

Bundesamt für Gesundheit  
3003 Bern

Muri, 13. Mai 2009  
LUR/sb/0905\_BAG def 13.05.09.doc

## **Vernehmlassung „Dringliche KVG-Revision“**

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, uns zum Vernehmlassungsentwurf einer dringlichen KVG-Revision äussern zu können und machen davon gerne Gebrauch.

Die Privatkliniken Schweiz lehnen die vorgeschlagenen Massnahmen zur Bekämpfung der Prämiensteigerung ab. In der Schilderung der Ausgangslage in der Botschaft wird ausgeführt, dass der Bundesrat die sich abzeichnenden Steigerungen der Krankenkassenprämien im Lichte der gegenwärtigen Wirtschaftslage angesichts des damit verbundenen Entzugs der Kaufkraft für die Bevölkerung als nicht tragbar erachtet. Betrachtet man nun aber die vorgeschlagenen Massnahmen, muss festgestellt werden, dass diese die vom Bundesrat als untragbar erachtete Folge in keiner Art und Weise zu verhindern vermögen. Das Gegenteil ist der Fall. Die vorgeschlagenen Änderungen des KVG werden kurzfristig keinerlei die Versicherten entlastenden Auswirkungen haben, sondern wegen der Aufblähung der administrativen Kosten und der weiteren staatlichen Eingriffe einen nochmaligen Anstieg der Gesundheitskosten bewirken. Wir sind deshalb damit nicht einverstanden.

Falls die vorstehend wiedergegebene Beurteilung des Bundesrates tatsächlich als richtig erachtet wird, müssten andere Massnahmen ergriffen werden. Im Rahmen anderer Rettungsmassnahmen (UBS/AHV/IV) hat der Bundesrat seine finanziellen Kompetenzen voll genutzt und durch grosszügige und langfristige Beiträge wichtige

Sanierungen ermöglicht und entsprechend Arbeitsplätze gesichert. Ein solches Vorgehen könnte sich ausnahmsweise auch im Gesundheitsbereich rechtfertigen, da die drohenden Prämien erhöhungen nicht oder nur zu einem kleinen Teil auf effektive Kostensteigerungen im Gesundheitswesen zurückzuführen sind. Es ist daher nicht richtig, wenn nun Patienten und Leistungserbringer einstehen müssen für Entwicklungen, auf die sie keinen Einfluss hatten.

Konkret sehen wir zwei Möglichkeiten, um das angestrebte Ziel zu erreichen:

- die Erteilung von zinslosen Darlehen durch die Eidgenossenschaft an die Krankenversicherungen. Dies würde den Versicherern erlauben, sich mit genügend „Überbrückungskapital“ einzudecken.
- Vorübergehende Reduktion der Höhe der Mindestreserven durch Notrecht.

Mit beiden Massnahmen könnte bewirkt werden, dass die Prämiensteigerung auf den Anteil beschränkt werden kann, der durch gestiegene Gesundheitskosten bedingt ist, und dass auf eine Erhöhung verzichtet werden kann, soweit sie auf die Wirtschaftskrise und fehlende Reserven zurückzuführen ist. Diese Massnahmen alleine könnten somit die geforderte Prämiensteigerung zumindest halbieren.

Durch dieses Vorgehen würden auch die Krankenversicherer in die Pflicht genommen, was bei einer reinen Erhöhung der Krankenkassenprämien nicht der Fall ist. Sie müssten ihre Anlagestrategien überprüfen und auch selber Einsparmassnahmen einleiten, da sie die erhaltenen Darlehen bei besserem Geschäftsgang zurückbezahlen müssen. In den aktuellen Debatten sind nämlich Massnahmen der Krankenkassen zur Verbesserung ihrer Anlagestrategien sowie eigene Vorschläge für interne Unterbreitung von Einsparungen (Einschränkung der Werbung, elektronisches Abrechnungswesen, keine weiteren Billigkassen etc.) überhaupt kein Thema.

Durch unsere hier vorgeschlagenen Massnahmen könnten die Prämienzahler deutlich entlastet werden und Bund und Kantone hätten dadurch auch wesentlich tiefere Prämien subventionierungen zu erbringen. Gleichzeitig würde dieser Zwischenschritt uns allen gestatten, die Vorbereitungen zur Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung in einer weniger emotionalen Atmosphäre vorzunehmen. Mit zusätzlich angesetzten gemeinsamen Gesprächen zwischen Leistungserbringern und Finanzierern könnte eine bestmögliche Ausgangslage für einen sachlichen Übergang zur Leistungsfinanzierung geschaffen werden.

Die vorstehend umschriebenen Vorschläge sind ein Vorgehen, das uns vom Grundsatz her zwar auch nicht gefällt, das aber im Lichte der vom Bundesrat zur Bewältigung der Finanzkrise bereits beschlossenen Massnahmen durchaus denkbar wäre. Es hätte – im Unterschied zu den nun auf dem Tisch liegenden Massnahmen – den Vorteil, dass es direkt Wirkung bei der Bevölkerung entfaltet und ihr nicht weitere Kaufkraft entzieht.

Eine solche Aktion muss aber einmalig sein. Ihr muss eine grundsätzliche Reform folgen, die wegführt vom staatlich diktierten planwirtschaftlichen Gesundheitssystem hin zu einem liberalen, wettbewerblich ausgerichteten Konzept mit verstärkter Eigenverantwortung jedes Einzelnen.

Nach diesen einleitenden Bemerkungen gestatten wir uns, kurz auf einzelne der vorgeschlagenen Massnahmen einzugehen:

#### 1. Art. 55b KVG

Diese Bestimmung wird von uns abgelehnt. Dem Bundesrat soll damit die Möglichkeit gegeben werden, rechtsgültig ausgehandelte oder festgesetzte Tarife im ambulanten Bereich einseitig wieder ändern zu können. Ein derartiges Vorgehen ist unhaltbar und letztlich von der Wirkung her auch absolut untauglich.

Grundsätzlich ist zu diesem Problemkreis zu sagen, dass die Zunahme der ambulanten Behandlungen gewollt ist und eine effiziente Massnahme zur Senkung der Gesundheitskosten insgesamt darstellt. Der Hauptgrund liegt darin, dass in stark zunehmendem Mass eine Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich angestrebt worden und auch erfolgt ist. Werden nun Massnahmen ergriffen, die die ambulanten Behandlungen defizitär oder noch defizitärer werden lassen, wird diese positive Entwicklung gestoppt, was zur Folge haben wird, dass die stationären Kosten wieder steigen werden. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass im Bereich des ambulanten Tarifs seit der Einführung des TARMED im Jahre 2004 keine Teuerung ausgeglichen worden ist. Zudem wurden die damaligen Tarife bereits aus politischen Gründen tiefer angesetzt als die vereinbarte, auf betriebswirtschaftlichen Überlegungen beruhende Berechnungsart ergeben hatte. Dies zeigt, dass eine Senkung des heute ohnehin zu tiefen Tarifs unzumutbar ist. Sie würde dazu führen, dass gewisse Leistungen gar nicht mehr angeboten würden, was letztlich eine Rationierung der Gesundheitsdienstleistungen zur Folge hätte.

Abgesehen von diesem eher materiellen Aspekt der vorgesehenen Massnahmen erweist sich diese auch aus rechtsstaatlichen Überlegungen heraus als unannehmbar. Der Bundesrat könnte mit einer derartigen Kompetenz einerseits in die Verhandlungsautonomie eingreifen, resp. einseitig Partei zugunsten der Versicherer einnehmen. Andererseits könnte er aber auch in rechtlichen Verfahren und letztinstanzlich durch Gerichte festgelegte Tarife mit einem Federstrich wieder beseitigen. Dies ist eines Rechtsstaates unwürdig, vor allem wenn man bedenkt, dass sich der Bundesrat, wie aus der Botschaft hervorgeht, auch noch einen „gewissen“ Ermessensspielraum hinsichtlich der Auslegung der massgebenden Kriterien schon jetzt vorbehält. Die erst kürzlich

vorgenommene Entpolitisierung von Entscheiden im Gesundheitswesen würde wieder völlig zu Nichte gemacht.

2. Art. 39 Abs. 1<sup>bis</sup>

Auch diese Bestimmung wird klar abgelehnt. Nachdem sich das Parlament im Rahmen der letzten KVG-Revision zu etwas mehr Wettbewerb im Gesundheitsbereich entschieden hat, will man nun wieder in die entgegengesetzte Richtung fahren und Planung und Staatseingriffe auch im ambulanten Bereich intensivieren. Der „Zick-Zack“-Kurs im Gesundheitswesen würde damit weitergeführt. Eine solche Planung würde aber auch im Widerspruch stehen zu den Behandlungsmodellen, die eine engere Zusammenarbeit der Leistungserbringer fördern soll. Solche Bestrebungen würden verunmöglicht.

Die vorgeschlagene Massnahme, die die Leistungsmenge in Spitalambulatorien limitieren will, verkennt, dass sich die Zunahme der ambulanten Leistungen einerseits ergeben hat, aus der – wie schon erwähnt – gewollten Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich und sie andererseits Ausdruck des medizinischen Fortschritts ist. Die Zunahme der ambulanten Behandlungen ist aus diesem Grund als positiv zu werten und zwar sowohl für die Patienten als auch für die Volkswirtschaft.. Es wäre deshalb absolut verfehlt, in diesem Bereich Limitierungen bezüglich Inhalt und Umfang vorzunehmen, wie dies gemäss Botschaft beabsichtigt ist. Völlig unverständlich ist zudem, dass – wenn schon eine Planung erfolgen soll – diese nur bei den Spitälern, aber nicht bei andern Leistungserbringern vorgesehen ist. Die hiefür aufgeführte Begründung, ambulante Spitalleistungen seien teurer, ist nämlich nur vordergründig richtig. Der Grund für diese Tatsache liegt einzig darin, dass in den Spitälern weitgehend ambulante Leistungen erbracht werden, die in den Praxen nicht möglich sind. Es werden somit Leistungen miteinander verglichen, die gar nicht vergleichbar sind.

Willkür bei derartigen Limitierungen wäre zudem vorprogrammiert, da dem Kanton keinerlei Rahmenbedingungen bei dieser Tätigkeit gesetzt werden. Die Umsetzung dieses Vorschlages würde somit erneut zu viel Administration und langen Verfahren führen. Das Erreichen der vom Bundesrat genannten Zielsetzung – keine Schmälerung der Kaufkraft der Bevölkerung – wäre, wenn überhaupt, zudem erst in mehreren Jahren möglich.

3. Art. 64 Abs. 5<sup>bis</sup>

Der Behandlungsbeitrag wird ebenfalls abgelehnt. Auch wenn der Ansatz, dass die Selbstverantwortung der Patienten eigentlich gefördert werden müsste, richtig ist, erweist sich die Massnahme angesichts des riesigen administrativen Aufwandes letztlich als ineffizient. Die Umsetzung wird insgesamt im Ge-

sundheitswesen derart viel Administration erfordern, dass sie letztlich zu keinen Einsparungen führen wird. Das Beispiel Deutschland zeigt dies klar auf.

4. Die übrigen vorgeschlagenen Massnahmen werden ebenfalls abgelehnt. Sie alle werden keine kurzfristigen Auswirkungen haben, die dazu führen würden, dass die Prämien nicht derart stark erhöht werden müssten. Bezüglich der telefonischen Triage ist dies offensichtlich, da Zusatzkosten geschaffen werden, die wieder die Prämien belasten, nämlich über die Verwaltungskosten der Versicherer. Es ergibt sich dabei bestenfalls ein Nullsummenspiel. Für die Gesundheit ist auch nichts gewonnen.

Die Ausdehnung der Minimaldauer des Versicherungsverhältnisses steht im Widerspruch zu dem im Grundversicherungsbereich angestrebten Wettbewerb und wird sicher nicht dazu führen, dass die Versicherer zusätzlich sparen. Vielmehr das Gegenteil dürfte der Fall sein.

Soweit unsere Bemerkungen, wie sie in der uns zur Verfügung stehenden viel zu kurzen Zeit möglich sind. Wir ersuchen Sie, die Vorlage fallen zu lassen und allenfalls eine Lösung des tatsächlichen Problems auf dem eingangs erwähnten Weg anzustreben. Dies ist zwar von den Grundprinzipien her ein Sündenfall, aber trotzdem einer Lösung vorzuziehen, die die gesteckten Ziele nicht erreichen und nur dazu führen wird, dass das gesamte heutige System des KVG aus den Angeln gehoben wird, ohne dass jegliche längerfristige Verbesserung erreicht werden kann.

Freundliche Grüsse

**Privatkliniken Schweiz**



Adrian Dennler  
Präsident



Rolf Lüthi  
Generalsekretär