

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

Luzern, 27. Oktober 2006 ikb

## **Anhörungsverfahren**

**Entwurf zur Teilrevision der Verordnung v. 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV) und der Verordnung über die Versichertenkarte für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (VVK)**

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Wir beziehen uns auf die am 15. September 2006 erfolgte Zustellung der Unterlagen. Die vorliegende Eingabe erfolgt innerhalb der Vernehmlassungsfrist vom 27. Oktober 2006.

### **I. Zu den Änderungen der KVV**

#### **1. Zustellung einer Rechnungskopie an die versicherte Person (Art. 59 Abs. 5)**

Wenn man schon an die rechtliche Dogmatik zwischen Auftraggeber und Auftragnehmer anknüpfen will, müsste man wohl konsequenterweise vorschreiben, dass der Leistungserbringer dem Leistungsempfänger die Originalrechnung zustellt und nicht nur eine Kopie. Das ist der Regelfall gemäss KVG.

Nachdem das Gesetz aber nur vorschreibt, dass die versicherte Person eine Rechnungskopie erhalten soll und damit dogmatisch falsch davon ausgeht, der Versicherer könne das Original erhalten, kann eine kostengünstigere Lösung getroffen werden. Diese Lösung ist jedoch nicht vom Gesetzgeber, sondern von den Vertragsparteien zu treffen.

Der Vorschlag, dass der Leistungserbringer mit dem administrativen Mehraufwand der doppelten Zustellung der Rechnung belastet werden soll, ist abzulehnen. Für den Fall, dass der Versicherer das Original der Rechnung vom Leistungserbringer erhält, ist es viel sachgerechter, den Versicherer mit der Orientierung des Versicherten (Zustellung einer Rechnungskopie) zu verpflichten. Der Versicherer kann ohne zusätzlichen Portoaufwand dem Versicherten zusammen mit der Abrechnung die dieser zugrunde liegende Rechnung in Kopie zustellen. Dies hat auch den Vorteil, dass der Versicherte die Rechnung des Leistungserbringers sowie die Abrechnung der Versicherung gleichzeitig erhält.

## **2. Tarifgestaltung (Art. 59c)**

*ad Abs. 1 lit. a):*

Dieser Absatz kann ersatzlos gestrichen werden. Die nötige Transparenz von Kosten und Leistungen geht aus dem Erfordernis der im Gesetz verankerten ökonomischen Erbringung der Leistung ohne weiteres hervor und muss nicht separat legiferiert werden.

*ad Abs. 1 lit. b):*

Der Gesetztestext und der Kommentar stehen in einem Widerspruch, wenn im Verordnungstext das Mass der Tarifierung eine "effiziente Leistungserbringung" fordert, währenddem der Kommentar festhält, dass sich die Entschädigung nicht an Durchschnittskosten, sondern nur am effizientesten Leistungserbringer orientiert werden soll. Damit wird der Willkür Tür und Tor geöffnet. Auch bezüglich der Entschädigung für den Einsatz von Apparaturen kann es in ländlichen Gebieten ohne weiteres Sinn machen, eine nicht optimal ausgelastete Apparatur zu betreiben. Dem Leistungserbringer sind grundsätzlich kostendeckende Tarife zuzugestehen. Die Verordnungsbestimmung soll allgemein gelten und nicht auf sehr kostenintensive Installationen wie Magnetresonanztomographen eingeschränkt bleiben, Deshalb ist sie sachlich allgemein, und nicht auf extrem teure Apparaturen auszurichten.

*ad Abs. 1 lit. c):*

Die Bestimmung ist ersatzlos zu streichen. Die apodiktische Festlegung, dass ein Wechsel des Tarifmodells zu keinen Mehrkosten führen dürfe, schränkt die künftige Rechtsanwendung ein. Es sind durchaus Situationen denkbar, in denen bei veränderten Verhältnissen Tarifmodelle gewechselt werden müssen, die dann aufgrund der veränderten Verhältnisse zu Mehrkosten führen können. Auch hier ist ein Widerspruch zwischen Verordnungstext einerseits und Kommentar andererseits festzustellen.

*ad Abs. 1 lit. d):*

Die Bestimmung ist ersatzlos zu streichen. Sie ist derart schwammig und unbestimmt, dass sie jeder Willkür Tür und Tor öffnet.

*ad Abs. 2 (Tarifpflege):*

Unseres Erachtens schränkt der vorgesehene Text die Realität zu stark ein. Es ist richtig, dass die Vertragsparteien die festgelegten Tarife regelmässig überprüfen müssen. Hingegen sind sie nicht nur bei Kostenreduktionen anzupassen, sondern sie sind auch nach oben anzupassen. Wir schlagen deshalb vor, dass Abs. 2 von Art. 59c KVV wie folgt formuliert werden soll:

„Die Vertragsparteien müssen die festgelegten Tarife regelmässig überprüfen und anpassen.“

*ad Abs. 3 (Tariffestsetzung):*

Keine Bemerkungen.

### **3. Medikamente (Art. 73 Abs. 2: Gesamtlimitierungen)**

Gesamtlimitierungen therapeutischer Gruppen sind medizinisch nicht zu rechtfertigen. Der von dieser Bestimmung ausschliesslich aus Kostengründen geplante Eingriff in die Therapiefreiheit von Arzt und Patient, qualifiziert sich als unnötiger Eingriff. Innerhalb von therapeutischen Gruppen sind günstigere und teurere Medikament vorhanden. Eine Limitierung hat deshalb produktspezifisch zu erfolgen.

Nachdem auch unklar ist, nach welchen Kriterien und zu welchen Preisen limitiert werden soll, ergibt sich hier wiederum eine unklare Bestimmung, die der Willkür Tür und Tor öffnen wird.

#### **4. Prämienbezahlung und Folgen des Zahlungsverzugs (Art. 90; 105a ff)**

##### **4.1 Prämienbezahlung (Art. 90)**

Der zweite Teil der Bestimmung (in der Regel monatliche Bezahlung) ist wegzulassen. Es soll Sache der Vertragsparteien (Versicherer und Versicherter) sein, die Prämienzahlung zu regeln. Der Grundsatz der Vorleistung des Versicherten als Prämienzahler wird unterstützt. Das Erfordernis zur monatlichen Bezahlung ist eine unnötige Einschränkung der (zwar nur beschränkt vorhandenen) Vertragsfreiheit zwischen Versicherer und Versicherten und ist deshalb wegzulassen.

##### **4.2 Verzugszins (Art. 105a)**

Keine Bemerkungen.

##### **4.3 Mahn- und Betreibungsverfahren (Art. 105b)**

Im Grundsatz keine Bemerkungen. Hingegen ist auch hier wiederum festzustellen, dass offenbar dem Versicherer über die Höhe von Mahn- und Bearbeitungsgebühren ein Freibrief zulasten der Versicherten ausgestellt werden soll.

##### **4.4 Aufschiebung der Übernahme der Kosten für Leistungen (Art. 105c)**

Die vorgesehene Bestimmung wirkt einseitig zugunsten der Versicherer, indem der Aufschiebung der Übernahme der Kosten für die Leistungen nur die Versicherer schützt, nicht aber die Leistungserbringer. Die Abwälzung des vollen Insolvenzrisikos auf die Leistungserbringer verträgt sich nicht mit dem Grundgedanken der obligatorischen (sozialen) Krankenversicherung.

Die Versicherungsprämien werden vorschüssig bezahlt, währenddem die Leistungserbringer zuerst ihre Leistung erbringen müssen und erst dann die Rechnung stellen können.

Es ist hier eine Lösung zu finden, die auch den Leistungserbringer schützt. Es kann nicht sein, dass im Rahmen der obligatorischen Grundversicherung das Risiko der Insolvenz des Leistungsempfängers ausschliesslich vom Leistungserbringer und nicht ausschliesslich vom Versicherer getragen wird. In diesem Sinne reicht die Bestimmung in Abs. 7 nicht, wonach die Kantone Sorge dafür zu tragen haben, dass der Aufschiebung der Übernahme der Kosten für die Leistungen nicht zu einer Vorenthaltung von medizinischen Leistungen führt. Wenn die Verantwortung der Kantone hier statuiert sein soll, so müssen die Kantone entweder verpflichtet werden, nicht bezahlte Prämien zu bezahlen, um einen Aufschiebung der Versicherungsleistungen zu vermeiden, oder direkt die wegen des Aufschiebens der Versicherungsleistung nicht bezahlten Leistungen der betreffenden Leistungserbringer zu übernehmen.

#### **4.5 Versicherte mit Wohnort in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island oder Norwegen (Art. 105d)**

Es kann auf die analogen Einwendungen zu Art. 105c vorstehend verwiesen werden.

## **II. Zur Verordnung über die Versichertenkarte für die obligatorische Krankenversicherung (VVK)**

### **1. Vorbemerkungen zu Datenschutz und Kosten**

Es fällt auf, dass im Kommentar zum vorgesehenen Verordnungstext wenig bis gar nichts über den Datenschutz gesagt wird. Ebenso fehlen nachvollziehbare Angaben über die Kosten und deren Zuordnung. Die in der Verordnung skizzierte Versichertenkarte ist nicht klar strukturiert, weil sie administrative Informationen mit persönlichen Gesundheitsinformationen vermischt. Die Zugriffsrechte sind unklar geordnet. Ebenso ist die Lösung, dass die Karte mit den den Versicherten betreffenden Informationen nicht Eigentum des Versicherten, sondern Eigentum des Versicherers sein soll, unglücklich. Bedeutet dies, dass die vom Versicherten freiwillig darauf gespeicherten Daten damit eo ipso zum Eigentum des Versicherers werden?

Der Datenschutz ist in keiner Art und Weise geregelt. Ebenso fehlt der Hinweis in den Unterlagen, dass der Datenschutzbeauftragte sich mit der vorgesehenen Lösung mit der notwendigen Intensität auseinandergesetzt hat.

### **2. Ungenügende Gründe für die Einführung einer Versichertenkarte**

Wir sind der Meinung, dass zur Vereinfachung des Datentransfers allein keine Versichertenkarte mit einer Vielzahl von Daten notwendig ist. Die anvisierten administrativen Vereinfachungen (direkte Übernahme der Rechnungspositionen vom Leistungserbringer an die Versicherer) könnten auf viel einfachere Art und ohne Versicherungskarte erreicht werden. Es kann hier generell auf die elektronische Rechnungsstellung verwiesen werden, wozu keine Versichertenkarte benötigt wird.

### **3. Autorisierungsnummer**

Die geforderte Autorisierungsnummer, die letztlich als Abrechnungsnummer dem Leistungsempfänger dienen soll, verträgt sich schlecht mit dem Gedanken der sozialen Grundversicherung. Wenn ein Kreditkartenunternehmen festlegt, nur gegen Vorlage der Karte eine Leistung zu erbringen, so verträgt sich dieses System mit der sozialen Grundversicherung schlecht. Als Gegenstück für eine solche Autorisierungsnummer müssten die Patienten und Leistungsempfänger verpflichtet werden, die Patientenkarte immer auf sich zu tragen, um im Notfall den Leistungserbringer in die Lage zu versetzen, die für seine Bezahlung nötige Autorisierungsnummer einzuholen. Das Inkassorisiko der Prämien darf im Bereich der obligatorischen Grundversicherung vom Versicherer nicht auf den Leistungserbringer transferiert werden.

### **4. Versichertenkarte als freiwillige Leistung**

Wir sind der Meinung, dass es den Versicherern überlassen sein soll, solche Versichertenkarten ihren Versicherten anzubieten; es ist denn auch den Versicherern und Versicherten zu überlassen, welche Daten darauf zu speichern sind und wer die Kosten trägt.

Es ist deshalb davon abzusehen, eine Versichertenkarte zum obligatorischen Bestandteil der Grundversicherung zu machen. Das Erstellen seiner medizinischen „Datensammlung“ soll jedem Patienten und Versicherten selber überlassen werden. Dann hat er auch die entsprechenden Kosten zu tragen.

### **5. Unklare Definition der Versichertenkarte**

Mit der vorgeschlagenen Versichertenkarte wird offenbar eine „Version light“ einer Gesundheitskarte anvisiert. Gleichzeitig werden die Schnittstellen nicht oder unsachgemäss definiert.

Die Pflichten der Versicherer sind minim bzw. bewegen sich im Bereich der „Kann-Vorschriften“, dem Versicherten werden Möglichkeiten zur Speicherung von Daten angeboten, ohne ihm die notwendige Datensicherheit zu garantieren. Das Handling der Versichertenkarte wird weitgehendst in die Verantwortung der Leistungserbringer gelegt, die weder Hardware-, noch Software- und kapazitätsmässig in der Lage sind, diese Dateneintragungen, -überprüfungen und -verwaltungen (Aktualität!) zu erbringen. Ebenso wird die Tragung der Kosten nicht geregelt. Es wird nur festgelegt, dass die Versicherer die Kosten nicht tragen sollen, obschon das Motiv für die Einführung der Versichertenkarte eine administrative Vereinfachung für die Versicherer sein soll.

#### **6. Zu grosser administrativer Aufwand für den (kleinen) Leistungserbringer**

Die vorgesehene Lösung sieht die Einführung der Versichertenkarte wie auch deren Handling letztlich zulasten des Leistungserbringers vor. Obwohl vorgesehen ist, dass die Versicherungskarte Eigentum des Versicherers sein soll, ist für deren Anwendung der Leistungserbringer zuständig; der Versicherte soll entscheiden, welche personenbezogenen Daten auf dieser im Eigentum des Versicherers stehenden Karte gespeichert werden soll.

Es ist abzusehen, dass vor allem die privaten (und kleinen) Leistungserbringer mit dieser neuen Aufgabe überfordert sein werden. Der Leistungsempfänger dürfte wenig Verständnis dafür aufbringen, dass das Handling der im Eigentum des Versicherers stehenden Karte für ihn zusätzliche, ausserhalb des Versicherungsschutzes stehende Kosten bringen soll. Aufgrund der Tatsache, dass die ambulanten Arzttarife praktisch seit 1993 eingefroren sind, ist es diesen Leistungserbringern auch nicht zuzumuten, ohne Entgelt zusätzlich administrative Leistungen zu erbringen.

Schliesslich wird dies dazu führen, dass nur grosse Organisationen diese zusätzlichen administrativen Leistungen erbringen können. Im Klartext heisst dies, dass eine Migration von den privaten Leistungserbringern zu den Spitälern und staatlichen Institutionen gefördert wird.

Es ist aber erwiesen, dass das Kostenwachstum im ambulanten Bereich vor allem in den von den Spitälern erbrachten Leistungen entstanden ist. Somit ist damit zu rechnen, dass durch diese Verschiebung ein neuer Kostenschub entstehen wird.

Die Einführung der Versichertenkarte widerspricht somit dem Grundsatz des KVG, möglichst kostengünstig Leistungen anzubieten.

**7. Schlussfolgerung:  
Verzicht auf die Versichertenkarte und die entsprechende Verordnung**

Somit beantragen wir Ihnen, auf die Verordnung über die Versichertenkarte vollständig zu verzichten und das gesamte Thema der freien Vereinbarung zwischen Versicherern und Versicherten zu überlassen.

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