

Herr
Bundesrat Pascal Couchepin
Eidgenössisches Departement des Innern
Inselgasse
3003 Bern

Luzern, 15. April 2008 ikb/beb

Vernehmlassungsverfahren

Entwurf zur Änderung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV)

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Wir danken Ihnen für die Zustellung vom 4./5. Februar 2008, womit Sie uns eingeladen haben, zu den vorgesehenen Änderungen per 1. Januar 2009 der KVV Stellung zu nehmen.

Gerne nehmen wir diese Einladung an und machen folgende Bemerkungen und Anregungen:

A. Vorbemerkungen

1. Wir stellen fest, dass der von uns in früheren Vernehmlassungen immer wieder kritisierte politische Wille des Bundesrates, zulasten der Patienten, Leistungserbringer und Versicherer den freiheitlichen Handlungsspielraum immer enger einzugrenzen, erneut sichtbar wird.
2. Wir sind der Auffassung, dass mit der geplanten Änderung der KVV letztlich die Vertragsfreiheit der Partner im Gesundheitswesen (Patient, Leistungserbringer und Versicherer) ausgehebelt werden soll.

3. Die Eingriffe des Bundesrates in die unmittelbare Kontrolle des Patienten, in die Kontrolle des Versicherers wie auch der Leistungserbringer, verbunden mit einer konstitutiven Tarifhoheit des Bundes, führen das Gesundheitswesen einen grossen Schritt näher in eine vom Bundesrat verordnete Planwirtschaft im gesamten Gesundheitswesen.
4. Dies gilt auch für die Kantone, die ihre Souveränität im Gesundheitswesen de facto verlieren und ebenfalls den planwirtschaftlichen Bemühungen des Bundesrates unterstellt werden.
5. Die geplanten Änderungen sind deshalb abzulehnen.
6. Wir haben seit je her darauf hingewiesen, dass die staatlichen Eingriffe in das Gesundheitswesen beim Versuch, ein Problem zu lösen, zwei neue Probleme geschaffen haben. Dies ist auch mit den vorgesehenen Änderungen der KVV der Fall.
7. Die ganze Aufgabenverteilung zwischen Bund, Kantonen, Versicherern, Leistungserbringern und Patient muss neu überdacht und auf neue freiheitliche Grundlagen gestellt werden. Wir sind der Auffassung, dass sich dies im Rahmen des geltenden KVG kaum mehr machen lässt.
8. Die enorme Kostenentwicklung im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung ist vor allem durch die mit der Einführung des KVG und den seitherigen Revisionen einhergehenden Ausweitung der Pflichtleistungen der Versicherer bedingt. Dieser Sündenfall wird mit der vorgesehenen Änderung der KVV erneut begangen.

B. Zu den vorgesehenen Änderungen der KVV

I. Zur Problematik Aufsichtsdaten, Statistik und zum neuen Art. 28 KVV

1. Konsequente Beschränkung auf die obligatorische Grundversicherung

Wir legen Wert darauf, dass die zusätzlichen Aufsichtsdaten, Statistiken und Datensammlungen sich ausschliesslich auf die Leistungserbringer im Rahmen der obligatorischen Grundversicherung beschränken müssen. Sämtliche Leistungserbringer, die ihre Leistungen ausserhalb der obligatorischen Grundversicherung erbringen (Privatspitäler, Leistungen für Privatpatienten etc.) sind von der Pflicht zur Generierung von Aufsichtsdaten ausdrücklich auszunehmen. Unter anderem Erachtens fehlt dem Bund die gesetzliche Grundlage, ausserhalb der im Rahmen der obligatorischen Grundversicherungen erbrachten Leistungen Daten zu sammeln und zu verlangen.

2. Unterschiedliche Möglichkeiten von Versicherern, Leistungserbringern im stationären Bereich und Leistungserbringern im ambulanten Bereich

2.1 Versicherer

Das Geschäft eines jeden Versicherers ist die Übernahme eines Risikos gegen Entgelt (Prämie). Dieses Geschäft kann nicht ohne versicherungsmathematische Modelle betrieben werden. Die Sammlung von Daten, deren Auswertung und Bearbeitung gehören somit zum Kerngeschäft der Versicherer. Diese Daten sind so zu bearbeiten, dass das Datenschutzinteresse der Versicherten gewahrt wird. Es ist deshalb davon auszugehen, dass die Versicherer über alle notwendigen und unter dem Gesichtspunkt des Daten- und Patientenschutzes erlaubten Datensammlungen verfügen oder mindestens verfügen könnten. Dies folgt bereits aus der gesetzlichen Verpflichtung der Leistungserbringer, mit detaillierten Angaben abzurechnen.

Wir sind deshalb der Meinung, dass alle zulässigen Datensammlungen bei den Versicherern vorhanden sind oder dort erstellt und bewirtschaftet wer-

den können. Somit erweisen sich zusätzliche Datenerhebungen bei den Leistungserbringern generell als unnötig und sind sowohl aus Datenschutzgründen wie auch als unnötige zusätzliche Kostenfaktoren abzulehnen.

2.2 Spitäler und Pflegeheime

Wenn grosse Zentrumskliniken vielleicht genügend personelle Ressourcen haben könnten, um zusätzlichen Aufwand zur Generierung und Ablieferung von Aufsichtsdaten zu verkraften bzw. solche zusätzliche Kosten prozentual nicht gross ins Gewicht fallen dürften, präsentiert sich die Situation bei kleineren Leistungserbringern völlig anders. Hier werden zusätzliche Kosten generiert, die betriebswirtschaftlich viel stärker ins Gewicht fallen und damit eine viel grössere zusätzliche Belastung darstellen.

Extrem dürften solche Kosten kleinere und mittlere Pflegeheime zusätzlich belasten. Die meisten Pflegeheime verfügen nur über eine sehr schmale administrative Organisation. Wenn diese Institutionen nun verpflichtet werden, Aufsichtsdaten zu generieren, wird dies zu wesentlichen neuen Kosten im nicht produktiven, administrativen Teil führen.

2.3 Ambulanter Bereich

Die Leistungserbringer im ambulanten Bereich sind ohne zusätzliche Manpower gar nicht in der Lage, die Aufsichtsdaten zu anonymisieren, aufzubereiten und zu liefern. Unter Hinweis auf das Vorstehende halten wir fest, dass die Versicherer, die diese Leistungen im ambulanten Bereich prüfen und bezahlen, über die notwendigen Daten im erforderlichen Detaillierungsgrad bereits heute verfügen. Somit erübrigt es sich, dass ambulante Leistungserbringer im obligatorischen Bereich zusätzlich Daten aufbereiten. Im nichtobligatorischen Bereich besteht keine Notwendigkeit zur Datensammlung; es fehlt auch die gesetzliche Grundlage für ein solches Vorgehen. Die den Versicherern mit der Rechnungsstellung gelieferten Daten genügen für die Aufbereitung der Aufsichtsdaten vollumfänglich. Es ist unverhältnismässig, bei den ambulanten Leistungserbringern ein grosser zusätzlicher Aufwand zur Aufbereitung von Aufsichtsdaten zu erarbeiten,

wenn die Versicherer über diese Daten bereits verfügen. Der Leistungserbringer kann auch nicht mehr, als über die erbrachten Leistungen Rechenschaft ablegen. Offensichtlich soll dieser zusätzliche Aufwand zudem entschädigungslos erfolgen. Dieses Ansinnen ist nicht zumutbar. Es ist darauf hinzuweisen, dass die ambulanten Leistungserbringer sehr schmale Organisationen haben, über wenig Personal verfügen und gerade im administrativen Bereich viele ambulanten Leistungserbringer ihre Rechnungsstellung outsourcen (Ärztelassen etc.). Diese Institutionen verfügen nicht über die Krankengeschichten, sondern über die erbrachten und zu fakturierenden Leistungen; somit genau diejenigen Daten, über die die Versicherer schon heute verfügen.

2.4 Ziel der Erhebung der Aufsichtsdaten

Die Machtkonzentration beim Bundesrat soll angeblich dem Ziel dienen, Grundlagen zu generieren, um die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen überprüfen zu lassen. Es ist jedoch gerade eine Kernaufgabe der Versicherer, im Rahmen der von ihnen zu erbringenden Versicherungsleistungen in jedem Einzelfall abzuklären, ob die Deckung und Leistungspflicht besteht. Deckung besteht gemäss KVG im obligatorischen Bereich jedoch nur für Leistungen, die den Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Qualität einhalten. Somit besteht kein Grund, dass der Bundesrat sich damit befasst.

2.5 Kontrolle von Wirtschaftlichkeit und Qualität

Es dürfte unschwer einzusehen sein, dass die Kontrolle von Wirtschaftlichkeit und Qualität möglichst nahe am Patienten und dem entsprechenden Leistungserbringer stattzufinden haben. Das Argument des Bundesrates, er benötige zur Kontrolle von Wirtschaftlichkeit und Qualität Aufsichtsdaten, erscheint nicht glaubwürdig. Vielmehr ist es ein Scheinargument, um eine nicht notwendige Datensammlung aufzubauen. Würde sich das Argument des Bundesrates als richtig erweisen, müsste dies zur Schlussfolgerung führen, dass die Versicherer nicht in der Lage sind, ihre Aufgabe zu erfüllen, weil sie angeblich nicht nur Leistungen im Rahmen ihrer Leis-

tungspflicht, sondern auch Leistungen ausserhalb ihrer Leistungspflicht übernehmen, was im obligatorischen Bereich unzulässig wäre.

Die Kontrolle von Wirtschaftlichkeit und Qualität kann nur im Zusammenhang mit dem Einzelfall, nicht aber generell überprüft werden. Somit ist es ausgeschlossen, dass der Bundesrat, das Bundesamt oder das Statistische Amt überhaupt in der Lage sein können, die Kontrolle von Wirtschaftlichkeit und Qualität zu übernehmen. Die Versicherer verfügen über alle Daten (über Leistungen), die überhaupt vorhanden sind. Jede einzelne Leistung können sie kontrollieren. Wenn am (unverzichtbaren) Grundsatz, dass der Leistungserbringer über die Therapie entscheidet und nicht der Versicherer, festgehalten wird, so können höchstens die Versicherer diese Kontrolle ausüben, nie aber der Bundesrat oder ein Bundesamt. Wenn dieser Grundsatz aufgegeben werden soll, so wäre dies eine politische Entscheidung von grösster Tragweite, würde man damit die Staatsmedizin wie in England und anderen Staaten einführen. Es bleibt höchst fraglich, ob der Stimmbürger die Zustimmung dazu geben würde, dass die Versicherer oder gar der Bundesrat oder ein Bundesamt entscheiden, wer welche medizinische Leistung beanspruchen kann bzw. nicht beanspruchen darf.

2.6 Schlussfolgerungen

Wir beantragen deshalb, dass die Datensammlung des Bundes sich wie bisher auf die Daten der Versicherer und gegebenenfalls höchstens auf die Daten von öffentlichen Spitälern und grösseren Pflegeheimen (soweit diese zur Lieferung dieser Daten überhaupt in der Lage sind) beschränken soll. Es soll auf die Sammlung von Daten im ausserobligatorischen (privaten) Bereich und im obligatorischen Bereich auf die Sammlung von Daten beim Leistungserbringer im ambulanten Bereich überhaupt verzichtet werden. In diesem Zusammenhang wird auch festgestellt, dass die Versicherer immer häufiger von den (ambulanten) Leistungserbringern schriftliche Begründungen und Rechtfertigungen für erbrachte Leistungen verlangen. Diese Praxis bürdet den ambulanten Leistungserbringern bereits heute grossen zusätzlichen administrativen Aufwand auf, entbindet den ambulan-

ten Leistungserbringer aber nicht von seiner umfassenden Verantwortung für die Therapie. Unter Ausklammerung der ganzen Problematik des Einflusses der Kontrollen der Leistungserbringer auf die Therapien (ohne entsprechende Übernahme von Verantwortung dafür), kann aber doch festgehalten werden, dass die Versicherer von ihrer Möglichkeit, neben der detaillierten Rechnungsstellung noch zusätzliche Begründungen und Daten zu beschaffen, regen Gebrauch machen. Art. 31 (Veröffentlichung der Daten der Leistungserbringer) soll sich nur auf diejenigen Daten beschränken, die das Bundesamt für Statistik von den Versicherern und allenfalls von den Leistungserbringern im stationären Bereich erhalten hat. Die Ausführungen zu den Planungskriterien zeigen erneut, dass offenbar die Aufteilung der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen nicht vollständig gelebt werden soll. Das Gesundheitswesen soll Aufgabe der Kantone sein, jetzt sollen diese in ihrer Souveränität aber beschränkt oder gar im Gesundheitsbereich bevormundet werden. Es kann nicht sein, dass der Bund letztlich ein Zwangskorsett für die Kantone aufstellt und ihnen die Kosten belässt bzw. neue aufbürdet.

Es besteht keine Notwendigkeit, zu den Planungskriterien, den Planungsaufgaben wie auch zur Souveränität der Kantone im Gesundheitsbereich irgendetwas neu zu legislieren. Die Bemühungen des Bundesrates zielen auch hier (wie eingangs erwähnt) auf die Zentralisierung des Gesundheitswesens auf Bundesebene, ja geradezu auf die Vorbereitung der Planwirtschaft im Gesundheitswesen durch den Bund hin. Die zentrale Überwachung und Leitung des Gesundheitswesens widerspricht einerseits der föderalen Regelung gemäss Aufgabenteilung zwischen Kantonen und Bund, andererseits wird damit auf allen Ebenen ein neuer, erheblicher Administrationsaufwand generiert, der irgendwo bezahlt werden muss, und der sicher nicht den Patienten zugute kommt, da er nichts mit den Leistungen im Gesundheitsbereich zu tun hat.

3. Anerkennung der Geburtshäuser als Leistungserbringer

Wiederum kann der Versuchung zur Leistungsausweitung nicht widerstanden werden. Es ist erstens festzuhalten, dass die vorhandenen öffentlichen und privaten Spitäler eine genügende Versorgungssicherheit im Bereich „Geburten“ anbieten. Das Bedürfnis der Geburtshäuser ist vor allem bei denjenigen Personen vorhanden, die die Niederkunft nicht im Spitalbereich wünschen. Es ist nun aber im Sinne der Wirtschaftlichkeit und angesichts der beschränkten Ressourcen völlig falsch, wenn die Geburtshäuser als Leistungserbringer anerkannt werden und diese dann gleichzeitig zu verpflichten sind, ihre Standards an diejenigen der spitalgestützten Geburtshilfe anzupassen. Auch hier stellen wir fest, dass die freie Wahl der Leistungsempfänger „zwangsverordnet“ wird.

Entweder sind die Geburtshäuser nicht als Leistungserbringer im Sinne der obligatorischen Leistungen nach KVG anzuerkennen, oder diese sind in ihrer jetzigen Ausgestaltung ohne Auflagen irgendwelcher Art als Leistungserbringer anzuerkennen. Es soll die freie Entscheidung jeder Frau sein, ob sie ihre Niederkunft im Spital mit der entsprechenden medizinischen und faktischen Kapazität im Notfall wählt, ob sie die intime Atmosphäre des Geburtshauses dem Spital vorzieht oder gar zu Hause gebären und die Risiken einer nicht spitalgestützten Geburt in Kauf nehmen will.

Die Anerkennung der Geburtshäuser als Leistungserbringer in Verbindung mit Kriterien als Voraussetzung dieser Anerkennung im Einzelfall wirkt kostentreibend und ist abzulehnen.

4. Getrennte Rechnungsstellung für obligatorisch versicherte und private Leistungen

Wir vertreten die Meinung, die bisherige Lösung sei sachgerechter, indem in einer einzigen Rechnung der ganze Fall gegenüber dem Patienten abgerechnet und dann dieser mit seinen Versicherungen die Ausscheidung vorzunehmen haben wird. Neben diesem gesetzlichen Normalprozedere sind andere privatrechtlich vereinbarte Vorgehensweisen (Zahlstellenvereinbarungen, Abtretungen etc.) zuzulassen. Bei der Prüfung der ganzen Rechnung werden Irrtümer bei der Rechnungsstellung rascher und leichter erkannt. Sie können ohne weiteres kor-

rigiert werden. Dies ist bei getrennten Rechnungen nicht mehr der Fall. Die getrennten Rechnungen durchlaufen getrennte administrative Wege bei den Versicherern bei der Rechnungskontrolle. Es wird vermehrt zu Rückfragen und zusätzlichen administrativem Aufwand führen. Die Entscheidung, zulasten welcher Police die Leistung erbracht werden muss, kann nicht beim Leistungserbringer erfolgen. Es ist dies das zentrale Geschäft des Versicherers, zu überprüfen, welche geltendgemachten Leistungen er zu Lasten welcher Police erbringen muss.

5. Leistungsbezogene Tarifierung

5.1 Einführung von einheitlichen Tarifstrukturen

Der Bundesrat strebt ein einheitliches, vollständig von ihm kontrolliertes Vergütungssystem an, welches für die Rechtsverbindlichkeit nicht nur die Einigung zwischen den Vertragspartnern, sondern auch der konstitutiven Genehmigung des Bundesrates bedarf.

Damit wird nicht weniger als das bisherige, die unterschiedlichen Bedürfnisse wie auch Umstände und Kostenstrukturen berücksichtigende Vertragswerk zwischen Versicherern und Leistungserbringern durch eine vereinheitlichte, gesamtschweizerisch und vom Bundesrat verordneten Struktur ersetzt. Die Verträge zwischen Versicherern und Leistungserbringern werden zur Farce. Dies lehnen wir ab.

5.2 Vermeidung von falschen Anreizen

Einerseits wird von den Leistungserbringern ökonomisches Verhalten verlangt, andererseits wird ihnen bereits heute unterschoben, die vom Bundesrat angestrebten und verlangten Fallpauschalen zu ihren Gunsten auszunützen. Es liegt in der Natur der Sache, dass derjenige Leistungserbringer, der unabhängig von der zu erbringenden Leistung mit einer Pauschale abgegolten wird, sich ökonomisch verhalten und danach trachten wird, pro pauschalitem Fall möglichst wenig Leistungen erbringen zu müssen. Dies mag mit Bezug auf die Kostensenkung erwünscht sein, mit Bezug auf

die Qualität der medizinischen Versorgung sind solche Anreize bei den Leistungserbringern im höchsten Masse kontraproduktiv und somit unerwünscht. Im Hinblick auf die in den Vernehmlassungsunterlagen angesprochene Problematik der „zu frühen“ Entlassung aus dem stationären Bereich ist anzuführen, dass der Druck der betriebswirtschaftlichen Leitung von Spitälern auf ihre Ärzte, die pauschaliert abgerechneten Patienten möglichst bald wieder zu entlassen, enorm zunehmen wird. Bei einer tatsächlich leistungsbezogenen Vergütung (wozu Tagespauschalen im weitesten Sinne noch zählen können) dürfte man wohl damit rechnen, dass im Zweifelsfall der Patient nicht entlassen wird. In der Fallpauschale wird man damit rechnen müssen, dass im Zweifelsfall der Patient entlassen wird, um ihn - sofern später notwendig - ein zweites Mal zu hospitalisieren.

Wie der Bundesrat (bzw. irgend ein Bundesamt) in der Lage sein soll, diese Entscheidungen zu kontrollieren, wird in den Vernehmlassungsunterlagen nicht dargelegt. Eine solche kompetente Kontrolle durch den Bund ist unseres Erachtens ausgeschlossen. Die Entscheidung, in welchem Zeitpunkt ein Patient aus dem Spital entlassen werden soll, muss eine medizinische Entscheidung bleiben. Zudem ist eine solche Entscheidung nie schematisch möglich; es sind zu viele „weiche“ Parameter dafür einzubeziehen. Deshalb sind solche Entscheidungen nie am Schreibtisch bei der Kontrollinstanz sachgerecht kontrollierbar. Die vorgesehene Lösung ist eine Vergrösserung des Einflusses der Ökonomie unter Inkaufnahme des Qualitätsverlustes in der medizinischen Versorgung.

5.3 Leistungsbezogene Pauschalen vom Typ DRG (diagnosis related groups)

Die Absicht des Bundesrates, den heute bestehenden Handlungsspielraum bei der Vereinbarung von Pauschalen für die stationäre Behandlung in dem Sinne einzuschränken, dass nur noch Fallpauschalen, die angeblich leistungsbezogen sein sowie auf einheitlichen nationalen Strukturen beruhen müssen, ist abzulehnen. Mit dem gesuchten Bezug zwischen der Pauschale und der tatsächlich erbrachten Leistung wird letztlich der Grundsatz der Pauschalierung aufgegeben. Schliesslich wird das Ganze dort enden, dass weder die konkret erbrachten Leistungen, noch eine auf Durch-

schnittswerten beruhende Pauschalierung massgebend sein werden, sondern die „Kodierung des Falles“. Die Frage, ob die Kodierung richtig ist, wäre dann Gegenstand der Überprüfung. Wenn nun eine Institution in der Handhabung der Tarife Vorteile für sich wahrnehmen will, kann sie dies im Besonderen mit der Kodierung. Sind die Weichen einmal gestellt, erfolgt die Pauschalvergütung ohne Kontrolle, ob sich der Fall auch so entwickelt hat, wie er zu Beginn kodiert worden ist.

5.4 Fallbeiträge und Art. 59e KVG

Der Bundesrat will eine Organisation gründen und damit beauftragen, die Tarifstrukturen zu erarbeiten, anzupassen und zu pflegen. Dabei will sich der Bundesrat auf Art. 49 Abs. 2 KVG stützen, der aber keine gesetzliche Grundlage für das Aufstellen und Betreiben einer zum obigen Zwecke bestimmten Organisation darstellen kann.

Art. 49 Abs. 2 KVG ermöglicht im Wesentlichen die Vereinbarung von über die Pauschalen hinausgehenden Leistungen für besondere diagnostische und therapeutische Leistungen, die nicht in der Pauschale enthalten sind, sondern getrennt fakturiert werden können.

Die Schaffung einer Organisation zur Tarifüberwachung wird Kosten verursachen, die letztlich zu den Gesundheitskosten zählen werden, ohne dass ein entsprechender Mehrwert für die Patienten und Versicherten resultieren wird.

Die vorgeschlagene Finanzierung einer solchen Organisation lehnen wir ab. Einerseits ist nicht akzeptierbar, dass im Ergebnis die Leistungserbringer über einen „Fallbeitrag“ ihre eigene Kontrolle finanzieren müssen. Gemäss den Vorstellungen des Bundesrates sollen die Leistungserbringer in diesem Zusammenhang einerseits ohne Kompensation einen zusätzlichen, vom Bundesrat verordneten Aufwand zu tragen haben. Andererseits ist die Absicht, dass sämtliche Leistungserbringer als Mitglieder in einer solchen Organisation verpflichtet werden sollen, letztlich eine „Zwangsmemberschaft“ oder mindestens die Verpflichtung zu einer Zwangsabgabe. Der

vorgeschlagene Weg beweist ein weiteres Mal, dass der Bundesrat offensichtlich zum Ziel hat, in der Schweiz konsequent und schrittweise jede Freiheit im Gesundheitswesen abzuschaffen und durch eine vom Bund beherrschte Staatsmedizin zu ersetzen.

Freundliche Grüsse

PULSUS

Der Vizepräsident:

Die Geschäftsstelle:

Dr. Walter Häcki

Marco Bazzani