

# KVG-Revision: Haus abbrechen oder renovieren?

Hanspeter Kuhn, Fürsprecher, stv. Generalsekretär FMH

## La version française suivra

## Zusammenfassung

Das heutige KVG ermöglicht bereits, unwirtschaftlich arbeitende Ärzte zu sanktionieren und nötigenfalls auszuschliessen. Dafür braucht es keine Revision.

Wird der Kontrahierungszwang abgeschafft, droht hingegen eine unheilige Allianz von Arzt und Versicherer bei der Risikoselektion teurer Patienten.

Der Gesetzgeber kann und soll eine bessere Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Versicherern fördern. Konkret:

- die Statistiken sind dringend verbesserungsbedürftig;
- der Gesetzgeber sollte Aufgabe und Funktion des Vertrauensarztes besser umschreiben;
- das wichtige Kostengutspracheverfahren vor Untersuchungen und Behandlungen sollte konsequent geregelt werden;
- und die Möglichkeit der Kassen, bei unnötig scheinenden Arztwechseln beim Versicherten nachzufragen, sollte klar verankert werden.

## Einleitung

Verschiedene Kassen behaupten, die Abschaffung des Kontrahierungszwangs sei nötig, damit sie die sogenannten «unwirtschaftlich» arbeitenden Ärztinnen und Ärzte ausschliessen könnten. Dafür muss aber das KVG gar nicht revidiert werden. In der Öffentlichkeit und auch im Parlament wird faktisch ausgeblendet, was seit Jahren in den Leistungskontrollabteilungen und in den Statistikzentralen der Kassen, vor den kantonalen paritätischen Kommissionen Ärzte-Kassen, vor den kantonalen Schiedsgerichten und dem Eidgenössischen Versicherungsgericht abläuft. Ein Grund mag sein, dass der Bund zu diesen Fragen keine KVG-Wirkungsanalyse in Auftrag gegeben hat. Wie auch immer: Für die KVG-Revision ist es von entscheidender Bedeutung, den Ist-Zustand zu kennen, damit allfällige Schwachstellen gezielt angegangen werden können. Der Reihe nach:

## Das heutige KVG ermöglicht Leistungsrückforderungen und den Ausschluss von Leistungserbringern

Nach *geltendem Art. 56 KVG* müssen sich die Leistungserbringer (seltsamerweise nicht auch die Versicherten, aber dies sei nur am Rand erwähnt) «auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und *für den Behandlungszweck erforderlich* ist». «Für Leistungen, die über dieses Mass hinausgehen, kann die Vergütung verweigert» und die «zu Unrecht bezahlte Vergütung kann *zurückgefordert* werden». Und gemäss Art. 59 KVG können Leistungserbringer vom Richter aus wichtigen Gründen, insbesondere bei Verstössen gegen die Anforderungen nach Art. 56 und 58, *ausgeschlossen* werden.

Reine Theorie? Nein. Aber die Prüfung von Rückforderungsbegehren produziert halt keine Schlagzeilen und bleibt deshalb der Politik verborgen. Ich zitiere stellvertretend für andere Kantone und andere Jahre aus dem Jahresbericht der Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich von 1996: «Während die ersten vier Monate des Berichtsjahres ruhig verliefen, gingen ab Mai 1996 noch 14 Beschwerden bei der Blauen Kommission ein (Vorjahr 11). [...] Bei neun handelte es sich um sogenannte Pauschalbeanstandungen, in welchen die Wirtschaftlichkeit der Praxisführung eines Jahres zu untersuchen war. [...] Die BK ist den neuen Anforderungen gewachsen, muss aber auf allen Stufen mehr Zeit pro Fall aufwenden. Höhere Instanzen (Schiedsgericht, Eidgenössisches Versicherungsgericht) basieren auf den Sachverhaltserhebungen der BK und prüfen die Beschwerden «lediglich» in rechtlicher Hinsicht. Dass die BK auch weiterhin versucht, sorgfältig zu arbeiten, und damit teilweise eine längere Verfahrensdauer in Kauf nimmt, ist daher sinnvoll.» [1]

In anderen Kantonen sind die Kassen dazu übergegangen, ihre Fälle direkt dem Schiedsgericht gemäss Art. 89 KVG einzureichen, das diesfalls die massgebliche Kleinarbeit selbst erheben muss: Ist der statistisch teurer scheinende Arzt mit den Kollegen vergleichbar – oder hat er kränkere oder ältere Patienten, oder weist er sie weniger schnell anderen Kollegen zu oder ins Spital ein?

Wer auf der elektronischen Datenbank des *Eidgenössischen Versicherungsgerichts* [2] die Suchbegriffe «KVG» und «Wirtschaftlichkeit» eingibt, findet allein *seit dem Jahr 2000 vierzig (!) Entschiede* [3]. Und die Suche nach statistischen Überarztungsfällen (Suchbegriffe «Überarztung» und «KVG») führt seit 2000 zu nicht weniger als sechs höchstrichterlichen Urteilen [4].

### Schwachstelle statistische Auswertung

Von entscheidender Bedeutung für die Prüfung der sogenannten «Wirtschaftlichkeit» von Ärztinnen und Ärzten ist die Rechnungsstellerstatistik der Krankenversicherer. Die *Wettbewerbskommission* hat schon 1994 festgestellt, dass hier *Verbesserungen nötig* sind [5]. Doch auch die letzte bekannte Fassung dieser Statistik erfasst die vom Arzt veranlassten Kosten immer noch nach rein formalen Kriterien – und ist damit unbrauchbar.

Konkret werden die folgenden veranlassten Kosten dem Arzt zugerechnet: Einholen eines Konsiliums bei einem anderen Arzt; Einweisung zur ambulanten Spitalbehandlung; Veranlassung von Spitexleistungen.

Nicht ihm zugerechnet werden hingegen: Die Weiterweisung an einen anderen Arzt zur Übernahme der Behandlung; die Einweisung zur stationären Spitalbehandlung und die Einweisung ins Pflegeheim.

Zudem werden *Durchschnittsalter und Gesundheitszustand* der Patienten in der Statistik nicht berücksichtigt. Dafür müssen die paritätischen Kommissionen Ärzte-Kassen und die Gerichte *über den Daumen gepeilte Korrekturfaktoren* anwenden.

Es ist offensichtlich, dass mit dieser Zurechnungsmethode diejenigen Ärzte billig erscheinen, die erstens wenig chronischkranke Patienten betreuen und zweitens alle teuren Patienten den anderen Spezialisten zur Behandlung zuweisen oder hospitalisieren. Wer es nicht so macht, erscheint teuer.

Ein Beispiel: Der Präsident der Schweizerischen Gesellschaft der Vertrauensärzte, nebenamtlicher Vertrauensarzt einer Krankenkasse, arbeitet hauptamtlich als Grundversorger. Ausgerechnet er hat in der Helsana-Statistik einen Medikamentenindex von 170, welcher zum santésuisse-Index von 106 deutlich kontrastiert. Ist es Zufall, dass der Sechstel seiner Patienten, welche bei der Helsana versichert sind, einen Drittel seiner verordneten Medikamente erhalten? Die 3 Patienten mit den höchsten Medikamentenkosten: Zustand nach Nieren-/Pankreas-Transplantation, Fuchsbandwurm, metastasie-

rendes Prostata-Ca. Zudem ist das Durchschnittsalter der Helsana-Versicherten um 3 Jahre höher als der Durchschnitt aller Patienten.

Das Beispiel zeigt zweierlei: Einige wenige chronischkranke Patienten lassen einen Arzt teuer erscheinen. Und: Ein Rating aufgrund der Zahlen nur eines Versicherers führt zu einer statistisch noch höheren Fehlerquote.

Wenn schon die USA kopiert werden sollen, würde es der Schweiz wohl anstehen, auch bezüglich Wirtschaftlichkeitsstatistiken den Anschluss zu finden: «The Physician Payment Review Commission has suggested several guidelines for effective physician profiling. [...] *A successful profiling system defines an episode of care, accounts for severity of illness and comorbidities, and identifies all the resources used per episode of care.*» [6] – die bisherige Statistik von santésuisse erfüllt alle diese Kriterien nicht: Es werden keine Fälle gebildet (episodes of care), der Schweregrad der Krankheiten (severity of illness) wird nicht berücksichtigt, und es werden nicht alle Kosten (identify all resources) erfasst. Es ist dringend notwendig, sie – wie im TARMED vorgesehen – in echter Zusammenarbeit von Kassen und Ärzten zu verbessern.

### Fazit

Eine klare Aufforderung des Parlaments an die Tarifpartner zur gemeinsamen Verbesserung der Statistik, beispielsweise durch eine Revision von Art. 23 oder Art. 46KVG, wäre sinnvoll, um den paritätischen Kommissionen, den Schiedsgerichten und dem Eidgenössischen Versicherungsgericht endlich taugliche Hilfsmittel für die Untersuchung von Wirtschaftlichkeitsverfahren in die Hand zu geben.

### Abschaffung des Kontrahierungszwangs fördert das Abschieben von Chronischkranken

Die Krankenversicherer preisen die Aufhebung des Kontrahierungszwangs als Allheilmittel für die Gesundheitskosten an. Nur: Bereits das heutige KVG ermöglicht mit den Hausarztmodellen und HMO gemäss Art. 41 Abs. 5 die Auswahl der Leistungserbringer durch die Kassen. Rund 7% der Bevölkerung haben sich dafür entschieden.

Was ist denn der Unterschied zwischen dem bisherigen Gesetz und den Vorschlägen der Kassen und den Beschlüssen des Ständerats? Nach heutigem KVG können die *Versicherten* frei entscheiden, ob sie sich für ein Hausarztmodell oder eine HMO entscheiden oder ob sie unter Inkaufnahme einer höheren Prämie unter allen

kantonal zugelassenen Leistungserbringern auswählen können wollen. Weil niemand die Option Managed Care wählen muss, konnte der Staat faktisch auch darauf verzichten, einen teuren Kontrollapparat zur Kontrolle der Sicherstellung der Versorgung aufzuziehen.

Wenn die Ständeratslösung vom Nationalrat übernommen würde, hätte dies folgende Konsequenzen:

1. Die *Wahlfreiheit der Versicherten* im Rahmen der sozialen Grundversicherung wird *abgeschafft*: Sie können nicht mehr zwischen «alle zugelassenen Ärzte» (heutige normale Grundversicherung) und «Managed Care» wählen. Die bisher von rund 7% der Bevölkerung gewählte Lösung wird damit neu 100% der Bevölkerung aufgezwungen.
2. Die Versicherten, die die bisherige volle Grundversicherung weiterführen wollen, müssen eine Zusatzversicherung nach Privatversicherungsrecht abschliessen. *Alte und Kranke* – also die, die es nötig hätten – *können sich nicht versichern*. Garantiert man hingegen für eine Übergangsgeneration das Eintrittsrecht in diese Zusatzversicherung mit freier Arztwahl, ist man für sie letztlich wieder bei der heutigen KVG-Regelung mit der Option «alle Ärzte» – nur sind mangels Risikoausgleich die Prämien für diese Zusatzversicherung unbezahlbar [7].
3. Der *Kanton muss erhebliche Kosten aufwenden*, um die *bedürfnisgerechte Versorgung* zu definieren, an der die Managed-Care-Modelle der Versicherer zu messen sind, damit in jedem Modell die Versorgung sichergestellt bleibt.
4. Wenn jeder Versicherer andere Leistungserbringer auswählt, wird die Patientenbetreuung *chaotisch* und damit die Versorgungsqualität schlecht. Wenn hingegen mehrere grosse Versicherer eine gemeinsame Linie fahren, gibt es *jahrelange kartellrechtliche Streitigkeiten*. Aus Gründen der Effizienz und der Rechtsstaatlichkeit wäre diesfalls die direkte Auswahl der Leistungserbringer durch den demokratisch legitimierten Staat selbst vorzuziehen.
5. Freier Markt heisst aber vor allem *Risikoselektion*: Der Druck auf die Ärztinnen und Ärzte, chronischkranke Patienten diskret abzuwimmeln, um in der Statistik als «kostengünstiger Arzt» zu erscheinen und von der Kasse auf die Liste genommen zu werden, nimmt erheblich zu. Die Risikoselektion zwischen den Kassen ist schon schwierig genug in den Griff

zu bekommen. Verlagert sie sich aufgrund entsprechender gesetzlicher Anreize in die Arztpraxen, haben weder Gesundheitsdirektion noch Versicherungsgericht eine Chance, sie wirksam einzudämmen. Eine *unheilige Allianz von Arzt und Kasse gegen Chronischkranke* ist das Ende der sozialen Krankenversicherung.

#### Fazit

Die Krankenkassen sind für die Durchführung der einheitlichen sozialen Grundversicherung parastaatliche Organisationen, die eine Bundesaufgabe wahrnehmen. Rechtlich gesehen ist es ganz grundsätzlich ein heikles Unterfangen, im Rahmen einer sozialen Grundversicherung Wettbewerb vorzusehen.

Insbesondere ist aber bis heute kein einziges Argument erkennbar, weshalb es geeignet, erforderlich und verhältnismässig sein soll, die heutige Freiheit der Versicherten abzuschaffen, im *Rahmen der Grundversicherung* zwischen von der Kasse ausgewählten Ärzten (besondere Versicherungsformen gemäss Art. 41 Abs. 5) und der Versorgung durch alle zugelassenen Ärzte *wählen zu können*.

Der juristische Beobachter hat den Eindruck, dass vielerorts *nicht mehr erkannt* wird, *wie genial letztlich die im KVG von 1994 eingeführte Wahlfreiheit* von verschiedenen Versicherungsmodellen im Rahmen ein- und derselben Grundversicherung – unter Verankerung eines Risikoausgleichs zwischen den Versicherungsmodellen [8] – ist.

Die von den Kassen postulierte Abschaffung des Kontrahierungszwangs erscheint letztlich auch als bequemer Ausweg, um die heute untauglichen Statistik nicht verbessern zu müssen und Ärzte und Ärztinnen wegen behaupteter Unwirtschaftlichkeit ausschliessen zu können, ohne dass der Richter diesen Vorwurf auf seine Berechtigung hin überprüft.

#### Weitere verkannte Fragen: Vertrauensarzt, Case-Manager, Kostengutsprachen, Massnahmen bei unbegründeten Arztwechseln

##### Vertrauensarzt:

##### Expertenkommissionsbericht schubladisiert

Die Leistungskontrolle in der sozialen Krankenversicherung ist massgeblich davon abhängig, ob die Kassen ein gut funktionierendes System von kompetenten, richtig eingesetzten und nicht überlasteten Vertrauensärztinnen und Vertrauensärzten haben.

Art. 57 Abs. 8 KVG verlangt, dass Kassen und Ärzte die Datenbearbeitung, die Stellung und Weiterbildung des Vertrauensarztes in einem Vertrag regeln. Dieser Vertrauensarztvertrag konnte nach langen Verhandlungen per 1. Januar 2002 in Kraft gesetzt werden [9].

Im Hinblick auf ein optimales Funktionieren der Krankenversicherung sollte aber auch die *gesetzliche Regelung der Aufgabe und Funktion des Vertrauensarztes verbessert* werden. Die Bundesräte Koller und Dreifuss haben 1998 eine *Expertenkommission unter dem Vorsitz von Prof. Dr. iur. Thomas Geiser* eingesetzt mit dem Auftrag, gegebenenfalls konkrete Gesetzesänderungen vorzuschlagen. Die Kommission hat ihren Auftrag erfüllt. Sie widmet in ihrem Bericht von Oktober 2000 die Seiten 93 bis 139 (!) dem Vertrauensarzt. Und sie schlägt eine Reihe konkreter Gesetzesänderungen vor [10]:

Art. 57 Abs. 5 KVG soll wie folgt ergänzt werden:

Sie [die Vertrauensärzte] sind in ihrem Urteil unabhängig. *Sie entscheiden in medizinischen Fragen und über die Weitergabe von medizinischen Daten, welche ihnen von der versicherten Person oder vom Leistungserbringer mitgeteilt worden sind, für den Versicherer verbindlich.[...].*

Art. 84 KVG soll wie folgt ergänzt werden:

<sup>1</sup> *Die medizinischen Daten, welche der vertrauensärztliche Dienst von versicherten Personen oder Leistungserbringern erhalten hat, dürfen für statistische Zwecke und die allgemeine Wirtschaftlichkeitskontrolle der Leistungserbringer nur nach Anonymisierung oder Verschlüsselung weitergegeben werden.*

<sup>2</sup> *Die Versicherer müssen den Zugriff ihrer Organe und Angestellten auf die Daten der Versicherten klar und selektiv regeln sowie Bestimmungen über die Aufbewahrung der Daten aufstellen.*

Die Kommission hat zudem erkannt, dass das Funktionieren des vertrauensärztlichen Systems überprüfbar sein muss [11]. Sie schlägt deshalb vor, Art. 57 Abs. 8 KVG zu ergänzen. FMH und KSK sollen durch den Gesetzgeber beauftragt werden, «eine Rekursstelle [einzurichten], welche Streitigkeiten zwischen dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin und dem Versicherer über die Weitergabe von Personendaten *entscheidet und die Einhaltung des Datenschutzes beim vertrauensärztlichen Dienst überwachen kann*». Alternativ soll das KVG-Schiedsgericht gemäss Art. 89 mit dieser Aufgabe betraut werden können. Die Idee der paritätischen Kommission wurde nun im Vertrauensarztvertrag umgesetzt. Aber mangels gesetzlicher Regelung hat diese *keine Entscheidungskompetenz* [12].

Gerade im Zusammenhang mit der diskutierten Aufhebung des Kontrahierungszwangs ist zudem die *Schnittstelle zwischen Grundversicherung und Zusatzversicherung wichtig*. Auch dazu hat die Kommission einen Gesetzesvorschlag erarbeitet: Daten aus der Grund- und aus der Zusatzversicherung lassen sich «in der Praxis aber nicht auseinanderhalten. Die gleichen Informationen werden im konkreten Fall sowohl für die Basis- wie auch für die Zusatzversicherung gebraucht.» [13]. Die Kommission schlägt konsequenterweise vor, in Art. 57 Abs. 1a (neu) KVG (und sinngemäss in Art. 100 Abs. 4 VVG) zu ergänzen:

«Bietet ein Versicherer neben der sozialen Krankenversicherung nach diesem Gesetz auch Zusatzversicherungen oder betreibt er weitere Versicherungsarten, so finden die Bestimmungen über die Vertrauensärzte und -ärztinnen auch auf diese Versicherungen Anwendung. Schon für den Abschluss der Versicherung kann verlangt werden, dass die medizinischen Daten ausschliesslich dem vertrauensärztlichen Dienst zugänglich sind.»

#### Fazit

Es ist nicht bekannt, weshalb der Bundesrat diesen Bericht bisher nicht ins Parlament getragen hat. Die Vorschläge der bundesrätlichen Expertenkommission verdienen mehr als die Versenkung im Giftschränk, nämlich eine ernsthafte parlamentarische Beratung.

#### Steuerung mit Kostengutsprachen: wenn ja wie?

Ein weiteres Instrument ist die Verankerung der vorgängigen Kostengutsprache durch den Versicherer. Das Kostengutspracheprinzip ist bisher vorgeschrieben für die Verlängerung der Psychotherapie [14], für die Anordnung von mehr als 60 Stunden Spitem pro Quartal [15], für die Verlängerung der Ernährungsberatung [16] und für die Fortsetzung der Logopädie [17]. Das Departement des Inneren hat beschlossen, dass die Anwendungsfälle dieses Prinzips ausgedehnt werden sollen. So soll der Vertrauensarzt in Zukunft beispielsweise auch Knochenmarktransplantationen vorgängig bewilligen.

Bedenken weckt zunächst die vom EDI vorgesehene Ausweitung des Kostengutspracheprinzips auf spitzenmedizinische Behandlungen. Ob beispielsweise eine *Knochenmarktransplantation* im Einzelfall sinnvoll und notwendig ist oder nicht, darf doch nicht vom Vertrauensarzt am grünen Tisch entschieden werden. Dies müsste wenn schon Aufgabe einer *Ethikkommission* vor Ort sein – wobei man durchaus daran

denken könnte, neu auch einen Vertrauensarzt in die Kommission aufzunehmen.

Aus rechtlicher Sicht fällt zudem auf, dass das *Kostengutspracheprinzip* im Gesetz im KVG zwar ansatzweise erwähnt, aber seine Durchführung nicht konsequent geregelt ist: In Art. 58 Abs. 3 lit. a wird die vorgängige Zustimmung des Vertrauensarztes «vor der Durchführung bestimmter, namentlich besonders kostspieliger Diagnose- oder Behandlungsverfahren» vorgesehen. Es werden aber dafür *keine verbindlichen Fristen* gesetzt.

Und vor allem ist diese gesetzliche Regelung meilenweit weg von der Realität des Spitalalltags: Kostengutsprachen vor allen nicht notfallmässigen Spitalaufenthalten werden heute hunderttausendfach durch die Spitaladministration oder den Spitalarzt eingeholt und von der Versicherung erteilt oder verweigert.

Weil Kostengutsprachen vor Spital- und Rehabilitationsaufenthalten nicht gesetzlich vorgeschrieben sind, haben die *Versicherten bisher keinen Anspruch* darauf, dass die allfällige Verweigerung der Kostenübernahme aus medizinischen Gründen nur vom *Vertrauensarzt* und nicht von medizinisch weniger kompetenten Personen in der Administration entschieden werden kann. Dabei ist aus den Rehabilitationskliniken zu hören, dass die Kassen durchschnittlich die Hälfte aller Gesuche vorerst mal ablehnen, aber letztlich dann doch in 95 % aller Fälle bezahlen [18]. Dies kann nicht effizient sein: Entweder sind die initialen Verweigerungen unzulässig, oder es werden letztlich doch unnötige Aufenthalte bezahlt. Also liegt eine Schwachstelle vor. Eine Wirkungsstudie zum KVG wurde zu dieser Frage bisher nicht in Auftrag gegeben. Die Situation erinnert an die Verhältnisse in den USA, wo Patienten verzweifeln und Ärzte sich aufreiben, weil Untersuchungs- und Behandlungsvorschläge im Rahmen der sogenannten «utilization revue» gestützt auf intransparente interne Vorgaben von Versicherungspersonal abgelehnt werden, das weder die Qualifikation noch die berufliche Unabhängigkeit eines erfahrenen Vertrauensarztes hat. Kennzeichnend für die Verhältnisse in den USA ist, dass der Gesetzgeber vor Jahren zur Förderung von Managed-Care-Systemen eine haftpflichtrechtliche Immunität der Krankenversicherer verankert hat, die nun begrifflicherweise zunehmend unter Druck gekommen ist [19]. Welche Medizin und welches Haftpflichtsystem wollen wir in der Schweiz?

#### **Case-Manager statt erfahrener Vertrauensarzt?**

In letzter Zeit wird ein weiteres amerikanisches System in die Schweiz importiert: Der im Spital

selbst tätige Case-Manager des Versicherers. Diese Funktion kommt im KVG nicht vor. Wie soll die Kompetenz- und Aufgabenteilung zwischen Case-Managerin und Vertrauensarzt geregelt werden? Die «Kommission Geiser» hat auch zum Thema Kostengutsprachen Überlegungen angestellt: «Die Kostengutsprachen [...] haben nur dann einen Sinn, wenn der Versicherer sie in Kenntnis der Sachlage gewährt. Nach Ansicht der Kommission sind in diesen Fällen detaillierte Indikationen oder Diagnosen unerlässlich.» [20] Dies heisst im Klartext: *Kostengutsprache* gehören ausschliesslich in die Hand des *Vertrauensarztes*, weil es seine Aufgabe ist, abschliessend den Kassenstandpunkt zu definieren zur Frage, ob die Untersuchung oder Behandlung medizinisch sinnvoll sei. Und damit sind wir beim Vorschlag der Kommission zu Art. 57 Abs. 5 KVG, nämlich dass der Vertrauensarzt «in medizinischen Fragen und über die Weitergabe von medizinischen Daten, welche ihnen von der versicherten Person oder vom Leistungserbringer mitgeteilt worden sind, für den Versicherer verbindlich entscheiden» soll.

#### **Fazit**

Es ist den Patienten der obligatorischen Krankenversicherung zu wünschen, dass sich das Parlament der Thematik «Kostengutspracheverfahren» vor Spital- und Rehabilitationsaufenthalten annimmt – und damit amerikanischen Zuständen in der Schweiz vorbeugt.

Dabei sollte sich der Gesetzgeber auch explizit zur Rolle des Case-Managers gegenüber denjenigen des Vertrauensarztes äussern.

Es dürfte schliesslich angezeigt sein, dass der Gesetzgeber heute auch der Frage nachgeht, ob die allfällige fehlerhafte Verweigerung einer Kostengutsprache zur *haftungsrechtlichen Gleichstellung des Versicherers bzw. seines Vertrauensarztes mit dem behandelnden Arzt* führen muss. Ist nicht auch eine zu Unrecht verweigerte Kostengutsprache wie ein gewöhnlicher Haftpflichtfall zu untersuchen, der gegebenenfalls zu Schadenersatz- und Genugtuungsansprüchen des Patienten führt? Heute ist offen, ob und nach welchen gesetzlichen Bestimmungen die Krankenversicherer für zu Unrecht verweigerte Behandlungen haften müssten oder müssen. Da sie für die Durchführung der Grundversicherung ausgelagerte Bundesverwaltung sind, gilt wohl das Haftungsrecht, das für den Bund selbst anwendbar ist. Aber ist dies praktikabel? Dies würde ja unter anderem bedeuten, dass der Versicherte Haftpflichtansprüche gegen die Kasse zunächst dem Eidgenössischen Finanzdepartement vorlegen müsste. Und es wäre nicht derselbe Richter zu-

ständig wie für die je nach Fall parallel einzureichende Klage gegen den behandelnden Arzt oder das Spital.

#### **Unnötige Arztwechsel –**

##### **Massnahmen der Versicherer?**

Wenn Patienten ihre Ärzte unnötig oft wechseln, kann keine sichere und kostengünstige Versorgung organisiert werden. Der Leiter des medizinischen Dienstes einer grossen Kasse schlug deshalb vor, auffällig oft den Arzt wechselnde Versicherte aufzufordern, ihre Gründe der Kasse kurz schriftlich darzulegen [21]. Dies würde nach seiner Einschätzung erstens präventiv gegen unnötige Arztwechsel wirken, und zweitens würde man so auch allfällige Problemärzte er-

kennen. Der Versicherer wollte aber von dieser Massnahme nichts wissen. Das KVG erlaube das nicht, und überhaupt ...

Nur relativ wenige Prozent der Versicherten nützen das System durch unnötige Arztwechsel aus. Dasselbe gilt aber auch für die Ärztinnen und Ärzte: Nur wenige Prozent veranlassen zu viele Untersuchungen und Behandlungen. Es ist deshalb sinnvoll, auf beiden Seiten aktiv zu werden.

#### **Fazit**

Auch zu dieser Frage ist eine klare Stellungnahme des Parlaments wünschbar, damit die Versicherer den Mut fassen, ihren Versicherten bei auffallend häufigen Arztwechseln kritische Rückfragen zu stellen.

## Literatur

- 1 Reck R. Blaue Kommission. Jahresbericht der Ärztesgesellschaft des Kt. Zürich für 1996.
- 2 <http://www.bger.ch> bzw. direkt <http://www.bger.ch/german/Jurisdiction/nav.cfm?language=german&area=Jurisdiction&theme=system&page=aza&MaskID=220&id=380>.
- 3 Beispielsweise: Entscheide vom 21. Dezember 2001 betreffend Heilbadanerkennung; vom 22. Dezember 2000 betreffend Bezahlung des Medikaments Taxol und Beiträge an Mahlzeiten; vom 4. Juli 2001 betreffend verweigerte Kostengutsprache zur Miete von Insulinpumpen bei Diabetes; vom 10. Dezember 2001 und vom 25. Juni 2001 betreffend umstrittener Kantonsbeiträge für ausserkantonale Behandlung; vom 27. September 2000 betreffend verweigerter Kostengutsprache für stationäre Rehabilitation bei chronischem Asthma zur Neueinstellung der Medikamente und für Physiotherapie und Diät; vom 25. September 2000 bei operativer Korrektur bei Brustasymmetrie; vom 5. Oktober 2000 bei umstrittenem Ausmass von Spitexleistungen bei schwerer zerebraler Parese mit Tetraspastik, choreostatisch-athetotischen Bewegungen der Extremitäten und des Kopfes sowie einer Störung der Sprachmotorik; vom 5. November 2001 wegen Sauerstofflangzeittherapie mit Flüssigsauerstoff bei globaler respiratorischer Insuffizienz, chronisch obstruktiver Lungenkrankheit und dekompensiertem Cor pulmonale (Patient verstorben); vom 22. September 2000 zum umstrittenen Ausmass von Spitexleistungen bei Myatonia congenita mit Tetraparese; usw.
- 4 In der Reihenfolge des Suchresultats: Entscheide vom 16. Februar 2000 – Rückzahlungsforderung von Fr. 99 980.30 von Vorinstanz erneut zu prüfen wegen nicht konsistenter Beurteilungskriterien des einzigen Augenarztes im Kanton; 11. Oktober 2001 – Streit um Gerichtssprache bei einer Rückforderungsklage; 27. November 2001; 30. Juli 2001 – Rückweisung an Vorinstanz zur erneuten Prüfung der Rückforderungsklage der Kassen von Fr. 135 803.50 wegen nicht konsistenter Berücksichtigung der überdurchschnittlich häufigen psychiatrischen Behandlungen durch den Grundversorger; 25. Mai 2000 – Rückforderungsklage gegen Internist über Fr. 132 617.10; Rückweisung an Vorinstanz wegen umstrittener Unbefangenheit eines Mitglied des Zürcher Schiedsgerichts und wegen umstrittener Verfahrenskostenaufteilung; 29. Juni 2001 – Rückforderungsklage gegen Allgemeinmediziner über Fr. 199 952.20, gutgeheissen im Umfang von Fr. 112 721.10 (Bestätigung des Entscheid der Vorinstanz).
- 5 VKKP 5/1994, S. 18.
- 6 Kongstvedt PR. Essentials of Managed Health Care. 2nd edition. Maryland: Aspen Publishers; 1997.
- 7 Im heutigen Recht verlangt KVG 62 Abs. 3 einen Ausgleich der effektiven Risiken zwischen den Versicherungsmodellen mit allen zugelassenen Ärzten und den Hausarztmodellen bzw. HMO. Solange beide Versicherungsmodelle Teil der Grundversicherung sind, liegt dies auf der Hand. Es ist aber nicht erkennbar, wie der Gesetzgeber diesen Risikoausgleich künftig noch vorsehen könnte, wenn die Option «alle zugelassenen Ärzte» (also die heutige normale Grundversicherung) ins Privatversicherungsrecht verwiesen würde.
- 8 Art. 62 Abs. 3 KVG.
- 9 Vertrauensarztvertrag, Text einsehbar unter [www.fmh.ch](http://www.fmh.ch); Recht; Artikel.
- 10 Expertenkommission «Persönlichkeitsschutz in der sozialen und privaten Kranken und Unfallversicherung». Ihr Bericht wurde im März 2001 veröffentlicht. Er ist bei der EDMZ unter der Bestellnummer 318.010.7/01d 3.01 660 erhältlich. Adresse: BBI/EDMZ, 3003 Bern, [www.admin.ch/edmoz](http://www.admin.ch/edmoz).
- 11 Bericht [10], S. 133.
- 12 Die Kommission schlägt bewusst vor, dass diese Rekursstelle – im Unterschied zu den bisherigen paritätischen Kommissionen – erstinstanzlich entscheiden soll und nicht nur Vermittlungsvorschläge zu unterbreiten hat. Sie erhält so das notwendige Gewicht und kann durch ihre Tätigkeit die Gerichte entlasten.
- 13 Bericht [10], S. 101.
- 14 Art. 3 KLV, SR 832.112.31.
- 15 Art. 8a Abs. 3 KLV.
- 16 Art. 9b Abs. 3 KLV.
- 17 Art. 11 Abs. 3 KLV.
- 18 Persönliche Mitteilung Dr. Spring, Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation, an den Autor, April 2002. Bestätigt von Chefärzten aus Heiligenschwendli und Valens.
- 19 Die sogenannte ERISA-Klausel des US-Kongresses.
- 20 Bericht [10], S. 30.
- 21 Persönliche Mitteilung an den Autor, Sommer 2002.