



INTERVIEW

08 | Exklusiv: Der neue Schulthess-CEO

CARTE BLANCHE

11 | Felix Schneuwly über 30 Jahre KVG

PFLEGE

16 | Wie das USZ die KI nutzt

MANAGEMENT

24 | Pflege und Gastro unter einem Dach



DOSSIER

Aktuelle Rechtsentwicklungen

++ Kostendämpfungspaket ++ Maximales Kostenwachstum ++ EKKQ ++ Kantonale Spitalplanung ++ Tardoc ++ Ambulante Pauschalen ++ Impfungen ++ Revision kantonaler Gesundheitsgesetze ++ Elektronisches Gesundheitsdossier (E-GD) ++ Revision SpVG ++ Revision Heilmittelgesetz (HMG) ++ ZH: Pflegeheimbettenplanung ++ Zuger Zulassungsbeschränkung | **S. 18**



care



Profis in Care Hand in Hand

transgourmet.ch/care





DOSSIER

Aktuelle Rechtsentwicklungen im Gesundheitswesen

Auch in der diesjährigen Märzausgabe werfen wir einen Blick auf ausgewählte regulatorische Entwicklungen im schweizerischen Gesundheitswesen. Im Zentrum der gesundheitspolitischen Debatte steht (weiterhin) die **Kostendämpfung**. Weitere Themen bilden die am 1. Januar 2026 in Kraft getretene **Totalrevision des ambulanten Tarifsystems** (Tardoc) und ambulante Pauschalen) und die **digitale Transformation** des Gesundheitswesens. Zudem befinden sich mehrere kantonale Gesundheits- und Spitalerlasse in Revision.

► DR. LUISA VATTER UND DR. MARTIN ZOBL

1. Verabschiedung des zweiten Kostendämpfungspakets

Nach zweieinhalb Jahren parlamentarischer Beratung wurde am 21. März 2025 das umfangreiche zweite Kostendämpfungspaket verabschiedet. Das Paket enthält 16 Massnahmen und verfolgt das Ziel, die Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) auf das medizinisch begründbare Mass zu begrenzen. Mit Verabschiedung des Pakets wurden Änderungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) beschlossen, die die gesetzlichen Grundlagen für die Massnahmen schaffen. Die Umsetzung der Massnahmen erfolgt gestaffelt über mehrere separate Verord-

nungsrevisionen. Inzwischen befinden sich Änderungen der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV), der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) in der Vernehmlassung.

Die verabschiedeten Massnahmen betreffen mehrere Bereiche, unter anderem die Leistungsvergütung in verschiedenen Gesundheitsberufen, die Arzneimittelvergütung, Instrumente zur Steuerung und Information von Versicherten sowie die Digitalisierung.

Beispielsweise werden Apothekerinnen und Apotheker sowie Hebammen mehr Leistungen in eigener Verantwortung erbringen und zulasten der OKP abrechnen dürfen. Neu werden Beratungsleistungen von Apothekerinnen und

Apothekern zur Optimierung der Arzneimitteltherapie und der Therapietreue unabhängig von der Arzneimittelabgabe übernommen. Zudem dürfen sie ausgewählte Untersuchungen und Präventionsmassnahmen selbst durchführen und gewisse Laboranalysen selbst veranlassen. Hebammen können neu unter anderem bestimmte Arzneimittel anwenden, bestimmte Analysen und Mittel und Gegenstände verordnen und den Beginn einer Schwangerschaft feststellen.

In Bezug auf die Arzneimittelvergütung wird die Möglichkeit einer vorläufigen Vergütung ab Zulassung durch das Schweizerische Heilmittelinstitut Swissmedic eingeführt. Arzneimittel mit hohem medizinischem Bedarf können auf Antrag für maximal zwei Jahre auf eine temporäre Liste gesetzt werden. Sie werden während dieser Zeit zu einem vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) festgelegten Preis vergütet. Hierdurch soll ein rascher Zugang zu wichtigen Arzneimitteln sichergestellt werden, ohne die Kostenkontrolle zu verlieren. Zudem wurden die Grundlagen für die Anwendung von Preismodellen gesetzlich verankert, die Rabatte und Rückerstattungen bei hochpreisigen Arzneimitteln vorsehen können. Schliesslich ist es Versicherern neu gestattet, ihre Versicherten gezielt über kostengünstigere Leistungen, die Wahl von geeigneten besonderen Versicherungsformen und präventive Massnahmen zu informieren.

2. Festlegung von Kosten- und Qualitätszielen

Der Bundesrat hat per 1. Januar 2026 den indirekten Gegenvorschlag zur abgelehnten «Kostenbremse-Initiative» in Kraft gesetzt, der die Festlegung von Kosten- und Qualitätszielen vorsieht. Neu ist der Bundesrat verpflichtet, jeweils für vier Jahre das maximale Kostenwachstum in der OKP festzulegen. Ziel ist es, medizinisch nicht begründbares Mengen- und Kostenwachstum zu reduzieren und so die Qualität der medizinischen Versorgung zu steigern. Für die Festlegung der Ziele sind verschiedene Faktoren zu berücksichtigen, namentlich die Entwicklung der Demografie und der Morbidität, der medizinisch-technische Fortschritt, die wirtschaftliche Entwicklung und das Lohn- und Preisniveau sowie das Potenzial zur Effizienzsteigerung. Die Ziele gelten einerseits für die Gesamtausgaben aller OKP-Leistungen und andererseits für fünf



spezifische Kostengruppen (stationäre Behandlungen, ambulante Behandlungen im Spital, ambulante Behandlungen ausserhalb des Spitals, Arzneimittel und Pflege im Pflegeheim oder zu Hause).

Die ersten konkreten Ziele werden für die Jahre 2028 bis 2031 gelten und müssen spätestens Ende 2026 durch den Bundesrat festgelegt werden. Die Kostenziele werden nach vorgängiger Anhörung der Versicherer, der Versicherten, der Kantone und der Leistungserbringer festgelegt. Sie sollen neue Möglichkeiten eröffnen, die Kostenentwicklung aus einer bisher fehlenden Gesamtsicht zu steuern. Eine erhöhte Transparenz darüber, welcher Teil der Kostensteigerung medizinisch gerechtfertigt ist und welcher nicht, soll es ermöglichen, einen übermässigen Kostenanstieg in einzelnen Bereichen frühzeitig zu erkennen und gezielte Gegenmassnahmen zu ergreifen.

3. Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring (EKKQ)

Neben der Festlegung von Kosten- und Qualitätszielen sah der indirekte Gegenvorschlag zur abgelehnten «Kostenbremse-Initiative» die Schaffung einer Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring (EKKQ) vor. Die EKKQ ist eine unabhängige ausserparlamentarische Kommission, die aus neun vom Bundesrat gewählten Mitgliedern besteht. Sie hat per 1. Januar 2026 ihre Arbeit aufgenommen.

Die EKKQ richtet eine systematische und kontinuierliche Überwachung der Kosten in der OKP ein und analysiert die Entwicklung der Kosten in den einzelnen Leistungsbereichen. Sie wird die Einhaltung der Kostenziele überprüfen und kann zuhanden des Bundes, der Kantone und der Tarifpartner Empfehlungen zur Kostendämpfung abgeben.

4. Bericht zur kantonalen Spitalplanung

Am 28. Januar 2026 hat der Bundesrat einen Bericht zur kantonalen Spitalplanung mit dem ►►

► Apothekerinnen und Apotheker sowie Hebammen werden mehr Leistungen in eigener Verantwortung erbringen und zulasten der OKP abrechnen dürfen.





➔ Neu ist der Bundesrat verpflichtet, jeweils für vier Jahre das maximale Kostenwachstum in der OKP festzulegen.

➔ Titel «Investitionen der Schweizer Spitäler und kantonale Spitalplanung» verabschiedet. Mit dem Bericht erfüllt der Bundesrat mehrere Postulate, die davon ausgehen, dass die steigenden Gesundheitskosten im stationären Bereich auf systemische Ineffizienzen, insbesondere Überkapazitäten, zurückzuführen seien. Der Bericht verfolgt das Ziel, diese Annahme zu untersuchen und allfälligen Handlungsbedarf zu identifizieren.

Der Bundesrat weist zunächst darauf hin, dass die Spitalplanung in der Kompetenz der Kantone liegt, und kommt zum Schluss, dass die Kantone mit den bestehenden Modellen grundsätzlich über die nötigen Instrumente verfügen, um eine gute stationäre Versorgung zu gewährleisten. Dennoch zeigt der Bericht im Spitalbereich im Hinblick auf die Kostendämpfung Verbesserungspotenzial auf. Es werden gezielte Empfehlungen zu den verschiedenen Schritten der Spitalplanung zuhanden der Kantone formuliert. Aus Sicht des Bundesrats ist insbesondere eine engere Zusammenarbeit über Kantons Grenzen hinweg nötig. Er empfiehlt, den Ansatz von Versorgungsregionen voranzutreiben. Eine vom Bund verordnete Konzentration der Spitallandschaft wird dagegen derzeit nicht als zielführend erachtet; zudem ist die verfassungsmässige Kompetenzausscheidung zu beachten.

5. Neues Tarifsystem für ambulante Leistungen seit 1. Januar 2026 (Tardoc und ambulante Pauschalen)

Seit dem 1. Januar 2026 gilt ein neues Tarifsystem für ambulante ärztliche Leistungen bestehend aus dem Einzelleistungstarif Tardoc und ambulanten Pauschalen. Das neue Tarifsystem löste den zuvor seit 2004 geltenden Einzelleistungstarif Tarmed ab. Es handelt sich um die bedeutendste Tarifrevision seit über 20 Jahren. Pauschaltarife stellen im ambulanten Bereich ein Novum dar. Mit dem neuen System sollen die medizinische Realität besser abgebildet und eine effizientere Leistungserbringung gefördert werden. Zudem sollen Kosten im Gesundheitswesen gespart werden. Die Systemumstellung wird kontrovers diskutiert und stellt die Praxis der

zeit mit neuen Auslegungsfragen und notwendigen administrativen Anpassungen vor Herausforderungen.

Tardoc und die ambulanten Pauschalen sind als lernendes System ausgestaltet, das jährlich mittels eines Antragsverfahrens überarbeitet werden soll. Für die Weiterentwicklung der Tarifstrukturen ist die von den Tarifpartnern geschaffene Organisation ambulante Arzttarife (OAAT AG) zuständig, wobei Anpassungen der Genehmigung des Bundesrats bedürfen. Die nächste ordentliche Anpassung ist per 1. Januar 2027 geplant. Einige Anpassungen und Ergänzungen genehmigte der Bundesrat am 5. November 2025 noch kurz vor Inkrafttreten des neuen Tarifsystems.

Im Dezember 2025 hat die FMCH (Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica), der Dachverband der chirurgisch und invasiv tätigen Ärztinnen und Ärzte der Schweiz, Beschwerde gegen Teile der genehmigten neuen Tarifstruktur beim Bundesverwaltungsgericht (BVGer) erhoben. Konkret wurden zwölf ausgewählte ambulante Pauschalen gerichtlich beanstandet, die die FMCH als nicht sachgerecht erachtet. Das BVGer hat festgestellt, dass Tarifgenehmigungen des Bundesrats nicht gerichtlich überprüfbar seien und die ambulanten Pauschalen lediglich im Fall einer konkreten Tarifstreitigkeit gerichtlich überprüft werden könnten (Urteil C-9459/2025 vom 22. Januar 2026).

6. Franchisebefreiung für Impfungen nach Art. 12a KLV

Die KLV und ihre Anhänge konkretisieren die Vergütung von Leistungen durch die OKP. Seit dem 1. Januar 2026 sind die in Art. 12a KLV aufgeführten Impfungen und die dazugehörige Beratung von der Franchise befreit. Der gesetzliche Selbstbehalt der Versicherten bleibt unverändert. Die Massnahme ist Teil des Aktionsplans der Nationalen Strategie Impfungen. Ziel ist es,

der gesamten Bevölkerung einen einfachen Zugang zu Impfungen zu ermöglichen und die Impfrate in der Schweiz nachhaltig zu steigern. Von der Franchisebefreiung profitieren sämtliche Impfungen nach den geltenden Empfehlungen, die von der OKP vergütet werden, unter anderem gegen Diphtherie, Tetanus, Influenza und FSME.

7. Revision des Heilmittelgesetzes (HMG): Digitalisierung des Medikationsprozesses

Das Heilmittelgesetz (HMG), das den Umgang mit Arzneimitteln und Medizinprodukten in der Schweiz regelt, wird derzeit zum dritten Mal seit Inkrafttreten im Jahr 2002 revidiert (Revision 3a). Die Revision 3a umfasst drei Hauptbereiche: die Digitalisierung des Medikationsprozesses, eine klarere Regulierung von Arzneimitteln für neuartige Therapien (ATMP) sowie eine Angleichung der Tierarzneimittel-Regulierung an die Bestimmungen der Europäischen Union (EU).

Die Digitalisierung des Medikationsprozesses sieht insbesondere eine elektronische Verschreibung mittels E-Rezept vor. Heilmittel können heute schon freiwillig elektronisch ausgestellt und digital übertragen werden. Die notwendigen gesetzlichen Grundlagen bestehen bereits (Art. 51 Abs. 2 Arzneimittelverordnung [VAM]). Die Revision sieht nunmehr vor, die Nutzung des E-Rezepts grundsätzlich verbindlich vorzuschreiben. Durch die verbesserte Lesbarkeit, die Fehlerquellen reduziert, sowie durch die Vermeidung von Rezeptfälschungen und nicht erlaubten Mehrfacheinlösungen soll die Medikationssicherheit erhöht werden. Zudem soll eine Rechtsgrundlage für einen elektronischen Medikationsplan geschaffen werden. Dieser soll mehr Transparenz und einen besseren Informationsaustausch zwischen allen behandelnden Fachpersonen schaffen, wodurch etwa mögliche Wechselwirkungen frühzeitig erkannt werden sollen. Schliesslich

soll die Digitalisierung des Medikationsprozesses die Arzneimittelsicherheit in der Pädiatrie erhöhen. Die Gesetzesvorlage sieht vor, Einrichtungen, die stationäre pädiatrische Behandlungen durchführen, zum Einsatz von elektronischen Systemen zur Berechnung von Arzneimitteldosierungen zu verpflichten. Hintergrund ist, dass es nur wenige spezifisch für Kinder zugelassene Arzneimittel gibt und Dosierungen jeweils individuell pro Kind anhand von Alter, Gewicht, Körpergrösse und weiteren relevanten Faktoren zu berechnen sind.

Die Botschaft zum vorgeschlagenen Gesetzestext wurde am 3. September 2025 vom Bundesrat an das Parlament überwiesen und befindet sich derzeit in parlamentarischer Beratung.

8. Elektronisches Gesundheitsdossier (E-GD) soll elektronisches Patientendossier (EPD) ablösen

Der Bundesrat hat eine grundlegende Neuausrichtung des elektronischen Patientendossiers (EPD) beschlossen. Das EPD soll durch das elektronische Gesundheitsdossier (E-GD) abgelöst werden. Am 5. November 2025 hat der Bundesrat die Botschaft eines neuen Bundesgesetzes über das elektronische Gesundheitsdossier (EGDG) an das Parlament überwiesen. Hintergrund ist, dass die Nutzung des EPD bislang hinter den Erwartungen zurückblieb. Das heutige EPD beruht auf einer komplexen Struktur mit zahlreichen privaten Anbietern und einem aufwendigen Eröffnungsprozess. Bis das neue EGDG in frühestens fünf Jahren in Kraft tritt, bleibt das EPD in Betrieb.

Kern der Reform ist der Übergang von einem Opt-in-Modell zu einer automatischen Eröffnung eines Dossiers für jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz, sofern nicht widersprochen wird (Opt-out-Modell). Hierdurch sollen der Zugang zum E-GD und eine möglichst flächendeckende Nutzung gefördert werden. Dabei sollen Patientinnen und Patienten die volle Kontrolle über ihre Daten behalten. Wer kein E-GD will, kann der Eröffnung widersprechen oder es jederzeit löschen lassen. Zudem können Patientinnen und Patienten selbst entscheiden, wer auf welche Daten zugreifen darf und welche Informationen nicht im E-GD abgelegt werden sollen. Die Zusammenfassung von Gesundheitsdaten an einem zentralen digitalen Ort soll die Behandlungsqualität verbessern, die Patientensicherheit erhöhen und gleichzeitig die Effizienz im Gesundheitswesen steigern.

Eine weitere zentrale Anpassung betrifft die Anschlusspflicht für sämtliche Leistungserbringer, die zulasten der OKP abrechnen. Schon heute sind unter anderem alle Spitäler und Pflegeheime verpflichtet, sich dem EPD anzuschliessen. Neu werden auch alle Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker sowie weitere Gesundheitsfachpersonen verpflichtet, das E-GD zu nutzen und alle behandlungsrelevanten Gesundheitsdaten einzutragen. Hierdurch soll ➔

➔ Das E-GD soll auf einer zentralen technischen Infrastruktur beruhen. Der Bund wird das Informationssystem verantworten und eine schweizweit einheitliche Lösung sicherstellen.



➔ In der Planung der Pflegeheimbetten wird neu in Versorgungsregionen unterteilt und zwischen der allgemeinen und der spezialisierten Langzeitpflege unterscheiden.



➔ der Nutzen des E-GD deutlich erhöht werden.

Schliesslich sollen die Aufgaben und Zuständigkeiten von Bund und Kantonen sowie die Finanzierung des E-GD klarer geregelt werden. Das E-GD soll insbesondere auf einer zentralen technischen Infrastruktur beruhen. Der Bund wird das Informationssystem verantworten und eine schweizweit einheitliche Lösung sicherstellen. Die Kantone tragen die laufenden Betriebskosten.

9. Revision des Spitalversorgungsgesetzes (SpVG) im Kanton Bern: Einführung eines einheitlichen Klinikinformationssystems (KIS)

Im Kanton Bern wird derzeit das Spitalversorgungsgesetz (SpVG) teilrevidiert. Die Gesetzesrevision soll zum 1. Januar 2027 in Kraft treten und besteht aus zwei Teilen. Einerseits soll die Grundlage für eine einheitliche digitale Gesundheitsplattform geschaffen werden. Der Regierungsrat soll ermächtigt werden, eine solche zu bezeichnen und ein einheitliches Klinikinforma-

tionssystem (KIS) festzulegen, wobei Spitäler mit Mehrheitsbeteiligung des Kantons zum Anschluss verpflichtet werden könnten. Damit soll die Zusammenarbeit zwischen Spitälern erleichtert, Synergien genutzt und die Effizienz gesteigert werden. Dieser Vorschlag wurde in der Vernehmlassung kritisch diskutiert, insbesondere im Hinblick auf die Abhängigkeit von einem einzigen Anbieter, die Wahlfreiheit der Leistungserbringer sowie Kosten und Datenschutz.

Zudem sieht die Gesetzesvorlage eine Anpassung der Rechtsgrundlagen zur finanziellen Unterstützung von Listenspitälern durch den Kanton vor. Unter anderem bei Liquiditätsgapen soll der Kanton Bürgschaften und Darlehen gewähren dürfen, sofern es sich um ein für die Versorgung unverzichtbares Listenspital handelt.

10. Revisionen kantonaler Gesundheitsgesetze: Neuregelung von Bewilligungspflichten, Digitalisierung, Stärkung von Patientenrechten

In Zürich, St.Gallen und Schaffhausen laufen derzeit Totalrevisionen der kantonalen Gesundheitsgesetze. Mit den Revisionen sollen die Gesetze an das Bundesrecht angepasst werden und aktuellen Herausforderungen und Entwicklungen Rechnung getragen werden.

Im Kanton Zürich ist unter anderem eine Neuregelung von Bewilligungspflichten vorgesehen. Zum einen wird vorgeschlagen, weitere eidg. dipl. Berufe des Gesundheitswesens, namentlich Podologinnen, medizinische Masseurinnen, Naturheilpraktikerinnen sowie Komplementärtherapeuten, unter eine Bewilligungspflicht zu stellen. Zum anderen soll für Personen, die unter fachlicher Aufsicht arbeiten, keine Bewilligungspflicht mehr bestehen, sondern lediglich eine Meldepflicht. Auch in Bezug auf Betriebsbewilligungen sind Änderungen vorgesehen. Spitäler, Pflegeheime und andere ambulante Einrichtungen des Gesundheitswesens benötigen weiterhin eine Betriebsbewilligung. Der Gesetzeswortlaut soll jedoch weiter gefasst werden, um flexibel auf neue Organisationsformen reagieren zu können. Zudem soll für das Erbringen von Gesundheitsleistungen unter einer einzigen Trägerschaft neu nur noch eine einzige Betriebsbewilligung erforderlich sein.

Auch in den Kantonen St.Gallen und Schaffhausen werden die Anforderungen an Berufsausübungs- und Betriebsbewilligungen präzisiert und an das Bundesrecht angepasst. In Schaffhausen wird zudem die gesundheitspolizeiliche Aufsichtskompetenz des Kantons gegenüber Spitälern, Pflegeheimen und anderen Institutionen des Gesundheitswesens neu geregelt und gestärkt. Künftig sollen die bisher in anderen kantonalen Gesetzen (Altersbetreuungs- und Pflegegesetz sowie Spitalgesetz) enthaltenen Bestimmungen zwecks besserer Übersichtlichkeit ausschliesslich im kantonalen Gesundheitsgesetz geregelt werden.

Die Gesetzesentwürfe sehen zudem verschiedene Anpassungen im Bereich Digitalisierung vor. Im Kanton Zürich sollen Grundsätze der Telemedizin gesetzlich verankert werden und eine neue Pflicht für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte zur elektronischen Patientenakte sowie Standards für den Datenaustausch zwischen Leistungserbringern eingeführt werden. In St.Gallen soll der Kanton die Möglichkeit erhalten, die Entwicklung und Umsetzung von Digital-Health-Lösungen (Austauschplattformen, Informationssysteme, Applikationen etc.) finanziell zu unterstützen, sofern mehrere Betriebe daran beteiligt sind. Ziel ist die Förderung der Interoperabilität von Systemen und die Mehrfachnutzung von Daten.

Schliesslich sind verschiedene Anpassungen zur Stärkung von Patientenrechten vorgesehen. Im Kanton Zürich soll eine gesetzliche Grund-

lage für die Vergabe von kantonalen Leistungsaufträgen an Dritte zur Führung einer unabhängigen Beschwerdestelle für Patientinnen und Patienten geschaffen werden. In Schaffhausen soll unter anderem eine neue Regelung eingeführt werden, die den Kanton verpflichtet, für ein angemessenes Angebot im Bereich Palliative Care zu sorgen.

11. Pflegeheimbettenplanung im Kanton Zürich

Im Rahmen des Projekts «Pflegeheimbettenplanung 2027» erarbeitet der Kanton Zürich eine neue Pflegeheimliste. Diese wird künftig vorgeben, welche Pflegeheime im Kanton Zürich Leistungen zulasten der OKP abrechnen können. Hierdurch soll eine bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende und langfristig finanzierbare Pflegeversorgung im Kanton gewährleistet werden. In der Planung der Pflegeheimbetten wird neu in Versorgungsregionen unterteilt und zwischen der allgemeinen und der spezialisierten Langzeitpflege unterschieden. Am 29. August 2025 erschien der Vernehmlassungsbericht zum Entwurf einer entsprechenden Verordnung über die Planung der stationären Pflegeversorgung. Die Auswertung des Berichts hat ergeben, dass die Pflegeheimbettenplanung eine formell-gesetzliche Grundlage erfordert. Der Regierungsrat hat daher beschlossen, die Grundlagen für die Pflegeheimbettenplanung im Kanton Zürich auf Gesetzes- statt Verordnungsebene zu verankern. Zudem soll die Zusammenarbeit zwischen Kanton und Gemeinden expliziter geregelt werden.

Die Anpassung der Rechtsgrundlage hat eine Verzögerung des Projektzeitplans zur Folge. Sobald die Planungsgrundlagen geschaffen wurden (1. Etappe), wird voraussichtlich Anfang 2027 das Antragsverfahren eröffnet (2. Etappe). In diesem müssen sich Pflegeheime, die künftig über die OKP abrechnen wollen, um Aufnahme auf die Pflegeheimliste bewerben. Im Anschluss werden die Anträge evaluiert und eine provisorische Pflegeheimliste der Öffentlichkeit zur Vernehmlassung unterbreitet, bevor schliesslich die Pflegeheimliste festgesetzt wird (3. Etappe). Die neue Pflegeheimliste soll per 1. April 2028



in Kraft treten. Ob dieser Zeitplan eingehalten werden kann, hängt vom Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens ab.

12. Bundesgericht bestätigt Zuger Zulassungsbeschränkung

Im Frühling 2025 hat das Bundesgericht sechs Beschwerden von Ärztinnen und Ärzten abgewiesen, die sich gegen die Zulassungsverordnung im Kanton Zug richteten (Urteile 9C_529/2023, 9C_530/2023, 9C_535/2023, 9C_536/2023 vom 24. März 2025 und Urteile 9C_533/2023, 9C_534/2023 vom 2. April 2025). Die Zulassungsverordnung des Kantons Zug sieht eine Beschränkung der Anzahl von ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten in bestimmten Fachgebieten vor. Der Erlass der Verordnung wurde insbesondere auf Art. 55a KVG gestützt. Die beschwerdeführenden Ärztinnen und Ärzte rügten, die Vorgaben im KVG stellten keine hinreichende Grundlage für eine Entscheidungskompetenz des Regierungsrats dar. Das Bundesgericht folgte dieser Ansicht nicht. Es hielt fest, dass es zur Umsetzung der Zulassungssteuerung gemäss Art. 55a KVG keiner zusätzlichen formellen kantonalen Gesetzesgrundlage bedarf.



Dr. iur. Luisa Vatter, Associate bei Walder Wyss. luisa.vatter@walderwyss.com



Dr. iur. Martin Zobl, LL. M., ist Rechtsanwalt und Partner bei Walder Wyss. martin.zobl@walderwyss.com

FOTOS: CHAT GPT/FF

DIE ORGANISATION FÜR DIE ZUKUNFT AUSRICHTEN

Gerne begleiten und unterstützen wir Sie bei der Entwicklung ihrer Organisation.

KELLER

UNTERNEHMENS BERATUNG

Strategie
Projekte
Controlling
Prozesse

www.keller-beratung.ch 056 483 05 10 5000 Aarau