

Hanspeter Kuhn, Fürsprecher, stv. Generalsekretär FMH

## Alternative Versorgungsmodelle sind verboten

**Alternative Versicherungsmodelle und alternative Versorgungsmodelle sind nicht dasselbe. Die Krankenversicherung übernimmt gemäss KVG-Revisionsentwurf die Untersuchungs-, Behandlungs- und Pflegekosten. Sachleistungen der Kassen will der Gesetzgeber ausschliessen. Der folgende Beitrag zeigt, dass den Kassen künftig verboten wird, selbst Ärzte in HMO als Arbeitnehmer anzustellen, Spitäler zu betreiben oder Medikamente abzugeben. Das Kostenerstattungsprinzip auferlegt den Krankenkassen im Rahmen der gesetzlichen Pflichtleistungen ein eigentliches Leistungsverbot im medizinischen Dienstleistungsbereich, das von der Aufsichtsbehörde (BSV) zu überwachen ist.**

Im Zentrum steht Art. 19 Abs. 1 des KVG-Revisionsentwurfs: «Die obligatorische Krankenversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen.» Dieser Wortlaut ist kein Zufall. Der Bundesrat hat das Sachleistungsprinzip ausdrücklich abgelehnt: «Zu bemerken ist hier noch, dass das Gesetz von der Übernahme der Kosten durch die Versicherung spricht. Damit wird klar, dass im Rahmen dieser Gesetzgebung keine Sachleistungen in Betracht kommen (Hervorhebung durch den Verfasser). Zur Vereinfachung haben wir diesen Begriff in den Erläuterungen zu den einzelnen Artikeln allerdings nicht immer wiederholt» (Botschaft vom 6. November 1991, S. 59).

Bereits in seinen Grundsätzen vom 28. August 1989 hat der Bundesrat der Expertenkommission Schoch einen klaren Auftrag erteilt: «Die Versicherungsträger können alternative Versorgungsmodelle anbieten, welche die Selbstverantwortung und das Kostenbewusstsein fördern. Durch entsprechende Rahmenbedingungen ist sicherzustellen, dass diese nicht zur Risikoselektion missbraucht werden können» (Botschaft S. 24). Von alternativen Versorgungsmodellen hat der Bundesrat nichts gesagt – und hier liegt der entscheidende Unterschied.

<sup>1</sup> Felix Egloff, Direktor Helvetia: «Wir könnten zum Beispiel in einem ersten Schritt 100 Ärzte engagieren und sie als Helvetia-Hausärzte über die ganze Schweiz verteilen» (Weltwoche, 18. Februar 1993).

### Was sind alternative Versorgungsmodelle?

Die Krankenversicherer bieten beispielsweise eine HMO-Versicherungspolice an, bei der die HMO nicht eine finanziell eigenverantwortliche Leistungserbringerin ist, sondern die Ärzte – direkt oder indirekt – Arbeitnehmer der Kasse sind. So funktionieren die heute in der Schweiz betriebenen HMO, während in den USA die Versicherungen die Leistungen oft bei finanziell eigenverantwortlichen HMO-Gruppenpraxen einkaufen. Oder die Kassen stellen einzelne Ärzte als Arbeitnehmer zur Grundversorgung der Versicherten an (Modell I-Mann-Hausarzt-HMO<sup>1</sup>). Sie könnten aber auch versucht sein, selber Spitäler zu kaufen und dort ihre Versicherten zu betreuen. Ein Beispiel dafür ist die von den Kassen seit Jahren betriebene Klinik SVK für neurologische Rehabilitation in Leukerbad<sup>2</sup>, ein anderes der (gescheiterte) Versuch der Swisscare, das Spital Richterswil zu übernehmen. Für Zündstoff sorgte schliesslich die Idee, Medikamente an Chronischkranke selber abzugeben<sup>3</sup>.

### Umgehung der behördlichen Tarifgenehmigung und der Beschwerderechte

Jeder Tarifvertrag – auch der Pauschalvertrag mit der HMO – muss von der zuständigen Kantonsregierung bzw., wenn er in der ganzen Schweiz gelten soll, vom Bundesrat genehmigt werden<sup>4</sup>. «Die Genehmigungs-

<sup>2</sup> Die Klinik SVK ist ein Gemeinschaftswerk der im SVK Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenkassen zusammengeschlossenen Versicherer. Die Tagespauschale für Patienten der SVK-Mitgliederkassen betrug 1992 Fr. 299.–, diejenige für andere Krankenkassen Fr. 354.– (Jahresbericht der Klinik SVK 1992, S. 12).

<sup>3</sup> Zuletzt etwa in BaZ vom 7. 9. 1993

<sup>4</sup> «Tarife und Preise werden in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern (Tarifvertrag) vereinbart oder in den vom Gesetz bestimmten Fällen von der zuständigen Behörde festgesetzt» (Art. 37 Abs. 4 KVG-Revisionsentwurf). Tarifvertrag ist aber nicht nur der klassische Einzelleistungsvertrag, sondern auch der Zeittarif und ausdrücklich auch die für HMO anwendbare Versichertenpauschale; sie alle müssen von zwei Partnern mit entgegengesetzten Interessen verhandelt werden (Art. 37 KVG-Revisionsentwurf).

behörde prüft, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht» (Art. 39 Abs. 3 KVG-Revisionsentwurf). Die Tarifgenehmigung einer kantonalen Behörde kann überdies beim Bundesrat angefochten werden (Art. 45 KVG-Revisionsentwurf).

Mit der Anstellung von eigenen Ärzten verstossen die Kassen-HMO bereits nach geltendem Recht gegen die gesetzliche Tarifgenehmigungspflicht. Sie umgehen damit jede öffentliche Diskussion der Preise und zudem jede Tarifbeschwerde. Auch die von der kasseneigenen SVK-Klinik in Leukerbad festgesetzten Tagespauschalen in der allgemeinen Abteilung für Patienten der Mitgliedkassen und für «fremde» Patienten wurden bis heute noch nie der Walliser Regierung zur Genehmigung vorgelegt<sup>5</sup>.

Welche Behörde prüft schliesslich bei der Abgabe von Medikamenten durch die Versicherer, ob der von den Versicherten indirekt via Prämie bezahlte Preis für diese Leistung mit «dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht»?

## Verschleierung der Investitions- und Betriebskosten

Das BSV verlangt von den beiden HMO der Interessengemeinschaft für alternative Krankenversicherungsmodelle (IGAK) auf den 1.7.1994 eine Prämienhöhung von 10%, unter anderem zur Beseitigung von Quersubventionen aus den Trägerkrankenkassen<sup>6</sup>. Solche Konflikte sind in alle Zukunft vorprogrammiert, wenn die Kassen ihre HMO selbst einrichten und betreiben, wenn also Leistungserbringer und Versicherer – Gläubiger und Schuldner – identisch sind.

Die SWICA hat bis 1995 für die Gründung von neuen HMO-Gruppenpraxen 20 Mio. Franken bereitgestellt<sup>7</sup>. Im neuen Krankenversicherungsgesetz fehlen allerdings Bestimmungen, die die Kostentransparenz solcher unternehmerischer Investitionsentscheide auch nur ansatzweise gewährleisten würden. Die Versicherten werden nicht kontrollieren können, welcher Anteil ihrer Prämie tatsächlich für die Übernahme ihrer Behandlungskosten verwendet wird, und wieviel via Quersubventionen in laufende und zukünftige kasseneigene Behandlungsangebote investiert werden.

Telefonische Bestätigung der SVK-Klinik vom 28.1.1994

Telefonische Bestätigung von *Fredy Müller*, Informationschef BSV, 28.1.1994

SWICA-Pressedienst vom 23. Januar 1994, S. 2. Bleibt

unabgeklärt, ob die soeben eröffnete HMO-Praxis im mit Hausärzten bereits reich gesegneten Luzern wirklich Investitionskosten von sage und schreibe 1,4 Mio. Franken bedoste und ob sie damit und mit einem Manager pro zwei arbeitende Ärzte tatsächlich eine kostengünstigere Medizin anbieten wird als gewöhnliche ärztliche Gruppenpraxen.

Wenn die Krankenkassen eigene Spitäler betreiben, stellt sich die Frage nach der Investitions- und Betriebskostentransparenz noch schärfer. Dazu kommt ein echter Interessenkonflikt: Gesetzt den Fall, der in Art. 42 Abs. 7 KVG-Revisionsentwurf vorgesehene Betriebsvergleich zwischen den Spitälern zeigt, dass das Kassen-Spital gerade das teure ist: *Werden die Kassen sich selbst den Tarifvertrag kündigen?* Oder ist diese vom Gesetzgeber geschaffene Notbremse hier gar nicht nötig, etwa weil das kasseneigene Spital per definitionem immer das wirtschaftlich am besten geführte ist?

## Rationierung der medizinischen Leistung durch den Krankenversicherer

Im HMO-Zentrum Wiedikon in Zürich, der ältesten HMO der Schweiz, entscheiden nicht die Risikogemeinschaft der HMO-Versicherten, sondern die Trägerkrankenkassen darüber, wieviel die Behandlungen pro Geschäftsjahr insgesamt kosten dürfen. «Der Doktor meint es gut und die Kasse ökonomisch»<sup>8</sup>. Das ambulante *Globalbudget*, das sich nie um die tatsächliche Behandlungsbedürftigkeit der Patienten kümmert, ist damit unbemerkt und *ohne öffentliche Kontrolle dauerhaft eingeführt*. Eine Prämiennachschusspflicht, um ein zu tief angesetztes HMO-Globalbudget nachträglich korrigieren zu können, ist in Art. 17 des HMO-Leistungsreglements nicht vorgesehen.

## Umgehung des Vertrauensarztes

Falls der Patient sich zu einem auswärtigen Spezialisten oder in Spitalbehandlung begibt, zahlt die HMO die Kosten nur, wenn der HMO-Arzt die Überweisung anordnet (Art. 3 und 4 des Leistungsreglements). Der *HMO-Arzt ist sein eigener Vertrauensarzt* – ein klarer Verstoß gegen die bestehenden und künftigen Bestimmungen im KVG über den Vertrauensarzt.

## Die gläserne Krankengeschichte

Ist ein behandelnder Arzt Arbeitnehmer der Kasse, so ist er latent in Gefahr, aus Loyalität zu seinem Arbeitgeber und unter Umgehung des Vertrauensarztes zu weitergehender Rechenschaft gezwungen zu werden, als der auf eigenes Risiko praktizierende Arzt.

Reine Angstmacherei? *Konrad Wohnlich*, Geschäftsführer des Medizinischen Zentrums der Helvetia (MZH) am Stadelhofen: «Ich bin zwar nicht Arzt, sondern ärztlich interessierter Laie, aber ich behalte mir Mitentscheide auch im ärztlichen Bereich vor, insbesondere was Überweisungen betrifft. In den medizinischen Alltag mische ich mich natürlich nicht ein.

<sup>8</sup> *Claudia Bislin* in der WochenZeitung (WoZ) vom 20. März 1992

Meine Entscheidungskompetenz beschränkt sich auf jene Bereiche, die von wirtschaftlicher Bedeutung sind für die Firma»<sup>9</sup>. Ob sich die Patienten bewusst sind, dass ihre Krankengeschichten vor jeder teureren Überweisung auf dem Tisch von Herrn *Wohnlich* landen?

### Was tun?

Gefordert ist das BSV als Aufsichtsbehörde. Es muss dafür sorgen, dass die Krankenkassen in der Grundversicherung nur Leistungen bezahlen, die sie tarifver-

traglich *vereinbart* und von der zuständigen Behörde haben *genehmigen* – bzw. im vertragslosen Zustand von der Behörde festsetzen – lassen, und dass sie *weder direkte noch indirekte Investitionen* in medizinische Leistungen tätigen.

Es braucht die konsequente Durchsetzung des gesetzlich vorgeschriebenen Kostenerstattungsprinzips, um wirtschaftliche Transparenz zu schaffen, Quersubventionen innerhalb der Kassen und durch die Hintertüre eingeführte Globalbudgets zu verhindern und das Patientengeheimnis zu gewährleisten. □

<sup>9</sup> WoZ vom 14. Februar 1992

(La version française suivra)

## Öffentliches Symposium der Schweizerischen Konferenz Leitender Spitalärzte SKLS

### Wieviele und welche Ärzte braucht die Schweiz?

Donnerstag, 28. April 1994, 14.00–17.00 Uhr,  
Hörsaal 1, Kinderklinik, Inselspital Bern

In unserem Land besteht heute nicht nur akuter Handlungsbedarf in der Wirtschafts- und Finanzpolitik. Ebenso dringend sind Weichenstellungen in der Sozial- und Bildungspolitik notwendig. Die Fehlentwicklungen in Richtung einer Medizinstudenten-, Ärzte- und Spitalplethora verlangen dringend Korrekturmassnahmen. Getragen von der Verantwortung für Nachwuchsförderung und Qualitätssicherung, will der Ausschuss der SKLS eine erste öffentliche Auslegeordnung in eigener Sache vornehmen. Wir erwarten viele engagierte und kritische Interessenten – auch aus Nichtärzte-Kreisen!

Prof. *Rolf Lanz*, Präsident SKLS

#### Programm

Begrüssung und Einführung  
Prof. *R. Lanz*, Herisau, Präsident SKLS

Ärztedemographie in der Schweiz –  
Angebot und Nachfrage  
Dr. *H.U. Würsten*, Bern, Past President PWG

Zur Selektion für das Medizinstudium  
Frau Dr. *C. Ernst*, Zürich, Forschungsabteilung,  
Psychiatrische Universitätsklinik

Wieviele Generalisten und wieviele Spezialisten?  
Wie bilden wir sie aus?  
Prof. *W. Straub*, Bern, Vizepräsident SKLS

Vers une éthique de l'argent  
Dr. *P. Vallon*, Yverdon, Président de la Société  
Vaudoise de Médecine (SVM)

Fördern die Spitäler die Ärzteplethora?  
Frau Nationalrätin *T. Heberlein*, Aarau,  
Präsidentin der VESKA

Aus der Sicht des Gesundheitsdirektors  
des Universitätskantons Zürich  
Prof. *O. Buschor*, Zürich, Regierungsrat

Aus der Sicht des KWFB-Präsidenten  
Dr. *R. Salzberg*, Basel, Präsident KWFB

Diskussion  
Moderatoren: Prof. *R. Lanz*, Präsident SKLS  
Prof. *W. Straub*, Vizepräsident SKLS

Info: Sekretariat SKLS, Elfenstrasse 18, 3000 Bern 16,  
Tel. 031 351 55 43, Frau B. Linder