

Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung, ergänzendes Vernehmlassungsverfahren

Antwort der FMH zu Händen der Vorsteherin des Eidgenössischen Departements des Innern EDI, Frau Bundesrätin Ruth Dreifuss

Zusammenfassung

Die Verbindung Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH lehnt die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend die Aufhebung des Kontrahierungszwanges in allen Teilen und Aspekten ab.

Das System, das den im jetzigen KVG gültigen Kontrahierungszwang ablösen soll, ist strukturell nicht durchdacht und lückenhaft, in Teilen methodisch schludrig, hochgradig zusätzlich interpretationsbedürftig. Es steht ausserdem im Widerspruch zu anderen Abschnitten des Gesetzes, ist kaum und nur unter massivem Ressourcenaufwand praktikabel, patientenfeindlich sowie staatspolitisch bedenklich. Überdies verfehlt es seine beschränkte Zielsetzung, nämlich die der Kosteneinsparung im Gesundheitswesen.

Die FMH sieht die Lösung der Probleme im Gesundheitswesen nur in einem anderen System, das u.a. folgende Zielsetzungen und Randbedingungen erfüllt und berücksichtigt:

Die reine Kostenbetrachtung unseres Gesundheitssystems muss einer Kosten-Nutzen-Analyse Platz machen, die direkte und indirekte Kosten in die Analyse einbezieht. Aus-, Weiter- und Fortbildung muss für alle zur Krankenversicherung zugelassenen Berufe als lebenslanges, mit Sanktionen verbundenes Kontinuum definiert und geregelt werden. Behandlungsprozesse müssen nach medizinischer Evidenz definiert werden. In der Schweiz ist ein Qualitätsassessmentssystem aufzubauen, das einen methodisch einwandfreien Vergleich der Qualität erlaubt; die Abgeltungssysteme sind auf dieses System auszurichten. Der sog. Pflichtleistungskatalog ist in einer Weise aufzubauen, dass er diesen Namen verdient. Konkret ist er als diagnosebezogene Positiv- und Negativliste auszugestalten, in der nur Leistungen, für deren Wirksamkeit klare Evidenz besteht, aufgenommen

werden. Leistungserbringer, die den so definierten Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien genügen, sind uneingeschränkt in jeden Versicherungsvertrag aufzunehmen, womit die freie Arztwahl nach wie vor garantiert ist.

Sehr geehrte Frau Bundesrätin Dreifuss

Wir nehmen Bezug auf Ihr Schreiben vom 14.6.2000 betreffend Ergänzung des Vernehmlassungsverfahrens zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung. Wir nehmen in diesem Zusammenhang insbesondere zur *Aufhebung des Kontrahierungszwanges* Stellung. Angesichts der grundsätzlichen Bedeutung eines solchen Schrittes für unser Gesundheitswesen stellen wir unsere Antwort in einen erweiterten Rahmen, in dem wir einleitend den *Stellenwert von Markt- bzw. Wettbewerbsmechanismen für die Kostenkontrolle* in unserem Gesundheitswesen beleuchten. Anschliessend analysieren wir die Probleme, die die vorgeschlagene Lösung zur *Aufhebung des Kontrahierungszwanges für unser Gesundheitssystem bzw. die staatlichen Strukturen dieses Landes* mit sich bringen würde.

1. Ausgangslage

1.1 Kostenentwicklung im Gesundheitswesen

Die Vorlage wird offensichtlich von der Absicht bestimmt, die als unbefriedigend eingestufte Kostenentwicklung im Gesundheitswesen von staatlicher Seite besser kontrollieren zu können. Aspekten der *Patientenzufriedenheit* bzw. der *Qualität* medizinischer Leistungen wird dabei *keine Bedeutung* beigemessen. So wird der Begriff der Qualität nur gerade einmal unter der Rubrik Tarifverträge überhaupt erwähnt.

Der Geltungsbereich wird auf den *ambulantem Bereich beschränkt* mit der Begründung, insbesondere die Spitalplanung habe «bereits spürbare Auswirkungen auf die Kostenentwicklung im stationären Bereich» gezeitigt. Letzteres muss als eine durch *keine Fakten belegte Behauptung* bezeichnet werden (vgl. Kosten des Gesundheitswesens, BFS, G 18). Noch nicht validierte Zahlen lassen überdies vermuten, dass einer Abflachung des Wachstums im stationären Bereich eine massive Zunahme der Kosten im ambulanten Bereich der Spitäler gegenübersteht. Diese dürfte durch eine Leistungsverlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich zu erklären sein. Es ist aus sachlichen Gründen – in Übereinstimmung mit vielfältigen ausländischen Erfahrungen – nicht einzusehen, *weshalb einmal mehr eine sektorielle Regelung geschaffen werden soll, die über die nicht erfassten Sektoren des Gesundheitswesens mühelos umgangen werden kann.*

1.2 Anzahl Leistungserbringer

Die Vorlage zielt ganz offensichtlich auf eine Reduktion der Zahl von Leistungserbringern, wobei den Versicherern bzw. Patienten/Konsumenten ohne

Vorgabe von Entscheidungskriterien der Entscheidung überbunden wird, welche Leistungserbringer zu eliminieren sind. Dies auf dem Hintergrund, dass Ausschluss von der Bezahlung durch den Sozialversicherer für die meisten Leistungserbringer gleichbedeutend mit Verlust der Existenzgrundlage ist. Der Mangel an strategischen Zielvorgaben für dieses Unterfangen wie auch seine Inkohärenz und Widersprüchlichkeit werden unten aufgezeigt.

An dieser Stelle ist nur auf das *völlige Versagen jeglicher staatlicher Planung hinsichtlich der Zahl von Leistungserbringern im Gesundheitswesen* zu verweisen. Obwohl die Verbindung Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH immer wieder auf eine drohende Überversorgung nach 1995 hingewiesen hat, wurden seitens der zuständigen Behörden bis heute keine wirksamen Anstrengungen unternommen, während der Phase der Aus- oder Weiterbildung die Zahl der zukünftigen Leistungserbringer auf den Bedarf auszurichten. Ganz abgesehen davon, dass in diesem Lichte betrachtet die nun vorgeschlagene «Lösung» grundsätzliche Fragen nach der politischen Verantwortung aufwirft, muss diese «Lösung» als in *hohem Masse ineffizient* bezeichnet werden: Massive gesellschaftliche Ressourcen wurden und werden aufgewendet, um Leute für eine Tätigkeit auszubilden, für die sie nicht gebraucht werden und wo eine Umschulung, wenn überhaupt möglich, mit hohen Kosten verbunden ist.

1.3 Freie Arztwahl

Der Bundesrat stellt keineswegs in Abrede, dass diese Vorlage zu einer Einschränkung der freien Arztwahl führen müsste; ehrlicher wäre wohl, den wahren Sachverhalt, nämlich den der völligen Abschaffung der freien Arztwahl, klar darzustellen.

Der Bundesrat zeigt sich also bereit, eine der wichtigsten Forderungen der Patienten/Versicherten an unser Gesundheitssystem, wie sie aus allen Umfragen in diesem Land hervorgeht, ohne zwingende Gründe und gleichsam beiläufig in Form einer Teilrevision des KVG, unter den Tisch zu kehren. Die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH geht davon aus, dass die Organisationen, die die Interessen der Versicherten/Patienten vertreten, sich hier klar positionieren werden und verzichtet deshalb an dieser Stelle auf eine erschöpfende Begründung.

Sie macht nur auf eine weitere Inkonsistenz dieser Vorlage aufmerksam: Derselbe Bundesrat, der sich – sicher zumindest verbal – für eine umfassende Gesundheitsversorgung unserer Bevölkerung im Rahmen der sozialen Grundversorgung stark macht, drängt dieselbe Bevölkerung für die Erfüllung eines ihrer wichtigsten Anliegen in die Zusatzversicherung ab – nicht zum Missfallen eben der Versicherer, in deren Hände das Schicksal dieser Grundversicherung nun gelegt werden soll.

2. Anmerkungen zur Steuerung der Kostenentwicklung im schweizerischen Gesundheitswesen unter besonderer Berücksichtigung der Vorlage

2.1 Ausgangslage

Die Gesamtkosten des Gesundheitswesens in der Schweiz sind in den letzten fünf Jahren im Schnitt um 3–5,5% gewachsen. (Massgeblich für die vorliegende Analyse sind die Kosten zu Lasten der sozialen Grundversicherung; wenn nachfolgend abkürzend von «Kosten» gesprochen wird, so handelt es sich immer um Kosten zu Lasten der sozialen Grundversicherung). *Ist dies zuviel? Zu wenig? Adäquat?* Die Meinungen hierüber sind in der Schweiz geteilt; es existieren keine Zahlen bzw. Erhebungen, die eine klare Meinung unserer Bevölkerung erkennen liessen.

Der Bundesrat ist offensichtlich der Auffassung, dieses Wachstum sei zu hoch; er bleibt allerdings dem geneigten Leser auch in der jetzigen Botschaft die Antwort auf die Frage schuldig, nach welchen Kriterien er sein Urteil gefällt hat.

Denkbare Antworten wären unter anderem:

- Das Kostenwachstum im Gesundheitswesen muss dem gesamtwirtschaftlichen Wachstum entsprechen.
- Die Kosten des Gesundheitswesens dürfen nur soweit zunehmen, als die Attraktivität des Wirtschaftsstandortes Schweiz nicht gefährdet ist.
- Die Kosten-Nutzen-Relationen stimmen nicht.
- Die Mittel werden in anderen Sektoren gebraucht.

Das Schweigen des Bundesrates zu dieser Frage ist verständlich; in der Tat besteht kein politischer oder gesellschaftlicher Konsens in dieser Frage, deren ernsthafte Diskussion bis jetzt nicht in Ansätzen versucht wurde. Die Frage ist und bleibt ein substanzloses polit-mediales Ereignis in unendlicher Fortsetzung, nützlich vor allem als medialer Lückenfüller in ereignislosen Zeiten.

2.2 Faktoren, welche die Kostenzunahme im Gesundheitswesen bestimmen

Zu diesem Thema besteht eine ausführliche Literatur; die nachfolgende Zusammenfassung ist unvollständig und vor allem auf diese Vernehmlassung bezogen:

- Bestimmend ist zweifelsohne die Angebotsseite. In den letzten Jahrzehnten, ganz ausgeprägt in den letzten Jahren, bei unverändert exponentiell nach oben in die Zukunft weisender Tendenz, hat sich die Möglichkeit medizinischer Behandlungen vervielfacht.
- Im Gefolge dieser Entwicklung haben sich eine Vielzahl spezialisierter Berufe bzw., auf den ärztlichen Teil bezogen, ärztliche Spezialistengruppen entwickelt, die diese Behandlungen durchführen.
- Gleichzeitig hat eine massive Breitenentwicklung der Kosten zu Lasten der sozialen Grundversicherung durch den Einbezug von Behandlungen

- stattgefunden, die früher nicht der Medizin zugerechnet wurden. Zu erinnern ist hier z.B. an komplementärmedizinische Methoden sowie die Heroinsubstitutionsbehandlung von Schwersüchtigen. Im Rahmen einer ungebremsten Medikalisierung von weiteren Lebensbereichen sowie im Gefolge der Haltung einer Erlebnisgesellschaft, die Krankheit immer mehr als ein den unendlichen Lebensgenuss in ärgerlicher Weise unterbrechendes Intermezzo wahrnimmt, wird diese zum «Big Ticket» als Reparatur für alles zu Lasten von allen als Solidaritätsphilosophie des 21. Jahrhunderts führende Entwicklung, unter entsprechendem, offensichtlich auch in der Schweiz erfolgreichem, wissenschaftliche Beurteilung übersteuerndem politischem Druck weiter anhalten.
- Auch die Medizin hat eine ungeahnte Beschleunigung ihrer Prozesse erfahren. Was früher Wochen und Monate dauerte und sich nicht selten durch eine kostenarme Spontanheilung löste, muss heute nach gemeinsamer Auffassung von Leistungserbringern und Patienten innerhalb von Tagen, wenn nicht sogar kürzeren Zeiträumen gelöst werden – mit massiven Kostenfolgen.
 - Die Mentalität einer «No Risk Society» hat sich auch in der Medizin durchgesetzt. Diese Entwicklung kann exemplarisch an der Geburtshilfe aufgezeigt werden, wo Schädigungen eines Kindes unter Geburt, gleich aus welchen Gründen, undenkbar bzw. zum Kunstfehler per se geworden sind. Dieser Sicherheitsanspruch hat zu einem ungeahnt kostentreibenden medizinischen Entscheidungsprozess geführt, in dem jede, aber auch wirklich jede Möglichkeit überprüft werden muss. Diese «Sicherheitsmedizin» dürfte schon heute einen Anteil von 20% oder mehr der stationären Behandlungskosten beanspruchen.

2.3 Instrumente der Kostenkontrolle und ihre Anwendung in der Schweiz

Kostenkontrolle wurde bis vor kurzer Zeit in der Schweiz ausschliesslich als Kontrolle der Preise ärztlicher Leistungen definiert; erst seit einiger Zeit wird die überragende Bedeutung der erbrachten Mengen für die Gesamtkosten auf breiter Ebene erkannt. Die Versuche einer Mengenkontrolle sind in der Schweiz unwirksames Stückwerk geblieben:

- Versuche zur Steuerung der Verbreitung von medizinischer «Spitzentechnologie» wurden vom wissenschaftlichen Fortschritt ihrer statischen Anlage wegen regelmässig zu historischer Makulatur degradiert.
- «Second opinion»-Prozeduren haben, in Übereinstimmung mit ausländischen Erfahrungen, mehr Kosten verursacht als eingespart.
- Rückforderungsverfahren der Versicherer haben bis jetzt quantitativ keine Wirkung entfaltet, dies nicht zuletzt deshalb, weil sie häufig zum falschen Zeitpunkt mit falschen Statistiken die falschen Leistungserbringer ins Visier nahmen und nehmen.

Eindeutig wirkungsvoller dürften folgende Massnahmen sein:

- Die mit den TarMed-Tarifstrukturen verbundene, einem de facto Globalbudget gleichkommende Forderung nach kostenneutraler Einführung derselben. Voraussetzung hierfür wäre allerdings, dass die gesetzlichen und durch den Staat zu verantwortenden Rahmenbedingungen geschaffen bzw. wirksam werden.
- Managed-Care-Modelle, die schon jetzt eine grössere Wirkung entfalten als in der Botschaft dargestellt.
- Reduktion der Leistungen, die als Pflichtleistungen durch den sozialen Grundversicherer übernommen werden müssen.
- Reduktion der Leistungserbringer bzw. der Institutionen, die medizinische Leistungen erbringen. Diese Vorgehensweise basiert auf Studien aus den 70er und 80er Jahren, die in der Zahl der Leistungserbringer den wichtigsten Faktor für die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen nachgewiesen haben (z.B. Enthoven 1978, 1980).

Die vom Bundesrat zur Vernehmlassung gegebene Vorlage ist genau von dieser Grundphilosophie getragen: Die Zahl der Leistungserbringer wird dadurch reduziert, dass nur noch ein Teil von ihnen einen Vertrag mit dem sozialen Grundversicherer erhält; der Rest wird zum grössten Teil aus der Medizin verschwinden, weil in einem System mit obligatorischer Grundversicherung die Situation «kein Vertrag» gleichbedeutend mit Verlust der Existenzgrundlage ist. Die Exekution wird von einem sich auf blosser und wie auch immer definierte Aufsichtsfunktion zurückziehenden Staat, der durch einen geeignet angelegten Rekursweg auch gleich noch in eigener Sache entscheiden kann, den Versicherern übertragen, die sich gleich noch als Rationierer den Versicherten gegenüber verantworten dürfen.

Diese Kernidee wird dadurch camoufliert, dass sie einen Zuckerguss in Form von Markt und Wettbewerb erhält: Der Versicherte, sprich Patient, entscheidet über die zugelassenen Leistungserbringer durch die Wahl seines Versicherers. Mit anderen Worten: Nur der Versicherer wird seinerseits überleben, der die in den Augen der Versicherten richtigen Leistungserbringer unter Vertrag hat. Dass der Versicherte für diese nicht einfache Aufgabe vielseitig informiert sein muss, ist auch dem Bundesrat nach eigener Aussage klar; aus gesetzlicher Sicht ist diesem Informationsauftrag dadurch Genüge getan, dass der Versicherer seine Versicherten regelmässig darüber informiert, welche Leistungserbringer von ihm anerkannt sind ...

Schon das revidierte KVG 1995 hatte, unter dem Druck einer medial geschickt in Szene gesetzten Gruppe von Gesundheitsökonomern, Markt- bzw. Wettbewerbselemente aufgenommen; die jetzt vorgesehene Revision verstärkt diese Tendenz massiv. An dieser Stelle muss deshalb der Frage nachgegangen werden, ob die angepriesenen Markt- und Wettbewerbsmechanismen wirklich lauthals angepriesene

Panazeen sind, mehr noch, ob sie mit einem auf Solidarität und Maxime des Zugangs für alle basierenden Gesundheitssystem überhaupt kompatibel sind. Dies umso mehr, als die Protagonisten dieser Ideologie der Öffentlichkeit eine fundierte und strukturierte Beweisführung bis jetzt schuldig geblieben sind.

3. Markt und Wettbewerb im Gesundheitswesen, unter spezieller Berücksichtigung der Vernehmlassungsvorlage

3.1 Voraussetzungen

Nach klassischer Theorie führt Markt als freies Spiel von Angebot und Nachfrage zu einer optimalen Allokation und Distribution von Gütern und Dienstleistungen. Entscheidend ist nach dieser klassischen Theorie die Nachfrage, nach der sich das Angebot richtet. Entscheidendes Steuerelement ist der Preis: Der Kunde wird im Sinne des Grenzwertnutzens den Einsatz seiner Mittel nach dem günstigsten Preis bzw. besten Preis-Leistungs-Verhältnis ausrichten. Es ist nicht Sache und Kompetenz des Autors, die wissenschaftliche Fundierung (oder eben Nichtfundierung) dieses Modells zu würdigen.

Bezogen auf das Gesundheitssystem springt ein Punkt aber sofort in die Augen: Eine *Steuerung über den Preis* ist gemäss Vorlage nur durch Wahl des Versicherers bzw. der *angebotenen Prämien* möglich, wobei deren Differenz unter den einzelnen Versicherern von Gesetzes wegen *engste Grenzen* gesetzt sind.

Bleibe noch die Frage zu beantworten, ob die massiven Mittel, die zum Unterhalt dieses *Liliputmarktes* aufgewendet werden müssen, für die Gesundheit unserer Bevölkerung adäquat eingesetzt wären.

Das klassische Marktmodell sieht den einzelnen Teilnehmer als von seinen Mitteilnehmern unabhängig seinen Nutzen optimierendes Individuum; die soziale Wohlfahrt definiert sich als Summe maximierter Einzelnutzen. Dieses pareto-optimale Nirvana hat vielfältige Kritik und Modifikation erfahren, ist im Kern aber in allen marktwirtschaftlichen Modellen wirksam. Vorwiegend entscheidend ist, *dass das marktwirtschaftliche Modell in unauflösbarem Gegensatz zu einem von Solidarität und der Forderung nach gleichem Zugang für alle definierten Grundversicherungssystem steht.*

Im einzelnen und auf das Gesundheitswesen bezogen sind folgende *Randbedingungen* von Bedeutung:

- Vorab ist festzuhalten, dass bis heute keine wissenschaftliche Evidenz den Nutzen von Wettbewerb und Markt zur Senkung der Gesundheitskosten belegt. Kostensenkungen konnten nur lokal bzw. sektoriell vermutet werden; in der Regel handelt es sich dabei um Verlagerungen der Kosten zu Lasten anderer Träger.
- Das System muss idealtypisch frei von positiven oder negativen Externalitäten sein. Diese Bedingung erfüllt kein Marktsystem, sicher am wenigsten aber das Gesundheits- und Sozialsystem, das bis in alle Wurzeln hinein von Wertsetzungen

bzw. weltanschaulichen Vorgaben geprägt ist. Das schweizerische Gesundheitssystem ist zudem von strukturellen Voraussetzungen (Bund vs. Kantone, 26 Kantone, etc.) geprägt, die steuernde Externalitäten ersten Ranges darstellen.

- Angebot und Nachfrage sollten voneinander unabhängig sein. Diese generell fragwürdige Randbedingung ist mit Sicherheit und gerade nicht im Gesundheitswesen erfüllt: Die Entwicklung des Gesundheitswesens mit ihren Kostenfolgen wird ausschliesslich durch Entwicklung neuer Behandlungsmöglichkeiten (nicht nur aus dem sog. High-Tech-Bereich) bestimmt, die wiederum Hoffnungen und Erwartungen beim Konsumenten/Patienten auslösen.
- Der Marktteilnehmer maximiert nach marginalen Gewinnen und gemäss Information über alle Möglichkeiten rational und mit konstanter Zielsetzung seinen Nutzen. Entscheidend ist dabei, dass der Marktteilnehmer seinen Nutzen maximiert durch eigenes bzw. eigenverantwortliches Handeln, eine Voraussetzung, die gemäss Vorlage gerade nicht gegeben ist, weil der Versicherer diese Funktion wahrzunehmen hat. Eine inzwischen reichhaltige Literatur hat dieses rational agierende Marktsubjekt, das implizit auch dieser Vorlage ideologisch Gevatter steht, als Fiktion in den Bereich der Mythen verwiesen (Übersichtsliteratur Rice 98): Die Versicherten benützen (auch nicht providergesteuerte) Information kaum und vergleichen selten verschiedene Angebote (Hibbard/Weeks 89, Howard 95). Der grosse Teil der Versicherten versteht Qualitätskonzepte und -vergleiche nicht; Qualität ist für die meisten gleichbedeutend mit Patientenzufriedenheit. Vor die Wahl gestellt, wertet der Versicherte häufige und gefühlsmässig positiv besetzte Leistungen höher als seltene, eventuell eingreifende und emotional entsprechend negativ besetzte, auch wenn letztere für seinen Gesundheitszustand wichtiger sind. Massgeblich sind nicht rationale Entscheidungsprozesse, sondern kognitive Dissonanz (vor allem in Zusammenhang mit eigenem Fehl- bzw. Suchtverhalten), verbunden mit konservativem Festhalten an Bekanntem, auch wenn dies im Vergleich zu anderen Möglichkeiten als negativ erkannt ist (Isaacs 96, Jewett/Hibbard 96, Hibbard/Jewett 97). Der Konsument/Patient wählt unter Preisdruck nicht die für ihn effizientesten Leistungen, seine Entscheidungen werden mithin nicht durch Preis-Nutzen-Abwägung, sondern alleine durch Kostenüberlegungen bestimmt, selbst wenn dies langfristig für ihn erkennbar negative Gesundheitsfolgen hat (RAND-Studie, Lohr 86, Siu 86).
- Selbst für diejenigen, die willens und in der Lage wären, rationale Entscheide zu treffen, existieren in der Schweiz praktisch keine objektiven, vergleichenden Informationsmöglichkeiten. Nur schon dieses Informationsdefizit lässt eine Umsetzung dieser Vorlage ausgeschlossen erscheinen.

- Auch von Versicherern werden diese Defizite nicht geleugnet; sie treten dieser Kritik mit der Empfehlung entgegen, diese Entscheidungsprozesse dem Versicherer ihrer Wahl zu überlassen. Ganz abgesehen davon, dass hier der kaum überwindene ärztliche Paternalismus durch einen Versichererpaternalismus abgelöst würde, sind dieser «Empfehlung» folgende zwingende Kritiken entgegenzuhalten:
 - Keiner der in der Schweiz tätigen Versicherer verfügt nur in Ansätzen über das hierfür notwendige Know-how. Der Aufbau eines solchen Know-hows erfordert neben der notwendigen Kultur intensiv Zeit und menschliche Ressourcen.
 - Soll der Konsument/Versicherte eigenständig und eigenverantwortlich agieren können, so kann er die hierfür notwendigen Entscheide weder dem Versicherer noch dem Leistungserbringer übertragen, die zwingend durch ihre Partikularinteressen mitbestimmt sind.

Zusammengefasst ergibt sich, dass Markt- und Wettbewerbsmechanismen mit einem solidarischen, die Volksgesundheit wie auch die Gesundheit des einzelnen als oberste Maxime verfolgenden Gesundheitssystem schon vom theoretischen bzw. wissenschaftlichen Ansatz her inkompatibel sind. Dies wird noch deutlicher, wenn die Folgen der Einführung von Wettbewerbsmechanismen, vor allem in der gemäss Vorlage unstrukturierten und erratischen Form, bedacht werden.

3.2 Folgen

3.2.1 Risk-Shifting

Im vorgeschlagenen System werden Leistungserbringer wie Versicherer aus Wirtschaftlichkeitsgründen wie auch zum Schutz vor oberflächlichen «Qualitätsvergleichen» bestrebt sein müssen, teure und medizinisch undankbare Behandlungsfälle von sich fernzuhalten. Das Phänomen ist vor allem aus den USA als «Risk-Shifting» bekannt. Folgen im einzelnen sind:

- Die undankbaren Behandlungsfälle werden, sollen sie nicht überhaupt verkommen, nach dem Prinzip «Privatisierung der Gewinne, Sozialisierung der Verluste» bei der öffentlichen Hand landen.
- In diesem Zusammenhang sind, wie ausländische Erfahrungen zeigen, auf dem Dung stiller Kumpanei kräftig wachsende, versteckte Kartelle möglich. Ergänzend zu erwähnen wäre noch, dass es Leistungserbringern weiter nicht verboten sein wird, selber Krankenversicherungsgesellschaften zu gründen ...

3.2.2 Mehrklassenmedizin

Marktmechanismen favorisieren immer den finanziell primär besser Gestellten insofern, als er mehr freie Mittel hat, kurzfristig teuer in Modelle zu investieren, die langfristig kostengünstiger sind. Marktmechanismen tragen deshalb zur Ausbildung einer

Mehrklassenmedizin selbst innerhalb der sozialen Grundversicherung bei.

3.2.3 Konsolidierung von Leistungserbringern

Die Einführung von Marktmechanismen wird den Prozess der sogenannten Konsolidierung von Leistungserbringern erheblich beschleunigen. Die Einzelpraxis, die kleinere Gruppenpraxis, das kleinere Spital werden in kurzer Zeit aus der schweizerischen Landschaft verschwinden, weil nur grössere Einheiten überhaupt noch markttauglich sind. Dies ist nicht zwingend negativ, weil solche Einheiten u.U. Know-how konzentrieren und Prozesse effizienter gestalten können; diese Konsequenzen müssen aber dem gerade in der Schweiz an kleinen Strukturen hängenden Versicherten klar gemacht werden.

- Die Finanzierung dieser grösseren Einheiten wird den einzelnen Leistungserbringern nicht mehr möglich sein; die Finanzierung wird vom Grosskapital, das auch bei den Versicherern liegt, übernommen werden (vgl. z.B. kasseneigene HMOs), womit die absolute Dominanz der Versicherer noch eindeutiger und die Idee eines Marktes im Gesundheitswesen noch absurder wird.

3.2.4 Public Health

Public-Health-Zielsetzungen, die es in der Schweiz ohnehin schwer haben, werden in ihrer Umsetzung noch massiver behindert: Aspekte der Volksgesundheit, der Prävention, der klinischen Epidemiologie stehen konträr zu einem System, dessen Teilnehmer vor allem von einer kostengünstigen Erledigung möglichst kurzfristiger Behandlungsfälle profitieren.

Insgesamt am bedenklichsten ist, dass der Markt in der Art dieser Vorlage für unser Gesundheitssystem einen weiteren Meilenstein auf seinem Weg in die totale Monetarisierung setzen würde. Dies zu einem Zeitpunkt, wo die negativen Erfahrungen z.B. um die Einführung der TarMed-Tarife den Weg zurück geraten sein liesse. Und ernstlich ist in diesem Zusammenhang die grundsätzliche Frage zu stellen, ob es im Sinne unserer Bevölkerung sein kann, wenn ausschliesslich nach «for profit» strukturierte Systeme ÄrztInnen erzeugen, die dann im eigentlichen Sinne «Leistungserbringer» wären. Junge Leute, die im Interesse der Gesundheit des Patienten und aus Freude an der Sache ein Medizinstudium ergreifen würden, hätten in einem solchen System definitiv nichts mehr zu suchen.

4. Zu den einzelnen Bestimmungen

Art. 7 a Abs. 1 neu

Auf die Problematik der Information von Versicherten wurde hingewiesen. Diese Diskussion in differenzierter Form zu führen, ist angesichts dieses Textes in der Tat ebenso nutz- wie gegenstandslos: Die Wahlfreiheit des soviel beschworenen mündigen Konsumenten beschränkt sich gerade einmal auf einen Vergleich des Ärzteangebots einer stetig schrumpfenden

Zahl von Versicherern (von 200 im Jahre 1994 auf 127 im Jahre 1998, Statistik über die Krankenversicherung, BSV).

Art. 35 Abs. 1

Das *Placet eines Krankenversicherers* in Form eines Vertrages kann nicht Zulassungskriterium zur Sozialversicherung sein; gegebenenfalls ist es ein Zahlungskriterium. Diese Disposition wäre unter Artikel 24 aufzunehmen, wo zu ergänzen wäre: «Die soziale Krankenversicherung übernimmt die Leistungen gemäss Art. 23 bis 31 nach Massgabe der in Art. 32 bis 34 und (neu) Artikel 41 bis 52 festgelegten Voraussetzungen».

Art. 35 Abs. 1 bis (neu)

Die Beschränkung des Geltungsbereichs auf den sog. ambulanten Bereich ist, wie oben ausgeführt, grundsätzlich abzulehnen. Ergänzend sind hier ungelöste bzw. teilweise auch unlösbare operationelle Gründe zu nennen, die diese Ablehnung untermauern:

- Bis zum heutigen Tage ist es nicht gelungen, in der Schweiz einheitliche Definitionen für den Begriff «ambulant» und «stationär» zu verankern.
- Es ist schlicht nicht nachvollziehbar, weshalb Leistungserbringer bzw. ihre Institution (Notfallstation, Poliklinik eines Spitals) von einem Versicherer keinen Vertrag erhalten sollten, der ihre Leistungen, so im stationären Bereich erbracht, zu bezahlen hätte. Einzig denkbare Lösung ist, dass alle ambulanten Spitaldienste mit allen Versicherern einen Vertrag abschliessen werden – womit die gesetzlichen Vorgaben in diesem Bereich zur Farce verkommen würden.
- In diesem Zusammenhang bietet sich die Umgehung der gesetzlichen Vorgaben für jeden Leistungserbringer dadurch an, dass er problematische, zu einem Vertragsausschluss führende Leistungen unter dem Schutzmantel einer stationären Institution erbringen könnte. Wegen mangelnder Auslastung, gegen Schliessung ankämpfende Institutionen könnten, unter Berufung auf in diesem Gesetz so hoch gepriesene Maximen wie Markt und Wettbewerb, hier durchaus eine Marktlücke erkennen.

Art. 35 Abs. 1 ter und quater (neu)

Eine der zentralen Randbedingungen für ein wettbewerbles Kontrahierungsmodell sind *Chancengleichheit bzw. Gleichberechtigung* der Beteiligten. Dies soll als Grundsatz dieser Artikel garantieren, der in der Sache ein leeres Lippenbekenntnis ist:

- Art. 45 versieht die *Kantone* mit einer «carte blanche» für alle Interventionen, die die wettbewerbliche Gleichstellung der Vertragsparteien zunichte machen können.
- Die wettbewerbliche Gleichstellung würde erfordern, dass die *Vertragsparteien über gleiche Mittel* verfügen würden, Konflikte auch durchzustehen. Dies ist nun in keiner Weise der Fall: Ein einzelner Arzt, der sich bei Abstimmung mit anderen Kollegen dauernd der Frage einer Kartell-

klage ausgesetzt sieht und bei Verlust nur einiger Dutzend Patienten in den Konkurs getrieben wird, steht einer Versicherung gegenüber, die zunehmend einige Hunderttausend Versicherte oder mehr vertritt.

Die *Kriterien der Wirtschaftlichkeit und Qualität*, die der Bundesrat wohl per Verordnung festlegen soll, sind weder in Zielrichtung noch Inhalt nur in Andeutungen erkennbar. Sie dürften sich aller Voraussicht nach auch im rein Formalen halten. Der Begleittext spricht hier für einmal *Klartext*: «Die Versicherer können damit, unter Einhaltung bestimmter Kriterien, einseitig (Heraushebung durch Autor) bestimmen, welche Leistungserbringer für die obligatorische Krankenpflegeversicherung für ihre Versicherten zugelassen sind.»

In diesen Kontext passt, dass die *Kontrolle* nicht durch Schiedsgericht und nachfolgend EVG wahrgenommen werden soll, sondern, in *flagrantem Widerspruch zu Art. 59, durch kantonale Regierung und Bundesrat*, die somit einmal mehr in eigener Sache entscheiden können.

Dieser Artikel ist für die Ärzteschaft inakzeptabel und darüber hinaus gesundheitspolitisch wie staatsrechtlich in hohem Masse bedenklich.

Art. 41 Abs. 1

Unklar bleibt, was in dem radikal neuen Kontext, den diese Vorlage schaffen würde, mit «vertraglich vereinbarte(n) Tarife(n)» denn gemeint sein soll. Es ist davon auszugehen, dass – durchaus in Übereinstimmung mit dem aktuellen, nicht von der Revision betroffenen KVG – eine Unzahl verschiedener Tarifverträge mit verschiedensten Taxpunktwerten abgeschlossen würde.

Sollte der Bundesrat in völliger Verkenntnis durch die in dieser Vorlage ausgelösten Entwicklungen davon ausgehen, dass zwischen den Gremien der Leistungserbringer und der Versicherer auf kantonaler und schweizerischer Ebene noch Tarifverträge ausgehandelt würden, so würde er die selbstgewählte Maxime eines wettbewerblichen bzw. marktorientierten Gesundheitswesens selber ad absurdum führen: *Wie sollte dann eines der wichtigsten Marktinstrumente zur Differenzierung der Leistungsanbieter, der Preis der Leistung, funktionieren können, wenn dieser vorgängig obrigkeitlich fixiert würde?*

Art. 41 Abs. 2

Die im Begleittext zu diesem Artikel vorgebrachten Argumente sind nur teilweise richtig und überdies lückenhaft: Es ist durchaus denkbar, dass seltene Leistungen bzw. Notfalldienste von Leistungserbringern erbracht werden, die den Versicherern nicht genehm sind. Für diese hätte der Regierungsrat ersatzweise den Tarif festzulegen, eine Regelung, die nota bene vom selben diese Vorlage in Vernehmlassung gebenden Bundesrat in einem Rekursfall geschützt würde ...

Im weiteren ist diese Regelung in keiner Weise mit dem UVG abgestimmt, dessen Versicherer, wie die Erfahrung zeigt, durchaus verschiedene Vorstellungen über adäquate notfallärztliche Versorgung haben können.

Art. 45

Die Kontrolle der kantonalen Regierung dürfte sich nicht nur auf die Sicherstellung der Behandlung beschränken. Sie müsste ebenso den Schutz des einzelnen Leistungserbringers vor der Willkür der Kassen und ihrer Funktionäre umfassen. Es ist in diesem Zusammenhang keineswegs zwingend, dass die Kasse ein Interesse hätte, mit möglichst vielen Leistungserbringern einen Vertrag abzuschliessen. Im Gegenteil ist wahrscheinlicher, dass die Kasse sich wo immer möglich vertraglich auf möglichst wenige, ihr aber willfähige Leistungserbringer beschränken würde.

Art. 46 Abs. 2

Diese Disposition wirkt nun doch etwas befremdend, um nicht zu sagen belustigend. Wer sollte denn um Gottes willen in dieser völlig veränderten Vertragslandschaft noch ein Interesse und die Möglichkeit haben, Verbandsverträge abzuschliessen? Braucht der Bundesrat dieses Relikt, um den Schein von Vertragspartnerschaft aufrechterhalten zu können? Will der Bundesrat dieses Potemkinsche Dorf in der Landschaft stehen haben, um sich weiter à la mode de TarMed von unangenehmen Aufgaben wie Schaffung einer Tarifstruktur, kostenneutrale Steuerung, Qualitätssicherung u.a.m. finanziell, intellektuell und verantwortungsmässig entlasten zu können? Im Ernst: Sollte dieser Vorlage Rechtskraft erwachsen, so müsste dieser Artikel selbstverständlich ersatzlos gestrichen werden.

Art. 47

Formal bzw. systematisch eine in allen Aspekten durchdachte Regelung. Den 26 schweizerisch einheitlichen und mit den Anordnungen des Bundesrates gemäss Art 35 Abs. 1 ter konformen Anwendungen von Kriterien der Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung dürfte man sicher mit grossem Interesse entgegensehen.

Wichtiger aber: Der einzige, der nicht auf unzureichende Versorgung klagen dürfte, wäre der Versicherte, der Patient, zu dessen Nutzen und Frommen all dies angeblich geschieht. Es gilt sicher unverändert der Grundsatz, dass man den Zustand eines Rechtsstaates an seinen Rechtsmitteln erkennen soll. Hinzuzufügen wäre: Auch an der Nonchalance, mit der er montags seine Sonntagspredigten unter den Teppich kehrt.

Art. 48

Das Institut des Rahmenvertrags hat sich bewährt und wurde deshalb auch im Gesetz belassen. Die Begründungen, dieses Institut nun ersatzlos zu streichen sind einerseits nicht stichhaltig, andererseits aber interessant, weil sie genau unsere Einschätzungen zu Art. 46 Abs. 2 bestätigen.

Art. 53 Abs. 1

Hier darf man nur hoffen, dass der Bundesrat wirklich noch zu einer anderen Einschätzung als derjenigen, die der Vorlage zugrunde liegt, kommen wird.

Es ist und bleibt nicht einsichtig, weshalb für den allgemeinen Ausschluss gemäss Art. 59 Schiedsgericht und dann EVG für alle Rekurse im Rahmen des Wegfalls des Kontrahierungszwanges Kantonsregierung und dann Bundesrat zuständig sein sollte. Will der Bundesrat die von ihm verklausuliert ins Spiel gebrachte EMRK bzw. die Garantie des unabhängigen Richters gemäss EMRK 6 nicht verletzen, so bleibt ihm nur der Rechtsweg Schiedsgericht/EVG für alle Rekursfälle.

Abschliessend ist noch zu einigen, nicht einzeln den Paragraphen zuzuordnenden Problemkreisen Stellung zu nehmen.

Praktikabilität der vorgesehenen Regelungen

Die meisten Versicherten und insbesondere Patienten haben sich ihre Hausärzte und Spezialisten gewählt; häufig werden sie in entsprechenden Netzen kooperierender ÄrztInnen und Institutionen behandelt. Die vorgesehenen Regelungen würden in einer Vielzahl von Situationen bedeuten, dass einzelne, vielleicht sogar alle diese Leistungserbringer vom gewählten Versicherer vertraglich nicht anerkannt sind. Soll der Versicherte nun seinen Versicherer wechseln? Und was tut er, wenn keiner der ihm zur Verfügung stehenden Versicherer sein Behandlungsnetz auf der Liste hat? Mit diesen Fragen soll gezeigt werden, dass die Vorlage nicht nur einen massiven Einschnitt in die Wahlfreiheit des Arztes für eine Erstbehandlung darstellt, sondern etablierte Netzwerke zerreisst. Dies für Versicherte bzw. Patienten, die keine Mitsprache oder Interventionsmöglichkeiten haben. Bundesrat und allenfalls Parlament werden sich wohl zu überlegen haben, ob sie den in KVG-Fragen ohnehin mehr als irritierten Bürger/Versicherten einmal mehr mit realitätsfremden, unpraktikablen Regelungen vor den Kopf stossen wollen.

Kostenfolgen

In der Vorlage wird tunlichst eine Beurteilung der Kostenfolgen dieser Vorlage vermieden; in der Sache kann nicht bestritten werden, dass die Umsetzung dieser Vorlage zu einem weiteren administrativen Kostenschub führen würde: Ca. 120 Versicherer müssten aktuell ca. 17 000 ärztliche Leistungserbringer (neben Physiotherapeuten, Zahnärzten, Apothekern) bzw. ca. 1000 Spitäler bzw. Spitaleinheiten regelmässig evaluieren. Heerscharen von Juristen bzw. Funktionären müssten sich mit den Rekursen beschäftigen, usw., usw.

In diesem Zusammenhang ist daran zu erinnern, dass die Schweiz sich weltweit eine der teuersten Administrationen des Gesundheitswesens leistet. Kanada gibt über alles 0,1%, der Spitzenreiter in Kosten pro Versicherten, die USA, 0,6% des BIP für Administration des Gesundheitswesens aus. In der Schweiz verschlingen alleine die Krankenversicherer 0,5% des BIP für Administration; nicht erfasst sind die staatlichen Administrationskosten in Bund, Kantonen und Gemeinden sowie die Administrationskosten der Leistungserbringer. Ganz zu schweigen vom nicht Geldwert erfassbaren Aufwand des Versicherten, der

nun fortlaufend die günstigsten Versicherungsangebote studieren muss.

Es wäre höchste Zeit, diese Kosten zu senken und die frei werdenden Mittel ans Krankenbett zurückzubringen, statt die Funktionsbürokratie durch Verwaltung neuer realitätsfremder Strukturen weiter aufzublasen.

Würde diese Vorlage wirklich zur Kostensenkung im Gesundheitswesen beitragen?

An dieser Hypothese müssen grosse und berechtigte Zweifel bestehen: Selbst wenn 20% der Leistungserbringer mittels der vorgeschlagenen Mechanismen aus dem Markt eliminiert würden, kann davon ausgegangen werden, dass die verbleibenden, in der Regel nicht voll ausgelasteten Leistungserbringer das frei werdende Tätigkeitsvolumen übernehmen könnten und würden, ohne damit gegen irgendwelche tarifarische oder gesetzliche Vorgaben zu verstossen. Diese Beurteilung zeigt nur, dass unbedachtes Stückwerk wohl Bewegung bringt, in der Summe aber nicht vektoriell zielorientierte, sondern nur ungerichtete bzw. sich gegenseitig aufhebende. Auch diese Vorlage würde verpuffen, weil sie wichtige zusätzliche Ansatzpunkte nicht berücksichtigt:

- Nach allen Erfahrungen entstehen 40% der Kosten eines Gesundheitswesens bei ca. 20% der Versicherten. Kostenkontrolle müsste vor allem bei der Behandlung dieser Fälle ansetzen.
- Das Kostenvolumen der sozialen Grundversorgung wird durch die Leistungen bestimmt, die die Versicherer als Pflichtleistung zu bezahlen haben. Ohne Einschränkung des Pflichtleistungsspektrums und Konzentration desselben auf vitale, der Behandlung von «Grossschadensfällen» dienenden Leistungen kann das aktuelle Kostenwachstum nicht nach unten korrigiert werden.

Fehlen jeglicher Kriterien zur Definition des kontrahierungswürdigen Leistungserbringers

Die Vorlage enthält nicht den Hauch einer Andeutung, welche Kriterien den «guten» sprich kontrahierungswürdigen Leistungserbringer definieren soll. Dies muss als der wohl gravierendste Mangel dieser Vorlage angesprochen werden, der alleine schon ihre uneingeschränkte Ablehnung verlangt.

Zweifelsohne sind Definition wie Handhabung solcher Kriterien – eine ausführliche Literatur legt hierüber Zeugnis ab (beste Übersicht nach wie vor Goldfield/Boland 96) – ausserordentlich komplex und schwierig, was nicht heissen kann, dass die notwendigen Arbeiten nun auch in der Schweiz an die Hand genommen werden müssen (vgl. unten). Die Schwierigkeiten können nur summarisch angedeutet werden:

- Im Kern geht es um die Verbindung von Elementen, die einerseits eine qualitativ hochstehende Behandlung definieren, mit Elementen, die eine wirtschaftliche und zweckmässige Vorgehensweise kennzeichnen, von Elementen also, die im Kern tendenziell konträr zueinander stehen.
- Vergleiche sind nur möglich zwischen bezüglich Risiken, Morbidität und Co-Morbidität mög-

chem Ressourceneinsatz etc. identischen oder soweit möglich ähnlichen Kollektiven (sog. risk stratification). Der Aufbau der entsprechenden Assessmentstrukturen dauert Jahre und erfordert engste Zusammenarbeit der Leistungserbringer, Versicherer und staatlichen Stellen.

- Die Veröffentlichung der Resultate kann für einen Leistungserbringer das definitive Aus bedeuten. Es besteht damit ein grundsätzlicher Widerspruch zu einer der Hauptmaximen moderner Qualitätssicherung und -förderung, dass der Verantwortliche für eine Behandlung, eine Leistung durch Eingestehen von Fehlern keinen Nachteil haben darf. Nur dann wird er Fehler auch eingestehen und die entsprechenden Konsequenzen ziehen.
- Die Abgeltungsformen für die Leistungserbringer müssen auf diese Evaluationssysteme bezogen sein. Benützt werden heute in der Regel DRG-Formen (deren Wurzel in der Methodik des Qualitätsvergleichs unter Leistungserbringern liegt).

Bisher wurde in der Schweiz nur ansatzweise sog. Qualitätsprofiling versucht, teilweise von Versicherern, hauptsächlich von einzelnen Medien. Diese Versuche entbehrten jeglicher methodischen und prozeduralen Solidität sowie Seriosität und sind entsprechend verdientermassen wirkungslos geblieben. Wo jenseits der medialen Happenings und Werbegags einzelner Versicherer der Staat per legem aktiv wird, kann dies nur in einer methodischen den Ansprüchen in jeder Form genügenden Weise geschehen, eine Forderung, die mit der Vorlage sicher nicht erfüllt ist.

Aufhebung des Kontrahierungszwanges gemäss Vorlage: Das ideale implizite Rationierungssystem
Woran kein Zweifel besteht: Die Vorlage würde das perfekte implizite Rationierungssystem schaffen. Der Staat spricht Bundesrat, in undefinierter Aufsichtsfunktion sakrosankt sowie im Rekursfall Richter über sich selbst, übergibt ohne nähere Vorgaben den Versicherungsgesellschaften das Management des Leistungsvolumens, das scheinbar durch den Pflichtleistungskatalog bestimmt ist. Nur eben: scheinbar. In Realität ist der Pflichtleistungskatalog eine Aufzählung (meist seltener) nicht zugelassener und einiger zugelassener Leistungen; der grosse Teil des Leistungsvolumens ist überhaupt nicht definiert. Die Definition wird de facto durch die Versicherer und ihnen hörige bzw. durch «Vertragsverhandlungen» hörig gemachte Leistungserbringer erfolgen.

Klagen der betroffenen Patienten sind ausgeschlossen; sich wehrende Leistungserbringer, primär schon chancenlos, können, sobald in Mehrzahl auftretend, als unerlaubtes Kartell abgestraft werden.

4. Zusammenfassende Würdigung/weiteres Vorgehen

Die Verbindung Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH lehnt die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung gemäss Vernehmlassungs-

schreiben vom 14. Juni 2000 vorgelegten, ergänzenden gesetzlichen Regelungen betreffend die Aufhebung des Kontrahierungszwanges in allen Teilen und Aspekten ab.

Das System, das den im jetzigen KVG gültigen Kontrahierungszwang ablösen soll, ist strukturell nicht durchdacht und lückenhaft, in Teilen methodisch schludrig, hochgradig zusätzlich interpretationsbedürftig, im Widerspruch zu anderen Abschnitten des Gesetzes stehend, kaum und nur unter massivem Ressourcenaufwand praktikabel, patientenfeindlich sowie staatspolitisch bedenklich; es verfehlt überdies mit Sicherheit seine beschränkte Zielsetzung, nämlich die der Kosteneinsparung im Gesundheitswesen.

Was nun?

Eine Lösung des zweifelsohne einer Lösung immer dringender harrenden Problems des adäquaten Mitteleinsatzes im Gesundheitswesens sowie der Plethora im Gesundheitswesen tätiger Personen kann nur in einem System gefunden werden, das nachfolgende Zielsetzungen und Randbedingungen erfüllt und berücksichtigt:

- Die reine Kostenbetrachtung unseres Gesundheitssystems muss einer Kosten-Nutzen-Analyse Platz machen, die direkte und indirekte Kosten in die Analyse einbezieht.
- Aus-, Weiter- und Fortbildung muss für alle zur Krankenversicherung zugelassenen Berufe als

lebenslanges, mit Sanktionen verbundenes Kontinuum definiert und geregelt werden.

- Behandlungsprozesse müssen nach medizinischer Evidenz definiert werden.
- In der Schweiz ist ein Qualitätsassessmentsystem aufzubauen, das einen methodisch einwandfreien Vergleich der Qualität erlaubt; die Abgeltungssysteme sind auf dieses System auszurichten, was u.a. den Aufbau von DRG-Systemen erfordert (vgl. Punkt 4).
- Der sog. Pflichtleistungskatalog ist in einer Weise aufzubauen, dass er diesen Namen verdient. Konkret ist er als diagnosebezogene Positiv- und Negativliste auszugestalten, in der nur Leistungen, für deren Wirksamkeit klare Evidenz besteht, aufgenommen werden.
- Leistungserbringer, die den so definierten Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien genügen, sind uneingeschränkt in jeden Versicherungsvertrag aufzunehmen, womit die freie Arztwahl nach wie vor garantiert ist.

Mit vorzüglicher Hochachtung

FMH

Dr. H. H. Brunner

Präsident

La version française suivra