

Rechtliche Aspekte der KVG-Revision*

Hanspeter Kuhn, Fürsprecher, stv. Generalsekretär FMH

Vollends verunglückt: Art. 59 und 59a

Art. 59 Abs. 3 zweitletzter Satz; Entzug des «Praxisausübungsrechts»

Die Sozialversicherung kann nur die Zulassung als Leistungserbringer regeln. Die Erteilung und der Entzug des Praxisausübungsrechts hingegen fällt ausschliesslich in die Zuständigkeit der Kantone. Diese Bestimmung ist mit anderen Worten verfassungswidrig.

Art. 59a (neu); Ausschluss nur von ärztlichen Leistungserbringern

Chiropraktoren, Hebammen und auch «Einrichtungen der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte» gemäss Art. 36a KVG können also von Gesetzes wegen gar nie unwirtschaftlich arbeiten ...

Abs. 1; 10%-Limite für Rückforderungs- verfahren

Gilt diese Limite für den Gesamtdurchschnitt, oder löst schon die Überschreitung bei einem einzigen Parameter ein Verfahren aus?

Zudem: Die Schwere der Erkrankung der Patienten soll offenbar für die Verwarnung keine Rolle spielen. Dies widerspricht dem internationalen Wissensstand des Physician profiling: «The issue of severity must be addressed», weil nicht alle Ärzte und Ärztinnen gleichviele teure Patienten betreuen [1].

Abs. 3 am Ende; Sanktion Streichung der Zahlstellennummer

Die Zahlstellenregisternummer ist eine *private* und rechtlich unbeachtliche *Dienstleistung* von *santésuisse* (was der Bundesrat in der VO vom 3. Juli 2002 zur Bedürfnisklausel richtigerweise erkannt hat).

Abs. 4; Vergleichsgruppe ausschliesslich nach Kriterium Weiterbildungstitel

Auch dies widerspricht dem internationalen Wissensstand: «The specialty of the physician is not always clear.» [2]. Spezialisten sind sehr ungleich auch als Hausärzte tätig. Und auch die Hausärzte haben nicht einheitliche Praxischwerpunkte (z.B. mehr oder weniger Psychiatrie in der Hausarztmedizin). Die Vergleichsgruppe darf deshalb nicht allein nach dem Facharztstitel gebildet werden.

Abs 5; Grundlage gemeinsam anerkannte Statistik, bei fehlender Einigung gilt die der Versicherer

Kommentar überflüssig.

Abs. 6; die Kosten des Verfahrens trägt der Leistungserbringer nach Massgabe seines Unterliegens

Dass auch einmal die Kassen unterliegen könnten (und dann das Verfahren bezahlen müssten), ist für den Gesetzgeber offenbar nicht vorstellbar.

Abs. 7; Beschwerden gegen Entscheide der Paritätischen Kommission haben keine aufschiebende Wirkung

Das EVG stellt dann vielleicht zwei Jahre später fest, eine Ärztin hätte nicht ausgeschlossen werden dürfen – aber ihre Praxis war zwei Jahre geschlossen. Wer zahlt den Schaden?

Fragwürdige Bestimmungen

Art. 2; Streichung von «erforderlich»

Damit wirft man das seit Jahrzehnten bewährte gesetzliche Kriterium über den Haufen, wonach die Kasse nur bezahlen muss, wenn das behandelte Leiden *Krankheitswert* hat.

Art. 35; Vertrag als gesetzliches Zulassungs- kriterium

Das bestehende KVG unterscheidet zwischen Zulassungskriterien wie beispielsweise Aus- und Weiterbildung und der Regelung der Zusammenarbeit (Vertrag oder behördlicher Ersatztarif). Nun soll das Vorliegen eines Vertrags selbst zu einem zusätzlichen Zulassungskriterium werden. Dies ist ein ordnungspolitischer und gesetzgeberischer Sündenfall. Denn damit würden die Kassen zu Organisationen, die staatliche Konzessionen (nämlich via Vertrag eine Zulassung) erteilen – eine unzulässige Regelung, denn die Tarifpartner sind untereinander gleichgeordnet, wie sich schon aus dem Rechtsmittelweg gemäss Art. 85ff KVG klar ergibt: Die Kasse kann dem Arzt gegenüber nicht Verfügungen erlassen wie gegenüber dem Patienten.

* Vergleiche den auf den folgenden Seiten wiedergegebenen Auszug aus der «Fahne» des Nationalrats.

1 Siehe statt vieler Kongstvedt PR. Essentials of Managed Health Care. 4th edition. Gaithersburg, MD: Aspen Publication; 2001. ISBN 0-8342-1862-3, S. 401.

2 "The problem of provider specialty definition ist particularly acute when looking at primary care. [...] Many board-certified medical specialists spend a considerable amount of time performing primary care, whereas others spend the majority of their time practicing true specialty medicine. [...] Even within a single specialty there will be difference in how 'specialized' a specialist is." [1], S. 398.

Eine solche Regelung gehörte wenn schon ins Umfeld von Art. 25 oder 32. Im übrigen ist dem Bundesrat viel Erfolg zu wünschen, falls er (gemäss Kommissionsminderheit) definieren muss, welcher Kardiologe als Hausarzt, und welcher als Spezialist tätig ist ...

Art. 39f; Spitzenmedizin sowie Art. 39a neu (Minderheit); Grossausrüstungen

Auch hier kann man nur gespannt sein auf die Abgrenzungen: Was ist Spitzenmedizin? Werden Grossausrüstungen nach Kubikmeter definiert?

Krankenversicherungsgesetz. Teilrevision (Spitalfinanzierung)

Nationalrat, Wintersession 2002, 00.079 s

Auszug aus der «Fahne» (Beschlussgrundlage des Parlaments) der aktuellen KVG-Teilrevision im Nationalrat. Nur die von HP. Kuhn diskutierten Bestimmungen werden wiedergegeben. Die ganze Fahne ist zwar nicht geheim, aber nicht elektronisch einsehbar.

Art. 59 Absatz 3

Antrag der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK) des Nationalrates (neu)

- 3 Gegen Leistungserbringer, welche sich nicht an die Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsanforderungen nach den Artikeln 56 und 58 und an die bestehenden Verträge mit den Versicherern halten, werden Sanktionen ergriffen. Diese umfassen die gänzliche oder teilweise Rückerstattung der Honorare, welche für nicht angemessene Leistungen bezogen wurden, eine Busse sowie im Wiederholungsfall der vorübergehende oder definitive *Entzug des Praxisausübungsrechts* [Kursive Hervorhebungen durch FMH]. Der Entscheid liegt beim Schiedsgericht nach Artikel 89.

Art. 59a

Minderheit der SGK des Nationalrates: Verwarnung und Ausschluss von ärztlichen Leistungserbringern wegen unwirtschaftlicher Praxisführung (neu)

- 1 Liegen die Kosten pro Patient und Jahr eines ärztlichen Leistungserbringers für von ihm selbst erbrachte Leistungen sowie für *Medikamente, Labor- und Röntgenuntersuchungen* in zwei aufeinander folgenden Jahren mehr als *10 Prozent* über dem arithmetischen Mittel seiner Vergleichsgruppe, wird er durch eine kantonale paritätische Kommission aus Leistungserbringern und Versicherern gewarnt.
- 2 Der Leistungserbringer kann innert dreier Monate nach der Verwarnung durch schriftliche Eingabe bei der Kommission geltend machen, dass die Kostenüberschreitung auf eine besondere Patientenstruktur oder andere ausserordentliche Faktoren zurückzuführen ist, und seine Praxisführung nicht gegen das Gebot der wirtschaftlichen Behandlungsweise verstösst.
- 3 Auf Ende des zweiten Jahres nach der Verwarnung wird der Leistungserbringer mit Verfügung der Kommission von der Tätigkeit nach diesem Gesetz für ein oder mehrere Jahre, im Wiederholungsfalle endgültig ausgeschlossen, wenn die Kostenabweichung trotz erfolgter Verwarnung weiterhin mehr als 10 Prozent beträgt und die Kommission den Nachweis gemäss Absatz 2 als nicht erbracht beurteilt hat. Der Entscheid wird der zuständigen Stelle der Krankenversicherer zwecks Streichung der *Zahlstellennummer* mitgeteilt.
- 4 Die Vergleichsgruppe wird aus den Leistungserbringern mit *denselben eidgenössischen Weiterbildungstiteln* gebildet, die in einem Kanton oder, bei Vergleichsgruppen mit weniger als 15 Leistungserbringern, auf dem Gebiet der Eidgenossenschaft tätig sind.

- 5 Grundlage der Verwarnung und des Ausschlussverfahrens bildet eine von den Leistungserbringern und den Versicherern *anerkannte Statistik*. Gibt es keine gemeinsam anerkannte Statistik, so ist die *zentrale Statistik der Versicherer* massgebend.
- 6 Die Paritätische Kommission wird aus je zwei Wahlvorschlägen der kantonalen Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer von der Kantonsregierung bestellt. Sie setzt einen neutralen Vorsitzenden ein, welcher bei Stimmgleichheit den Stichentscheid fällt. Die Kommission entscheidet im schriftlichen Verfahren innert sechs Monaten in der Form einer summarisch begründeten Verfügung. Sie kann beim Leistungserbringer und bei den Versicherern ergänzende Auskünfte einholen und Experten beiziehen. Im übrigen bestimmt sie ihr Verfahren selber. *Die Kosten des Verfahrens trägt der Leistungserbringer nach Massgabe seines Unterliegens*. Die Kommission kann eine Kostenpauschale festlegen.
- 7 Verfügungen der Kommission können mit Beschwerde beim kantonalen Schiedsgericht nach Artikel 89 angefochten werden. Beschwerden gegen Verfügungen der Kommission entfalten *keine aufschiebende Wirkung*.

Art. 2 Begriffe

Geltendes Recht

- 1 Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung *erfordert* oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.

Antrag der SGK des Nationalrates

- 1 Krankheit ist jede Beeinträchtigung der
[...]
[...] die eine medizinische Untersuchung, Behandlung oder Pflegemassnahme *zur Folge* hat.

Art. 35 Grundsatz

Geltendes Recht

- 1 Zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind die Leistungserbringer zugelassen, welche die Voraussetzungen nach den Artikeln 36–40 erfüllen.

Ständerat

- 1 Zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind diejenigen Leistungserbringer zugelassen, welche:
 - a. die Voraussetzungen nach den Artikeln 36–40 erfüllen, und;
 - b. soweit sie im ambulanten Bereich tätig sind, einen *Vertrag über die Zulassung* mit einem oder mehreren anerkannten Krankenversicherern abgeschlossen haben.

Minderheit der SGK des Nationalrates

- 1 Zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind diejenigen Leistungserbringer zugelassen, welche:
 - a. die Voraussetzungen nach den Artikeln 36–40 erfüllen, und
 - b. im ambulanten Bereich der Allgemeinmedizin tätig sind;
 - c. wenn sie im spezialärztlichen und ambulanten Bereich tätig sind, einen *Zulassungsvertrag* mit einem oder mehreren Versicherern abgeschlossen haben oder
 - d. einem anerkannten Hausarztmodell mit Budgetverantwortung gemäss Artikel 35a (neu) angeschlossen sind.

Der Bundesrat kann auf dem Verordnungsweg spezialärztliche Leistungen im Bereich der Allgemeinversorgung in den Geltungsbereich von Buchstabe b vorstehend aufnehmen.
[...].

**Art. 39 Spitäler
und andere Einrichtungen****Geltendes Recht**

- 1 Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Spitäler), sind zugelassen, wenn sie:
[...].
 - e. auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind.

Mehrheit der SGK des Nationalrates (neu)

- f. im Bereich der *Spitzenmedizin* der vom Bund erstellten Planung entsprechen.

Minderheit der SGK des Nationalrates (neu)

- a. Zur Dämpfung der Gesundheitskosten und Wahrung des überwiegenden öffentlichen Interesses muss die Inbetriebnahme von *Grossausrüstungen und weiterer Ausrüstungen der Spitzenmedizin* in öffentlichen und privaten Einrichtungen des ambulanten und stationären Bereichs vom betreffenden Kanton genehmigt werden.