

KVV-Revision (Bedürfnisklausel und weitere Fragen)

Vernehmlassungsantwort der FMH

Hochgeehrte Frau Bundesrätin
Wir danken für den Einbezug ins Vernehmlassungsverfahren. Die FMH nimmt wie folgt Stellung:

Zur Einschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung (Bedürfnisklausel, Art. 136a)

1. Rechtswidrige Kompetenzdelegation und -subdelegation

Sollen Grundrechte beschränkt werden, so muss nach anerkannter Rechtslehre und Gerichtspraxis der Gesetzgeber selbst in einem formellen Gesetz die zentralen Inhalte bzw. Kriterien festlegen. Eine Delegation auf die Verordnungsebene ist unzulässig. Bereits die in der KVG-Revision vorgenommene Delegation dieser Kriterienkompetenz vom Parlament an den Bundesrat verletzte deshalb die verfassungsrechtliche Gewaltenteilung.

Der aktuelle bundesrätliche Vorschlag, die Kriterien definition an die Kantone weiterzudelegieren, missachtet die verfassungsrechtliche Gewaltenteilung (Delegationsverbot) noch mehr, als dies schon der Gesetzestext von Art. 55a KVG tut: Wenn der Bundesrat von der Möglichkeit der Bedürfnisklausel Gebrauch machen will, so muss er die Kriterien selbst festlegen. Dies verlangt wörtlich Art. 55a KVG.

2. Daten- und Planungsvoraussetzungen für eine Bedürfnisklausel

Gesetzt den Fall, das Parlament hätte in Respektierung der verfassungsrechtlichen Gewaltenteilung versucht, die wesentlichen Kriterien selbst in einem formellen Gesetz, also im KVG, festzulegen – wo liegen denn die Probleme, die sich im Hinblick auf eine Bedürfnisklausel stellen? Wir wiederholen unsere Hinweise, die wir am 7. März 2000 dem Parlament dargelegt haben:

- Würde eine Bedürfnisklausel eingeführt, müssten die Behörden erstens in der Lage sein, die aktuellen und künftigen Patientenbedürfnisse sowie die Entwicklungen in der Medizin abzuschätzen. Sodann müsste der gesetzliche Pflichtleistungskatalog abschliessend definiert werden, auf den die Planung auszurichten wäre. Weiter müsste – und dies nach unserer Auffassung im Rahmen eines demokratischen Prozesses – festgelegt werden, mit welcher Priorität die Patientenbedürfnisse be-

handelt werden sollen (die Fragen sind aus anderen Ländern bekannt: Altersgrenzen oder Wartelisten für gewisse Untersuchungen und Behandlungen? Einschränkungen für die Weiterleitung des Patienten an den Spezialisten und für die Spital- oder Pflegeheimweisungen?, etc.).

- Wären dereinst die Kriterien bedürfnisgerechter Versorgung festgelegt, würde für ihre Umsetzung dasselbe gelten wie im Marktmodell zur Frage des Sicherstellungsauftrags: Kantonsregierungen und Bundesrat verfügen nicht über die Daten, die für die sachgerechte und willkürfreie Durchführung einer Bedürfnisklausel für die ambulante Medizin notwendig wären.

Wir legen auszugsweise die Resultate einer Übersichtsliteraturrecherche zum Stand der Wissenschaft betreffend Bedarfsplanung, Über- und Unterversorgung, Wartelisten, etc. bei, die der Dokumentationsdienst der SAMW in unserem Auftrag im September 2000 durchgeführt hat. Damit soll ansatzweise und ohne Anspruch auf Vollständigkeit aufgezeigt werden, vor welcher grossen Aufgabe jede staatliche Behörde steht, die eine Bedarfsplanung nach dem Kriterium der Verteilungsgerechtigkeit für die Patienten – und nicht einfach «Handgelenk mal Pi» und damit willkürlich – an die Hand nehmen will. Niemand kann im Ernst postulieren, solche Planungen sollten und könnten auf kantonaler Ebene erarbeitet werden.

3. Rekursinstanz «vergessen»

Es versteht sich von selbst, dass die Einführung einer Bedürfnisklausel zwingend mit einer klaren Regelung der Rekurswege einhergehen müsste. Darauf hatte beispielsweise die FMH unmissverständlich hingewiesen. Mit der KVG-Revision wurde aber *weder das EVG noch der Bundesrat als Rechtsmittelinstanz bezeichnet*. Schon diese Panne belegt für sich allein, wie unüberlegt und unsorgfältig die Gesetzesrevision vom Frühjahr 2000 beschlossen wurde.

Praktische Konsequenz und damit heute massgeblich ist dabei folgendes: Allein die fehlende gesetzliche Regelung des Rekursweges würde dazu führen, dass die allfällige Anwendung der Bedürfnisklausel in einem Chaos von Zuständigkeitsstreitigkeiten der potentiell in Frage kommenden Rekursinstanzen untergehen würde.

4. Praxisübernahmen: materielle Enteignung – oder staatliche Regelung des «Handels mit Patientenkontingenten»?

Wird eine Bedürfnisklausel eingeführt, so stellen sich Fragen im Zusammenhang mit Praxisübernahmen, die der Gesetzgeber übersehen hat:

- Entweder werden Praxisübernahmen verboten. Dann dürfte ein Fall *materieller Enteignung* des bisherigen Praxisinhabers vorliegen, mit entsprechenden Schadenersatzforderungen an den Staat;
- oder aber Praxisübernahmen bleiben von der Bedürfnisklausel ausgenommen. Dann entstünde eine zweifelsohne wettbewerbsrechtlich wie volkswirtschaftlich unerträgliche Monopolsitua-

tion. Dem Gesetzgeber bliebe nichts anderes übrig, als die Übernahmepreise und die Auswahl des Nachfolgers staatlich zu regeln. (Einschlägige Erfahrungen mit der Bedürfnisklausel liegen beispielsweise aus Deutschland vor. Für die Schweiz kann zudem sowohl auf die Geschichte des bürgerlichen Erb- und Bodenrechts wie auch auf die Erfahrungen mit dem *Handel mit Milchkontingenten* verwiesen werden). In jedem Fall müssten derartige planwirtschaftliche Regelungen in einem formellen Gesetz erlassen werden; sie können nicht in globo auf die Verordnungsebene delegiert werden. Zum Vergleich: Das geltende Bundesgesetz über das bürgerliche Bodenrecht enthält nicht weniger als 96 Artikel.

Würde die Bedürfnisklausel angewendet, würde sich diese vom Gesetzgeber übersehene Frage akut und mit aller Schärfe stellen.

5. Was wären die Folgen des bundesrätlichen Vorschlages?

- a) Es würden 26 kantonale Bedürfnisklauselpolitiken aufgebaut. Angesichts fehlender valider Planungsdaten müssten die kantonalen Entscheide zwangsläufig zu Willkürherrschaft führen (vgl. oben Ziff. 2). Die Folge wäre eine unendliche Zahl von Prozessen über das EVG bis nach Strassburg. Bis die Gerichte letztinstanzlich entschieden hätten, wäre die Dreijahresfrist für die Bedürfnisklausel abgelaufen. *Das Schweizerische Gesundheitswesen würde damit ins Chaos gestürzt.*
- b) Für die Betreuung von Patienten braucht es heute und auch morgen Ärzte, Ärztinnen und Pflegepersonal. Pflichtleistungsentscheide des Departements machen noch keinen Kranken gesund. Konkret: Das KVG als obligatorisches Sozialversicherungsgesetz muss aus Gründen der *Verteilungsgerechtigkeit* (Rechtsgleichheit) allen Patienten überall in der Schweiz für dieselbe Krankheit die *gleichen tatsächlichen* (und nicht nur theoretischen) *Behandlungschancen* einräumen. Wenn der Staat planend eingreift, übernimmt er auch die volle Verantwortung für diese Frage der Verteilungsgerechtigkeit. Er müsste somit auf gesamtschweizerischer Ebene entscheiden, ob nun beispielsweise die appenzellische oder die genferische Versorgungsdichte mit Psychiatern und Psychiaterinnen den Massstab abgeben solle für «wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche» Behandlung der Patientinnen und Patienten gemäss KVG. Die heute vom Bundesrat vorgeschlagenen 26 unterschiedlichen kantonalen Bedürfnisklauseln hätten wenigstens einen Vorteil – sie würden der Bevölkerung die Augen öffnen. Der vom Departement gegenüber den Medien gebetsmühlenhaft zelebrierte, real aber unsichtbare da inexistent¹ *einheitliche Pflichtleistungskatalog* wäre damit endgültig als das demaskiert, was er schon immer war, nämlich als *Worthülse zur Ruhigstellung des Stimmbürgers und Prämienszahlers.*

- c) Es ist bekannt, dass die ambulanten Spitalleistungen (und damit die entsprechenden Kosten der Krankenversicherung) in den letzten Jahren mehr zugenommen haben als die Leistungen in den Arztpraxen. Vor diesem Hintergrund wäre eine auf die Neueröffnung von Arztpraxen beschränkte Bedürfnisklausel ein *ökonomischer Schlag ins Wasser*. Die Einseitigkeit dieser Massnahme würde zudem die verfassungsrechtlichen Kriterien der Geeignetheit, Erforderlichkeit und Verhältnismässigkeit verletzen und müsste schon aus diesem Grund vom Richter ungültig erklärt werden. Umgekehrt ist aber auch nicht davon auszugehen, dass die Kantone als Spitalträger die ambulanten Leistungen der Polikliniken zurückfahren bzw. nicht weiter ausbauen würden – solches hätten sie seit Jahren tun können, aber nicht getan. Damit ist ohne weiteres voraussehbar, was sich abspielen würde: Die nur auf Arztpraxen zielende Bedürfnisklausel würde schlicht unterlaufen. Die an der Eröffnung einer eigenen Praxis verhinderten Ärzte und Ärztinnen würden unter tatkräftiger Unterstützung der Spitäler und dank vornehm wegschauender Gesundheitsdirektoren die ambulanten Spitalbehandlungen in den Polikliniken vermehren – Behandlungen, die nota bene nach internationalem Wissensstand im Spital in aller Regel teurer erbracht werden als in der Arztpraxis.
- d) Viele Leistungserbringer, vor allem spezialisierte Fachärzte, arbeiten *kantonsgrenzenüberschreitend*. Sie betreuen Patienten aus verschiedenen Kantonen. Wie soll hier der Bedarf erhoben und geregelt werden? Soll der Luzerner Arzt für seine Obwaldner Patienten auf der Luzerner und/oder der Obwaldner Liste aufgeführt sein müssen, damit er praktizieren kann?! Angesichts der bekannten Ergebnisse der kantonalen Spitalplanungen im Bereich der ausserkantonalen Hospitalisation würden nun aller Voraussicht nach auch in der ambulanten Medizin via Bedürfnisklausel wieder die *Schlagbäume von anno 1847* an den Kantonsgrenzen heruntergehen. Schlagbäume, die übrigens für die ambulante Behandlung sowohl das Gesetz als auch das EVG² in überzeugender Praxis zu Recht in die Rumpelkammer des Föderalismus gestellt haben.

¹ In der Realität ist der Pflichtleistungskatalog eine Aufzählung (meist seltener) nicht zugelassener und einiger zugelassener Leistungen; der grosse Teil des Leistungsvolumens ist überhaupt nicht definiert.» (Stellungnahme der FMH zur «Teilrevision des Bundesgesetzes über die soziale Krankenversicherung, ergänzendes Vernehmlassungsverfahren». Schweiz Ärztezeitung 2000; 81(34):1829-37. http://www.saez.ch/set_archiv_d.html

² Entscheid des EVG vom 10.2.2000 (BGE 126 V 14): «Beschränkt nach dem Gesagten das Gesetz die Umgebung des Wohn- oder Arbeitsortes der versicherten Person *nicht auf das jeweilige Kantonsgebiet*, durfte sich die Beschwerdeführerin [die Patientin] in das in unmittelbarer Nähe von Basel, aber im Nachbarkanton Basel-Landschaft gelegene Spital Bruderholz in die *ambulante* Nachbehandlung begeben und genoss die volle Kostendeckung zu den dort geltenden Tarifen.» (E.4.c.)

- e) Es ist nicht anzunehmen, dass das Eidgenössische Versicherungsgericht die vom Bundesrat vorgeschlagene Weiterdelegation an die Kantone in einer Frage hinnehmen würde, in der schon die in der KVG-Revision vorgenommene Delegation vom Parlament an den Bundesrat Verfassungsrecht verletzt. Die Verweigerung kantonaler Instanzen, einen Arzt oder eine Ärztin neu zur Krankenversicherung zuzulassen, würde somit aller Voraussicht nach Jahre später vom Richter *mangels genügend klarer gesetzlicher Grundlage* als unzulässige Beschränkung eines Grundrechts und damit als *verfassungswidrig* aufgehoben. Wir verweisen auf Ständerat Schiesser: «Wir werden entsprechende Rekursverfahren haben, und letztlich wird es das Bundesgericht sein, das sagt, was gilt.»³ Die betroffenen Ärzte und Ärztinnen wären aber in der Zwischenzeit mangels Sozialversicherungspatienten entweder Konkurs gegangen, oder sie hätten sich nicht getraut, eine Praxis zu eröffnen. Somit würde sich die weitere Frage stellen, gegen wen die entsprechenden *Staatshaftungsklagen* für rechtswidrig entgangene Einkommenschancen geltend zu machen wären: Gegen die Kantone als Helfershelfer, oder gegen den Bund als Verursacher? Dass die *Erläuterungen* zu den finanziellen Aspekten der Revision (S. 9, Ziffer 5) diese Kosten *mit keinem Wort erwähnen*, setzt dem Verordnungsentwurf die Krone auf. Damit wird folgerichtig die Unsorgfalt einer Gesetzgebung fortgeführt, die bereits auf Ebene der KVG-Revision «vergessen» hat, die Rekursinstanz zu bezeichnen.

6. Was nun?

Wegen ihrer grundsätzlichen Bedeutung wiederholen wir aus unserer Stellungnahme vom 7. März 2000 ans Parlament:

«Ärztinnen und Ärzten nach einem teuren und belastenden Studium und nach einer durchschnittlich 9jährigen Spitalweiterbildung unter oft untragbaren Arbeitsbedingungen mit 35 oder 40 Jahren ein faktisches *Berufsverbot* aufzuerlegen, ist menschlich, medizinisch, juristisch, politisch und ökonomisch *nicht zu rechtfertigen*. Bevor durch eine Bedürfnisklausel Praxiseröffnungen verboten werden, müssten alle anderen Massnahmen einer *kohärenten Gesundheitspolitik* versagt haben.»

Konkrete *Vorschläge der FMH* im Hinblick auf eine kohärente Gesundheitspolitik haben wir dem Bundesrat im Zusammenhang mit der Frage der Aufhebung des Kontrahierungszwangs unterbreitet. Wir verweisen auch an dieser Stelle ausdrücklich auf diese Vorschläge⁴. Zusätzlich möchten wir heute auf folgende Punkte hinweisen:

- Eine Arbeitsgruppe mit Vertretern von SDK, H+, FMH und VSAO erarbeitet im Rahmen des Projektes «Vision Weiterbildung» konkrete Wege, um die heute zeitlich begrenzten Assistentenstellen an den Spitalern teilweise in *Lebensstellen für*

Ärzte ohne Kaderfunktion umzuwandeln. Erste Hochrechnungen zeigen, dass dies – wider Erwarten – mehr oder weniger zu denselben Kosten möglich ist⁵. Falls eine Bedürfnisklausel eingeführt werden soll, muss sie zwingend auf die *Umsetzung dieses neuen Spitalärztemodells abgestimmt werden*.

- Wird heute festgestellt, man habe keine Daten über den Bedarf (Erläuterungen S. 6/7), müsste dies als erste Forderung nach sich ziehen, nun schnellstens durch entsprechende wissenschaftliche Forschungen und Erteilung von Mandaten an Institutionen, die etwas wissen, z.B. die FMH, die *Datenlage zu verbessern*.

Zu den übrigen Bestimmungen der KVV-Revision

Art. 10a und b (Sistierung der Versicherungspflicht bei Militärdienst), Prämienreduktion bei anderweitiger Versicherung (Art. 91a Abs. 1)

Einverstanden.

Zuständigkeit für Erhöhung, Herabsetzung oder Aufhebung der Kostenbeteiligung (Art. 105)

Wir sind damit einverstanden, dass dieselbe Instanz dafür zuständig sein soll wie für die Bezeichnung der Pflichtleistungen.

Anspruch auf Prämienverbilligung

Einverstanden mit der Ausweitung auf Personen «ohne Wohnsitz» in der Schweiz, welche sich aber längere Zeit hier aufhalten. (Fraglich ist allerdings, ob diese Personen nicht in gewissen Fällen doch zivilrechtlichen Wohnsitz in der Schweiz begründen. Die Schriften hierher zu verlegen, ist ja nicht ausschlaggebend.)

Risikoausgleich (VORA)

Zu Art. 10 Abs. 3 (Datenlieferung)

Einverstanden.

Zu Art. 12 Abs. 5 und 8 (Verzugszinsen)

Ja. Diese Regelung war überfällig. Als ceterum censeo erinnern wir daran, dass sie seit Jahren im *ganzen Bereich der Krankenversicherung* eingeführt werden müsste, um alle Partner (Kassen, Ärzte, Patienten, Kantone) mit ökonomisch richtigen Anreizen dazu zu bringen, ihren finanziellen Verpflichtungen fristgemäss nachzukommen. Konkret: Eine Krankenkasse, die die Arztrechnungen rechtzeitig rückerstattet, versetzt sich mit der bisherigen gesetzlichen Regelung selbst in eine ökonomisch nachteilige Lage (Zinsverlust) gegenüber der Konkurrenzkasse, die die Zah-

³ Amtl. Bull SR 15.3.00, Seite 2 von 6.

⁴ Schweiz Ärztezeitung 2000;81(34):1829-37, insbesondere 1837, «Was nun?»; http://www.saez.ch/set_archiv_d.html

⁵ Die Hochrechnung des Limmattalspitals beispielsweise kommt auf Mehrkosten von nur 1% des gesamten Spitalbudgets. Zudem kann mit einer besseren Betreuungsqualität gerechnet werden, weil der Anteil erfahrener Ärzte steigt.

lungen absichtlich verzögert. Dies darf nicht sein. Die Anwendung von AHVG 47 macht deshalb im KVG keinen Sinn, was die praktisch einhellige Lehre und die FMH seit Jahren mit überzeugenden Argumenten aufzeigen. Der alte Zopf, aus unerfindlichen (bzw. objektiv nicht vorhandenen) Gründen keine Verzugszinsen vorzusehen, gehört abgeschnitten.

Verordnung über die Beiträge des Bundes ...

Zu Art. 7a (Übertrag von Differenzbeträgen)
Einverstanden.

Finanzielle Auswirkungen

Siehe oben (Bedürfnisklausel, letzter Absatz): Die Verwaltungs- und Prozesskosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Bedürfnisklausel sowie das Risiko von allfälligen Staatshaftungsklagen wurden «vergessen».

Mit vorzüglicher Hochachtung
FMH
H. H. Brunner
Präsident FMH

Chronik eines angekündigten Scherbenhaufens

Zur Gesetzgebungsgeschichte der Bedürfnisklausel

HP. Kuhn, Fürsprecher, stv. Generalsekretär

Welche Kriterien – wenn schon – einer staatlichen Bedürfnisklausel zugrunde zu legen wären, ist nicht die einzige, aber unbestrittenemassen eine der zentralen Fragen. Wie die in der heutigen Ausgabe der Schweizerischen Ärztezeitung veröffentlichte FMH-Stellungnahme¹ aufzeigt, stehen Gesetzgeber, Ärzteschaft und die Patienten in dieser Frage vor einem zweifachen Scherbenhaufen:

1. Der Entscheid des Parlaments, die Kompetenz für die Kriterienfestlegung an den Bundesrat zu delegieren, verletzt die anerkannten Grundsätze der verfassungsrechtlichen Gewaltenteilung. Unser Staatsrecht verlangt, dass wesentliche Eingriffe in Grundrechte – wie vorliegend in die Wirtschaftsfreiheit, früher Handels- und Gewerbefreiheit genannt – vom Parlament selbst nicht nur dem Grundsatz nach, sondern auch inhaltlich in genügend konkreter Form in einem formellen Gesetz beschlossen werden müssen². Dass der Bundesrat im Verordnungsentwurf zudem noch vorgeschlagen hat, diese Kompetenz weiterzudelegieren und allein die Kantone zuständig zu erklären, ist nicht nur – wie von Sanitätsdirektoren zu Recht bemerkt – eine Realsatire. Der Vorschlag ist zudem aus juristischer Sicht schlicht nicht mehr nachvollziehbar. Damit würden die letzten Überbleibsel des Rechtsstaates liquidiert.

2. Der Bundesrat hat sich im Parlament noch im Frühjahr dafür eingesetzt, dass ihm diese Kriterienkompetenz erteilt wird, unter anderem mit dem Argument, die Festlegung der Kriterien sei bisher nie ein Problem gewesen. Derselbe Bundesrat will nur vier Monate später die ihm erteilte Kompetenz überraschend doch nicht selbst wahrnehmen und die Verantwortung auf die Kantone abschieben.

Wie konnte es dazu kommen? Wer hat wann was gesagt – und was gewusst?

Die FMH hat unter anderem am 7. März 2000 die Parlamentarier nicht nur auf die Schwierigkeiten einer staatlichen Bedürfnisklausel hingewiesen, sondern auch klargestellt, dass in der Bundesverwaltung kein Know-how für die Frage eines Bedarfsnachweises besteht:

«In der bisherigen parlamentarischen Debatte wurde davon ausgegangen, es sei für den Bundesrat bzw. das Departement schon bisher (wenn es um die Äquivalenzbestätigung gemäss Art. 36 Abs. 2 KVG für ausländische Ärzte und Ärztinnen ging) nicht besonders schwierig gewesen, die Frage des medizinischen Bedürfnisnachweises zu entscheiden. Diese Annahme trifft so nicht zu: Bei den Entscheiden gemäss Art. 36 KVG hat sich das Bundesamt bzw. Departement für die Frage des Bedürfnisnachweises konsequent auf die jeweilige Analyse der kantonalen Sanitätsdirektion abgestützt. Deshalb besteht bis heute auf Bundesebene kein entsprechendes Know-how.»

1 Brunner HH. KVV-Revision (Bedürfnisklausel und weitere Fragen). Vernehmlassungsantwort der FMH Schweiz Ärztezeitung 2000;81(39):2175-8.

2 Diese verfassungsrechtliche Garantie hat einen guten Grund: Die Stimmbürgerinnen und Stimmbürger können nur gegen Gesetze des Parlaments, nicht aber gegen Verordnungen des Bundesrats das Referendum ergreifen. Wo in verfassungsmässige Grundrechte eingegriffen werden soll, muss deshalb die Art und Schwere des Eingriffs im Gesetz selbst festgelegt werden, damit die Stimmberechtigten «en connaissance de cause» entscheiden können, ob sie das Referendum ergreifen bzw. unterstützen wollen.

Wie ist eine Woche später die entscheidende Debatte im Rahmen der Differenzvereinbarung im Ständerat verlaufen?

Ständerat Schiesser hat am 15. März 2000 die verfassungsrechtlichen Bedenken der zweiten Kammer wie folgt dargelegt: «Als Sprecher der Minderheit möchte ich, damit es wenigstens später einmal im Protokoll steht, gewisse rechtliche Vorbehalte gegen den Antrag der Mehrheit vorbringen. [...] Es geht weiter um einen Eingriff, der ganz einschneidend ist. [...] Hierzu habe ich zusammen mit anderen Kollegen, die der Minderheit angehören, die Auffassung vertreten, eine solche Regelung müsse Sache des Gesetzgebers (Hervorhebungen durch den Autor) und nicht des Verordnungsgebers – des Bundesrates – sein, zumal wir für die Verordnung, die der Bundesrat, gestützt auf diesen Art. 55a, dereinst erlassen wird, praktisch keinerlei Rahmen setzen. [...] Kein einziges Kriterium, nach dem sich der Bundesrat richten soll, ist hier aufgeführt. [...] [...] Ich muss eingestehen, dass wir in einer unkomfortablen Situation sind. Einschneidende Regelungen zu treffen, ist meines Erachtens Sache des Parlamentes, notfalls auch mit einem dringlichen Bundesbeschluss.»³

Bundesrätin Dreifuss antwortete am 15. März 2000 Ständerat Schiesser – unmittelbar vor der entscheidenden Schlussabstimmung – wie folgt: «Je dois préciser comment le Conseil fédéral envisage d'utiliser un tel instrument. [...] Nous devons pouvoir dire que, dans certaines régions où nous savons d'expérience que la pléthore médicale a induit des coûts déjà très élevés, dans telle spécialité, nous ne souhaitons pas que des personnes soient admises à pratiquer à la

charge de l'assurance-maladie obligatoire pendant une période limitée.» Und weiter: «*Les critères, eux, ne nous ont jamais posé le moindre problème. Nous collaborons très étroitement avec les cantons. Nous examinons les cas individuels. D'après la proposition de la majorité, ce sont les cantons qui examineront les cas individuels, et nous pouvons donner des critères, que ce soit pour des professions médicales qui sont particulièrement menacées de hausses de coûts, ou que ce soit, par exemple, dans des régions frontalières particulièrement menacées par une augmentation explosive du nombre de médecins installés.*»⁴

In der Folge hat auch der Ständerat der Bedürfnisklausel zugestimmt.

In den Erläuterungen zum Verordnungsentwurf lesen wir nun: «Im Hinblick auf allfällig bereits vorhandene Richtwerte bezüglich Versorgungsdichte auf internationaler Ebene haben die Abklärungen ergeben, dass keine aussagekräftigen Kriterien bzw. Richtwerte in Bezug auf Versorgungsdichten vorliegen» (Erl., S. 6).

Ständerat Schiesser hat Recht bekommen: «Wir können diese Aufgabe nicht einfach ohne Rahmenbedingungen dem Bundesrat übertragen, unter Hinweis darauf, der Bundesrat werde es schon richten, er müsse nur mit den Kantonen und den Leistungserbringern Kontakt aufnehmen, und die Kantone würden dann dereinst die Leistungserbringer gemäss Abs. 1 bezeichnen. [...] Wir werden entsprechende Rekursverfahren haben, und letztlich wird es das Bundesgericht sein, das sagt, was gilt.»⁵

«*Les critères, eux, ne nous ont jamais posé le moindre problème?*» – honni soit qui mal y pense.

3 Amtl. Bull SR 15.3.00, Seite 2 von 6, www.parlament.ch/ab/data/d/s/4602/9723/d_s_4602_9723_9840.htm

4 Amtl. Bull SR 15.3.00, S. 4 von 6.

5 Amtl. Bull SR 15.3.00, Seite 2 von 6.

La version française suivra