

# Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung / Umsetzung des Artikels 55a KVG

Zusammenfassung, Würdigung und Positionen der FMH

Hans Heinrich Brunner

## Inhalt der Verordnung\*

Der Verordnungsentwurf [1], ausgestaltet als Art. 136a der Verordnung über die Krankenversicherung, lässt sich in folgenden Punkten zusammenfassen:

- Während einer Geltungsdauer von 3 Jahren werden keine zusätzlichen Leistungserbringer zugelassen. «Zusätzlich» bezieht sich auf im Anhang publizierte Zahlen pro Disziplin und Kanton.
- Die Kantone können Kategorien bestimmen, für die diese Einschränkung keine Gültigkeit haben soll.
- Neben der absoluten Zahl ist die als Arzt/100 000 Einwohner definierte Versorgungsdichte pro Kanton aber auch Region (z. B. Région lémanique: GE, VD, VS) massgeblich: Die Kantone mit höherer Versorgungsdichte als in ihrer Region können z. B. solange keine Leistungserbringer mehr zulassen bis der Wert für die Versorgungsdichte im Kanton erreicht ist).
- Bei einer fachlichen oder örtlichen Unterversorgung können die Kantone im Einzelfall über den Durchschnitt hinausgehende Bewilligungen erteilen.

## Grundsätzliche Würdigung

Die sogenannte Bedarfsplanung wurde in der Gesundheitsökonomie in den 70er und 80er Jahren als sogenannte «supply control» intensiv diskutiert [2] und an verschiedenen Orten in den USA, in Kanada und Europa später eingeführt. Die Erfolge hinsichtlich Kostenkontrolle wie Qualitätsverbesserung blieben und bleiben fraglich:

- Alle Versuche, eine zahlenmässig optimale ärztliche Versorgung zu definieren, sind fehlgeschlagen. Unterversorgung lässt sich in Disziplinen mit klar umrissenem Verantwortungsbereich einigermassen definieren, nicht aber das Umschlagen in Überversorgung [3, 4].

- Medizinischer Bedarf ist offensichtlich nur eine der bestimmenden Komponenten: Neben psychosozialen Elementen (Wunsch in urbanen Zentren zu wohnen) sind vor allem finanzielle Anreize massgeblich [5].
- Bedarfsplanung ist nur denkbar in einem hochregulierten System Typ NHS, das aber in Gegensatz zu Patientenwünschen und marktwirtschaftlichen Gestaltungselementen steht.
- Ein kostensparender Effekt wurde für die Bedarfsplanung nicht nachgewiesen, im Gegenteil. Die im angelsächsischen Bereich unter dem Motto «Certificate of Need»-Projekte und -Analysen haben im Gegenteil gezeigt, dass Kostensteigerungen resultieren: Leistungserbringer erlangen eine Quasi-Monopolstatus und sind an Steigerungen der Kosten-Nutzen-Effizienz nicht interessiert und weichen zudem auf nicht regulierte Bereiche (z. B. Komplementärmedizin) aus [6].
- Bedarfsplanungen machen nur in Zeithorizonten von mindestens 10 Jahren Sinn, die relativ konstant und überblickbar sein müssen. Gerade diese Voraussetzungen treffen für die Medizin nicht zu: Wenig spricht dagegen, dass sie ihr Gesicht auch in den kommenden Jahren nur in konturhaft abschätzbarer Art ändern wird. Planungszahlen von heute sind deshalb gewöhnlich auch schon heute Makulatur.
- Die unsinnige Unterstellung, Ärztinnen und Ärzte in der Praxis würden auf der marktwirtschaftlich freien Wildbahn nur Gewinnmaximierung betreiben, hat die Sicht auf das grundsätzliche Problem verstellt: *Der entscheidende Motor für das Kostenwachstum in der Medizin ist deren wissenschaftlicher Fortschritt; steigende Ärztezahlen, auch in der Praxis, sind nur Folge und in diesem Sinne Epiphänomen in dem Sinne, als dieser Fortschritt ja am Krankenbett konkret umgesetzt werden muss* [7]. Daraus folgt: Nur wenn das durch die soziale Grundversicherung zu finanzierende Leistungsvolumen abschliessend und klar definiert ist, ist eine Bedarfsplanung für Leistungserbringer

\* Der Verordnungsentwurf kann auf [www.fmh.ch](http://www.fmh.ch) eingesehen werden.

- überhaupt denkbar. Eine solche Leistungsdefinition ist in der Schweiz nicht in Ansätzen erkennbar.
- Die operative Umsetzung ist mit grossen Schwierigkeiten konfrontiert, die zum Aufbau eines Kontrollapparates führen muss, der wiederum massive Kosten auslösen muss. Bedarfsplanung wird deshalb auch unter dem Gesichtspunkt ihrer eigentlichen Zielsetzung – Kosten zu sparen – aus Gründen der Kosteneffizienz zu einem fragwürdigen Instrument.

### Würdigung des Entwurfs

Der gravierendste Einwand gegen den Entwurf [1] ist die Tatsache, dass er die jungen bzw. in Weiterbildung stehenden Ärztinnen und Ärzte krass benachteiligt und deren Lebensplanung in inakzeptabler Art beeinträchtigt. Juristische Elemente – erteilte Rechte zu entziehen sei aus rechtstaatlichen Gründen nicht nur bedenklich, sondern auch praktisch wegen differenzierten Rekursmöglichkeiten schwierig – mögen korrekt sein, können aber die grundsätzlichen politischen wie auch systembezogenen Einwände nicht umstossen: Je länger dieser Stop andauert, um so grösser wird die Gefahr einer Überalterung der Ärzteschaft.

Die juristische Konstruktion ist nicht unproblematisch: Der Bund bzw. die Verordnung regelt nur die Zulassung zur Abrechnung zulasten des Krankenversicherers; die Berufsausübungsbewilligung (BAB) bleibt aber in den Händen der Kantone. Existieren diese beiden weiter unabhängig voneinander? Werden die BABs auf diese Verordnung ausgerichtet? In allen Kantonen gleich?

Bedarfsplanung steht in fundamentalem Widerspruch zu offenen, marktwirtschaftlichen Systemen und damit zum Wettbewerbsrecht? Besteht hier auch in juristischer Sicht Kompatibilität?

Die Verordnung regelt, wie oben festgestellt, nur die Zulassung zur Rechnungsstellung im Bereiche der Krankenversicherung, nicht aber von UV/IV/MV. Wir hier eine analoge Verordnung erlassen?

Unklar bleibt in diesem Zusammenhang, welche Rekursmöglichkeit dem einzelnen Arzt/der einzelnen Ärztin offen stehen bzw. ob ihnen rechtsaufschiebende Wirkung zukommt.

Ungeklärt sind weiter eine Unzahl von Verfahrensfragen: Gilt das Prinzip des Schlange-stehens, des «first come, first serve»? Kann der Applikant sich in mehreren Kantonen melden bzw. gleichzeitig in mehreren Schlangen stehen? Kann ein Applikant mit mehr als einem Fach-

arztstitel sich für jeden Titel melden? In mehreren Kantonen?

Eine Vielzahl von Umgehungswegen sind denkbar: Wichtigste ist die Anstellung junger Ärztinnen und Ärzte durch externalisierte Spitalabteilungen, Managed-Care-Organisationen oder durch über eine BAB verfügende Ärztin oder Arzt. Offen ist in diesem Zusammenhang auch, ob Spitalärzte mit Liquidationsberechtigung und BAB zum erfassten Kollektiv zählen.

Selbst in dieser scheinbar einfachen Form des generalisierten Stops bestehen grosse methodische Probleme. Eine erste Überprüfung der in den Anhängen publizierten Zahlen, zeigt, dass diese noch nicht korrekt sind, wohl nicht zuletzt deshalb, weil die Frage ob Spitalärzte mit Liquidationsberechtigung und BAB einbezogen werden sollen oder nicht. In diesen Zusammenhang gehört auch die Frage ob Ärzte mit Teilpensum für die Kontierungen gleich behandelt werden wie solche mit Vollpensum ... und wer überprüft, ob Voll- oder Teilpensum vorliegen?

Im weiteren bleibt unklar, ob für die gesamte Geltungsdauer der KVV die im Anhang publizierten Zahlen oder jährlich adjustierte Zahlen zugrunde gelegt werden? Die zweite Variante würde der Doktrin der KVV entsprechen, geht man doch offensichtlich davon aus, dass die Anwendung der Verordnung zu den «richtigen Zahlen» führt. Wer stellt sicher, dass die korrekten Zahlen ermittelt und zentral verfügbar gehalten werden?

Und abschliessend sei noch ein Blick über die Grenzen gemacht: Nach EU-Recht bzw. damit bilateralen Verträgen müssen staatliche Vergaben in den EU-Ländern publiziert werden. Zählen die nun plafonierten Stellen dazu? Damit würde der seltsame Zustand entstehen, dass eine Massnahme, die vor allem als Abwehr gegen einen nicht verkräftbaren Zuzug ausländischer Leistungserbringer konzipiert wurde, zur Anwerbung dieser Zuzüger würde.

### Fazit

Die Einführung einer Zulassungsbeschränkung zur Abgeltung durch die obligatorische Grundversicherung [1] stellt eine Notmassnahme dar, die durch das effektive Kostenwachstum in der sozialen Grundversicherung wie auch die bis jetzt nicht korrekt abschätzbare Zahl von Praxiseröffnungsgesuchen seitens in der Schweiz tätiger Ärztinnen und Ärzte sachlich (noch) nicht gerechtfertigt ist. Dies gilt um so mehr, als viele grundsätzliche Probleme dieser Massnahmen nicht geklärt sind.

Nach dem Willen der zuständigen Behörden soll die KVV [1] möglichst bald eingeführt werden, um die Zahl von übergangsrechtlichen Altlasten so gering als möglich zu halten, ist doch davon auszugehen, dass nun viele Schweizerische Leistungserbringer vor drohendem Torchluss eine BAB bzw. Zulassung zur obligatorischen Krankenversicherung anstreben werden.

In der so kurzen verbleibenden Zeit wird es nicht möglich sein, die grundsätzlichen Fragen zu klären, die operativen Details befriedigend zu regeln und die angedeuteten methodischen Probleme zu lösen.

## Literatur

- 1 Entwurf zur Teilrevision der Verordnung über die Krankenversicherung/Umsetzung des Artikels 55a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG), vom 30. 5. 2002, [www.fmh.ch](http://www.fmh.ch).
- 2 Rice T. *The Economics of Health Reconsidered*. Chicago: Health Administration Press; 1998.
- 3 Grumbach K. *NEJM* 2002;346(20):1574-7
- 4 Phibbs CS, Bronstein JM, Buxton E, Phibbs RH. *JAMA* 1996;276:1054-9.
- 5 Fuchs VR. *J Hum Resour* 1978;13(Suppl 13):35-56.
- 6 Folland S, Goodmann AC, Stano M. *The Economics of Health and Health Care*. New Jersey: Prentice Hall; 2001.
- 7 Cutler DM, McClellan M. *Health Affairs* 2001; 20(5):11-29.