

Art. 117a BV in der nationalrätlichen Fassung vom 18. September 2007: Analyse des Aspekts „Mindestversorgung der Bevölkerung“

1. Wortlaut

Die Ständeratsfassung lautet:

„Die Voraussetzungen, unter denen Leistungserbringer zulasten der Krankenversicherung tätig sind, berücksichtigen die Ziele der *qualitativ hochstehenden Versorgung* und des Wettbewerbs.“ (Art. 117a Abs. 2 lit. e)

In der nationalrätlichen Fassung hält der Gegenvorschlag zu Art. 117a lit. e fest:

„Die Voraussetzungen, unter denen Leistungserbringer zulasten der Krankenpflegeversicherung tätig sind, berücksichtigen die *Mindestversorgung der Bevölkerung* und richten sich nach Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsnachweisen. Die nationale Freizügigkeit auf Seiten der Versicherten sowie der Binnenmarkt aufseiten der Leistungserbringer sind zu gewährleisten.“

„e. les conditions posées à l'activité des fournisseurs de prestations à la charge de l'assurance-maladie tiennent compte de *l'approvisionnement minimal de la population* et sont définies en fonction de certificats de qualité et d'efficacité. Le libre passage des assurés au niveau national et le marché intérieur pour les fournisseurs de prestations sont garantis.“

2. Materialien

In der Plenumsdiskussion im Nationalrat vom 19.8.2007 wurde die *Mindestversorgung* bzw. das *approvisionnement minimal* drei Mal erwähnt¹, und zwar ausschliesslich in deutscher Sprache.

Je nach Parteizugehörigkeit bedeutet der Begriff Mindestversorgung gemäss Diskussion im Nationalrat:

- „[...] *Mindestversorgung*, welche die soziale Sicherheit garantiert, aber den Akteuren die grösstmögliche Freiheit gibt [...]“ (Toni Bortoluzzi, SVP)
- „Der Gegenvorschlag [...] bringt wesentliche Elemente auf den Tisch, so zu den Bereichen Qualität und Wirtschaftlichkeit, freie Spitalwahl, Wettbewerb zwischen Leistungserbringern und Versicherern, *Mindestversorgung* und Monismus. Der Gegenvorschlag der Minderheit hat also Zähne. Er bringt ein klares Bekenntnis zu einem Wettbewerb, der den Patienten ins Zentrum stellt und ihm nützt. Der heute dominierende Blick auf die absoluten Kosten wird ersetzt durch Kosteneffizienz [...]“ (Reto Wehrli, CVP)
- „Mit dem riskanten Begriff der *Mindestversorgung* gefährdet er den Kernpunkt der Gesundheitspolitik: eine gute Gesundheitsversorgung für alle.“ (Bea Heim, SP)

3. Systematische Auslegung

Bisher gilt für die Behandlungen im KVG der Grundsatz *wirksam, zweckmässig, wirtschaftlich*.² Er bedeutet, dass die Versicherten zwar keinen Anspruch auf eine maximale, aber doch auf eine *optimale, eine hochstehende* Gesundheitsversorgung haben. Auch Anhänger von vermehrtem Wettbewerb im Gesundheitswesen sehen bis heute die optimale Versorgung als das anzustrebende Ziel. Als unverdächtige Zeugin kann etwa Economiesuisse erwähnt werden, die in einem Positionspapier aus dem Jahr 2004 die folgenden Tendenzaussagen festhält:³

„Aufhebung des Kontrahierungszwangs: Auswirkungen auf die Leistungserbringer (Tendenzaussagen):

[...]

Anreiz zur wirtschaftlichen Leistungserbringung:

- Optimale statt maximale Versorgung;
- Grössere Effizienz
- [...]“

Zudem kann der Bundesrat nach der befristeten Regelung des geltenden KVG bis zum 3. Juli 2008 die Zulassung von Leistungserbringern zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung „von einem *Bedürfnis* abhängig machen.“ (Art. 55a KVG)

Von *Mindestversorgung der Bevölkerung* hingegen haben Gesetzgeber und Politik bisher in der Sozialversicherung nie gesprochen. In der Rechtssetzung des Bundes findet man Mindestversorgung nur an einem Ort⁴, nämlich in Art. 11 des Bundesgesetzes über den Finanz- und Lastenausgleich (SR 613.2.): „Mit der interkantonalen Zusammenarbeit mit Lastenausgleich werden folgende Ziele angestrebt: a. Sicherstellung einer Mindestversorgung mit öffentlichen Leistungen [...]“. Die dort gemachten Ausführungen erscheinen auch unter zu Hilfenahme der Botschaft⁵ nicht hilfreich, um den Begriff im Kontext des KVG auszulegen.

Entweder meint also Mindestversorgung das, was heute schon im KVG gilt: wirksam, zweckmässig, wirtschaftlich.⁶ Dann ist aus Rechtssicherheitsgründen auf den unnötigen neuen Begriff zu verzichten. Die Gesetzgeberweisheit „wenn es nicht nötig ist, ein Gesetz zu machen, dann ist es nötig, kein Gesetz zu machen“, gilt analog auch für die Einführung unnötiger neuer Begriffe.

Oder es soll die bisherige Versorgungsqualität gesenkt werden (was der Gegensatz zur „hochstehenden“ Versorgung gemäss Fassung Ständerat vermuten lässt): Statt wirtschaftliche (Art. 32 KVG) bloss noch eigentliche Billigmedizin? Abfertigung im 5-Minutentakt ohne Rücksicht auf die Bedürfnisse der Versicherten? Statt bedarfsgerechter Zulassung (KVG 55a) bloss eine mit Hinblick auf eine Mindestversorgung? Ist eine Annäherung an die medizinische Nothilfe als verfassungsrechtliche Mindestgarantie gewollt? (Mit dieser Garantie müssen sich die Asylbewerber begnügen, auf deren Asylgesuch nicht eingetreten wurde, und die auch nicht krankenversichert sind, also die sogenannten NEE.⁷)

Klar ist: Wenn Mindestversorgung meint, dass das bisherige Versorgungsniveau gesenkt werden soll, so benötigen die Versicherten für eine Behandlung nach den bisher akzeptierten Standards des KVG neu eine Zusatzversicherung. Eine Verschlechterung der KVG-Leistungen bedeutete ein Handeln wider Treu und Glauben, wie Baumberger und Günther kürzlich am Beispiel der Pflegeversicherung überzeugend dargelegt haben: „In der Zusatzversicherung sind die Versicherer frei, die Bedingungen für Aufnahme, Risikoprüfung, Prämie usw. zu gestalten. [...] das Resultat kennt jeder, der einen Antrag für eine Zusatzversicherung gestellt hat, vor allem dann, wenn er entweder eine Krankheit hat oder über 50 bis 55 Jahre alt ist. Es werden unbefristete Vorbehalte gesetzt, Risiken abgelehnt, Senioren gar nicht erst aufgenommen.[...] Unter diesen Voraussetzungen wird bei einem Leistungsabbau grösseren Teilen der Bevölkerung die Versicherung dieser Leistungen verwehrt. [...] Die Besitzstandswahrung ist verunmöglicht, und zwar nicht generell, sondern selektiv für einzelne Gruppen, die genau wie die anderen – die Jungen

und Gesunden – über Jahre ihre Prämien für diese Leistungen bezahlt haben. Das ist stossend.“⁸ In der Tat: die Krankenversicherung funktioniert nach dem Umlageverfahren. Werden die Leistungen abgebaut, bedeutet dies: Ich habe jahrelang Prämien bezahlt, damit andere Kranke diese Leistungen erhalten konnten. Wenn ich nun selbst krank werde, habe ich aber kein Anrecht mehr auf diese Behandlungen, weil ich nur noch eine Mindestversorgung erhalte.

Fazit

- **Wenn Mindestversorgung nichts anderes als Kosteneffizienz meint, ist der Begriff *unnötig*. Denn dieses berechnete Anliegen ist nach übereinstimmender Lehre und Rechtsprechung durch die bisherigen Begriffe ‚*wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich*‘ vollumfänglich abgedeckt.**
- **Wenn Mindestversorgung hingegen eine Verschlechterung der Versorgung meint, ist dies angesichts des Umlageprinzips in der Krankenversicherung ein Handeln *wider Treu und Glauben* gegenüber allen Bürgern, die in ihren gesunden Jahren mit ihren Prämien die optimale Behandlung der damals Kranken ermöglicht haben - und nun selbst mit einer Mindestversorgung abgespiesen werden, wenn sie krank werden.**

Bern, 24.10.2007



Hanspeter Kuhn, Fürsprecher
stv. Generalsekretär

¹ *Bortoluzzi Toni (V, ZH):* [...] „Erstens geht es um die Vertragsfreiheit; zweitens um eine monistische Finanzierung, um Transparenz in der Finanzierung; drittens um die Beseitigung der Interessenkonflikte der beteiligten Akteure; viertens um eine *Mindestversorgung*, welche die soziale Sicherheit garantiert, aber den Akteuren die grösstmögliche Freiheit gibt;“

Wehrli Reto (C, SZ): [...] „Nicht so der Gegenvorschlag der Minderheit der SGK-NR: Er bringt wesentliche Elemente auf den Tisch, so zu den Bereichen Qualität und Wirtschaftlichkeit, freie Spitalwahl, Wettbewerb zwischen Leistungserbringern und Versicherern, *Mindestversorgung* und Monismus.“

Der Gegenvorschlag der Minderheit hat also Zähne. Er bringt ein klares Bekenntnis zu einem Wettbewerb, der den Patienten ins Zentrum stellt und ihm nützt. Der heute dominierende Blick auf die absoluten Kosten wird ersetzt durch Kosteneffizienz, d. h. die gemeinsame Betrachtung von medizinischer Qualität und Kosten, namentlich in Absatz 1bis und in Absatz 2 Litera c.

Zwar gibt es bereits seit Einführung des KVG einen Qualitätsauftrag, doch wurde dieser bisher nicht umgesetzt. Mit der Betonung der Zwillingbegriffe Qualität und Wirtschaftlichkeit kann die in Gang gekommene Qualitätsdiskussion aufgegriffen und verfassungsrechtlich abgestützt werden. Mit einem solchen Ansatz hat der Gegenvorschlag bzw. eine Verfassungsvorlage übrigens auch an der Urne gute Erfolgsaussichten. Namentlich die Stichworte Qualität, Wirtschaftlichkeit, Transparenz und Wahlfreiheit entsprechen den Anliegen der Bevölkerung, wie die Schweizerische Gesellschaft für praktische Sozialforschung im Gesundheitsbarometer und in der Umfrage zur Spitalfinanzierung analysiert hat. Konkret favorisiert die Bevölkerung klar Qualität vor Kosten. Die Bevölkerung will den Zugang zu qualitativ hochstehenden Behandlungen, und sie erachtet Transparenz bezüglich Qualität und Kosten und den daraus entstehenden Wettbewerb als bessere Kostendämpfungsmassnahme im Vergleich zu Staatseingriffen. Dieser Trend ist seit 2005 belegt. [...]

Heim Bea (S, SO): [...] Darum lehnt die SP-Fraktion auch den Gegenvorschlag ab. Aus Sicht der Kantone ist er unannehmbar, und ich sage: Er ist gefährlich. Mit dem riskanten Begriff der Mindestversorgung gefährdet er den Kernpunkt der Gesundheitspolitik: eine gute Gesundheitsversorgung für alle. Ich bin über dieses Vorgehen enttäuscht. Diese Initiative verdient nicht einmal einen Gegenvorschlag. Wenn Sie ernsthaft Kosten sparen und hohe Qualität sichern wollen, dann verkennen Sie nicht länger das Potenzial der Wirtschaftlichkeit dank einer konsequenten Qualitätsstrategie.

Dann machen Sie pragmatisch das Naheliegende, nutzen Sie endlich das enorme Potenzial! Ich sage Ihnen, schon rein in der Medikationssicherheit liegt ein Sparpotenzial von einer Milliarde Franken. Nutzen wir es!

Mit der Initiative und dem Gegenvorschlag geraten wir auf die schiefe Bahn der Rationierung. Es ist eine Kapitulation vor den profitorientierten Interessen - auf Kosten der Patientinnen und Patienten. Dass die Minimierung von Patientenrisiken Milliardenersparungen ermöglichen würde, wissen Sie eigentlich alle. Offenbar ist es weniger interessant, die Risiken zu minimieren als das Geschäft mit den Zusatzversicherungen wieder zum Blühen zu bringen. Eine solche Gesundheitspolitik muss sich den Vorwurf gefallen lassen, das Hauptziel, zum Wohl der Kranken zu handeln, zu verraten - auf Kosten jener, die die Leistungsbeschränkung, die Rationierung, mit Sicherheit treffen würde, nämlich Menschen mit tieferen Einkommen, Familien, Mütter, Väter, Chronischkranke und ältere Menschen.

Noch nie haben sich in diesem Land die Patientinnen und Patienten mit einem Gang auf die Strasse zur Wehr gesetzt. Diese Initiative und der Gegenvorschlag haben aber alles Zeug dazu, den gesundheitspolitischen Frieden und auch das Image der Schweiz als Gesundheitsland infrage zu stellen. Sagen Sie Nein zur Initiative und Nein zum Gegenvorschlag. [...]

² Art. 32 KVG.

³ *economiesuisse*, 5. Juli 2004 Nummer 27 5. Jahrgang, Mythen und Fakten zum Kontrahierungszwang Auswirkungen auf Versicherte, Krankenkassen, Leistungserbringer.

⁴ Recherche mit „Mindestversorgung“ auf www.admin.ch, Suche, 16.10.2007.

⁵ Botschaft NFA, BBl 2002 S. 2478:

„Zu den Zielen sind folgende Bemerkungen anzubringen:

– *Buchstabe a:* Die interkantonale Zusammenarbeit ist notwendig, um eine Mindestversorgung öffentlicher Leistungen sicherzustellen.

– *Buchstabe b:* Der Begriff «wirtschaftlich» umfasst die bedarfsgerechte und effiziente Erfüllung kantonaler Aufgaben im Verbund mit anderen Kantonen.

Es geht dabei um die richtige Versorgung der Schweiz bzw. einer Region mit öffentlichen Leistungen. Die Kapazitäten müssen richtig dimensioniert sein, damit Über- und Unterkapazitäten vermieden werden. Dagegen stellt die Frage der Effizienz eher die operative Seite der Aufgabenerfüllung dar. Effizient ist eine Aufgabenerfüllung dann, wenn die Leistungserstellung zu insgesamt minimalen Kosten erfolgt. Dies kann namentlich dann erzielt werden, wenn gewisse minimale erforderliche Betriebsgrößen erreicht werden können, wie z.B. bei Spitälern der Spitzenmedizin oder bei Kehrlichtverbrennungsanlagen.“

⁶ Art. 32 KVG.

⁷ Siehe etwa: BFF 27.01.2005 : Zweiter Bericht „Monitoring Nichteintretensentscheide“

[...] Seit dem 1. April 2004 erhalten Asylsuchende, auf deren Asylgesuch nicht eingetreten wurde, keine Sozialhilfe mehr. Ihnen wird nur noch eine von der Verfassung garantierte minimale *Nothilfe* gewährt. [...]

http://www.presseportal.ch/de/pm/100001023/100485428/bundesamt_fuer_migration

⁸ Jürg Baumberger, Wolfgang Günther, KVG-Leistungsabbau benötigt Ergänzungen, NZZ 28.9.2007, S.21.