

# Zu Zusatzrechnungen bei ärztlichen Zusatzleistungen

In der Schweizerischen Ärztezeitung Nr. 34/1999 [1] hat der stv. Generalsekretär der FMH, Fürsprecher Hanspeter Kuhn, geschrieben, dass die rechtliche Analyse des KVG zum «kaum überraschenden» Ergebnis führt, dass Zusatzrechnungen durch Ärzte unter klar definierten Voraussetzungen zulässig sein sollen. Die beiden Juristen Andreas Kummer und Daniel Wyler des Konkordats der Schweizerischen Krankenversicherer widersprechen in einem Brief an Hp. Kuhn diesen Ausführungen «in allen Teilen aus folgenden, summarisch dargelegten, Gründen»:

Sehr geehrter Herr Kuhn  
Lieber Hanspeter

1. In Art. 44 KVG ist der Tarifschutz statuiert, d.h. dass für alle Leistungen nach diesem Gesetz keine zusätzlichen Vergütungen verlangt werden dürfen. Die Berufserfahrung eines Arztes ist natürlich ein Teil seiner Leistung nach diesem Gesetz und nicht gesondert verrechenbar. Aus der Botschaft zum KVG (zu Art. 38 EKVg) geht folgendes hervor: «Wir haben deshalb trotz dem erklärten Wunsch der Ärzteschaft (...), diese Abstufungsmöglichkeiten beizubehalten, hiervon Abstand genommen und ein einheitliches System des Tarifschutzes unter Wahrung der Gleichbehandlung der Versicherten vorgesehen. Dies ist nicht zuletzt auch das Gegenstück und die logische Ergänzung zur allgemeinen Versicherungspflicht.» Damit würde sich jetzt schon jede weitere Diskussion über die Zulässigkeit von Zusatzrechnungen erübrigen. Der Gesetzgeber hat sie klar untersagt.

2. Nach Art. 43 Abs. 6 KVG muss eine qualitativ hochstehende ärztliche Versorgung nach den Vertrags- oder Behördentariifen gesichert sein. Das bedeutet natürlich eine Versorgung nach allen Regeln der ärztlichen Kunst nicht das Minimum eines Berufsanfängers.

3. Es sind nicht die Patienten, die Extrawünsche an den Arzt herantragen, für die sie bereit wären, Zusatzrechnungen zu bezahlen. Wir wissen, dass die Ärzte von den Patienten solche Einverständniserklärungen mit mehr oder weniger sanftem Druck einholen. Im Abhängigkeitsverhältnis zwischen Patient und Arzt ist ohnehin daran zu zweifeln, ob diese Erklärungen von Patienten frei von Willensmängeln (Art. 23 OR ff, s.a. Art. 21 OR) zustande kommen.

4. Die geltenden Tarife sind keine sogenannten minimalen Sozialtarife. Stellen z.B. Fr. 736.50 für eine viertelstündige Kataraktoperation im Kanton Bern eine Vergütung dar, mit der ein Arzt gerade das Existenzminimum erreicht?

5. Wären die Vertragstarife nach KVG nur eine Abgeltung für ein qualitatives Minimum der ärztlichen Leistung, dann müsste das Referenzeinkommen beim TarMed auf dem Niveau eines völlig berufsunerfahrenen Assistenzarztes angesetzt werden. Und das wären nicht 210 000 Franken, sondern ein Bruchteil davon.

6. Da sich jeder Arzt schon nach mehreren Jahren Tätigkeit für einen besonders berufserfahrenen Fachmann hält, würde jeder Arzt für alle seine Verrichtungen beliebige Zusatzrechnungen stellen. Im Rahmen der Vergütung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wäre schon eine halbwegs vernünftige medizinische Versorgung für die wirtschaftlich Schwachen in diesem Land unerschwinglich.

7. Der Wirtschaftlichkeitsbegriff wird hier einmal mehr verbogen: Es ist nicht unwirtschaftlich, wenn ein Chefarzt einen Verband anlegt, wenn dasselbe auch vom Assistenzarzt hätte gemacht werden können. Dies einfach deshalb, weil die Vergütung an die Leistung anknüpft und nicht an die Person. Unwirtschaftlich wäre die Leistung nur dann, wenn die Kosten in keinem vertretbaren Verhältnis stünden zum erwarteten Erfolg. Wir verweisen dazu auf die reichhaltige Rechtsprechung des EVG (für viele: RKUV 1996 K 973 13).

8. Ihre Ansichten führen direkt in die Zweiklassenmedizin. Jeder Arzt sähe sich berechtigt, Zusatzrechnungen zu stellen. Eine qualitativ hochstehende medizinische Versorgung wäre für die Personen mit einem geringen Einkommen unerreichbar bzw. sie müssten sich von schlecht ausgebildeten und bei nur allgemein Versicherten zu Minimalismus und Schlenndrian neigenden Ärzten behandeln lassen. Das Resultat wäre erschütternd.

9. Würde, was wir für ausgeschlossen halten, ein Gericht Ihrer Auffassung folgen, dann müssten alle Vergütungen in den Tarifverträgen gewaltig nach unten korrigiert werden, wenn die Tarife ein soziales Minimum darstellen sollen. Zusatzrechnungen wären dann für Ärzte keine Maximierung des Einkommens mehr, sondern bittere, weil existenzsichernde Notwendigkeit. Damit wäre niemandem gedient. Auch den Ärzten nicht.

Wir verzichten darauf, unsere Haltung in einer Fachzeitschrift zu publizieren, weil wir Ihrer Auffassung nicht den Anschein einer diskutablen Expertenmeinung geben möchten. Sie ist u.E. indiskutabel. Wir teilen Ihnen aber klar mit, dass wir dieser Auffassung entschieden entgegengetreten. Wir möchten allen Ärzten davon abraten, irgendwelche Zusatzrechnungen mit Hinweis auf diese Publikation rechtfertigen zu wollen. Dieser rechtswidrigen Praxis werden wir mit allen rechtlichen Schritten begegnen. Wir bitten Sie, Ihre Mitglieder in der geeigneten Form darüber zu informieren.

Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer

Der Rechtsdienst

lic. iur. Andreas Kummer, Fürsprecher + Notar

Leiter der Tarifabteilung

lic. iur. Daniel Wyler

Kopie z.K. an: BSV, BPV, SPO, H+

### Zusatzrechnungen bei ärztlichen Zusatzleistungen – zum Zweiten

#### Zusammenfassung

A. Kummer und D. Wyler bestreiten in ihrem Brief vom 7.12.1999 kategorisch die rechtlichen Überlegungen, die dem Beitrag von Hp. Kuhn in der Schweizerischen Ärztezeitung Nr. 34/1999 [1] zugrunde lagen.

Die nachstehend publizierte Antwort enthält die folgenden zentralen Erkenntnisse bzw. Überlegungen:

- Ziel der Sozialversicherung ist eine optimale, nicht aber maximale Medizin. Über die Sozialversicherung hinausgehende Zusatzleistungen können und müssen gesondert verrechnet werden. Angesichts der arbeitsteiligen Organisationsstruktur der sogenannten Allgemeinen Abteilung des öffentlichen Spitals ist auch die mit dem Patienten vereinbarte, umfassende Behandlung durch den erfahrenen Spitalarzt oder Belegarzt («alles aus einer Hand») eine Zusatzleistung.
- Von ausschlaggebender Bedeutung ist die Patientenautonomie: Der Patient soll frei entscheiden können, ob und welche Zusatzleistungen er wünscht – einschliesslich der Frage, ob sie ihm den Preis wert sind. Zentral ist somit eine transparente wie auch rechtzeitige Patienteninformation über angebotene Zusatzleistungen. Der Autor schlägt vor, Zusatzleistungsmodule in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Patientenorganisation zu definieren. Damit können optimale Voraussetzungen für die Kommunikation zwischen dem einzelnen Arzt und seinen Patienten geschaffen werden.

Sehr geehrte Herren Kollegen  
Meine Lieben

Ich antworte auf Ihre Einwände der Reihe nach:  
ad 1: Sie berufen sich auf die Botschaft zum KVG und zitieren einen Ausschnitt. Wer diese Passage verstehen will, muss den historischen Kontext zur Kenntnis nehmen, den der Bundesrat an dieser Stelle der

Botschaft diskutiert: Das frühere KUVG sah ausdrücklich keinen Tarifschutz für Versicherte in sehr guten wirtschaftlichen Verhältnissen vor – der ambulante Kassentarif galt für sie in keinem Fall. Insgesamt gab es gemäss KUVG von 1964 sogar eine *Dreiteilung* der Tarife, da in den Tarifverträgen im Rahmen des Sozialversicherungstarifs zusätzlich zwischen dem je tarifgeschützten Mittelstand einerseits und den ärmeren Versicherten andererseits unterschieden werden konnte. Die Berner Tarifpartner haben beispielsweise diese Unterscheidung erst per 1.1.1987 anlässlich der Revision des Ärzte-/Kassentarifs aufgehoben. Der Bundesrat lehnte an der von Ihnen angeführten Stelle der Botschaft den Wunsch von Ärzten ab, auch im neuen Recht die Tarife ambulanter Behandlungen nach der Einkommens- und Vermögenssituation der Patienten abzustufen. Das Parlament ist dem Bundesrat gefolgt, und somit ist zunächst nur klar, dass – anders als im alten KUVG – die ambulanten Arztrechnungen *nicht* mehr nach der *Einkommens- und Vermögenssituation* der Versicherten zu differenzieren sind.

In der bundesrätlichen Botschaft ans Parlament – dies als zweites – ist die Parallele zur Regelung im UVG von 1981 augenfällig: Im UVG sind gemäss Gesetzestext für alle Versicherten dieselben Tarife zu verrechnen [2]. In der KVG-Botschaft schreibt der Bundesrat: «Unter Tarifschutz versteht man, dass die Leistungserbringer erstens bei der Rechnungsstellung die in den Tarifverträgen vereinbarten [...] oder von den zuständigen Behörden festgelegten Tarife und Preise einhalten, und zweitens, dass sie *für Leistungen nach diesem Gesetz* keine weitergehenden Vergütungen berechnen dürfen. [...] Das Spital darf also für die *allgemeine Abteilung* weder dem Versicherer noch dem Versicherten darüber hinaus Rechnung stellen.» [3; Hervorhebungen durch den Autor] Rechtlich entscheidend ist mit anderen Worten, was die «Leistungen nach diesem Gesetz» im konkreten Behandlungsfall vernünftigerweise beinhalten, und welches die Definition der «allgemeinen Abteilung» eines Spitals sein soll [1]. Ich erinnere daran, dass nicht zuletzt die anerkannten Krankenkassen seit Inkrafttreten des UVG 1984 nicht zu knapp Halbprivat- und Privatpolicen verkauften (und die entsprechen-

den Prämienmillionen einstrichen), die die entsprechenden Zusatzrechnungen der Ärzte und Ärztinnen bei Behandlung eines UVG-versicherten Patienten auf der sogenannten Halbprivat- oder Privatabteilung abdecken, und dass sie diese Rechnungen selbstverständlich auch bezahlen. [4, 5]

Würde sich aufgrund des gesetzlichen Grundsatzes gleicher Tarife für alle Versicherten «jede weitere Diskussion über die Zulässigkeit von Zusatzrechnungen erübrigen», hätten die Ärzteschaft, die Spitäler und die anerkannten Krankenkassen seit Inkrafttreten des UVG fortgesetzt gegen das Gesetz verstossen, und das Bundesamt für Privatversicherung hätte schon seit 1984 wegen illegaler Versicherungspolice, verbotenen Prämieninkasso und ungesetzlicher Rechnungsübernahme im UVG-Zusatzversicherungsbereich einschreiten müssen.

Ein weiteres: Nach Meinung des «Nestors» des Sozialversicherungsrechts, Prof. Dr. iur. Dr. h.c. Alfred Maurer, zum Tarifschutz im KVG ist «die Rechtslage [...] freilich anders, wenn der Versicherte eine Zusatzversicherung hat, die Leistungen deckt, welche vom Tarifvertrag nicht erfasst werden. [...] Dies gilt z.B. für den Fall, dass sich der Versicherte in der Privatabteilung eines Spitals behandeln lässt. Die Mehrkosten, die dadurch entstehen, dürfen von der sozialen Krankenversicherung nicht getragen werden. Sie sind vom Zusatzversicherer zu übernehmen, sofern sie durch seine Zusatzversicherung gedeckt sind. Der Tarifschutz besteht hier darin, dass der Versicherer nach KVG jene Kosten übernehmen muss, welche sich ergeben würden, wenn der Versicherte in der allgemeinen Abteilung behandelt worden wäre.» [6]

Sicher, man kann auch die Ansichten von anerkannten und hochverdienten Professoren anzweifeln. Diese Ansichten als indiskutabel abzuqualifizieren, zeugt hingegen von einem eigenartigen Wissenschaftsverständnis. Weshalb verzichten Sie darauf, Ihre Haltung in einer Fachzeitschrift zu publizieren?

ad 2: Es trifft zu, dass Art. 43 Abs. 6 KVG als Ziel eine qualitativ hochstehende Medizin zu möglichst günstigen Preisen vorgibt. Sie kommentieren dazu, das KVG wolle «nicht das Minimum eines Berufsanfängers».

Ich habe mir sagen lassen, dass die Sozialversicherer im Rahmen der Tarifierung von Spitalleistungen auf einen Lohnmix drängen, der durchaus auch die Tätigkeit von Berufsanfängern (nämlich Assistentenlöhne in den Anfangsjahren) am Patientenbett beinhaltet. Die Leiter der Tarifverhandlungsdelegation von H+ werden – so nehme ich an – Ihr Bekenntnis, es sei nicht das Minimum eines Berufsanfängers gemeint, mit Interesse aufgreifen. Die entsprechende Anpassung des massgeblichen Lohnmix bzw. der anrechenbaren Spitalkosten dürfte zudem bei den Sanitätsdirektoren zu einer gewissen Entspannung und Erleichterung im Hinblick auf die bevorstehende Einführung von TarMed an den Spitälern führen. Auch die Belegärzte und Belegärztinnen (in der Regel bzw. je nach Spital ausschliesslich Ärzte und Ärztinnen mit Oberarzteerfahrung) werden dank-

bar zur Kenntnis nehmen, dass das KVG nicht das Minimum eines Berufsanfängers meint. Damit dürfte der Weg definitiv frei sein, in den Sozialversicherungstarifen eine angemessene Abgeltung auch ihrer Behandlungen zu verankern (und insoweit auf Zusatzrechnungen verzichten zu können).

Damit keine Missverständnisse entstehen: Selbstverständlich leisten die Assistenzärzte und Assistenzärztinnen in den Spitälern unter Anleitung ihrer erfahreneren Kollegen und Kolleginnen einen hervorragenden Einsatz und praktizieren eine gute Medizin. Ich möchte ja auch niemanden dazu überreden, er solle unbedingt eine Zusatzversicherung abschliessen, und dafür nicht mehr ins Ausland in die Ferien fliegen bzw. kein neues Auto kaufen. Nur: Es scheint trotz aller gegenteiligen Beteuerungen immer noch Patienten und Patientinnen zu geben, die aus unergründlichen Motiven im Krankheitsfall oder bei einem Unfall ausschliesslich oder weitgehend von einem Arzt oder einer Ärztin mit möglichst grosser Erfahrung behandelt werden möchten – auch dann, wenn die Betreuung schwergewichtig durch Assistent oder Assistentin durchaus die vom KVG gewünschte optimale Behandlung sicherstellen würde. Was soll ich, was wollen Sie diesen Mitbürgern raten?

Wir dürften uns vorab einig sein, dass die durch diesen Patientenwunsch bedingten höheren Lohnkosten pro Stunde weder durch die Sozialversicherung noch durch kantonale Subventionen finanziert werden können und sollen. Also gibt es zwei Lösungen: Entweder akzeptieren wir alle, wie seit 1984 im UVG, das Prinzip von Zusatzrechnungen, oder wir verbieten die Erfüllung dieses Patientenwunsches. Die Verbotsvariante – Zusatzfrage: welche Strafdrohung möchten Sie dafür einführen? – schiene mir allerdings doch ein eher eigenartiges Verständnis von Patientenautonomie zu dokumentieren.

ad 3: Sie behaupten, dass nicht die Patienten Extrawünsche an den Arzt herantragen; vielmehr würden die Ärzte solche Einverständniserklärungen mit mehr oder weniger sanftem Druck einholen. Sie bleiben den Beweis für Ihre Behauptung schuldig. Wenn schon die Krankenversicherer – zu Recht – von den Ärzten und Ärztinnen eine an wissenschaftlichen Erkenntnissen orientierte («evidence based») Medizin verlangen: Wo bleibt dieselbe stringente Evidenz für Ihre Behauptung?

Immerhin: Mit der Informationsfrage legen Sie den Finger auf den zentralen Punkt. Schon 1996 habe ich darauf hingewiesen: «Es versteht sich von selbst, dass der Arzt dabei keinerlei direkten oder indirekten Druck auf seine Patienten ausüben darf. Die Gültigkeit solcher Vereinbarungen hängt wesentlich davon ab, ob der Patient seine Entscheidung frei und auf eigene Initiative hat treffen können.» [7] Dies gilt sowohl für die Arztpraxis wie auch für das Spital. Auch Alfred Maurer hat 1997 auf dieses Missbrauchspotential hingewiesen, und dies in einem Beitrag, in dem er nota bene *ambulante* Zusatzrechnungen im Rahmen der Übergangsbestimmungen von Art. 102 KVG trotz dieser Gefahr als mit dem KVG vereinbar

bezeichnet hat. [8] In der Tat ist entscheidend, dass Spitäler und Ärzte die von ihnen angebotenen, über die «Leistungen nach diesem Gesetz» [9] hinausgehenden Zusatzleistungen klar, transparent und vor allem rechtzeitig den Patienten und Patientinnen mitteilen. Diese Informationspflicht trifft primär alle Leistungsbringer, und – im Rahmen der angebotenen Zusatzversicherungen – sekundär auch die Versicherer [10]. Weil es aber wenig effizient wäre, in jeder Praxis und in jedem Spital das Rad neu zu erfinden, schlage ich vor, dass sich die interessierten Ärztegruppierungen baldmöglichst mit der Schweizerischen Patientenorganisation an den Tisch setzen, um gemeinsam sinnvolle und für die Patienten und Patientinnen transparente Zusatzleistungsmodulare zu erarbeiten. Damit ist viel gewonnen: Erstens sinkt mit einer guten Patienteninformation das Missbrauchsrisiko gewaltig. Zweitens können die Patienten und Patientinnen dank einer transparenten Information selbst entscheiden, welche Leistungen sie wirklich wünschen – und wieviel sie dafür bezahlen wollen («value for money»). Und drittens können sie überprüfen, ob die klar definierte, vereinbarte Zusatzleistung tatsächlich auch erbracht wurde. Für Krankenversicherer, die nicht nach der Maxime «was nicht sein darf, kann nicht sein» handeln möchten, gibt es bestimmt am selben Tisch einen freien Stuhl.

ad 4: Ich habe die Fr. 8.– für die tägliche Betreuung des hospitalisierten Patienten im Kanton Bern angeführt. Sie argumentieren mit den Fr. 736.50 für eine Kataraktoperation im selben Kanton und behaupten generell, «die geltenden Tarife sind keine minimalen Sozialtarife».

Einzelne Tarifpositionen für stationäre Patienten werden wohl kein repräsentatives Bild ergeben. Schlüssiger schienen mir – wenn denn Beweis geführt werden soll – die Verhandlungsprotokolle der siebziger und achtziger Jahre aus den Kantonen zum Thema «Patienten der allgemeinen Abteilung» versus «Halbprivat- und Privatpatienten». Da würde ich allerdings einiges darauf setzen zu belegen, dass Ärzte, Spitäler, Sanitätsdirektoren und Kassen eindeutig und bewusst die Strategie wählten, die Halbprivat- und Privatpatienten zur Kasse zu bitten, um die nicht kostendeckenden Behandlungen von Allgemeinpatienten zu stützen – am öffentlichen, und auch am Belegspital.

ad 5, 6 und 9: Sie verweisen auf das Referenzeinkommen von 210000 und auf die Gefahr nur eingebildeter besonderer Qualifikationen.

Hier muss wieder zwischen Spital und ambulanten Medizin unterschieden werden:

- Für die Situation im *Spital* verweise ich auf ad 2 und nachstehend auf ad 7 und 8.
- Bei den *ambulanten Behandlungen* sieht die Situation sowohl betreffend Häufigkeit von Zusatzleistungen wie auch betreffend die damit verbundenen Gesamtkosten für Zusatzrechnungen anders aus. Die künftigen TarMed-Tarife gehen für ambulante Behandlung grundsätzlich vom Facharzt-

niveau aus. Zusatzleistungen wegen besonderer *Qualifikation* im Rahmen von kassenpflichtigen ambulanten Behandlungen werden deshalb selten sein. Behandlungen jedoch, die im *Ausmass* über das hinausgehen, was als *wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich* von der Solidargemeinschaft zu finanzieren ist (Hausbesuch statt Konsultation, mehr Physiotherapiesitzungen als zur Supervision der Aktivierungstherapie wirklich notwendig, etc.) [11], sind hingegen schon heute Realität und werden aller Voraussicht nach noch zunehmen.

ad 7: Sie schreiben: «Es ist nicht unwirtschaftlich, wenn ein Chefarzt einen Verband anlegt». Mein Beispiel war bewusst plakativ gewählt. Sie finden, der Wirtschaftlichkeitsbegriff werde von mir «einmal mehr verbogen», und begründen Ihre Ablehnung mit dem Argument, dass «die Vergütung an die Leistung anknüpft und nicht an die Person». Dazu ist festzuhalten, dass die Leistung in der Realität nicht von der Person getrennt werden kann. Ob der Chefarzt (um im Bild zu bleiben) den Verband besser anlegt als der Assistenzarzt oder die Krankenschwester, kann hier offenbleiben – letztlich muss ja der Patient entscheiden, welchen Preis ihm dieser Zusatzwunsch wert sein soll. Klar ist aber erstens, dass die Sozialversicherung für den Verbandwechsel nur diejenigen Lohnkosten als Berechnungsbasis für Sozialtarife akzeptiert, die dem Assistenten- oder Pflegepersonalgehalt entsprechen, und zweitens, dass die realen «Produktionskosten» des Spitals beim Chefarzt ungleich höher sind. Ob man den vom Patienten gewünschten Verbandwechsel durch den Chefarzt als unwirtschaftlich ansieht oder als Leistung, die – unter welchem Titel auch immer – über das KVG hinausgeht, ist im Ergebnis nicht entscheidend: Wünscht der Patient für den Verbandwechsel den Chefarzt oder Belegarzt, und akzeptiert dieser den Auftrag, zahlt entweder der Steuerzahler die Mehrkosten oder es liegt ein Zusatzrechnungsfall vor (oder man verbietet diese Behandlung, siehe oben). Möchten Sie, dass der Steuerzahler diesen Sonderwunsch finanziert?

ad 8: «Ihre Ansichten führen direkt in die Zweiklassenmedizin.» Einmal mehr soll also mit diesem Schreckgespenst die Diskussion totgeschlagen werden. Zutreffend ist:

- Verschiedene Versicherungsklassen und Tarife gibt es seit Jahrzehnten im KUVG/KVG und UVG. Wenn dies für Sie abzulehnende Zweiklassenmedizin bedeutet, so sind die sozialen Krankenversicherer seit langer Zeit zumindest die willigen Helfershelfer gewesen. Dasselbe würde gelten für das Nichteinschreiten von Bundesamt für Privatversicherung, Bundesrat und Sanitätsdirektoren, um nur die wichtigsten weiteren Akteure zu nennen.
- Wie unter 2. dargelegt, will ich durchaus nicht die Patienten und Patientinnen dazu überreden, die Behandlung auf der sogenannten allgemeinen Abteilung eines öffentlichen Spitals als für sie ungenügend einzustufen. Nur: Was soll man dem Mitbürger raten, der partout die ganze Hüftope-

ration mit allem Drumherum vom Oberarzt oder Chefarzt persönlich koordiniert haben möchte, oder der im Belegspital auf der Sonntagsvisite *seinen* Belegarzt und nicht dessen ebenso qualifizierten Stellvertreter, oder allenfalls einen auch gute Medizin leistenden Assistenten sehen will? Alles auf Konto Sozialversicherung oder auf Konto Steuerzahler? Alles verbieten?

«Zweiklassenmedizin» ist das Schlagwort derjenigen Politiker und Krankenkassendirektoren, die obstinat zu bestreiten versuchen, dass in unserem Gesundheitswesen bei den Grundversicherungspatienten hier und jetzt rationiert wird. Ich finde es ehrlicher, die Dinge beim Namen zu nennen:

- Wie ist es mit der verfügbaren Arbeitszeit der Ärzte und des Pflegepersonals: Gehen die sozialen Krankenversicherer bei der Kalkulation ihrer Zusatzversicherungspolice bei Halbprivat- und Privatpatienten wirklich vom selben Pflegestellenat und vom selben Zeitaufwand der Ärzte aus, wie bei den Allgemeinpatienten?
- Wie sieht es bei den Medikamentenkosten aus: Wer Augen hat zu sehen und Ohren zu hören, weiss durchaus, dass die Spitäler und Spitalärzte beispielsweise den Einsatz von neuen und teuren, aber besonders nebenwirkungsarmen Anästhetika bzw. Kontrastmittel für die Allgemeinpatienten mit höherem Risiko oder schlechterem Allgemeinzustand reservieren, um das Spitalbudget einhalten zu können. [12] Dieselben Mittel werden aber tendenziell bei allen Zusatzversicherten eingesetzt, weil sie dort bezahlt werden.
- Ich zitiere aus der aktuellen Tagespresse: «Berichtet wurde an der Tagung von aufgeschobener (oder vorübergehend aufgehobener) Körperpflege am Patienten in Konkurrenz mit Gesprächen am Patientenbett, von der Konzentration der Pflege auf «wirklich schwerkranke» Patienten, von zeitlicher Verkürzung der einzelnen Einsätze, beispielsweise bei «Delegation» der Verantwortung an eine einzige diplomierte Pflegenden für 12 Personen, bei einer Dauerbelegung aller Betten der Intensivstation zu hundert Prozent, von stark reduzierten Therapieleistungen. Die Rede war von der (offiziell kaum wahrzunehmenden) Einteilung der Patienten bei der Heimaufnahme in verschiedene Pflegekategorien, von möglichst frühzeitiger Verlegung (Abschieben) von Patienten in andere Kli-

niken zur eigenen Entlastung, von Differenzierung je nach Versicherungsklasse. [...] Auch in bezug auf die Notfallstation spreche man zwar von Vollbelegung, eigentlich handle es sich aber um einen Aufnahmestopp, ausgenommen würden nur lebensbedrohend Verletzte, die nicht transportfähig sind. Als ein speziell verdecktes Rationierungsmittel sprach Oelz die Einführung von Globalbudgets an. Die Vereinbarungen umfassten und lösten zwar durchaus einschränkende Massnahmen aus, aber diese liessen sich offiziell nicht erkennen, da dies anonym bleibe.» [13]

#### Fazit

Ich kann nur wiederholen, was ich bereits früher in der Schweizerischen Ärztezeitung [1] ausgeführt habe: In der Sozialversicherung hat der Versicherte gemäss unserem höchsten Versicherungsgericht Anspruch auf eine angemessene, nicht aber auf eine maximale Behandlung. [14] Und: Im Spital gewährt das Sozialversicherungsrecht keine freie Arztwahl. Lassen wir offen, ob die Allgemeinpatienten noch eine optimale Medizin erhalten. Eines ist aber sicher: Eine Einklassenmedizin kann nur erzwingen, wer Zusatzleistungen, Zusatzrechnungen und Zusatzversicherungen unter Strafe stellt.

Übrigens: Der EU-Gerichtshof hat in den beiden bekannten Entscheiden Kohll und Becker am 28. April 1998 [15] den Krankenversicherer eines EU-Staates dazu verpflichtet, medizinische Leistungen in einem *anderen* EU-Staat gemäss dem Sozialversicherungstarif im Wohnsitzland des Versicherten rückzuerbürgen. [16] Nota bene spielte der vom Leistungserbringer verrechnete Tarif in den beiden Gerichtsällen keine Rolle, und es ging auch nicht um Notfallbehandlungen. Wer wirklich das Prinzip der Einklassenmedizin konsequent realisieren wollte, der könnte sich nicht mit dem Verzicht der Krankenkassen auf das Zusatzversicherungsgeschäft und mit neuen Verboten des Schweizer Gesetzgebers begnügen. Er müsste vielmehr zusätzlich noch Internationale Abkommen verlangen, mit denen Zusatzleistungen und entsprechende Zusatzversicherungen weltweit verboten würden ...

HP. Kuhn, Fürsprecher, stv. Generalsekretär FMH

Kopie z. K. an: BSV, BPV, SPO, H+

## Referenzen

- 1 Kuhn HP. Zusatzrechnungen bei Spitalbehandlung. Schweiz Ärztzeitung 1999;80(34):2031-4.
- 2 Art. 56 Abs. 3 UVG: «Für alle Versicherten der Unfallversicherung sind die gleichen Taxen zu berechnen.»
- 3 Botschaft vom 6.11.91, Sonderdruck, S. 83/84.
- 4 So fällt auf, dass die KKB bei einem UVG-Versicherten mit Zusatzversicherung, der nach einem Unfall mehrere Monate auf der Intensivstation des Zieglerspitals betreut wurde, vor Berner Verwaltungsgericht nicht etwa das Prinzip der Zusatzrechnung bestritt, sondern eine angemessene Herabsetzung des Privat honorars des Chefarztes wünschte. Das Gericht hat die Honorarforderung des Spitals und des Chefarztes vollumfänglich geschützt (Entscheid vom 24. Juni 1991, BVR 1992, 54-68): «Unumstritten ist hingegen, dass Zusatzrechnungen gestellt werden dürfen, wenn vom Arzt oder von der Heilanstalt Extraleistungen ausserhalb des Bereiches der Pflichtleistungen gemäss UVG erbracht werden. Als solche Extra- oder Zusatzleistung gilt namentlich auch die vom Patienten gewünscht Behandlung in einer anderen als der allgemeinen Abteilung.» (E. 7.c). «Indem der Appellant R. als Patient der halbprivaten statt bloss der allgemeinen Abteilung behandelte, hat er unbestrittenermassen eine Extraleistung erbracht.» (E.8, 1. Absatz).
- 5 Übrigens hat der Bundesrat den Passus in Art. 70 Abs. 2 UVV, der diese differenzierte Rechnungsstellung bei Spitalbehandlung explizit machte, per 1.1.1998 gestrichen. Weshalb? Im Kommentar zu dieser Ordnungsänderung hat unsere oberste Landesregierung nicht etwa erklärt, man wolle die bisherige Versicherungs- und Rechnungsstellungspraxis wegen Illegalität beenden – im Gegenteil: «Diese Regelung entspricht einem praktischen Bedürfnis. Indessen wurde seit ihrem Inkrafttreten immer wieder ihre Gesetzmässigkeit in Frage gestellt. Gemäss Art. 10 UVG darf der Bundesrat nur die Leistungspflicht der obligatorischen Unfallversicherung – also der Grundversicherung – und nicht darüber hinausgehende Leistungen näher umschreiben. Unter diesen Umständen erscheint es angezeigt, die Vorschrift zu streichen.» (Revision der Verordnung über die Unfallversicherung, Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen, 10.11.1997.) Der Bundesrat hat hier mit etwa zehn Jahren Verspätung die Kritik von Alfred Maurer umgesetzt, der ausführte: «Damit schreibt die UVV eine Regelung für Leistungen vor, die nicht zu den Pflichtleistungen gehören. Es erscheint deshalb fraglich, ob sie gesetzeskonform ist.» (Maurer A. Schweizerisches Unfallversicherungsrecht. 2. unveränderte Auflage. Bern: Helbing & Lichtenhahn; 1989. S. 529)
- 6 Maurer A. Das neue Krankenversicherungsrecht. Basel: 1996, 81.
- 7 Kuhn HP. KVG: Antworten auf die häufigsten Fragen, SÄZ 17/1996, 695-698, 697.
- 8 «Art. 44 Abs. 1 KVG verpflichtet die Leistungserbringer lediglich, sich im Rahmen der obligatorischen Versicherung, an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise zu halten. Sie dürfen also nicht einseitig ein Zusatzhonorar beanspruchen. Hingegen verbietet diese Bestimmung in keiner Weise, Vereinbarungen mit den Versicherten über einen Privatpatientenstatus und damit auch über die Festlegung eines Zusatzhonorars zu treffen. Dies ist für die Versicherung hinsichtlich der Privatabteilung im Spital unbestritten und gilt daher in gleicher Weise für die ambulante Behandlung.» (Maurer A. Verhältnis obligatorische Krankenpflegeversicherung und Zusatzversicherung. In: Duc JL (Hrsg). LAMal, KVG. Recueil de travaux. Lausanne: IRAL; 1997. S. 703-734, 727f).
- 9 Art. 44 KVG.
- 10 Für die anerkannten Krankenkassen als Privatversicherer: Art. 16 i.V. mit Art. 12 Abs. 2 KVG.
- 11 Vgl. auch die weiteren Beispiele in Kuhn HP. Zusatzrechnungen bei Spitalbehandlung; SÄZ 34/1999, 2031-2034, 2033; derselbe: KVG: Antworten auf die häufigsten Fragen; SÄZ 17/1996, 695-698, 696f; und derselbe: Neues KVG: Was ändert auf 1.1.1996 für Arzt und Versicherten/Patient?, SÄZ 49/1995, 2010-2013, 2013.
- 12 Entsprechende, damals noch inoffizielle Mitteilungen hatte ich von Chefärzten aus verschiedenen Regionen der Schweiz schon in den Jahren 1995 und 1996 erhalten.
- 13 Ne; Rationierung am Krankenbett: nie (oder doch?); NZZ 12./12. Dezember 1999, S. 50.
- 14 Aus einem Entscheid des Eidg. Versicherungsgerichts: «[zum MVG – Anmerkung des Autors] ... findet sich in der bundesrätlichen Botschaft vom 27. Juni 1990 der Hinweis, dass damit ein in der Sozialversicherung allgemein anerkannter Grundsatz verankert werde, wonach der Versicherte auf eine angemessene, (zweckmässige und wirtschaftliche), nicht aber auf eine maximale Behandlung Anspruch habe.» (BGE 123 V 53ff, E. 1b, S. 56); Zum KVG: «So hat die Kasse aus der Grundversicherung nicht für Mehrkosten aufzukommen, die sich daraus ergeben, dass der Versicherte sich in eine für intensive Pflege und Behandlung spezialisierte und damit teure Klinik begibt, obwohl er einer solchen Behandlung nicht bedarf und ebensogut in einer einfacher eingerichteten und daher weniger kostspieligen Heilanstalt sachgerecht hätte behandelt werden können.» (Entscheid des Eidg. Versicherungsgerichts vom 28.11.1998, BGE 124 V 363ff, E.1b)
- 15 Urteile des EUGH vom 28.4.1999 in der Rechtssache C-158/96 (Raymond Kohll gegen Union des caisses de maladie) und C-120/95 (Nicolas Decker gegen Caisse de maladie des employés privés); Besprochen von Erwin Murer in SZS 43/1999, 75ff.
- 16 Auch das KVG übernimmt schon heute – noch vor Inkrafttreten bilateraler Abkommen mit der EU – gewisse Behandlungen im Ausland (vgl. Art. 34 Abs. 2 KVG)

La version française suivra