt.

### **3.11.3 Angebotssteuerung**

Das norwegische Gesetz über die Hausarztverträge sieht vor, dass die Patientenzahl gemäss dem regulären Vertrag mit der lokalen Gesundheitsbehörde auf ein Maximum von 1'500 Patienten pro Arzt beschränkt ist (§ 12a). Neue Verträge können nur dann abgeschlossen werden, wenn eine Vakanz besteht oder vorn der jeweiligen lokalen Behörde eine Bewilligung zum Abschluss eines zusätzlichen Vertrages erteilt worden ist (§ 13). Reguliert werden ausserdem die Patientenlisten der Ärzte. Diese müssen mindestens 500 und dürfen maximal 2500 Patienten umfassen, wobei im Rahmen von Tarifverträgen individuelle Vereinbarungen betreffend die Listengrösse eingegangen werden können (§14). In den vergangenen zehn Jahren hat die Anzahl ambulant praktizierender Ärzte insgesamt zugenommen, wobei die Zunahme vor allem Spezialisten betraf. Entsprechend versuchen die lokalen Behörden, mit finanziellen Anreizen einen Ausgleich zu schaffen, um vermehrt Ärzte für die hausärztliche Tätigkeit zu gewinnen<sup>84</sup>. Zudem hatte Norwegen in der Vergangenheit vor allem im stationären Bereich einen Kostenanstieg zu verzeichnen, weshalb ökonomische Anreize geschaffen wurden, damit weniger Hospitalisierungen vorgenommen werden und der ambulante Sektor gefördert wird<sup>85</sup>. Im Übrigen existiert in Norwegen ein Numerus Clausus für das Medizinstudium.

---

<sup>82</sup> Medical Practitioners educated outside the EU/EEA.

<sup>83</sup> Regulation relating to the Municipal Regular GP Scheme, 23.11.2000.

<sup>84</sup> International Profiles of Healthcare Systems, 87.

<sup>85</sup> International Profiles of Health Care Systems, 91.

### 3.11.4 Tabellarische Zusammenfassung

Berufszulassung	Bewilligungspflicht	Alle Ärzte
	Gesetzliche Zugangsschranken für Ärzte aus Freizügigkeits-Staaten	Nein
	Zusätzliche gesetzliche Zugangsschranken für Ärzte aus Dritt-Staaten	Landessprache
Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst	Vertragszwang bzw. automatische Zulassung	Nein
	Gesetzliche Zugangsschranken für ausländische Ärzte	Nein
Angebotssteuerung	Angebotssteuerung im Rahmen der Berufszulassung	Nein
	Angebotssteuerung im Rahmen der staatlichen Finanzierung	Angebotssteuerung durch Kontingente (Anzahl Patienten pro Arzt) und finanzielle Anreize
	Übrige Angebotssteuerung	Begrenzung Anzahl Studienplätze (NC)

## 3.12 FINNLAND

Finnland verfügt über einen öffentlichen Gesundheitsdienst, welcher vorwiegend durch Steuerbeiträge finanziert wird und der gesamten Bevölkerung zur Verfügung steht. Daneben existiert eine nationale Krankenversicherung, die für die Finanzierung des Kranken- und Mutterschaftsgeldes sowie für Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung verantwortlich ist. Die Organisation der Gesundheitsversorgung obliegt den Kommunen, während der Zentralstaat die Grundzüge des Gesundheitswesens bestimmt und dazu Rahmengesetze erlässt<sup>86</sup>.

### 3.12.1 Berufszulassung

Die Zulassung zum Arztberuf wird in Grundzügen durch das finnische *Medizinalberufsgesetz*<sup>87</sup> geregelt. Die Gesundheitsbehörde unterhält ein nationales Register, in welches sich Ärzte eintragen lassen müssen. In Finnland wird bei den Zulassungsvoraussetzungen nicht nach der Art der Tätigkeit unterschieden. Nach Abschluss des Medizinstudiums muss eine zusätzliche Ausbildung von fünf bis sechs Jahren absolviert werden, um einen Facharzttitel zu erlangen<sup>88</sup>. Die Fachrichtung Allgemeinmedizin erfordert gemäss der *Medizinalberufsverordnung*<sup>89</sup> eine dreijährige postgraduale Ausbildung (Art. 5). Die an Universitäten von EU- und EFTA-Staaten ausgestellten Diplome von Angehörigen aus EU- und EFTA-Staaten werden gemäss finnischem *Medizinalberufsgesetz* in Übereinstim-

<sup>86</sup> Zum Ganzen Schölkopf, 41 ff.

<sup>87</sup> Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), 01.05.2011.

<sup>88</sup> Vuorenkoski, 95.

<sup>89</sup> Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä (564/1994), 12.07.2001.

mung mit der RL 2005/36/EU anerkannt (Art. 6)<sup>90</sup>. Zusätzlich sind diese Ärzte gemäss Art. 18a angehalten (aber nicht verpflichtet), sich auf Finnisch verständigen zu können. Ärzte, die nicht von der EU-Richtlinie erfasst werden, müssen einen Nachweis erbringen, dass sie Finnisch beherrschen (Art. 10, 13). Ausserdem werden deren Diplome gesondert beurteilt, wobei die Zulassung von der Absolvierung eines halbjährigen Praktikums oder dem Bestehen einer Prüfung abhängig gemacht werden kann<sup>91</sup>.

### **3.12.2 Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst**

Unter welchen Bedingungen die Behandlungskosten von der staatlichen Versicherung getragen werden, regelt das nationale *Krankenversicherungsgesetz*<sup>92</sup>. Demnach wird lediglich vorausgesetzt, dass eine Behandlung von einem von der finnischen Behörde autorisierten und lizenzierten Arzt durchgeführt worden ist (Art. 3 Abs. 2). Insofern herrscht in Finnland Vertragszwang.

### **3.12.3 Angebotssteuerung**

Gemäss dem finnischen *Gesundheitsgesetz*<sup>93</sup> müssen die lokalen Behörden dafür sorgen, dass eine dem Bedürfnis der Bevölkerung ausreichende medizinische Versorgung gewährleistet wird, wofür sie den Bedarf an Ressourcen unter Berücksichtigung von statistischen Erhebungen und Untersuchungen abzuschätzen haben (Art. 10). Sie sind dazu verpflichtet, die geeigneten Massnahmen zu ergreifen, um dem Anspruch der Bevölkerung an eine ausreichende Versorgung gerecht zu werden (Art. 12). Eine zahlenmässige Begrenzung des Angebots wird zudem durch die Zulassungsbeschränkungen zum Medizinstudium, dem Numerus Clausus, erreicht. Die Universitäten werden bei der Bestimmung der Anzahl aufzunehmender Studenten vom Ministerium für Gesundheit und Soziales und dem Bildungsministerium beraten, wobei die Anzahl Neuzulassungen auch durch das zur Verfügung gestellte Budget beeinflusst wird. Das Gesundheitsministerium erarbeitet ausserdem Prognosen im Hinblick auf das zukünftig notwendige medizinische Personal<sup>94</sup>.

---

<sup>90</sup> Valvira: Doctors with EU/EEA Qualifications and citizenship.

<sup>91</sup> Gemäss Schreiben eines Mitarbeiters der finnischen Gesundheitsbehörde vom 22.11.2013.

<sup>92</sup> Laki sairausvakuutuslain (1224/2004), 21.12.2004.

<sup>93</sup> Terveystieteidenhuoltolaki (1326/2010), 12.12.2011.

<sup>94</sup> Vuorenkoski, 92.

### 3.12.4 Tabellarische Zusammenfassung

Berufszulassung	Bewilligungspflicht	Alle Ärzte
	Gesetzliche Zugangsschranken für Ärzte aus Freizügigkeits-Staaten	Nein
	Zusätzliche gesetzliche Zugangsschranken für Ärzte aus Dritt-Staaten	Landessprache + evtl. weitere
Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst	Vertragszwang bzw. automatische Zulassung	Ja
	Gesetzliche Zugangsschranken für ausländische Ärzte	Nein
Angebotssteuerung	Angebotssteuerung im Rahmen der Berufszulassung	Nein
	Angebotssteuerung im Rahmen der staatlichen Finanzierung	Ja
	Übrige Angebotssteuerung	Begrenzung Anzahl Studienplätze (NC)

### 3.13 ENGLAND

Die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung Englands wird durch den nationalen Gesundheitsdienst (National Health Service, NHS) sichergestellt. Der Gesundheitsdienst wird von zehn regionalen Gesundheitsämtern gesteuert (Strategic Health Authorities, SHA), wobei die ambulante und stationäre Versorgung vor Ort durch Primary Care Trusts (PCT) organisiert ist. Die Finanzierung erfolgt durch die den PCT vom NHS zugewiesenen Budgets<sup>95</sup>.

#### 3.13.1 Berufszulassung

In England werden die Zulassungsvoraussetzungen im *Gesundheitsgesetz*<sup>96</sup> geregelt. Zusätzlich zur Registrierung ins Register der Ärztekammer muss den Ärzten eine Praxislizenz erteilt werden, wobei weder für die Registrierung noch die Erteilung der Praxislizenz nach der Art der Tätigkeit unterschieden wird. Neben eines Abschlusses des Medizinstudiums an einer anerkannten Fakultät wird für die Registrierung entweder der Erhalt des Certificate of Completion of Training (Facharztausbildung), das wohlerworbene Praxisrecht oder ein Diplom, das gemäss der RL 2005/36/EG als gleichwertig anerkannt wird, verlangt (Art. 3 und Art. 14a)<sup>97</sup>. Ausserdem dürfen keine Umstände vorliegen, die der Ausübung der sorgfältigen Tätigkeit als Arzt hinderlich sein könnten (Art. 3 Abs. 1). Die Voraussetzungen für die Berufszulassung von Ärzten, die nicht von der RL 2005/36/EG profitieren, sind in Art. 21a festgehalten. Neben ausreichenden Qualifikationen müssen sie den Nachweis erbringen, dass sie sich ausreichend auf Englisch verständigen können. Die

<sup>95</sup> Zum Ganzen Schölkopf, 16

<sup>96</sup> Medical Health Act, 26.06.1983.

<sup>97</sup> Information on the General Practitioner (GP) Register.

Registrierung kann je nach Qualifikation vom Bestehen weiterer Tests abhängig gemacht werden. Wer die genannten Voraussetzungen zur Registrierung erfüllt, ist gemäss Art. 3 der *Verordnung der Ärztekammer über die Lizenzierung von Ärzten*<sup>98</sup> berechtigt, eine Praxislizenz zu erhalten, sofern nicht besondere Gründe vorliegen, welche die Verweigerung einer Erteilung rechtfertigen.

### **3.13.2 Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst**

Grundlage für die Entschädigung von ambulanten Behandlungen ist entweder ein General Medical Service Contract, welcher zwischen dem NHS und dem Verband der Allgemeinmediziner bzw. Hausärzte abgeschlossen wird oder ein Personal Medical Contract zwischen einem PCT und einem General Practitioner<sup>99</sup>. Gemäss Art. 19 Abs. 5 der *Verordnung über die Verträge zwischen dem nationalen Gesundheitsdienst und den Gesundheitsdienstleistern*<sup>100</sup> haben Ärzte, welche bei der Ärztekammer registriert sind und bei denen keine Ablehnungsgründe<sup>101</sup> vorliegen, das Recht, einen Vertrag mit dem NHS einzugehen. Zusätzlich müssen sie in die Ärzteliste des NHS aufgenommen werden. Dazu haben Ärzte gemäss Art. 4 der *Verordnung über die Ärzteliste des Nationalen Gesundheitsdienstes*<sup>102</sup> einen Antrag auf Aufnahme in die Ärzteliste zu stellen. Art. 7 Abs. 4 lit. b hält fest, dass ein Arzt, welcher mit dem NHS zusammenarbeiten möchte, über ausreichende Kenntnisse der englischen Sprache verfügen muss. Weitere Ablehnungsgründe sind hauptsächlich formeller Natur und enthalten keine Bestimmungen, welche eine Steuerung des Angebots oder dergleichen vorsehen.

### **3.13.3 Angebotssteuerung**

Die Planung der Versorgung findet vor allem auf regionaler (SHA) oder lokaler (PCT) Ebene statt, während die Steuerung auf nationaler Ebene durch Rahmen- und Budgetvorgaben erfolgt. Entsprechend sind für die richtige Allokation von Leistungserbringern die PCT zuständig, welche zum Zweck der Ressourcenverteilung alle drei Jahre sogenannte Local Delivery Plans erstellen<sup>103</sup>. Die Local Delivery Plans orientieren sich am lokalen Bedarf und nationalen Prioritäten<sup>104</sup>. In den letzten zehn Jahren haben die englischen Behörden eine Wachstumsstrategie verfolgt, viele neue Ärzte ausgebildet, welche sich sodann dem NHS angeschlossen haben<sup>105</sup>. Darüber hinaus wird das Angebot auch durch die Ausbildung gesteuert. Da die Regierung die Studienplätze für Medizin finanziert, wird die Anzahl der Studienplätze auch ohne Numerus Clausus begrenzt. Ausserdem steuert die lokale und regionale Fachkräfteplanung die Strukturierung der Aus- und Weiterbildung<sup>106</sup>.

---

<sup>98</sup> The General Medical Council (Licence to Practise and Revalidation) Regulations Order of Council, 03.12.2012.

<sup>99</sup> General Medical Service Contract.

<sup>100</sup> The National Health Service (Personal Medical Services Agreements) Regulations, 01.04.2004.

<sup>101</sup> Keine für die Studie relevanten Ablehnungsgründe.

<sup>102</sup> The National Health Service (Performers Lists) (England) Regulations, 01.04.2013.

<sup>103</sup> Nüsken/Busse, 11.

<sup>104</sup> Nüsken/Busse, 10.

<sup>105</sup> Health System England Ziff. 5.2.1.

<sup>106</sup> Nüsken/Busse, 9.

### 3.13.4 Tabellarische Zusammenfassung

Berufszulassung	Bewilligungspflicht	Alle Ärzte
	Gesetzliche Zugangsschranken für Ärzte aus Freizügigkeits-Staaten	Nein
	Zusätzliche gesetzliche Zugangsschranken für Ärzte aus Dritt-Staaten	Landessprache + evtl. weitere
Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst	Vertragszwang bzw. automatische Zulassung	Ja
	Gesetzliche Zugangsschranken für ausländische Ärzte	Landessprache
Angebotssteuerung	Angebotssteuerung im Rahmen der Berufszulassung	Nein
	Angebotssteuerung im Rahmen der staatlichen Finanzierung	Steuerung mittels Budget
	Übrige Angebotssteuerung	Steuerung der Aus- und Weiterbildung mittels Kapazitäts- und Strukturvorgaben

## 3.14 IRLAND

In Irland herrscht ein Nebeneinander von staatlicher und privater Gesundheitsversorgung. Der nationale Gesundheitsdienst Irlands (Health Service Executive, HSE) ist für die gesamte Bevölkerung zugänglich, wobei der Umfang der versicherten Leistungen und die Höhe von Zuzahlungen vom Einkommen abhängen. Neben dem nationalen Gesundheitsdienst spielen private Krankenversicherungen eine wichtige Rolle, um Lücken des Systems zu schliessen. Davon machen circa 50% der Bevölkerung Gebrauch<sup>107</sup>.

### 3.14.1 Berufszulassung

Die Voraussetzungen für die Ausübung der Arzttätigkeit sind im irischen *Medizinalberufsgesetz*<sup>108</sup> festgelegt. Um als Arzt unbeaufsichtigt zu praktizieren, muss man in Irland in der General oder Specialist Division im nationalen Register des Medical Council eingetragen sein (Art. 37)<sup>109</sup>. Wer sich noch in der Weiterbildung befindet bzw. ein Praktikum absolviert, wird in die Trainee Specialist Division eingetragen. In die Kategorie der Specialist Division (Art. 47) gehören Ärzte, die nebst einer medizinischen Grundausbildung an einer anerkannten Universität die Facharztausbildung abgeschlossen haben. Dieser Kategorie sind auch Staatsangehörige eines EU-Mitgliedstaates, deren Aus- bzw. Weiterbildungstitel entsprechend der RL 2005/36/EG anerkannt sind, zugehörig. In die Kategorie der General Division gehören laut Art. 46 jene Ärzte, die zwar keine Facharztausbildung absolviert haben, sich aber trotzdem nicht mehr in einer postgradualen Weiterbildung befinden und bereits unbeaufsichtigt praktizieren dürfen, ebenso jene Ärzte, die Staatsan-

<sup>107</sup> Zum Ganzen Schöllkopf, 19.

<sup>108</sup> Medical Practitioners Act 2007, No. 25, 7.5.2007.

<sup>109</sup> Registration Guide for Medical Practitioners, 6.

gehörige eines EU-Mitgliedstaates und im Besitz eines Diploms sind, das gemäss RL 2005/36/EG anerkannt ist. Die Registrierung wird Ärzten verweigert, sofern einer der in Art. 52 Abs. 6 genannten Gründe vorliegt, welche einen Arzt an der sorgfältigen Ausübung seines Berufes hindern. Eine Besonderheit besteht bei Ärzten, die in einem EWR-Staat uneingeschränkt praktizieren dürfen und nur vorübergehend in Irland arbeiten. Diese müssen sich nicht registrieren lassen (Art. 50).

### 3.14.2 Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst

Zugelassene, im ambulanten Bereich tätige Ärzte haben seit dem 28. Februar 2012 Anspruch darauf, dass ihre Patienten die Kosten zulasten des nationalen Gesundheitsdienstes abrechnen lassen können. Dies geht aus Art. 2 des *Gesetzes über die Entschädigung von Gesundheitsdienstleistungen*<sup>110</sup> hervor, wonach eine Bestimmung, welche den Zugang von ambulant tätigen Ärzten (General Practitioners) zu Verträgen mit lokalen Gesundheitsbehörden ausdrücklich oder tatsächlich beschränkt, ungültig ist. Es herrscht demnach ein Vertragszwang.

### 3.14.3 Angebotssteuerung

Eine Angebotssteuerung findet in Irland insofern bei der Zulassung zum Medizinstudium statt, als ausländische Bewerber eine Aufnahmeprüfung (Numerus Clausus) absolvieren müssen<sup>111</sup>.

### 3.14.4 Tabellarische Zusammenfassung

Berufszulassung	Bewilligungspflicht	Alle Ärzte
	Gesetzliche Zugangsschranken für Ärzte aus Freizügigkeitsstaaten	Nein
	Zusätzliche gesetzliche Zugangsschranken für Ärzte aus Drittstaaten	k. A.
Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst	Vertragszwang bzw. automatische Zulassung	Ja
	Gesetzliche Zugangsschranken für ausländische Ärzte	Nein
Angebotssteuerung	Angebotssteuerung im Rahmen der Berufszulassung	Nein
	Angebotssteuerung im Rahmen der staatlichen Finanzierung	Nein
	Übrige Angebotssteuerung	Begrenzung Anzahl Studienplätze (NC) für Ausländer

<sup>110</sup> Health (Provision of General Practitioner Services) Act 2012, 28.02.2012.

<sup>111</sup> University of Dublin: Entry Requirements.

### 3.15 ISLAND

Island verfügt über einen steuerfinanzierten nationalen Gesundheitsdienst, der hauptsächlich zentralstaatlich reguliert sowie organisiert wird. Private Krankenversicherungen gibt es in Island keine. Für die ambulante Erstversorgung sind die Gesundheitszentren zuständig<sup>112</sup>.

#### 3.15.1 Berufszulassung

Für die Festlegung der Kriterien, welche zur Ausstellung einer Berufsausübungsbewilligung erfüllt werden müssen, ist gemäss Art. 6 des *Medizinalberufsgesetzes*<sup>113</sup> im Einzelnen das nationale Gesundheitsministerium zuständig, welches nach Absprache mit der Gesundheitsdirektion je nach Berufskategorie und Spezialisierung detaillierte Verordnungen<sup>114</sup> über die Zulassungsvoraussetzungen erlässt (Art. 5 und 8). Das Medizinalberufsgesetz regelt nicht, welchen Ausbildungsstand und welche Diplome Ärzte haben müssen, um unbeaufsichtigt praktizieren zu dürfen. In Bezug auf ausländische Ärzte wird erwähnt, dass die Abkommen mit EWR- und EFTA-Staaten, welche die Anerkennung von Diplomen zum Gegenstand haben, zu berücksichtigen sind (Art. 29). Das Gesundheitsministerium kann, falls nötig, in Verordnungen die Praxisbewilligung von weiteren Erfordernissen abhängig machen.

#### 3.15.2 Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst

Unter welchen Voraussetzungen die Kosten einer medizinischen Behandlung vom Staat übernommen werden, regelt das *Krankenversicherungsgesetz*<sup>115</sup>. Der behandelnde Arzt muss gemäss Art. 40 Abs. 1 einerseits über einen Vertrag mit den lokalen Gesundheitsbehörden verfügen, andererseits müssen die zuständigen Aufsichtsbehörden bestätigen, dass die Behandlung professionellen Standards genügt. Gemäss Art. 40 Abs. 3 hat die Auswahl von Ärzten, welche einen Vertrag mit den Gesundheitsbehörden abschliessen möchten, nach objektiven Kriterien, u.a. nach Kompetenz, Qualität der Leistung, Kosten, Effizienz und nach dem Prinzip der Gleichbehandlung zu erfolgen.

#### 3.15.3 Angebotssteuerung

Sollte die Anzahl Verträge zwischen Ärzten und lokalen Gesundheitsbehörden den Gesamtbedarf nach medizinischen Leistungen überschreiten und somit ein Überangebot vorliegen oder das Budget der Behörden überstrapazieren, kann die Anzahl Verträge nach den gleichen objektiven Gesichtspunkten, die für den Abschluss eines Vertrages gelten, begrenzt werden (Art. 40 Abs. 4).

---

<sup>112</sup> International Profile of Healthcare Systems, 53 f.

<sup>113</sup> Healthcare Practitioners Act, No. 34 2012.

<sup>114</sup> Diese Verordnung ist nicht in Englisch verfügbar.

<sup>115</sup> Act on Health Insurance, 16.09.2012, No. 112.

### 3.15.4 Tabellarische Zusammenfassung

Berufszulassung	Bewilligungspflicht	Alle Ärzte
	Gesetzliche Zugangsschranken für Ärzte aus Freizügigkeits-Staaten	Nein
	Zusätzliche gesetzliche Zugangsschranken für Ärzte aus Dritt-Staaten	k. A.
Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst	Vertragszwang bzw. automatische Zulassung	Nein
	Gesetzliche Zugangsschranken für ausländische Ärzte	k. A.
Angebotssteuerung	Angebotssteuerung im Rahmen der Berufszulassung	Nein
	Angebotssteuerung im Rahmen der staatlichen Finanzierung	Begrenzung der Anzahl Verträge bei Überversorgung
	Übrige Angebotssteuerung	Aufnahmeprüfung (kein NC)

## 3.16 LETTLAND

Lettland verfügt über einen steuerfinanzierten nationalen Gesundheitsdienst. Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern und deren Bezahlung obliegen acht regionalen Krankenkassen. Die zentrale staatliche Krankenversicherungsagentur, die dem Ministerium für Gesundheit zugeordnet ist, verteilt das Budget an die Kassen<sup>116</sup>.

### 3.16.1 Berufszulassung

Bei den Zulassungsvoraussetzungen erfolgt keine Unterscheidung nach der Art der Tätigkeit. Um praktizieren zu dürfen, müssen sich Ärzte ins Register der lettischen Ärztesellschaft eintragen lassen. Ein Eintrag erfolgt, sobald die Voraussetzungen gemäss *Verordnung über die Zertifizierung von Ärzten*<sup>117</sup> erfüllt sind und der Bewerber den Selektionsprozess erfolgreich durchlaufen hat. Diese Verordnung setzt ein abgeschlossenes, sechs Jahre dauerndes Medizinstudium sowie eine fachärztliche Weiterbildung voraus<sup>118</sup>. Aufgrund der RL 2005/36/EU anerkennt Lettland die Diplome ausländischer Ärzte ohne Einschränkung<sup>119</sup>.

<sup>116</sup> Mitenbergs et al., 18 ff.

<sup>117</sup> The Order of Certification of a Health Care Practitioner, 18.12.2012, Nr. 943.

<sup>118</sup> Mitenbergs et al., 104.

<sup>119</sup> Mitenbergs et al., 40.

### 3.16.2 Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst

Die Voraussetzungen, um als Arzt zulasten des staatlichen Gesundheitsdienstes abzurechnen, sind in der *Verordnung über die Organisation und die Entschädigung von medizinischen Leistungen*<sup>120</sup> geregelt. Demnach muss ein Arzt, der mit der Gesundheitsbehörde einen Vertrag schliessen möchte, ein kompetitives Selektionsverfahren durchlaufen. Nach Erhalt des Antrages um Anschluss an den Gesundheitsdienst wird ein Arzt zunächst auf eine Warteliste gesetzt.

### 3.16.3 Angebotssteuerung

Gemäss der *Verordnung des Nationalen Gesundheitsdienstes*<sup>121</sup> ist dieser dafür zuständig, die Anzahl des notwendigen medizinischen Personals festzulegen. Er bestimmt unter Berücksichtigung des zur Verfügung stehenden Budgets, mit welchen Ärzten ein Vertrag abgeschlossen werden soll, damit deren Leistungen vom Staat finanziert werden und überwacht diese. Letztlich entscheidet der nationale Gesundheitsdienst über das Angebot im ambulanten Sektor mittels Begrenzung der Anzahl abgeschlossener Verträge<sup>122</sup>. Ausserdem werden vom Gesundheitsministerium sowohl die Anzahl Studienplätze als auch die Plätze für fachärztliche Weiterbildungen beschränkt<sup>123</sup>.

### 3.16.4 Tabellarische Zusammenfassung

Berufszulassung	Bewilligungspflicht	Alle Ärzte
	Gesetzliche Zugangsschranken für Ärzte aus Freizügigkeits-Staaten	Nein
	Zusätzliche gesetzliche Zugangsschranken für Ärzte aus Dritt-Staaten	k. A.
Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst	Vertragszwang bzw. automatische Zulassung	Nein
	Gesetzliche Zugangsschranken für ausländische Ärzte	k. A.
Angebotssteuerung	Angebotssteuerung im Rahmen der Berufszulassung	Nein
	Angebotssteuerung im Rahmen der staatlichen Finanzierung	Steuerung mittels Budget und Beschränkung Anzahl Verträge
	Übrige Angebotssteuerung	Begrenzung der Anzahl Studienplätze (NC) und Plätze für fachärztliche Weiterbildung

<sup>120</sup> The Order of Organisation and Funding Procedure of Health Services, 19.12.2006, Nr. 1064.

<sup>121</sup> Regulation of the NHS, 2011, Nr. 850.

<sup>122</sup> Mitenbertgs et al., 37 f.

<sup>123</sup> Mitenbergs et al., 40 f.

### **3.17 POLEN<sup>124</sup>**

Polens Gesundheitswesen basiert auf einer nationalen obligatorischen Einheitskrankenkasse, dem nationalen Gesundheitsfonds (NFZ), bei dem jeder Bürger pflichtversichert ist. Der NFZ schließt Verträge mit Leistungserbringern und gewährleistet so die Versorgung der Versicherten in allen 16 Provinzen.

#### **3.17.1 Berufszulassung**

Wer in Polen als Arzt praktizieren will, muss sich bei der regionalen Ärztekammer registrieren lassen. Um die Lizenz als Arzt zu erhalten, müssen die Absolventen eines sechs Jahre dauernden Medizinstudiums im Anschluss daran in einem Praxisjahr Erfahrungen sammeln. Eine Facharztausbildung kann danach an einer akkreditierten Weiterbildungsstätte absolviert werden. Gemäss polnischem *Medizinalberufsgesetz* sind Ärzte verpflichtet, eine postgraduale Weiterbildung zu absolvieren, welche nochmals zwischen fünf und sechs Jahren dauert, um unbeaufsichtigt und selbständig praktizieren zu dürfen<sup>125</sup>. Polen hat als EU-Mitglied die RL 2005/36/EU implementiert und anerkennt Diplome von Ärzten, die in den Anwendungsbereich dieser Richtlinie fallen<sup>126</sup>.

#### **3.17.2 Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst**

Damit eine ambulante Erstbehandlung vom staatlichen Gesundheitsdienst bezahlt wird, muss diese durch einen Vertragsarzt des NFZ durchgeführt werden<sup>127</sup>. Die regionalen Ableger des NFZ sind für die Verhandlung und den Abschluss von Verträgen mit ambulanten Dienstleistungserbringern zuständig und haben dafür zu sorgen, dass unter Berücksichtigung des zur Verfügung stehenden Budgets eine angemessene Gesundheitsversorgung zur Verfügung steht. Alle Ärzte, welche gewisse Kriterien (Einhaltung epidemiologischer und hygienischer Standards) erfüllen, können sich um einen Vertrag mit dem NFZ bewerben, wobei die Auswahl in einem speziellen Vergabeverfahren erfolgt<sup>128</sup>. Ein Vertragszwang besteht somit nicht.

#### **3.17.3 Angebotssteuerung**

Das polnische Gesundheitsministerium betreibt keine aktive Bedarfsplanung. Das Angebot wird lediglich indirekt durch die vom NFZ eingekauften Gesundheitsdienstleistungen gesteuert, womit auch die Anzahl Vertragsärzte determiniert wird<sup>129</sup>.

---

<sup>124</sup> Kein Zugang zu nationalen Gesetzen in einer uns verständlichen Sprache.

<sup>125</sup> Sagan et al., 113.

<sup>126</sup> Coordination of Health Insurance Systems within the European Union.

<sup>127</sup> Sagan et al., 122.

<sup>128</sup> Sagan et al., 77 f.

<sup>129</sup> Sagan et al., 27.

**3.17.4 Tabellarische Zusammenfassung**

Berufszulassung	Bewilligungspflicht	Alle Ärzte
	Gesetzliche Zugangsschranken für Ärzte aus Freizügigkeits-Staaten	Nein
	Zusätzliche gesetzliche Zugangsschranken für Ärzte aus Dritt-Staaten	k. A.
Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst	Vertragszwang bzw. automatische Zulassung	Nein
	Gesetzliche Zugangsschranken für ausländische Ärzte	Nein
Angebotssteuerung	Angebotssteuerung im Rahmen der Berufszulassung	Nein
	Angebotssteuerung im Rahmen der staatlichen Finanzierung	Steuerung durch Einheitskasse mittels Budget
	Übrige Angebotssteuerung	Nein

**3.18 TSCHECHISCHE REPUBLIK**

Das *Gesetz über die öffentliche Gesundheitsversicherung der Tschechischen Republik*<sup>130</sup> unterstellt alle auf dem Staatsgebiet dauernd wohnhaften Personen der Krankenversicherung (§ 3). Die Versicherten haben das Recht, den Versicherer frei zu wählen (§ 11 Abs. 1 lit. a). Nebst der Allgemeinen Gesundheitsversicherung der Tschechischen Republik bestehen betriebliche und weitere Krankenversicherungen. Die Auswahl des Leistungserbringers durch die Versicherten beschränkt sich auf diejenigen Leistungserbringer, welche in einem Vertragsverhältnis zur gewählten Krankenversicherung stehen (§ 11 Abs. 1 lit. b). Die Versicherer haben den Versicherten einen örtlich und zeitlich genügenden Zugang zu den vertraglich gebundenen Leistungserbringern zu gewährleisten (§ 40 Abs. 3).

**3.18.1 Berufszulassung**

Die ärztliche Tätigkeit ist in der Tschechischen Republik im *Gesetz 95/2004 vom 29. Januar 2004* geregelt. Dieses implementiert u.a. die Richtlinie 2005/35/EU (§ 1). Erfasst wird die selbständige Tätigkeit wie auch die Tätigkeit als angestellter Arzt. Unterschieden wird zwischen der allgemeinen und der spezialisierten ärztlichen Tätigkeit. Die allgemeine Ausbildung beträgt mindestens sechs Jahre und wird mit dem Magister in Medizin abgeschlossen (§ 4). Allein die spezialisierte Ausbildung berechtigt indessen zur selbständigen Berufsausübung (§ 5 Abs. 3). Die Tschechische Republik hat als EU-Mitglied die RL 2005/36/EU implementiert und anerkennt Diplome von Ärzten, die in den Anwendungsbereich dieser Richtlinie fallen (§ 28a). Die Kenntnis der tschechischen Sprache wird verlangt, soweit dies für die Berufsausübung notwendig ist (§ 32).

<sup>130</sup> Vom 7. März 1997, 48/1997 Sb.

### 3.18.2 Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst

Die Krankenversicherer schliessen mit den Leistungserbringern Verträge über die für die Versorgung nötige Leistungserbringung ab; vorbehalten bleibt die Leistungserbringung in besonderen Fällen, insbesondere bei einem Notfall (§ 17 Abs. 1 Gesundheitsversicherungsgesetz). Die Versicherungen und die Verbände der Leistungserbringer schliessen Rahmenverträge ab, die der Genehmigung durch das Gesundheitsministerium bedürfen. Dieses prüft die Verträge unter anderem hinsichtlich des Zugangs zur Leistungserbringung, der Qualität der Leistungsversorgung, dem Funktionieren des Gesundheitssystems und der finanziellen Tragbarkeit (§ 17 Abs. 2).

Die Versicherer haben den Versicherten ein Vertragsnetz an Leistungserbringern zur Verfügung zu halten. Die Aufnahme eines Leistungserbringers in das Vertragsnetz erfolgt auf Anstoss der Versicherung oder des Versicherten (§ 46 Abs. 4). Dem Vertragsschluss geht ein öffentlich ausgeschriebenes Auswahlverfahren voraus, das von einer Kommission geführt wird (§ 48). Mitglieder der Kommission sind ein behördlicher Vertreter, ein Vertreter der Versicherung und des betreffenden Berufsverbandes sowie ein Gesundheitsexperte. Auswahlkriterien sind die fachliche Expertise sowie der Leumund des Leistungserbringers. Der Befund der Kommission wird veröffentlicht, bindet jedoch die Versicherung nicht (§ 52). Die Empfehlung der Kommission gibt keinen Anspruch auf Vertragsschluss, doch darf die Versicherung keinen Vertrag mit einem Leistungserbringer abschliessen, der von der Kommission keine Empfehlung erhalten hat.

### 3.18.3 Angebotssteuerung

Das Finanzministerium beschliesst über die Mitfinanzierung der Ausbildungsplätze, was eine indirekte Angebotslenkung erlaubt (§ 21a). Eine weitere Steuerung erfolgt über das Auswahlverfahren der Bewerber für das Medizinstudium und die Weiterbildung (§ 21b).

### 3.18.4 Tabellarische Zusammenfassung

Berufszulassung	Bewilligungspflicht	Alle Ärzte
	Gesetzliche Zugangsschranken für Ärzte aus Freizügigkeits-Staaten	Landessprache
	Zusätzliche gesetzliche Zugangsschranken für Ärzte aus Dritt-Staaten	Nein
Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst	Vertragszwang bzw. automatische Zulassung	Öffentlich ausgeschriebenes Auswahlverfahren
	Gesetzliche Zugangsschranken für ausländische Ärzte	Nein
Angebotssteuerung	Angebotssteuerung im Rahmen der Berufszulassung	Nein
	Angebotssteuerung im Rahmen der staatlichen Finanzierung	Nein
	Übrige Angebotssteuerung	Steuerung über Finanzierung der Ausbildungsplätze und Auswahl der Bewerber für das Medizinstudium und Weiterbildungsplätze

### 3.19 SLOWAKISCHE REPUBLIK

Das *Gesetz über die Gesundheitsversicherungen*<sup>131</sup> hält fest, dass die Krankenversicherung in der Form der Aktiengesellschaft geführt werden muss und genehmigungspflichtig ist (§ 1). Die Versicherung für ärztliche Leistungen ist im *Gesundheitsversicherungsgesetz vom 21. Oktober 2004*<sup>132</sup> geregelt. Das Gesetz erfasst die obligatorische wie die freiwillige Versicherung. Grundsätzlich erfasst das Obligatorium alle Personen mit dauerndem Aufenthalt in der Slowakischen Republik (§ 3).

#### 3.19.1 Berufszulassung

Die ärztliche Tätigkeit in der Slowakischen Republik ist im *Gesetz 578/2004 vom 21. Oktober 2004 über die Gesundheitsversorger*<sup>133</sup> geregelt. Dieses implementiert u.a. die Richtlinie 2005/35/EU (§ 1 Abs. 2). Erfasst wird die selbständige Tätigkeit wie auch die Tätigkeit als angestellter Arzt. Unterschieden wird zwischen der allgemeinen und der spezialisierten ärztlichen Tätigkeit. Das Gesetz regelt die Ausbildung nicht im Einzelnen, sondern verweist sowohl für die Allgemeinausbildung wie für die Spezialisierung auf die entsprechenden universitären Ausbildungen (§§ 32 f.). Die Slowakische Republik hat als EU-Mitglied die RL 2005/36/EU umgesetzt und anerkennt Diplome von Ärzten, die in den Anwendungsbereich dieser Richtlinie fallen (§ 30); die Freizügigkeit erfasst auch Ärzte aus dem EWR-Raum. Bei Ausländern wird die für die Berufsausübung nötige Kenntnis der slowakischen Sprache verlangt (§ 31 Abs. 4). Das Gesetz regelt sodann das minimale sowie das öffentliche Versorgungsnetz u.a. der ambulant tätigen Leistungserbringer (§§ 5 f.).

#### 3.19.2 Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst

Die Regelung des Zugangs zur Tätigkeit zulasten der Versicherungen erfolgt in zwei Stufen, die in drei Erlassen geregelt sind. Das Gesetz über die Gesundheitsversorger regelt die Organisation der ambulant tätigen Ärzte als minimale Versorgungsnetze (§ 5)<sup>134</sup>. Das Gesetz über die Gesundheitsversicherungen verpflichtet die Versicherungen, mit derart vielen Ärzten Verträge abzuschliessen, dass die Versorgungslage im Sinn des minimalen Versorgungsnetzes abgedeckt ist (§ 7). Die zahlenmässigen Vorgaben finden sich in *der Anordnung der Regierung vom 17. Dezember 2008*<sup>135</sup>; diese hält fest, wie hoch die für den Betrieb des minimalen Versorgungsnetzes nötige Zahl der Allgemeinpraktiker wie Spezialisten auf Landes- und Kreisebene sein muss.

Die Versicherungen veröffentlichen nach § 22 Abs. 1 lit. c Gesundheitsversicherungsgesetz eine Liste der Leistungserbringer, mit welchen sie einen Vertrag über die Leistungserbringung abgeschlossen haben. Die Einzelheiten der Versorgungssicherstellung sind im Gesetz über die Gesundheitsversicherungen festgehalten: Nach § 7 müssen die Krankenversicherer Leistungsverträge zur Sicherstellung des minimalen Versorgungsnetzes abschliessen. Dafür erstellen sie qualitative Indikatoren, welche die Effizienz, Wirksamkeit, Zugänglich-

<sup>131</sup> Vom 21. Oktober 2004, 581/2004, Z.z.

<sup>132</sup> Vom 21. Oktober 2004, 459/2005 Z. z.

<sup>133</sup> Vom 21. Oktober 2004, 578/2004 Z. z.

<sup>134</sup> Das minimale Versorgungsnetz ist eine rein rechnerisch ermittelte Planungsgrösse und nicht eine eigenständige Versorgungsorganisation.

<sup>135</sup> Vom 17. Dezember 2008, 640/2008 Z. z.

keit und das Ergebnis der Leistungen erfassen nebst der Patientenzufriedenheit. Die Ergebnisse werden zu einer Rangliste der Leistungserbringer zusammengefasst. Eine Ausnahme gilt für die allgemeine ambulante ärztliche Grundversorgung; hier muss der Versicherer, der mit einem ambulanten Versorger einen Vertrag abgeschlossen hat, diesen auch mit den übrigen Leistungsanbietern abschliessen.

### 3.19.3 Angebotssteuerung

Wie erwähnt, wird in der Slowakischen Republik das Angebot an ärztlichen Leistungen gesteuert, indem die Anzahl der Verträge zwischen Versicherungen und Ärzten auf die Sicherstellung einer minimalen Versorgung begrenzt ist, unter Ausnahme der ambulanten ärztlichen Grundversorgung. Die Auswahl der Ärzte erfolgt durch die Krankenkassen, welche sich dabei an gesetzlich festgelegten qualitativen Kriterien orientieren.

### 3.19.4 Tabellarische Zusammenfassung

Berufszulassung	Bewilligungspflicht	Alle Ärzte
	Gesetzliche Zugangsschranken für Ärzte aus Freizügigkeits-Staaten	Landessprache
	Zusätzliche gesetzliche Zugangsschranken für Ärzte aus Dritt-Staaten	Nein
Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst	Vertragszwang bzw. automatische Zulassung	Vertragszwang nur in der ambulanten ärztlichen Versorgung
	Gesetzliche Zugangsschranken für ausländische Ärzte	k. A.
Angebotssteuerung	Angebotssteuerung im Rahmen der Berufszulassung	Nein
	Angebotssteuerung im Rahmen der staatlichen Finanzierung	Begrenzung der Anzahl Verträge auf die Sicherstellung der Mindestversorgung
	Übrige Angebotssteuerung	k. A.

## **3.20 ISRAEL**

Israel hat ein nationales Gesundheitsversicherungssystem (National Health Insurance, NHI), das jedem Bewohner zur Verfügung steht. Die Versicherten müssen sich zwischen einem von vier Anbietern entscheiden, welche nicht nur für die Versicherung, sondern auch für die medizinische Versorgung zuständig sind. Finanziert wird das System über Steuern<sup>136</sup>.

### **3.20.1 Berufszulassung**

Für die Erteilung von Berufsausübungsbewilligungen ist das Gesundheitsministerium zuständig. Eine Unterscheidung nach Art der Tätigkeit wird nicht vorgenommen. Absolventen ausländischer, anerkannter Fakultäten, die noch keine fachärztliche Weiterbildung absolviert haben, müssen eine Prüfung ablegen und anschliessend ein einjähriges Praktikum absolvieren, um eine provisorische Lizenz zu erhalten. Nur jene Ärzte mit ausländischem Abschluss sind von der Prüfung befreit, die seit 14 Jahren praktizieren. Diese müssen aber immerhin während sechs Monaten unter Aufsicht arbeiten und beweisen, dass sie in der Lage sind, unbeaufsichtigt zu praktizieren. Generell müssen sich ausländische Ärzte auf Hebräisch verständigen können. Ärzte, die in Israel ein Medizinstudium abgeschlossen haben, erhalten bereits nach einem einjährigen Praktikum eine Berufsausübungsbewilligung<sup>137</sup>. Ein Abkommen, welches die vorbehaltlose Anerkennung von ausländischen Diplomen vorsieht, existiert nicht.

### **3.20.2 Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst**

Die Kosten einer medizinischen Behandlung werden vom Staat getragen, wenn der behandelnde Arzt dem NHI angeschlossen ist, sei es als selbständig Erwerbender oder als Angestellter. Ein Anspruch auf Anschluss an das nationale Gesundheitssystem gibt es nicht<sup>138</sup>.

### **3.20.3 Angebotssteuerung**

Das Gesundheitsministerium betreibt keine systematische Planung in Bezug auf das Angebot. Da die israelische Gesundheitsversorgung stark auf ausländisches Personal angewiesen ist, setzt die nur marginal vorhandene Bedarfsplanung insbesondere bei der Ausbildung an, beispielsweise durch die Erweiterung der Kapazitäten an den Universitäten und die Erhöhung des Angebots von Facharztausbildungsplätzen sowie von finanziellen Ressourcen. Ausserdem sollen ausländische Ärzte bei der Erlangung einer Praxisbewilligung unterstützt werden<sup>139</sup>.

---

<sup>136</sup> Rosen/Hadar, 11.

<sup>137</sup> Medical Registration Guide Israel.

<sup>138</sup> Rosen/Hadar, 114.

<sup>139</sup> Rosen/Hadar, 93.

### 3.20.4 Tabellarische Zusammenfassung

Berufszulassung	Bewilligungspflicht	Alle Ärzte
	Gesetzliche Zugangsschranken für Ärzte aus Freizügigkeits-Staaten	Kein FZA
	Zusätzliche gesetzliche Zugangsschranken für Ärzte aus Dritt-Staaten	Landessprache, medizinische Zusatzprüfung, Praxiserfahrung
Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst	Vertragszwang bzw. automatische Zulassung	Nein
	Gesetzliche Zugangsschranken für ausländische Ärzte	k. A.
Angebotssteuerung	Angebotssteuerung im Rahmen der Berufszulassung	Nein
	Angebotssteuerung im Rahmen der staatlichen Finanzierung	Nein
	Übrige Angebotssteuerung	Nein

## 3.21 KANADA

Im föderal aufgebauten Kanada ist das Gesundheitswesen dezentral organisiert. Der Bund hat lediglich Rahmengesetze erlassen, worin die zu erfüllenden Anforderungen an die Provinzen definiert sind, damit diese vom nationalen Gesundheitsfonds die nötigen finanziellen Mittel erhalten. Sowohl für die wichtigen versorgungstechnischen Belange als auch die Berufszulassungen sind im Einzelnen die Provinzen zuständig<sup>140</sup>. Dieser Umstand erschwert allgemeingültige Aussagen über das Gesundheitswesen in Kanada.

### 3.21.1 Berufszulassung

In Kanada wurde in Bezug auf die beruflichen Qualifikationen ein nationaler Standard etabliert. Die kanadische Ärztekammer überwacht die Einhaltung dieses Standards und ist für die Erteilung von Lizenzen zuständig. Die Art der Tätigkeit, ob ambulant oder stationär, selbständig oder unselbständig etc., spielt dabei keine Rolle. Um als Arzt tätig zu sein, muss man erstens im Besitz eines Licenciate of the Medical Council of Canada (LMCC) sein und zweitens den unterschiedlichen Anforderungen der jeweiligen regionalen Zulassungsbehörde genügen. Das Prüfungsverfahren für Ärzte zum Erlangen eines LMCC wird ebenfalls von der kanadischen Ärztekammer festgelegt. Das LMCC ist somit noch keine Zulassung, dient aber gegenüber den Zulassungsbehörden landesweit als Grundlage für einen Antrag auf Zulassung<sup>141</sup>. Die weiteren Voraussetzungen für die Zulassung sind je nach Gliedstaat unterschiedlich<sup>142</sup>.

<sup>140</sup> Zum Ganzen Schöllkopf, 36.

<sup>141</sup> LMCC and the Canadian Medical Register.

<sup>142</sup> Information for foreign-trained medical doctors.

Der Zugang zum kanadischen Gesundheitswesen ist für ausländische Ärzte vergleichsweise schwierig. Die Grundlagen für die Anerkennung der ausserhalb Kanadas erworbenen medizinischen Diplome liegt ebenfalls in der Zuständigkeit des Medical Council of Canada. Eine automatische Zulassung gibt es mangels internationaler Abkommen, welche die Anerkennung von Diplomen vorsehen, nicht. Entsprechend kann die Zulassung als Arzt an die Absolvierung zusätzlicher Weiterbildungskurse oder andere Auflagen je nach Vorbildung geknüpft werden. Auch Ärzte mit ausländischen Diplomen müssen die zusätzlichen Anforderungen der einzelnen Gliedstaaten beachten<sup>143</sup>.

### 3.21.2 Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst

Die Finanzierung des Gesundheitswesens erfolgt durch Steuerbeiträge. Private Krankenversicherungen spielen im kanadischen Gesundheitswesen keine Rolle, da diese je nach Gliedstaat entweder verboten oder aufgrund der starken Regulierung ökonomisch uninteressant sind<sup>144</sup>. Für die Allokation von Ressourcen und die Rekrutierung von medizinischem Personal sind wie bereits erwähnt die Provinzen zuständig.

### 3.21.3 Angebotssteuerung

In Kanada entscheidet jede Provinz autonom, wie viel medizinisches Personal auszubilden bzw. zu rekrutieren ist und wie eine allfällige Angebotssteuerung vorgenommen werden soll<sup>145</sup>.

### 3.21.4 Tabellarische Zusammenfassung

Berufszulassung	Bewilligungspflicht	Alle Ärzte
	Gesetzliche Zugangsschranken für Ärzte aus Freizügigkeitsstaaten	k. A.
	Zusätzliche gesetzliche Zugangsschranken für Ärzte aus Drittstaaten	k. A.
Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst	Vertragszwang bzw. automatische Zulassung	k. A.
	Gesetzliche Zugangsschranken für ausländische Ärzte	k. A.
Angebotssteuerung	Angebotssteuerung im Rahmen der Berufszulassung	k. A.
	Angebotssteuerung im Rahmen der staatlichen Finanzierung	Provinzen sind zuständig
	Übrige Angebotssteuerung	Bsp. Ontario: Begrenzung Studienplätze (kein NC)

<sup>143</sup> Overview of licensure process for IMGs.

<sup>144</sup> Schölkopf, 36 f.

<sup>145</sup> Marchildon, 21/39.

## 3.22 AUSTRALIEN

Australien verfügt mit Medicare über einen nationalen Gesundheitsdienst. Der Bund erlässt die Rahmengesetzgebung, schliesst Vereinbarungen mit den Bundesstaaten und finanziert grosse Teile des Gesundheitswesens, insbesondere einen Grossteil der ambulanten Versorgung.

### 3.22.1 Berufszulassung

Für die Registrierung von Ärzten ist die australische Ärztekammer zuständig. Die gesetzliche Grundlage für die Registrierung ist das australische *Medizinalberufsgesetz*<sup>146</sup>. Es wird nicht nach der Art der Tätigkeit unterschieden. Um unbeaufsichtigt zu praktizieren, muss man als Arzt entweder im General (Art. 53) oder Specialist Register (Art. 58) eingetragen sein. Demgemäss wird ins General Register aufgenommen, wer ein Medizinstudium und ein Praktikum von mindestens einem Jahr Dauer absolviert hat. Ins Specialist Register eingetragen wird, wer an einer akkreditierten Weiterbildungsstätte einen Facharzttitel erlangt hat.

Für Ärzte, die ihr Studium nicht in Australien absolviert haben, sogenannte International Medical Graduates (IMGs), ist der Einstieg ins Gesundheitswesen erschwert. Je nach Qualifikation sind die Wege zur Erlangung einer Berufsausübungsbewilligung und Registrierung verschieden. Grundsätzlich können sich IMGs zunächst lediglich beschränkt registrieren lassen, womit sie nicht unbeaufsichtigt praktizieren dürfen und ausserdem nur in einer „Area of Need“, also dort, wo ein Mangel an Ärzten herrscht. Zudem müssen sie einen Nachweis erbringen, dass sie Englisch auf Proficiency-Niveau gemäss IELTS beherrschen<sup>147</sup>. Abkommen, welche die automatische Anerkennung von ausländischen Diplomen vorsehen, gibt es keine.

### 3.22.2 Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst

Für die ambulante Erstbehandlung sind family physicians bzw. general practitioners (Hausärzte) zuständig, welche ihre Leistungen entweder privat oder in Behandlungszentren von Medicare erbringen. Behandlungskosten von privat praktizierenden Hausärzten werden grundsätzlich von Medicare beglichen, wenn der behandelnde Arzt Medicare angehängt ist (Art. 10). Dafür muss sich ein Arzt bei Medicare registrieren lassen. Eine Abrechnung zulasten von Medicare ist dann nicht möglich, wenn eine Ausnahme i.S.v. Art. 19AA und 19AB *Krankenversicherungsgesetz*<sup>148</sup> vorliegt. Art. 19AA, welcher an das australische Bürgerrecht oder die Niederlassungsbewilligung anknüpft, kommt zur Anwendung, wenn der betreffende Arzt keine postgraduale Weiterbildung absolviert hat, also nicht im General oder Specialist Register registriert ist und sich nicht in einem akkreditierten Weiterbildungsprogramm befindet.

Art. 19AB gelangt bei Ärzten zur Anwendung, die ein Medizinstudium ausserhalb von Australien absolviert haben, sowie bei ausländischen Absolventen akkreditierter Weiterbildungsstätten. Ihr Anschluss an das Medicare-System ist nur möglich, wenn sie sich über einen Zeitraum von zehn Jahren in einem District of Workforce Shortage, also an

---

<sup>146</sup> Health Practitioner Regulation 2009, No. 45.

<sup>147</sup> Registration Guide for IMGs.

<sup>148</sup> Health Insurance Act 1973, No. 42.

einem Ort, an dem Ärztemangel herrscht, niederlassen. Erst dann ist ein uneingeschränkter Zugang zum System möglich.

### 3.22.3 Angebotssteuerung

In Australien gibt es keine besonderen Bestimmungen bzw. Massnahmen zu einer Angebotssteuerung im Bereich der ärztlichen Versorgung.

### 3.22.4 Tabellarische Zusammenfassung

Berufszulassung	Bewilligungspflicht	Alle Ärzte
	Gesetzliche Zugangsschranken für Ärzte aus Freizügigkeits-Staaten	Kein FZA
	Zusätzliche gesetzliche Zugangsschranken für Ärzte aus Dritt-Staaten	Landessprache; zunächst nur Tätigkeit unter Aufsicht und in Bereichen, wo eine Unterversorgung besteht; u.a.
Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst	Vertragszwang bzw. automatische Zulassung	Ja
	Gesetzliche Zugangsschranken für ausländische Ärzte	Tätigkeit während 10 Jahren an einem Ort, an dem Ärztemangel herrscht
Angebotssteuerung	Angebotssteuerung im Rahmen der Berufszulassung	Nein
	Angebotssteuerung im Rahmen der staatlichen Finanzierung	Nein
	Übrige Angebotssteuerung	Nein

## 4 AUSWERTUNG DES RECHTSVERGLEICHS

Die voranstehende rechtsvergleichende Darstellung hat eine beachtliche Vielfalt der Systeme und Regulierungen in den verschiedenen Ländern der OECD zum Vorschein gebracht. Besonders gross sind die Unterschiede in den Bereichen der Organisation, Finanzierung und Steuerung der ärztlichen Gesundheitsversorgung, während im Bereich der Berufszulassung zwischen den Staaten viele Parallelen zu erkennen sind. Im Folgenden werden im Sinne einer Synthese die wichtigsten regulatorischen Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den untersuchten Gebieten (Berufszulassung, Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst, Angebotssteuerung) aufgezeigt.

### 4.1 BERUFSZULASSUNG

Was die Zulassung zum Arztberuf betrifft, fällt zunächst auf, dass – ausser der Schweiz – keiner der untersuchten Staaten nach der Art der ärztlichen Tätigkeit (selbständig/unselbständig bzw. privatwirtschaftliche Tätigkeit in eigener fachliche Verantwortung/beaufsichtigte Tätigkeit) unterscheidet; vielmehr verlangen die untersuchten Staaten grundsätzlich für alle Ärzte eine Bewilligung bzw. Approbation. Damit verfolgen sie einen wesentlich integraleren Ansatz.

Die *Voraussetzungen* für die Erlangung einer Berufsausübungsbewilligung bzw. Approbation sind sich in den untersuchten Staaten sehr ähnlich (abgeschlossenes Medizinstudium von mindestens sechs Jahren, abgeschlossene Weiterbildung, Vertrauenswürdigkeit und gesundheitliche Eignung). Dies hat insbesondere damit zu tun, dass die Mindestanforderungen an die Aus- und Weiterbildung für die EU- und EFTA-Staaten sowie die Schweiz in der Richtlinie vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (RL 2005/36/EG) einheitlich festgelegt sind.

Für *ausländische Ärzte* aus Staaten, mit denen kraft supranationalem Recht (EU) oder aufgrund eines Abkommens (FZA) Personenfreizügigkeit besteht, kennen die untersuchten Staaten entweder gar keine gesetzlichen Zugangsschranken, oder sie verlangen – wie die Schweiz – die Kenntnis der bzw. einer Landessprache. Darüber hinausgehende innerstaatliche Zugangsschranken konnten im Bereich der Berufszulassung in Freizügigkeits-Staaten nicht festgestellt werden. Demgegenüber haben einige Staaten gegenüber Ärzten aus Dritt-Staaten, mit denen keine Personenfreizügigkeit besteht, Zugangshürden in Form von Zusatzprüfungen und zusätzlichen Anforderungen hinsichtlich Berufs- und Praxiserfahrung aufgestellt. Eine Beschränkung des Zugangs von Ärzten aus Dritt-Staaten auf Bereiche, in denen eine Unterversorgung existiert, kennt jedoch von den untersuchten Staaten neben der Schweiz nur Australien.

### 4.2 ABRECHNUNG ZULASTEN KRANKENVERSICHERUNG ODER GESUNDHEITSDIENST

Die Finanzierung ärztlicher Leistungen erfolgt in den meisten Staaten primär durch soziale Krankenversicherungen, in einigen Staaten aber auch durch öffentliche Gesundheitsdienste. In den Niederlanden wird die ärztliche Gesundheitsversorgung gar (neben Patienten als Selbstzahlern) durch privatwirtschaftlich tätige Krankenversicherungen finanziert.

Etwa in der Hälfte der untersuchten Staaten existiert – wie in der Schweiz – ein *Vertrags- bzw. Anschlusszwang* im Verhältnis zwischen Krankenversicherungen bzw. Gesundheitsdiensten und Ärzten. Das heisst, Ärzte haben einen Anspruch auf Tätigwerden zulasten der Krankenversicherung bzw. des Gesundheitsdienstes, wenn sie die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen. Die gesetzlichen Voraussetzungen für die Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung bzw. des Gesundheitsdienstes sind teilweise strenger als die Voraussetzungen für die Berufszulassung (z.B. Island: objektive Kriterien wie Kompetenz, Qualität, Kosten und Effizienz als Voraussetzung für einen Vertrag mit den Gesundheitsbehörden). In einzelnen Staaten ist der Vertrags- bzw. Anschlusszwang auf bestimmte Bereiche beschränkt (namentlich Frankreich: automatische Zulassung von Spitalärzten; Slowakische Republik: ambulante ärztliche Grundversorgung). Ein besonderes System kennt die Tschechische Republik: Grundsätzlich besteht zwischen den Versicherern und den Leistungserbringern Vertragsfreiheit. Allerdings sind die Versicherer verpflichtet, den Versicherten ein Vertragsnetz an Leistungserbringern zur Verfügung zu halten; Versicherte können die Aufnahme eines neuen Leistungserbringers in das Vertragsnetz beantragen, worauf die Versicherung eine öffentliche Ausschreibung durchführt.

Im Bereich der Finanzierung der ärztlichen Versorgung durch Krankenversicherungen bzw. Gesundheitsdienste bestehen in den untersuchten Staaten grundsätzlich keine *gesetzlichen Zugangsschranken* gegenüber ausländischen Ärzten, auch nicht gegenüber Ärzten aus Dritt-Staaten ohne Freizügigkeitsabkommen. Einzig Schweden (umfangreiche medizinische Erfahrung sowie Qualifikation als Facharzt) und Australien (Tätigkeit während zehn Jahren an einem Ort, an dem Ärztemangel herrscht) kennen spezifische gesetzliche Zugangsvoraussetzungen für ausländische Ärzte, die über die Voraussetzungen für die Berufszulassung hinausgehen.

### 4.3 ANGEBOTSSTEUERUNG

Die Steuerung des Angebots an Ärzten bzw. ärztlichen Leistungen kann sowohl im Rahmen der Berufszulassung als auch im Rahmen der staatlichen Finanzierung ärztlicher Leistungen durch die Krankenversicherung bzw. den Gesundheitsdienst erfolgen. Darüber hinaus kommt eine Angebotssteuerung namentlich im Bereich der medizinischen Aus- und Weiterbildung in Frage. Die untersuchten Staaten haben in den genannten Bereichen in unterschiedlicher Weise von einer Angebotssteuerung Gebrauch gemacht.

Eine Angebotssteuerung im Bereich der *Berufszulassung* konnte nur in Belgien und Spanien festgestellt werden. In Belgien gibt es eine Fachkommission zur Planung des Angebots im Bereich der Medizin. Die Kommission beobachtet die Entwicklung des Bedarfs im Gesundheitswesen. Im Fall eines Überbedarfs beschränkt der König auf Anraten der Kommission die Anzahl der Bewerber, die zur Ausübung des Arztberufs zugelassen werden. In Spanien wird der Bedarf an öffentlich angestellten Ärzten anhand von Gesundheitsplänen der regionalen Gesundheitsdienste festgelegt; der private Arztsektor wird dagegen dem Markt überlassen.

Eine Vielfalt von Steuerungsmodellen konnte dagegen im Rahmen der *staatlichen Finanzierung* konstatiert werden. Mehrere Staaten beschränken aufgrund einer Bedarfsermittlung die Anzahl der Verträge bzw. Ärzte, die über die Krankenversicherung bzw. den Gesundheitsdienst abrechnen dürfen (namentlich Deutschland, Österreich, Italien, Dänemark, Island, Lettland, Slowakei). Ein eigenes Modell hat Norwegen, wo die Angebots-

steuerung mittels Festlegung der Anzahl Patienten pro Arzt erfolgt. Verschiedene Staaten steuern die Angebotsmenge sodann über das Budget, das für die Finanzierung ärztlicher Leistungen zur Verfügung gestellt wird. Dazu gehören namentlich Deutschland (im Rahmen von Kollektivverträgen zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen festgelegte Gesamtvergütungen für ambulante ärztliche Leistungen), England mit seinem National Health Service (NHS) sowie Polen, das eine öffentliche Einheitskasse kennt. Bemerkenswert sind sodann die Ansätze von Dänemark und Norwegen, welche das ärztliche Angebot unter anderem mittels finanziellen Anreizen steuern, beispielsweise mittels besserer Entschädigung von Leistungen, welche zu wenig angeboten werden. Weiter ist festzuhalten, dass sich die Angebotssteuerung im Rahmen der staatlichen Finanzierung in den erwähnten Staaten – anders als in der Schweiz – soweit ersichtlich sowohl rechtlich als auch faktisch gleichermassen auf inländische und ausländische Ärzte auswirkt.

Schliesslich nimmt die überwiegende Mehrzahl der untersuchten Staaten Einfluss auf die Anzahl der angebotenen Studienplätze für die *ärztliche Ausbildung*. Häufig wird dabei ein Numerus Clausus wie in der Schweiz angewendet, teilweise erfolgt die Steuerung über Kapazitäts- und Strukturvorgaben (z.B. England). In Österreich kann die Anzahl ausländischer Studierender bei unzumutbaren Studienbedingungen begrenzt werden, und auch in Irland gilt der Numerus Clausus nur für Ausländer. Studienplatzbegrenzungen existieren in einzelnen Staaten auch für *fachärztliche Weiterbildungen*, so etwa in Frankreich, der Tschechischen Republik oder Lettland.

## **5 MODELLE EINER ANGEBOTSTEUERUNG IM AMBULANTEN BEREICH**

### **5.1 ÜBERSICHT**

Im Folgenden werden auf der Grundlage des vorstehenden Rechtsvergleichs verschiedene Modelle einer Steuerung des ärztlichen Angebots im ambulanten Bereich vorgestellt und deren Vor- und Nachteile aufgezeigt. Die Überlegungen folgen allein rechtlichen Überlegungen und abstrahieren dabei von der Frage der politischen Machbarkeit und den ökonomischen Wirkungen der einzelnen Lösungen. Auf eine Gesamtwürdigung und eine Empfehlung für ein bestimmtes System wird verzichtet, da dies nicht Teil des Gutachtersauftrags ist.

Die nachstehenden Ausführungen beruhen auf der Prämisse, dass das *FZA und das EFTA-Übereinkommen in Kraft bleiben* und damit insbesondere die Diskriminierungsverbote gegenüber EU- und EFTA-Ausländern zu beachten sind.

Die in Frage kommenden Modelle einer Angebotssteuerung lassen sich nach unterschiedlichen Kriterien *kategorisieren*: Zunächst ist (1) grundlegend zwischen Steuerung in verschiedenen Regulierungsbereichen, d.h. im Rahmen der Aus- und Weiterbildung, der Berufszulassung und des Krankenversicherungssystems zu unterscheiden. Eine weitere Unterscheidung betrifft (2) diejenige zwischen direkter und indirekter Steuerung. Während im ersteren Fall die Angebotsmenge direkt gestützt auf eine Bedarfsplanung gesteuert wird, erfolgt die Steuerung im letzteren Fall indirekt mittels Vorgaben bezüglich Ausbildung, Praxiserfahrung, Sprachkenntnis, Qualität usw. oder mittels finanziellen Anreizen, d.h. über den Preis (Tarife). Schliesslich lassen sich (3) die Steuerungsmodelle nach den Steuerungszuständigkeiten unterscheiden. In Betracht fallen als Steuerungssubjekte die staatlichen Zentralverwaltungen auf den verschiedenen Ebenen (Bund / Kantone / interkantonale Organe), die Krankenversicherungen, die Verbände (Krankenkassenverbände und Ärzteschaften) sowie die Patienten als Nachfrager (Steuerung durch den Marktmechanismus).

### **5.2 STEUERUNG IM RAHMEN DER AUS- UND WEITERBILDUNG**

Eine Steuerung der Angebotsmenge *im Rahmen der Ausbildung* würde bedeuten, dass der Zugang zum Medizinstudium in Abhängigkeit vom Bedarf nach ärztlichen Leistungen im ambulanten Sektor festgelegt würde. Eine derartige Angebotssteuerung hätte prima vista den Vorteil, dass der Ärzte-Nachwuchs von Anfang an auf die „richtige Bahn“ geschickt würde, d.h. die Ausbildungen machen würde, die später in der Praxis voraussichtlich auch gefragt sind und krankenversicherungsrechtlich honoriert werden. Dagegen sind jedoch zahlreiche Einwände vorzubringen:

- Eine Steuerung der Angebotsmenge im Rahmen der Ausbildung wirkt sich angesichts des sechs Jahre dauernden Medizinstudiums mit grosser Verzögerung auf die Ärztedichte aus.

- Wenn sich der Zugangsbeschränkungen zur Ausbildung am künftigen Bedarf nach ärztlichen Leistungen orientieren, werden die vorhandenen Ausbildungskapazitäten unter Umständen nicht optimal genutzt. Zugangsbeschränkungen zur Ausbildung sollten sich deshalb – wie im gegenwärtigen System des Numerus Clausus – an der Anzahl verfügbarer Studienplätze orientieren.
- Die Steuerung kann sachfremden Motiven folgen (u.a. Interessen der Meinungsbildner am Erhalt des eigenen Status, Eigeninteressen der Ausbildungsstätten).
- Wenn schon, sollte die Steuerung durch Verknappung bzw. Erhöhung von Studienplätzen erfolgen – allerdings lassen sich die dafür benötigten Infrastrukturen kaum genügend rasch und flexibel ab- bzw. ausbauen.
- Zugangsbeschränkungen im Rahmen der Ausbildung betreffen nur Medizinstudenten in der Schweiz und können die Einwanderung ausländischer Ärzte von vornherein nicht steuern. Eine Angebotssteuerung mittels Zugangsbeschränkungen zum Studium würde sich damit einseitig zulasten des einheimischen Nachwuchses auswirken.
- Der Bund hätte nach der gegenwärtigen Verfassungsregelung wohl keine Kompetenz, die kantonalen Universitäten dazu zu verpflichten, den Zugang zum Medizinstudium bedarfsabhängig auszugestalten<sup>149</sup>.

Eine geeigneteres Instrument der Angebotssteuerung wären Zugangsbeschränkungen zu den einzelnen *Facharztweiterbildungen*. Solche Zugangsbeschränkungen könnten beispielsweise durch die Ärzteverbände (insbesondere FMH) aufgrund von Bedarfsermittlungen durch die Kantone oder durch das BAG erfolgen. Auch ein solches Steuerungssystem hätte jedoch verschiedene Nachteile:

- Die Effekte auf das Ärzteangebot würden zwar rascher eintreten als bei einer Steuerung im Rahmen der Ausbildung, jedoch ebenfalls mit einer Verzögerung von mehreren Jahren.
- Auch von einer Steuerung im Rahmen der Weiterbildung wäre überwiegend der einheimische Nachwuchs betroffen (immerhin würden die Zugangsschranken auch ausländische Mediziner betreffen, die in der Schweiz eine Weiterbildung machen möchten).
- Der Bund wäre auch für eine solche Angebotssteuerung wohl kaum kompetent, es bräuhete also eine Verfassungsänderung<sup>150</sup>.
- Es ist anzunehmen, dass nach wie vor die attraktiven Spezialdisziplinen mit Wartelisten besetzt bleiben würden.

---

<sup>149</sup> Vgl. die beschränkten Bundeskompetenzen im Bereich der Hochschulen (Art. 63a BV).

<sup>150</sup> Art. 64a BV sowie Art. 95 Abs. 1 BV würden u.E. für Beschränkungen des Zugangs zu Weiterbildungsgängen nicht genügen.

- Die Gefahr von nicht sachgerechten Entscheiden oder der Bevorteilung gut organisierter Disziplinen wäre auch hier gegeben.

### 5.3 STEUERUNG IM RAHMEN DER BERUFSZULASSUNG

Um im Rahmen der Berufszulassung die Angebotsmenge *direkt zu steuern*, müsste der Bund in der Medizinalberufegesetzgebung eine *Bedarfsplanung* und entsprechende (nach Fachrichtungen differenzierte) Kontingente für die Berufsausübungsbewilligungen einführen. Eine solche Lösung hätte den Vorteil, dass das Ärzteangebot relativ zeitnah und wirksam gesteuert werden könnte. Insbesondere wären auch ausländische Ärzte von einer solchen Mengensteuerung erfasst. Zudem würde eine Angebotssteuerung im Rahmen der Berufszulassung sowohl Ärzte innerhalb als auch ausserhalb des Krankenversicherungssystems treffen. Damit könnte der Entstehung eines „Parallelmarktes“ an fachlich hoch qualifizierten Ärzten ausserhalb der sozialen Krankenversicherung vorgebeugt werden<sup>151</sup>. Diesen Vorteilen stehen folgende Nachteile gegenüber:

- Eine Mengensteuerung im Rahmen der Berufszulassung erfasst Ärzte unabhängig davon, ob sie zulasten der Sozialversicherung Kosten generieren oder nicht. Die Steuerung ist damit nicht zielgenau, es findet eine Übersteuerung statt (womit sich auch die Frage der Verhältnismässigkeit und der Vereinbarkeit mit der Wirtschaftsfreiheit nach Art. 27 BV stellt).
- Die Steuerung würde sich im System des MedBG nur auf die selbständig tätigen Ärzte bzw. Ärzte, die privatwirtschaftlich in eigener fachlicher Verantwortung tätig sind, beziehen.
- Der Bund bräuchte eine explizite Verfassungsgrundlage, da eine Abweichung vom Grundsatz der Wirtschaftsfreiheit vorläge (Art. 94 BV).
- Um die Gleichbehandlung der Konkurrenten (Art. 27 und Art. 94 BV) sicherzustellen, müsste die Vergabe von kontingentierten Bewilligungen wohl öffentlich ausgeschrieben werden.

Als Alternative kommt eine *indirekte Steuerung* durch *erhöhte Anforderungen* an den Erhalt einer Berufsausübungsbewilligung in Frage. Die Schweiz kennt wie ein Grossteil der anderen OECD-Länder bereits das Erfordernis der Landessprache. In der mehrsprachigen Schweiz, deren Sprachen auch in den Nachbarländern gesprochen werden, hat dieses Erfordernis aber – anders als in zahlreichen der untersuchten Länder – kaum einen spürbaren Steuerungseffekt<sup>152</sup>. Eine Erhöhung der Anforderungen an die Aus- und Weiterbildung für ausländische Ärzte aus dem EU- und EFTA-Raum wäre mit Blick auf die Anerkennungsregeln des FZA und EFTA-Übereinkommens problematisch. Es bleiben

---

<sup>151</sup> Ein solcher Parallelmarkt könnte entstehen, wenn die Zulassungsbedingungen zur OKP zu rigide geregelt würden; vgl. hinten Kap. 5.4.1.

<sup>152</sup> Gemäss dem bundesrätlichen Entwurf eines teilrevidierten Medizinalberufegesetzes soll künftig die Beherrschung einer Amtssprache des Kantons, für welchen die Bewilligung beantragt wird, verlangt werden (BBl 2013 6236); auch diese Erhöhung der Anforderungen an die Sprachkenntnisse wird kaum einen spürbaren Steuerungseffekt auf die Einwanderung ausländischer Ärzte haben.

erhöhte Anforderungen an Berufsqualifikation und Praxiserfahrung. Auch solche zusätzlichen Anforderungen würden sich im System des MedBG nur auf die selbständig tätigen Ärzte bzw. Ärzte, die privatwirtschaftlich in eigener fachlicher Verantwortung tätig sind, beziehen. Hinzu kommen weitere Nachteile bzw. Restriktionen, die zu beachten sind:

- Das Ärzteangebot könnte auf diese Weise nicht zielgenau hinsichtlich Fachrichtungen und aktuellem Bedarf gesteuert werden.
- Je nachdem, wie hoch die Anforderungen ausgestaltet wären, könnte in einzelnen Bereichen eine Unterversorgung resultieren.
- Die zusätzlichen Anforderungen an Berufsqualifikation und Praxiserfahrung müssen die Diskriminierungsverbote gemäss FZA und EFTA-Übereinkommen beachten. Das bedeutet, dass auch entsprechende Berufsqualifikationen und Praxiserfahrungen in einem EU- oder EFTA-Staat anerkannt werden müssten. Eine Beschränkung auf zusätzliche Berufsqualifikationen und Praxiserfahrungen in der Schweiz würde eine (indirekte) Diskriminierung darstellen.

## **5.4 STEUERUNG IM RAHMEN DES KRANKENVERSICHERUNGSSYSTEMS**

Die meisten Möglichkeiten für eine Angebotssteuerung ergeben sich im Rahmen des Krankenversicherungssystems. Was die Akteure betrifft, kann die Steuerung durch den Staat bzw. die Zentralverwaltungen, durch die Krankenversicherungen, durch Vereinbarungen zwischen Krankenkassenverbänden und Ärztegesellschaften sowie durch die Patienten bzw. den Markt erfolgen. Verschiedene Varianten ergeben sich sodann hinsichtlich des Objekts der Steuerung: Diese kann sich direkt auf die Anzahl der zugelassenen Leistungserbringer richten, aber auch im Sinne einer indirekten Steuerung die Preise (Tarife) für die von der Krankenversicherung abgegoltenen Leistungen erfassen.

### **5.4.1 Angebotssteuerung durch den Staat**

Mit der geltenden Zulassungsbeschränkung nach Art. 55a KVG und deren Umsetzung durch den Bundesrat und die Kantone soll die Angebotsmenge im ambulanten Bereich direkt mittels Kontingenten gesteuert werden. Eine staatliche Angebotssteuerung in Form von Zulassungsbeschränkungen zur Krankenversicherung weist eine Reihe von Nachteilen auf:

- Für die bereits zugelassenen Ärzte besteht ein Bestandesschutz, während der Nachwuchs benachteiligt wird (Schutz der „beati possidentes“).
- Eine Benachteiligung des einheimischen Nachwuchses kann mit der geltenden Ausnahme nach Art. 55a Abs. 2 KVG (kein Bedürfnisnachweis für Personen, welche mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben) zwar verhindert werden; hingegen wirkt sie sich einseitig zulasten der Freizügigkeit von ausländischen Ärzten aus dem EU- und EFTA-

Raum aus, was wohl einer indirekten Diskriminierung gleichkommt und damit völkerrechtlich problematisch ist<sup>153</sup>.

- Die Angebotssteuerung wirkt nur so lange, als keine Alternativen für die Nichtberücksichtigten bestehen. Bei einer zu rigiden Zugangsregelung kann ein „Parallelmarkt“ an nicht zugelassenen, fachlich hoch qualifizierten Ärzten entstehen, welche Selbstzahler anziehen.
- Die Angebotssteuerung nach Art. 55a KVG bezieht sich nur auf den ambulanten Sektor und trägt Verschiebungen zwischen ambulantem und stationärem Sektor nicht Rechnung.

Der letztgenannte Nachteil liesse sich beheben, indem die Angebotssteuerung im ambulanten Sektor mit der kantonalen Spitalplanung verbunden würde. Ein Vorteil gegenüber der bestehenden Zulassungsbeschränkung nach Art. 55a KVG bestünde darin, dass das krankensicherungsrechtliche Angebot gesamthaft geplant werden könnte, den ambulanten und stationären Bereich umfassend. Ein weiterer Vorteil bestünde darin, dass die Zulassungen (Leistungsaufträge) regelmässig (entsprechend den mehrjährigen Versorgungsplanungsperioden) neu verteilt würden. Dadurch entstünde ein gewisser Wettbewerb und die Kantone könnten das Angebot nach Qualitäts- und Effizienzkriterien bestimmen. Auch ein solches System wäre jedoch mit signifikanten Nachteilen verbunden:

- Die periodische Ausschreibung von Leistungsaufträgen würde für bereits zugelassene Ärzte zwangsläufig die Aufhebung des Bestandsschutzes mit sich bringen. Erhielte ein selbständig praktizierender Arzt keinen Leistungsauftrag mehr, würde er wirtschaftlich in eine sehr schwierige Lage geraten. Ob eine derartige Erschwerung der Berufsausübung überhaupt mit der Wirtschaftsfreiheit vereinbar wäre, ist fraglich<sup>154</sup>.
- Ambulant tätige Ärzte würden in die kantonale Versorgungsplanung eingebunden und damit zu Trägern öffentlicher Aufgaben. Der Arztberuf wäre insoweit nicht mehr privatwirtschaftlich und stünde unter enger Aufsicht der Kantone. Zu Ende gedacht wäre dann auch das Berufszulassungsregime des Medizinalberufegesetzes nicht mehr anwendbar, da dieses nur für den privatwirtschaftlichen Sektor gilt (vgl. Art. 95 BV).

---

<sup>153</sup> Vgl. Epiney 2013; Gächter/Burch 2013; Poledna/Rütsche 2013; Anders Cottier 2013.

<sup>154</sup> Zwar besteht gemäss Bundesgericht grundsätzlich kein Anspruch darauf, zulasten der sozialen Krankenversicherung in beliebiger Höhe Leistungen zu generieren (BGE 132 V 6 E. 2.5.2 S. 14 f.). Was die privatwirtschaftliche Tätigkeit von Ärzten betrifft, hat das Bundesgericht jedoch anerkannt, dass die Nichtzulassung als Leistungserbringer die Berufsausübung derart erschwert, dass ein faktischer Eingriff in die Wirtschaftsfreiheit vorliegt (BGE 130 I 26 E. 4.4 S. 42; vgl. bereits vorne Kap. 1.1). Daraus folgt gemäss Bundesgericht im Wesentlichen die Pflicht des Staates, „sicherzustellen, dass eine allfällige Zugangsregelung nur nach sachlich haltbaren, den Grundsätzen des Wettbewerbs unter Konkurrenten sachgerecht Rechnung tragenden Kriterien erfolgt“ (BGE 130 I 26 E. 4.5 S. 43). Angesichts dieser beschränkten Bedeutung der Wirtschaftsfreiheit im System der sozialen Krankenversicherung ist unsicher, ob die Aufhebung des Bestandsschutzes für bereits zulasten der OKP praktizierende Ärzte eine Verletzung der Wirtschaftsfreiheit bedeuten würde.

Als Alternative könnten im Sinne einer indirekten Angebotssteuerung im KVG zusätzliche Anforderungen an die Qualität und Wirtschaftlichkeit ärztlicher Leistungen, an das Vorliegen der notwendigen Infrastruktur oder an Berufsqualifikation und Praxiserfahrung eingeführt werden. Es würde sich um Anforderungen handeln, die über die Berufszulassungsanforderungen hinausgehen. Teilweise bestehen bereits im geltenden KVG sowie, gestützt auf Art. 43 Abs. 2 Bst. d KVG, im Tarifsysteem Tarmed<sup>155</sup> solche Zusatzanforderungen. Eine eigentliche Angebotssteuerung über derartige Zusatzanforderungen hätte jedoch einige Nachteile<sup>156</sup>:

- Das Ärzteangebot könnte auf diese Weise nicht zielgenau hinsichtlich Fachrichtungen und aktuellem Bedarf gesteuert werden.
- Je nachdem, wie hoch die Anforderungen ausgestaltet wären, bestünde die Gefahr einer Unterversorgung in einzelnen Bereichen.
- Die zusätzlichen Anforderungen müssen die Diskriminierungsverbote gemäss FZA und EFTA-Übereinkommen beachten. Das bedeutet insbesondere, dass auch entsprechende Berufsqualifikationen und Praxiserfahrungen in einem EU- oder EFTA-Staat anerkannt werden müssen. Eine Beschränkung auf zusätzliche Berufsqualifikationen und Praxiserfahrungen in der Schweiz würde eine (indirekte) Diskriminierung darstellen<sup>157</sup>.

#### 5.4.2 Angebotssteuerung durch Krankenkassen

Die Angebotssteuerung könnte durch Aufhebung des Vertragszwangs den Krankenkassen übertragen werden. Es wäre demnach an den Krankenkassen, den Bedarf im ambulanten Sektor zu ermitteln und eine entsprechende Anzahl von Verträgen abzuschliessen. Die Krankenkassen könnten dazu verpflichtet werden, ihre Vertragsofferten öffentlich auszusprechen. Zudem könnte gesetzlich das bestehende Meistbegünstigungsverbot massgeschneidert auf den ambulanten Bereich modifiziert werden. Das System liesse sich mit einer Revision des KVG umsetzen und wäre FZA-konform, hätte jedoch namentlich folgende Nachteile:

- Eine Gesamtsteuerung wäre nicht möglich, wenn jede Krankenkasse für sich das Angebot bestimmt. Um diesen Mangel zu beheben, müssten den Krankenversicherungen Kontingente für die Anzahl Verträge mit Ärzten zugeteilt werden. Die Bestimmung solcher Kontingente würde eine übergreifende Bedarfsplanung voraussetzen, die vom Staat (Bund oder Kantone) oder allenfalls auch von Krankenversicherungsverbänden durchgeführt werden könnte.

---

<sup>155</sup> Sog. qualitative Dignitäten wie z.B. Erfordernis eines Schwerpunkttitels, um den erhöhten Taxpunktwert zu verrechnen; ein solcher Schwerpunkttitel setzt über die Spezialisierung für den Facharzttitel eine grössere Praxiserfahrung und eine Prüfung (in der Schweiz) voraus.

<sup>156</sup> Es handelt sich praktisch um dieselben Nachteile, die mit erhöhten Anforderungen an die Berufszulassung verbunden sind (vgl. vorne Kap. 5.3).

<sup>157</sup> Vor diesem Hintergrund ist fraglich, ob der in der Tarifstruktur Tarmed vorgesehene Schwerpunkttitel (vgl. Fn. 155) mit dem FZA vereinbar ist.

- Für die Ärzte entstünde ein beträchtlicher Mehraufwand, wenn sie mit den einzelnen Krankenversicherungen Verträge aushandeln müssten.
- Wenn die Verträge kündbar sind, haben bereits zulasten der OKP praktizierende Ärzte keinen Bestandesschutz. Ob dies mit der Wirtschaftsfreiheit vereinbar wäre, ist wie gesagt fraglich.
- Es wäre für die nicht berücksichtigten oder von einer Kündigung betroffenen Ärzte ein adäquater gerichtlicher Rechtsschutz einzuführen, der zu vielen Rechtsstreitigkeiten führen und die Reaktionsfähigkeit des Systems zumindest in den Anfängen reduzieren könnte.

### **5.4.3 Partnerschaftliche Angebotssteuerung durch Verbände**

Die Angebotssteuerung könnte auch, ähnlich wie in Deutschland, durch die Verbände der Krankenversicherungen und Leistungserbringer (Berufsvereinigungen) erfolgen. In einem solchen System würden Kommissionen aus Vertretern der Krankenversicherungsverbände und der Ärzteschaft gebildet, welche in regelmässigen Abständen den Ärztebedarf nach Kantonen und Fachrichtungen ermitteln und entsprechend die Anzahl Leistungserbringer in Form von Kontingenten festlegen. Die Bedarfsplanung dieser Kommissionen wäre durch die jeweiligen Verbände zu genehmigen, eventuell auch durch die Kantonsregierungen nach gesetzlich festgelegten Kriterien. Kommt keine Genehmigung zustande, müssten die betroffenen Kantone die Anzahl Leistungserbringer ersatzweise festlegen. Anstelle einer auf die Kantone bezogenen Bedarfsplanung könnte die Planung auch für grössere Versorgungsregionen erfolgen. Entsprechend müssten die Kantone interkantonale Beschlussorgane einsetzen. Die neu zur Verfügung stehenden Zulassungen könnten in regelmässigen Abständen ausgeschrieben werden, die Auswahl der Leistungserbringer könnte nach Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien erfolgen.

Mit einem solchen System könnten die Nachteile einer Angebotssteuerung durch einzelne Krankenkassen (Koordinationsprobleme, Verhandlungsaufwand für die einzelnen Ärzte) vermieden werden. Zudem wäre das Subsidiaritätsprinzip (der Staat reguliert nur subsidiär) gewahrt, und die Akzeptanz der Angebotssteuerung wäre allenfalls grösser, weil die Vertretungen der betroffenen Akteure involviert sind. Im Vergleich zur geltenden Zulassungsbeschränkung nach Art. 55a KVG wäre das System flexibler und praxisnaher. Allerdings hätte auch ein solches System verschiedene Nachteile:

- Auch ein solches System könnte das Dilemma hinsichtlich Bestandesschutz nicht lösen: Entweder wird bereits zugelassenen Ärzten Bestandesschutz gewährt, was entsprechend den Nachwuchs benachteiligen würde; oder es wird auf einen Bestandesschutz verzichtet, was wiederum Fragen hinsichtlich der Vereinbarkeit mit der Wirtschaftsfreiheit aufwerfen würde.
- Eine Angebotsteuerung durch Verbände ist aus rechtsstaatlicher und demokratischer Sicht insofern problematisch, als die entsprechenden Entscheide nur Verbandsmitglieder repräsentieren und primär von Personen getroffen werden, die Eigeninteressen vertreten. Die gut organisierten und ihre Interessen nachdrücklicher vertretenden Verbände hätten Vorteile.

- Das System würde sich nur auf den ambulanten Sektor beziehen und den Verschiebungen zwischen ambulantem und stationärem Sektor nicht Rechnung tragen.

#### 5.4.4 Angebotssteuerung mittels Tarifgestaltung (finanzielle Anreize)

Eine weitere Möglichkeit wäre, das Angebot an ambulanten ärztlichen Leistungen indirekt mittels finanzieller Anreize zu steuern, wie dies beispielsweise Dänemark und Norwegen tun. Die Krankenversicherungstarife für die ärztlichen Leistungen (in der Schweiz die Taxpunkte in der Tarifstruktur Tarmed) würden je nach festgestellter Über- oder Unterversorgung herab- bzw. heraufgesetzt. Ein solches System hätte vor allem den Vorteil, dass es niemanden diskriminiert – weder den einheimischen Nachwuchs noch ausländische Ärzte. Gleichzeitig gäbe es kein Problem mit dem Bestandsschutz, da nur der Preis, nicht aber die Zulassung zur Krankenversicherung an sich gesteuert würde. Die Steuerung könnte fein nach Fachrichtungen und Regionen (z.B. erhöhter Tarif für Landärzte) erfolgen. Eine solche tarifäre Steuerung könnte sowohl den Nachwuchs als auch die ausländischen Ärzte von den überversorgten Bereichen abhalten und in jene Bereiche lenken, wo allenfalls eine Unterversorgung herrscht. Eine (staatlich gelenkte) Steuerung über Tarife würde damit in ähnlicher Weise wie die (spontane) Preissteuerung in einem Marktsystem funktionieren.

Auch eine Angebotssteuerung mittels Tarifgestaltung müsste auf einer Bedarfsermittlung beruhen, d.h. irgendeine Instanz müsste feststellen, wo Über- bzw. Unterversorgungssituationen bestehen. Diese Aufgabe könnte im Sinne einer partnerschaftlichen Angebotssteuerung durch Kommissionen aus Vertretern der Tarifpartner erfüllt werden, wobei die Tarife durch die Kantonsregierungen bzw. den Bundesrat zu genehmigen wären (Art. 46 Abs. 4 KVG). Auf diese Weise könnte die Angebotssteuerung im ambulanten Bereich in das bestehende Tarifsysteem eingebettet werden. Allerdings wäre auch ein solches System mit der vorne angesprochenen rechtsstaatlichen und demokratischen Problematik einer Verbandslösung verbunden.

Als Alternative, welche diese Problematik vermeidet, könnte folgendes Modell in Betracht gezogen werden: Das KVG verpflichtet die Kantonsregierungen (d.h. letztlich die kantonalen Gesundheitsverwaltungen, die auch die Spitalplanung machen), die Tarife in regelmässigen Abständen (z.B. alle vier Jahre) gestützt auf eine Bedarfsplanung im ambulanten Sektor zu überprüfen. Zugleich werden die Kantonsregierungen durch das KVG ermächtigt, auf der Basis ihrer Bedarfsplanung die Tarife für einzelne Fachgebiete und Regionen um einen bestimmten Prozentsatz nach oben bzw. unten anzupassen. Dieses Modell hätte zudem den Vorteil, dass es zu einer Koordination der Angebotssteuerung im ambulanten und stationären Sektor führt<sup>158</sup>.

Eine Angebotssteuerung über Tarife – sei es durch die Tarifpartner, sei es durch die Kantonsregierungen – hätte auch Nachteile:

---

<sup>158</sup> Dieser Vorteil würde entfallen, wenn die Kompetenz zur Bedarfsplanung und entsprechenden Anpassung der Tarife dem Bundesrat übertragen würde.

- Die Steuerung mittels Tarifen wirkt nur indirekt über Anreize, die Steuerungseffekte treten entsprechend mit Verzögerung ein.
- Es könnte zu Ausweitungen der Leistungsmengen kommen, wenn die Tarife herabgesetzt werden.
- Eine Tarifsenkung kann bestehende, aber noch nicht amortisierte Investitionen untragbar machen. Die Gefahr von stark fluktuierenden Tarifen kann sich investitions hemmend auswirken und damit unter Umständen zu Qualitätseinbußen führen.

Die letztgenannte Folge liesse sich dadurch abmildern, dass die Tarife im Fall einer Überversorgung nur für neue Zulassungen zur Krankenversicherung gesenkt würden, während bereits zur OKP zugelassene Leistungserbringer davon ausgenommen wären. Allerdings würde ein solches System dazu führen, dass innerhalb derselben ärztlichen Fachrichtung unterschiedliche Tarife gelten würden, je nachdem, zu welchem Zeitpunkt ein Arzt die Zulassung als Leistungserbringer erhalten hat. Dies wäre nicht nur aus Gründen der Praktikabilität unbefriedigend, sondern wäre auch mit dem Grundsatz der staatlichen Wettbewerbsneutralität bzw. der Pflicht zur Gleichbehandlung der Konkurrenten<sup>159</sup> kaum zu vereinbaren.

## **5.5 ANGEBOTSTEUERUNG DURCH DEN MARKT (PATIENTEN)**

Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass es auch Möglichkeiten gäbe, die Patienten als Nachfrager stärker zur Steuerung des Angebots in der ambulanten Medizin in die Pflicht zu nehmen. Diese könnte einerseits durch erhöhte Transparenz und eine Verbesserung der Informationen über die Qualität der einzelnen Leistungserbringer sowie die Notwendigkeit von Behandlungen bewerkstelligt werden (Empowerment von Patienten). Andererseits hätten Patienten tendenziell einen grösseren Anreiz, die Notwendigkeit und Qualität einer angebotenen medizinischen Leistung genau zu prüfen, wenn sie einen höheren Selbstbehalt tragen müssten. Allerdings drängt sich dabei insbesondere die Frage der faktischen Gleichbehandlung auf, da einkommensschwache Personen von einer solchen Massnahme stärker betroffen wären.

---

<sup>159</sup> Diese staatliche Pflicht gilt auch im System der sozialen Krankenversicherung gegenüber den privatwirtschaftlich praktizierenden Ärzten (vgl. BGE 130 I 26 E. 4.4 S. 42 sowie vorne Fn. 154).

## 6 TABELLARISCHE LÄNDERÜBERSICHT

	Berufszulassung			Abrechnung zulasten Krankenversicherung oder Gesundheitsdienst		Angebotssteuerung		
	Bewilligungspflicht	Gesetzliche Zugangsschranken für Ärzte aus Freizügigkeitsstaaten	Zusätzliche gesetzliche Zugangsschranken für Ärzte aus Dritt-Staaten	Vertragszwang bzw. automatische Zulassung	Gesetzliche Zugangsschranken für ausländische Ärzte	Angebotssteuerung im Rahmen der Berufszulassung	Angebotssteuerung im Rahmen der staatlichen Finanzierung	Übrige Angebotssteuerung
<b>Schweiz</b>	nur für selbstständig tätige Ärzte	Landessprache	Lehrtätigkeit oder Unterversorgung	Ja	Nein	Nein	Bedürfnisnachweis für Ärzte ohne 3-jährige Weiterbildung in CH	Begrenzung Anzahl Studienplätze (NC)
<b>Deutschland</b>	Alle Ärzte	Landessprache	Nein	Ja	Nein	Nein	Zulassungsbeschränkungen bei Überversorgung; Angebotssteuerung durch kollektivvertragliche Gesamtvergütungen	Begrenzung Anzahl Studienplätze (NC)

<b>Österreich</b>	Alle Ärzte	Landessprache	Nein	Nein	Nein	Nein	Beschränkung der Anzahl Verträge	Begrenzung der Anzahl ausländischer Studierender bei unzumutbaren Studienbedingungen
<b>Frankreich</b>	Alle Ärzte	Landessprache	Test über Fachkenntnisse, Praxiserfahrung (ausgenommen sind Ärzte der Provinz Québec)	Automatische Zulassung von Spitalärzten	Nein	Nein	Bedarfsplanung in Bezug auf die Leistungen von Spitalärzten	Begrenzung Anzahl Studien- und Weiterbildungsplätze (NC)
<b>Italien</b>	Alle Ärzte	Nein	k. A.	Nein	k. A.	Nein	Beschränkung der Anzahl Ärzte, welche über den nationalen Gesundheitsdienst abrechnen können	Begrenzung Anzahl Studienplätze (NC)
<b>Belgien</b>	Alle Ärzte	Landessprachen	Berufserfahrung	Nein	Nein	Ja	Nein	Begrenzung Anzahl Studienplätze (NC)

<b>Niederlande</b>	Alle Ärzte	Nein	k. A.	Nein	Nein	Nein	Nein	Begrenzung Anzahl Studienplätze (NC)
<b>Luxemburg</b>	Alle Ärzte	Landessprachen (d, f, Passivkenntnisse in Luxemburgisch)	Nein	Ja	Nein	k. A.	k. A.	Begrenzung Anzahl Studienplätze (NC)
<b>Spanien</b>	Alle Ärzte	k. A.	k. A.	Ja	Nein	Gesundheitspläne, die den Bedarf an öffentlich angestellten Ärzten festlegen	Nein	Begrenzung Anzahl Studienplätze (NC)
<b>Schweden</b>	Alle Ärzte	Landessprache	umfangreiche praktische Erfahrung, medizinische Zusatzprüfung, besuchter Kurs über das schwedische Gesundheitsrecht	Ja	umfangreiche medizinische Erfahrung, Qualifikation als Facharzt	Nein	Nein	Nein

<b>Dänemark</b>	Alle Ärzte	Nein	Landessprache und evtl. weitere	Nein	Nein	Nein	Steuerung mittels Budget, Kontingenten und finanziellen Anreizen	Steuerung der Ausbildungskapazitäten und Studieninhalte sowie Empfehlungen bezüglich Anzahl Weiterbildungsplätze
<b>Norwegen</b>	Alle Ärzte	Nein	Landessprache	Nein	Nein	Nein	Angebotssteuerung durch Kontingente (Anzahl Patienten pro Arzt) und finanzielle Anreize	Begrenzung Anzahl Studienplätze (NC)
<b>Finnland</b>	Alle Ärzte	Nein	Landessprache	Ja	Nein	Nein	Ja	Begrenzung Anzahl Studienplätze (NC)
<b>England</b>	Alle Ärzte	Nein	Landessprache und evtl. weitere	Ja	Landessprache	Nein	Steuerung mittels Budget	Steuerung der Aus- und Weiterbildung mittels Kapazitäts- und Strukturvorgaben

<b>Irland</b>	Alle Ärzte	Nein	k. A.	Ja	Nein	Nein	Nein	NC für Ausländer
<b>Island</b>	Alle Ärzte	Nein	k. A.	Nein	k. A.	Nein	Begrenzung der Anzahl Verträge bei Überversorgung	Aufnahmeprüfung (kein NC)
<b>Lettland</b>	Alle Ärzte	Nein	k. A.	Nein	k. A.	Nein	Steuerung mittels Budget und Beschränkung Anzahl Verträge	Begrenzung der Anzahl Studienplätze und Plätze für fachärztliche Weiterbildung
<b>Polen</b>	Alle Ärzte	Nein	k. A.	Nein	Nein	Nein	Steuerung durch Einheitskasse mittels Budget	Nein
<b>Tschechische Republik</b>	Alle Ärzte	Landessprache	Nein	Öffentlich ausgeschriebenes Auswahlverfahren	Nein	Nein	Nein	Steuerung über Finanzierung der Ausbildungsplätze und Auswahl der Bewerber für das Medizinstudium und Weiterbildungsplätze

<b>Slowakische Republik</b>	Alle Ärzte	Landessprache	Nein	Vertragszwang nur in der ambulanten ärztlichen Grundversorgung	k. A.	Nein	Begrenzung der Anzahl Verträge auf die Sicherstellung der Mindestversorgung	k. A.
<b>Israel</b>	Alle Ärzte	Kein FZA	Landessprache, medizinische Zusatzprüfung, Praxiserfahrung	Nein	k. A.	Nein	Nein	Nein
<b>Kanada</b>	Alle Ärzte	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	Provinzen zuständig	Bsp. Ontario: Begrenzung Studienplätze (kein NC)
<b>Australien</b>	Alle Ärzte	Kein FZA	Landessprache; zunächst nur Tätigkeit unter Aufsicht und in Bereichen, wo eine Unterversorgung besteht; u.a.	Ja	Tätigkeit während 10 Jahren an einem Ort, an dem Ärztemangel herrscht	Nein	Nein	Nein

## VERZEICHNISSE

### ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abs.	Absatz/Absätze
Art.	Artikel
AS	Amtliche Sammlung des Bundesrechts
Aufl.	Auflage
BBl.	Bundesblatt
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
EFTA	Europäische Freihandelsassoziation (European Free Trade Association)
EG	Europäische Gemeinschaft
et al.	Et alii (lat. und weitere)
etc.	Et cetera
EU	Europäische Union
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
f./ff.	folgende (Seite/n, Randnummer/n)
Hrsg.	Herausgeber
i.V.m.	in Verbindung mit
k. A.	keine Angabe(n)
N	Randnummer
NC	Numerus Clausus
v.a.	vor allem
Ziff.	Ziffer
zit.	zitiert

## **ERLASSVERZEICHNIS**

### **Australien**

Health Practitioner Regulation, No. 42/2010, 01.07.2010 (Medizinalberufsgesetz)

Health Insurance Act, No. 42/1973, 08.08.1974 (Krankenversicherungsgesetz)

### **Belgien**

Arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, 10.11.1967 (Königlicher Erlass Nummer 78 über die Ausübung der Gesundheitspflegeberufe)

Loi instaurant un nouveau cadre général pour la reconnaissance des qualifications professionnelles CE, 12.2.2008 (Gesetz über die Einführung eines neuen allgemeinen Rahmens für die Anerkennung von EG-Berufsqualifikationen)

Arrêté royal relatif à la planification de l'offre médicale, 12.6.2008 (Königlicher Erlass vom 12. Juni 2008 über die Planung des Angebots im Bereich der Medizin)

### **Deutschland**

Bundesärzteordnung, 2.10.1961 (Bundesärzteordnung, BÄO)

Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbs-stärkungsgesetz, GKV-WSG), 26.3.2007

Hochschulrahmengesetz, 19.1.1999 (Hochschulrahmengesetz, HRG)

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesbeschlusses über die Bedarfsplanung sowie die Massstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung, 20.12.2012 (Bedarfsplanungs-Richtlinie)

Sozialgesetzbuch Fünftes Buch, Gesetzliche Krankenversicherung, 20.12.1988 (SGB V)

Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, 28.5.1957 (Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, Ärzte-ZV)

### **Europäische Union**

Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen, 7.9.2005 (RL 2005/36/EG)

Richtlinie 93/16/EWG des Rates vom 5. April 1993 zur Erleichterung der Freizügigkeit für Ärzte und zur gegenseitigen Anerkennung ihrer Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise, 5.4.1993 (RL 93/16/EWG)

Richtlinie 2003/109/EG des Rates vom 25. November 2003 betreffend die Rechtsstellung der langfristig aufenthaltsberechtigten Drittstaatsangehörigen, 25.11.2003 (RL 2003/109/EG)

Richtlinie 2004/38/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 über das Recht der Unionsbürger und ihrer Familienangehörigen, sich im Hoheitsgebiet der Mitgliedstaaten frei zu bewegen und aufzuhalten, 29.04.2004 (RL 2004/38/EG)

### **Europäischer Wirtschaftsraum**

Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum, 3.1.1994 (EWR-Abkommen)

## **Finnland**

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), 01.5.2011 (Medizinalberufsgesetz)

Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä (564/1994), 12.07.2001 (Medizinalberufsverordnung)

Laki sairausvakuutuslain (1224/2004), 21.12.2004 (Krankenversicherungsgesetz)

Terveydenhuoltolaki (1326/2010), 12.12.2011 (Gesundheitsgesetz)

## **Frankreich**

Code de la santé publique von 1953 (Gesundheitsgesetz)

Code de l'éducation (Studiengesetz)

## **Grossbritannien**

Medical Health Act, 26.06.1983 (Gesundheitsgesetz)

National Health Service (Personal Medical Services Agreements) Regulations, 01.04.2004, No. 627 (Verordnung über die Verträge zwischen dem nationalen Gesundheitsdienst und den Gesundheitsdienstleistern)

## **Irland**

Medical Practitioners Act 2007, No. 25, 7.5.2007 (Ärztegesetz)

Health (Provision of General Practitioner Services) Act 2012, 28.02.2012 (Gesetz über die Entschädigung von Gesundheitsdienstleistungen)

## **Island**

Act on Health Insurance, No. 112, 16.09.2012 (Krankenversicherungsgesetz)

## **Italien**

Decreto Legislativo, n. 256, 08.08.1991 (Erlass 256/1991)

Decreto Legislativo, n. 229, 19.06.1999 (Erlass 229/1999)

Decreto Legislativo, n. 264, 02.08.1999 (Erlass 264/1999)

## **Lettland**

The Order of Certification of a Health Care Practitioner, Nr. 943, 18.12.2012 (Verordnung über die Zertifizierung von Ärzten)

The Order of Organisation and Funding Procedure of Health Services, Nr. 1064, 19.12.2006 (Verordnung über die Organisation und die Entschädigung von medizinischen Leistungen)

Regulation of the NHS, Nr. 850, 2011 (Verordnung über den nationalen Gesundheitsdienst)

## **Luxemburg**

Loi concernant l'exercice des professions de médecin, de Médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire, 29.4.1983 (Gesetz vom 29. April 1983 über die Ausübung des Arzt-, des Zahnarzt- und des Tierarztberufs, GAAZT)

## **Niederlande**

Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg, 11.11.1993 (Gesetz über die Berufe der individuellen Gesundheitsfürsorge, Wet-BIG)

## **Norwegen**

Act of 2 July 1999 No. 64 relating to Health Personnel, 2.7.1999 (Medizinalberufsgesetz)

Regulation relating to the Municipal Regular GP Scheme, 23.11.2000 (Gesetz über die Hausarztverträge)

## **Österreich**

Allgemeines Sozialversicherungsgesetz der Republik Österreich, 9.9.1955 (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, ASVG)

Ärztegesetz von 1998 der Republik Österreich, 21.10.2013 (Ärztegesetz, ÄG)

Bundesgesetz über die Organisation der Universitäten und ihre Studien, 9.8.2002 (Universitätsgesetz 2002, UG)

Reihungskriterien-Verordnung der Republik Österreich, 21.10.2013 (Reihungskriterienverordnung, RKV)

## **Schweiz**

Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe, 23.6.2006 (MedBG, Medizinalberufegesetz; SR 811.11)

Bundesgesetz über die Krankenversicherung, 18.3.1994 (KVG; SR 823.10)

Verordnung über die Krankenversicherung, 27.6.1995 (KVV; SR 832.102)

Verordnung vom 3. Juli 2013 über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (VEZL; SR 832.103)

Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit, 21.6.1999 (FZA; SR 0.142.112.681)

Übereinkommen zur Errichtung der Europäischen Freihandelsassoziation, 4.1.1960 (EFTA; SR 0.632.31)

## **Slowakische Republik**

Gesetz 578/2004 über die Gesundheitsversorger, 21.10.2004, Z. z.

Gesundheitsversicherungsgesetz 459/2005, 21.10.2004, Z. z.

Anordnung der Regierung 640/2008, 17.12.2008, Z. z.

## **Spanien**

Real Decreto 1417/1990 por el que se establece el título universitario oficial de Licenciado en Medicina y las directrices generales propias de los planes de estudios a la obtención de aquél, 26.10.1990 (Königlicher Erlass 1417/1990)

**Tschechische Republik**

Gesetz 48/1997 über die öffentliche Gesundheitsversicherung, 7.3.1997

Gesetz 95/2004 über den Arztberuf, 29.1.2004

## LITERATURVERZEICHNIS

- Association Luxembourgeoise des Étudiants en Médecine (ALEM): Études de médecine au Luxembourg, <<http://www.alem.lu/modules/publications/publications.php?section=9&nom=Luxembourg>>, zuletzt besucht am 16.12.2013 (zit. ALEM – Études au Luxembourg)
- Bundesministerium für Gesundheit: Das österreichische Gesundheitssystem – Zahlen – Daten – Fakten, aktualisierte Auflage 2013, <<http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/2/5/3/CH1004/CMS1383737602264/gesundheitssystem-zahlen-daten-2013.pdf>>, zuletzt besucht am 16.12.2013 (zit. Das österreichische Gesundheitssystem)
- Canadian Information Centre for International Credentials: Information for foreign-trained medical doctors, <<http://www.cicic.ca/en/professions.aspx?sortcode=2.19.21&prof=3112>>, zuletzt besucht am 16.12.2013 (zit. Information for foreign-trained medical doctors)
- Chevreur Katerine et al.: European Observatory on Health Systems and Policies, Health Systems in Transition, Vol. 12 No. 6, 2010
- Cottier Thomas/Liechti-McKee Rachel: KVG-Teilrevision: zur Vereinbarkeit mit dem bilateralen Freizügigkeitsabkommen Schweiz-EU, in: Jusletter vom 10. Juni 2013, Bern
- Danish Health and Medicines Authority: Guidelines No. 40 concerning autorisation of doctors trained outside of Denmark, <<http://sundhedsstyrelsen.dk/en/registration/registration-of-healthcare-professionals/application-for-registration/medical-doctor>>, zuletzt besucht am 16.12.2013 (zit. Registration Guidelines Denmark)
- Danish Health and Medicines Authority: Registration for EU doctors, <[http://sundhedsstyrelsen.dk/English/Education\\_and\\_authorization/Medical\\_Doctor/%20EU%20doctors.aspx](http://sundhedsstyrelsen.dk/English/Education_and_authorization/Medical_Doctor/%20EU%20doctors.aspx)>, zuletzt besucht am 16.12.2013 (zit. Registration of EU doctors)
- Department of Health of Australia: Registration of International Medical Graduates, <<http://www.health.gov.au/internet/otd/publishing.nsf/Content/skillsRecognition>>, zuletzt besucht am 16.12.2013 (zit. Registration Guide for IMGs)
- Epiney Astrid: Vorübergehende Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung frei praktizierender Ärzte: ausgewählte Aspekte der Vereinbarkeit mit dem Freizügigkeitsabkommen Schweiz-EU, in: Jusletter vom 22. April 2013, Bern
- Finish Medical Council: A Guide for Foreign Doctors working in Finland, <[http://old.laakariliitto.fi/files/Guide\\_for\\_foreign\\_Doctors\\_working\\_in\\_Finland.pdf](http://old.laakariliitto.fi/files/Guide_for_foreign_Doctors_working_in_Finland.pdf)>, zuletzt besucht am 05.11.2013 (A Guide for Foreign Doctors working in Finland)
- Gächter Thomas/Burch Stephanie: «Zulassungsstopp» in der Krankenversicherung. Zur erneuten Einschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung (Art. 55a KVG), in: hill – Zeitschrift für Recht und Gesundheit, Nr. 123
- General Medical Council of the UK: Information on the General Practitioner (GP) Register, <[http://www.gmc-uk.org/doctors/register/gp\\_register.asp](http://www.gmc-uk.org/doctors/register/gp_register.asp)>, zuletzt besucht am 16.12.2013 (zit. Information on the General Practitioner (GP) Register)
- Gracia-Armesto et al.: European Observatory on Health Systems and Policies, Health Systems in Transition, Vol. 12 No. 4, 2012
- Grand-Duché de Luxembourg: Portail Santé Luxembourg – Conventonnement avec les prestataires de soins, <<http://www.sante.public.lu/fr/systeme-sante/financement/conventonnement/index.html>>, zuletzt besucht am 16.12.2013 (zit. Portail Santé Luxembourg)

- Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI): Le contrat INAMI pour médecins et dentistes, <<http://www.portalpack.aginsurance.be/sites/IBP2/SiteCollectionDocuments/00792423500F.pdf>>, zuletzt besucht am 16.12.2013 (INAMI – Le contrat pour médecins)
- Irish Medical Council: A Guide to Application Procedure and Registration Rules for Registration in the Register of Medical Practitioners (zit. Registration Guide for Medical Practitioners)
- L'Assurance Maladie: Contrat d'accès aux soins, <[http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/contrat-d-acces-aux-soins/les-principes-du-contrat-d-acces-aux-soins\\_rhone.php](http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/contrat-d-acces-aux-soins/les-principes-du-contrat-d-acces-aux-soins_rhone.php)>, zuletzt besucht am 16.12.2013 (zit. L'Assurance Maladie - Contrat d'accès aux soins)
- L'Assurance Maladie: Régulation des pratiques tarifaires excessives, <[http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/regulation-des-pratiques-tarifaires-excessives\\_rhone.php](http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/regulation-des-pratiques-tarifaires-excessives_rhone.php)>, zuletzt besucht am 16.12.2013 (zit. L'Assurance Maladie - Régulation des pratiques tarifaires excessives)
- Lo Scalzo Alessandra et al.: European Observatory on Health Systems and Policies, Health Systems in Transition, Vol. 11 No. 6, 2009
- Maastricht University: Career Prospects, <<http://www.maastrichtuniversity.nl/web/Faculties/FHML/TargetGroup/ProspectiveStudents/BachelorsProgrammes/Programmes/Medicine/AfterTheBachelors.htm>>, zuletzt besucht am 16.12.2013 (zit. Study Guide of University of Maastricht)
- Marchildon Gregory P.: European Observatory on Health Systems and Policies, Health Systems in Transition, Vol. 15 No. 1, 2013
- Medical Council of Canada: LMCC and the Canadian Medical Register, <<http://mcc.ca/about/lmcc/>>, zuletzt besucht am 16.12.2013 (zit. LMCC and the Canadian Medical Register)
- Medical Council of Canada: Overview of licensure process for IMGs, <<http://mcc.ca/about/mcc-and-route-to-licensure/licensure-process-for-imgs/>>, zuletzt besucht am 16.12.2013 (zit. Overview of licensure process for IMGs)
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: Sistema Nacional de Salud – España, 2012 (zit. Ministerio de Sanidad)
- Ministry of Health of Israel: License Guide, <<http://www.health.gov.il/English/Services/MedicalAndHealthProfessions/GeneralMedicine/Pages/default.aspx>>, zuletzt besucht am 16.12.2013 (zit. Medical Registration Guide Israel)
- Mitenbergs Uldis et al.: European Observatory on Health Systems and Policies, Health Systems in Transition, Vol. 14 No. 8, 2012
- Møller Pedersen Kjeld/Sahl Andersen John/Søndergaard Jens: General Practice and Primary Health Care in Denmark, 2012, <[http://www.jabfm.org/content/25/Suppl\\_1/%20S34.long](http://www.jabfm.org/content/25/Suppl_1/%20S34.long)>, zuletzt besucht am 16.12.2013 (zit. General Practice and Primary Health Care in Denmark)
- Norwegian Registration Authority for Health Personnel (SAK): Medical Practitioners educated outside the EU/EEA, <[http://english.sak.no/sites/sak-english/profession/Sider/medical-practitioners-educated-outside-the-eueea.aspx#.UqWQ\\_5FyfbK](http://english.sak.no/sites/sak-english/profession/Sider/medical-practitioners-educated-outside-the-eueea.aspx#.UqWQ_5FyfbK)>, zuletzt besucht am 16.12.2013 (zit. Medical Practitioners educated outside the EU/EEA)
- Nüsken Johanna/Busse Reinhard: Ansatzpunkte und Kriterien der Bedarfsplanung in anderen Gesundheitssystemen, Berlin 2011
- Olejaz Maria et al.: European Observatory on Health Systems and Policies, Health Systems in Transition, Vol. 14 No. 2, 2012

- OPSA Alcontra observatoire transalpin de promotion de la santé: Le système de santé français, <<http://www.opsa.eu/cms/fr/systemes-de-sante/le-systeme-de-sante-francais.html>>, zuletzt besucht am 16.12.2013 (zit. Le système de la santé français)
- Organización Médica Colegial de España (OMC): Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España – Trabajar en España, <<https://www.cgcom.es/colegiacion>>, zuletzt besucht am 16.12.2013 (zit. OMC trabajar en España)
- Poledna Tomas/Rütsche Bernhard: Diskriminierung von Ärzten aus dem EU- und EFTA-Raum, in: NZZ vom 18. April 2013
- Polnisches Gesundheitsministerium: Poland in the European Union – Coordination of Health Insurance Systems within the European Union, <<http://www.mz.gov.pl/wwwmzold/index?mr=mo&ms=&ml=en&mi=535&mx=0&mt=&my=464&ma=516>>, zuletzt besucht am 16.12.2013 (zit. Coordination of Health Insurance Systems within the European Union)
- Rosen Bruce/Hadar Samuel: European Observatory on Health Systems and Policies, Health Systems in Transition, Vol. 11 No. 2, 2009
- Sagan Anna et al.: European Observatory on Health Systems and Policies, Health Systems in Transition, Vol. 13 No. 8, 2011
- Schäfer Willemijn et al.: European Observatory on Health Systems and Policies, Health Systems in Transition, Vol. 12 No. 1, 2010
- Schölkopf Martin: Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich – Gesundheitssystemvergleich und die europäische Gesundheitspolitik, Berlin 2010
- The Association of Faculties of Medicine of Canada: Admission Requirements of Canadian Faculties of Medicine, <<http://www.afmc.ca/publications-admission-e.php>>, zuletzt besucht am 16.12.2013 (zit. Admission Requirements)
- The Commonwealth Fund: International Profiles of Health Care Systems, 2012
- The Health Systems and Policy Monitor: Health Systems in Transition (HiT) profile of Denmark, <<http://www.hspm.org/countries/denmark27012013/livinghit.aspx?Section=4.2%20Human&20resources&Type=Section>>, zuletzt besucht am 16.12.2013 (zit. Health System Denmark)
- The Health Systems and Policy Monitor: Health Systems in Transition (HiT) profile of England, <<http://www.hspm.org/countries/england11032013/livinghit.aspx?Section=5.2%20Human%20resources&Type=Section>>, zuletzt besucht am 16.12.2013 (zit.: Health System England)
- The National Board of Health and Welfare – Socialstyrelsen: Application for licence to practise as a doctor of medicine, <<http://www.socialstyrelsen.se/applicationforswedishlicencetopractiseeea/doctorofmedicin>>, zuletzt besucht am 16.12.2013 (zit. Socialstyrelsen Application)
- The National Board of Health and Welfare – Socialstyrelsen: Application for licence to practise as a doctor of medicine for EU/EFTA members, <<http://www.socialstyrelsen.se/applicationforswedishlicencetopractiseothercountries/doctorofmedicin>>, zuletzt besucht am 16.12.2013 (zit. Socialstyrelsen Application EU/EFTA)
- Thomson Sarah/Osborn Robin/Squires David/Jun Miraya: International Profiles of Health Care Systems, 2012. Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Iceland, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States, The Commonwealth Fund, November 2012
- University of Dublin: Entry Requirements, <[https://myucd.ucd.ie/programme\\_info/gen\\_reg.ezc](https://myucd.ucd.ie/programme_info/gen_reg.ezc)>, zuletzt besucht am 16.12.2013 (zit. University of Dublin: Entry Requirements)

Valvira: National Supervisory Authority for Welfare and Health – Doctors with EU/EEA Qualifications and Citizenship, <[http://www.valvira.fi/en/licensing/professional\\_practice\\_rights/doctors/qualified\\_in\\_the\\_eu\\_eu\\_citizens](http://www.valvira.fi/en/licensing/professional_practice_rights/doctors/qualified_in_the_eu_eu_citizens)>, zuletzt besucht am 16.12.2013 (zit. Valvira: Doctors with EU/EEA Qualifications and Citizenship)

Vuorenkoski Lauri: Finland Health System Review, Health Systems in Transition, Vol. 10 No. 4, 2008