

Herr
Bundesrat Pascal Couchepin
Eidgenössisches Departement des Innern
Inselgasse
3003 Bern

Luzern, 14. Juli 2004 ikb

Teilrevisionen in der Krankenversicherung (KVG)
Vorlage 2A: Spitalfinanzierung

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Wir beziehen uns auf die Zustellung der Unterlagen zur obgenannten Revision des KVG und danken für die Einladung zur Vernehmlassung wie auch zur krankheitsbedingten Fristerstreckung.

Wir lehnen die vorgesehene und sich in der Vernehmlassung befindliche Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Spitalfinanzierung ab und haben folgende Bemerkungen und Anregungen:

A. Allgemeine Feststellungen und Anregungen

1. Zum vorgesehenen Verzicht auf den Begriff der „allgemeinen Abteilung“

Aufgrund Ihrer Ausführungen kann aus unserer Sicht nur unter der Voraussetzung auf den Begriff der „allgemeinen Abteilung“ verzichtet werden, wenn sichergestellt wird, dass einerseits damit nicht automatisch die Privatspitäler mit allen Konsequenzen dem KVG unterstellt werden, und dass andererseits Leistungen wie der zusätzliche Komfort im Hotelbereich, die freie Arztwahl und die uneingeschränkte Behandlungsfreiheit im Spital angeboten werden können, freiwillig versicherbar sind und keine Leistungen im Rahmen des Obligatoriums nach KVG darstellen.

Wir ziehen eine Formulierung, wie sie im ständerätlichen „Basisservice“ zum Ausdruck kommt, vor.

2. Verzicht auf das Konzept „teilstationär“

Unter Hinweis auf unsere seinerzeit abgegebene Vernehmlassung vom 23. April 1999 im Rahmen der KVG-Teilrevision betreffend Spitalfinanzierung ist das eingetroffen, was wir damals festgehalten haben. Es kann auch heute überhaupt nicht abgeschätzt werden, welche zukünftigen Behandlungen, die bisher stationäre Pflege verlangten, inskünftig im teilstationären Bereich erfolgen werden. Eine Verpflichtung der Kantone, das Angebot des teilstationären Bereichs zu planen, und nur Anbieter zuzulassen, die auf der Spitalliste figurieren, ist nicht sachgerecht und provoziert eine nicht quantifizierbare, zukünftige finanzielle Belastung der Kantonshaushalte. Der Verzicht auf das Konzept ist richtig. Wir unterstützen dieses Vorhaben.

3. Spitalplanung

3.1 Umsetzung der Rechtsauffassung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts

Aus dem Versicherungsgedanken selbst folgt unseres Erachtens zwingend, dass bei jedem stationären Aufenthalt in einem öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital der in die Grundversicherung fallende Anteil der Sockelleistungen („Basisservice“) zulasten der obligatorischen Krankenversicherung übernommen werden muss und nur die darüber hinausgehenden Leistungen (höherer Komfort im Hotelbereich, freie Arztwahl, fehlender gesetzlicher Tarifschutz und uneingeschränkte Behandlungsfreiheit) den Zusatzversicherungen bzw. den Versicherten selbst überbunden werden dürfen. Durch eine restriktivere Ausgestaltung des Pflichtleistungskataloges würden sich in diesem Bereich zulasten der obligatorischen Krankenversicherung noch enorme Kosteneinsparungspotentiale eröffnen.

Wir unterstützen die Rechtsauffassung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts und die Absicht, die entsprechenden Unklarheiten des KVG im Gesetz selber zu beheben.

Schliesslich halten wir aber fest, dass die Autonomie der reinen Privatspietäler von den Änderungen nicht betroffen werden darf. Sie sollen weiterhin nicht dem KVG unterstellt sein.

3.2 Beschränkung der Planungspflicht auf den Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Wir teilen Ihre Ansicht, dass den Kantonen keine Planungspflicht für Leistungen, die nicht dem Pflichtleistungskatalog der obligatorischen Krankenpflegeversicherung enthalten sind, auferlegt werden soll. Hingegen muss sichergestellt werden, dass die entsprechenden Planungsmöglichkeiten der Kantone im überobligatorischen Bereich uneingeschränkt bestehen bleiben.

3.3 Gestaltungsfreiheit der Kantone

Die Gestaltungsfreiheit der Kantone soll vollumfänglich erhalten bleiben. Es ist abzulehnen, dass der Bundesrat die Kompetenz delegiert erhält, Einfluss auf die Spitalplanung der Kantone im Rahmen der Revision der Spitalfinanzierung zu erhalten.

3.4 Leistungsbezogene Finanzierung

Unseres Erachtens ist weder in die Kompetenz noch in die Bemühungen der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren einzugreifen. Die Spitalplanung ist Sache der Kantone und soll es bleiben.

3.5 Planung und Aufgabenverteilung im Bereich der hochspezialisierten Medizin

Die Kantone sollen hier auch inskünftig die Entscheidungsträger wie auch Träger der Institutionen bleiben. Wir teilen die Auffassung, dass diese Frage am effizientesten und wirksamsten auf interkantonaler Ebene gelöst wird. Auf alle Fälle ist es nicht eine Sache des KVG.

3.6. Widerspruch zwischen leistungsorientierter Finanzierung und Pauschaltarifizierung

Die Fallpauschale ist nur vordergründig leistungsbezogen. In der Realität wird damit jedoch nur eine pauschal festgelegte (theoretische) Leistung entschädigt, ohne jeden Bezug auf die konkret erbrachte Leistung.

Der pauschal entschädigte Leistungserbringer wird immer der Versuchung ausgesetzt sein, nicht alle zur Berechnung der Pauschale herangezogenen Teilleistungen erbringen zu müssen, um so eigene ökonomische Vorteile zu erhalten. Eine solche Entwicklung schadet aber der Qualität der Medizin und widerspricht grundsätzlich den Interessen der Patienten. Der Patient kann aber nur ein einziges Interesse haben: Vollumfängliche Transparenz über die notwendigen und zu erbringenden bzw. erbrachten Leistungen samt der entsprechenden Tarifstruktur. Was die ambulanten Leistungserbringer können, sollte auch den Spitälern möglich sein. Im Hinblick auf die vom Bundesrat geforderte statistische Erfassung des gesamten Gesundheitswesens müssten die stationären Leistungserbringer ohnehin in der Lage sein, ihre Einzel- und Teilleistungen spezifiziert als Patienten- und Behandlungsdaten dem Bund zur Verfügung zu stellen. Die Begründung zur Einführung der Fallpauschale, die stationären Leistungserbringer wären nicht in der Lage, spezifizierte Leistungsverzeichnisse mit den entsprechenden Tarifpositionen ihrer Rechnungsstellung zugrunde zu legen, war schon damals nur ein vordergründig stichhaltiges Argument. Im Hinblick auf die geforderte Verpflichtung zur statistischen Erfassung sämtlicher medizinischer Leistungen ist das Argument ohnehin unhaltbar geworden.

3.7 Regressrecht des Wohnkantons

Die Möglichkeit, dass der zur Leistung verpflichtete Wohnkanton im Rahmen seiner erbrachten Leistungen Regressrecht gegen haftpflichtige Dritte erhält, ist zu befürworten. Das Rückgriffsrecht auf haftpflichtige Dritte ist nur die konsequente Umsetzung der haftpflichtrechtlichen Regelungen.

3.8 Datengrundlagen

Die mit der Teilrevision KVG verfolgte Absicht widerspricht dem Persönlichkeitsschutz wie auch dem gesetzlich zugesicherten Datenschutz des Individuums. Durch die umfassende Datensammlung wird der „gläserne Patient“ angestrebt. Die entsprechenden Behörden und letztlich die Krankenversicherer erhalten so vollen Einblick in die Krankengeschichte der Patienten. Gerade die Krankengeschichte über den Gesundheitszustand eines Menschen gehört zu seinen intimsten und sensibelsten Bereichen und somit auch zu den Grundrechten eines Menschen. Wir lehnen deshalb die nicht anonymisierte Datensammlung konsequent ab und betrachten eine solche als Verletzung des Persönlichkeitsrechtes wie auch der Menschenwürde.

B. Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen

1. Art. 22a (neu) Datengrundlagen

1.1 Ablehnung des „gläsernen Patienten“

Die vorgeschlagene Gesetzesbestimmung verfolgt den Zweck, den Patienten zum „gläsernen Patienten“ zu mutieren. Die klar formulierte Absicht, jeden einzelnen Patienten namentlich und konkret über mehrere Leistungserbringer zu verfolgen und damit Behandlungsverläufe nachzeichnen zu können, konkretisiert und übersteigt die Orwellsche Horrorvision des total überwachten Individuums. Bei der Abwägung zwischen der Freiheit des Menschen, seiner Menschenwürde und seinem Anspruch auf Intimsphäre einerseits und dem Begehren von Gesundheitsbehörden und Versicherern nach lückenloser Information über Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen, deren Diagnosen etc. andererseits, muss die Güterabwägung eindeutig und konsequent zugunsten des Rechts der Menschen und nicht zugunsten von Behörden und Versicherungen ausfallen. Schliesslich ist dieser systematische Nachvollzug der medizinischen Versorgung, bezogen auf jeden einzelnen Patienten, unnötig und auch sachwidrig.

Der Ansatz zur Begrenzung der im Rahmen der obligatorischen Leistungspflicht anfallenden Gesundheitskosten liegt nicht in der totalen Überwachung des Patienten, sondern in der Begrenzung der Pflichtleistungen gemäss Leistungskatalog.

1.2 Verschärfender Einfluss des Obligatoriums

Staat und Versicherer erhalten so einen „gläsernen Patienten“, der sich dagegen in keiner Art und Weise wehren kann. Durch die obligatorische Versicherung ist die gesamte Bevölkerung der Schweiz dieser totalen Überwachung ausgesetzt. In den intimsten Bereichen müssen alle Leistungserbringer sämtliche Daten patientenbezogen dem Bund und somit auch den Versicherern bekannt geben. Damit erhält eine Vielzahl von Personen Zugriff auf diese Daten. Amtsgeheimnis und Berufsgeheimnis sind kein effizienter Schutz, nachdem es nicht einmal möglich ist, vertrauliche Inhalte von Bundesratssitzungen nur über Tage geheim zu halten. Die geplante Schaffung des „gläsernen Patienten“ ist der grösste, denkbare Eingriff in die Persönlichkeitsrechte und Privatsphäre eines jeden Einzelnen. Wir lehnen deshalb aus verfassungsrechtlichen Gründen die vorgesehene Gesetzesbestimmung ab. Art. 10 BV beinhaltet den Schutz der individuellen Selbstbestimmung. Art. 10 Abs. 2 BV und Art. 8 EMRK enthalten die Garantie für das Individuum, die für seine Persönlichkeit elementaren Aspekte individueller Lebensführung selber zu bestimmen. Dazu gehören unbestritten die Gesundheitsbedürfnisse. Zur verfassungsmässig garantierten persönlichen Entfaltungsfreiheit muss die Möglichkeit gehören, über die individuelle Lebensgestaltung frei entscheiden zu können. Der Staat muss objektive Schutzpflichten wahrnehmen, was insbesondere gegenüber wichtigen Technologien, staatlichen Steuerungsversuchen und technischen Überwachungsmitteln zu geschehen hat (vgl. Rainer J. Schweizer, Kommentar Schweizerische Bundesverfassung, N. 28 zu Art. 10 BV).

Die konsequente Datensammlung und zentrale Behandlungsüberwachung verletzt als staatlicher Steuerungsversuch die Grundrechte des Menschen; gleichzeitig verletzt der Staat seine objektive Schutzpflicht.

Die vorgesehene Gesetzesbestimmung orientiert sich einseitig am untauglichen Versuch, durch den „gläsernen Patienten“ eine Kostenersparnis im Gesundheitswesen zu erreichen, ohne das Naheliegendste, die Einschränkung der praktisch unbegrenzten Leistungspflicht gemäss Pflichtleistungskatalog, anzustreben. Gleichzeitig nimmt man die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten der Individuen in Kauf.

1.3 Administrativer Grossaufwand und riesige, nicht quantifizierte Gesamtkosten

Die Absicht, sämtliche Leistungserbringer zu obligatorischen und kostenlosen Datenlieferanten heranzuziehen, provoziert einen enormen Administrativapparat, der unnötig ist.

Die Verpflichtung der Leistungserbringer, die Daten kostenlos zu liefern, ist unverhältnismässig. Es wird von den medizinischen Leistungserbringern eine umfassende administrative Orientierungspflicht einverlangt, die die Kosten zweifellos massiv beeinflussen wird, ohne im Gesundheitswesen in seiner Kernkompetenz (Behandlung des Patienten) etwas beizutragen. Die behauptete „Kostenlosigkeit“ erweist sich nur als Verschiebung der anfallenden Kosten von der Bundeskasse (die die eingeforderte Leistung zu bezahlen hätte) entweder zu den Versicherern und den Kantonen (als Zahlungsverpflichtete im Gesundheitswesen) oder zu den Leistungserbringern (als zusätzlicher Kostenfaktor im Betrieb). In den Erläuterungen wird suggeriert, die Datensammlung sei kostenlos, währenddem schliesslich nur der Bund die von ihm einverlangten Leistungen nicht bezahlen will und der Gesetzgeber die Kosten stillschweigend den Krankenversicherern, den Kantonen oder den Leistungserbringern überbindet. Dem Vorhaben fehlt jede Transparenz.

1.4 Unnötiger Datenaustausch mit den Krankenkassen

Jede Kasse führt für jeden Versicherten eine Police. Es ist den Versicherern zuzumuten, aufgrund der Rechnungsstellungen der einzelnen Leistungserbringer, die individualisiert auf einzelne Patienten lauten, ihre gesetzlichen Pflichten und Leistungen zu erbringen.

Es ist letztlich eine nicht näher begründete Behauptung, für die Organe der Krankenversicherung sei es unabdingbar, dass auch nominative Einzeldaten ausgetauscht werden. Das angemeldete Interesse an Daten rechtfertigt noch lange nicht die Schaffung des obligatorisch versicherten „gläsernen Patienten“, und somit die Überwachung der ganzen Bevölkerung der Schweiz.

1.5 Schlussfolgerungen

Die Schaffung des „gläsernen Patienten“ an sich ist bereits verfassungswidrig, Einschränkungen und die Schaffung von datenschutzrechtlichen Leitplanken beseitigen die grundsätzliche Verfassungswidrigkeit nicht.

Heutige statistische Methoden sind in der Lage, die wissenschaftlich nötigen Daten durch Stichproben bzw. anonymer Teilerfassung zu erheben und davon gültige Schlussfolgerungen zu ziehen. Diese Methoden respektieren den Persönlichkeitsschutz und sind massiv kostengünstiger. Die vorgesehene Gesetzesbestimmung lehnen wir deshalb aus grundsätzlichen Gründen ab.

2. Art. 25 Abs. 2 lit. e (Allgemeine Abteilung)

Es kann vollumfänglich auf die Ausführungen unter Kapitel A. / Ziff. 1 verwiesen werden.

3. Art. 39 Abs. 1 lit. d sowie Abs. 2 und 4 (neu)

Es kann auf die Ausführungen vorne unter Kapitel B. / Ziff. 3.5 verwiesen werden.

4. Art. 39 Abs. 3

Die Schaffung einer subsidiären Kompetenz des Bundesrates wird abgelehnt.

5. Art. 39 Abs. 5

Die Schaffung der neuen Bundeskompetenz wird abgelehnt. Es kann auf die Ausführungen zur Spitalplanung (Kapitel B. / Ziff. 3.2 und 3.3) verwiesen werden.

6. Art. 41 Abs. 1

Die Lösung ist unbefriedigend, und letztlich auch nicht sozial.

Sie benachteiligt ländliche Gegenden, ohne ihnen bei der Prämiengestaltung die vollen Prämienreduktionen zukommen zu lassen. Es ist offensichtlich, dass die Kosten pro Patient in den grossen Agglomerationen die Versicherer viel mehr trifft als in ländlichen Gegenden. Diese Tatsache wird aber nicht deckungsgleich in der Prämiengestaltung abbildet. Es ist auch eine Folge davon, dass entgegen der Behauptung, die erbrachten Leistungen im stationären Bereich seien leistungsbezogen, letztlich gleichwohl Strukturen bezahlt werden.

Nur ein konsequentes Versicherungsmodell, in welchem nur der Versicherer Leistungserbringer ist und nicht auch der Kanton Leistungen zu erbringen hat, würde diese Problematik korrekt lösen. Solange im Gesundheitswesen der Mut, nur Leistungen zu bezahlen, nicht aufgebracht wird, wird man sich mit der vorgeschlagenen Lösung wohl abfinden müssen.

7. Art. 41 Abs. 2 b

Die getroffene Lösung ist richtig.

8. Art. 49 Abs. 2

Die Einführung der Leistungsfinanzierung wäre grundsätzlich zu begrüssen.

Doch ist nicht zu verkennen, dass der Vorschlag des Gesetzgebers inkonsequent ist. Auch die diagnosebezogene Fallpauschale hat Kosten und somit die Objektfinanzierung als Grundlage. Jede Pauschale relativiert die Finanzierung der tatsächlichen Leistung. Die Budgetverantwortlichkeit könnte dazu verführen, im Einzelfall nicht alle gebotenen Einzelleistungen zu erbringen oder in Abwägung zwischen medizinischer Qualität und finanzieller Situation des Spitals letztlich im Zweifelsfall die finanzielle Komponente als Sachzwang stärker zu gewichten. Die Leistungsrationierung wird somit durch Zufall vollzogen. Die Begrenzung der obligatorisch versicherten Gesundheitskosten ist effizienter, ehrlicher und sachgerechter nur in der Begrenzung des Pflichtleistungskataloges zu erreichen. Die Fallpauschale suggeriert dem Bürger, durch eine administrative bzw. abrechnungstechnische Massnahme könne man die Gesundheitskosten eindämmen und gleichzeitig die medizinischen Leistungen unbeschränkt anbieten.

Dies trifft nicht zu. Die Gesundheitsdirektorin des Kantons Zürich, Frau Regierungsrätin Frau Verena Diener, hat zu Recht kürzlich in einem Interview darauf hingewiesen, dass heute das medizinisch Mögliche und das finanziell Mögliche nicht mehr deckungsgleich seien. Dieser offensichtlichen Diskrepanz kann nur durch eine klare Definition, was obligatorisch versichert und Bestandteil des Pflichtleistungskataloges ist, begegnet werden. Dieser Pflichtleistungskatalog darf nicht alles medizinisch Mögliche, sondern nur die elementare medizinische Versorgung umfassen.

9. Art. 49 Abs. 7

Wir begrüssen eine betriebswirtschaftlich gestützte Betriebsführung der Spitäler. Es ist jedoch nicht unsere Aufgabe, sich zu den Einzelheiten zu äussern.

10. Art. 49 Abs. 8

Es ist richtig, dass die Investitionskosten bei der Tarifberechnung aller Institutionen einbezogen werden müssen.

Investitionen wie auch deren zeitgerechte Abschreibung sind Kostenfaktoren von eminenter Bedeutung. Es wird aber auf den Widerspruch hingewiesen, dass nur eine Leistung, nicht jedoch ein Objekt finanziert werden soll. Es ist deshalb klar zu definieren, welche Investitionen und in welchem Umfang sie bei der Berechnung der Gestehungskosten und somit auch bei der Festlegung des Vergütungsrahmens herangezogen werden können.

11. Art. 79a (neu) Regressrecht des Wohnkantons

Es kann auf das Vorstehende unter Kapitel B. / Ziff. 3.7 verwiesen werden.

12. Übergangsbestimmungen

Keine Bemerkungen.

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

Mit freundlichen Grüssen
PULSUS

Dr. med. Walter Häcki
Vizepräsident PULSUS

Marco Bazzani
Geschäftsstelle