

Herr
Bundesrat Pascal Couchepin
Eidg. Departement des Innern
Inselgasse
3003 Bern

Luzern, 14. März 2006 ikb

Anhörungsverfahren

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

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Wir beziehen uns auf die am 16. Januar 2006 erfolgte Zustellung der Unterlagen zu den vorgesehenen Änderungen bzw. zur Teilrevision der Krankenversicherung und danken Ihnen für die Einladung zur Stellungnahme. Die vorliegende Eingabe erfolgt innerhalb der Vernehmlassungsfrist vom 16. März 2006.

A. Vorbemerkungen

1. Die vorgesehene Teilrevision der KVV führt den "Pfad der Untugend" fort, indem die bisher bereits als Überregulierung empfundene Regelungsdichte weiter verschärft wird.
2. Die in der Einführung zu den Vernehmlassungsunterlagen enthaltene Behauptung, das Kostenproblem in der Krankenversicherung sei ungelöst, weil eine ungenügende Steuerung der Leistungsmenge vorliegen soll, ist unseres Erachtens Resultat einer offensichtlichen Fehlbeurteilung. Unseres Erachtens ist das Kostenproblem ungelöst und auch unlösbar, weil in der obligatorischen Grundversicherung zuviel Wünschbares abgedeckt wird bzw. das Obligatorium sich nicht auf das Notwendige beschränkt.

3. Die von uns durchgeführte Repräsentativbefragung bei den Patienten, die wir am 1. Februar 2006 an einer Pressekonferenz in Bern der Öffentlichkeit vorgestellt haben, zeigt eindeutig, dass das Sparpotential von gesundheitspolitischen Massnahmen wie Hausarztmodell oder Aufhebung des Ärztevertragszwangs praktisch vernachlässigbar ist. Um die Kosten des Gesundheitswesens zu senken, braucht es deshalb einen völlig neuen Denkansatz. Die vorgeschlagene Teilrevision der KVV verlässt aber den angestammten Pfad, dessen Kostenprobleme als unlösbar erkannt worden sind, nicht. Sie wird nur marginale kostendämpfende Einflüsse haben können.

4. Wir sind deshalb daran, diesen neuen Denkansatz zu formulieren. Wir stellen uns in Analogie zur Regelung in der Altersvorsorge ebenfalls ein Dreisäulenmodell vor, nämlich:
 - Die erste Säule zur "Existenzsicherung".
 - Die zweite und dritte Säule zur Deckung von Bedürfnissen, die über die medizinische Existenzsicherung hinausgehen.

Wir werden Ihnen unser Modell zustellen, sobald es der Öffentlichkeit vorgestellt werden kann.

B. Bemerkungen zu den vorgesehenen Änderungen der KVV

5. Durchbrechung des Territorialprinzips

5.1 Ablehnung der teilweisen Lockerung des Territorialprinzips

Wir sind der Meinung, dass der vorgeschlagene Versuch zur limitierten Aufhebung des Territorialprinzips auf dem Gebiet der obligatorischen Krankenversicherung ein untaugliches Mittel ist und keinen Einfluss auf das Kostenproblem haben wird. Die angeblich angestrebten wettbewerblichen und wirtschaftlichen Anreize des Systems werden unseres Erach-

tens mit dem Vorschlag zur limitierten Aufhebung des Territorialprinzips nicht bewirkt. Die anvisierten, durch den Bundesrat zu bewilligenden ausländischen Institutionen können im Wettbewerb nicht mit den schweizerischen Institutionen verglichen werden. Die Regelungsdichte auf schweizerischem Hoheitsgebiet ist vielfach höher als diejenigen im benachbarten Ausland. Will man tatsächlich auf diesem Weg im internationalen Vergleich einen Wettbewerb zum schweizerischen Gesundheitswesen schaffen, so sind nicht nur bei den schweizerischen Leistungserbringern Massnahmen, konkret eine massive Reduktion der Regelungsdichte, notwendig. Im Gegenzug müsste man auch ausländische Versicherer zulassen. Wir sind deshalb der Meinung, wenn das Territorialprinzip aufgegeben werden sollte, sollte umfassend darauf verzichtet werden, sowohl mit Bezug auf die Leistungserbringer, wie auch mit Bezug auf die Versicherer.

5.2 Einige Bemerkungen zu speziellen Fragen

5.2.1 Medikamente

In der Schweiz dürfen nur Medikamente abgegeben werden, die von der Swissmedic reguliert sind. Ausländische Leistungserbringer werden sich wohl kaum unter die Regulierungen des schweizerischen Krankenversicherungswesens unterwerfen. Es werden sich zwangsläufig Probleme stellen, wie mit der weiteren Therapie bzw. der Fortsetzung von im Ausland begonnenen Behandlungen in der Schweiz fortgeföhren werden soll, wenn die im Ausland verwendeten Medikamente nicht auf der Liste der Swissmedic zu finden sind. Schliesslich wird diese Frage im Konfliktfall nur zur Erkenntnis föhren, dass die Regelungen im Bereich der Zulassung von Medikamenten sich als unnötig erweisen - oder man nimmt von der Swissmedic als zu vermeidend erkannte Geföhrdungen der Patienten einfach in Kauf.

5.2.2 Unterschiedliche Voraussetzungen im Personalbereich

Sofern tatsächlich ein wirtschaftlicher Wettbewerb durch den Einbezug von grenznahen Leistungserbringern angestrebt wird, muss den schweizerischen Leistungserbringern die Möglichkeit zugestanden werden, Perso-

nal zu den im Ausland gültigen Bedingungen anzustellen. Dies würde massive Einkommenseinbussen des gesamten Spitalpersonals bewirken. Ohne diese Möglichkeit, wäre der Wettbewerb staatlich behindert, indem der Hauptkostenfaktor ausländischer Leistungserbringer für einige wenige Schweizer Patienten in Anspruch genommen wird, ohne dass den schweizerischen Leistungserbringern gestattet würde, ihre arbeitsrechtlichen Verpflichtungen den ausländischen Gegebenheiten anzupassen und so konkurrenzfähig zu werden.

5.2.3 Qualitätskontrolle

Die im Gesundheitswesen herrschende Regelungsdichte umfasst auch die Qualitätskontrolle. Wir verweisen in diesem Zusammenhang auf die zahlreichen administrativen Arbeiten in diesem Zusammenhang, die alle kostentreibend sind. Die ausländischen "Konkurrenten" sind diesen administrativen Verpflichtungen nicht unterworfen und produzieren deshalb kostengünstiger. Auch hier stellt sich die Frage, ob die immensen Aufwendungen im Rahmen der Qualitätskontrolle tatsächlich notwendig sind, oder ob es den im Ausland suchenden Patienten zuzumuten ist, Leistungen ohne die entsprechenden Qualitätskontrollen zu beziehen. Auch hier wäre mit einem Abbau der Regelungsdichte flächendeckender und schweizweit mit ein grösseres Einsparungspotenzial auszuschöpfen als durch die Zulassung von grenznahen ausländischen Leistungserbringern.

5.2.4 Hinweise zu den Gesundheitssystemen in den Nachbarländern

Das Gesundheitssystem in den Nachbarländern ist völlig anders strukturiert. Die Spitäler in Deutschland werden zu Vollkosten vergütet; zusätzliche Leistungen an schweizer Patienten könnten somit zu Grenzkosten berechnet werden. Dies verfälscht den Vergleich, behindert die Transparenz und führt zu einem Scheinwettbewerb.

5.3 Kostentreibende Bereiche

Das Hauptwachstum der Kosten findet nach wie vor im stationären Bereich und im Bereich der Spitalambulatorien statt. Im ambulanten Bereich

der privaten Arztpraxen ist in den letzten Jahren kaum ein Kostenwachstum feststellbar. Die vorgesehenen Massnahmen wie auch die bereits beschlossenen Massnahmen (Reduktion der Taxpunkte) visieren aber den ambulanten Bereich der privaten Arztpraxen an und nicht das Hauptproblem (stationärer Bereich und Bereich der Spitalambulatorien).

Somit kann für die Erreichung eines echten Wettbewerbs die vorgesehene Teilrevision der KVV kaum taugen. Nur eine völlige Freigabe wird Wettbewerb schaffen. Das vorgesehene Modell ist einem Scheinwettbewerb verpflichtet.

6. Medikamente

6.1 Hinwendung zum Wettbewerb

Wir sind der Meinung, dass mit den vorgesehenen Änderungen im Rahmen der Teilrevision der KVV wiederum der falsche Weg beschritten wird, indem die Regelungsdichte im Bereich der Medikamentenpreise erneut erhöht wird.

6.2 Verzicht auf die Festlegung von Preisen

Wir sind der Meinung, dass auf die Festlegung von Preisen verzichtet werden soll. Die Preisbildung ist letztlich das Resultat des Marktes. Wir lehnen die Preisbildung durch staatliche Regulative ab.

6.3 Verzicht auf viele Regelungen und die Swissmedic als Institution

Die Leistungserbringer sind heute aus "Patientenschutz" verpflichtet, nur ganze Medikamentenpackungen abzugeben; die Abgabe von Teilpackungen ist nicht mehr zulässig. Dies bedeutet nichts anderes als eine staatlich verordnete Leistungsausweitung. Es ist unseres Erachtens völliger Unsinn, dem Patienten eine ganze Packung von Medikamenten abzugeben, wenn er nicht den ganzen Inhalt einnehmen muss und nur ein Teil des Packungsinhaltes für die vorgesehene Therapie reichen würde.

Es wird so staatlich verordnet Medikamentenabfall produziert oder dem Medikamentenmissbrauch durch unnötige Einnahmen Vorschub geleistet.

Ebenso ist die Rolle von Swissmedic zu überdenken; man wird zum Schluss kommen müssen, dass diese Institution überflüssig ist. Die Tätigkeit der Swissmedic führt zu einer Verhinderung des Wettbewerbs und des freien Marktes auf dem Gebiete der Medikamentation. Sie ist kostentreibend und nicht kostensenkend. Falls man missbräuchliche Vermarktung von Medikamenten befürchten sollte, so könnte die Swissmedic diese wohl kaum verhindern. Allenfalls müsste man zum Schutz des Patienten eine Verschärfung der Haftpflicht der Medikamentenproduzenten ins Auge fassen.

6.4 Ausweitung von Indikationen

Bereits heute bewirkt die Bestimmung der Indikationen für die einzelnen Medikamente einen grossen administrativen Aufwand. Nicht selten übersteigt die zwecks Kostenübernahme an die Kasse zu richtende Anfrage über die Zulässigkeit einer bestimmten Indikation die Kosten des Medikamentes und der gesamten medikamentösen Therapie. Die Krankenkassen, die entscheiden sollten, ob ein bestimmtes Medikament die entsprechende qualifizierte Indikation für die Kassenpflicht aufweist, sind dazu unseres Erachtens fachlich gar nicht in der Lage. Mit der Freigabe der Medikamente mit den Verzicht auf Swissmedic wird freier Markt geschaffen, der auch die Frage von Indikationen der einzelnen Medikamente obsolet machen wird.

6.5 Völlige Freigabe des Medikamentenverkaufs

Sobald der Vertrieb von Medikamenten von allen Restriktionen befreit ist, können die Leistungserbringer ihren Bedarf dort eindecken, wo sie wollen. Die Frage der Vertriebskanäle wird vom Markt selber beantwortet werden und wird keiner staatlichen Regelungen mehr bedürfen.

7. Reserven der Versicherer

Auch wir sind der Ansicht, dass die vorgeschriebenen Reserven der Versicherer wahrscheinlich zu hoch sind. Wir stimmen einer Reduktion der Reserven zu, enthalten uns aber einer Stellungnahme im masslichen Bereich. Wir verweisen aber darauf, dass das System nicht an den zu hohen Reserven der Krankenversicherer krankt, sondern an den von der obligatorischen Grundversicherung in überdimensionierter Weise zu bezahlenden Leistungen, die nicht mehr zur medizinischen Existenzsicherung, sondern zum (den Zusatzversicherungen vorzubehaltenden) Wünschbaren gehören. Ebenso enthalten wir uns einer Stellungnahme mit Bezug auf die Rückversicherer. Es handelt sich dabei um eine versicherungstechnische Angelegenheit.

8. Prämiengenehmigung / Franchisen und Rabatte

Unsere Patientenbefragung hat ergeben, dass mehr als die Hälfte aller befragten Patienten eine höhere Franchise vereinbart haben. Die gleiche Patientenbefragung ergab, dass Versicherte mit einer Minimalfranchise im Jahr vor der Befragung überdurchschnittlich oft einen Arzt aufgesucht haben (79% der befragten Personen). Personen mit höherer Franchise suchten in der gleichen Zeitspanne jedoch nur zu 64% einen Arzt auf. Die These, wonach Personen mit höheren Franchisen weniger häufig einen Arzt aufsuchen, wurde eindeutig bestätigt. Wir erachten deshalb den Versuch in der vorgesehenen Teilrevision der KVV, die Versicherer bei der Ausgestaltung der Franchisen wie auch der Rabatten für Teilversicherungen im Rahmen des Obligatoriums staatlich zu regulieren als falsch und lehnen die entsprechenden Änderungen ab. Sie wirken dem Wettbewerb der Versicherer entgegen und behindern diesen. Schliesslich wird die Systematik der Franchise und der Rabatte behindert, obschon gerade mit der Franchisenbemessung nachgewiesenermassen Einfluss auf das Konsumverhalten der Leistungsempfänger genommen werden kann. In der teilweise als exzessiv zu bezeichnenden Anspruchshaltung der Leistungsempfänger ist letztlich das heute als fast unlösbar bezeichnete Kostenproblem der obligatorischen Krankenversicherung begründet.

Wir danken Ihnen, dass Sie uns Gelegenheit geboten haben, im vorliegenden Anhörungsverfahren teilzunehmen.

Mit freundlichen Grüssen
PULSUS

Dr. med. Walter Häcki
Vizepräsident PULSUS

Marco Bazzani
Geschäftsstelle

Beilage:

Repräsentativbefragung PULSUS vom Januar 2006