



---

## **Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes Stellungnahme der Eidgenössischen Kommission für Konsumentenfragen**

Die Eidgenössische Kommission für Konsumentenfragen hat Kenntnis vom Gesetzespaket 1 genommen, welches die Strategie zur Reform der Krankenversicherung umsetzt. Die Kommission nimmt im Folgenden eingehender zu den im Paket enthaltenen Projekten Stellung. Die Position gibt die Meinung der Mehrheit der Kommission wieder.

### **Versichertenkarte**

Die Kommission hat zur Kenntnis genommen, dass das Paket im Grundsatz das aktuelle System konsolidiert, bis neue Lösungen umgesetzt werden. Die Kommission begrüsst die Innovationen, welche die Versichertenkarte und die Bestimmungen betreffend die Rechnungslegung der Krankenversicherer darstellen. Sie verlangt dennoch, dass bei der Einführung der Versichertenkarte die Bestimmungen des Datenschutzes strikte eingehalten werden, da die aufgenommenen Daten sensible Informationen enthalten. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, dass der Kreis der Personen, welche in diese Informationen Einsicht haben können, präzise eingeschränkt wird, damit Dritte nicht in den Besitz dieser Daten gelangen können. Es ist auch wichtig, dass nicht nur der technische Standard, sondern auch der Inhalt der Versichertenkarte vom Bundesrat festgelegt wird.

### **Vertragsfreiheit**

Die Kommission verlangt, dass nicht auf dieses Projekt eingegangen wird. Darin wird vorgesehen, im ambulanten Bereich die Vertragsfreiheit einzuführen. Die Position der Kommission ergibt sich aus folgenden Gründen:

#### a) Politische Machbarkeit

Alle Umfragen zeigen, dass die Versicherten absolut an ihrer freien Arztwahl festhalten. Es ist dieser Wille, welcher zu einem guten Teil den schwachen Erfolg von „Hausarztmodellen“ erklärt. Falls dieses Projekt vom Parlament angenommen wird, scheint ein Referendum praktisch unvermeidbar und hätte vor dem Volk gute Chancen.

#### b) Ein viel zu umfassendes Projekt

Dieses Projekt betrifft alle Leistungserbringer im ambulanten Bereich. Im Vergleich zum anvisierten Ziel, in welchem es darum geht, dem medizinischen Überverbrauch einerseits und den exzessiven Honoraren andererseits entgegenzuwirken, gibt es keinen Grund, das Projekt auf weitere Leistungserbringer wie die Drogisten, die Physiotherapeuten, Leistungserbringer in der Pflege zu Hause etc. auszuweiten. Diese Leistungserbringer in der Pflege werden tatsächlich durch Ärzte aufgeboten. Was die Apotheker betrifft, existiert schon eine quasi-automatische Regulierung, da eine zu grosse Apothekendichte an einem gegebenen Ort zu Nichtrentabilität führt. Der Faktor der von der obligatorischen Versicherung zu tragenden Kosten hängt zudem hauptsächlich vom Preis der Medikamente ab. Aus bekannten Gründen ist dieser in der Schweiz oft exzessiv.

#### c) Vertragsfreiheit und freier Wettbewerb

Das Projekt scheint sich auf die klassische ökonomische Doktrin des freien Wettbewerbs abzustützen: Dank einem freieren Markt würde der „medizinische Konsument“ (Patient) automatisch das beste Angebot in bezug auf Preis und Leistung vorziehen. Diese Annahme trifft sicher bei einfachen Leistungen zu, bei welchen der Konsument tatsächlich – alleine

oder sich auf spezialisierte Publikationen, z.B. in vergleichenden Tests, abstützend – die verschiedenen Angebote vergleichen kann. Dies funktioniert aber nicht für die Medizin:

- es gibt keine Transparenz im Angebot, insbesondere in bezug auf die „Qualität“ dieses oder jenes Arztes;
- die Beziehung zwischen dem Patienten und dem Arzt beruht auf dem Vertrauen. Dies ist ein oft irrationaler und ungreifbarer Faktor;
- es handelt sich dabei um eine Beziehung, die von Dauer ist.

Dadurch sind die fundamentalen Bedingungen für einen freien Markt, d.h. die Transparenz des Angebots und die Freiheit für den Leistungserwerber, jederzeit zu einem anderen Leistungserbringer zu wechseln, im Bereich der ambulanten Medizin nicht gegeben.

- d) Der „Konsument muss gleichzeitig auf zwei Märkten aktiv sein, d.h. bei der ambulanten Medizin und der Krankenversicherung.

In der Praxis erschwert diese doppelte Funktion von Patient auf der einen Seite und Versichertem auf der anderen Seite das gute Funktionieren des Wettbewerbs, resp. macht dies sogar unmöglich. Denn der „Kauf“ findet nicht zur gleichen Zeit statt. Zur Veranschaulichung dient folgende These: Der Abschluss des Versicherungsvertrages finde am 1. Januar statt, die Konsultation des Arztes jedoch im Verlauf des Jahres. Das Projekt geht implizit davon aus, dass der Versicherte in bezug auf die Arztwahl der Wahl des Versicherers Vorzug geben wird. Dies indem der Versicherte sich zum Zeitpunkt des Abschlusses des Versicherungsvertrages erkundigt, ob sein Arzt einen Vertrag mit der entsprechenden Versicherung eingegangen ist. Dies ist nur möglich, wenn man zum Zeitpunkt der Wahl des Versicherers schon einen „Vertrauensarzt“ hat; dies ist allerdings längst nicht bei allen Versicherungsnehmern der Fall. Doch selbst wenn man annimmt, dass das entscheidende Kriterium um sich bei einem bestimmten Versicherer zu versichern, schlicht und einfach die Länge der Liste der Vertragsärzte sei, werden damit alle anderen Kriterien für einen Wettbewerb ausser Acht gelassen (die Prämien, vernünftige Kosten für das Funktionieren, die Effizienz des Versicherers bei der Behandlung der Fälle, die Fristen bei der Rückerstattung etc.). Indem man den Vertragszwang abschafft, verzichtet man schliesslich auf die positiven Auswirkungen, welche man sich vom Wettbewerb zwischen den Versicherern versprach.

- e) Einführung legaler Kartelle

Obwohl festgehalten wird, dass die Bestimmungen des Kartellgesetzes eingehalten werden sollen, rechtfertigt das Projekt im Voraus Kartelle und Missbräuche von marktbeherrschenden Stellungen, indem es einigen Versicherern die masslose Macht bietet, ohne jegliche demokratische Legitimation, Ärzte anzunehmen oder abzulehnen. Denn das Projekt legt dazu keine Kriterien (ausser den Quantitativen) fest. Dies ist ein Zeichen von Willkür, umso mehr als die Ärzte, welche keine Verträge erhalten haben, keine Rekursmöglichkeiten haben. Dieses Fehlen eines Rekursrechtes für Ärzte und Patienten stellt zudem eine unzulässige Beeinträchtigung ihrer Grundrechte dar. Zudem entspricht das für die Ärzte einer ebenso schwerwiegenden Einschränkung ihrer Wirtschaftsfreiheit. Man kann die Kosten in der ambulanten Medizin nicht in den Griff bekommen, indem man diesen Bereich freiwillig kartellisiert.

- f) Abschaffung der freien Wahl des Arztes und der Versicherung

Die Aufhebung des Vertragszwanges kommt einer definitiven Einschränkung des Versicherungsnehmers gleich, sowohl in bezug auf den Arzt als auch in bezug auf den Versicherer. Wenn der Versicherte nämlich bei seiner Versicherung bleiben möchte, diese aber vertraglich nur an gewisse Ärzte gebunden ist, so muss er einen dieser Ärzte wählen,

auch wenn er bei seinem aktuellen Arzt, mit dem er ein Vertrauensverhältnis aufgebaut hat und/oder der geographisch in seiner Nähe ist, bleiben möchte. Es kann aber auch sein, dass der Versicherte bei seinem Arzt bleiben möchte, dieser vertraglich aber nur an gewisse Versicherungen gebunden ist. In diesem Fall muss der Versicherte eine dieser Versicherungen wählen, auch wenn deren Prämien weniger vorteilhaft sind als diejenigen des aktuellen Versicherers. Das vorgeschlagene System verhindert definitiv, dass der Versicherte seinen Arzt oder seine Versicherung nach Kriterien auswählen kann, die ihm wichtig sind. Dazu gehören z.B. die auf Vertrauen basierende Beziehung zum Arzt und/oder dessen geographische Nähe oder die geringe Höhe der Prämien der Versicherung.

g) Ende der Kostenspirale für Versicherte?

Die Kommission fragt sich, wie und in welchem Ausmass die Vertragsfreiheit es erlauben wird, die Entwicklung der Kosten zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in den Griff zu bekommen.

Sie stellt dagegen fest, dass die Einführung der Vertragsfreiheit neue Kosten für den Versicherten zur Folge haben wird. Die Zunahme an administrativer Arbeit, welche die Umsetzung des Systems sowohl für die Bundesbehörden als auch für die Kantone und die Versicherer haben wird, werden gezwungenermassen Auswirkungen auf die von den Versicherten zu zahlenden Kosten haben. Dazu kommen mögliche Prämien erhöhungen, welche dem Versicherungsnehmer auferlegt werden, wenn er von der Versicherung mit den vorteilhaftesten Prämien zu der Versicherung wechselt, welche es ihm ermöglicht, bei seinem Vertrauensarzt zu bleiben. Zudem bleibt auch noch die Hypothese, dass der Versicherte sowohl die Dienste eines Generalisten und eines Spezialisten beansprucht. Falls aber nur der Generalist in der Liste der Krankenversicherung aufgeführt ist, bei welcher der Versicherte beigetreten ist, dann muss letzterer auch noch die gesamten Kosten für den Spezialisten übernehmen.

### **Kostenbeteiligung**

Die Kommission verlangt, dass dieses Projekt nicht weiter verfolgt wird. Das Projekt sieht vor, den Selbstbehalt von 10 auf 20 Prozent zu erhöhen.

Auf der einen Seite wird das Projekt eine neue Erhöhung der Gesundheitskosten zu Lasten der Versicherten mit sich bringen. Seit der Einführung des KVG sind die von den Versicherten zu tragenden Kosten jedoch ständig gestiegen. Dadurch wurden sie für eine grosse Mehrheit der Versicherten finanziell untragbar.

Auf der anderen Seite ist es fraglich, ob die Verdoppelung des Selbstbehaltes den entscheidenden Anreiz liefern wird: Die Verdoppelung des Selbstbehaltes wird bei den Versicherten wirkungslos bleiben, welche aufgrund eines medizinischen Überkonsums die jährliche Limite von 700 Franken bei Erwachsenen oder 350 Franken bei Kindern überschreiten. Dagegen werden diejenigen Versicherten zusätzliche finanziell belastet, welche sich Mühe geben, ihre Ansprüche auf medizinische Leistungen in Grenzen zu halten oder welche sich aus finanziellen Gründen keine medizinischen Leistungen mehr erlauben können.

EIDGENÖSSISCHE KOMMISSION FÜR KONSUMENTENFRAGEN  
(Originaltext auf Französisch)