



*Bundesamt für Sozialversicherung  
Office fédéral des assurances sociales  
Ufficio federale delle assicurazioni sociali  
Uffizi federal da las assicuranzas socialas*

*Wirkungsanalyse KVG  
Praxis der Versicherer bei  
der Vergütung von Leistungen  
nach KVG*

Forschungsbericht Nr. 12/01

**BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT**

Das Bundesamt für Sozialversicherung veröffentlicht in seiner Reihe "Beiträge zur Sozialen Sicherheit" konzeptionelle Arbeiten und Forschungsbereiche zu aktuellen Themen im Bereich der Sozialen Sicherheit, die damit einem breiten Publikum zugänglich gemacht und zur Diskussion gestellt werden sollen. Die präsentierten Analysen geben nicht notwendigerweise die Meinung des Bundesamtes für Sozialversicherung wieder.

**Autoren:** Daniel Hornung, Thomas Röthlisberger, Adrian Stiefel  
HORNUNG Wirtschafts- und Sozialstudien  
Konsumstrasse 20  
3007 Bern  
E-mail: [daniel.hornung@hornung-studien.ch](mailto:daniel.hornung@hornung-studien.ch)

**Auskünfte:** Daniel Wiedmer  
Bundesamt für Gesundheit  
Effingerstrasse 20  
3003 Bern  
Tel. 031 324 07 37  
E-mail: [daniel.wiedmer@bag.admin.ch](mailto:daniel.wiedmer@bag.admin.ch)

**ISBN:** 3-905340-38-0

**Copyright:** Bundesamt für Sozialversicherung  
CH-3003 Bern

Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung – unter Quellenangabe und Zustellung eines Belegexemplares an das Bundesamt für Sozialversicherung gestattet.

**Vertrieb:** BBL, Vertrieb Publikationen, CH - 3003 Bern  
<http://www.bbl.admin.ch/bundespublikationen>

**Bestellnummer:** [318.010.12/01 d](#)

# **Wirkungsanalyse KVG: Praxis der Versicherer bei der Vergütung von Leistungen nach KVG**

**Im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherung**

**Daniel Hornung  
Thomas Röthlisberger  
Adrian Stiefel**

Mayweg 4, 3007 Bern  
Tel. 031 372 42 72, Fax 031 371 38 35  
dhornung@swissonline.ch

**Bern, Oktober 2001**

## **Vorwort des Bundesamtes für Sozialversicherung**

Mit dem Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) 1996 wurde der Leistungsumfang in der Grundversicherung vereinheitlicht. Das Prinzip, wonach alle Versicherer dieselbe Leistungspalette anbieten, schafft Transparenz und Vergleichsmöglichkeiten für die Versicherten und die Aufsichtsbehörden. Zusammen mit dem Recht auf volle Freizügigkeit im Rahmen der Grundversicherung, werden die Versicherten grundsätzlich in die Lage versetzt, sich "souverän" auf dem Markt für einen Versicherer zu entscheiden.

Dem hier erläuterten Prinzip steht allerdings entgegen, dass sich offenbar viele Versicherte von den Versicherern ungleich behandelt fühlen. Es wird moniert, die Versicherer verfolgten unterschiedliche Praktiken der Vergütung. Träfe dies zu, widerspräche diese Praxis sicher den Prinzipien des KVG. Gemäss den Aussagen von Versicherten- und Patient/innenorganisationen, die sich auch mit den Erfahrungen des Ombudsmans decken, sind Anfragen zu diesen Problemen relativ häufig und stellen ein ernsthaftes Phänomen dar.

Nach Einschätzung des BSV, das ebenfalls mit vielen Anfragen von Versicherten konfrontiert ist, hat die Verunsicherung eines Teils der Versicherten über eine angebliche Ungleichbehandlung verschiedene Ursachen. Sie reichen von Informationsdefiziten (seitens der Versicherten selbst oder des Leistungserbringers, gelegentlich auch des Versicherers) über die Existenz von Ermessensspielräumen bis zu Unterschieden in den Kontrollpraktiken der Versicherer. Um den beklagten Phänomenen und ihren Hintergründen genauer auf die Spur zu kommen, hat das BSV die vorliegende Analyse erstellen lassen.

Die Studie erschliesst ein plastisches Bild der Situation, indem es die Perspektiven der verschiedenen beteiligten Akteure einholt und sie einander gegenüberstellt: Als Hauptursachen von Vergütungsproblemen nennt die Studie einige Vollzugs-, vor allem aber auch Informationsprobleme. Die Aussagen der Befragten stimmen weitgehend darin überein, dass Vergütungsprobleme häufig sind, aber im Vergleich zur Gesamtzahl aller Leistungsabrechnungen nicht so stark ins Gewicht fallen. Die Bedeutung des Themas lässt sich jedoch nicht allein quantitativ erfassen, sondern es gilt auch die Bedeutung zu berücksichtigen, die solche Probleme im Einzelfall für Betroffene haben können. Es ist deshalb angezeigt, den Unsicherheitsbereich so weit wie möglich zu reduzieren. Die Studie macht dazu etliche Vorschläge.

Das BSV prüft die Empfehlungen der Autoren. Zur Zeit ist ein Projekt zur Optimierung der Versicherteninformation in Arbeit, in welchem einerseits die Informationsdefizite erfasst werden und andererseits neue und ergänzende Instrumente wie der Aufbau einer Fachstelle Versichertenanfragen, der Ausbau des Beratungsangebotes im Internet (BSV-Homepage) und die Lancierung einer Sozial Marketing Kampagne evaluiert werden. Auf der Vollzugsebene werden laufend Vereinfachungen und Massnahmen zur Erhöhung der Transparenz vorgenommen. Zur Beschleunigung der Verfahren bei der Zulassung neuer Leistungen oder Arzneimittel trägt die erhöhte Tagungsfrequenz der das BSV beratenden Kommissionen bei, wodurch die Verfahren verkürzt werden konnten. Allerdings sind einer generellen Beschleunigung dieser Verfahren Grenzen gesetzt, da die Sicherheit der Patienten/innen und die Kosten im Verhältnis zum Nutzen eingehend geprüft werden müssen.

Martin Wicki, Projektleiter  
Fachdienst Wirtschaft Grundlagen Forschung

## Avant-propos de l'Office fédéral des assurances sociales

L'entrée en vigueur de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) a permis d'uniformiser l'étendue des prestations comprises dans l'assurance de base, en obligeant tous les assureurs à offrir la même palette de prestations. Ce principe, pour les assurés et les autorités de surveillance, garantit la transparence et rend la comparaison possible. Avec le droit au libre passage dans l'assurance de base, les assurés peuvent désormais opter « souverainement » pour l'un des assureurs présents sur le marché.

Malgré le principe énoncé ci-dessus, de nombreux assurés ont visiblement l'impression d'être victimes de discrimination de la part des assureurs. Selon eux, ces derniers auraient des pratiques différentes en matière de remboursement, ce qui serait en contradiction avec les principes de la LAMal. Si l'on en juge d'après les remarques des organisations d'assurés et de patients, qui corroborent l'expérience de l'ombudsman, il s'agirait d'un phénomène sérieux qui suscite assez fréquemment des questions de la part des assurés.

Selon les observations de l'OFAS, qui est également confronté aux nombreuses questions des assurés, les raisons de l'incertitude souvent exprimée par ces derniers à propos d'une prétendue inégalité de traitement sont multiples, allant du manque d'information (du côté des assurés eux-mêmes ou bien des fournisseurs de prestations, parfois aussi des assureurs) aux différences observées dans les contrôles des assureurs, en passant par l'existence de certaines marges d'appréciation. L'OFAS a fait procéder à la présente analyse afin d'étudier de plus près cette situation et de trouver les raisons de l'insatisfaction.

L'étude, qui prend en compte les points de vue des différents acteurs concernés et les confronte, donne un tableau parlant de la situation. Certaines difficultés d'application, mais surtout des carences en matière d'information, constituent les principales explications des problèmes de remboursement. Aux dires des personnes interrogées, ces problèmes seraient fréquents ; cependant, par rapport au nombre total de décomptes de prestations, ils sont relativement mineurs. Mais il ne faut pas s'en tenir à l'aspect quantitatif, car leurs conséquences peuvent être graves pour certaines personnes. C'est pourquoi il paraît judicieux d'éliminer autant que possible les causes de ces incertitudes. L'étude présente un certain nombre de propositions dans ce sens.

L'OFAS examine les conseils des auteurs. Un projet visant à optimiser les informations des assurés est déjà en cours. Il a pour objet, d'une part, d'identifier le déficit d'information, d'autre part d'évaluer les potentialités d'instruments, nouveaux ou existants, tels qu'un Service d'information des assurés, le développement de l'offre de consultation via internet (site de l'OFAS) et le lancement d'une campagne de marketing social. Au niveau de l'application, l'office cherche en permanence à introduire des simplifications et des mesures visant à améliorer la transparence. Les différentes commissions consultatives de l'OFAS se rencontrent plus fréquemment pour des journées de travail, ce qui contribue à accélérer l'admission de nouvelles prestations ou de nouveaux médicaments et raccourcit ainsi la durée des procédures. Il y a cependant des limites à cette accélération des procédures, car d'autres éléments, tels que la sécurité des patients entrent en jeu et nécessitent une réflexion approfondie sur le rapport coût-utilité convenable.

Martin Wicki

Service spécialisé Economie, questions fondamentales et recherche

## **Premessa dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali**

L'entrata in vigore della legge sull'assicurazione malattie (LAMal) nel 1996 ha consentito di uniformare il volume delle prestazioni dell'assicurazione di base. Il principio secondo il quale tutti gli assicuratori offrono lo stesso ventaglio di prestazioni dà maggiore trasparenza e possibilità di confronto agli assicurati e alle autorità di vigilanza. Avvalendosi anche del diritto al libero passaggio nell'ambito dell'assicurazione di base, gli assicurati sono ora in grado di scegliere "liberamente" sul mercato l'assicuratore cui desiderano affidarsi.

Tuttavia, al principio summenzionato si contrappone il fatto che manifestamente numerosi assicurati non si sentono trattati allo stesso modo dai vari assicuratori. Viene criticata l'adozione di pratiche diverse da parte degli assicuratori. Qualora questa prassi fosse fondata, sarebbe certamente contraria ai principi della LAMal. Stando alle affermazioni di organizzazioni dei pazienti e degli assicurati, che trovano conferma nelle esperienze dell'ombudsman, le richieste d'informazioni in merito sono relativamente frequenti e rappresentano un fenomeno da prendere sul serio.

L'UFAS, anch'esso sollecitato da ripetute richieste di informazioni da parte degli assicurati, ritiene che il sentimento di insicurezza di una parte degli assicurati riguardo alla disparità di trattamento sia riconducibile a vari fattori. Tra questi annoveriamo un'informazione carente (degli assicurati stessi e dei fornitori di prestazioni, ma in parte anche degli assicuratori), l'esistenza di margini di valutazione e differenze nelle prassi di controllo adottate dagli assicuratori. L'UFAS ha ordinato la presente analisi per meglio delineare il fenomeno nel suo contesto.

Lo studio presenta un quadro plastico della situazione, mettendo a confronto le prospettive dei vari soggetti interessati. Le questioni principali legate alla remunerazione delle prestazioni sono dovute anche a problemi di esecuzione, ma in primo luogo a problemi di informazione. Le risposte degli interpellati indicano chiaramente che i problemi di remunerazione sorgono frequentemente, ma che hanno un'incidenza relativa tenuto conto del numero complessivo dei conteggi delle prestazioni. Non si può però considerare l'importanza del tema soltanto dal punto di vista quantitativo, ma è necessario tener conto anche dell'incidenza che problemi di questo tipo possono avere sui singoli interessati. È quindi opportuno ridurre il più possibile il sentimento di insicurezza. Lo studio avanza alcune proposte.

L'UFAS esamina le raccomandazioni degli autori. È attualmente in elaborazione un progetto di ottimizzazione dell'informazione destinata agli assicurati, in cui vengono rilevate le lacune dell'informazione e valutati nuovi strumenti complementari quali la creazione di un'unità specializzata Domande degli assicurati, l'ampliamento dell'offerta di consulenza su internet (homepage dell'UFAS) e il lancio di una campagna di marketing sociale. A livello di esecuzione si procede costantemente a snellimenti di procedura e all'adozione di provvedimenti volti a una maggiore trasparenza. Organizzando più frequentemente sedute delle commissioni consultive dell'UFAS si può contribuire ad accelerare, abbreviandole, le procedure in caso di ammissione di nuovi farmaci o prestazioni. Ciononostante l'acceleramento di queste procedure è limitata in quanto la sicurezza dei pazienti e il rapporto tra costi e vantaggi devono essere esaminati in modo approfondito.

Martin Wicki, capoprogetto

Servizio specializzato economia, questioni fondamentali e ricerca

## Foreword by the Federal Office for Social Insurance

One of the aims of current Swiss health insurance legislation (Krankenversicherungsgesetz KVG), in force as of 1996, was to establish a more uniform footing for basic health insurance. The principle that all insurers should reimburse a uniform range of health care services contributed to greater transparency, and made it easier for both the insured and the supervisory authorities to compare insurance offers. Together with the right to switch one's insurer at will (Freizügigkeit), it enables policyholders to play the market and pick the insurance company that is best for them.

In fact, many policyholders apparently feel that they are being inequitably treated by the insurance industry, a situation that seemingly belies the principle presented above. A frequent criticism is that different insurers pursue different reimbursement policies, an accusation that – if proven true - would certainly contradict the principles of the KVG. Since both patient organisations and the Ombudsman confirm that such complaints crop up quite often, they are not to be treated lightly.

According to the Federal Office for Social Insurance, which also has to deal with many queries from policyholders, the insured feel threatened by purportedly inequitable treatment for a number of reasons. One is insufficient information, a complaint voiced not only by policyholders or service providers, but sometimes even by insurers. Discretionary assessment by insurers of what services they have to cover, and different controls implemented by them, are quoted as further reasons. The Office commissioned the present study in order to shed some light on this phenomenon and what may lie behind it.

The study draws a lively picture of the situation by presenting the viewpoints of the various players involved, and confronting them with each other. It concludes that the principal reimbursement problems arise from certain difficulties in implementing the law, as well as from information gaps. The interviewees largely agree that although reimbursement problems are quite frequent, they ought to be put in proportion to the much larger number of correctly reimbursed health care bills. On the other hand, reimbursement problems may not be viewed in quantitative terms alone. The severe hardship they may entail for certain individuals must also be considered. Reducing the areas of insecurity wherever possible is therefore of paramount importance. The study presents a number of recommendations that target this aim.

The Federal Office is now examining these recommendations. A project to optimise information for the insured is currently being set up. It will focus on information gaps and evaluate new and complementary instruments such as a special unit to deal with policyholder's queries, a more extensive on-line advisory service (on the homepage of the Federal Office for Social Insurance) and the launch of a social marketing campaign. Steps to simplify procedures and render them more transparent are continuously being proposed at the implementation level. More meetings between FOSI consulting committees should help speed up procedures relative to the approval of new services or drugs. Yet other vital concerns, such as patient safety or significant cost-benefit considerations, are likely to limit this acceleration.

Martin Wicki, Head of Project  
Economics, Concepts, Research Special Unit

## Inhalt

	Seite
<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>III</b>
<b>Résumé</b> .....	<b>IX</b>
<b>Riassunto</b> .....	<b>XV</b>
<b>Summary</b> .....	<b>XXI</b>
<b>1. Einleitung</b> .....	<b>1</b>
1.1 Zielsetzungen und Fragestellungen der Studie .....	1
1.2 Vorgehen und Methoden .....	2
<b>2. Problemanalyse</b> .....	<b>5</b>
2.1 Identifizierte Problembereiche .....	5
2.11 Vergütung nicht-pflichtiger Leistungen .....	6
2.12 Nicht-Vergütung nicht-pflichtiger Leistungen und überhöhter Tarife .....	7
2.13 Nicht-Vergütung von Pflichtleistungen .....	10
2.14 Unklarheiten betreffend Leistungspflicht .....	11
2.15 Ermessensspielraum bei der Anerkennung einer Leistungspflicht.....	14
2.16 Neue Verfahren und Methoden, neue Medikamente .....	15
2.17 Weitere Probleme der Leistungsvergütung .....	17
2.2 Betroffene Leistungsbereiche .....	20
2.3 Exemplifizierung von Problemen der Leistungsvergütung anhand ausgewählter Fallbeispiele .....	23
2.31 Fallbeispiel 1: Zahnärztliche Behandlung; nicht eindeutige Regelung .....	24
2.32 Fallbeispiel 2: Spitalbedürftigkeit; Ermessensspielraum .....	25
2.33 Fallbeispiel 3: Komplementärmedizin; Nicht-Vergütung von nicht-pflichtigen Leistungen .....	26
2.34 Fallbeispiel 4: Abgrenzung Krankheit/Nichtkrankheit; nicht eindeutige Regelung .....	27
2.35 Fallbeispiel 5: Mittel und Gegenstände (MiGeL); Nichtvergütung von Pflichtleistungen .....	27
2.4 Relevanz der Probleme der Vergütungspraxis .....	28
2.5 Zusammenfassung der Problemanalyse .....	31

<b>3. Massnahmenvorschläge</b> .....	<b>35</b>
3.1 Verbesserung der Information der Leistungserbringer sowie der Patientinnen und Patienten.....	35
3.2 Vereinfachung der MiGeL.....	36
3.3 Überprüfung und raschere Aktualisierung der Spezialitätenliste .....	37
3.4 Anhang 1 zur KLV: Umbau und raschere Anpassung .....	38
3.5 Einführung von Zahlungsfristen für die Rückerstattung von Leistungen .....	39
3.6 Bessere Transparenz der Leistungsabrechnungen.....	40
3.7 Einheitliche Kriterien bei Entscheiden mit Ermessensspielraum .....	40
<b>Anhang 1: Kontaktierte Institutionen</b> .....	<b>A-1</b>
<b>Anhang 2: Zusammenfassung der Interviews</b> .....	<b>A-3</b>
Interview mit Patientenvertretung 1 .....	A-3
Interview mit Patientenvertretung 2 .....	A-6
Interview mit Patientenvertretung 3 .....	A-8
Interview mit Amtsstelle 1 .....	A-11
Interview mit Krankenversicherer 1 .....	A-13
Interview mit Krankenversicherer 2 .....	A-16
Interview mit Krankenversicherer 3 .....	A-20
Interview mit Krankenversicherer 4 .....	A-23
Interview mit Krankenversicherer 5 .....	A-27
Interview mit Krankenversicherer 6 .....	A-30
Interview mit Krankenversicherer 7 .....	A-34
Interview mit Leistungserbringer 1.....	A-38
Interview mit Leistungserbringer 2.....	A-41
Interview mit Leistungserbringer 3.....	A-44
Interview mit Leistungserbringer 4.....	A-47
Interview mit Leistungserbringer 5.....	A-50
<b>Anhang 3: Schreiben des vertrauensärztlichen Dienstes eines Krankenversicherers an die Autoren der vorliegenden Studie zum Thema Probleme der Leistungsvergütung</b> .....	<b>A-53</b>
<b>Anhang 4: Literatur- und Quellenangaben</b> .....	<b>A-59</b>
<b>Anhang 5: Abkürzungen</b> .....	<b>A-61</b>

## Zusammenfassung

### 1. Zielsetzungen und Fragestellungen der Studie

Anfragen und Beschwerden bei Patienten- und Konsumentenorganisationen sowie bei der Ombudsstelle der sozialen Krankenversicherung zeigen, dass der Leistungsumfang der obligatorischen Krankenpflegeversicherung teilweise unterschiedlich ausgelegt wird. Diese Tatsache kann zu Ungleichbehandlungen von Versicherten führen. Ausserdem sind damit für letztere Unannehmlichkeiten wie verzögerte, allenfalls unvollständige Rückerstattungen und eine generelle Verunsicherung in Bezug auf die Übernahme von Leistungen durch die Versicherer verbunden.

Mit der vorliegenden Studie sollte das Thema der umstrittenen Leistungen im KVG näher beleuchtet werden. Zu beantworten waren namentlich die Fragen,

- ob und welche Leistungsbereiche des KVG vor allem umstritten sind,
- ob es sich dabei um besonders teure oder besonders häufig durchgeführte Leistungsbereiche handelt
- ob vor allem eine spezielle Personengruppe von den Problemen betroffen ist
- welchen Stellenwert die Betroffenen – Patientenvertretungen, Versicherer, Leistungserbringer – den Problemen der Leistungsvergütung zumessen
- ob sich seit Inkrafttreten des KVG die Probleme der Vergütungspraxis verändert haben
- welches die Ursachen für die Probleme der Leistungsvergütung sind.

Gestützt auf eine Problemanalyse sollten Massnahmen vorgeschlagen werden, die einen Beitrag zur Verringerung der Probleme in Zusammenhang mit der Vergütungspraxis leisten.

### 2. Vorgehen und Methoden

Zur Informationsbeschaffung wurden persönliche Interviews mit Schlüsselpersonen von betroffenen Institutionen durchgeführt. Insgesamt wurden Vertreter/innen von 16 Institutionen befragt, nämlich des BSV, von 3 Patientenvertretungen, von 7 Versicherern und 5 Leistungserbringern. Die Durchführung von 16 Interviews mit Vertretern von Institutionen unterschiedlicher Interessenlage erhebt keinen Anspruch auf statistische Repräsentativität der Ergebnisse. Probleme der Leistungsvergütung sollten – und konnten – damit aber trotz der vorhandenen Randbedingungen zeitlicher und finanzieller Art sowie bezüglich des Datenschutzes aus unterschiedlicher Optik und in genügender Tiefe beleuchtet werden.

### 3. Problemanalyse

Wenn auch mangels systematischer Erhebungen nicht exakt bezifferbar, lässt sich doch feststellen, dass, gemessen an der Gesamtzahl aller Leistungsabrechnungen, Problemfälle nicht sehr häufig auftreten. Sehr gering ist insbesondere der Anteil von Fällen, bei denen es zur Einschaltung Dritter (z.B. von Patientenvertretungen) oder zu Gerichtsurteilen kommt.

Trotz geringem Anteil von dokumentierten Problemfällen wird aber der Vollzug des KVG in Bezug auf die Leistungsvergütung nicht immer als problemlos erachtet, dies insbesondere von den Versicherern. Schwierigkeiten bereitet vor allem die Überprüfung von Voraussetzungen für die Leistungsvergütung von Mitteln und Gegenständen, von bestimmten Diagnose- und Therapieverfahren sowie zum Teil auch von Medikamenten. Hier werden die Vorschriften des KVG bzw. der einschlägigen Listen als zu detailliert empfunden. Der Aufwand für die Überprüfung der Leistungsvoraussetzungen ist mitunter erheblich, dies zum Teil wegen des Datenschutzes, der beispielsweise einer Offenlegung von Diagnosen auf den Rechnungen von Leistungserbringern Grenzen setzt.

Die Probleme, die in Zusammenhang mit der Leistungsvergütung identifiziert wurden, können in sechs Bereiche gegliedert werden.

#### **1. Vergütung nicht-pflichtiger Leistungen**

Es kann vorkommen, dass nicht KVG-pflichtige Leistungen vergütet werden, wenn die oben erwähnten Voraussetzungen der Leistungspflicht praktisch nicht oder nur mit unverhältnismässig grossem Aufwand überprüfbar sind (z.B. Beitrag an Brillengläser für eine/n Versicherte/n, der/die vor kurzem den Versicherer gewechselt hat).

#### **2. Nicht-Vergütung nicht-pflichtiger Leistungen und überhöhter Tarife**

Hin und wieder kommt es vor, dass Leistungserbringer (meist unwissentlich) Therapien, Medikamente oder Mittel und Gegenstände verschreiben, die gemäss KVG nicht vergütungspflichtig sind. In diesem Fall dürfen die entsprechenden Leistungen von den Krankenversicherern nicht übernommen werden. Dies gilt z.B. auch bei Verschreibung von Medikamenten in Dosisstärken oder Packungsgrössen, die nicht auf der Spezialitätenliste aufgeführt sind. Auch kommt vereinzelt vor, dass Tarife in Rechnung gestellt werden, die über den behördlich festgelegten oder vertraglich vereinbarten liegen. Diese überhöhten Tarife dürfen ebenfalls nicht vergütet werden.

#### **3. Nicht-Vergütung von Pflichtleistungen**

Dieses Problem kann auftreten, wenn bei einem Versicherer Fehler bei der Leistungsabrechnung unterlaufen oder wenn ein Leistungserbringer die erbrachte Leistung in seinem Bericht an den Versicherer zu wenig präzise begründet.

#### **4. Unklarheiten betreffend Leistungspflicht**

Neben den oben aufgeführten Fällen, bei denen die gesetzlichen Grundlagen an sich klar formuliert sind, kann die Leistungspflicht für einzelne Bereiche nicht eindeutig beantwortet werden, weil die gesetzlichen Grundlagen nicht ausreichend klar sind. So sind z.B. auf der MiGeL („Mittel- und Gegenstände-Liste“) Produktearten aufgeführt, was bei der Zuordnung einzelner, auf den Rechnungen figurierender Produkten (die, wenn überhaupt, meist mit dem *Markennamen* bezeichnet sind) zu Zuordnungsproblemen führen kann. Zudem sind

verschiedene, in der KLV bzw. in Anhang 1 zur KLV verwendete Begriffe (z.B. Risikoschwangerschaft) nicht näher definiert. Schwierigkeiten in der Anwendung bietet Anhang 1 zur KLV verbreitet deshalb, weil es sich hier weder um eine reine Positiv- noch um eine reine Negativliste handelt.

### **5. Ermessensspielraum bei Anerkennung einer Leistungspflicht**

Wenn es beispielsweise darum geht, den für eine Leistungspflicht als notwendige Voraussetzung bezeichneten Krankheitswert einer gesundheitlichen Störung, die Notwendigkeit eines stationären Spitalaufenthaltes festzulegen oder einen Krankheitszustand als akut oder chronisch zu bezeichnen, bestehen bisweilen Ermessensspielräume. Diese können namentlich dann zu Problemen führen, wenn von Versicherten beantragte Leistungen von Versicherern nicht übernommen werden, weil deren vertrauensärztliche Dienste die Situation anders einschätzen als die Versicherten oder die Leistungserbringer.

### **6. Neue Verfahren und Methoden, neue Medikamente**

Neue, in der KLV oder in Anhang 1 zur KLV (noch) nicht geregelte Verfahren und Methoden werden von den Versicherern übernommen, sofern davon ausgegangen werden kann, dass die Grundsätze von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfüllt sind. Liegen Hinweise vor, dass diese Grundsätze nicht erfüllt sind, übernehmen die Versicherer die Kosten nicht. Bei der Beurteilung von neuen Verfahren und Methoden können unterschiedliche Auffassungen bezüglich dieser Grundsätze bestehen: Während der eine Versicherer Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und/oder Wirtschaftlichkeit einer neuen Leistung bestreitet und die Kosten dafür nicht übernimmt, bestreitet vielleicht ein anderer Versicherer diese Grundsätze nicht und vergütet die entsprechenden Kosten. Zumindest bis eine allfällige Absprache unter den Versicherern zustande kommt, kann damit die Vergütungspraxis für gleiche Leistungen je nach Versicherer unterschiedlich ausfallen.

Von Versichererseite wurde im Übrigen bemängelt, dass es mitunter lange dauere, bis ein Entscheid (von der eidg. Leistungskommission bzw. vom Bundesrat oder von einem Gericht) gefällt werde, ob eine als umstritten bezeichnete Leistung vergütungspflichtig sei oder nicht.

Ähnlich gelagert wie bei neuen Verfahren und Methoden ist die Problematik bei neuen Medikamenten. Solange diese nicht auf der Spezialitätenliste figurieren, dürfen sie nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden. Dies kann bedeuten, dass die betroffenen Patienten/-innen die Kosten für das neue Medikament selbst zu tragen haben. In Einzelfällen muss unter Umständen sogar auf den Einsatz eines (teuren) Medikamentes verzichtet und stattdessen auf ein vielleicht weniger geeignetes anderes Präparat ausgewichen werden.

Namentlich in Fällen unklarer gesetzlicher Regelungen, bei Existenz von Ermessensspielräumen und bei neuen Verfahren und Methoden entstehen Unterschiede bei der Vergütungspraxis der Versicherer. Mit der unterschiedlichen Vergütungspraxis kommt es zwangsläufig auch zur Ungleichbehandlung von Versicherten.

Sozusagen typische Bereiche, in denen Probleme der Leistungsvergütung auftreten, lassen sich nicht ausmachen. Im ambulanten Bereich (wo nach Einzelleistungstarif abgerechnet wird) stellen sich aber tendenziell häufiger Fragen der Leistungsvergütung als im stationären Bereich (wo die Rechnungsstellung nach Pauschaltarifen erfolgt). Häufiger Streit-

punkt im ambulanten Bereich sind die zahnärztlichen Leistungen. Betroffen sind aber auch zahlreiche andere Bereiche wie Tarife, Medikamente, Mittel und Gegenstände oder die Agrenzung zwischen Krankheit und Nichtkrankheit. Bezüglich Kostenniveau handelt es sich sowohl um teure als auch um eher kostengünstige und häufig durchgeführte Leistungen.

Betroffen von Problemen der Leistungsvergütung können alle Bevölkerungskreise sein (die medizinische Leistungen in Anspruch nehmen müssen). Eine speziell von Problemen der Leistungsvergütung betroffene Gruppe von Versicherten lässt sich nicht ausmachen.

Ein nach Gruppen idealtypisches Verhalten von Versicherern lässt sich praktisch nicht nachweisen. Aus den im Rahmen der vorliegenden Studie durchgeführten Gesprächen lassen sich dennoch zwei Tendenzen ableiten: Nämlich zum einen, dass grössere Versicherer wegen ausgebauterer Administration und Informatik mehr Kontrollen der Leistungsberechtigung durchführen als kleinere Versicherer, und zum andern, dass Versicherer der französischsprachigen Schweiz eine restriktivere Vergütungspraxis ausüben (d.h. u.a. die bestehenden Ermessensspielräume enger interpretieren) als Versicherer aus der Deutschschweiz. Die restriktivere Vergütungspraxis in der Westschweiz ist vor dem Hintergrund des dort im Allgemeinen höheren Prämienniveaus zu sehen.

#### **4. Massnahmenvorschläge**

Zur Verminderung der Probleme in Zusammenhang mit der Vergütung von Leistungen nach KVG werden 7 Massnahmen vorgeschlagen:

##### ***1. Verbesserung der Information der Leistungserbringer sowie der Patientinnen und Patienten***

Ein besserer Informationsstand sowohl auf Seiten der Patientinnen und Patienten als auch auf Seiten der Leistungserbringer vermag einen guten Teil derjenigen Probleme der Leistungsvergütung zu beseitigen, die daraus entstehen, dass Voraussetzungen der Leistungspflicht nicht bekannt waren. Das Zusammenführen von Informationen über KVG-anerkannte und nicht anerkannte Verfahren, Leistungserbringer und Mittel, die bislang an verschiedenen Orten zu finden sind, auf eine einzige homepage sowie die Propagierung dieser homepage bei Leistungserbringern dürfte einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung des Informationsstandes leisten. Als Träger dieser Massnahme bieten sich FMH und santésuisse an, die die entsprechenden Informationen in enger Zusammenarbeit aufbereiten könnten.

Die sich zur Zeit der Abfassung dieses Textes im Gang befindlichen Arbeiten zur Vereinheitlichung des Faches Versicherungsmedizin im Rahmen der Mediziner/innen-Ausbildung an den schweizerischen Universitäten sollten im Übrigen dem Aspekt der Vergütungspflicht nach KVG ebenfalls Rechnung tragen. Damit kann bereits bei der Erstausbildung der Mediziner/innen in der Schweiz auf dieses Problem aufmerksam gemacht werden, was bislang noch nicht durchgehend der Fall war.

Zu einer verbesserten Information der Versicherten sowie zur Vermeidung von Streitigkeiten könnte schliesslich ein Formular dienen, das im Falle der Erbringung oder Vermittlung

von nicht KVG-pflichtigen Leistungen von den Leistungserbringern/-innen an die Patientinnen und Patienten abgegeben wird. Mit der Unterzeichnung eines solchen Formulars durch die Patienten/-innen können sich die Leistungserbringer bestätigen lassen, dass sie ihrer Informationspflicht nachgekommen sind.

## **2. Vereinfachung der Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL)**

Vorgeschlagen wird eine Vereinfachung der MiGeL, und zwar insofern, als die Entschädigung für kostengünstige Mittel und Gegenstände weniger stark differenziert und gegebenenfalls an weniger Limitationen gebunden wird. Damit lässt sich der Kontrollaufwand bei den Versicherern erheblich verringern.

## **3. Überprüfung und raschere Aktualisierung der Spezialitätenliste**

Die Beschränkung der Spezialitätenliste auf bestimmte Dosisstärken und Packungsgrößen sollte überprüft werden. Wenn vom medizinischen Standpunkt keine zwingenden Gründe dafür sprechen, sollten diese Beschränkungen aufgehoben werden. Damit könnten auf einfache Art Kosten gespart werden, indem nicht mehr mehrere (relativ teurere) Kleinpackungen anstelle einer grösseren Packungseinheit verschrieben werden.

Damit Patientinnen und Patienten in bestimmten Situationen nicht auf neue, wirksame (und auf dem schweizerischen Markt zugelassene) Medikamente verzichten müssen, sollte die Spezialitätenliste rascher als bisher aktualisiert werden. Weil neue Medikamente in der Regel teurer sind als solche, die bisher für die gleiche Indikation eingesetzt wurden, muss allerdings die Wirtschaftlichkeit im Aufnahmeverfahren sorgfältig geprüft werden. Hier gilt es einen sinnvollen Mittelweg zwischen medizinischen und ökonomischen Postulaten zu finden.

## **4. Umbau und raschere Anpassung von Anhang 1 zur KLV**

Bei Anhang 1 zur KLV handelt es sich weder um eine reine Positiv- noch um eine reine Negativliste, was immer wieder zu Unklarheiten bei Versicherern und Leistungserbringern führt. Unklarheiten und Unsicherheiten könnten beseitigt werden, wenn der genannte Anhang entweder als reine Positiv- oder als reine Negativliste ausgestaltet würde. Um die gewünschten Effekte zu erreichen, bedingt beides – die Ausgestaltung als reine Positiv- oder als reine Negativliste – eine rasche Anpassung an die medizinische Entwicklung. Dies ist im Übrigen auch insofern von Vorteil, als die Unsicherheiten in Bezug auf die Vergütung von neuen, noch nicht geregelten Leistungen auf eine zeitlich kürzere Dauer begrenzt werden können. Mehrere der im Rahmen der vorliegenden Evaluation kontaktierte Institutionen empfanden die Zeitspanne bis zur Regelung neuer Leistungen nämlich als (zu) lange.

## **5. Einführung von Zahlungsfristen für die Rückerstattung von Leistungen**

Obwohl fehlende Fristen für die Rückerstattung von Leistungen nicht als gravierendes Problem bezeichnet wurden, kann eine verzögerte Leistungsabrechnung für einzelne Versicherte zu empfindlichen finanziellen Problemen führen. Die Einführung von Zahlungsfristen für Leistungsabrechnungen durch Versicherer im KVG könnte solche Probleme stark mindern.

### **6. Bessere Transparenz der Leistungsabrechnungen**

Leistungsabrechnungen sind (auch für Personen mit höherer Schulbildung) nicht immer transparent und verständlich und können deshalb zu (unnötigen) Rückfragen und Verzögerungen führen. Eine bessere Transparenz kann hier Abhilfe verschaffen. Dies gilt namentlich auch bei einer allfälligen Ablehnung eines Rückvergütungsanspruchs. In Fällen, die aus Datenschutzgründen nicht problematisch sind, sollte bei Ablehnung eines Rückerstattungsanspruchs eine aussagekräftige Begründung angeführt werden.

Es wäre zu begrüßen, wenn eine bessere Transparenz der Leistungsabrechnungen auf freiwilliger Basis zustande käme, z.B. durch Empfehlungen, die von Patientenvertretungen und *santésuisse* gemeinsam zu Händen der einzelnen Krankenversicherer herausgegeben werden.

### **7. Einheitliche Kriterien bei Entscheiden mit Ermessensspielraum**

Unsicherheiten in Fällen, in denen ein Ermessensspielraum bezüglich Leistungspflicht besteht, können selbstverständlich nicht völlig beseitigt werden. Einheitliche Beurteilungskriterien innerhalb der vertrauensärztlichen Dienste der einzelnen Versicherer sowie auch zwischen den vertrauensärztlichen Diensten der verschiedenen Versicherer verhelfen aber dazu, dass überall formal gleich vorgegangen wird. Dies reduziert das Risiko von Ungleichbehandlungen von Versicherten in vergleichbaren Fällen.

Eine Formalisierung der Entscheidungskriterien in Fällen mit Ermessensspielraum könnte am besten durch die Schweizerische Gesellschaft der Vertrauensärzte, bei der sehr viel Wissen und Erfahrung vorhanden sind, bewerkstelligt werden. Das bestehende „Manual der Schweizer Vertrauensärzte“ würde dadurch eine wertvolle Ergänzung erfahren.

## Résumé

### 1. Objectifs visés et questions posées par l'étude

Les questions et les plaintes transmises aux organisations de patients et de consommateurs, ainsi qu'à l'organe de médiation des assurances sociales, montrent que les avis diffèrent quant à l'étendue des prestations de l'assurance-maladie obligatoire. Cette situation risque d'entraîner des inégalités dans le traitement des assurés. De plus, pour ces derniers, elle crée des désagréments tels que des remboursements partiels ou tardifs et un sentiment général d'incertitude par rapport à la prise en charge des prestations par les assureurs.

La présente étude devrait permettre de mieux cerner les problèmes que posent certaines prestations de la LAMal. Les principales questions sont les suivantes :

- existe-t-il des domaines où les prestations de la LAMal posent davantage de problèmes et, si oui, quels sont ces domaines ?
- s'agit-il de prestations particulièrement coûteuses ou particulièrement répandues ?
- les problèmes touchent-ils un groupe particulier de personnes ?
- quelle importance les personnes concernées – associations de patients, assureurs, fournisseurs de prestations – accordent-elles aux problèmes de remboursement des prestations ?
- les problèmes liés aux modalités de remboursement ont-ils changé depuis l'entrée en vigueur de la LAMAL ?
- à quoi sont dus les problèmes de remboursement des prestations ?

Grâce à une analyse des problèmes, il devrait être possible de proposer des mesures permettant de résoudre en partie les difficultés liées aux modalités de remboursement.

### 2. Procédure et méthodes

Afin de nous procurer des données, nous avons rencontré personnellement des personnes clés des institutions concernées. Nous avons interrogé des représentants de 16 institutions : 1 de l'OFAS et 3 d'associations de patients, plus 7 assureurs et 5 fournisseurs de prestations. Ces 16 entretiens avec des interlocuteurs ayant des intérêts différents ne garantissent pas la représentativité des résultats. Il était cependant nécessaire – et possible –, malgré les contraintes existantes (temps disponible, moyens financiers, protection des données), d'approfondir à différents points de vue les problèmes liés au remboursement des prestations.

### 3. Analyse des problèmes

Même si, du fait de l'absence d'enquête systématique, on ne peut évaluer avec exactitude le nombre de problèmes, on peut cependant constater qu'ils sont rares par rapport au

nombre total de décomptes de prestations. En particulier, le pourcentage de cas pour lesquels il faut faire intervenir des tiers (par exemple des associations de patients) ou en arriver à des décisions judiciaires est très faible.

Malgré le faible pourcentage de cas problématiques documentés, l'application de la LAMal pour ce qui est du remboursement des prestations n'est pas toujours perçue comme exempte de problèmes, notamment par les assurés. C'est la vérification des conditions de remboursement des prestations pour les moyens et appareils, pour certaines techniques de diagnostic et de traitement et, dans une certaine mesure, pour les médicaments, qui entraîne le plus de difficultés. Les prescriptions de la LAMal ou des listes concernées sont ressenties comme trop détaillées. La vérification des conditions du droit aux prestations constitue un travail considérable, notamment à cause de la protection des données qui, par exemple, pose des limites à la divulgation du diagnostic sur les factures établies par les fournisseurs de prestations.

Les problèmes de remboursement des prestations que nous avons identifiés se répartissent en six catégories.

### **1. Remboursement de prestations non obligatoires**

Des prestations non obligatoires sont parfois remboursées quand, en pratique, il est impossible ou trop difficile de vérifier les conditions de l'obligation de prise en charge mentionnées ci-dessus (par exemple participation aux frais pour des verres de lunettes, accordée à un assuré qui vient de changer d'assureur).

### **2. Non-remboursement de prestations non obligatoires et tarifs trop élevés**

Les fournisseurs de prestations prescrivent parfois (en général sans s'en rendre compte) des traitements, des médicaments ou des moyens et appareils qui, selon la LAMal, ne sont pas soumis à l'obligation de remboursement. Les prestations en question ne doivent alors pas être prises en charge par les assureurs-maladie. Il en est de même pour les médicaments prescrits à des dosages ou dans des conditionnements qui ne figurent pas sur la Liste des spécialités. Enfin, il arrive que les tarifs indiqués dans la facture soient supérieurs à ceux fixés par l'autorité compétente ou par convention ; dans ce cas, les prestations ne doivent pas non plus être remboursées.

### **3. Non-remboursement de prestations obligatoires**

Ce problème peut se poser quand un assureur commet des erreurs lors du décompte des prestations ou quand, dans le rapport destiné à l'assureur, un fournisseur de prestations ne justifie pas sa prestation avec suffisamment de précision.

### **4. Imprécisions en matière d'obligation de prise en charge**

En-dehors des cas exposés ci-dessus, pour lesquels les bases juridiques sont clairement formulées, il n'est pas possible dans certains domaines de se prononcer avec certitude quant à l'obligation de prise en charge parce que les bases juridiques ne sont pas suffisamment claires. Par exemple, la LiMA (Liste des moyens et appareils) cite des *catégories* de produits, ce qui, lorsqu'un certain produit prescrit figure sur la facture (où il est généralement désigné par son *nom de marque*), peut entraîner des problèmes de classification. De plus, différentes notions utilisées dans l'OPAS ou dans l'annexe 1 à l'OPAS (telles que

la grossesse à risque) ne sont pas définies avec précision. L'annexe 1 à l'OPAS pose des problèmes d'application parce que ce n'est ni une liste purement positive, ni une liste purement négative.

### **5. Marge d'appréciation pour la reconnaissance du caractère obligatoire d'une prestation**

Il existe parfois une certaine marge d'appréciation, par exemple lorsqu'il s'agit de déterminer, pour un problème de santé, le caractère de maladie constituant une condition à l'obligation de prise en charge ou la nécessité d'une hospitalisation, ou bien de faire la différence entre une pathologie aiguë et une pathologie chronique. Cette marge d'appréciation peut créer des problèmes quand les prestations demandées par un assuré ne sont pas prises en charge par son assureur parce les médecins-conseils de ce dernier ont évalué la situation différemment de l'assuré ou de son fournisseur de prestations.

### **6. Nouvelles techniques et méthodes, nouveaux médicaments**

Les assureurs prennent en charge les nouvelles techniques et méthodes, qui ne sont pas (encore) réglementées dans l'OPAS ou dans l'annexe 1 à l'OPAS, dans la mesure où ils estiment que les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité sont satisfaits. Ils refusent la prise en charge si certains éléments semblent indiquer que ce n'est pas le cas. Diverses interprétations de ces critères sont possibles pour l'évaluation des nouvelles techniques et méthodes : un assureur pourra contester l'efficacité, l'adéquation et/ou l'économicité d'une nouvelle prestation et donc refuser de la rembourser, tandis qu'un autre ne discutera pas ces critères et la remboursera. Tant que tous les assureurs ne seront pas parvenus à un accord sur la question, ils risqueront d'appliquer des modalités de remboursement différentes pour une même prestation.

Pour leur part, les assureurs se plaignent d'attendre parfois trop longtemps la décision (de la Commission fédérale des prestations, du Conseil fédéral ou d'un tribunal) concernant la prise en charge d'une prestation qui ne fait pas l'unanimité.

La problématique est la même pour les nouveaux médicaments que pour les nouvelles techniques et méthodes. Tant qu'ils ne figurent pas dans la Liste des spécialités, ils ne doivent pas être pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire, ce qui peut signifier que le patient doit en supporter lui-même le coût. Dans certains cas isolés, on peut en arriver à renoncer à employer un médicament (cher) et à le remplacer par une préparation peut-être moins adaptée.

C'est surtout quand les dispositions légales ne sont pas suffisamment claires, qu'il y a une marge d'appréciation possible et que les techniques et méthodes sont nouvelles qu'apparaissent des différences dans les modalités de remboursement, différences entraînant inévitablement des inégalités de traitement entre les assurés.

Il est difficile de définir les domaines les plus touchés par les problèmes de remboursement des prestations. De manière générale, ces problèmes sont plus fréquents dans le domaine ambulatoire (où est pratiqué le tarif à la prestation) que dans le domaine hospitalier (où la facture est établie selon des tarifs forfaitaires). Dans le domaine ambulatoire, les soins les plus controversés sont les soins dentaires. Mais de nombreux autres domaines sont aussi concernés : les tarifs, les médicaments, les moyens et appareils, la délimitation entre

maladie et absence de maladie. Pour ce qui est du niveau des coûts, les problèmes portent aussi bien sur des prestations chères que sur des prestations moins coûteuses mais très répandues.

Tous les groupes de population (obligés d'avoir recours à des prestations médicales) sont touchés par les problèmes de remboursement des prestations. Aucun groupe d'assurés ne semble être particulièrement affecté.

Bien qu'il ne soit pas possible en pratique d'attribuer à chaque groupe un comportement type, les entretiens réalisés dans le cadre de la présente étude permettent de discerner deux tendances : d'une part les grosses caisses d'assurance-maladie, qui disposent d'une structure administrative et d'un système informatique plus développés, effectuent davantage de contrôles que les petites ; d'autre part, les assureurs de Suisse romande sont plus restrictifs quant aux modalités de remboursement (leur interprétation de la marge d'appréciation existante est plus stricte) que les assureurs de Suisse alémanique. Cette attitude plus restrictive de la Suisse romande est à mettre en rapport avec un niveau de primes généralement plus élevé.

#### **4. Mesures proposées**

Afin de lutter contre les problèmes liés au remboursement des prestations selon la LAMal, nous proposons 7 mesures :

##### ***1. Améliorer l'information des fournisseurs de prestations et des patients***

Une meilleure information, tant du côté des patients que de celui des fournisseurs de prestations, devrait résoudre une bonne partie des problèmes de remboursement des prestations liés à la méconnaissance des conditions de l'obligation de prise en charge. En réunissant sur une seule page d'accueil Internet les informations sur les techniques, les fournisseurs de prestations et les moyens reconnus et non reconnus par la LAMal, qui pour le moment se trouvent à différents endroits, puis en diffusant cette page auprès des fournisseurs de prestations, on améliorerait notablement l'information. La FMH et santé-suisse seraient prêts à se charger de ce travail ; ils pourraient préparer ensemble les données nécessaires.

Alors que nous rédigeons ce texte, des travaux sur l'uniformisation de la spécialité « médecine des assurances » dans le cadre de la formation des médecins au sein des universités suisses sont en cours ; ces travaux devraient tenir compte de la question de l'obligation de remboursement selon la LAMal. Dès leur formation initiale, les médecins suisses verraient ainsi leur attention attirée sur ce problème, ce qui n'est pas toujours le cas pour l'instant.

Enfin, pour améliorer l'information des assurés et éviter des conflits, on pourrait élaborer un formulaire que les fournisseurs de prestations remettraient aux patients lorsqu'ils exécutent ou prescrivent des prestations non obligatoires selon la LAMal. En faisant signer ce formulaire par les patients, ils prouveraient qu'ils se sont acquittés de leur obligation d'informer.

## **2. Simplifier la Liste des moyens et appareils (LiMA)**

Nous proposons une simplification de la LiMA touchant l'indemnisation pour les moyens et appareils bon marché, qui pourrait être moins différenciée et éventuellement assortie de moins de conditions. Cette mesure diminuerait considérablement, pour les assureurs, le travail de contrôle.

## **3. Vérifier et actualiser plus rapidement la Liste des spécialités**

Il faudrait revoir la limitation de la Liste des spécialités à certains dosages et à certains conditionnements et la supprimer en l'absence de raison médicale majeure. Cette mesure simple entraînerait des économies en autorisant la prescription d'un grand conditionnement à la place de plusieurs petits (relativement chers).

Il faudrait aussi, pour que les patients ne soient plus obligés de renoncer dans certaines situations à des médicaments nouveaux et efficaces (autorisés sur le marché suisse), actualiser plus rapidement la Liste des spécialités, sans toutefois négliger d'évaluer avec soin leur caractère économique lors de la procédure d'admission, car les nouveaux médicaments sont généralement plus chers que ceux utilisés jusque-là pour la même indication. Il s'agit en fait de trouver un compromis intelligent entre besoins médicaux et nécessités économiques.

## **4. Transformer et adapter plus rapidement l'annexe 1 à l'OPAS**

L'annexe 1 à l'OPAS n'étant une liste ni purement positive ni purement négative, les assureurs et les fournisseurs de prestations sont souvent dans l'embarras. Sa transformation en liste purement positive ou purement négative éliminerait les imprécisions et les incertitudes. Quelle que soit la solution adoptée, une adaptation rapide à l'évolution de la médecine est nécessaire si l'on veut obtenir les effets désirés. L'autre avantage de cette mesure serait de limiter à une courte période les incertitudes portant sur le remboursement des nouvelles prestations non encore réglementées. Parmi les institutions contactées dans le cadre de la présente évaluation, plusieurs jugeaient (trop) long le délai séparant l'apparition d'une nouvelle prestation de sa réglementation.

## **5. Introduire des délais de paiement pour le remboursement des prestations**

Même si l'absence de délai pour le remboursement des prestations par les assureurs n'est pas considérée comme un problème grave, un retard dans le décompte peut, pour certains assurés, entraîner des difficultés financières non négligeables. L'introduction dans la LA-Mal de délais de paiement pour le règlement des prestations permettrait de lutter efficacement contre ces problèmes.

## **6. Améliorer la transparence des décomptes de prestations**

Comme les décomptes des prestations ne sont pas toujours transparents et compréhensibles, même pour les personnes ayant un bon niveau d'études, il faut parfois demander des explications supplémentaires, ce qui provoque des retards (inutiles). Une meilleure transparence constituerait une précieuse amélioration dans ces cas, comme d'ailleurs pour

tous les refus de remboursement. En l'absence de problèmes liés à la protection des données, si le remboursement est refusé, une justification circonstanciée devrait être fournie.

Il serait souhaitable que les assureurs-maladie fassent par eux-mêmes l'effort d'améliorer la transparence de leurs décomptes de prestations ; à cet effet, les associations de patients et santéuisse pourraient s'associer, par exemple, pour publier des conseils à leur intention.

### ***7. Uniformiser les critères pour les décisions laissant une marge d'appréciation***

Il est bien sûr impossible d'éliminer toutes les incertitudes dans les cas où il existe une marge d'appréciation. L'application de critères de jugement identiques à l'intérieur du service de médecins-conseils de chaque assureur, ainsi qu'entre les différents services de médecins-conseils, assurerait l'uniformité formelle de la procédure, ce qui réduirait le risque d'entraîner des inégalités dans le traitement d'assurés se trouvant dans le même cas.

L'association la mieux placée pour formaliser les critères de décision dans les cas laissant une marge d'appréciation serait la Société suisse des médecins-conseils, qui a accumulé une grande expérience dans ce domaine. Ces critères de décision formalisés enrichiraient le « Manuel des médecins-conseils suisses ».

## Riassunto

### 1. Obiettivi e questioni sorte dallo studio

Le richieste d'informazioni e i reclami presso le organizzazioni dei pazienti e dei consumatori, così come presso l'organo di mediazione dell'assicurazione sociale malattie, indicano che il volume delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie viene, in parte, interpretato in modo diverso. Questa realtà può condurre ad una disparità di trattamento delle persone assicurate. Inoltre, questa situazione causa loro problemi, come ad esempio il ritardo, o comunque l'incompletezza delle remunerazioni, e un'insicurezza generalizzata riguardo all'assunzione delle prestazioni da parte degli assicuratori.

Il presente studio si proponeva di mettere maggiormente in luce il tema delle prestazioni della LAMal poste in discussione. Sono, in particolare, le seguenti domande che attendevano una risposta:

- se e quali ambiti di prestazione della LAMal sono, per primi, messi in discussione,
- se si tratta di ambiti di prestazione particolarmente cari o corrisposti frequentemente,
- se i problemi riguardano soprattutto una categoria di persone particolare,
- quale grado di valore attribuiscono i diretti interessati — organi di rappresentanza dei pazienti, assicuratori, fornitori di prestazioni — al problema della remunerazione delle prestazioni,
- se i problemi legati alle procedure di remunerazione hanno subito cambiamenti dall'entrata in vigore della LAMal,
- quali sono le cause dei problemi legati alla remunerazione delle prestazioni.

Una volta analizzato il problema, si dovevano proporre dei provvedimenti che contribuissero a ridurre i problemi in relazione alle procedure di remunerazione.

### 2. Procedimento e metodi

Sono state condotte delle interviste con persone chiave appartenenti alle istituzioni interessate allo scopo di raccogliere informazioni. In totale sono state contattate persone rappresentanti 16 istituzioni o organi appartenenti, ovvero l'UFAS, 3 rappresentanze di pazienti, 7 assicuratori e 5 fornitori di prestazioni. La realizzazione di 16 incontri con rappresentanti di istituzioni appartenenti a gruppi d'interesse di natura diversa non attribuisce ai risultati alcuna rilevanza statistica. Tuttavia, nonostante le restrizioni finanziarie e di tempo esistenti, come anche a causa della protezione dei dati, i problemi legati alla remunerazione delle prestazioni dovevano — e potevano — essere esaminati in profondità e sotto diversi punti di vista.

### 3. **Analisi del problema**

Nonostante non sia possibile quantificarli esattamente data l'assenza di un'indagine sistematica, i casi critici non risultano molto numerosi se confrontati al numero totale dei conteggi di prestazione. In particolare, sono molto pochi i casi dove sia necessario fare intervenire terzi (ad es. le rappresentanze dei pazienti) oppure dove si arrivi ad una sentenza giudiziaria.

Nonostante i pochi casi critici documentati, l'applicazione della LAMal in relazione alla remunerazione delle prestazioni non è sempre ritenuta priva di difficoltà, specie da parte degli assicuratori. I problemi si presentano soprattutto al momento di verificare i presupposti per la remunerazione di mezzi e apparecchi, di determinate procedure diagnostiche o terapeutiche oppure, in alcuni casi, di medicinali. Le norme della LAMal o dei relativi elenchi sono ritenute troppo dettagliate. In certi casi l'onere per verificare i presupposti per le prestazioni è notevole. Ciò è dovuto, in parte, alla protezione dei dati che limita, ad esempio, l'iscrizione della diagnosi nelle fatture dei fornitori di prestazione.

I problemi che sorgono in relazione alla remunerazione delle prestazioni sono classificabili in sei categorie.

#### **1. Rimunerazioni di prestazioni non obbligatorie**

Può succedere che prestazioni al di fuori degli obblighi della LAMal vengano corrisposte quando i presupposti summenzionati per l'obbligo di assumere prestazioni non sono praticamente verificabili o lo sono soltanto con un onere eccessivo (ad es. nel caso di un sussidio per delle lenti di occhiali di una persona assicurata che ha appena cambiato assicuratore).

#### **2. Mancata remunerazione di prestazioni non obbligatorie e con tariffa eccessive**

A volte succede che fornitori di prestazioni prescrivano (spesso inconsapevolmente) terapie, medicinali, mezzi o apparecchi che, secondo la LAMal, non sottostanno all'obbligo di remunerazione. In questo caso gli assicuratori-malattie non sono autorizzati ad assumere le relative prestazioni. Questo vale, ad esempio, anche nei casi dove venissero prescritti medicinali, le cui confezioni o il cui dosaggio non fossero indicati nell'elenco delle specialità. Capita pure, anche se raramente, che delle prestazioni vengano conteggiate secondo tariffe superiori a quelle stabilite dalle autorità, o mediante convenzione. Anche in questo caso le tariffe eccessive non possono essere corrisposte.

#### **3. Mancata remunerazione di prestazioni obbligatorie**

Questo problema si manifesta quando l'assicuratore commette degli errori nel conteggio delle prestazioni, oppure quando il fornitore della prestazione fornisce all'assicuratore delle argomentazioni poco precise circa il servizio prestato.

#### **4. Ambiguità concernenti l'obbligo di assumere prestazioni**

L'obbligo di assumere prestazioni non può essere definito in maniera netta per ogni singolo settore, eccezion fatta per i casi elencati sopra, per i quali le disposizioni di legge sono di per sé definite chiaramente. Per fare un esempio, nell'EMAp („Elenco dei mezzi e degli apparecchi“) sono riportati dei *tipi* di prodotto (definiti solo dal *nome della marca*), ciò che può comportare problemi nell'attribuzione di singoli prodotti menzionati sulle fatture (i quali, se mai, sono definiti nella maggior parte dei casi dal nome della marca). Inoltre, alcuni con-

cetti espressi nell'OPre o nell'allegato 1 all'OPre (ad es. le gravidanze a rischio) non sono definiti in modo preciso. Il motivo per cui l'allegato 1 presenta diverse difficoltà nella sua utilizzazione è da ricondurre al fatto che non si tratta né di un elenco esclusivamente positivo, né di un elenco esclusivamente negativo.

### **5. Margine di valutazione nel riconoscimento di un obbligo di assumere prestazioni**

Quando, ad esempio nel quadro della definizione dei presupposti necessari per un obbligo di prendere a carico prestazioni, dobbiamo stabilire il grado patologico di un disturbo o la necessità di una degenza in ospedale, oppure dobbiamo valutare se uno stato patologico sia acuto o cronico, siamo a volte confrontati a dei margini di valutazione. Ciò può creare problemi quando, in particolare, la mancata assunzione da parte degli assicuratori di prestazioni richieste dagli assicurati è dovuta ad una valutazione diversa della situazione da parte del servizio medico di fiducia rispetto a quella fatta dalla persona assicurata o dal fornitore di prestazioni.

### **6. Nuovi procedimenti e metodi, nuovi medicinali**

Procedimenti e metodi nuovi o perlomeno non (ancora) regolati dall'OPre oppure dall'allegato 1 all'OPre vengono assunti dall'assicuratore, ammesso che ne siano garantiti i principi dell'efficacia, del valore terapeutico e dell'economicità. Se vi sono motivi plausibili per non ritenere soddisfatti questi criteri, gli assicuratori non si addosseranno le spese. In riferimento a questi principi vi possono essere delle divergenze nella valutazione di nuovi procedimenti e metodi. Mentre un assicuratore può mettere in dubbio l'efficacia, l'appropriatezza, il valore terapeutico e/o l'economicità di una prestazione e decide, quindi, di non addossarsene le spese, può darsi che un altro assicuratore non ne contesti i principi e decida di rilevare le spese relative. Almeno fino a quando non sarà raggiunto un eventuale accordo tra i diversi assicuratori, vi saranno, a seconda degli assicuratori, procedure di remunerazione diverse per uguali prestazioni. Da parte degli assicuratori viene inoltre criticata la lunghezza procedurale di alcune decisioni (siano esse della Commissione delle prestazioni o del Consiglio federale oppure di un tribunale) concernenti l'obbligo o meno della remunerazione di una prestazione contestata.

La problematica sui nuovi medicinali è allo stesso stadio di quella sui nuovi procedimenti e metodi. Fino a quando questi non figureranno nell'elenco delle specialità, non potranno essere coperti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Questo può significare che il/la paziente dovrà addossarsi personalmente i costi del nuovo medicamento. In singoli casi, e a certe condizioni, si dovrà addirittura rinunciare ad un medicamento (caro) per optare per un altro preparato, forse, meno indicato.

Differenze nella procedura di remunerazione da parte degli assicuratori si manifestano, in particolar modo, nei casi in cui la regolamentazione legale non è chiara, quando esistono margini di valutazione e quando intervengono nuovi procedimenti e metodi. Procedure di remunerazione differenziate provocano, forzatamente, disparità di trattamento tra gli assicurati.

Quando problemi legati alla remunerazione delle prestazioni sorgono in cosiddetti ambiti tipici, la cosa non ha particolare rilevanza. Tendenzialmente, problemi inerenti alla remunerazione delle prestazioni sorgono molto più spesso in ambito ambulatoriale (dove i conteg-

gi avvengono secondo la tariffa per singola prestazione) che non in ambito stazionario (dove invece la fattura viene emessa secondo tariffe forfettarie). Le maggiori controversie in ambito ambulatoriale sorgono a causa delle cure dentarie. Il problema riguarda comunque tanti altri settori, quali le tariffe, i medicinali, i mezzi e gli apparecchi, oppure la definizione dei casi in cui si può parlare o meno di malattia. Quanto ai costi, si tratta sia di prestazioni care sia di prestazioni piuttosto economiche ma frequenti.

Problemi legati alla remunerazione delle prestazioni possono riguardare ogni fascia di popolazione che deve ricorrere a prestazioni mediche. È difficile circoscrivere con esattezza un gruppo di persone assicurate che sia particolarmente toccato da questi problemi.

È praticamente impossibile dividere gli assicuratori in categorie secondo il comportamento. Tuttavia, sulla base dei colloqui organizzati nel quadro del presente studio, si riconoscono due tendenze: la prima, in particolare, indica che i grandi assicuratori, grazie ad amministrazioni e mezzi informatici più sviluppati, applicano un controllo più fitto del diritto alla prestazione rispetto a quanto fanno quelli piccoli; dalla seconda risulta che gli assicuratori della Svizzera romanda applicano delle procedure più severe (vale a dire, tra l'altro, che danno un'interpretazione più stretta ai margini di valutazione) rispetto a quelli della Svizzera tedesca. La procedura più restrittiva della Svizzera occidentale va collocata nel contesto dei premi generalmente più costosi vigenti in quella regione.

#### **4. Provvedimenti proposti**

Allo scopo di diminuire i problemi legati alla remunerazione delle prestazioni secondo la LAMal, vengono proposti 7 provvedimenti:

##### ***1. Miglioramento delle informazioni date ai fornitori di prestazioni e ai pazienti***

I problemi legati alla remunerazione delle prestazioni che sorgono, in particolare, per mancanza d'informazioni sui presupposti che stanno alla base dell'obbligo di assumere delle prestazioni, verrebbero eliminati se i pazienti e i fornitori di prestazioni fossero meglio informati. Un notevole contributo al miglioramento dell'informazione potrebbe essere dato dall'organizzazione in un'unica pagina Web, unitamente alla sua diffusione presso i fornitori di prestazioni, d'informazioni fin'ora sparpagliate in sedi diverse, come è il caso delle informazioni concernenti procedure riconosciute o meno dalla LAMal, fornitori di prestazioni e mezzi. Quali esecutori di questo provvedimento sarebbero indicati FMH e santésuisse, che potrebbero elaborare queste informazioni in stretta collaborazione.

I lavori che, al momento in cui scriviamo, si svolgono per unificare la materia della medicina delle assicurazioni nel quadro della formazione del personale medico nelle università svizzere dovrebbero, del resto, tener conto dell'obbligo di remunerazione secondo la LAMal. In questo modo si potrà attirare l'attenzione del personale medico su questo problema fin dalla sua formazione iniziale, cosa che generalmente non era stata possibile fino ad oggi.

Ciò che potrebbe contribuire, in fin dei conti, ad un miglioramento dell'informazione delle persone assicurate e che permetterebbe di evitare discussioni potrebbe essere un formulario che verrebbe dato ai pazienti quando fossero fornite o prescritte prestazioni non obbligatorie secondo la LAMal da parte dei fornitori di prestazioni. La firma dei pazienti su

di un formulario di questo tipo confermerebbe che i fornitori di prestazioni hanno adempiuto al proprio dovere d'informazione.

## **2. Semplificazione dell'elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp)**

Viene proposta una semplificazione dell'EMAp, dato che il rimborso dei mezzi e degli apparecchi economici avviene in maniera meno diversificata e sottostà a minori restrizioni. In questo modo è possibile limitare notevolmente l'onere nell'attività di controllo nei confronti degli assicuratori.

## **3. Verifica e aggiornamento più rapido dell'elenco delle specialità**

Le restrizioni concernenti determinati dosaggi e grandezze di confezioni presenti nell'elenco delle specialità dovrebbero essere verificate. Queste restrizioni andrebbero tolte in assenza di gravi motivazioni di natura medica. In questo modo si risparmierebbe sui costi in modo semplice, evitando di prescrivere tante confezioni piccole (relativamente care) rispetto a confezioni più grandi.

Per non costringere i/le pazienti, in certe situazioni, a rinunciare a nuovi medicinali (permessi sul mercato svizzero) che si dovessero dimostrare efficaci, l'elenco delle specialità dovrebbe essere aggiornato più rapidamente di quanto non sia successo fin'ora. Tuttavia, visto che in generale il prezzo dei nuovi medicinali è più caro rispetto a quelli utilizzati fin'ora per le stesse indicazioni, ne va verificata accuratamente l'economicità in sede di procedura di ammissione. Conviene, in questo caso, trovare una via di mezzo tra le esigenze mediche e quelle economiche.

## **4. Riforma e pronto adeguamento dell'allegato 1 all'OPre**

L'allegato 1 all'OPre non è un elenco né esclusivamente positivo né esclusivamente negativo, cosa che fa sorgere ambiguità presso gli assicuratori e i fornitori di prestazioni. Si contribuirebbe ad eliminare le ambiguità e le insicurezze se l'allegato citato costituisse un elenco esclusivamente positivo oppure negativo. Per raggiungere l'effetto voluto, sia l'elaborazione di un elenco esclusivamente positivo sia l'elaborazione di un elenco esclusivamente negativo implicano un adeguamento veloce allo sviluppo medico. Questo costituisce, inoltre, un vantaggio in quanto le incertezze dovute al rimborso di prestazioni nuove, non ancora regolamentate, possono venire risolte in tempi più brevi. Molte delle istituzioni contattate nel quadro della presente valutazione hanno ritenuto (troppo) lungo il periodo che le separa dalla regolamentazione delle nuove prestazioni.

## **5. Introduzione di termini di pagamento per il rimborso di prestazioni**

Nonostante l'assenza di limiti di tempo per il rimborso di prestazioni non fosse ritenuto un problema grave, un ritardo nel conteggio delle prestazioni può causare notevoli problemi finanziari per alcune persone assicurate.

L'introduzione di termini di pagamento per conteggi di prestazioni da parte degli assicuratori nella LAMal potrebbe notevolmente ridurre problemi del genere.

**6. Maggiore trasparenza nei conteggi delle prestazioni**

I conteggi delle prestazioni sono talvolta poco trasparenti o comprensibili (anche per persone dotate di una formazione superiore) e possono quindi provocare (inutili) domande supplementari o ritardi. Una maggiore trasparenza può garantire, in questo caso, una certa sicurezza. Questo vale in particolare anche nei casi in cui una richiesta d'indennizzo venisse rifiutata. Nei casi dove non ci fossero problemi legati alla protezione dei dati, il rifiuto di una richiesta d'indennizzo dovrebbe essere corredata da una solida spiegazione.

Una maggiore trasparenza sarebbe ben accolta se avvenisse in modo volontario, p.es. mediante consigli dati dagli organismi di rappresentanza dei pazienti e da santésuisse insieme ed indirizzati ai singoli assicuratori-malattie.

**7. Criteri unitari nelle decisioni prese entro dei margini di valutazione**

Non è evidentemente possibile fugare completamente ogni dubbio nei casi dove esista un certo margine di valutazione sull'obbligo di assumere prestazioni. Tuttavia, se venissero adottati criteri di valutazione unitari dai servizi medici di fiducia dei diversi assicuratori, validi sia singolarmente sia mutualmente, si contribuirebbe notevolmente a che le formalità procedurali divenissero dappertutto simili. Questo ridurrebbe il rischio di disparità di trattamento nei casi paragonabili tra loro.

La formalizzazione di criteri decisionali per i casi in cui vi fossero margini di valutazione potrebbe avere successo se realizzata dalla società svizzera dei medici di fiducia (Schweizerische Gesellschaft der Vertrauensärzte), che è dotata di vaste cognizioni e che gode di notevole esperienza. In questo modo il manuale dei medici di fiducia esistente ("Manual der Schweizer Vertrauensärzte", d/f) potrebbe arricchirsi ulteriormente.

## Summary

### 1. Targets and questions

Queries and complaints submitted to patient and consumer organisations, and to the Swiss health insurance Ombudsman, show that interpretations of the benefits covered under the obligatory health insurance system vary greatly. This not only gives rise to inequitable treatment of the insured, but may also generate other problems such as retarded or incomplete reimbursement, and general uncertainty with regard to treatment covered by the insurer.

The aim of this study was to shed light on the much-debated theme of KVG/LAMal benefits, by answering the following questions:

- Which areas of the KVG/LAMal, if any, are particularly contentious?
- Is the given care particularly expensive or particularly frequent?
- Is a particular section of the population especially affected?
- How high do those concerned, i.e. patient representatives, insurers, service providers, rate reimbursement problems?
- Has the KVG/LAMal made a difference with regard to reimbursement in practice?
- What are the root causes of reimbursement problems?

After a preliminary analysis of the problem areas, the study will propose measures to help reduce reimbursement-related difficulties.

### 2. Procedure and methods

The information used in this study came from one-on-one interviews with the key persons in the above mentioned institutions. A total of 16 institutions were surveyed, namely the Swiss Federal Office for Public Health, 3 patient organisations, 7 insurers and 5 service providers. Although these 16 interviews with representatives of institutions that defend very varied interests make no claim to be statistically representative, they offered the possibility to examine reimbursement problems from different viewpoints and in sufficient depth, despite the financial and time-frame constraints of the study.

### 3. Analysis of the problem areas

Due to the lack of systematic data collection, it is difficult to quote a precise number of reimbursement problems, although seen against the total number of health care bills, they

seem to be relatively rare. Even fewer cases require the intervention of a third party, such as a patient representative organisation, or the courts.

Nevertheless, from the insurers' perspective the execution of the KVG/LAMal in terms of reimbursement is not without its problems. Most difficulties arise from the control of reimbursement conditions for services and equipment, particular diagnostic and therapeutic procedures, and some types of medication. The overly detailed KVG/LAMal approval lists are viewed as the principal cause of this problem. Substantial resources are required to check conditions for reimbursement, due in part to data protection which restricts the service provider from disclosing a patient diagnosis on its bills.

There are six identifiable problems with reimbursement.

### **1. Reimbursement of benefits not covered by the KVG/LAMal**

Benefits which are not covered under the KVG/LAMal may be reimbursed, where it is either practically impossible to check the above duty-of-cover conditions or doing so would give rise to disproportionately large costs (e.g. refunds for prescription lenses to a customer who has recently switched insurers).

### **2. Non-reimbursement of uncovered benefits and excessive rates**

From time to time, service providers, usually unknowingly, prescribe therapies, medication or services and equipment, which are not subject to reimbursement within the KVG/LAMal. The health insurers may not cover these costs. This is the case for the prescription of medication in dosage strengths or package sizes which are not on the "Spezialitätenliste", the list of approved medication. Occasionally, the rates in a patient's bill exceed the officially established or contractual limits; these too may not be reimbursed.

### **3. Non-reimbursement of covered benefits**

This problem may arise if mistakes occur at the point of billing or when a service provider gives an unclear and unsatisfactory description of the benefit in its patient report.

### **4. Duty of cover is unclear**

In addition to the above cases, which have a precisely formulated legal basis, the duty to cover certain medical measures may be unclear when there is an insufficient and unclear legal basis. For example, the MiGeL/LiMA ("statutory services and equipment list") specifies *types* of products, which may cause classification problems for products usually listed by brand name, if at all. In addition, various terms used in the ordinance on health insurance benefits (Krankenleistungsverordnung KLV), and Appendix 1 to the KLV (e.g. at-risk pregnancy) are not clearly defined. Difficulties in the application of the Appendix 1 to the KLV are widespread because this list is neither recommendatory nor prescriptive in design.

### **5. Discretionary duty of cover**

There is often a degree of discretion involved when rating a medical condition, which is indispensable to establish duty of cover, the need for a stationary hospital stay, or when classifying an illness as acute or chronic. This may lead to problems if the insurer refuses

to cover services rendered because the assessment of its medical officer differs from that of the patient or service provider.

### **6. New procedures and methods, new medication**

New procedures and methods, which are not or have yet to be included in the KLV or in Appendix 1 to the KLV, may be covered by insurers, providing that they meet the conditions of efficiency, appropriateness and cost-effectiveness. If there is reason to believe that these criteria are not met, the insurers are under no obligation to assume the costs. However, assessment of new procedures and methods brings its own problems of interpretation. For example, one insurer may dispute the efficiency, appropriateness and/or cost-effectiveness of the new service, while another may not contest them and decide to reimburse the customer. Until insurers come to an agreement on these conditions, reimbursement of the same service among insurers will continue to differ.

Generally, insurers feel that the decision making process, which may involve the Eidgenössische Leistungskommission (Federal Commission for Health Insurance Benefits), the Federal Council or a court, as to whether a contested benefit is liable for reimbursement, is too long.

There are similar problems for new medication. Until they are included in the list of approved medication, health insurers will withhold reimbursement. Patients may have to pay for these drugs themselves, or the use of expensive medication may be refused and substituted by a less appropriate preparation.

Large differences in reimbursement practices have arisen due to unclear legal regulations, the room for discretion and the appearance of new procedures and methods. These in turn give rise to inevitable disparities in the treatment of customers' claims.

The study failed to identify typical areas leading to reimbursement problems. In ambulatory care, in which services are billed individually, problems with reimbursement are more frequent than in stationary care, billed according to a flat rate. A frequent area of contention in ambulatory care are dental services. Other affected areas include rates, medication, services and equipment, or the distinction between illness and non-illness. Problems concerning costs arise both for expensive, as well as for cost-effective and common services.

All groups requiring medical attention may encounter reimbursement problems. A specific group particularly affected was not identified.

The study also failed to establish specific reimbursement procedures for group of insurers. Two tendencies emerged from the discussions carried out for the study: firstly, larger insurers exercise greater control on reimbursement procedures than smaller ones due to their high levels of administration and information technology. Secondly, insurers in French-speaking Switzerland have a more restrictive reimbursement practice (among other things, the room for discretion is interpreted more narrowly than in German-speaking Switzerland). The restrictive reimbursement practice in French-speaking Switzerland should be viewed in the context of generally higher premium levels there.

#### **4. Proposed measures**

Seven measures were proposed to ease problems relative to reimbursement conditions as set down in the KVG/LAMal:

##### **1. Better information for service providers and patients**

Improving information levels among patients and service providers can significantly alleviate reimbursement-related problems, which arise due to unawareness of the duty-of-cover conditions. Information on KVG/LAMal recognised procedures, service providers and services, which today has to be gleaned from various sources, should be compiled and appear on a single homepage, and widely publicised among service providers. This homepage could be set up jointly by the Swiss Medical Association (FMH) and santésuisse.

The uniformisation of training in insurance medicine for future physicians in the various Swiss universities is currently under way. These measures should account for issues of obligation to cover under the KVG/LaMal, and render medical students more aware of these issues, which at present they sometimes ignore.

Furthermore, in order to improve customer information and avoid disputes, a form could be introduced which service providers would submit for signature to their customers in the case of the provision or procurement of services not covered by the KVG/LAMal. This would confirm that they have fulfilled their duty to inform.

##### **2. Simplification of the services and equipment list (MiGeL/LiMA)**

One proposition is to simplify the MiGeL/LiMA, i.e. to bind the approval of cost-effective services and equipment to less detailed and stringent conditions. This would greatly reduce the amount of control that insurers must exercise at present.

##### **3. Checking and prompt updating of the list of approved medication (Spezialitätenliste)**

This list should be checked for limits on dosage strengths and package sizes, which should be lifted if these are not based on sufficient medical grounds. This would offer a simple and effective way to cut costs by replacing prescriptions of several, relatively more expensive, small packets with one large packet.

To prevent certain patients from being denied new, effective medication that is already licensed on the Swiss market, these lists should be updated more frequently. Since new drugs tend to be more expensive than existing drugs, cost-effectiveness should be checked when a new drug is examined for approval. A sensible compromise between the demands of medicine and economic criteria will have to be found.

##### **4. Improvement and swift adaptation of Appendix 1 to the KLV**

Appendix 1 to the KLV is neither a prescriptive nor a recommendatory list, giving rise to further confusion among insurers and service providers. Lack of clarity and uncertainty could be removed if it were clearly one or the other, although in both cases it would have to be kept in line with medical developments. This would also speed up the decision-making process in cases where there is uncertainty with regard to the reimbursement of procedures or services. Several institutions contacted during this study felt that such decisions take too long.

**5. Introduction of payment periods for reimbursement**

Although the lack of fixed payment periods was not seen as a serious problem, a non-reimbursed medical bill may cause serious financial hardship for some patients. The introduction of reimbursement periods for medical bills by KVG/LAMal insurers would greatly alleviate this situation.

**6. More transparent billing**

Even for patients with higher level education, medical bills are not always transparent and easily understood, leading to unnecessary queries and delays. Improved bill transparency would help. The same is true for rejected reimbursement claims. In cases, where data protection poses no problems, clear justification of the decision should be given.

It would be welcome if insurers voluntarily improved bill transparency according to the recommendations of patient organisations and santésuisse.

**7. Uniform criteria for decisions with scope for discretion**

Uncertainty in discretionary duty-of-cover cases cannot be entirely eradicated. Uniform assessment criteria for medical examiners both within a single insurance company and between them would help ensure that formal procedures are the same across the board, reducing the risk of inequitable treatment of customers with similar cases.

The decision-making criteria for discretionary cases would be best formalised under the watchful eye of the Schweizerische Gesellschaft der Vertrauensärzte (Swiss Society of Medical Examiners), which has a great deal of knowledge and experience at its disposal. The existing "Swiss Medical Examiner's Manual" would benefit greatly as a result.



# 1. Einleitung

## 1.1 Zielsetzungen und Fragestellungen der Studie

Im Pflichtenheft zur vorliegenden Studie wird darauf hingewiesen, dass der im KVG festgehaltene Leistungsumfang der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von den Versicherern unterschiedlich ausgelegt wird.<sup>1</sup> Anfragen und Beschwerden bei Patienten- und Konsumentenorganisationen sowie bei der Ombudsstelle der sozialen Krankenversicherung zeigen, dass bestimmte Leistungen beispielsweise von einem Versicherer *tel quel* übernommen werden, ein anderer Versicherer genauere Abklärungen durchführt und ein weiterer Versicherer die Leistungspflicht überhaupt in Frage stellt. Diese Tatsache kann zu Ungleichbehandlungen von Versicherten führen. Ausserdem sind damit für letztere Unannehmlichkeiten wie verzögerte, allenfalls unvollständige Rückerstattungen und eine generelle Verunsicherung in Bezug auf die Uebernahme von Leistungen durch die Versicherer verbunden.

Mit der vorliegenden Studie soll das Thema der umstrittenen Leistungen im KVG näher beleuchtet werden. Im Einzelnen sollen folgende Fragen beantwortet werden

### *A. Art und Ausmass umstrittener Leistungsbereiche des KVG*

- Welche Leistungsbereiche des KVG sind umstritten?  
Handelt es sich vor allem um Leistungen im ambulanten oder stationären, im medizinischen oder paramedizinischen Bereich usw.?
- Welcher Art sind die umstrittenen Leistungsbereiche?  
Sind es vor allem häufig durchgeführte, teure, nach Kantonen oder Leistungserbringern unterschiedlich tarifierte Leistungen (im Spitex- und Pflegebereich), Leistungen an bestimmte Versichertengruppen (z.B. ältere/jüngere Personen) usw.?
- Welcher Art sind die Probleme und Differenzen?  
Ist es die absolute Höhe der Tarife, sind es die nach Kantonen/Leistungserbringern unterschiedlichen Tarife, ist es die Menge der beanspruchten Leistungen usw.?
- Treten Probleme / Differenzen nur bei bestimmten Versicherern oder generell auf?

### *B. Ausmass und Unterschiede bei der Kostenübernahme umstrittener Leistungen*

- Wie beurteilen die Betroffenen (Patientenvertretungen, Versicherer, Leistungserbringer, Behörden) Relevanz und Stellenwert der identifizierten Probleme? Es geht hier im Wesentlichen um eine qualitative Bewertung und Einschätzung der Situation aus Sicht der erwähnten Akteure.
- Sind Veränderungen in der Vergütungspraxis im Vergleich zum KUVG feststellbar? Welcher Art sind diese Veränderungen, hat das KVG gegenüber dem KUVG insgesamt mehr Klarheit geschaffen?

---

<sup>1</sup> Vgl. Bundesamt für Sozialversicherung (2000), S. 1 f.

### *C. Ermessensspielräume, Kontrollpraxis*

- Bestehen je nach Leistungsbereich und/oder Versicherer Unterschiede in der Vergütungspraxis, d.h. bestehen für bestimmte Leistungsbereiche Ermessensspielräume, die von verschiedenen Versicherern unterschiedlich genutzt werden?
- Wie begründen die Versicherer ihre Strategie, welche Kontrollpraxis üben sie aus?
- Ist eine unterschiedliche Kontrollpraxis je nach Leistungsbereich, Leistungserbringer und/oder Versichertengruppe festzustellen?

### *D. Ursachen und Gründe für unterschiedliche Behandlungen*

- Worauf führen die betroffenen Akteure (Patienten/-innen bzw. Patientenorganisationen, Leistungserbringer usw.) die ungleiche Behandlung zurück?
- Gibt es Hinweise auf ungenügende gesetzliche Regelungen? Sind unterschiedliche Tarife, Sonderverträge, unterschiedliche Häufigkeiten der beanspruchten Leistungen oder andere Gründe, z.B. mangelnde Information, für Ungleichheiten verantwortlich?

### *E. Folgerungen und Empfehlungen*

- Sind die Ungleichbehandlungen als Anpassungsprobleme des relativ neuen KVG anzusehen, handelt es sich um Regelungsdefizite im KVG, sind institutionelle Gegebenheiten (z.B. unterschiedliche Tarife) Ursachen für die Probleme?
- Wie können Ungleichbehandlungen vermindert oder eliminiert werden? Sind die Bestimmungen des KVG zu präzisieren oder zu ergänzen? Sollte die Information von Versicherten und/oder Versicherern verbessert werden und wenn ja, mit welchen Mitteln? Ist es sinnvoll, einen vermehrten Erfahrungsaustausch zwischen den Beteiligten (z.B. unter Versicherern) zu fördern?
- Wer kommt als Träger von Massnahmen in Frage? Innerhalb welcher Zeit sollten Massnahmen umgesetzt werden? Welche Massnahmen sollten in erster, welche in zweiter Priorität realisiert werden?

## **1.2 Vorgehen und Methoden**

Die Beantwortung der Fragestellungen hätte durchgeführt werden können, indem eine repräsentative Auswahl von Leistungsdossiers von Patientenvertretungen sowie von einer repräsentativen Auswahl von Versicherern einer detaillierten Inhaltsanalyse unterzogen worden wären. Ein solches Vorgehen wäre in zeitlicher und finanzieller Hinsicht sehr aufwändig gewesen, dies einerseits wegen der ausserordentlich grossen Zahl von Leistungsdossiers und andererseits wegen des erheblichen Aufwandes für Durchsicht und Inhaltsanalyse der von den verschiedenen Institutionen jeweils nach deren eigenen Systematik

abgelegten Dossiers. Dazu hätten sich Probleme des Datenschutzes gestellt. Die Dossiers hätten von den jeweiligen Organisationen anonymisiert werden müssen, ein Vorgehen, das auch bei den betroffenen Institutionen mit erheblichem Aufwand verbunden gewesen wäre.

Als Alternative zum oben skizzierten Vorgehen wurde die Informationsbeschaffung mittels persönlicher Interviews mit Schlüsselpersonen von betroffenen Institutionen gewählt. Insgesamt wurden Vertreter/innen von 16 Institutionen befragt. Als Befragungsinstrument wurde ein halbstandardisierter Fragebogen verwendet, der die im vorstehenden Abschnitt aufgeführten Fragestellungen in für Interviews geeigneter Form aufgriff.

Befragt wurden ausser Vertretern/-innen des BSV

- 3 Patientenvertretungen<sup>2</sup>
- 7 Versicherer mit insgesamt 2.7 Mio Versicherten. Drei Versicherer haben ihren Sitz in der französischsprachigen Schweiz, vier in der deutschen Schweiz. Zwei Versicherer weisen einen Versichertenbestand von weniger als 100'000 Personen, fünf einen solchen von 200'000 und mehr Personen auf.
- 5 Leistungserbringer, darunter zwei praktizierende Ärzte und ein Vertreter eines Spitals.

Eine Liste der kontaktierten Stellen findet sich in Anhang 1. Die Interviews wurden zwischen Januar und April 2001 durchgeführt.

Die Durchführung von 16 Interviews mit Vertretern von Institutionen unterschiedlicher Interessenlage erhebt keinen Anspruch auf statistische Repräsentativität der Ergebnisse. Probleme der Leistungsvergütung sollten – und konnten – damit aber trotz der vorhandenen Randbedingungen in zeitlicher und finanzieller Hinsicht sowie bezüglich des Datenschutzes aus unterschiedlicher Optik und in genügender Tiefe beleuchtet werden. Damit sind auch genügend breit abgestützte Aussagen möglich.

---

<sup>2</sup> Nicht darunter sind die Schweizerische Patientenorganisation (SPO) und die Fédération romande des consommatrices (FRC). Die SPO verweigerte ein Interview, wenn deren Kosten für den entsprechenden Aufwand nicht entschädigt würden, und die FRC liess mehrere Anfragen unbeantwortet.



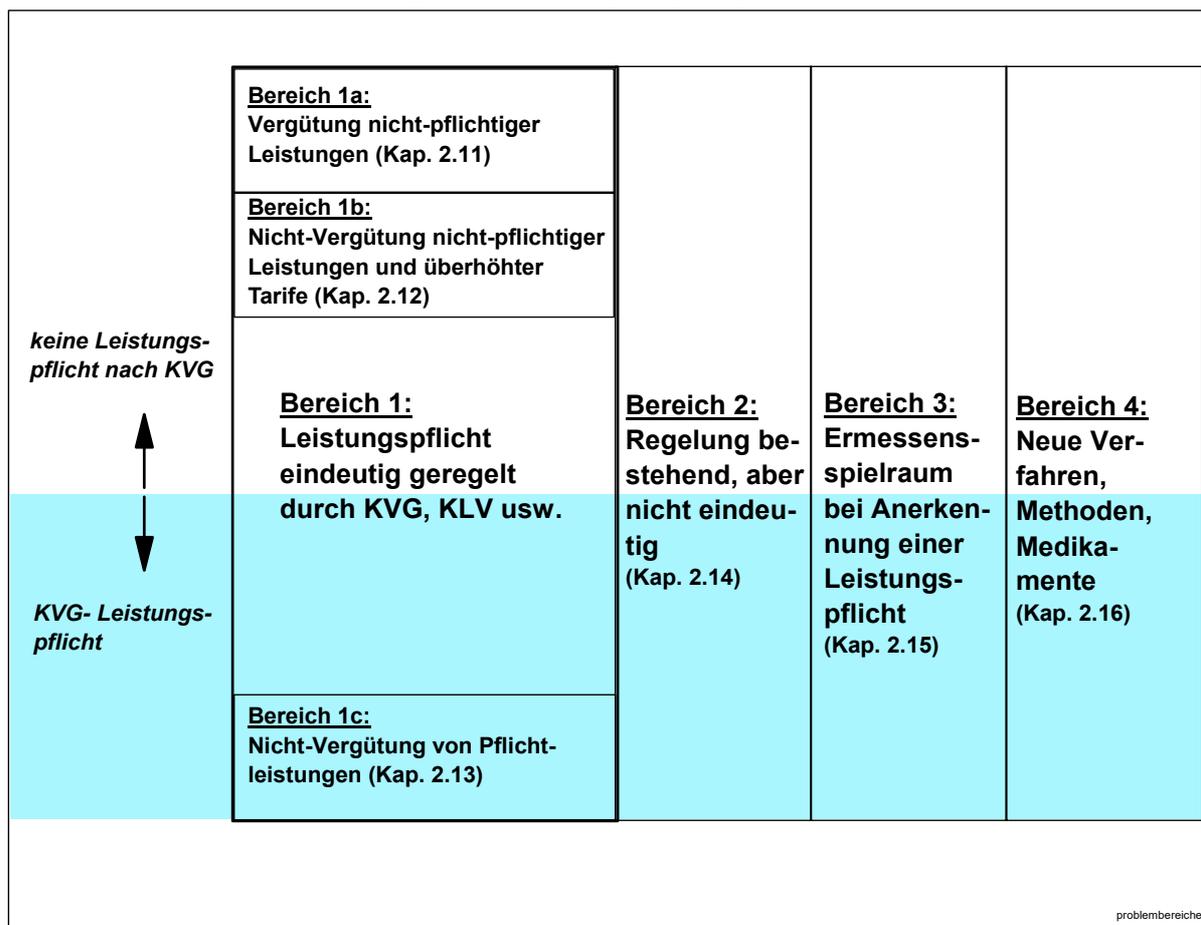
## 2. Problemanalyse

### 2.1 Identifizierte Problembereiche

Im Folgenden werden verschiedene Problembereiche der Vergütungspraxis dargestellt. Als Informationsquellen dienten im Wesentlichen die persönlichen Interviews, die mit Leistungserbringern, Patientenvertretungen und Versicherern geführt wurden. Eine allgemein gültige Gliederung der zahlreichen, im Rahmen der Interviews erwähnten Probleme lässt sich u.E. nicht aufstellen. In Anlehnung an die Bestimmungen von KVG, KLV, MiGeL, SL usw. seien hier die Probleme in vier Bereiche unterteilt (vgl. Abb. 1).

Bereich 1 zeichnet sich durch eindeutige Regelungen der Leistungspflicht aus, das heisst, KVG und Ausführungsbestimmungen bestimmen eindeutig, ob eine Leistungspflicht besteht oder nicht. Die in diesem – klar geregelten – Bereich identifizierten Probleme der Leistungsvergütung betreffen die (an sich nicht KVG-konforme) Vergütung nicht-pflichtiger Leistungen, die Nicht-Vergütung von nicht-pflichtigen Leistungen sowie die Nicht-Vergütung von Pflichtleistungen.

**Abbildung 1**  
**Problembereiche in Zusammenhang mit der Leistungsvergütung**



Ein zweiter Bereich, in dem Probleme der Leistungsvergütung auftreten, kann dadurch charakterisiert werden, dass zwar gesetzliche Regelungen über die Leistungspflicht bestehen. Diese Regelungen sind aber zu wenig eindeutig formuliert. Daraus entstehen Probleme bezüglich Anerkennung oder Nichtanerkennung einer Leistungspflicht.

Ein dritter Bereich, in dem die Leistungsvergütung zu Problemen Anlass gibt, kann durch die Existenz von Ermessensspielräumen bei der Anerkennung einer Leistungspflicht umschrieben werden. Hier stellt sich nicht die Frage klarer gesetzlicher Regelungen, sondern die Frage, ob die Voraussetzungen für eine Leistungspflicht im konkreten Einzelfall gegeben sind.

Ein vierter Bereich schliesslich umfasst neue, in der KLV und deren Anhang 1 bzw. in anderen Listen noch nicht aufgeführte Verfahren, Methoden und Medikamente. Dabei ist es aus der Sicht der vorliegenden Studie unerheblich, ob die betreffenden Verfahren und Methoden als leistungspflichtig oder als nicht-leistungspflichtig gelten.

### 2.11 Vergütung nicht-pflichtiger Leistungen

Nach Art. 34 KVG dürfen Versicherer keine weiteren als die in Art. 25 – 31 umschriebenen Leistungen übernehmen. Mehr als die Hälfte der kontaktierten Institutionen – sowohl Patientenvertretungen als auch Versicherer – wies darauf hin, dass von letzteren mitunter Leistungen vergütet werden, die eigentlich nicht vergütungspflichtig sind.

Bei den entsprechenden Leistungen handelt es sich namentlich um *Beiträge an ambulante Behandlungen oder an Hilfsmittel* (z.B. Brillengläser). In vielen solcher Fälle bestehen gemäss KLV oder MiGeL bestimmte Voraussetzungen, unter denen Beiträge gewährt werden. Beispielhaft seien erwähnt:

- Brillengläser: Beitrag von CHF 200.— für Personen ab 19 Jahren alle 5 Jahre. Ärztliches Rezept für erste Verordnung erforderlich, für Folgeanpassungen wird der Beitrag auch ohne ärztliches Rezept gewährt.<sup>3</sup>
- Elastische Binden: In 34.21 MiGeL werden Preise für verschiedene Grössen elastischer Binden aufgeführt. Die Preise für elastische Binden aus Mischgewebe liegen tiefer als für solche aus 100% Baumwolle.
- Gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen: Gemäss Art. 12c KLV sind „die ersten beiden Untersuchungen inklusive Krebsabstrich im Jahresintervall und danach alle drei Jahre“ leistungspflichtig.

Die Überprüfung solcher an die Leistungspflicht gebundenen Voraussetzungen ist laut Aussage der Gesprächspartner aufwändig und teilweise kaum mit vertretbarem Aufwand durchzuführen. Gerade in Fällen, in denen es um vergleichsweise geringe Beträge geht, entsteht ein Missverhältnis zwischen dem Abklärungsaufwand bei den Versicherern einerseits und dem zu vergütenden Betrag andererseits. Dieses Missverhältnis kann dazu füh-

---

<sup>3</sup> Vgl. 25.01.01.00 MiGeL.

ren, dass Versicherer vereinzelt Leistungen vergüten, obwohl keine Leistungspflicht besteht.

Dieses Verhalten von Versicherern ist aus ökonomischer Sicht nicht nur verständlich, sondern eigentlich sogar sinnvoll. Die Rückerstattung eines vergleichsweise kleinen Betrages kommt die Versicherer billiger zu stehen als zeitraubende Abklärungen, die für jeden Einzelfall getätigt werden müssten. Letztlich kann sich dieses Verhalten auch für die Versicherten positiv auswirken, können doch damit die (Verwaltungs-)Kosten und u.U. die Prämien in positivem Sinn beeinflusst werden. Im Weiteren kann ein entsprechendes Verhalten der Versicherer von den Versicherten als Grosszügigkeit empfunden werden. Damit erhalten oder schaffen sich erstere ein positives Image.

Die Überprüfung der Leistungsvoraussetzungen ist für die Versicherer laut deren übereinstimmenden Aussagen aus mehreren Gründen nicht immer einfach. Zum einen gehen die für die Überprüfung notwendigen Angaben oft gar nicht aus der Rechnung der Leistungserbringer hervor. Detailliertere *Angaben zur Diagnose* wären den Versicherern zur Überprüfung der Leistungsvoraussetzungen nützlich. Diesem Erfordernis steht allerdings der Datenschutz gegenüber, der die Privatsphäre der Patienten/-innen zu schützen hat. Zweitens ist die Überprüfung in jenen Fällen schwierig, in denen Versicherte vor kurzem die *Krankenversicherung gewechselt* haben. Der für die Leistungsabrechnung zuständige Krankenversicherer muss in solchen Fällen Angaben bei früheren Versicherern und mithin bei der Konkurrenz einholen. Drittens bestehen bei einzelnen Versicherern *Vorgaben über die Zahl der pro Zeiteinheit und Mitarbeiter/in zu erledigenden Dossiers*. Mitarbeitende in Leistungsabteilungen von Krankenversicherern haben damit keinen Anreiz, genauere Abklärungen zu treffen. Viertens schliesslich ist die *Überprüfung der Leistungsvoraussetzungen* für die Versicherer *manchmal sachlich nicht möglich*. Laut Aussagen von Interviewpartnern/-innen kann es vorkommen, dass vereinzelte Leistungserbringer auch einmal eine Diagnose stellen, die nicht ganz der Realität entspricht. Mit einer solchen unzutreffenden Diagnose wird eine Leistungspflicht begründet, die eigentlich nicht besteht.<sup>4</sup>

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Versicherer zum Teil Leistungen vergüten, obwohl keine Leistungspflicht besteht. Diese nicht KVG-konforme Vergütung von Leistungen kann wissentlich oder unwissentlich erfolgen. In der Regel ist der ambulante Bereich betroffen und es handelt sich um vergleichsweise kostengünstige Leistungen (die allerdings häufig auftreten können). Eine spezielle Gruppe von betroffenen (profitierenden) Personen lässt sich nicht ausmachen.

## 2.12 Nicht-Vergütung nicht-pflichtiger Leistungen und überhöhter Tarife

Die Nicht-Vergütung von nicht-pflichtigen Leistungen durch die Versicherer wird dann manifest, wenn Versicherte einen Anspruch auf Rückerstattung von Kosten anmelden, die

---

<sup>4</sup> Beispielhaft wurde erwähnt, dass ein (KVG-anerkannter) Psychotherapeut eine Therapie, die vorwiegend Supervisionscharakter aufweist, als Psychotherapie deklarieren mag. Dieser Hinweis wurde als beispielhaft erwähnt und stellt nicht auf einen konkreten Einzelfall ab.

vom Versicherer nicht vergütet worden sind. Dass nicht-pflichtige Leistungen oder Kosten nicht vergütet werden, ist auf verschiedene Umstände zurückzuführen:

So kommt es vor, dass Leistungserbringer – oft praktizierende Ärztinnen und Ärzte – *Therapien oder Medikamente verschreiben, für die keine Leistungspflicht gemäss KVG besteht*. Es kann sich dabei beispielsweise um Therapien von nicht-anerkannten Leistungserbringern (z.B. im paramedizinischen oder komplementärmedizinischen Bereich) oder um Medikamente handeln, die nicht auf der Spezialitätenliste aufgeführt sind. Laut Aussagen von Versicherern, aber auch von Leistungserbringern selbst, wissen Ärzte teilweise nicht, ob für eine verordnete Therapie oder ein verordnetes Medikament eine Leistungspflicht gem. KVG besteht oder nicht. Ärztinnen und Ärzte verfolgten in erster Linie das Ziel, eine wirksame Therapie durchzuführen oder zu verschreiben. Die Frage der Kostenübernahme durch die OKP sei im Vergleich dazu von nachgeordneter Bedeutung, wurde den Autoren der vorliegenden Studie zu verstehen gegeben.

Verordnet ein Leistungserbringer eine nicht-KVG-pflichtige Leistung oder eine Leistung, deren Kostenübernahme durch die OKP fraglich ist, muss er die versicherte Person entsprechend orientieren. Gemäss Auftragsrecht (Art. 398 Abs. 2 OR) ist ein Leistungserbringer für „getreue und sorgfältige Ausführung des ihm übertragenen Geschäftes“ haftbar. In Fällen eindeutig fehlender Leistungspflicht, in denen die versicherte Person nicht informiert wird, wird demnach Art. 398 Abs. 2 OR verletzt. Bestehen bei einem Leistungserbringer *Zweifel*, ob eine Leistung vergütungspflichtig ist, muss ersterer diese Zweifel dem/der Versicherten mitteilen, damit diese/r beim Krankenversicherer die notwendigen Abklärungen treffen kann.

Auf der Spezialitätenliste sind nicht nur Namen sowie Wirkstoffe, Preise und Herstellerfirma von Medikamenten aufgeführt, sondern auch Dosisstärken und Packungsgrössen. Von verschiedenen Medikamenten sind Dosisstärken und/oder Packungsgrössen im Handel erhältlich, die nicht auf der Spezialitätenliste aufgeführt und damit auch gemäss KVG nicht leistungspflichtig sind. Eine *Verordnung von nicht auf der Spezialitätenliste aufgeführten Packungsgrössen oder Dosisstärken* führt deshalb grundsätzlich zu einer Ablehnung der Rückvergütung durch die Versicherer.

Ähnlich gelagert wie der eben beschriebene Fall ist der Umstand, dass bestimmte Kosten nicht KVG-pflichtig sind. Dazu gehört beispielsweise, dass Leistungserbringer *Kosten* für Hilfsmittel *verrechnen, die über den in der MiGeL aufgeführten Ansätzen* liegen. Auch *Tarifschutzverletzungen*, d.h. die Verrechnung von Tarifen, die höher sind als die vertraglich oder behördlich festgelegten, sind dieser Kategorie zuzurechnen. Versicherer handeln durchaus KVG-konform, wenn sie die entsprechenden Kosten nicht (voll) vergüten.

Eine Nicht-Vergütung von Leistungen tritt auch auf, wenn die *Voraussetzungen zur Leistungspflicht* gemäss KVG *nicht erfüllt sind* und die Versicherer die entstandenen Kosten – zu Recht – nicht vergüten. Hierbei kann es sich um die Nichterfüllung einer medizinischen Indikation oder um die Überschreitung der gesetzlich vorgeschriebenen Höchstmenge von beanspruchten Leistungen handeln. Dazu drei Beispiele:

- Das BSV kann ein Arzneimittel in die Spezialitätenliste aufnehmen unter der Bedingung, dass es nur für bestimmte medizinische Indikationen angewendet wird. So ist z.B. das Antibiotikum Rocephin für verschiedene Indikationen in der SL aufgeführt, nicht jedoch für Hirnhautentzündung, obwohl es von der IKS auch für diese Indikation

zugelassen ist. Wird Rocephin demnach für Hirnhautentzündung eingesetzt, wird es von der OKP nicht vergütet.

- Mittlere Inkontinenzeinlagen werden gemäss 15.01.02.00 MiGeL nicht entschädigt, wenn sie rein alters- (und nicht krankheits- oder unfall-)bedingt verwendet werden müssen. Ein Anspruch auf Rückerstattung der Kosten von altersbedingt benützten Inkontinenzeinlagen besteht nicht. Eine entsprechende Reklamation einer versicherten Person geht hier von falschen Voraussetzungen aus.
- Ärztliche Anordnungen für Spitexleistungen müssen überprüft werden, wenn voraussichtlich mehr als 60 Stunden pro Quartal geleistet werden.<sup>5</sup> Ergebnis einer solchen Überprüfung könnte sein, dass in einem konkreten Fall ein Einsatz von beispielsweise mehr als 90 Stunden pro Quartal nicht mehr als zweckmässig und wirtschaftlich gilt. Wird nun eine Rechnung mit 120 Spitex-Stunden zur Rückvergütung eingereicht, muss der fragliche Krankenversicherer die Übernahme eines Teils der Kosten wegen Überschreiten der Höchstmenge ablehnen.

Laut Aussagen der Mehrheit der kontaktierten Institutionen kommt es *relativ häufig* vor, dass *nicht-pflichtige Leistungen zur Abrechnung eingereicht und von den Versicherern nicht zurückerstattet* werden. Allerdings wurde dazu auch die gegenteilige Meinung geäußert, nämlich dass dieses Problem eher selten auftritt. Dies gilt offenbar für Medikamente, wo nur ca. 0.1 – 0.2 Prozent der Rechnungen von den Versicherern nicht vergütet werden. Im Einzelfall kann sich ein Rechnungsbetrag allerdings auf mehrere Tausend Franken belaufen, was sowohl für die betroffene Apotheke als auch für die Patientin bzw. den Patienten zu erheblichen Problemen führen kann.

Wie aus den oben stehenden Ausführungen hervorgeht, betrifft die Nichtvergütung von nicht-pflichtigen Leistungen *hauptsächlich den ambulanten Bereich*. Betroffen ist wie beim ersten Problemkreis nicht nur eine spezielle Versichertengruppe.

Die Ablehnung der Vergütung von nicht-pflichtigen Leistungen hat *unterschiedliche Auswirkungen*, die für die Versicherten mehr oder weniger einschneidend sein können:

- Einer der befragten Versicherer wies darauf hin, dass eine Nichtübernahme der Kosten von Medikamenten, die nicht auf der SL enthalten sind, von den Versicherten in der Regel ohne Probleme akzeptiert werde. Dies scheint verständlich für Fälle, bei denen es sich um relativ billige Medikamente handelt.
- Die KVG-konforme Nichtübernahme von Leistungen kann aber in gewissen Fällen auch problematisch sein. Mehrere Gesprächspartner – Patientenvertretungen wie Versicherer – wiesen darauf hin, dass beispielsweise neue Medikamente oder Medikamente mit Limitationen bezüglich Indikation oder bezüglich Dosisstärke oder Menge nicht verschrieben werden, dies obwohl die betreffenden Medikamente aus Sicht der Befragten wirksam sowie deren Einsatz zweckmässig und wirtschaftlich wäre. Es müsse dann ein anderes, laut Aussagen der Befragten unter Umständen weniger geeignetes Medikament eingesetzt werden oder die Anwendung des Medikaments sei für die Betroffenen mit einer z.T. hohen finanziellen Belastung verbunden. Der vertrauens-

---

<sup>5</sup> Vgl. Art. 8a Abs. 3 KLV.

ärztliche Dienst eines Krankenversicherers hält in diesem Zusammenhang unter anderem fest:

“Schwierigkeiten machen auch die Limitationen nach Menge. So werden in gewissen Kompetenzzentren, zum Beispiel an psychiatrischen Universitätskliniken, Neuroleptika und antipsychotische Medikation in Mengen verabreicht, die die IKS-registrierte Höchstdosis bei weitem überschreiten. Auch bei der Behandlung von Suchtkranken kann es nötig sein, eine weit über der Höchstgrenze liegende Dosis von Sedativa und anderen psychoaktiven Substanzen zu geben. Diese dürfen dann aber nicht übernommen werden, was bei den wirtschaftlich meist schlecht gestellten PatientInnen zu Problemen und bei den Spezialärzten zu Unmut führt.

...

Mühe macht auch die EAK-Einschätzung der Wirtschaftlichkeit bei einigen Packungs- und Dosierungsgrößen. Die Art des Medikamentes bestimmt seine Galenik, zum Beispiel erlaubt es eine Dragierung **nicht**, höher dosierte Tabletten zu teilen, da die Lackschicht dabei zerstört würde und das Medikament daher zu früh abgebaut und wirkungslos würde. Daher werden einige Medikamente in einer besonderen „geriatrischen“ niedrig dosierten Form hergestellt, die speziell für diese Patienten wichtig ist. Es gibt den grotesken Fall, dass eine ganze Gamme eines Medikaments **mit Ausnahme der geriatrischen Form** in der SL aufgeführt ist. In dem Fall müssten die Hausärzte teurere Alternativpräparate verschreiben - oft ist dies bei der Bluthochdrucktherapie der Fall.“<sup>6</sup>

Laut Aussage der befragten Patientenvertretungen wird die Ablehnung einer Leistungsvergütung durch die Versicherer nicht immer verständlich genug begründet. Inhaltlich wenig aussagekräftige Begründungen bei Ablehnung einer Leistungspflicht sind aber zum Teil auf den Datenschutz zurück zu führen. Weiteres dazu vgl. Kap. 2.17.

### 2.13 Nicht-Vergütung von Pflichtleistungen

Auch die Nicht-Vergütung von Pflichtleistungen tritt in der Praxis ab und zu auf. Genannt wurde dieser Problemkreis von einer Patientenvertretung sowie von einem Versicherer.

Die Nicht-Vergütung von Pflichtleistungen ist meist entweder auf einen Fehler bei der Leistungsabrechnung von Versicherern oder auf eine ungenügende Begründung in einem Bericht eines Leistungserbringers zurückzuführen.

Hauptsächlich betroffene Bereiche scheinen zahnärztliche Leistungen sowie die Komplementärmedizin zu sein. Beim letzterwähnten Bereich dürften die Probleme damit zusammenhängen, dass bestimmte komplementärmedizinische Leistungen – Akupunktur, anthroposophie und chinesische Medizin, Homöopathie, Neuraltherapie und Phytotherapie – per Mitte 1999 neu in den Leistungskatalog aufgenommen wurden. Einerseits dürfte es vorgekommen sein, dass in einer Übergangszeit das mit Leistungsabrechnungen beauftragte Personal von Krankenversicherern teilweise noch nicht über die nötigen Kenntnisse verfügte und Leistungen aus Versehen oder aus Unkenntnis nicht vergütete. Andererseits

---

<sup>6</sup> Schreiben des vertrauensärztlichen Dienstes eines Krankenversicherers an die Autoren dieser Studie, April 2001. Wortlaut des gesamten Schreibens vgl. Anhang 3.

stellen sich in der Übergangszeit auch zeitliche Abgrenzungsprobleme bezüglich der Leistungspflicht von komplementärmedizinischen Massnahmen.

Zahnärztliche Leistungen werden nur unter bestimmten Bedingungen durch die OKP übernommen. Die entsprechenden Formulierungen in der KLV sind sehr detailliert;<sup>7</sup> es ist selbst für Fachpersonen mitunter schwierig, die Übersicht über KVG-pflichtige und nicht-pflichtige Leistungen zu behalten. Nach den Erfahrungen der erwähnten Patientenvertretung kommt es daher vor, dass aus einem Arztbericht nicht ersichtlich ist, dass eine zahnärztliche Behandlung tatsächlich der KVG-Leistungspflicht unterliegt. So kommt es vorerst zur Ablehnung der Rückerstattungsforderung durch einen Versicherer. Eine Rückerstattung der Kosten erfolgt dann nur, wenn die betroffenen Patienten/-innen die Ablehnung der Kostenvergütung anfechten.

Wie bei den weiter oben genannten Problemkreisen, kommt auch die Nicht-Vergütung von Pflichtleistungen mehrheitlich im ambulanten Bereich vor. Von den Problemen ist ebenfalls keine spezielle Versichertengruppe besonders betroffen.

## 2.14 Unklarheiten betreffend Leistungspflicht

Probleme bei der Rückerstattung von Leistungen treten nach Angaben der kontaktierten Institutionen auch auf, weil die *gesetzlichen Grundlagen nicht hinreichend klar* sind. Folge davon sind Diskussionen und divergierende Meinungen bezüglich der Leistungspflicht.

Eine erschöpfende Übersicht über alle unklaren Gesetzes- und Verordnungsartikel kann an dieser Stelle nicht gegeben werden. Bekanntlich stützen wir uns auf die Informationen einer *Auswahl* von Institutionen und nicht auf eine im statistischen Sinne repräsentative Befragung oder Auswertung von Dokumenten. Trotz fehlender statistischer Repräsentativität vermögen aber die im Folgenden angeführten Beispiele Tendenzen aufzuzeigen, welche Regelungen vorab als unklar empfunden wurden.

- *MiGeL*: Von den kontaktierten Institutionen am meisten genannt – vor allem von den Krankenversicherern – wurde die Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL). Bemängelt wurde die Tatsache, dass die Regelungen *unklar und nicht praktikabel* seien. Aus der Beschreibung in der MiGeL gehe häufig nicht hervor, ob bestimmte Mittel und Gegenstände leistungspflichtig seien oder nicht. Als problematisch wurde insbesondere bezeichnet, dass in der MiGeL *Produktearten* aufgeführt sind (z.B. 05 MiGeL, Bandagen). Die Bezeichnung der Produktart reiche aber häufig nicht aus um zu beurteilen, ob ein auf der Rechnung eines Leistungserbringers aufgeführtes konkretes Produkt (das meist mit dem Markennamen bezeichnet ist) der entsprechenden Produktart auch tatsächlich entspreche und damit leistungspflichtig sei.
- Der Begriff „allgemeine Abteilung“ von Spitälern (Art. 25 Abs. 2e KVG) wird nicht genau präzisiert. Insbesondere wird nicht definiert, ob es sich um die allgemeine Abteilung von öffentlichen oder von privaten Spitälern handelt. Dies schaffe Probleme bei der Tarifierung.

---

<sup>7</sup> Vgl. Art. 17 ff. KLV.

zung u.a. von Beiträgen der Versicherer an den stationären Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung von Privatspitälern. Insgesamt scheint die Tarifvielfalt im stationären Bereich den Versicherern die Übersicht zu erschweren.

- *Zahnärztliche Leistungen* (Art. 31 KVG, Art. 17 ff. KLV): Diese wurden nicht nur unter dem oben aufgeführten Titel der Nicht-Vergütung von Pflichtleistungen erwähnt (vgl. Kap. 2.13), sondern mehrfach auch als Beispiel von unklaren gesetzlichen Regelungen, die es oft nicht erlaubten, die Leistungsberechtigung nach KVG zweifelsfrei festzustellen. Dies gilt etwa für die Frage, unter welchen Voraussetzungen die zahnärztliche Behandlung von Weisheitszähnen KVG-pflichtig sei.<sup>8</sup>
- *Normale Schwangerschaft / Risikoschwangerschaft* (Art. 13 KLV): Was als normale und was als Risikoschwangerschaft gilt, wird in der KLV nicht definiert. Von Versichererseite wurde mehrmals darauf hingewiesen, die zu wenig präzise Umschreibung dieser Begriffe habe dazu geführt, dass die Zahl der (auf den Rechnungen deklarierten!) Risikoschwangerschaften stark gestiegen sei – mit der Folge, dass der Umfang KVG-pflichtiger Leistungen für Schwangerschaftskontrollen ebenfalls stark zugenommen habe.<sup>9</sup>
- Ein Versicherer bemängelte die fehlende Umschreibung des Begriffs der *Rettungskosten* (Art. 27 KLV). In diesem Zusammenhang stelle sich die Frage, ob und welche medizinischen Leistungen bei einem Rettungseinsatz vergütungspflichtig seien.
- Auch zum *Anhang 1 der KLV* wurden verschiedene Bemerkungen gemacht. So sei nicht klar, ob der Einsatz eines PET-Scanners für diagnostische Zwecke nach erlittenem Herzinfarkt KVG-pflichtig sei oder nicht. Anhang 1 der KLV wurde von mehreren interviewten Krankenversicherern und Patientenvertretungen grundsätzlich als unklar und in der Anwendung als schwierig bezeichnet, weil es sich *weder um eine reine Negativ- noch um eine reine Positivliste* handelt. Dies soll anhand der im Folgenden wiedergegebenen Meinung eines Krankenversicherers exemplifiziert werden:

„Schwierigkeiten bereitet [auch] das **Auffinden der verschiedenen Therapien** im Anhang 1 der KLV. So wird zum Beispiel im Kapitel Dermatologie [Kap. 5 von Anhang 1 der KLV] die PUVA-Behandlung dermatologischer Affektionen aufgeführt, die selektive ultraviolett-Phototherapie, jedoch **nicht** die Lichttherapie bei saisonaler Depression. Doch ist die Lampe für diese Therapie in der MiGeL aufgeführt!

Im Kapitel Interventionelle Radiologie [Kap. 9.3 von Anhang 1 der KLV] ist die Bestrahlung mit Protonen **nicht** aufgeführt. Diese findet man lediglich im Kapitel 6 Ophthalmologie und nur für das Melanom des Auges.

Einige Punkte sind **nicht eindeutig formuliert**. Dies führt in der Praxis zu Problemen. So wird die Behandlungsbedürftigkeit von Adipositas generell bejaht, ein Übergewicht von über 20% ist hier die Schwelle (was jedoch streng genommen noch gar nicht „Adipositas“, sondern Prä-Adipositas ist). Aufgeführt wird auch **nicht**, welche Behandlungen legitim sind [vgl. Kap. 2.1 von Anhang 1 der KLV].<sup>10</sup>

<sup>8</sup> Vgl. Ombudsstelle der sozialen Krankenversicherung (2001), S. 17.

<sup>9</sup> Gemäss Art. 13 KLV sind bei Risikoschwangerschaften mehr Kontrollen KVG-pflichtig als bei normalen Schwangerschaften.

<sup>10</sup> Anmerkung der Autoren der vorliegenden Studie: Kapitel 2.1 von Anhang 1 der KLV hält fest, dass unter den genannten Voraussetzungen eine Leistungspflicht für die Behandlung von Adipositas besteht, wobei vier Methoden von der Leistungspflicht ausgeschlossen sind. Über *leistungspflichtige* Behandlungsmethoden bei Adipositas ist in Anhang 1 der KLV nichts nachzulesen. - An diesem Beispiel zeigt sich die hier besprochene

...

Unklar ist auch die Formulierung „manifeste Osteoporose“ [Kap. 9.1 von Anhang 1 der KLV]. Handelt es sich dabei schon um Frakturen, um klare konventionell radiologische Befunde oder um Ergebnisse der speziellen DEXA-Untersuchung? Leistungspflichtig ist lediglich die DEXA-Untersuchung von einer Körperregion - dies wird jedoch von den Spezialisten - zu Recht - als nicht aussagekräftig abgelehnt.

Nicht geregelt ist [in Kap. 3 von Anhang 1 der KLV], ob bei der künstlichen Insemination auch die Kryokonservierung des Spermias eine Leistungspflicht ist.<sup>11</sup>

Im Kapitel Oto-Rhino-Laryngologie [Kap. 7] wird die Operationstechnik „Laser-Vaporisierte Palato-Plastik“ als Nichtpflichtleistung definiert. Eigentlich wichtig ist aber, **bei welcher Indikation diese oder ähnliche Operationen zu vergüten sind**. Wenn diese Eingriffe zur Behebung des Schnarchens eingesetzt werden, welches in keinem Zusammenhang mit einer Schlafapnoe steht, handelt es sich nicht um eine Leistungspflicht, da Schnarchen keinen Krankheitswert hat.“<sup>12</sup>

- Von Versichererseite schliesslich wurde darauf hingewiesen, dass in der KLV verschiedentlich *Ausdrücke wie „schwer“, „ausreichend“, „dringend“, „Ermessen“* u.ä. verwendet würden (als Beispiel kann auf den bereits erwähnten Art. 13 Abs. b Bst. 2 KLV verwiesen werden, der Kontrolluntersuchungen bei Risikoschwangerschaften „nach klinischem Ermessen“ als KVG-pflichtig bezeichnet). Die Verwendung solcher Ausdrücke in der KLV lasse keine klaren Entscheidungen über die Vergütungspflicht nach KVG zu.

Auch die Probleme der Vergütungspraxis, die in diesem Kapitel dargelegt wurden, betreffen vorab *ambulante Leistungen*. Oft – aber nicht immer – handelt es sich um vergleichsweise geringe Einzelbeträge. In diesem Fall fällt für eine einzelne versicherte Person die allfällige Nichtübernahme der Leistung nicht allzu sehr ins Gewicht. Anders präsentiert sich die Situation für die Versicherer. Weil die entsprechenden Tatbestände teilweise häufig auftreten, summiert sich der Aufwand für Abklärungen, Rückfragen usw. – und letztlich gegebenenfalls auch für die Rückerstattung von Leistungen. Einzelne teure Massnahmen (z.B. zahnärztliche Leistungen) können aber auch (im Falle der Ablehnung einer Leistungspflicht) für Versicherte erhebliche finanzielle Belastungen zur Folge haben. Wie bei den bisher dargelegten Problemkreisen sind auch hier keine besonderen Gruppen von Versicherten betroffen.

Neben der *Rechtsunsicherheit* und dem vor allem bei den Versicherern anfallenden *Abklärungsaufwand* können unklare Bestimmungen auch zu einer unterschiedlichen Vergütungspraxis zwischen den Versicherern und damit zu einer *Ungleichbehandlung* von Versicherten führen. Eine solche liess sich zwar im Rahmen der vorliegenden Studie nicht empirisch nachweisen (Voraussetzung dafür wäre, dass Dossiers von Einzelfällen mit vergleichbarer Problemlage hätten identifiziert werden können, was schon aus Gründen des

---

Problematik von Anhang 1 der KLV, der weder eine konsequente Negativ-, noch eine konsequente Positivliste ist und deshalb zu Unklarheiten führen kann.

<sup>11</sup> Anmerkung der Autoren der vorliegenden Studie: Ein anderer Krankenversicherer wies zu Kapitel 3 von Anhang 1 der KLV darauf hin, dass die vor dem 1.1.2001 geltende Version nur die *homologe* künstliche Insemination als Pflichtleistung anerkannte. In der Ausgabe 2001 von Anhang 1 der KLV ist diese Beschränkung nicht mehr enthalten. Damit stelle sich aber die Frage, ob weiterhin nur die *homologe* oder auch die *heterologe* künstliche Insemination KVG-pflichtig sei.

<sup>12</sup> Schreiben des vertrauensärztlichen Dienstes eines Krankenversicherers an die Autoren dieser Studie, April 2001. Wortlaut des gesamten Schreibens vgl. Anhang 3.

Datenschutzes praktisch nicht möglich ist). Die Möglichkeit von Ungleichbehandlungen von Versicherten liegt bei der beschriebenen Problemlage aber auf der Hand.

### 2.15 Ermessensspielraum bei der Anerkennung einer Leistungspflicht

Ermessensspielräume bestehen in Situationen, in denen es um die Entscheidung geht, ob in einem konkreten Einzelfall die Voraussetzungen für eine Leistungspflicht nach KVG gegeben sind oder nicht, dies nicht nur in Fällen von unklar, sondern auch von eindeutig formulierten Gesetzesartikeln. Praktisch alle Gesprächspartner/innen wiesen darauf hin, dass Ermessensspielräume bestehen.

Drei Themen stehen eindeutig im Vordergrund, nämlich die Beurteilung, ob einer Erscheinung Krankheitswert zuzumessen ist, die Entscheidung, ob eine bestimmte Therapie stationär durchgeführt werden müsse, oder ob eine ambulante Behandlung den selben Zweck erreiche, sowie die Abgrenzung zwischen akuter und chronischer Krankheit.

- *Die Abgrenzung zwischen Krankheit und Nicht-Krankheit* führt nach den Aussagen mehrerer Befragter vor allem dann zu Problemen, wenn es darum geht, den Krankheitswert von Störungen festzulegen, die auch aus ästhetischen oder kosmetischen Gründen als solche empfunden werden. Häufig genanntes Beispiel war die Mammareduktion bei Frauen. Den einem solchen Eingriff voraus gehenden Beschwerden werden teils Krankheitswert zugemessen, teils auch nicht.
- Ein häufig umstrittenes Thema, bei dem Ermessensentscheide eine Rolle spielen, ob Leistungen KVG-pflichtig sind oder nicht, stellt sodann die Frage der Notwendigkeit eines Spitalaufenthaltes dar. Diese Frage erhebt sich laut Auskunft sowohl von Patientenvertretungen als auch von Versicherern besonders häufig beim Entscheid, ob eine Rehabilitation stationär durchgeführt werden müsse, oder ob die Rehabilitation mit gleichem Erfolg auch ambulant erfolgen könne. Auslösender Punkt von Diskussionen zu diesem Thema ist Art. 32 KVG, wonach (KVG-pflichtige) Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen. Bei Ablehnung einer Spitalbedürftigkeit durch Krankenversicherer (und damit bei Ablehnung einer Vergütungspflicht) werden Zweckmässigkeit und namentlich Wirtschaftlichkeit einer stationären Rehabilitation verneint.
- Der dritte häufig auftretende Bereich, bei dem ein Ermessensspielraum eine Rolle spielt, ist die Abgrenzung zwischen akuter und chronischer Krankheit. Diese Frage stellt sich häufiger bei älteren als bei jüngeren Personen. Für die Versicherer ist die Unterscheidung zwischen akut- und chronischkrank insofern bedeutsam, als die Vergütungsansätze für stationäre Einrichtungen von Chronischkranken bedeutend tiefer liegen als im Akutbereich.

Fälle, in denen Ermessensspielräume bestehen, bringen es mit sich, dass vergleichbare Tatbestände unter Umständen unterschiedlich beurteilt werden. Als wesentlicher Einflussfaktor wurde die Begründung einer Massnahme durch einen Leistungserbringer (meist ein/e praktizierende/r Arzt/Ärztin) bezeichnet. Nach den Erfahrungen eines der befragten Leistungserbringers wird der Krankheitswert je nach Art des Gesuchs von einem Versiche-

rer anerkannt oder nicht; damit werden die Kosten je nachdem übernommen oder nicht übernommen.

Neben der unterschiedlichen Art der Begründung einer Massnahme durch eine/n überweisende/n Ärztin/Arzt hat in Fällen mit Ermessensspielraum auch die Haltung der vertrauensärztlichen Dienste von Versicherern einen Einfluss auf die Kostenübernahme. Nach den Aussagen eines kontaktierten Leistungserbringers zeigen sich einige Versicherer bei älteren Personen eher bereit, eine Spitalbedürftigkeit anzuerkennen als bei jüngeren Personen. Ein anderer Leistungserbringer wies auf eine unterschiedliche Einschätzung durch verschiedene Versicherer, ja auch durch verschiedene Personen innerhalb des vertrauensärztlichen Dienstes ein und desselben Versicherers hin.

In Fällen, in denen bei der Festsetzung einer KVG-Leistungspflicht Ermessensspielräume bestehen, kann es damit zu Ungleichbehandlungen von Patientinnen und Patienten mit vergleichbarem Krankheitsbild kommen. Solche Ungleichbehandlungen können sowohl zwischen den Versicherten von ein und demselben Krankenversicherer (durch unterschiedliche Begründungen der Leistungserbringer) als auch zwischen den Versicherten verschiedener Versicherer (durch unterschiedliche Einschätzung der vertrauensärztlichen Dienste) vorkommen.

Im Gegensatz zu den in diesem Bericht bisher diskutierten Problembereichen geht es in Fällen, in denen Ermessensspielräume bestehen, i.d.R. um hohe Summen (vgl. z.B. das in Kapitel 2.3 aufgeführte Fallbeispiel 2). Die Entscheidung von Fällen mit Ermessensspielraum ist damit für Versicherte und Versicherer gleichermassen wichtig: Für erstere wegen einer möglicherweise untragbaren finanziellen Belastung im Einzelfall, für letztere wegen der Auswirkungen, die die Wiederholung von gleichgearteten Fällen auf den Finanzhaushalt mit sich bringen kann.

## **2.16 Neue Verfahren und Methoden, neue Medikamente**

Unter neuen *Verfahren und Methoden* werden hier Leistungen verstanden, die erst seit kurzer Zeit angewandt werden und über die sich (noch) keine Bestimmungen in der KLV oder im Anhang 1 zur KLV finden. Es betrifft hier sowohl Leistungen aus dem ambulanten als auch solche aus dem stationären Bereich (z.B. mikrochirurgische oder endoskopische Operationsverfahren).

Bei neuen Leistungen ist mitunter ein unterschiedliches Verhalten der Versicherer festzustellen. Diese Differenzen gründen weniger auf einer grundsätzlich unterschiedlichen Haltung der Versicherer als auf den Abläufen im Entscheidungsprozess über Anerkennung oder Ablehnung einer Leistungspflicht von neuen Verfahren und Methoden.

Neue Verfahren und Methoden werden laut Aussagen der sich zu diesem Thema äussernden Versicherer vergütet, wenn Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen angenommen werden können. Bei fehlender Wirksamkeit, Zweckmässigkeit

und/oder Wirtschaftlichkeit sind Leistungen nicht vergütungspflichtig.<sup>13</sup> Besitzt ein Versicherer Fakten oder Hinweise darauf, dass die erwähnten Voraussetzungen nicht gegeben sind, vergütet er die betreffenden Leistungen nicht. Akzeptiert ein/e Patient/in oder ein Leistungserbringer diesen Entscheid nicht, wird er oder sie eine Verfügung vom Krankenversicherer verlangen. Gegen eine solche Verfügung kann Einsprache erhoben werden, auf die ein Einspracheentscheid des Versicherers folgt. Wird dieser nicht akzeptiert, erfolgt je nach Situation und/oder Patient/in bzw. Leistungserbringer eine Anfrage beim BSV oder eine Verwaltungsgerichtsbeschwerde gegen den Einspracheentscheid des Versicherers. Ein Entscheid über eine Leistungspflicht wird in diesen Fall durch das zuständige Gericht gefällt. Als Folge eines Streitfalles wird in der Folge oftmals Anhang 1 der KLV entsprechend modifiziert.

Eine unterschiedliche Vergütungspraxis kann in der Phase zwischen Bestreitung und Entscheid über eine Leistungspflicht auftreten. So kann es vorkommen, dass Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit einer neuen Leistung von einem Versicherer bestritten werden und dieser wie erwähnt die Kosten nicht vergütet. Ein anderer Versicherer bestreitet die Grundsätze nicht und erstattet die Kosten zurück. Dies geschieht zumindest so lange, bis dieser letztgenannte Versicherer Kenntnis davon erhält, dass die betreffende Leistung (von einem anderen Versicherer) bestritten wurde.

Die Probleme, die bei der Vergütung von neuen Leistungen auftreten, sind unterschiedlicher Art:

- Zum einen erfolgt eine Ungleichbehandlung von Patientinnen und Patienten, indem identische Leistungen je nach geschildertem Fall vergütet oder nicht vergütet werden.
- Zum anderen bringt laut Aussagen von einem der kontaktierten Versicherer die Überprüfung und gegebenenfalls Bestreitung von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von neuen Leistungen einen erheblichen Aufwand mit sich. Ausserdem wird als störend empfunden, dass bis zum Entscheid über eine Leistungspflicht zum Teil längere Zeit verstreiche, während der für den Versicherer nicht klar ist, ob eine Leistung vergütet werden müsse bzw. könne oder nicht. In solchen Situationen müssten zum Teil ethisch fragwürdige Entscheide getroffen werden, indem medizinisch möglicherweise sinnvolle Therapien (zumindest vorläufig) nicht vergütet werden könnten.

Etwas anders gelagert ist die Problematik bei *neuen Medikamenten*. Medikamente müssen und dürfen bekanntlich nur dann durch die OKP übernommen werden, wenn sie auf der Spezialitätenliste aufgeführt sind. Solange ein Medikament nicht auf dieser Liste figuriert, muss und darf es nicht von der Grundversicherung vergütet werden. Ähnlich wie bei neuen, noch nicht als KVG-pflichtig anerkannten Verfahren und Methoden kann der Fall auftreten, dass ein neues, möglicherweise wirksames Medikament von Patienten selbst bezahlt werden muss oder, wenn es sich um ein sehr teures Präparat handelt, allenfalls gar nicht verabreicht wird. Laut den Ausführungen eines Krankenversicherers musste auch schon auf die Rückerstattung eines (sehr teuren) Krebsmedikamentes verzichtet werden, nur weil es noch nicht auf der SL aufgeführt war.

---

<sup>13</sup> Vgl. Art. 32 KVG, der die Voraussetzungen der Kostenübernahme durch die OKP festhält: „Die Leistungen ... müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein.“

Als Folge der intensiven Forschungstätigkeit werden in der Medizin ständig neue Verfahren und Methoden angewandt. Die Unsicherheiten in Bezug auf die Vergütung von neuen Leistungen sind damit ein häufig auftretendes Problem. Nach den Erfahrungen eines der befragten Versicherer sind von diesem Problem einerseits häufig in Anspruch genommene, verhältnismässig billige und andererseits selten durchgeführte, sehr teure Leistungsbereiche (z.B. die Behandlung seltener Tumorarten) betroffen.

Betroffen von der unterschiedlichen Vergütungspraxis in Zusammenhang mit neuen Verfahren und Methoden können alle Gruppen von Versicherten sein.

### **2.17 Weitere Probleme der Leistungsvergütung**

Abschliessend sei auf eine Anzahl weiterer Probleme in Zusammenhang mit der Leistungsvergütung hingewiesen. Die im Folgenden aufgeführten Problemkreise weisen im Gegensatz zu den oben beschriebenen Punkten einen weniger engen Zusammenhang zu den gesetzlichen Grundlagen auf.

#### ***Pauschal- versus Einzelleistungstarif***

Die Abrechnung für die stationäre Behandlung nach Pauschal- und für die ambulante sowie für die teilstationäre Behandlung nach Einzelleistungstarif verursacht – bei durchaus *korrekter Vergütungspraxis der Versicherer* – zwei Probleme:

- Bei stationärer Behandlung vergüten die Versicherer die Leistungen aufgrund von Pauschaltarifen. Somit können im Rahmen der stationären Behandlung Verfahren angewandt oder Medikamente verabreicht werden, die nach KLV bzw. nach SL (diese bezieht sich nur auf den ambulanten Bereich) nicht vergütungspflichtig sind. Wird nun eine im Spital begonnene Behandlung z.B. mit einem nicht auf der Spezialitätenliste figurierenden Medikament nach der Entlassung aus dem Spital weiter geführt, dürfen dann die Kosten für dieses Medikament von den Versicherern nicht übernommen werden. Bei ambulanter Behandlung wird bekanntlich ein Einzelleistungstarif angewandt; das fragliche Medikament erscheint auf der Rechnung des Leistungserbringers (z.B. einer Ärztin oder eventuell sogar des gleichen Spitals, in dem die Person zuvor hospitalisiert war) und wird vom Versicherer nicht vergütet. Die zuvor im Pauschaltarif vergütete Leistung muss nun von der versicherten Person selbst übernommen werden.
- In Spitälern ambulant und i.d.R. auch teilstationär erbrachte Leistungen werden wie erwähnt im Gegensatz zu stationären Leistungen nach Einzelleistungs- und nicht nach Pauschaltarif vergütet. Weil laut Assagen einiger Interviewpartner zumindest in einigen Kantonen die vertraglich vereinbarten Pauschaltarife die effektiven Kosten der Spitäler nur knapp oder gar nicht decken, besteht die Tendenz, entweder vermehrt Leistungen ambulant oder teilstationär zu erbringen oder den Spitalaufenthalt unnötig zu verlängern. Beides führt zu einer höheren Kostendeckung für die Spitäler, aber auch zu höheren Rechnungsbeträgen.

Die vermehrte Erbringung von ambulanten und teilstationären Leistungen führt einerseits für die Versicherer zu tendenziell höheren Kosten (wegen der - höheren - Einzelleistungstarife werden den Versicherern für ambulant und teilstationär durchgeführte Leistungen im Vergleich zu den selben Leistungen, die stationär erbracht werden, höhere Kosten in Rechnung gestellt). Andererseits fällt wegen der höheren, durch die Versicherer zu vergütenden Kosten, auch die Kostenbeteiligung der Versicherten höher aus.

### ***Art der Ablehnung bei Leistungsverweigerung***

Die befragten Versicherer erstatten schriftlich Bescheid, wenn eine Leistung nicht vergütet werden kann. Die befragten Patientenvertretungen bemängelten die Art und Weise, mit der Leistungsansprüche abgewiesen würden: Teilweise werde nur ein Vermerk „nicht leistungspflichtig“ auf der Abrechnung angebracht. Eine Begründung sei nicht ersichtlich, der Ablehnungsentscheid des Versicherers nicht nachvollziehbar.

Die befragten Versicherer gaben an, ablehnende Bescheide zu begründen, teilweise in Kurzform, teilweise im Klartext und zum Teil mit Verweis auf den relevanten Artikel des KVG. Allerdings werde die „Juristensprache“ nicht von allen Versicherten verstanden.

Grenzen gesetzt werden einer Begründung von ablehnenden Entscheiden zur Kostenübernahme vor allem durch den Datenschutz. Zum einen verfügen in vielen Fällen nur die vertrauensärztlichen Dienste über die notwendigen Detailinformationen; die Mitarbeitenden der Leistungsabteilungen der Versicherer dürfen gar nicht über die entsprechenden Informationen verfügen. Zum andern figurieren z.T. Eltern erwachsener Kinder als Korrespondenz- und Rechnungsadresse; der Hinweis auf eine Diagnose eines Sohnes oder einer Tochter als Grund für die Ablehnung einer Kostenübernahme kann in solchen Fällen unter Umständen problematisch sein.

Auch im dargelegten Fall ist die Vergütungspraxis der Versicherer korrekt. Zu Problemen Anlass gibt hier die Informationsvermittlung bei Ablehnung einer Leistungspflicht bzw. die Randbedingungen, die auf den Datenschutz zurückzuführen sind.

### ***Unübersichtliche Leistungsabrechnungen***

Ein Interviewpartner, der die Patientenseite vertritt, erwähnte die Tatsache, dass Leistungsabrechnungen von einzelnen Versicherern unübersichtlich und selbst für Spezialisten manchmal nur schwer verständlich seien. Materiell korrekte Leistungsvergütungen können auf diese Weise zu (unnötigen) Rückfragen und Problemen führen.

### **Zahlungsfristen**

Mehrmals erwähnt wurde im Übrigen, dass es teilweise lange Zahlungsfristen der Versicherer gäbe. Mitunter sei dies allerdings durch Informatikprobleme verursacht worden, die alle früher oder später behoben worden seien.

Lange Zahlungsfristen sind allerdings insofern problematisch, weil im System des Tiersgarant, das den überwiegenden Teil der ambulanten Behandlung abdeckt, die Versicherten Schuldner der Leistungserbringer sind und die Rechnungen i.d.R. innerhalb von 30 Tagen begleichen müssen. Zahlungsfristen für die Rückerstattung von Leistungen der Versicherer an die Versicherten bestehen dagegen nicht. Auch wenn im Rahmen der Recherchen zur vorliegenden Evaluation keine Fälle bekannt worden sind, sind zumindest von der Rechtslage her Probleme für Versicherte nicht auszuschliessen, wenn Rückerstattungen von Leistungen mit starker zeitlicher Verzögerung erfolgen.

### **Kontrollen sowie Rückfragen bei Versicherten**

Alle kontaktierten Versicherer führen im Rahmen der Leistungsabrechnungen Kontrollen über die Leistungsberechtigung durch. Dass wegen fehlender oder nicht hinreichend präziser Diagnosen auf den Rechnungen nicht alle Leistungen auf ihre Rückerstattungsberechtigung geprüft werden können, wurde bereits erwähnt (vgl. Kap. 2.11).

Je nach Versicherer unterschiedlich ist die Kontrollpraxis. Während die einen Versicherer vor allem Beträge oberhalb einer bestimmten Limite überprüfen, führen andere stichprobenweise Kontrollen auch bei kleinen Beträgen durch und setzen – bei KVG-konformer Ablehnung einer Leistungspflicht – mithin auf die präventive Wirkung dieser Massnahme. Aussagen über Unterschiede in der Kontrollpraxis nach Versicherer können aufgrund der durchgeführten Interviews nur mit Vorbehalt gemacht werden. Tendenziell scheinen aber grössere Versicherer dank ausgebauterer Informatik detailliertere und systematischere Kontrollen durchführen zu können als kleinere Krankenversicherer.

Einer der kontaktierten Gesprächspartner wies darauf hin, dass die Krankenversicherung, für die er arbeitet, besonders strenge Kontrollen der eingereichten Rechnungen durchführe. Verschiedene Spitäler seien sich dieser Tatsache bewusst und würden deshalb bei den an diesen Versicherer gerichteten Rechnungen speziell auf Korrektheit achten.

Hinweisen eines interviewten Leistungserbringers zufolge besteht die Möglichkeit, dass einzelne Versicherer Versicherte mit ungünstigem Risiko stärker kontrollieren und vermehrte Rückfragen vornehmen als bei Versicherten mit besserem Risiko. Damit solle erreicht werden, dass Personen mit schlechteren Risiken den Versicherer wechseln.

### **Kontrolle von Leistungserbringern**

Zumindest ein indirekter Zusammenhang mit der Vergütungspraxis besteht in der Kontrolle von Leistungserbringern durch die Versicherer. Praktizierende Ärztinnen und Ärzte werden von Versicherern teils nach den von ihnen für vergleichbare Fälle verursachten Kosten be-

urteilt. Ärztinnen und Ärzte mit überdurchschnittlichem Kostenniveau werden als Vertragspartner/innen für spezielle Versicherungsmodelle (z.B. Hausarztmodell) nicht berücksichtigt. Problematische Folge dieses Verhaltens ist laut Aussage eines Leistungserbringers, dass z.T. medizinisch sinnvolle teure Verfahren oder Therapien zum Nachteil der Versicherten nicht angewandt würden, weil sich damit Leistungserbringer nicht als Vertragspartner spezieller Versicherungsformen ausschliessen lassen wollen.

### ***Fehlende Möglichkeiten der Einflussnahme bei der Leistungsvergütung***

Von Versichererseite wurde mehrfach erwähnt, dass eine restriktivere Kostenrückerstattung wünschbar wäre – wegen des positiven Effektes auf die Prämien nicht zuletzt auch im Interesse der Versicherten, d.h. ihrer Kundschaft. Allerdings wirken verschiedene Kräfte in umgekehrter Richtung; die Versicherer könnten beispielsweise folgende kostentreibende Entwicklungen nicht beeinflussen:

- Von der Pharmaindustrie würden ältere, billigere Medikamente aus dem Markt genommen und durch im Wesentlichen gleiche, neue und teurere ersetzt.
- Das Angebot im Gesundheitswesen sei nach wie vor (zu) gross, was die Nachfrage stimuliere. Dies betreffe sowohl den stationären Bereich, wo die kantonalen Spitalisten nach wie vor zu umfangreich seien, als auch die ambulante Versorgung. Wegen der zunehmenden Zahl von Leistungserbringern und der damit verbundenen Konkurrenz versuchten immer mehr Anbieter Leistungen über das KVG abzurechnen.

## **2.2 Betroffene Leistungsbereiche**

Im vorstehenden Kapitel 2.1 wurden die Probleme der Vergütungspraxis nach Bereichen dargestellt, die an die gesetzlichen Bestimmungen angelehnt sind. Mit dieser Gliederung nach Art der Probleme ist die Frage noch nicht beantwortet, in welchen *Leistungsbereichen* die Vergütungspraxis mit Schwierigkeiten verbunden ist. Die Frage nach den von den Problemen der Vergütungspraxis betroffenen Leistungsbereichen lässt sich nicht ganz eindeutig beantworten.

Wird auf die im Rahmen der vorliegenden Studie durchgeführten Interviews abgestellt, figuriert die medizinische *Rehabilitation* rein quantitativ gesehen an vorderster Stelle.<sup>14</sup> Es geht

---

<sup>14</sup> Diese Einschätzung der Gesprächspartner/innen weicht von den weiter unten wiedergegebenen Dossierauswertungen der Patientenstelle Zürich und der Ombudsstelle der sozialen Krankenversicherung ab. Dort figurieren Vergütungsprobleme in Zusammenhang mit der medizinischen Rehabilitation nicht an erster Stelle. Diese Unterschiede dürften zum einen aus der Tatsache erklärbar sein, dass sich die im Rahmen der vorliegenden Evaluation durchgeführten Interviews nicht allein auf Patientenvertretungen beschränkte, sondern sich auf einen grösseren Kreis von Institutionen stützte (Krankenversicherer, Amtsstellen, Leistungs-

hier vorab um die Frage, ob eine stationär durchgeführte Rehabilitation rückerstattungs-pflichtig sei oder nicht. An zweiter Stelle jeweils gleich häufig genannt wurden die Gynäko-logie, die Zahnmedizin und die Psychotherapie. Von Bedeutung sind sodann nach den Angaben aus den Interviews die Bereiche Spitex und Alterspflege, Komplementärmedizin und Krankentransporte.

Ein etwas anderes Bild ergibt sich aufgrund einer Analyse von ausgewählten Fällen der *Patientenstelle Zürich*. Zum Zweck der vorliegenden Evaluation wurde aus den nach Scha-densart klassierten Dossiers der Jahre 1998 – 2000 eine geschichtete Stichprobe von ins-gesamt 50 Fällen gezogen.<sup>15</sup> Die Patientenstelle Zürich zog die Stichprobe nach den Vor-gaben der Autoren dieser Studie und stellte das Material in anonymisierter Form zur Verfü-gung. Aufgrund dieses Materials wurden aus den 50 Dossiers die jeweils betroffenen Leistungsbereiche zusammengestellt.

Die Stichprobe von Fällen der Patientenstelle Zürich diente im Rahmen der vorliegenden Studie vorab zur Exemplifizierung von Problemen der Vergütungspraxis und nicht zur quantitativen Analyse der betroffenen Leistungsbereiche. Dennoch wird hier eine Zusam-menstellung der Fälle präsentiert; nicht mit dem Anspruch auf statistische Repräsentativi-tät, sondern als Veranschaulichung der Problemvielfalt aus einer begrenzten Zahl von Fäl-len, bei denen Versicherte durch die erwähnte Institution unterstützt wurden.

Tabelle 1 zeigt, dass bei den durch die Patientenstelle Zürich behandelten Fälle *Kuren* der am häufigsten umstrittene Leistungsbereich darstellte.<sup>16</sup> Dabei ging es zumeist darum, dass eine stationäre Kur von den Versicherern nicht als zweckmässig und wirtschaftlich anerkannt wurde. Ein Fall betraf zudem einen nicht-anerkannten Leistungserbringer.

Am zweithäufigsten von Problemen betroffen waren *zahnärztliche Leistungen* sowie Leis-tungen im oder aus dem *Ausland*. Soweit aus den Dossiers hervorgeht, bestand bei der Mehrheit der zahnärztlichen Streitfragen effektiv keine Leistungspflicht nach KVG.

Weiter von einiger Bedeutung war die ambulante Physiotherapie. Hier wurde von den Ver-sicherern meist die Wirtschaftlichkeit der Leistungen in Frage gestellt.

Verschiedene Leistungsbereiche traten bei der Patientenstelle Zürich sodann nur vereinzelt auf, darunter die Abgrenzung zwischen Krankheit und Nichtkrankheit, die stationäre medi-zinische Rehabilitation und die Komplementärmedizin.

---

erbringer). Zum anderen wäre denkbar, dass die Problematik der medizinischen Rehabilitation von den In-terviewpartnern/-innen quantitativ etwas überschätzt wurde, weil es sich bei diesem Problemkreis häufig um sehr teure und komplizierte Fälle handelt und die Bedeutung aus diesem Grund als besonders gross wahr-genommen wird.

<sup>15</sup> Die Grundgesamtheit bildeten 98 Dossiers der genannten Jahre, die mit der Schadensart „Leistungsverwei-gerung“ und dem Verursacher „Krankenkasse“ bezeichnet waren. Die Schichtung wurde nach dem Jahr des Erstkontaktes vorgenommen.

<sup>16</sup> Dass der Problemkreis „Kuren“ an erster Stelle figuriert, kann daran liegen, dass die Begriffe „Kur“ und „Re-habilitation“ sowohl von Patienten/-innen als auch von Ärztinnen und Ärzten mitunter verwechselt oder als gleichbedeutend verwendet werden. Allein diese uneinheitliche Anwendung dieser Begriffe kann zu Verwir-rungen und zu Problemen der Leistungsvergütung werden.

**Tabelle 1****Mit Problemen der Vergütungspraxis verbundene Leistungsbereiche der Patientenstelle Zürich, 1998 - 2000**

Betroffener Leistungsbereich	Anzahl ermittelte Problemfälle [1]
Kuren	9
Zahnärztliche Behandlung	7
Leistungen im oder aus dem Ausland	7
Physiotherapie (ambulant)	5
Mittel und Gegenstände	3
Abgrenzung Krankheit-Nichtkrankheit	3
Medizinische Rehabilitation (stationär)	3
Komplementärmedizin	2
Behandlungsmethodenausschluss (Anh. 1 KLV)	2
Verjährung - Verwirkung	2
Schleppende Dossierbehandlung	2
Medikamente	1
Spitex- und Pflegefallfragen	1
Abgrenzung zum UVG	1
Psychotherapie	1
Leistungssperre (Prämienzahlungsverzug)	1
Verrechnung Prämien-Leistungen	1
Ungenügende Versicherungsdeckung	1
Tarifprobleme	0
Transporte und Rettung	0
Leistungen bei Mutterschaft	0
HMO und Hausarztmodelle	0
Andere Leistungsfragen	0
<b>Total KVG-relevante Problemfälle [1]</b>	<b>52</b>
nicht KVG-relevante Fälle	9
<b>Total Problemfälle [1]</b>	<b>61</b>

[1] Stichprobe von 49 ausgewerteten Dossiers. In mehreren Dossiers sind zwei oder mehr Leistungsbereiche betroffen.

Quelle: *Patientenstelle Zürich (2001)*.

Eine umfangreiche Analyse des Datenmaterials aus dem Jahr 2000 wurde durch die *Ombudsstelle der sozialen Krankenversicherung* durchgeführt.<sup>17</sup> Aus einer Stichprobe von insgesamt 705 die OKP betreffenden Dossiers betraf der Streitgegenstand in 458 Dossiers und 509 Streitfragen die Leistungspflicht. Wie Tabelle 2 zeigt, dominierte hier der Leistungsbereich der *zahnärztlichen Behandlung* die Liste der Themen. An zweiter Stelle folgten *Tarifprobleme*, im Berichtsjahr vor allem solche in Zusammenhang mit den Mitte 1999 neu in den Leistungskatalog aufgenommenen komplementärmedizinischen Bereiche. Etwas weniger häufig betroffen waren die Leistungsbereiche *Medikamente* (vor allem Fragen der Limitationen), *Spitex- und Pflegefallfragen*, *Mittel und Gegenstände*, *Leistungen im oder aus dem Ausland*, *Komplementärmedizin* und *Abgrenzung Krankheit – Nichtkrankheit*. Diese – unvollständige – Aufzählung zeigt, dass bei den durch die Ombudsstelle der sozialen Krankenversicherung nebem dem dominierenden Thema der zahnärztlichen Behandlung eine Vielzahl von Leistungsbereichen betroffen waren. Diese umfangreiche quantitative Analyse bestätigt damit die Erkenntnisse aus den Interviews.

<sup>17</sup> Vgl. Ombudsman der sozialen Krankenversicherung (2001), S. 13 ff.

**Tabelle 2****Mit Problemen der Vergütungspraxis verbundene Leistungsbereiche der Ombudsstelle für die soziale Krankenversicherung, Jahr 2000**

(n = 458 die OKP betreffende Dossiers aus einer Stichprobe von insgesamt 705 Dossiers)

Leistungsrechtliche Streitgegenstände	Telefonische Anfragen	Schriftliche Dossiers	Total auf 458	% auf 458
Zahnärztliche Behandlung	38	36	74	16.2%
Tarifprobleme	23	17	40	8.7%
Medikamente	24	10	34	7.4%
Spitex- und Pflegefallfragen	15	15	30	6.6%
Mittel und Gegenstände	27	4	31	6.8%
Leistungen im oder aus dem Ausland	19	9	28	6.1%
Komplementärmedizin	24	5	29	6.3%
Abgrenzung Krankheit - Nichtkrankheit	14	13	27	5.9%
Transporte und Rettung	13	8	21	4.6%
Medizinische Rehabilitation (stationär)	10	10	20	4.4%
Abgrenzung zum UVG	14	2	16	3.5%
Leistungen bei Mutterschaft	12	2	14	3.1%
Behandlungsmethodenausschluss (Anh. 1 KLV)	10	5	15	3.3%
HMO und Hausarztmodelle	8	7	15	3.3%
Psychotherapie	14	1	15	3.3%
Kuren	8	3	11	2.4%
Leistungssperre (Prämienzahlungsverzug)	5	3	8	1.7%
Verrechnung Prämien-Leistungen	5	3	8	1.7%
Verjährung-Verwirkung	4	1	5	1.1%
Ungenügende Versicherungsdeckung	3	2	5	1.1%
Schleppende Dossierbehandlung	13	27	40	8.7%
Andere Leistungsfragen	15	8	23	5.0%
Total	318	191	509	

Quelle: Ombudsman der sozialen Krankenversicherung (2001), S. 16.

### 2.3 Exemplifizierung von Problemen der Leistungsvergütung anhand ausgewählter Fallbeispiele

Im Folgenden werden fünf Fallbeispiele zusammenfassend dargestellt. Die Angaben stammen von Dossiers der Patientenstelle Zürich und des „Beobachters“, die uns in verdankenswerter Weise Material in anonymisierter Form zur Verfügung gestellt haben.

Mit der Darstellung dieser Fallbeispiele sollen die in den vorstehenden Kapiteln in allgemeiner Form beschriebenen Problembereiche exemplifiziert werden. Die Auswahl der Fälle erhebt keinen Anspruch auf Repräsentativität. Zu erwähnen ist im Übrigen, dass aus den Dossiers nicht immer hervor ging, ob und in welcher Art die Fälle endgültig abgeschlossen sind.

### **2.31 Fallbeispiel 1: Zahnärztliche Behandlung; nicht eindeutige Regelung**

#### ***Angaben zum Fall***

Der Fall betrifft den Leistungsbereich der zahnärztlichen Behandlung und den Problembe-  
reich nicht eindeutiger Regelungen (vgl. Kap. 2.14). Die Versicherte hat Jahrgang 1980.  
Die Streitsumme beträgt ca. 15'000 Franken.

#### ***Fallbeschreibung***

Eine erste Bitte um Kostengutsprache für eine kieferchirurgische Behandlung, wurde dem  
Versicherer mit Beilage eines Zeugnisses des Leistungserbringers (Diagnose: Dysgnathie)  
im Juni 1997 zugestellt. Das Gesuch um Kostengutsprache wurde im Oktober 1997 mit der  
Begründung abgelehnt, dass ein Geburtsgebrehen vorliege, das die Voraussetzungen  
nach Art. 19a KLV nicht erfülle und somit keine Leistungspflicht bestehe. Ein Wiedererwä-  
gungsgesuch (vom Oktober 1997) wurde vom Versicherer im Dezember 1997 erneut ab-  
gelehnt.

Nach Einreichung eines Ergänzungszeugnisses im Oktober 1998 (Diagnose: Tiefbiss- so-  
wie Distalbisslage, zusätzliche schwere Schluckstörungen) wurde die Kostengutsprache im  
Januar 1999 vom Versicherer erneut abgelehnt, da laut Vertrauensarzt die Schluckstörun-  
gen nicht unter Art. 17 f., Punkt 2 KLV fallen.

Nach einem Telefongespräch zwischen Versicherer und Versicherten erliess der Versiche-  
rer im Juni 1999 eine von der Versicherten verlangte Verfügung, bei der er erneut darauf  
hinwies, dass die vorgesehene kieferchirurgische Behandlung keine Pflichtleistung der  
Krankenversicherung darstelle. Die Versicherte stellte dem Versicherer fristgerecht eine  
Einsprache (Juli 1999) sowie ein Zusatzzeugnis ihres Leistungserbringers (Aug. 1999) zu.  
Im Juli 1999 bat der Versicherer bis zum Einspracheentscheid um etwas Geduld, da zur  
Zeit viele Einsprachen pendent seien.

Im September 2000 stellte der Versicherer der Versicherten den Einspracheentscheid zu.  
In diesem wird die Einsprache vollumfänglich abgewiesen. Dies mit der Begründung, dass  
kein Geburtsgebrehen vorliege und somit für den Entscheid nur Art. 17f KLV herangezo-  
gen werden könne. Die erforderte Schwere des Einzelfalls könne jedoch nicht nachgewie-  
sen werden. Die Versicherte beantragte daraufhin die Aufhebung des Einsprache-  
entscheids (Okt. 2000). Die umstrittene Kieferbehandlung liess sie in der Zwischenzeit (Juli  
1999) durchführen.

Laut einer Verfügung des kantonalen Sozialversicherungsgerichts (Dez. 2000) will der Ver-  
sicherer die Lage neu beurteilen, da dieser, im Widerspruch zur Versicherten, behauptet,  
nichts von der durchgeführten Behandlung gewusst zu haben. Laut einer Verfügung des  
kantonalen Sozialversicherungsgerichts (Jan. 2001) erklärte sich die Versicherte damit  
einverstanden, den Prozess bis April 2001 zu sistieren, damit der Versicherer die Lage neu  
beurteilen kann.

### **Kommentar**

Am Fallbeispiel wird deutlich dass sich Probleme bei der Leistungsvergütung über einen sehr langen Zeitraum erstrecken können. Ersichtlich wird auch, dass es sich um einen hohen Betrag der umstrittenen Leistung handelt (15'000 Franken). Weiter wird deutlich, dass zur Klärung der Lage der Rechtsweg beschritten wird bzw. werden muss. Schliesslich zeigt sich, dass der Leistungserbringer durch seine Formulierung der Diagnose die Entscheidung des Versicherers bzw. des Vertrauensarztes des Versicherers beeinflussen kann.

## **2.32 Fallbeispiel 2: Spitalbedürftigkeit; Ermessensspielraum**

### **Angaben zum Fall**

Der Fall betrifft den Problembereich Ermessensspielraum bei der Beurteilung der Notwendigkeit eines stationären Aufenthalts (vgl. Kap. 2.15). Die Versicherte hat Jahrgang 1923. Die Streitsumme beträgt ca. 16'000 Franken.

### **Fallbeschreibung**

Die Versicherte wurde vom Leistungserbringer für die Dauer vom 10.-27.3.1999 in eine Klinik überwiesen (Diagnose: u.a. Erschöpfungsdepression, Muskelschwäche, Blutdruckprobleme, Diabetes). Der Leistungserbringer stellte dem Versicherer am 9.3.1999 ein Gesuch um Kostenübernahme. Dieses wurde vom Versicherer am 12.3.1999 abgewiesen mit der Begründung, dass keine Spitalbedürftigkeit für einen stationären Aufenthalt ausgewiesen sei. Trotz der Konkretisierung des Begriffs „Kuraufenthalt“ durch den Leistungserbringer (15.5.1999) und dem Hinweis auf ein mögliches Missverständnis blieb der Versicherer bei seinem Entscheid.

Die Versicherte wandte sich nach dem Entscheid der ablehnenden Kostengutsprache an die Ombudsstelle der sozialen Krankenversicherung, die ein entsprechendes Wiedererwägungsgesuch beim Versicherer eingereicht hat. Mit einer Stellungnahme des Vertrauensarztes, der sowohl die Stellungnahme des überweisenden Leistungserbringers wie auch den Patientenbericht des Leistungserbringers der Klinik zur Kenntnis nahm, lehnte der Versicherer die Leistungsvergütung erneut ab (10.11.1999). Dies nicht wegen der Verwendung des Begriffes „Kuraufenthalt“, sondern wegen einer medizinisch partiellen Überbehandlung der Versicherten, deren Behandlung ambulant (in der Praxis des Leistungserbringers sowie eventuell bei Spezialisten) hätte durchgeführt werden können. Die von der Versicherten subjektiv empfundene Nützlichkeit der Behandlung sowie die persönlichen Umstände seien dabei nicht relevant. Eine unwirtschaftliche Behandlung würde laut dem Versicherer auch über eine Zusatzversicherung nicht vergütet.

Auf die verlangte einsprachefähige Verfügung (23.12.1999) reagierte die Versicherte nicht mehr, da sie vor Gericht keine Chance zur Durchsetzung ihres Anliegens gehabt hätte.

**Kommentar**

Im vorliegenden Fall ist der Entscheid zur Kostenübernahme vom Versicherer erst nach bzw. während der Behandlung bei der Versicherten eingetroffen. Dies ist nicht auf eine schleppende Bearbeitung des Versicherers zurückzuführen, sondern auf die späte Gesuchstellung des Leistungserbringers. Es wird auch ersichtlich, dass die Formulierung eines Gesuchs eines Leistungserbringers an den Versicherer von Bedeutung sein kann, wenn dies hier auch nicht ausschlaggebend war. Die Leidtragende in diesem Fall ist die Versicherte, die die hohen Kosten (16'000 Franken) selbst bezahlen muss.

**2.33 Fallbeispiel 3: Komplementärmedizin; Nicht-Vergütung von nicht-pflichtigen Leistungen****Angaben zum Fall**

Der Fall betrifft den Leistungsbereich der Komplementärmedizin und den Problembereich der Nicht-Vergütung von nicht-pflichtigen Leistungen (vgl. Kap. 2.12). Der Geburtsjahrgang des Versicherten ist nicht bekannt. Die Streitsumme beträgt ca. 900 Franken.

**Fallbeschreibung**

Der Versicherte unterzog sich in der Zeit vom 8.9. bis 7.12.1999 einer Dampf-Massagen-Therapie, deren Kosten der Versicherer nicht vergütete, da die Therapie nicht durch die Grundversicherung gedeckt werden müsse und ausserdem von einer nicht anerkannten Leistungserbringerin erbracht worden sei. Im Widerspruch zur Leistungserbringerin behauptet der Versicherte, dass diese ihm vor der Therapie versichert hätte, die Kosten würden vom Versicherer vergütet. Die Leistungserbringerin ihrerseits behauptet, dass sie den Versicherten darauf aufmerksam gemacht hätte, dass sich die Krankenversicherer unterschiedlich verhalten würden und eine Abklärung der Kostenübernahme bei der Krankenversicherung empfehlenswert sei. Dies habe der Versicherte jedoch unterlassen. Um dem Versicherten entgegen zu kommen, bietet die Leistungserbringerin diesem zwei unentgeltliche Sitzungen an.

**Kommentar**

Auch wenn hier die Zusatzversicherung im Vordergrund steht, zeigt dieses Beispiel, dass es sowohl für die Versicherten wie auch für die Leistungserbringer sehr schwierig zu beweisen ist, in welchem Umfang sich die Parteien über eine mögliche Verweigerung einer Leistungsvergütung unterhalten haben. Verdeutlicht wird hier das Problem der Information, die sowohl auf Seite der Versicherten als auch auf Seite der Leistungserbringer mangelhaft sein kann. Häufig bestehen namentlich bei den Versicherten falsche Vorstellungen über den Umfang der Kostenübernahme durch Grund- und Zusatzversicherung. Die Kosten bei ambulanten Leistungen der Komplementärmedizin sind, wie an diesem Beispiel gezeigt, eher gering.

### **2.34 Fallbeispiel 4: Abgrenzung Krankheit/Nichtkrankheit; nicht eindeutige Regelung**

#### ***Angaben zum Fall***

Der Fall betrifft den Leistungsbereich der Abgrenzung von Krankheit und Nichtkrankheit, sowie den Problembereich nicht eindeutiger Regelungen (vgl. Kap. 2.14). Die Versicherte hat Jahrgang 1981. Die Streitsumme beträgt ca. 7'000 Franken.

#### ***Fallbeschreibung***

Der Versicherten wurde nach ausführlicher Diskussion mit dem Leistungserbringer ein chirurgischer Eingriff empfohlen, um die ungleich gewachsenen Brüste zu korrigieren (Diagnose: Mamma-Asymmetrie). Deshalb beantragte der Leistungserbringer, nach Absprache mit anderen Leistungserbringern, beim Versicherer eine Kostengutsprache (13.9.2000). Diese wurde vom Versicherer abgelehnt (20.9.2000). Gemäss geltender Rechtsprechung (EVG-Urteile) handle es sich ausschliesslich um eine ästhetische Korrektur. Auch ein berechtigtes und einfühlbares Anliegen ändere nichts daran, dass der Versicherer die strikten gesetzlichen Bestimmungen einhalten müsse.

Der Versicherten bleibt die Möglichkeit, vom Versicherer eine Verfügung zu verlangen und gegebenenfalls den Rechtsweg zu beschreiten.

#### ***Kommentar***

Am Fallbeispiel wird ersichtlich, dass sich der Versicherer an die gesetzlichen Bestimmungen bzw. an die Rechtsprechung halten muss und dass keine Kulanz besteht. Es zeigt sich auch, dass bei der Abgrenzung von Krankheit und Nichtkrankheit unklare(re) Regelungen bestanden, die aber mit diversen EVG-Urteilen konkretisiert wurden. Diese Praxis trifft auch bei anderen Leistungsbereichen zu, bei denen teilweise unklare Regelungen bestehen bzw. bestanden. Es wird auch ersichtlich, dass die Leistungserbringer teilweise unsicher sind, ob gewisse Leistungen vom Versicherer vergütet werden oder nicht. Schliesslich zeigt der Fall auch auf, dass trotz der teilweise kritisierten Ausweitung der KVG-pflichtigen Leistungen für einzelne Versicherte harte und unverständliche Situationen auftreten können.

### **2.35 Fallbeispiel 5: Mittel und Gegenstände (MiGeL); Nichtvergütung von Pflichtleistungen**

#### ***Angaben zum Fall***

Der Fall betrifft den Leistungsbereich der Mittel und Gegenstände (MiGeL) und den Problembereich der Nichtvergütung von Pflichtleistungen (vgl. Kap. 2.13), bei der teilweise KVG-pflichtige Leistungen nicht vergütet werden (vgl. Kap. 2.13). Die Versicherten sind eher älter. Die Streitsumme beträgt ca. 1 Franken pro Stück.

### **Fallbeschreibung**

Eine Beratungsstelle für ältere Personen hat festgestellt, dass nicht alle Versicherer der von ihnen betreuten Personen die verwendeten Inkontinenzhilfen vergüten. Deshalb schrieb die Stelle die Versicherer mit der Bitte an, die ausstehenden Beträge zu vergüten. Es handle sich um grosse Inkontinenzeinlagen, bei denen im Gegensatz zu mittleren Inkontinenzeinlagen keine Limitation bestehe.

Da diese Argumentation nicht von allen Versicherern akzeptiert wurde, verlangte die Stelle beim BSV eine Stellungnahme. Darin wurde darauf hingewiesen, dass bei grossen Inkontinenzeinlagen absichtlich keine Limitatio bestehe, da bei Personen, die diese benötigten, davon ausgegangen wird, dass ein Krankheitswert bestehe. Es dürften aber nicht, um die Limitation zu umgehen, grosse statt mittlere Inkontinenzeinlagen verwendet werden.

Mit dieser Stellungnahme wandte sich die Stelle erneut an die Versicherer, die nun teilweise einen ärztlichen Bericht verlangten, damit sie den Krankheitswert überprüfen könnten.

### **Kommentar**

An diesem Fall zeigt sich die unterschiedliche Vergütungspraxis der Versicherer. Während einige Versicherer die Leistungen vergüteten, verweigerten andere die Leistungen. Weiter wird ersichtlich, dass die Versicherer auch Leistungen überprüfen, bei denen es um sehr kleine Beträge geht.

## **2.4 Relevanz der Probleme der Vergütungspraxis**

Die Relevanz der Probleme der Vergütungspraxis kann in unterschiedlicher Weise ausgedrückt werden.

### **Häufigkeit von Problemen in Relation zur Gesamtzahl der Rechnungen**

Wie Anfragen bei mehreren Versicherern gezeigt haben, werden Probleme in Zusammenhang mit der Rückerstattung von Leistungen im Sinne der vorliegenden Studie nicht quantitativ erfasst oder statistisch ausgewertet. Die Häufigkeit von Problemen bei der Rückerstattung von Leistungen muss deshalb geschätzt werden.

Als Ansatzpunkt für Schätzungen kann die Zahl der Anfragen bei Versicherten- und Patientenorganisationen dienen. Diesbezüglich liegen Daten aus dem Jahr 2000 vor.

Die Auswertung einer Stichprobe von 1'000 Dossiers der *Ombudsstelle der sozialen Krankenversicherung* zeigt, dass in 458 von 705 die obligatorische Krankenpflegeversicherung betreffenden Dossiers ein Problem der Leistungsvergütung Gegenstand der Beratung

war.<sup>18</sup> Hochgerechnet auf die Gesamtheit von über 5'200 die OKP und die Zusatzversicherungen betreffenden Dossiers des Jahres 2000 ergibt sich eine Zahl von *rund 2'400 Problemfällen*, die einen leistungsrechtlichen Streitgegenstand der obligatorischen Krankenpflegeversicherung betrafen.

Ein Monitoring von Anfragen bei PatientInnen- und Versichertenorganisationen, das im Auftrag des BSV durchgeführt wurde, weist für 11 Monate des Jahres 2000 rund 1'250 Fälle aus, in denen die Leistungsvergütung als Problembereich registriert wurde.<sup>19</sup> Hochgerechnet auf das gesamte Jahr dürften rund 1'360 Problemfälle in Zusammenhang mit der Leistungsvergütung behandelt worden sein.

Unter Berücksichtigung von Doppelzählungen – laut dem Monitoring von Anfragen bei PatientInnen- und Versichertenorganisationen wurden rund 28 Prozent der Anfragenden an die Ombudsstelle der sozialen Krankenversicherung weitergeleitet – dürften *bei allen erwähnten Organisationen im vergangenen Jahr etwa 3'400 Problemfälle in Zusammenhang mit der Leistungsvergütung* behandelt worden sein.

Diese Zahl von 3'400 Problemfällen pro Jahr umfasst allerdings nur einen Teil sämtlicher Probleme, die in Zusammenhang mit der Vergütungspraxis aufgetreten sind. Zum einen bezieht sich die genannte Zahl lediglich auf diejenigen Fälle, in denen sich Patientinnen und Patienten bei einer der erwähnten Organisationen gemeldet haben. Wie weiter oben in diesem Bericht erwähnt, wird die Nichtvergütung von Leistungen von den Versicherten offenbar in jenen Fällen häufig mehr oder weniger problemlos akzeptiert, wenn es um geringe Geldbeträge geht (vgl. Kap. 2.12). Solche Fälle dürften wohl kaum jemals aktenkundig werden. Wie gross diese Dunkelziffer ist, lässt sich leider nicht feststellen.

Zum andern umfassen die Auswertungen der Ombudsstelle der sozialen Krankenversicherung und des Monitoring von Anfragen bei PatientInnen- und Versichertenorganisationen nicht sämtliche Problembereiche, die im vorliegenden Bericht identifiziert wurden. Nicht enthalten in den Zahlen der erwähnten Organisationen sind namentlich Probleme der Vergütungspraxis, die im Wesentlichen nur die Versicherer, nicht aber die Versicherten betreffen. Als Beispiele können hier die Vergütung von nicht-pflichtigen Leistungen sowie die für die Versicherer aufwändige Überprüfung von Voraussetzungen zur Vergütung bestimmter Leistungen angeführt werden. Eine Bezifferung dieser nicht in den Auswertungen der erwähnten Organisationen enthaltenen Problemfälle ist mangels Anhaltspunkte ebenfalls nicht möglich.

Einen Hinweis auf die quantitative Bedeutung der Probleme in Zusammenhang mit der Leistungsvergütung vermögen Erfahrungswerte über die Zahl bzw. den Anteil von durch Versicherer ausgestellten Verfügungen zu liefern. Auch dieser Wert ist mit Unsicherheiten behaftet, wird doch nicht jede/r Patient/in eine Verfügung verlangen, wenn Probleme der Leistungsvergütung im Sinne dieser Studie auftreten. Gestützt auf übereinstimmende Angaben von mehreren Versicherern kann davon ausgegangen werden, dass in ca. einem

---

<sup>18</sup> Vgl. Ombudsman der sozialen Krankenversicherung (2001), S. 13 ff. Die Gesamtstichprobe belief sich wie erwähnt auf 1'000 Dossiers. 705 Dossiers betrafen die OKP, 295 Dossiers Zusatzversicherungen, Taggeldversicherungen und nicht KVG-rechtliche Belange.

<sup>19</sup> Vgl. K. Faisst/J. Schilling (2001), S. 15. Beim erwähnten Monitoring wurden Anfragen bei folgenden Organisationen ausgewertet: Schweizerische Patientenorganisation, Patientenstellen, Fédération romande des consommatrices und Pro Mente Sana.

halben Prozent aller Leistungsabrechnungen eine Verfügung erlassen werden muss. Selbst wenn auch diese Zahl die effektiven Verhältnisse stark unterschätzt – das Problem der Leistungsvergütung dürfte vom quantitativen Gesichtspunkt nicht allzu sehr ins Gewicht fallen.

### ***Häufigkeit der Probleme der Vergütungspraxis im Vergleich zu anderen Problemen mit dem KVG***

Werden die Probleme der Vergütungspraxis in Relation zu anderen Problemen des KVG gesetzt, vermitteln die verfügbaren Informationen ein uneinheitliches Bild:

- Die Mehrheit der im Rahmen der vorliegenden Studie befragten Interviewpartner, nämlich *5 der 7 Versicherer, alle drei Patientenvertretungen und einer der 5 Leistungserbringer* waren der Meinung, solche Probleme tauchten im Vergleich zu anderen Problemen mit dem KVG *häufig* auf. 2 Leistungserbringer bezeichneten Probleme in Zusammenhang mit der Vergütungspraxis im Vergleich zu andern Problemen mit dem KVG als selten. Die übrigen, hier nicht erwähnten Befragten äusserten sich nicht zu dieser Frage.
- Auch die weiter oben zitierte Stichproben-Auswertung der Ombudsstelle der sozialen Krankenversicherung zeigt, dass Probleme der Vergütungspraxis im Vergleich zu anderen Problemen des KVG häufig auftreten. Im Jahr 2000 betrafen nämlich etwa zwei Drittel aller Dossiers den Problembereich der Leistungen. Mit je zwischen 5 und 10 Prozent fielen die Problemkreise „Beitritt und Ausschluss“, „Versichererwechsel“, „Prämien“ und „Kostenbeteiligung“ wesentlich weniger ins Gewicht.<sup>20</sup>
- Ein anderes Bild zeigt sich aufgrund der Inhaltsanalyse von Anfragen bei PatientInnen- und Versichertenorganisationen des Jahres 2000. Hier macht der Themenbereich „Leistungsvergütung“ nur rund 20 Prozent aller Fälle aus. Die Änderung des Versicherungsverhältnisses (knapp 40 Prozent aller Problemnennungen) und die Qualität der medizinischen Leistungserbringung (36 Prozent der Nennungen) fallen hier wesentlich stärker ins Gewicht als Probleme der Leistungsvergütung.<sup>21</sup>

### ***Entwicklung seit Einführung des KVG 1996***

8 der 16 im Rahmen der vorliegenden Studie befragten Institutionen, nämlich wiederum 5 der 7 Versicherer, 2 Leistungserbringer und 1 Patientenvertretung gaben an, die Häufigkeit von Problemen in Zusammenhang mit der Leistungsvergütung habe seit Inkraftsetzung des KVG *zugenommen*. Als Erklärung wurde einmal angeführt, dass die zunehmende Häufigkeit von Problemen auf die Ausweitung des Leistungskataloges zurückzuführen sei. Einmal wurde erwähnt, die kurze Einführungszeit des KVG, d.h. der kurze Zeitraum zwischen Erlass des Gesetzes und Inkraftsetzung, habe dazu geführt, dass die Probleme der

---

<sup>20</sup> Vgl. Ombudsman der sozialen Krankenversicherung (2001), S. 13. Die hier zitierten Zahlen betreffen ausschliesslich die Grundversicherung.

<sup>21</sup> Vgl. K. Faisst/J. Schilling (2001), S. 15. Die aufgeführten Zahlen beziehen sich auf die Grund- und die Zusatzversicherung.

Leistungsvergütung zugenommen hätten. Viele Fragen des Vollzuges hätten in der kurzen Zeit zwischen Gesetzeserlass und Inkraftsetzung nicht hinreichend geklärt werden können.

Für einen Versicherer und zwei Leistungserbringer hat sich die Häufigkeit nicht verändert, und zwei Patientenvertretungen gaben an, die Häufigkeit der Probleme der Leistungsvergütung habe abgenommen, weil die Versicherten i.d.R. besser informiert seien.

### ***Andere Probleme in Zusammenhang mit dem KVG***

Im Zusammenhang mit der Bedeutung der Probleme der Vergütungspraxis wurden die Gesprächspartner/innen der vorliegenden Studie auch dazu befragt, ob und welche *anderen Fragen* des KVG (d.h. Fragen, die nicht mit der Vergütungspraxis zusammen hängen) zu Problemen Anlass geben. Genannt wurden (in absteigender Reihenfolge der Anzahl Nennungen):

- Gestiegener Aufwand für die Administration (z.B. Überprüfung der Leistungsberechtigung)
- Neuregelung der Spitalfinanzierung
- Prämienanstieg
- Mahnwesen für Prämien, Mahnen säumiger Prämienzahler/innen
- Ausdehnung des Leistungskataloges
- Risikoausgleich
- Steigende Medikamentenpreise
- Tarife

## **2.5 Zusammenfassung der Problemanalyse**

Die vorstehenden Ausführungen zusammenfassend können die Probleme in Zusammenhang mit der Vergütung von Leistungen nach KVG in folgenden Punkten umschrieben werden:

- Im Vergleich zur Gesamtzahl aller Leistungsabrechnungen machen Problemfälle einen geringen Anteil aus. Sehr gering ist insbesondere der Anteil von Fällen, bei denen es zur Einschaltung Dritter (z.B. von Patientenvertretungen) oder zu Gerichtsurteilen kommt.
- Trotz geringem Anteil von dokumentierten Problemfällen wird aber der Vollzug des KVG in Bezug auf die Leistungsvergütung nicht immer als problemlos erachtet, dies insbesondere von den Versicherern. Schwierigkeiten bereitet vor allem die Überprüfung von Voraussetzungen für die Leistungsvergütung von Mitteln und Gegenständen, von bestimmten Diagnose- und Therapieverfahren sowie zum Teil auch von Medikamenten.

Hier werden die Vorschriften des KVG bzw. der einschlägigen Listen als zu detailliert empfunden. Der Aufwand für die Überprüfung der Leistungsvoraussetzungen ist mitunter erheblich, dies zum Teil wegen des Datenschutzes, der beispielsweise einer Offenlegung von Diagnosen auf den Rechnungen von Leistungserbringern Grenzen setzt. In einzelnen Fällen kann es bei der Überprüfung der Leistungsvoraussetzungen um sehr geringe Beträge von einigen hundert, teils sogar nur wenigen Franken gehen. Allerdings treten auch Problemfälle auf, bei denen es um Leistungen von über oder sogar mehreren 10'000 Franken geht.

- Die Probleme, die in Zusammenhang mit der Leistungsvergütung identifiziert wurden, können in sechs Bereiche gegliedert werden.

#### *1. Vergütung nicht-pflichtiger Leistungen:*

Es kann vorkommen, dass nicht KVG-pflichtige Leistungen vergütet werden, wenn die oben erwähnten Voraussetzungen der Leistungspflicht praktisch nicht oder nur mit unverhältnismässig grossem Aufwand überprüfbar sind (z.B. Beitrag an Brillengläser für eine/n Versicherte/n, der/die vor kurzem den Versicherer gewechselt hat).

#### *2. Nicht-Vergütung nicht-pflichtiger Leistungen und überhöhter Tarife:*

Hin und wieder kommt es vor, dass Leistungserbringer Therapien, Medikamente oder Mittel und Gegenstände verschreiben, die gemäss KVG nicht vergütungspflichtig sind. In diesem Fall dürfen die entsprechenden Leistungen von den Krankenversicherern nicht übernommen werden. Dies gilt z.B. auch bei Verschreibung von Medikamenten in Dosisstärken oder Packungsgrössen, die nicht auf der Spezialitätenliste aufgeführt sind. Auch kommt vereinzelt vor, dass Tarife in Rechnung gestellt werden, die über den behördlich festgelegten oder vertraglich vereinbarten liegen. Diese überhöhten Tarife dürfen ebenfalls nicht vergütet werden.

#### *3. Nicht-Vergütung von Pflichtleistungen:*

Dieses Problem kann auftreten, wenn bei einem Versicherer Fehler bei der Leistungsabrechnung unterlaufen oder wenn ein Leistungserbringer die erbrachte Leistung in seinem Bericht an den Versicherer zu wenig präzise begründet.

#### *4. Unklarheiten betreffend Leistungspflicht:*

Neben den oben aufgeführten Fällen, bei denen die gesetzlichen Grundlagen an sich klar formuliert sind, kann die Leistungspflicht für einzelne Bereiche nicht eindeutig beantwortet werden, weil die gesetzlichen Grundlagen nicht ausreichend klar sind. So sind z.B. auf der MiGeL *Produktearten* aufgeführt, was bei der Zuordnung einzelner, auf den Rechnungen aufgeführten Produkten (die, wenn überhaupt, meist mit dem *Markennamen* bezeichnet sind) zu Zuordnungsproblemen führen kann. Zudem sind verschiedene, in der KLV bzw. in Anhang 1 zur KLV verwendete Begriffe (z.B. Risikoschwangerschaft) nicht näher definiert. Schwierigkeiten in der Anwendung bietet Anhang 1 zur KLV verbreitet deshalb, weil es sich hier weder um eine reine Positiv- noch um eine reine Negativliste handelt.

#### *5. Ermessensspielraum bei Anerkennung einer Leistungspflicht:*

Wenn es beispielsweise darum geht, den für eine Leistungspflicht als notwendige Voraussetzung bezeichneten Krankheitswert einer gesundheitlichen Störung, die Notwendigkeit eines stationären Spitalaufenthaltes festzulegen oder einen Krankheitszustand als akut oder chronisch zu bezeichnen, bestehen bisweilen Ermessensspielräume.

Diese können namentlich dann zu Problemen führen, wenn von Versicherten beantragte Leistungen von Versicherern nicht übernommen werden, weil deren vertrauensärztliche Dienste die Situation anders einschätzen als die Versicherten oder die Leistungserbringer.

*6. Neue Verfahren und Methoden, neue Medikamente:*

Neue, in der KLV oder in Anhang 1 zur KLV (noch) nicht geregelte Verfahren und Methoden werden von den Versicherern übernommen, sofern davon ausgegangen werden kann, dass die Grundsätze von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfüllt sind. Liegen Hinweise vor, dass diese Grundsätze nicht erfüllt sind, übernehmen die Versicherer die Kosten nicht. Bei der Beurteilung von neuen Verfahren und Methoden können unterschiedliche Auffassungen bezüglich dieser Grundsätze bestehen: Während der eine Versicherer Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und/oder Wirtschaftlichkeit einer neuen Leistung bestreitet und die Kosten dafür nicht übernimmt, bestreitet vielleicht ein anderer Versicherer diese Grundsätze nicht und vergütet die entsprechenden Kosten. Zumindest bis eine allfällige Absprache unter den Versicherern zustande kommt, kann damit die Vergütungspraxis für gleiche Leistungen je nach Versicherer unterschiedlich ausfallen.

Von Versichererseite wurde im Übrigen bemängelt, dass es mitunter lange dauere, bis ein Entscheid (von der ELK oder von einem Gericht) gefällt werde, ob eine als umstritten bezeichnete Leistung vergütungspflichtig sei oder nicht.

Ähnlich gelagert wie bei neuen Verfahren und Methoden ist die Problematik bei neuen Medikamenten. Solange diese nicht auf der Spezialitätenliste figurieren, dürfen sie nicht von der OKP übernommen werden. Dies kann bedeuten, dass die betroffenen Patienten/-innen die Kosten für das neue Medikament selbst zu tragen haben. In Einzelfällen muss unter Umständen sogar auf den Einsatz eines (teuren) Medikamentes verzichtet und stattdessen auf ein vielleicht weniger geeignetes anderes Präparat ausgewichen werden.

- Namentlich in Fällen unklarer gesetzlicher Regelungen, bei Existenz von Ermessensspielräumen und bei neuen Verfahren und Methoden entstehen Unterschiede bei der Vergütungspraxis der Versicherer. Mit der unterschiedlichen Vergütungspraxis kommt es zwangsläufig auch zur Ungleichbehandlung von Versicherten.
- Sozusagen typische Bereiche, in denen Probleme der Leistungsvergütung auftreten, lassen sich nicht ausmachen. Im ambulanten Bereich (wo nach Einzelleistungstarif abgerechnet wird) stellen sich aber tendenziell häufiger Fragen der Leistungsvergütung als im stationären Bereich (wo die Rechnungsstellung nach Pauschaltarifen erfolgt). Häufiger Streitpunkt im ambulanten Bereich sind die zahnärztlichen Leistungen. Betroffen sind aber auch zahlreiche andere Bereiche wie Tarife, Medikamente, Mittel und Gegenstände oder die Agrenzung zwischen Krankheit und Nichtkrankheit. Bezüglich Kostenniveau handelt es sich sowohl um teure als auch um eher kostengünstige und häufig durchgeführte Leistungen.
- Betroffen von Problemen der Leistungsvergütung können alle Bevölkerungskreise sein (die medizinische Leistungen in Anspruch nehmen müssen). Eine speziell von Problemen der Leistungsvergütung betroffene Gruppe von Versicherten lässt sich nicht ausmachen.

- In der Einschätzung der Mehrheit der befragten Versicherer und Patientenvertretungen treten Probleme der Vergütungspraxis im Vergleich zu anderen Problemen des KVG „häufig“ auf. Geringer wird die Häufigkeit der Probleme durch die Leistungserbringer eingeschätzt. Der Einfluss des KVG auf die Häufigkeit des Auftretens von Problemen wird unterschiedlich taxiert. Während einige der Befragten der Meinung sind, Häufigkeit und vor allem Komplexität der Fragen hätten zugenommen, weisen zwei von drei befragten Patientenvertretungen darauf hin, dass die Probleme abgenommen hätten, weil die Versicherten im Allgemeinen besser orientiert seien.
- Ein nach Gruppen idealtypisches Verhalten von Versicherern lässt sich praktisch nicht nachweisen. Aus den im Rahmen der vorliegenden Studie durchgeführten Gesprächen lassen sich dennoch zwei Tendenzen ableiten: Nämlich zum einen, dass grössere Versicherer wegen ausgebauterer Administration und Informatik mehr Kontrollen der Leistungsberechtigung durchführen als kleinere Versicherer, und zum andern, dass Versicherer der französischsprachigen Schweiz eine restriktivere Vergütungspraxis ausüben (d.h. u.a. die bestehenden Ermessensspielräume enger interpretieren) als Versicherer aus der Deutschschweiz. Die restriktivere Vergütungspraxis in der Westschweiz ist vor dem Hintergrund des dort im Allgemeinen höheren Prämienniveaus zu sehen. Laut übereinstimmender Meinung von mehreren Befragten sei dieses Folge einer höheren Bereitschaft der Bevölkerung im lateinischen Sprachraum, medizinische und paramedizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen.
- Die Versicherer begründen ihre Kontrollpraxis mit dem gesetzlichen Auftrag, wonach keine Leistungen vergütet werden dürfen, die nicht im Leistungskatalog enthalten sind (vgl. Art. 34 KVG). Der Vollzug des KVG ist diesbezüglich als gut zu taxieren. Die Versicherer handeln aber damit auch im Interesse der Versicherten, die ja ihre Kundinnen und Kunden sind.

### 3. Massnahmenvorschläge

#### 3.1 Verbesserung der Information der Leistungserbringer sowie der Patientinnen und Patienten

Wie erwähnt verschreiben Leistungserbringer/innen hin und wieder Therapien und Medikamente, für die keine Leistungspflicht nach KVG besteht. Werden Patientinnen und Patienten nicht darauf aufmerksam gemacht, dass die entsprechenden Leistungen durch die OKP *nicht* gedeckt sind, und fehlt eine Zusatzversicherung, aus der die betreffenden Leistungen bezahlt werden können, übernehmen die Patienten/-innen diese Leistungen i.d.R. selbst. Dass in einem solchen Fall gemäss Art. 398 Abs. 2 OR die Leistungserbringer haftbar sind, wissen wohl die wenigsten Betroffenen.

Die – KVG-konforme – Nichtvergütung von nicht-pflichtigen Leistungen ohne vorherige Information durch den/die Leistungserbringer/in ist nach den uns vorliegenden Materialien zwar nur für Einzelfälle dokumentiert, kommt aber immerhin vor (vgl. Kap. 2.33). Wenn ein/e Leistungserbringer/in einer Patientin oder einem Patienten z.B. ein gängiges Medikament abgibt, das nicht auf der Spezialitätenliste figuriert, wird die finanzielle Belastung für den/die Patienten/-in meist gering ausfallen. Dies erklärt auch, weshalb diese sehr häufig die Nichtvergütung von Leistungen ohne weitere Rückfragen akzeptieren (vgl. dazu z.B. Kap. 2.12 und Anhang 2, Interview mit Krankenversicherer 7). Dieser geschilderte Fall kann als „Schönheitsfehler“ bezeichnet werden. Dennoch dürften gerade Personen, die nur über eine Grunddeckung in der Krankenversicherung verfügen, häufig nicht zu den finanziell gut situierten zählen. Abgesehen davon sollten alle Versicherten davon ausgehen können, dass Leistungen durch die OKP gedeckt sind, wenn sie nicht in anderem Sinn orientiert werden.

Besonders problematisch wird es, wenn ein/e Leistungserbringer/in Leistungen mit hohen Kostenfolgen verordnet, die gemäss KVG nicht vergütungspflichtig sind, ohne die Versicherten über die fehlende oder allenfalls in Frage stehende Versicherungsdeckung zu orientieren.

Wie die Problemanalyse zeigte, sind Leistungserbringer/innen nicht immer über die Leistungspflicht im Detail informiert. Diesem Manko sollte durch gezielte Aus- oder Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten begegnet werden. Wichtig ist nach Meinung der Autoren, dass sich die Ärzteschaft über die am meisten von ihnen verschriebenen Medikamente und Verfahren informiert und diese Informationen auch periodisch überprüft.

Folgende Einzelmassnahmen dürften einen Beitrag zur Verbesserung des Informationsstandes der Leistungserbringer leisten:

- Schaffung einer homepage für die Ärzteschaft mit Informationen über KVG-anerkannte und nicht anerkannte Verfahren, Methoden und Leistungserbringer. Grundlagen für eine solche homepage bestehen bereits zum Teil auf verschiedenen websites (z.B. Spezialitätenliste, KLV und Anhang 1 zur KLV, Verzeichnis KVG-anerkannter Leistungserbringer der Komplementärmedizin). Ergänzt werden müssten u.a. Angaben über KVG-anerkannte Leistungserbringer des paramedizinischen Sektors.

Als Träger einer solchen homepage kommen die FMH in Zusammenarbeit mit *santé-suisse* (vormals KSK) in Frage. Gerade die letzterwähnte Organisation kann einen we-

sentlichen Beitrag dazu leisten, indem Probleme der Leistungsvergütung frühzeitig auch den Leistungserbringern mitgeteilt werden. Eine solche Informationspolitik dürfte nicht zuletzt im Interesse der Versicherer liegen, können sie doch damit Probleme bei der Rückvergütung von Leistungen vermindern.

- Systematische Verbreitung der Information über die Pflicht von Leistungserbringern, Patientinnen und Patienten zu informieren, wenn sie Leistungen erbringen oder verschreiben, die nicht von der OKP übernommen werden bzw. wenn die Leistungspflicht nicht eindeutig feststeht (inkl. Hinweis auf die Haftung gem. Art. 398 Abs. 2 OR). Die entsprechenden Informationen können z.B. in Form von Artikeln in Facheitschriften (z.B. Ärztezeitung) sowie auf einer vor allem von der Ärzteschaft konsultierten homepage verbreitet werden. Auch für diese Massnahme kommt in erster Linie die FMH in Frage.
- Explizite Aufnahme des Themas von KVG-pflichtigen bzw. –nichtpflichtigen Leistungen gemäss KVG in eine Lehrveranstaltung der Mediziner/innen-Ausbildung. Im Vordergrund steht das Fach Versicherungsmedizin. Für dieses Fach werden in der zweiten Hälfte des Jahres 2001 ein einheitlicher Lernzielkatalog sowie ein einheitliches Vorlesungsskriptum für die Universitäten Basel, Bern, Genf, Lausanne und Zürich erarbeitet.<sup>22</sup> Hier bietet sich eine günstige Gelegenheit, das Thema der Leistungsvergütung im Rahmen des KVG als Teil des Lehrplanes in der Mediziner/innen-Ausbildung zu verankern.

Zu einer verbesserten Information der Versicherten sowie zur Vermeidung von Streitigkeiten könnte ein Formular dienen, das im Falle der Erbringung oder Vermittlung von nicht KVG-pflichtigen Leistungen von den Leistungserbringern/-innen an die Patientinnen und Patienten abgegeben wird. Ärzte bzw. andere Leistungserbringer/innen können ein solches Formular von ihren Patientinnen und Patienten unterzeichnen lassen. Damit können sie in allfälligen Streitfällen nachweisen, dass sie ihrer Informationspflicht nachgekommen und für allfällig entstandene Kosten nicht haftbar sind. Ausarbeitung und Verbreitung eines solchen Formulars könnten ebenfalls durch die FMH erfolgen.

### **3.2 Vereinfachung der MiGeL**

Wie in diesem Bericht gezeigt, ist aufgrund der MiGeL nicht immer ersichtlich, ob ein auf der Rechnung eines Leistungserbringers figuriender Gegenstand der in der MiGeL aufgeführten Produktkategorie entspricht und damit leistungspflichtig ist. Oftmals (aber nicht immer!) handelt es sich um Mittel und Gegenstände, deren Kosten weit unter 100 Franken liegen. So berechtigt das Anliegen ist, auch kostengünstige Leistungen zu begrenzen, muss doch der Kontrollaufwand für die Versicherer als bedeutend taxiert werden.

---

<sup>22</sup> Laut Auskunft von Dr. med. Ch. A. Ludwig, Chefarzt SUVA und ab Herbst 2001 Lehrbeauftragter für Versicherungsmedizin an der Universität Bern.

Es wäre deshalb zu überlegen, ob die MiGeL nicht vereinfacht werden könnte, und zwar insofern, als die *Entschädigung für kostengünstige Mittel und Gegenstände weniger stark differenziert und gegebenenfalls an weniger Limitationen gebunden* wird. Als Beispiel sei hier auf Position 15 MiGeL (Inkontinenzhilfen) hingewiesen, wo die Ansätze für Inkontinenzeinlagen verschiedener Saugleistung oder Netzhosen unterschiedlicher Grösse relativ stark differenziert sind, wobei die Unterschiede zwischen einzelnen Positionen teilweise nur 20 Rappen betragen. Eine Überprüfung, welche Inkontinenzhilfen im Einzelfall verwendet wurden, dürfte für die meisten Versicherer mit beträchtlichen Umtrieben und administrativen Kosten verbunden sein und in einem schlechten Verhältnis zu allfälligen Einsparungen auch bei vielfachem Einsatz dieser Hilfsmittel stehen.

Kostengrenzen und Limitationen sind bei teureren Mitteln und Gegenständen aber durchaus sinnvoll. Als Beispiel sei hier auf Blutzucker-Messgeräte (MiGeL 21.02) verwiesen, die nur insulinabhängigen Diabetiker/innen vergütet werden, und zwar maximal 1 Gerät alle drei Jahre zu höchstens Fr. 250.--. Blinde und stark sehbehinderte insulinabhängige Diabetiker/innen haben Anrecht auf die Vergütung eines Gerätes mit Sprachausgabe, das zu einem wesentlich höheren Preis vergütet wird.

### 3.3 Überprüfung und raschere Aktualisierung der Spezialitätenliste

Die Spezialitätenliste enthält alle von der OKP vergütungspflichtigen Medikamente. Neben den Substanzen sind die verschiedenen Darreichungsformen, Dosisstärken, Packungsgrössen und Preise der Medikamente aufgeführt. Nicht in der SL enthaltene Dosisstärken, Packungsgrössen und Darreichungsformen von Medikamenten sowie alle nicht in der SL aufgeführten Medikamente (u.a. neu auf dem Markt eingeführte) dürfen nicht von der Grundversicherung vergütet werden.

Laut Aussagen mehrerer Interviewpartner/innen führt dies immer wieder dazu, dass medizinisch wirksame Therapien nicht durchgeführt werden können und dass weniger wirksame (vielleicht auch teurere) Medikamente eingesetzt werden müssen. Dass von bestimmten Medikamenten nicht alle Packungsgrössen vergütungspflichtig sind, habe häufig zur Folge, dass mehrere kleinere Packungen zu relativ höheren Preisen verschrieben und von den Versicherern übernommen werden müssten.

Vor dem Hintergrund dieser Tatsachen wäre die Modifikation der SL in zweifacher Hinsicht sinnvoll: Zum einen wäre zu überprüfen, ob die *Beschränkung der SL auf bestimmte Dosisstärken und Packungsgrössen* vom medizinischen Standpunkt aus wirklich sinnvoll ist. Wenn keine zwingenden Gründe dafür sprechen, sollten *diese Beschränkungen in der SL fallen gelassen* werden.

Eine zweite Stossrichtung wäre die raschere Aktualisierung der SL, damit neue Medikamente so rasch als möglich aufgenommen werden könnten, sobald die zuständige Be-

hörde sie zum schweizerischen Markt zugelassen hat. Neue Medikamente sind allerdings in der Regel teurer als solche, die bisher für die gleiche Indikation eingesetzt wurden.<sup>23</sup> Ob der Einsatz von neuen (teureren) Medikamenten einen negativen Einfluss auf die Wirtschaftlichkeit hat, ist allerdings häufig nur schwer zu beurteilen, weil erstere vielfach nur beschränkt mit anderen Arzneimitteln vergleichbar und im Ausland kaum im Handel sind. Die Wirtschaftlichkeit muss deshalb im Aufnahmeverfahren sorgfältig geprüft werden. Insgesamt gilt es hier, einen sinnvollen Mittelweg zwischen medizinischen und ökonomischen Postulaten zu finden.

### 3.4 Anhang 1 zur KLV: Umbau und raschere Anpassung

Anhang 1 zur KLV ist offensichtlich häufiger Anlass von Unklarheiten bezüglich KVG-Leistungspflicht. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass es sich bei diesem Anhang weder um eine reine Positiv- noch um eine reine Negativliste handelt. Für bestimmte Massnahmen wird eine Leistungspflicht bejaht (allenfalls nur unter bestimmten Voraussetzungen und/oder zeitlicher Befristung), für andere Massnahmen wird eine Leistungspflicht verneint. Beispiele von Schwierigkeiten in Zusammenhang mit der Leistungsvergütung, die mit Anhang 1 zur KLV zusammen hängen, wurden ausführlich in Kapitel 2.14 dargelegt.

Hintergrund der uneinheitlichen Regelung in Anhang 1 zur KLV bildet die Tatsache, dass hier im Wesentlichen Fälle Eingang finden, zu denen sich die Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen (ELK) geäussert hat. Die ELK behandelt nicht sämtliche, sondern lediglich neue oder umstrittene Leistungen (vgl. Art. 33 KVG).

Dieses Vorgehen weist den Vorteil auf, dass sich nicht eine Kommission mit *sämtlichen* Fragen der Leistungspflicht beschäftigen muss. Andererseits ist damit der Inhalt von Anhang 1 zur KLV zu einem Teil von Zufälligkeiten bestimmt und sorgt wie erwähnt in der Praxis für Unklarheiten.

Mit einer Abkehr vom jetzigen System könnten Unklarheiten und Unsicherheiten über die Leistungspflicht verringert werden. Einerseits wäre denkbar, dass sich *Anhang 1 zur KLV* nicht nur auf die umstrittenen, sondern *auf sämtliche Leistungen* erstreckt, mit dem Ziel, möglichst wenig umstrittene Leistungsbereiche überhaupt entstehen zu lassen. Diese Lösung würde allerdings sehr eingehende und regelmässig stattfindende Diskussionen in der ELK erfordern. Ob dieses Vorgehen mit der gegebenen Grösse und Zusammensetzung der ELK (breite Abstützung in Versicherer-, Ärzteschafts-, Spital- und andern Kreisen) möglich und sinnvoll ist, muss dahingestellt bleiben. Die jetzigen Vertreter in der ELK sind hauptberuflich in ihren Stammgebieten tätig, die sie in der ELK vertreten. Als Entlastung dieser Kommission müsste wohl ein Fachgremium eingesetzt oder eine spezielle Stelle im BSV geschaffen werden (vgl. unten).

---

<sup>23</sup> Bei neuen, innovativen Medikamenten gewährt das BSV einen Innovationszuschlag zur Abgeltung der Forschungskosten.

Eine zweite Möglichkeit des Umbaus von Anhang 1 zur KLV besteht darin, diesen als *reine Positiv-* oder als *reine Negativliste* auszugestalten. Die KLV umschreibt diejenigen Leistungen, die vergütungspflichtig sind. Es handelt sich hier also im Prinzip um eine Positivliste. Denkbar wäre ein Umbau auch von Anhang 1 zur KLV im selben Sinn, d.h. es würden nur diejenigen Leistungen (und Voraussetzungen) aufgeführt, für die eine Leistungspflicht stipuliert wird. Alle anderen Leistungen wären nach diesem System automatisch ausgeschlossen. Damit Anhang 1 zur KLV möglichst wenig hinter der Entwicklung nachhinkt, müsste dieser in kurzen Abständen aktualisiert werden.

Dies gilt im Übrigen auch für den Fall, dass Anhang 1 zur KLV als reine Negativliste ausgestaltet würde. Alle nicht explizite ausgeschlossenen Leistungen wären nach diesem System vergütungspflichtig. Damit besteht aber eine gewisse Gefahr, dass sich das Angebot für (KVG-pflichtige) Leistungen stark ausweitet und die Kosten entsprechend steigen. Allerdings kann damit auch erreicht werden, dass neue kostengünstigere Verfahren (z.B. in der Mikrochirurgie) rascher von der Grundversicherung übernommen werden können. Um dem Kostenanstieg nicht Vorschub zu leisten, müsste wie erwähnt Anhang 1 zur KLV in zeitlich kurzen Abständen aktualisiert werden.

Eine rasche Nachführung von Anhang 1 zur KLV ist ausserdem auch deshalb sinnvoll, weil damit bei neuen, noch nicht geregelten Leistungen die Unsicherheiten in Bezug auf die Vergütungspflicht – mehrere kontaktierte Institutionen empfanden die Zeitspanne bis zur Regelung von neuen Leistungen als (zu) lange – zeitlich begrenzt werden können. Hier stellt sich wiederum die Frage, ob mit der ELK ein Organ existiert, das rasch Entscheide über die Leistungspflicht bzw. entsprechende Empfehlungen zu Handen des Bundesrates treffen kann. Es fragt sich, ob nicht eine Stelle innerhalb des BSV bei auftauchenden Unklarheiten über die Leistungspflicht von neuen Methoden und Verfahren zumindest vorläufige Entscheide fällen kann. Bis zu einem allfällig späteren Entscheid der ELK (bzw. zu einer entsprechenden Empfehlung zu Handen des Bundesrates) könnten damit wenigstens hängige Fälle zügig und in einheitlicher Weise bearbeitet werden.

### **3.5 Einführung von Zahlungsfristen für die Rückerstattung von Leistungen**

Obwohl fehlende Fristen für die Rückerstattung von Leistungen nicht als gravierendes Problem bezeichnet wurden, kann eine verzögerte Leistungsabrechnung für einzelne Versicherte zu empfindlichen finanziellen Problemen führen. Schuldner von Leistungserbringern sind – im ambulanten Bereich – bekanntlich die Patientinnen und Patienten. Sie haben die erhaltenen Rechnungen i.d.R. innert 30 Tagen zu begleichen.

Die Einführung von Zahlungsfristen für Leistungsabrechnungen durch Versicherer im KVG könnte solche Probleme stark mindern. Eine Ergänzung des KVG in dieser Hinsicht dürfte wohl als unbestritten und zweckmässig gelten.

### 3.6 Bessere Transparenz der Leistungsabrechnungen

Wie vorstehend erläutert wurde im Rahmen der geführten Interviews darauf hingewiesen, dass Leistungsabrechnungen mitunter sehr unübersichtlich sind. Von allen Versicherern eine einheitliche Leistungsabrechnung zu verlangen, müsste allerdings als unverhältnismässiges Postulat angesehen werden, dessen Notwendigkeit nicht einzusehen wäre.

Dass aber *Leistungsabrechnungen von einer Person mit Abschluss der obligatorischen Schulzeit und ohne spezielle KVG-Kenntnisse verstanden werden sollten*, müsste eigentlich bei allen Versicherern als selbstverständlicher Dienst an der Kundschaft verstanden werden.

Zur Transparenz der Leistungsabrechnungen gehört auch ein *verständlicher Hinweis, warum eine zur Vergütung eingereichte Leistung gegebenenfalls nicht zurückerstattet werden kann*. Dass es aus Datenschutzgründen nicht immer möglich ist, eine detaillierte Begründung einer Leistungsablehnung anzuführen, ist verständlich und insofern notwendig, weil das Personal von Leistungsabteilungen nicht über Angaben aus der Krankengeschichte von Versicherten verfügen darf. In solchen Fällen sollten die Versicherten aber darauf hingewiesen werden, entsprechende Auskünfte bei den vertrauensärztlichen Diensten einholen zu können. In jenen Fällen, die aus Datenschutzgründen nicht problematisch sind, sollte eine aussagekräftige, allgemein verständliche Begründung angebracht werden.

Es wäre zu begrüssen, wenn eine bessere Transparenz der Leistungsabrechnungen auf freiwilliger Basis zustande käme, z.B. indem die die Patientenseite vertretenden Organisationen zusammen mit *santésuisse* als Dachverband der Krankenversicherer *Empfehlungen über Inhalt und Darstellung von Leistungsabrechnungen* ausarbeiten und die betreffenden Versicherer in dieser Sache direkt angehen würden. Sollten sich Probleme mit unverständlichen Leistungsabrechnungen oder ungenügend begründeten Ablehnungen der Kostenübernahme nicht verringern, wäre die Aufnahme einer diesbezüglichen Regelung in das KVG anzustreben.

### 3.7 Einheitliche Kriterien bei Entscheiden mit Ermessensspielraum

Es versteht sich von selbst, dass Unsicherheiten in Fällen, in denen ein Ermessensspielraum bezüglich Leistungspflicht besteht, nicht völlig beseitigt werden können. Einheitliche Beurteilungskriterien innerhalb der vertrauensärztlichen Dienste der einzelnen Versicherer sowie auch zwischen den vertrauensärztlichen Diensten der verschiedenen Versicherer verhelfen dazu, dass überall formal gleich vorgegangen wird. Dies reduziert das Risiko von Ungleichbehandlungen von Versicherten in vergleichbaren Fällen. Auch für die vertrauensärztlichen Dienste dürfte ein formal standardisiertes Vorgehen in Form von einheitlichen Beurteilungskriterien von Vorteil sein und dazu verhelfen, dass Ermessensentscheide fundierter gefällt werden können.

Eine Formalisierung der Entscheidkriterien für Fälle mit Ermessensspielraum dürfte am besten durch die Schweizerische Gesellschaft der Vertrauensärzte bewerkstelligt werden können. In diesem Forum dürfte ausserordentlich viel know-how über Fälle vorhanden sein, bei denen Ermessensspielräume bei der Beurteilung der Leistungspflicht eine Rolle gespielt haben. Eine Zusammenstellung der Beurteilungskriterien z.B. anhand von dokumentierten Fallbeispielen würde eine wertvolle Ergänzung zum existierenden „Manual der Schweizer Vertrauensärzte“ darstellen.



## Anhang 1: Kontaktierte Institutionen

### Patientenvertretungen

- Ombudsstelle der sozialen Krankenversicherung, Luzern  
Herren G. Eugster und R. Luginbühl
- Patientenstelle Zürich  
Frau R. Dual
- Der Beobachter, Zürich  
Herr W. Ilg, Frau U. Brack-Kudlaty

### Amtsstellen

- Bundesamt für Sozialversicherung  
Frau S. Aebischer (Sektion Aufsicht und Expertisen), Frau H. Bruggisser (Sektion Rechtsfragen), Herr J. Schürer (Hauptabteilung Kranken- und Unfallversicherung)

### Krankenversicherer

- Assura, Assurance-maladie et accidents, Pully  
Monsieur C. Goy, directeur-adjoint
- Helsana Versicherungen, Zürich  
Herren C. Beusch (Unternehmenskommunikation), P. Brönnimann (Leistungsmanagement)
- Philos, Caisse-maladie et accidents, Montreux  
Messieurs P. Rochat (directeur section FRV) , J. Wehrli (Chef prestations AMBB), Mme Dubuis (Chef prestations FRV)
- Provita Gesundheitsversicherung, Winterthur  
Herr W. Edelmann, Verantwortlicher für Leistungsabrechnungen
- Sanitas Krankenkasse, Zürich  
Frau I. Vautravers (Generalsekretärin), Herr W. Günther (Leiter Departement Leistungen)
- Supra Caisse-maladie, Lausanne  
Mess. J.J. Chapuis (responsable de l'unité des prestations), Sollberger, Magnin, Rossi;  
Frau Cossy (tous collaborateurs de l'unité des prestations)
- Visana Krankenkasse, Bern  
Frau A. Thommen (Leiterin vertrauensärztlicher Dienst), Herr M. Anliker (vertrauensärztlicher Dienst), Herr B. Renevey (Unternehmenskommunikation)

**Leistungserbringer**

- Herr R. Guetg, Bern, Dr. med. FMH für innere Medizin  
Vertrauensarzt des KSK
- Regionalspital Emmental, Burgdorf  
Herr M. Rickenbacher, Direktor
- Schweizerischer Apothekerverein  
Herren M. Brentano (Präsident), D. Jordan (Vizepräsident)
- Spitex-Verband Schweiz, Bern  
Frau B. Mazenauer, Zentralsekretärin
- Dr. J. Zollikofer, Ossingen, Dr. med. FMH für allgemeine Medizin,  
nebenamtlicher Vertrauensarzt, Schweiz. Gesellschaft der Vertrauensärzte (SGV)

## **Anhang 2: Zusammenfassung der Interviews**

### **Interview mit Patientenvertretung 1**

#### **1. Betroffene Leistungsbereiche**

Erwähnte Leistungsbereiche, bei denen Probleme auftreten können, sind die Überweisung von einer Akut- in eine Rehabilitationsklinik, die Abgrenzung zwischen Krankheit und Nichtkrankheit, der Übergang vom Akut- zum Pflegefall, die Alternativmedizin, zahnärztliche Behandlungen sowie der Spitex- und Pflegebereich.

Der am häufigsten auftretende leistungsrechtliche Streitgegenstand ist die zahnärztliche Behandlung. Ebenfalls häufig treten Probleme mit Medikamenten sowie mit Mitteln und Gegenständen auf. Weiter sind die medizinische Rehabilitation und Kuren, die Spitex- und Pflegefallfragen, die Leistungen im Ausland, die komplementärmedizinischen Leistungen sowie die Abgrenzung zwischen Krankheit und Nichtkrankheit oft auftretende Streitgegenstände.

#### **2. Allgemeine Bemerkungen**

Problematisch bei den erwähnten Leistungsbereichen ist die Frage, ob der jeweilige Einzelfall KVG-pflichtige Leistungen betrifft oder nicht. Für den Versicherer besteht z.T. ein gewisser Ermessensspielraum, der zu einer ungleichen Behandlung der Versicherten führen kann. Dieser Ermessensspielraum kann seinen Ursprung in den nicht immer klar ausformulierten Regelungen der gesetzlichen Grundlagen (KLV, KLV Anhang 1, SL) haben. Die Versicherer haben teilweise eine unterschiedliche Praxis, wie sie mit diesem Ermessensspielraum umgehen. Seit der Einführung des KVG ist der Ermessensspielraum jedoch kleiner geworden. Von der ungleichen Behandlung sind nicht nur bestimmte Personengruppen betroffen, es handelt sich dabei aber tendenziell um teurere Leistungen.

#### **3. Probleme bei der Vergütung von Leistungen**

##### ***Ausgeschlossene Leistungen***

Im stationären Bereich werden vom Versicherer teilweise nicht KVG-pflichtige Medikamente vergütet; in der pauschalen Abrechnung ist dies nicht ersichtlich. Wird dem Versicherten das selbe Medikament nach dem stationären Aufenthalt verordnet, wird für den Versicherer (durch Abrechnung im Einzelleistungstarif) ersichtlich, dass das Medikament nicht KVG-pflichtig ist und dieser verweigert zu Recht die Vergütung. Für den Versicherten ist diese Situation nur schwer verständlich.

Auch werden von Leistungserbringern teilweise Methoden angewandt, die nicht KVG-pflichtig sind, dies ohne die Versicherten über die fehlende oder unsichere Leistungspflicht zu orientieren.

Eine verbesserte Information durch die Leistungserbringer könnten solche Probleme vermeiden helfen.

### ***Tarifschutzverletzungen***

Im System des Tiers garant verrechnen Leistungserbringer für ihre Leistungen teilweise zu hohe Tarife. Die Versicherer vergüten aber nur den festgelegten Tarif, so dass die Differenz zu Lasten der Versicherten geht. Dieses Problem tritt meistens im ambulanten Bereich auf, führt zu relativ häufigen Anfragen und betrifft nicht nur spezielle Gruppen von Versicherten. Die Versicherer sollten die Versicherten bei der Durchsetzung des anerkannten Tarifs unterstützen. Die Praxis der Versicherer ist aber unterschiedlich, was eine Ungleichbehandlung der Versicherten zur Folge hat.

### ***Kostenbeteiligung und Leistungsabrechnungen***

Bei der Anrechnung von Franchise und Kostenbeteiligung werden die Versicherten von den Versicherern teilweise mangelhaft informiert. Im Übrigen differiert die Vergütungspraxis der Versicherer teilweise (Beiträge an Brillengläser werden mit oder ohne Anrechnung von Franchise vergütet). Ebenfalls ungenügend sind die teilweise unübersichtlichen Leistungsabrechnungen.

### ***Medikamente (SL)***

Es gibt Medikamente auf der SL, die nur in bestimmten, meist kleineren Packungsgrößen KVG-pflichtig sind. Die gleiche Dosierung in einer anderen, meist grösseren Packung ist nicht auf der SL aufgeführt und damit nicht KVG-pflichtig. Das kann dazu führen, dass ein von Leistungserbringern in einer nicht KVG-pflichtigen Packungsgrösse verordnetes Medikament von den Versicherten selbst bezahlt werden muss.

### ***Vergütungspraxis der Versicherer***

Bei der Vergütung von Leistungen kann es je nach Versicherer zu unterschiedlichen Verzögerungen kommen, was mit temporären Informatikproblemen zusammenhängen kann.

Ebenfalls eine unterschiedliche Praxis der Versicherer besteht bei der Verrechnung von Leistungsbeteiligungen und ausstehenden Prämien

#### **4. Relevanz der Problematik der Leistungsvergütung**

Die Problematik der Vergütungspraxis tritt relativ häufig auf und betrifft etwa die Hälfte aller Fälle zum Problemkreis Leistungen. Die Häufigkeit der Probleme hat seit der Einführung des KVG eher abgenommen und die Themen haben sich verändert.

Andere relevante und im Zusammenhang mit dem KVG stehende Probleme betreffen die Prämien und die Mitgliedschaft.

## Interview mit Patientenvertretung 2

### 1. Betroffene Leistungsbereiche

Von der Patientenvertretung erwähnte Leistungsbereiche, bei denen Probleme auftreten können, sind die Gynäkologie, die Rehabilitation, die Psychotherapie, die Abgrenzung zwischen Krankheit und Nichtkrankheit, die neuen Techniken sowie die Hilfsmittel.

### 2. Probleme bei der Vergütung von Leistungen

#### ***Gynäkologie***

Es kommt vor, dass Leistungserbringer die Tarife ausreizen, indem sie aus einer vorgesehenen Position mehrere machen, um überdimensionierte Leistungen im Rahmen des KVG verrechnen zu können. Da die Versicherer kaum Kontrollmöglichkeiten haben, wird die verrechnete Leistung voll vergütet. Durch eine Selbstkontrolle der Leistungserbringer sind dieser Ausreizung zwar gewisse Grenzen gesetzt, doch gibt es eine bestimmte Machtstellung von Leistungserbringern betreffend der Verrechnung der Positionen. Die finanziellen Auswirkungen sind pro Einzelfall eher gering und betreffen die Versicherten normalerweise nicht.

#### ***Medizinische Rehabilitation***

Die Notwendigkeit einer Überweisung vom Akutspital in eine Rehabilitationsklinik wird von den Versicherern teilweise angezweifelt. Dabei kann es vorkommen, dass ein gleicher Fall unterschiedlich bewertet wird, nur weil ein Leistungserbringer unwissentlich einen unvollständig begründeten Bericht schreibt. Beim Leistungserbringer ist in diesem Bereich teilweise ein Informationsdefizit betreffend KVG-pflichtiger Leistungen (Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit) festzustellen. Bei der Formulierung des Berichts für die Überweisung in eine stationäre Rehabilitationsklinik besteht eine gewisse Machtstellung des Leistungserbringers, was zu einer Ungleichbehandlung der Versicherten führen kann.

Teilweise trifft die Kostengutsprache des Versicherers erst beim Versicherten ein, wenn die Rehabilitation schon begonnen hat (3-4 Wochen Verzögerung). Da sich der Beginn der Rehabilitation nicht hinauszögern lässt, kann es vorkommen, dass ein abgelehnte Gesuch um Kostengutsprache erst nach vollbrachter Leistung beim Versicherten eintrifft. Die Problematik ist relativ häufig und kann für einen einzelnen Versicherten grosse finanzielle Konsequenzen haben.

#### ***Psychotherapie***

Eine stationäre, in einer Akutklinik durchgeführte psychotherapeutische Behandlung, die länger als drei Monate dauert, wird von den Versicherern teilweise angezweifelt. Teilweise wird das Gesuch um eine Verlängerung des Aufenthaltes in einer Akutklinik vom Leistungs-

erbringer unwissentlich zu spät eingereicht, was auf ein Informationsdefizit des Leistungserbringers zurückzuführen ist. Die Dauer der notwendigen Behandlung kann aber auch nicht immer vorausgesehen werden.

Eine langdauernde ambulante Behandlung wird von Versicherern teilweise unnötigerweise vergütet, da es sich bei gewissen Leistungen (z.B. Stressabbau bei Kaderleuten) nicht um eine Krankheit handelt. Dass die Therapiekosten vom Versicherer weiterhin als KVG-pflichtig bewertet werden, ist sowohl im Interesse des Leistungserbringers wie auch des Versicherten. Mit der Möglichkeit zu drohen, dass der Abbruch der ambulanten Behandlung zu einer teureren stationären Behandlung führen wird, hat der Leistungserbringer eine gewisse Machtstellung, die zu einer Ungleichbehandlung für die Versicherten führen kann.

### ***Neue Methoden***

Neue Methoden, die sowohl wirtschaftlich wie auch zweckmässig sind, dürfen nicht vergütet werden, sofern diese nicht in der KLV und im Anhang 1 der KLV aufgeführt sind. Die Problematik tritt eher selten auf, kann aber für die betroffenen Versicherten hohe Kosten verursachen.

### ***Abgrenzung Krankheit/Nichtkrankheit***

Die eher allgemein gehaltenen Normen bezüglich der medizinischen Notwendigkeit einer bestimmten Leistung (z.B. Gewicht der weiblichen Brust als absolute statt relative Grösse) können sowohl vom Leistungserbringer wie auch vom Versicherer zu unterschiedlichen Entscheidungen führen. Hier besteht für den Leistungserbringer eine gewisse Machtstellung, die zu einer ungleichen Behandlung der Versicherten führen kann. Das Problem ist eher selten.

### ***Mittel und Gegenstände (MiGeL)***

Versicherte gehen teilweise fälschlicherweise davon aus, dass für gewisse Hilfsmittel oder Gegenstände (Inkontinenzhilfen, Verbandmaterial) eine Leistungspflicht besteht.

## **3. Relevanz der Problematik der Leistungsvergütung**

Die Problematik der Vergütungspraxis ist relativ häufig und stellt ein zentrales Problem dar.

Die Häufigkeit und die Art der Probleme haben sich seit dem KVG kaum verändert. Allgemein ist festzustellen, dass sich die Versicherten eher vorzeitig sowie allgemein häufiger und besser informieren. Der Fall, dass ein Versicherter fälschlicherweise davon ausgeht, dass sämtliche beanspruchten Leistungen gedeckt sind und nach der Behandlung feststellt, dass dies nicht zutrifft, hat seit der Einführung des KVG abgenommen und ist recht selten.

Die häufigste, wenn auch nicht die problematischste Anfrage des Versicherers betrifft die Prämienerrhöhung.

## **Interview mit Patientenvertretung 3**

### **1. Problematische Leistungsbereiche**

Leistungsbereiche, bei denen Probleme bestehen, sind die zahnärztliche Behandlung, die Rehabilitation, die Alterspflege und Spitex, die Alternativmedizin, der Krankentransport, die Abgrenzung zwischen Krankheit und Nichtkrankheit sowie die Medikamente.

### **2. Probleme bei der Leistungsvergütung**

#### ***Zahnärztliche Behandlung***

Teilweise vergüten Versicherer Leistungen nicht, obschon diese KVG-pflichtig sind. Bei der zahnärztlichen Behandlung (Kieferorthopädie) wird teilweise aus dem Arztbericht nicht ersichtlich ob eine Behandlung KVG-pflichtig ist oder nicht. Ein solch unvollständiger Bericht des Leistungserbringers führt dazu, dass der Leistungsanspruch vom Versicherer, der sich im Zweifelsfall zuerst ablehnend verhält, abgewiesen wird. Der Versicherte muss in der Folge eine Verfügung verlangen um eine nochmalige Überprüfung des Falls erwirken zu können.

#### ***Medizinische Rehabilitation***

Die Verlegung nach einem Spitalaufenthalt in eine Rehabilitationsklinik wird von Versicherern teilweise angezweifelt. Dies kann daran liegen, dass die vorhandenen internen Kriterien des Versicherers nicht kommuniziert werden. So besteht die Gefahr, dass ein Leistungserbringer eine notwendige Überweisung in eine Rehabilitationsklinik in einer Weise begründet, dass der Versicherer den Antrag ablehnt. Es kann vorkommen, wenn auch selten, dass ein Versicherer den Entscheid über die Kostengutsprache verzögert, so dass der Patient schon in einer Rehabilitationsklinik ist, bevor der Versicherer über den Antrag entschieden hat. Findet die Rehabilitation in der Akutklinik statt, gibt es keine Probleme.

Die Notwendigkeit der Rehabilitation wird eher bei älteren Patienten angezweifelt. Diese werden ins Pflegeheim verwiesen, das aber nicht für die Rehabilitation eingerichtet ist.

Durch die Einführung vereinheitlichter Formulare könnte diesem Problem entgegengewirkt werden, da so Missverständnisse vermieden und Entscheide für den Versicherer vereinfacht werden könnten. Dies hätte eine verstärkte Gleichbehandlung des Versicherten zur Folge.

#### ***Pflegeheime***

Die Beiträge der öffentlichen Hand an stationäre Einrichtungen der Krankenpflege sind kantonale unterschiedlich geregelt. Die Versicherer bezahlen zwischen 40 und 200 Franken pro Tag. Die Versicherer versuchen solche Verträge nicht zu erneuern, wo sie nur tiefe Tagesansätze an Krankenpflege-Einrichtungen leisten.

**Spitex**

Für viele Versicherte ist die Regelung unverständlich, dass die Haushaltshilfe nicht KVG-pflichtig ist. Für Behinderte stellt sich teilweise das Problem, dass nur bestimmte Pflegepersonen zugelassen sind, obwohl fallweise private Pflegepersonen besser geeignet sein können, da diese für die gegebene Situation teilweise mehr Verständnis aufbringen, vom Versicherten von Grund auf und deshalb optimal angeleitet werden können und teilweise auch weniger Kosten verursachen.

**Komplementärmedizin**

Da die neuen Regelungen noch nicht bei allen Versicherern bekannt sind, kann es vorkommen, dass KVG-pflichtige Leistungen zu Unrecht nicht vergütet werden. Problematisch ist auch, dass teilweise noch keine Tarifpositionen (Akupunktur) bestehen. Es kann auch vorkommen, dass der Versicherer Leistungen zu Recht nicht vergütet, da der Arzt den Versicherten an einen nicht anerkannten Leistungserbringer überweist.

Den Leistungserbringern ist teilweise nicht bekannt, dass sie gegenüber den Versicherten eine Informationspflicht haben, wenn sie nicht KVG-pflichtige Leistungen erbringen oder verordnen.

**Transporte vom Ausland in die Schweiz**

Problematisch ist hier, dass weder Versicherte noch ausländische Leistungserbringer die schweizerischen Regelungen gut genug kennen, um keine Fehlentscheide zu treffen. Ausserdem wird die Situation vom Versicherer rückschauend teilweise anders beurteilt, als dies zur Zeit des Transports der Fall war (Rücktransport war nicht so dringend und wäre deshalb mit Normalflug möglich gewesen). Die Entwicklung einer Krankheit ist teilweise nicht abschätzbar.

**Abgrenzung Krankheit/Nichtkrankheit**

Kriterien der KVG-Pflicht bestimmter Leistungen sind teilweise zu starr. Jeder Fall sollte unter Berücksichtigung der individuellen Begebenheiten (unterschiedlicher Körperbau, psychische Faktoren) beurteilt werden.

**Medikamente (SL)**

Damit ein Medikament auf der SL aufgenommen werden kann, muss es der Produzent anmelden, was aber wegen der fehlenden Möglichkeit der Werbung teilweise nicht erwünscht ist. Die Folge davon ist, dass Versicherte für bestimmte Medikamente selber aufkommen müssen.

***Rückerstattungsfrist***

Die gesetzlich nicht geregelte Dauer bis zur Vergütung einer Leistung führt zu einer unterschiedlichen Praxis der Versicherer und somit zu einer ungleichen Behandlung der Versicherten.

***Informationspraxis der Versicherer***

Die Informationspraxis von Versicherern gegenüber den Versicherten ist teilweise mangelhaft. Die Leistungsverweigerung von Versicherern wird oft gar nicht oder nur unverständlich, mit der Angabe der Gesetzesartikel, begründet. Um anstelle von blossen Behauptungen eine Begründung zu erhalten, sind die Versicherten daher immer wieder gezwungen, eine Verfügung zu verlangen. Oft erschöpfen sich aber auch Verfügungen in Behauptungen, statt dass der Entscheid begründet wird; dann ist gar eine Einsprache nötig.

Die Mitarbeiter/innen von Versicherern sind fachlich teilweise zu wenig qualifiziert, was zu Problemen (mangelhafte Information, schleppende Bearbeitung) bei der Vergütung führen kann. Bei einigen Versicherern sind solche Probleme häufiger festzustellen als bei anderen.

**3. Relevanz der Problematik der Leistungsvergütung**

Probleme der Vergütung treten häufig auf und sind seit der Einführung des KVG eher häufiger geworden, was sich besonders an den Leistungsbereichen Rehabilitation, Spitex und zahnärztliche Behandlungen bemerkbar macht.

**4. Allgemeine Bemerkungen**

Zu bemängeln ist in erster Linie die unübersichtliche Gliederung der KLV.

Die Grenzen zwischen einer pflichtigen und einer nicht pflichtigen Leistung sind seit der Einführung des KVG fix und starr geworden, so dass keine Kulanz mehr möglich ist. Dies hat einerseits den Nachteil, dass im Einzelfall weniger Rücksicht auf die Interessen aller Beteiligten genommen werden kann und andererseits den Vorteil, dass ein Missbrauch eher verhindert werden kann.

## Interview mit Amtsstelle 1

### 1. Betroffene Leistungsbereiche

Erwähnte Leistungsbereiche, bei denen Probleme auftreten können, sind die Überweisung von der Akut- in die Rehabilitationsklinik, die Abgrenzung zwischen Krankheit und Nichtkrankheit, der Übergang vom Akutspital ins Pflegeheim, zahnärztliche Behandlungen sowie der Spitex- und Pflegeheimbereich.

Mitverantwortlich für die Probleme bei einigen Leistungsbereichen ist der gesetzlich offen definierte Umfang der betreffenden Leistungen. Dies betrifft vor allem die ärztlichen Leistungen (Art. 33 Abs. 1 KVG). Somit besteht für Versicherer unter Umständen ein gewisser Ermessensspielraum bei der Vergütung von Leistungen. Versicherer mit einem guten vertrauensärztlichen Dienst können in der Regel zweckmässig damit umgehen.

### 2. Probleme bei der Vergütung von Leistungen

#### ***Vergütung nicht KVG-pflichtiger Leistungen***

Teilweise vergüten Versicherer Leistungen (z.B. Beiträge an Brillen), die nicht KVG-pflichtig sind. Dies kommt daher, dass der Aufwand zur Überprüfung der Leistungsberechtigung dieser eher kostengünstigen Leistungen grösser ist als die Einsparung bei Nichtvergütung. Teilweise ist die Kontrolle für die Versicherer kaum oder gar nicht möglich (Mengenlimitation bei Medikamenten). Problematisch für die Versicherer ist auch die Überprüfung bestimmter Voraussetzungen der Leistungspflicht, die an gewisse Bedingungen geknüpft sind. Bei teuren Leistungen wird die Kontrolle meistens wahrgenommen und auch bei kostengünstigeren Leistungen hat sich durch den wachsenden Kostendruck die Kontrollpraxis verstärkt. Diese restriktivere Kontrollpraxis der Versicherer betrifft vor allem Bereiche, bei denen sich die Versicherten weniger gut wehren können (z.B. Spitex, Pflegeheime, Übergang vom Spital ins Pflegeheim, Suchtbehandlung, Psychotherapie).

#### ***Sockelbeitrag Allgemeine Abteilung in Spitälern***

Ein Problem für die Versicherer stellt die Bestimmung des Sockelbeitrags aus der OKP bei stationären Leistungen dar (Art. 41 KVG; ist Gegenstand der 2. Teilrevision des KVG). Bei ausserkantonalen Spitalaufenthalten ohne medizinischen Grund hierfür stellt sich ausserdem das Problem, welches Spital im Wohnkanton als Referenzspital für die Berechnung des Sockelbeitrages gilt.

#### ***Vergütungspraxis der Versicherer***

Versicherer rechnen teilweise die Kostenbeteiligung falsch ab, so dass Versicherte weniger bezahlen müssen. Es besteht die Möglichkeit, dass eine zu geringe und somit falsche Kostenbeteiligung von Versicherern als PR-Instrument eingesetzt wird. Andererseits gibt es

Probleme bei der Abrechnung der Kostenbeteiligung im Zusammenhang mit Leistungen bei Mutterschaft (Streitfälle sind beim EVG hängig).

Bei der Abrechnung nach dem System Tiers garant gibt es teilweise lange Rückerstattungsfristen. Bei Abrechnungsproblemen zwischen Versicherten und Leistungserbringern, die durch ein Schiedsgericht beurteilt werden, muss der jeweilige Versicherer die Versicherten auf seine Kosten vertreten (vgl. Art. 89 Abs. 3 KVG; gilt für das System Tiers garant). Die Bereitschaft der Versicherer hierzu ist nicht immer sehr gross. Versicherte, die von Patienten- oder Konsumentenorganisationen vertreten werden, haben eher den Mut, die Versicherer zur Erfüllung dieser Schutzpflicht anzuhalten.

### **3. Relevanz der Problematik der Leistungsvergütung**

Es ist schwierig, die absolute Häufigkeit respektive deren Zu- oder Abnahme seit der Einführung des KVG einzuschätzen. Die Anzahl Gerichtsfälle könnte darüber Aufschluss geben. Die Folgen in Einzelfällen sind unter Umständen gross.

Andere relevante und im Zusammenhang mit dem KVG stehende Probleme betreffen die Prämienverbilligung und die Spitalfinanzierung. Probleme in Zusammenhang mit den Prämien sind eher von grösserer Bedeutung als solche der Vergütungspraxis.

## Interview mit Krankenversicherer 1

### 1. Betroffene Leistungsbereiche

Die vom Versicherer erwähnten Bereiche, bei denen Probleme auftreten, sind die Medikamente auf der SL (Limitationen betreffend Indikationen und/oder Menge), die Physiotherapie, die langfristige Alterspflege, die Abgrenzung von Krankheit und Nichtkrankheit, die Diagnostik sowie der akute Spitalaufenthalt und die stationäre Rehabilitation.

### 2. Allgemeine Bemerkungen

#### ***Probleme des vertrauensärztlichen Dienstes***

Das Problem für den Versicherer ist die Zuordnung des Einzelfalls, d.h. die jeweilige Beantwortung der Frage, ob eine Leistung KVG-pflichtig ist oder nicht. Die Entscheidungsgrundlage zu dieser Zuordnung bilden medizinische Richtlinien sowie die persönliche Erfahrung des/der Vertrauensarztes/-ärztin, wobei keine explizit formulierten Richtlinien, auch nicht interne, bestehen. Für den/die Vertrauensarzt/-ärztin besteht bei der Zuordnung ein gewisser Ermessensspielraum, da der Umfang der KVG-pflichtigen Leistungen durch Mängel in der KLV teilweise unklar sind. Beim Versicherer läuft jeder Fall über den vertrauensärztlichen Dienst, der gegenüber dem Versicherer unabhängig ist.

#### ***Forschung***

Die Forschung erfordert den Einsatz medizinischer Mittel (Medikamente, technische Einrichtungen), deren Erfolg noch nicht ausgewiesen werden kann. Werden die Bestimmungen in der KLV zu stark geregelt, kann dies negative Auswirkungen auf die Forschung haben.

### 3. Probleme bei der Vergütung von Leistungen

#### ***Nicht-Vergütung von KVG-pflichtigen Leistungen***

Werden KVG-pflichtige Leistungen vom Versicherer nicht vergütet, so liegt das Problem oftmals bei einem internen Fehler in der Fallbearbeitung.

#### ***Vergütung von (noch) nicht KVG-pflichtigen Leistungen***

Es gibt Versicherer, die teilweise Leistungen vergüten, obschon diese nicht KVG-pflichtig sind. Dies kann verschiedene Gründe haben.

Zum einen hat der Versicherer durch die Nicht-Ablehnung einer Leistung kein Imageproblem, da er aus der Sicht des Versicherten keinen Anlass zur Klage gibt. Der Nachteil dieser Haltung liegt darin, dass bei den Versicherten kein Lerneffekt ausgelöst wird.

Weiter fallen dem Versicherer keine Abklärungskosten an, da er den grossen Kontrollaufwand vermeiden kann. Abgeklärt werden häufige Leistungen mit tiefen Kosten sowie seltene, aber sehr kostspielige Leistungen, da bei diesen die Einsparungen grösser sind als der Aufwand für die Kontrolle. Ebenfalls verantwortlich für die mangelnde Kontrolle kann ein fehlender oder ein von der Politik des Versicherers abhängiger vertrauensärztlicher Dienst sein.

Schliesslich besteht für die Mitarbeiter des Versicherers ein zu kleiner Anreiz, die Abrechnungen intensiv zu prüfen. Teilweise werden die Mitarbeiter nach Anzahl bearbeiteter Fälle entlohnt.

Diese uneinheitliche Praxis der Versicherer kann zu einer Ungleichbehandlung der Versicherten führen.

### ***Nicht-Vergütung von nicht KVG-pflichtigen Leistungen***

Auch hier gibt es Reklamationen von Versicherten, doch sind diese bezüglich der Leistungspflicht unberechtigt. Dieses Problem kann entweder dadurch entstehen, dass die Versicherten ungenügend informiert sind und falsche Vorstellungen über die Versicherungsdeckung haben. Das Problem kann aber auch dadurch entstehen, dass Leistungserbringer ihre Informationspflicht nicht wahrnehmen und die Versicherten ungenügend aufklären. Der teilweise schlechte Informationsstand von Leistungserbringern kann eine Folge der in diesem Bereich mangelhaften medizinischen Ausbildung sein. Der Versicherer hat den Eindruck, dass er die (auch seitens des BSV) versäumte Informationsarbeit zu Unrecht übernehmen muss.

### ***Informationspraxis der Versicherer***

Die Kommunikation zwischen den Versicherern und den Versicherten ist teilweise unbefriedigend. Die Versicherten verstehen teilweise nicht, weshalb ihnen eine bestimmte Leistung nicht vergütet wurde. Das kann an der ungenügenden Begründung des Versicherers liegen, dem aber die für eine klare Begründung notwendige Diagnose aus Datenschutzgründen nicht zur Verfügung steht.

### ***Abgrenzung zur Zusatz- und/oder Unfallversicherung***

Teilweise entstehen Diskussionen, ob in bestimmte Fällen der Versicherer der OKP, der Versicherer der Zusatzversicherung oder der Versicherer der Unfallversicherung leistungspflichtig ist. Dies hat für den Versicherer zu einem hohen administrativen Aufwand zur Folge. Manchmal werden Fälle hin- und hergeschoben und niemand will die Leistung übernehmen. Es kann vorkommen, dass ein Versicherer, der die KVG-Pflicht einer bestimmten Leistung intensiver überprüft, einem anderen Versicherer beweisen muss, wer welchen Anteil vergüten muss. Krankenversicherer ohne vertrauensärztlichen Dienst können sich gegen Unfallversicherer oft nur schwer wehren.

#### **4. Praxis des Versicherers bezüglich Überprüfung der Leistungsberechtigung**

Der Versicherer prüft die Rechnungen und kann feststellen, wenn vom Leistungserbringer zu viele Positionen aufgeführt wurden. In Deutschland werden zur Überprüfung der Leistungserbringer Patientendetektive eingesetzt.

Die Ablehnung eines Leistungsanspruchs wird dem Versicherer mit einem Normbrief mitgeteilt. 90% aller Abweisungen erfolgen zurecht.

#### **5. Relevanz der Problematik der Leistungsvergütung**

Mit der Einführung des KVG sind die Probleme nicht eigentlich häufiger, aber komplexer geworden.

Weitere, übergeordnete Probleme, die indirekt mit dem KVG in Zusammenhang stehen, sind die Einflussnahme der Pharmaindustrie auf den Gesetzgebungsprozess, die praxisferne Ausarbeitung der KLV, der mangelnde Schutz der Vertrauensärzte und -ärztinnen (fehlender Vertrag zwischen FMH und KSK) sowie die teilweise schleppenden Handlungen des BSV. Die unklar definierten oder fehlenden Bereiche in der KLV müssen rechtlich erstritten werden, was einerseits teuer und andererseits für alle Beteiligten belastend ist.

## Interview mit Krankenversicherer 2

### 1. Probleme bei der Vergütung von Leistungen

#### ***Prämienrückerstattung bei längerem Militärdienst, Zivildienst oder Zivilschutzdienst***

Die Prämienrückerstattung an den Versicherten bei Militärdienst, Zivildienst oder Zivilschutzdienst von mehr als 60 Tagen ist seit dem 1. Januar 2001 obligatorisch. Da der Militärdienst in den meisten Fällen keine ganzen Monate dauert (z.B. 8.1.-18.5), das Prämienabrechnungssystem des Versicherers jedoch auf Monatsprämien aufgebaut ist, entsteht dem Versicherer ein grosser administrativer Aufwand mit entsprechend hohen Kosten. In einem Rundschreiben des KSK wurde inzwischen ein einheitliches Vorgehen zum Vollzug der Sistierung vorgeschlagen (nur ganze auf- bzw. abgerundete Monate zurückerstatten). Weitere Probleme entstehen dem Versicherer dadurch, dass z.B. der Versicherte am Wochenende trotz Militärdienst seinen Hausarzt besucht. Für den Versicherer stellt sich die Frage, ob er die Rechnung des Hausarztes vergüten muss, obschon der Versicherte für diese Zeit keine Prämie bezahlt, oder ob in diesem Fall die Militärversicherung leistungspflichtig ist.

#### ***Erhebung der Mehrwertsteuer (MWSt)***

Die Erhebung der MWSt ist nicht immer klar geregelt. Ein Erholungsheim, das auch Hotelleistungen anbietet, kann bzw. muss auch die MWSt in Rechnung stellen. Eine Maschine (21.01 MiGeL, Atmungs- und Kreislaufmessgerät für Säuglinge), die gemietet wird, kostet inkl. MWSt mehr als in der MiGeL als Höchstbetrag angegeben wird. Da der Versicherer nur den Höchstbetrag bezahlt, muss die MWSt von den Versicherten übernommen werden.

#### ***Mittel und Gegenstände (MiGeL)***

Die in der MiGeL aufgelisteten fixen Vergütungsansätze verursachen dem Versicherer verschiedene Probleme. Zum einen sind dem Leistungserbringer die Vergütungsansätze oftmals unbekannt. Dies führt dazu, dass der Versicherer nicht die vollen Kosten vergüten darf, worüber sich Versicherte beschweren. Weiter wird aus der Rechnung teilweise nicht ersichtlich, ob diese laut MiGeL vom Versicherer vergütet werden muss (05 MiGeL, Bandagen). Der Kontrollaufwand für den Versicherer steht dabei in keinem Verhältnis zum rückerstattungspflichtigen Betrag. Dies trifft auch für neu in die Versicherung eingetretene Versicherte zu, die einen Beitrag beantragen, der nicht jedes Jahr gewährleistet werden darf (25 MiGeL, Sehhilfen). Der Kontrollaufwand ist dabei nicht nur sehr hoch, sondern z.T. gar nicht möglich zu leisten, da die benötigten Informationen bei anderen Versicherern liegen und nicht zugänglich gemacht werden. Das kann auch aus Gründen des Datenschutzes geschehen. Die Folge davon ist, dass der Versicherer Leistungen, oftmals über die Zusatzversicherung, bezahlt, die nicht KVG-pflichtig sind. Für den Versicherer stellt sich die Frage, ob die fixen Vergütungsansätze der MiGeL gerechtfertigt sind.

Das Problem tritt relativ häufig auf, jedoch handelt es sich mit einigen Ausnahmen, um kleinere Beträge (z.B. 13 MiGeL, Hörgeräte).

### **Medikamente (SL)**

Ähnlich gelagerte Probleme wie bei den Mitteln und Gegenständen (MiGeL) treten auch bei den Medikamenten (SL) auf.

### **Pflegeheime**

Ist ein Versicherter in einem Pflegeheim ausserhalb des Wohnkantons untergebracht, darf der Versicherer keine Beiträge leisten (Art. 39 KVG), sofern dieses Pflegeheim nicht auf der Pflegeheimliste des Wohnkantons aufgeführt ist. In der Praxis vergütet der Versicherer jedoch den im Wohnkanton üblichen Betrag oder falls dieser höher ist, den üblichen Betrag des Kantons, in dem das Heim ist. Ist der übliche Betrag des Kantons, in dem das Heim ist, höher als der übliche Betrag des Wohnkantons, geht die Differenz zu Lasten des Versicherten. Zu Lasten des Versicherten gehen auch zusätzliche Leistungen, die ihm vom Pflegeheim verschrieben werden und über den üblichen Kantonsbetrag hinausgehen.

Das Problem tritt nicht sehr häufig, andererseits auch nicht sehr selten auf, wobei es sich um eher grössere Beträge handelt.

### **Spitex**

Ähnliche Problem, wenn auch weniger häufig, gibt es mit den Leistungen v.a. privater Spitex-Anbieter. Von diesen werden teilweise Leistungen (Haushaltshilfe) verschrieben, die nicht KVG-pflichtig sind und somit von den Versicherten selbst bezahlt werden müssen. Um dieses Problem zu vermeiden, klärt der Versicherer den Versicherten auf, falls dieser vorangehende Informationen einholt. Eine neutrale Stelle, die den Fall begutachten würde, könnte dieses Problem vermindern.

### **Zahnärztliche Behandlung**

Der Versicherer stellt fest, dass Reklamationen der Versicherten häufig Leistungen betreffen, von denen die Versicherten fälschlicherweise annehmen, dass diese KVG-pflichtig sind. Dies ist auf mangelnde Information der Versicherten zurückzuführen. Leistungen der Zahnbehandlung sind im Vergleich zu anderen Leistungen relativ häufig und relativ teuer. Bei Kostengutsprache gesuchen sowie bei Leistungen, die von Leistungserbringern als KVG-pflichtig erklärt werden, wird fallweise der Vertrauenszahnarzt konsultiert.

### **Vertrauensarzt**

Für andere umstrittene Fälle arbeitet der Versicherer mit einem Vertrauensarzt zusammen, der einmal wöchentlich für einen halben Tag anwesend ist. Die Inanspruchnahme des Vertrauensarztes kommt den Versicherer relativ teuer zu stehen, so dass sich für den Versicherer die Frage stellt, ob sich bei kleineren Beträgen eine Abklärung durch den Vertrauensarzt überhaupt lohnt. Durch die Überprüfung von Fällen durch den Vertrauensarzt sind die Möglichkeiten eines Leistungserbringers, eine nicht KVG-pflichtige Leistung als KVG-pflichtig zu deklarieren, äusserst gering. Der Entscheid des Vertrauensarztes wird vom Versicherer akzeptiert.

### **Leistungen bei Mutterschaft**

Leistungen bei der Mutterschaft sind relativ häufig und unterliegen nicht der Kostenbeteiligung. Bezüglich der Kostenbeteiligung mit der Mutterschaft zusammenhängenden, in Art. 29 KVG nicht aufgeführten Leistungen (Medikamente, Stützstrümpfe, Schwangerschaftsabbruch) bestehen im KVG dazu keine klare Regelungen. Zu Problemen führt auch die Anzahl KVG-pflichtiger Ultraschall-Behandlungen und der dem Entscheid zugrundeliegende Begriff der Risikoschwangerschaft (Kap. 3 in Anhang 1 KLV). Ebenfalls zu Lasten der Versicherten geht die Franchise, was von diesen teilweise vergessen wird. Die Zuweisung dieser Kosten an die Versicherten führt bisweilen zu Reklamationen. Das Problem hat seinen Ursprung einerseits bei der mangelnden Information der Versicherten und andererseits bei der unklaren Formulierung von Anhang 1 der KLV, die den Leistungserbringern einen gewissen Interpretationsspielraum lässt. Diese unklare Formulierung führt zu einer unterschiedlichen Praxis der Versicherer, die teilweise die obligatorische Kostenbeteiligung der Versicherten nicht in Rechnung stellen.

### **Ausserkantonale ambulante Behandlung**

Ambulante Behandlungen ausserhalb des Arbeits- oder Wohnkantons sind nicht KVG-pflichtig. Zwischen Spitälern verschiedener Kantone bestehen bei ambulanten Behandlungen grosse Unterschiede bei den Taxpunkt-Werten. Bei physio- und psychotherapeutischen Behandlungen gibt es kaum Unterschiede. Da der Aufwand der Überprüfung für den Versicherer zu gross ist, werden in der Regel alle ambulanten Behandlungen bezahlt, was für den Versicherer jedoch kein grösseres Problem darstellt.

### **Tarife**

Bestehen für bestimmte Leistungen keine Tarife, muss der Versicherer den in Rechnung gestellten Betrag bezahlen. Bestehen Tarife, sind diese kantonal verschieden. Im Kanton ZH bestehen alte Tarife und tiefe Taxpunkt-Werte, was dazu führt, dass vom Leistungserbringer zur Kompensation mehr Leistungen aufgeschrieben werden. Dieser Verwilderung bei der Rechnungsstellung sollte mit der Einführung von TarMed Einhalt geboten werden.

### **Datenschutz**

Da aus dem gesamten Code (ICD 10) die genaue Erkrankung ersichtlich ist, werden an den Versicherer nur der Buchstabe sowie die erste Zahl des Codes weitergeleitet, was die Überprüfung, ob eine Leistung KVG-pflichtig ist oder nicht, teilweise verunmöglicht. Während Spitäler ausschliesslich mit Codes arbeiten, ist die Praxis bei den Ärzten unterschiedlich. Ärzte aus dem Kanton ZH liefern mehr, Ärzte aus GE weniger Angaben. Aus Datenschutzgründen kann es vorkommen, dass nicht KVG-pflichtige Leistung (Spirale, Pille danach) durch den Versicherer bezahlt werden.

## **2. Praxis bezüglich Überprüfung der Leistungsberechtigung**

Ob eine in Rechnung gestellte Leistung gerechtfertigt ist wird nachgeprüft, wenn entweder die Aussicht besteht, dass sich der Aufwand lohnt, auch auf Anregungen durch die Versicherten.

Bei kleinen Beträgen lohnt sich der Kontrollaufwand nicht und es wird oft auch keine weitere Überprüfung vorgenommen. Dies gilt auch bei der Überprüfung der bezogenen Leistungen neuer Versicherten, die sich mit einem häufigen Wechsel des Versicherers Vorteile bei der Leistungsvergütung verschaffen können (Sehhilfen, Ausbildungsrabatt).

Bei Fällen, bei denen keine eindeutige Leistungspflicht besteht, wird der Vertrauensarzt konsultiert, an dessen Entscheide sich der Versicherer in der Regel hält, obschon sich dieser als praktizierender Arzt bei unklarer Rechnungsstellung in der Kritik zurückhaltend zeigt. Teilweise werden diese Fälle auch in einer Praktikergruppe, beim kantonalen Verband der Krankenversicherer oder dem KSK diskutiert.

Das Problem mit der Überweisung vom stationären Aufenthalt in die Rehabilitationsklinik ist sehr selten und stellt kein grosses Problem dar, da die Kostengutsprache meist vor dem Übertritt gestellt wird und rechtzeitig bearbeitet werden kann.

Die allfällige Ablehnung von Leistungsansprüchen wird mit dem Entscheid des Vertrauensarztes begründet. Aus Gründen des Datenschutzes sowie zur Vermeidung eines Eingriffes in das Familienleben (Jugendliche über 18 Jahre mit Wohnsitz bei den Eltern) sind ausführliche Begründungen kaum möglich.

## **3. Relevanz der Problematik der Leistungsvergütung**

Im Vergleich zu den Problemen mit KVG ist diejenige der Vergütungspraxis relativ häufig und seit der Einführung des KVG gestiegen, da der Leistungskatalog umfangreicher geworden ist.

Weitere Probleme im Zusammenhang mit dem KVG sind die säumigen Zahler und das Erstellen von Offerten Ende Jahr, was einen hohen administrativen Aufwand erfordert.

## Interview mit Krankenversicherer 3

### 1. Allgemeine Bemerkungen

LAMaL (= «Loi, Autoritaire, Machiavelleque et Aliénatrice de nos Libertés») birgt viele Probleme, weil Gesetz und Verordnung nicht präzise formuliert sind.

Dies gilt insbesondere für Art. 25-33 KVG und Anhang 1 zur KLV einerseits (Umfang der Leistungspflicht; dieser ist nicht klar definiert) und für Art. 92 KVG andererseits (Strafbestimmungen; wie können diese angewandt werden, wenn die Leistungen nicht klar definiert sind?).

Unter dem KVG (wo ein fixer Leistungskatalog gilt) ist kein echter Wettbewerb zwischen den Versicherern möglich. Unter dem Kranken- und Unfallversicherungsgesetz bestand noch die Möglichkeit zu Wettbewerb unter den Versicherern. Das KVG fördert die Tendenz zur Entstehung einer eidgenössischen Versicherung.

Mit zunehmendem Lebensalter werden die Zusatzversicherungen teurer, was die Freiheit der Versicherten einschränkt.

Die steigenden Versicherungsprämien für die OKP kommen daher, dass durch das KVG Leistungen abgegolten werden, die nicht eigentliche Heilungskosten sind. Leistungen zur Mutterschaft, zum Alter und zur Invalidität sollten aus dem KVG ausgeschlossen werden.

Dass das KVG ein Produkt der Politik und nicht der Versicherer oder der Versicherten ist, verdeutlicht die Beziehung zwischen Versicherer und BSV. Einerseits werden Anfragen der Versicherer beim BSV mit grosser zeitlicher Verzögerung beantwortet; für die Versicherer wird damit keine brauchbare Hilfe bei der Beantwortung aktueller Probleme geleistet. Andererseits fällt die Antwort des BSV oft unklar aus und es wird nicht über eine umstrittene Leistungspflicht entschieden, sondern lediglich auf Gerichtsentscheide verwiesen.

Schliesslich vermitteln Leistungserbringer, v.a. die Ärzte, Leistungen, die nicht KVG-pflichtig sind. Dadurch entstehen den Versicherten zum Teil Kosten, die vermeidbar gewesen wären.

### 2. Probleme bei der Vergütung von Leistungen

#### ***Mittel und Gegenstände (MiGeL)***

Grundsätzlich sorgt die Präambel (Art. 1 KLV) für Rechtsunsicherheit. Die Vergütungspflicht von Hilfsmitteln und Gegenständen sowie die Dosierung von Medikamenten ist unpraktikabel detailliert geregelt (Schuheinlagen, Bandagen, Katheter). Teilweise ist für den Versicherer nicht ersichtlich, ob ein auf einer Rechnung figurierender Posten KVG-pflichtig ist. Weiter halten sich die Leistungserbringer teilweise nicht an die Preise der MiGeL oder sie benutzen das Material, das vor Ort vorhanden, aber gemäss MiGeL nicht vergütungspflichtig ist (Bandagen). Die berechtigte Leistungsverweigerung des Versicherers schadet schliesslich den Versicherten. Ausserdem vergütet das KVG Hilfsmittel und Gegenstände nach anderen Ansätzen als die IV oder das UVG. Neue Mittel und Gegenstände werden

meist zusätzlich zu schon bestehenden aufgenommen, was die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit erschwert.

In der Praxis übernimmt der Versicherer die recht häufigen aber eher günstigen Leistungen, da diese entweder materiell gar nicht überprüfbar sind oder weil der Aufwand der Überprüfung unverhältnismässig hoch ist. Die komplexe und undurchsichtige Regelung der MiGeL bedeutet für den Versicherer einen beträchtlichen Aufwand, da die Mitarbeiter speziell geschult werden müssen.

### **Medikamente (SL)**

Ähnlich gelagerte Probleme wie bei den Mitteln und Gegenständen (MiGeL) treten auch bei den Medikamenten (SL) auf.

### **KLV und Anhang 1 der KLV**

Die KLV ist teilweise unklar formuliert. Durch Gerichtsentscheide wurde die KLV in letzter Zeit jedoch wesentlich verbessert.

Der Anhang der KLV ist unvollständig und weder eine reine Positiv- noch eine reine Negativliste, was ihre Anwendung kompliziert macht. Durch unklare Formulierungen („schwer“, „ausreichend“, „dringend“) wird die Gleichbehandlung der Versicherten gefährdet, da sich die Leistungserbringer in ihren ärztlichen Zeugnissen teilweise unterschiedlich ausdrücken.

### **Neue Methoden**

Bei neuen Methoden besteht das Problem, dass die Frage der Kostenübernahme erst nach ca. zwei Jahren geregelt ist und dass noch keine Preise und Tarife bestehen. Für den Versicherer stellt sich die Frage, wie er sich in der Zwischenzeit verhalten soll. Er vergütet in diesem Fall Leistungen, wenn diese nicht teurer sind als bisherige Verfahren und die neuen Methoden für die Versicherten angenehmer sind.

Die KLV ist bezüglich Aufnahme neuer Methoden sehr schwerfällig. Mit einer jährlich zwei- bis dreimaligen Revision der KLV könnte dieser Zustand verbessert werden.

### **Gynäkologie**

Bei der Gynäkologie gibt es dadurch einen Spielraum für den Leistungserbringer der vom Versicherer nicht überprüft werden kann (KLV Art. 12c, erste Untersuchungen - von was?, KLV Art. 12o, klinisches Ermessen) oder vom Aufwand her unverhältnismässig ist (KLV Art. 12e).

### **Transporte und Rettung**

Probleme bestehen bei der Abgrenzung zwischen medizinischen Leistungen und Rettungskosten.

### ***Zahnärztliche Behandlung***

Durch die Versicherten eingereichte Rechnungen müssen mehrheitlich abgewiesen werden. Dies ist vorwiegend ein Informationsproblem der Versicherten. Die Abgrenzung zwischen Zahnbehandlung und Krankheit ist für den Versicherer oftmals problematisch.

### ***Abgrenzung Krankheit/Nichtkrankheit***

Bei medizinischen Leistungen die für gesundheitliche Störungen ohne Krankheitswert erbracht werden, sind die Probleme ähnlich gelagert wie bei den zahnärztlichen Behandlungen.

### ***Tarife in Spitälern***

Werden im Spital neue Leistungen eingesetzt, sind diese für den Versicherer nur ersichtlich, wenn sie mittels Einzelleistungstarif verrechnet werden. Bei Verrechnung nach Pauschaltarifen ist dies nicht der Fall. Es kann vorkommen, dass die gleiche Leistung einmal (mittels Pauschaltarif) vergütet und einmal (bei Abrechnung nach Einzelleistungstarif) abgewiesen wird.

Bei Spitalaufenthalt ausserhalb des Wohnkantons verursachen die kantonal unterschiedlichen Tarifregelungen Probleme. Die Versicherer müssen höchstens die Kosten der allgemeinen Abteilung des Wohnkantons der Versicherten übernehmen (Art. 41 KVG).

## **3. Praxis bezüglich der Überprüfung der Leistungsberechtigung**

Die eingereichten Rechnungen werden vom Versicherer stichprobenweise kontrolliert. Aus den Rechnungen der Leistungsgeber geht nicht immer klar hervor, welche Leistungen erbracht wurden.

Die Überprüfung der Leistungspflicht ist teilweise materiell gar nicht möglich (z.B. Beiträge an Brillen).

## **4. Relevanz der Problematik der Leistungsvergütung**

Im Vergleich zu anderen Problemen des KVG sind Probleme der Vergütungspraxis häufig; seit Einführung des KVG ist die Häufigkeit gestiegen.

Weitere Probleme im Zusammenhang mit dem KVG: 1. Säumige Zahler (sie dürfen nicht mehr wie früher von der Versicherung ausgeschlossen werden); 2. Allgemein höhere Kosten (verursacht durch die kompliziertere Administration).

## Interview mit Krankenversicherer 4

### 1. Allgemeine Bemerkungen

Zwischen den verschiedenen Versicherern gibt es Unterschiede, die an einigen Beispielen verdeutlicht werden können.

#### ***Spitalaufenthalt***

Der Versicherer, der als einziger nicht in die Abkommen mit den Kantonen eingebunden ist, hat mit einem Gerichtsentscheid erreicht, dass der Kanton auch bei privat Versicherten an den Spitalaufenthalt innerhalb des Wohnkantons bezahlen muss.

Der Unterschied zwischen ambulantem und teilstationärem Spitalaufenthalt wird von den Kantonen unterschiedlich definiert und von den Versicherern unterschiedlich gehandhabt.

Unterschiede gibt es auch bei der Definition des Anteils an die allgemeine Abteilung. Der Versicherer vergütet bei öffentlichen Spitälern den festgelegten Anteil gemäss Abkommen und bei privaten Spitälern nur einen selbstbestimmten Durchschnitt.

Drogenentzug: Je nach Versicherer wird der Spitalaufenthalt nach dem Ansatz für psychiatrische Behandlung oder nach dem Ansatz eines Akutspitals vergütet.

#### ***Leistungsverrechnung***

Je nach Versicherer werden verspätete Zahlungen des Versicherten mit Leistungen früher oder später verrechnet. Da es keine gesetzlichen Zahlungsfristen gibt, vergüten einige Versicherer noch Rechnungen, die fünf oder zehn Jahre zurückliegen. Dies sollte man besser regeln. Bei der Leistungsvergütung ist es hingegen für den Versicherer von Vorteil, dass keine Regelung für Zahlungsfristen besteht.

Schliesslich versichern einige Versicherer Personen mit Wohnsitz im Ausland, obschon das nicht erlaubt wäre. Teilweise kann es in Grenzgebieten vorkommen, dass der nächste Arzt im Ausland ist und so die Problematik der Behandlung im Ausland auftritt. Einige Ärzte mit Praxis im Ausland verrechnen für schweizerische Versicherte nach (höheren) schweizerischen Tarifen.

### 2. Probleme bei der Vergütung von Leistungen

#### ***Wechsel des Versicherers (Art. 7 KVG)***

Um beim Neueintritt von Versicherten die Leistungsberechtigung zu überprüfen (z.B. Beitrag an Brillen, Psychotherapien), ist ein hoher Aufwand nötig, der der Versicherer mit zusätzlichen administrativen Kosten auf sich nimmt. Die Versicherer handhaben dieses Problem unterschiedlich.

#### ***Leistungen bei Mutterschaft (Art. 29 KVG, Art. 13 KLV)***

Für die Leistungserbringer besteht ein grosser Spielraum bei der Interpretation der Begriffe (Krankheit/Mutterschaft, Risikoschwangerschaft). Dies verunmöglicht dem Versicherer ein korrektes Arbeiten, da er keine Kontrollmöglichkeit besitzt. Dieses Problem führt zu einer unterschiedlichen Vergütungspraxis der Versicherer.

### ***Zahnärztliche Behandlung (Art. 31 KVG, Art. 17-19 KLV)***

Die Überprüfung ob eine zahnärztliche Behandlung KVG-pflichtig ist, ist sehr aufwändig. Der Versicherer lässt alle Rechnungen auf diesem Gebiet vom eigenen vertrauensärztlichen Zahnarzt überprüfen, was die administrativen Kosten erhöht und die Rückerstattungsfristen verlängert.

### ***Umfang der Leistungen (Art. 34 KVG)***

Der Versicherer hält sich an den Umfang der versicherten Leistungen, während andere Versicherer mehr bezahlen als sie nach KVG dürften.

### ***Zulassung des Leistungserbringers (Art. 35 und 36 KVG)***

Unterschiede zwischen den Versicherern gibt es bei der Anerkennung von Leistungserbringern. Einzelne Versicherer vergüten teilweise Leistungen von nicht anerkannten Leistungserbringern.

### ***Heilbäder (Art. 40 KVG)***

Viele Versicherer vergüten einen Kuraufenthalt für zwei Personen (Partner/Partnerin), obwohl nur eine Person leistungsberechtigt ist. Die Personen können ein Gefälligkeitszeugnis eines Arztes vorweisen; die Behandlung der zweiten Person ist unnötig. Der Versicherer lässt dies durch den Vertrauensarzt überprüfen.

### ***Freie Wahl des Leistungserbringers (Art. 41 KVG)***

Die Kontrolle der Abrechnung eines Leistungserbringers einer ambulanten Behandlung ausserhalb des Wohn- oder Arbeitskantons ist für den Versicherer kaum möglich, da die Tarife stark differieren und strukturell unterschiedlich aufgebaut sind.

### ***Rechnungsstellung (Art. 42 KVG)***

Beispiel Spitalaufenthalt: Oftmals bekommt der Versicherte keine Kopie der Rechnung (System des Tiers payant), so dass für diesen keine Kontrolle möglich ist, ob der Leistungserbringer möglicherweise zuviel verrechnet hat. Der Verzicht auf die Zustellung einer Rechnungskopie wird von einem bestimmten Spital mit der Höhe der Portokosten begründet.

### ***Tarife und Preise (Art. 43, 44, 47 KVG)***

Das uneinheitliche Tarifsystem der Kantone ist für den Versicherer unbefriedigend. Bei teilstationärem Aufenthalt gibt es z.T. keinen Tarifschutz (BS), so dass zu hohe Tarife verrechnet werden können. Bei neuen Maschinen und Methoden gibt es keine Tarife, sie werden von den Kantonen auch nicht festgesetzt (GE).

### ***Analysen (AL), Medikamente (SL), Mittel und Gegenstände (MiGeL) (Art. 52 KVG)***

Neue in der AL, SL oder MiGeL nicht aufgeführte Analysen, Medikamente, Mittel oder Gegenstände werden von einigen Versicherern vergütet, obschon diese nicht KVG-pflichtig sind. Bei Medikamenten werden teilweise die Limitationen nicht eingehalten und es gibt unterschiedliche Preise in Apotheken (Rabatte). Der Versicherer betreibt viel Kontrollaufwand. Um die Medikamentenkosten zu senken, sollte es beim Substitutionsrecht heissen, dass die Apotheker Generika verschreiben *müssen* und nicht können.

### ***Wirtschaftlichkeit und Qualität (Art. 56-59 KVG)***

Die Leistungserbringer geben erhaltene Vergünstigungen oft nicht an die Versicherten weiter. Die Vertrauensärzte haben je nach Anstellungsverhältnis und persönlicher Einstellung unterschiedliche Rollen und Werthaltungen, was bei Grenzfällen zu unterschiedlichen Entscheidungen führen kann. Der Ausschluss von Leistungserbringern gem. Art. 59 KVG kann nur für die Versicherten des betreffenden Versicherers erreicht werden, was in der Praxis unbrauchbar ist.

### ***Kostenbeteiligung (Art. 64 KVG)***

Die Kostenbeteiligung wird nicht von allen respektiert (BS, PUK) und einige Versicherer erheben keine Kostenbeteiligung bzw. haben Abkommen, dass Stiftungen oder andere Organisationen die Kostenbeteiligung übernehmen (GE, VS, im Falle von Mammographie). Die Familienverhältnisse und die Mutterschaft sind für den Versicherer nicht überprüfbar. Der Versicherer fühlt sich benachteiligt, wenn er sich an die Gesetzte hält und sieht, dass dies andere Versicherer nicht tun und ungestraft bleiben.

### ***Rückgriffsrecht (Art. 79 KVG)***

Krankenversicherer müssen bei der Streitfrage Krankheit/Unfall teilweise Kosten vorübergehend übernehmen, auch wenn diese klar zu Lasten von privaten Versicherern gehen (Verkehrsunfälle).

### ***KLV***

Bei der Psychotherapie, der Physiotherapie und der Mutterschaft besteht das Problem der Überprüfung von Limitationen. Bei den pharmazeutischen Leistungen ist die Kontrolle über die Leistungen der Apotheker schwierig (neues System der Leistungsvergütung). Bei der Krankenpflege zu Hause ist die Abgrenzung zwischen KVG- und IV-pflichtigen Leistungen

schwierig. Bei der Ernährungsberatung ist der Interpretationsspielraum gross und die Überprüfung dementsprechend schwierig.

Transport- und Rettungskosten können sehr hoch sein. Die Interpretation, was als Transport- und was als Rettungskosten zu verstehen ist, ist unklar.

Bei der SL werden die Limitationen teilweise nicht akzeptiert.

### **Anhang 1 der KLV**

Der Anhang 1 der KLV ist kompliziert und für den Versicherer, auch mangels Informationen über die erbrachten Leistungen, oft nicht überprüfbar. Die Folge davon ist, dass die Nichteinhaltung von KVG bzw. KLV jährlich Millionen von Franken kostet, ohne dass die Versicherer etwas dagegen unternehmen können.

Mit der Angabe der Diagnose auf der Rechnung, mit einer verbesserten Spital- und Gesundheitsplanung und mit besserer KLV-Kenntnis der Leistungserbringer könnte die Problematik entschärft werden. Solche Änderungen sind aber politisch heikel und aus Gründen des Datenschutzes nicht praktikabel.

### **3. Praxis bezüglich der Überprüfung der Leistungsberechtigung**

Bei der Kontrolle der Rechnungen gibt es zwischen den Versicherern eine unterschiedliche Praxis. Einige kontrollieren Rechnungen erst ab einem Betrag von 500 CHF, einige verrechnen die Kostenbeteiligung nicht (Brille, Transporte, Kuren) und einige vergüten einen Teilbetrag an Leistungen im Grenzbereich (Krankheit/Nichtkrankheit, Medikamente). Dies führt zu einer Ungleichbehandlung des Versicherten. Bei einigen Rechnungen (gynäkologische Untersuchungen, Mutterschaft, Sterilisation) ist eine Kontrolle unmöglich. Mit fünf Vertrauensärzten, einem Vertrauenszahnarzt und zehn Juristen versucht der Versicherer die Gesetze so gut als möglich einzuhalten. Der Versicherer prüft vor allem teure Verfahren bzw. Fälle.

Durch die unterschiedliche Praxis der Versicherer besteht die Gefahr, dass Spitäler, die die unterschiedliche Kontrollpraxis der einzelnen Versicherer kennen, je nach Versicherer des Patienten unterschiedliche Rechnungen erstellen.

### **4. Relevanz der Problematik der Leistungsvergütung**

Das Problem der Vergütungspraxis ist im Vergleich mit anderen Problemen des KVG das häufigste und seit der Einführung des KVG tendenziell häufiger aufgetreten. Dies betrifft besonders den administrativen Aufwand (hoher Kontrollaufwand wegen der kantonal unterschiedlichen Tarife, Erfassung statistischer Daten für das KSK). Der Stellenwert der Probleme mit der Vergütungspraxis ist für den Versicherer sehr hoch.

## Interview mit Krankenversicherer 5

### 1. Probleme bei der Vergütung von Leistungen

#### ***Neue Methoden und Mittel***

Bei der Einführung neuer Methoden, Mittel oder Gegenständen muss der Versicherer die Kosten übernehmen. Durch die relativ lange Wartezeit bis ein Entscheid getroffen wird, muss der Versicherer die Leistung, oft zu teuer, bezahlen, ohne dass er diese selbst auf die Wirtschaftlichkeit oder die Zweckmässigkeit überprüfen kann. Der Versicherer muss so alles bezahlen was der Leistungserbringer leistet, bis es eine Beanstandung gibt. Das zwingt den Versicherer, den Rechtsweg zu beschreiten. Bis ein Entscheid gefällt wird, existiert es bei den Versicherern eine unterschiedliche Praxis, die zu einer ungleichen Behandlung der Versicherten führt.

Mit rascheren Entscheiden der Leistungskommission oder mit der Einführung einer neuen Abteilung im BSV, die Vorentscheide fällen kann, könnte das Problem entschärft werden. Besser noch wäre eine Umkehrung der Beweislast, so dass eine neue Methode erst KVG-pflichtig wird, wenn deren Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit bewiesen ist. Das würde den Druck auf die Leistungskommission erhöhen, was wiederum zu rascheren Entscheiden führen würde.

Dieses Problem ist für den Versicherer relativ häufig und kann grosse finanzielle Konsequenzen haben, da es sich entweder um seltene, aber sehr teure oder um günstige, aber sehr häufig angewandte Methoden handelt.

#### ***Spitex und Pflege***

Mit der Einführung des KVG gab es eine Verlagerung der Spitex- und Pflegekosten von der öffentlichen Hand hin zu den Versicherern (Spitex: Anteil Versicherer von 20% auf 90%). Diese Kostenverlagerung wirkt sich auf die Höhe der Prämien aus.

Um die Wirtschaftlichkeit der Leistungen von Spitex- und Pflegeorganisationen zu überprüfen, fehlen dem Versicherer die notwendigen Instrumente, (Qualitätsmerkmale für Spitex-Leistungen). Seit der vom Versicherer zu vergütende Höchstbetrag der Spitex-Leistungen gesetzlich nicht mehr mit den Kosten der Pflegeheime gekoppelt ist, wird die korrekte Entscheidung über die Vergütung bzw. Nichtvergütung von Spitexleistungen für den Versicherer noch schwieriger.

Dieses Problem tritt für den Versicherer relativ häufig auf und betrifft Leistungen mit relativ hohen Kosten. Betroffen sind v.a. ältere Versicherte.

#### ***Medizinische Rehabilitation***

Ganz ähnlich wie die Probleme bei der Spitex und bei der Pflege sind die Probleme bei der medizinischen Rehabilitation gelagert.

### ***Komplementärmedizin***

Probleme existieren v.a. durch unklare Tarife in einigen Kantonen und durch die unklare Definition der Anerkennung eines Leistungserbringers. Bei nicht existierenden Tarifen wird vom Versicherer der Tarif eines anderen Kantons angewandt. Die Überprüfung der Anerkennung eines Leistungserbringers ist für den Versicherer schwierig. Mit der Einführung von TarMed wird sich das Problem aber lösen.

Das Problem tritt für den Versicherer weder häufig noch selten auf. In der Praxis werden die umstrittenen Leistungen teilweise über die Zusatzversicherung vergütet.

### ***Mittel und Gegenstände (MiGeL)***

Der Aufbau, d.h. die Zuordnung einzelner Produkte zu Positionen, ist unklar. Der Aufbau der SL ist besser. Wird durch die MiGeL-Kommission ein Preis festgelegt, so sind dem Versicherer für weitere Verhandlungen die Hände gebunden, da der festgelegte Preis für den Hersteller eines Mittels oder eines Gegenstandes (z.B. für Sauerstofftherapie) einer Preisgarantie gleichkommt.

Probleme mit der MiGeL treten relativ häufig auf und haben trotz der relativ geringen Einzelkosten durch die grosse Anzahl Fälle erhebliche finanzielle Auswirkungen. Die Kontrolle verursacht einen grossen Aufwand, der aber durch die Routine der Mitarbeiter vermindert werden kann.

### ***Abgrenzung ambulanter/stationärer Spitalaufenthalt***

Der Versicherer stellt eine Steigerung ambulanter Spitalaufenthalte um 20% fest. Bei ambulanter Behandlung im Spital muss der Versicherer die vollen Kosten vergüten. Beim stationären Spitalaufenthalt werden dem Versicherer nur 50% der Kosten belastet; die anderen 50% werden durch die öffentliche Hand übernommen. Bei Halbprivat- und Privatversicherten ist der stationäre Aufenthalt häufiger als bei Grundversicherten. Die Entscheidung über Art des Aufenthaltes liegt bei den Leistungserbringern.

Die Spitalfinanzierung sollte so rasch als möglich neu geordnet werden. Ein zentrales Problem ist dabei die Finanzierung der Pflegeheime, die (in Bezug auf die Leistungsvergütung) zum ambulanten Sektor gehören und heute noch von der öffentliche Hand unterstützt werden. Sollte diese Unterstützung wegfallen, so würden die vollen Kosten zu Lasten des Versicherers gehen, was enorme finanzielle Auswirkungen hätte.

### ***Spitalbedürftigkeit***

Ob die Spitalbedürftigkeit gegeben ist oder nicht muss vom/von der zentralen oder dezentralen Vertrauensarzt/-ärztin individuell entschieden werden. Für den Versicherer besteht nur durch den/die Vertrauensarzt/-ärztin Zugang zur Diagnose, was ihm eine eigene Überprüfung der Spitalbedürftigkeit verunmöglicht. Die meisten Fälle bieten aber keine Probleme. Ausserdem ist die Spitalbedürftigkeit kein Problem des KVG, sonder eher ein internes Problem des Versicherers, das durch eine reibungslose Bearbeitung der Gesuche um Kostengutsprache stark vermindert werden kann. Werden Gesuche um Kostengutsprache

rechtzeitig eingereicht, gibt es kaum Probleme. Der Aufbau gewisser Standards als Entscheidungsgrundlagen sowie v.a. die Einführung des Fallmanagements können viel zur Problemverminderung beitragen. Das BSV hält sich mit der Unterstützung solcher Modelle eher zurück, fordert die Versicherer aber auf, verstärkt Kontrollen durchzuführen.

## **2. Praxis bezüglich der Überprüfung der Leistungsberechtigung**

Da die Diagnosen von den Leistungserbringern nur lückenhaft übermittelt werden, kann der Versicherer die Rechnungen nicht im Detail überprüfen. Er kontrolliert auch Rechnungen mit kleinen Beträgen, da diese sehr häufig und in ihrer Gesamtheit von grosser finanzieller Bedeutung sind. Ein Ermessensspielraum für den Versicherer gibt es eigentlich nicht. So dürfen bessere und billigere Methoden oder Medikamente in billigeren Packungsgrössen teilweise nicht vergütet werden. Die Schaffung solcher Spielräume (innerhalb zu definierender Randbedingungen) wäre begrüssenswert.

Die Ablehnung eines Leistungsanspruchs wird mit der Angabe der jeweils relevanten Gesetzesartikel begründet.

## **3. Relevanz der Problematik der Leistungsvergütung**

Probleme der Vergütungspraxis im Vergleich zu anderen Problemen mit dem KVG sind mengenmässig relativ häufig und wegen dem kleineren Spielraum seit der Einführung des KVG noch eher etwas häufiger geworden. Der Stellenwert der Problematik der Vergütungspraxis ist für den Versicherer nicht allzu hoch. Probleme der Finanzierung des Gesundheitswesens, v.a. die Frage nach der Finanzierung von Spitälern und Pflegeheimen, sind von grösserer Bedeutung. Ein weiteres Problem stellt auch der Versichererwechsel dar.

## **4. Allgemeine Bemerkungen**

Allgemein ist das KVG als gut einzustufen. Schlecht war jedoch der kurze Zeitraum zwischen Erlass und Inkraftsetzung des Gesetzes, was eine seriöse und durchdachte Vorbereitung nicht zulies. Die dadurch entstandenen Fehler sollte man so rasch als möglich korrigieren.

## **Interview mit Krankenversicherer 6**

### **1. Probleme bei der Vergütung von Leistungen**

#### ***Abgrenzung von akuter/chronischer Krankheit***

Die Abgrenzung, wann eine Krankheit akut und wann sie chronisch ist, ist schwierig zu treffen. Je nach Art der Krankheit wird die Leistung bei einem stationären Aufenthalt nach verschiedenen Ansätzen verrechnet.

#### ***Abgrenzung ambulanter/stationärer Rehabilitationsaufenthalt***

Der Versicherer erkennt die Tendenz, dass einer Operation gewohnheitsmässig ein teurer stationärer Rehabilitationsaufenthalt folgt. Teilweise gibt es aber Alternativen, die wirtschaftlicher oder zweckmässiger sind. Die Überprüfung dieses Tatbestands ist für den Versicherer sehr schwierig. Durch gewisse Standards bei der Rehabilitation oder durch eine bessere Information der Leistungserbringer bzw. der Sozialdienste der Spitäler könnten vermehrt günstigere Alternativen wahrgenommen werden.

Dass die Vergütung schon begonnener stationärer Rehabilitationsaufenthalte vom Versicherer abgewiesen werden muss, kommt selten vor und liegt v.a. daran, dass der Versicherer die zur Bearbeitung notwendigen Angaben nicht rechtzeitig erhält. Die Kosten dieser Leistungen sind sehr hoch und haben für die Versicherten entsprechend grosse Folgen.

Ein viel versprechender Ansatz zur Verminderung dieses Problems ist das Fallmanagement des Versicherers. Neben den tieferen Kosten für die Fallbehandlung resultiert auch ein verbesserter Ablauf bei der Leistungsvergütung. So können Probleme direkt gelöst und Missverständnisse vermieden werden und die Kostengutsprache bzw. -ablehnung kann schneller erteilt werden. Das Fallmanagement führt zu einer win-win-Situation, setzt aus ökonomischer Sicht aber voraus, dass ein Versicherer in einem Spital eine bestimmte Mindestanzahl von Versicherten haben muss.

#### ***Spitex***

Bei den Spitex-Leistungen haben sich die Probleme, die kurz nach der Einführung des KVG aufgetreten sind, inzwischen entschärft.

#### ***Pflegeheim***

Schwerwiegender als im Spitex-Bereich sind die Probleme im Bereich der Pflegeheime. Für den Versicherer ist es schwierig zu überprüfen, ob die Leistungen in der erfordernten Qualität erbracht werden.

Werden zukünftig die Kostenrechnungen der Pflegeheime transparenter und die Verträge zu Lasten des Versicherers verändert (höhere Pflegeheimpauschale), so entstehen dem

Versicherer Mehrkosten in einem sehr hohen Ausmass (Verdoppelung). Die höheren Beiträge an Pflegeheime stellen für den Versicherer ein grosses Problem dar.

### ***Neue Methoden und Medikamente***

Bei neuen Methoden und Medikamenten besteht oft eine Unsicherheit, ob diese wissenschaftlich anerkannt sind oder nicht (z.B. Prostata-Behandlung mit Laser-Methode). Bis diese Anerkennung umstrittener Methoden und Medikamente vom BSV bestätigt bzw. abgelehnt wird, muss der Versicherer keine Vergütung leisten, was teilweise zu ethisch fragwürdigen Entscheiden führt (z.B. Nichtübernahme der Kosten für ein Medikament zur Krebs-Behandlung). Durch den raschen medizinischen Fortschritt lässt sich dieses Problem nicht völlig vermeiden. Die Praxis, dass alte Medikamente, teilweise unnötig, vom Markt genommen werden und durch neue, teurere Medikamente ersetzt werden, trägt dazu bei, dass die Medikamentenkosten in einem sehr grossen Ausmass steigen. Diese steigenden Medikamentenkosten stellen für den Versicherer ein grosses Problem dar.

### ***Komplementärmedizin***

Die Frage nach der Wirtschaftlichkeit und der Zweckmässigkeit stellt sich auch bei Methoden und Medikamenten der Alternativmedizin (Anthroposophie). Die Problematik ist in diesem Bereich nicht so gross.

### ***Zahnärztliche Behandlung***

Diese Probleme treten recht häufig auf. Unklar ist vor allem die komplizierte gesetzliche Regelung, welchen Anteil welcher Behandlung wie lange übernommen werden muss. Die gesetzliche Regelung ist in der Praxis kaum anwendbar. Die Erbringer zahnärztlicher Leistungen haben kein grosses Interesse KVG-pflichtige Leistungen zu erbringen (tiefere Taxpunkt-Werte als bei privat zahlenden Patienten) .

### ***Gynäkologie***

Die Überprüfung, ob eine Leistung unter den vorgeschriebenen Voraussetzungen durchgeführt wurde (z.B. Ultraschalluntersuchung zu einem bestimmten Zeitpunkt der Schwangerschaft), ist für den Versicherer kaum möglich. Das Problem tritt relativ häufig auf.

### ***Mittel und Gegenstände (MiGeL)***

Die Mittel und Gegenstände (MiGeL) stellen für den Versicherer keine eigentlichen Probleme dar, da die Überprüfung der Voraussetzungen mit einem EDV-System erfolgt und nur die jeweils neuen Problemfälle speziell überprüft werden müssen, was allerdings recht selten vorkommt. Ein ebenfalls seltenes Problem stellt die Abgrenzung zu IV- und AHV-Leistungen dar.

**Medikamente (SL)**

Wie bei den Mitteln und Gegenständen treten bei den Medikamenten (SL) keine grösseren Probleme auf. Auch hier können die Leistungsvoraussetzungen mittels Informatik überprüft werden.

**Abgrenzung ambulanter/stationärer Spitalaufenthalt**

Der Versicherer stellt eine Veränderung der Spitalbehandlungen vom stationären Bereich hin zum teilstationären und ambulanten Bereich fest. Diese Veränderung stellt für den Versicherer ein grosses Problem dar (Kostensteigerungen).

Mit dem Spitalleistungskatalog muss der Versicherer teilweise Kosten vergüten, die nicht KVG-pflichtig sind und von ihm auf diesen Punkt hin auch nicht überprüfbar sind.

**2. Praxis bezüglich Überprüfung der Leistungsberechtigung**

Kulanz besteht für den Versicherer nicht, doch ergibt sich ein gewisser Ermessensspielraum, da Zweifelsfälle (Spitalbedürftigkeit) nicht ausgeschlossen werden können, da jeder Versicherte anders ist. Der Versicherer regelt diese Fälle mit internen Richtlinien und Schulungen. Da diese Regelungen und Richtlinien nicht bei allen Versicherern gleich sind, kann die Vergütungs- und die Kontrollpraxis bei den verschiedenen Versicherern unterschiedlich ausfallen.

Der Versicherer kontrolliert auch Leistungen mit geringen Kosten. Die korrekte Anwendung der jeweiligen Tarife durch die Leistungserbringer wird vom Versicherer gezielt kontrolliert, da in diesem Bereich die meisten Probleme bestehen. Der Versicherer kann bei einigen wenigen Leistungserbringern gewisse Unregelmässigkeiten feststellen, ohne aber einen Einfluss auf deren Verhalten nehmen zu können. Der Versicherer stellt aber keinen Betrug fest, sondern eine möglichst optimale Auslegung der jeweiligen Verträge. Durch die Einführung von TarMed erhofft sich der Versicherer eine Verbesserung der Situation.

Die Ablehnung der Leistungspflicht kann auf unterschiedliche Art begründet werden., d.h. eher juristisch mit einem Hinweis auf die betreffenden Gesetzesartikel oder eher allgemeinverständlich. Die Schwierigkeit besteht darin, die Formulierung der Begründung der Erwartungshaltung des jeweiligen Versicherten anzupassen. Einige Versicherte drohen dem Versicherer, dass sie eine Kopie des Schreibens mit ablehnendem Entscheid an weitere Stellen (z.B. Presse) weiterleiten würden.

**3. Relevanz der Problematik der Leistungsvergütung**

Das Problem der Vergütungspraxis ist im Vergleich zu anderen Problemen mit dem KVG recht häufig. Mit der Einführung des KVG sind die Probleme häufiger geworden, da das KVG sehr schnell eingeführt wurde und viele Bereiche interpretationsbedürftig waren. Inzwischen haben die Probleme aber schon wieder etwas abgenommen, da der Leistungs-

katalog ein ziemlich starrer Block geworden ist und viele Bereiche weitgehend geklärt sind. Die Regelungsdichte ist dabei teilweise zu hoch.

Nebst der Vergütungspraxis, deren Problematik als mittel bis hoch bezeichnet wird, ist für den Versicherer v.a. die Ausdehnung des Leistungskatalogs problematisch. Weitere bedeutende Probleme im Zusammenhang mit dem KVG sind die Spitalfinanzierung, der Risikoausgleich, der Kontrahierungszwang sowie die steigenden Medikamentenpreise.

## **Interview mit Krankenversicherer 7**

### **1. Allgemeine Bemerkungen**

Die Umsetzung des KVG in Bezug auf die Kosteneindämmung ist schlecht. Für den Versicherer liegt das Problem nicht in erster Linie am KVG selbst, sondern im Vollzug (Spitalfinanzierung, TarMed). Die Politik der Kantone entspricht nicht der Politik des Bundes, die mit dem KVG eigentlich gute Ansätze bietet. So werden kantonale Spitalplanungen ungenügend umgesetzt. Das medizinische Angebot ist insgesamt zu gross und treibt damit die Kosten in die Höhe.

#### ***Leistungserbringer***

Der Versicherer stellt fest, dass seit der Einführung des KVG die Leistungserbringer vermehrt versuchen, nicht KVG-pflichtige Leistungen zu verrechnen, mit der Annahme, diese Leistungen würden zurückerstattet.

#### ***Versicherer***

Die Überprüfung der Leistungspflicht ist für den Versicherer schwierig und aufwändig, da die Diagnose vom Vertrauensarzt nur auf Anfrage eingesehen werden kann. Mit der Ausweitung des Leistungskatalogs kommen immer mehr potenzielle Probleme hinzu. Um unklare Regelungen zu beseitigen, ist der Versicherer teilweise gezwungen den Rechtsweg einzuschlagen.

Mit der Einführung von TarMed erhofft sich der Versicherer eine Verbesserung der Situation. Allgemein problematisch ist für den Versicherer auch die Abgrenzung zwischen Unfall und Krankheit.

#### ***Versicherte***

Die Versicherten versuchen vermehrt, mit der Konsultation verschiedener Leistungserbringer die von ihnen in steigendem Mass gewünschten Einzelleistungen oder Therapien zu erhalten.

### **2. Probleme bei der Vergütung von Leistungen**

#### ***Spitalaufenthalt***

Der Versicherer muss bei privaten Spitälern für die gleiche Leistung in der allgemeinen Abteilung teilweise höhere Tarife bezahlen als bei öffentlichen Spitälern, da die Kantone die privaten Spitäler nicht subventionieren, obwohl diese in den kantonalen Spitalplanun-

gen als Leistungsträger aufgeführt sind. Deshalb bestehen unterschiedliche Tarifverträge (mit privaten und öffentlichen Spitälern).

### **Zahnärztliche Behandlung**

Leistungserbringer versuchen viele Leistungen als KVG-pflichtig einzustufen (Zahnunfall), was dem Versicherer einen hohen Kontrollaufwand und eine hohe Zahl von angefochtenen Entscheiden verursacht. Im Vergleich zum KUVG hat sich die Zahl der aufgrund von Anfechtungen erlassenen Entscheiden verfünffacht.

### **Leistungen bei Mutterschaft**

Die Formulierungen im KVG sind kompliziert und zu wenig präzise, so dass der Versicherer sehr viel Arbeit mit der Abklärung der Leistungspflicht hat. Der Leistungserbringer nutzt diesen Spielraum zu seinen Gunsten aus (häufig wird die Diagnose Risikoschwangerschaft gestellt. Damit können mehr Leistungen zu Lasten der OKP verrechnet werden). Die Abklärung ist aufwändiger als die Zahlung nicht KVG-pflichtiger Leistungen. Dennoch macht der Versicherer den Leistungserbringern Druck, so dass der Versicherer die Leistungen nicht in dem Ausmass bezahlen muss wie es Leistungserbringer teilweise möchten.

### **Mittel und Gegenstände (MiGeL)**

Mittel und Gegenstände sowie Medikamente und Analysen betreffen zwar oft nur kleine Beträge, doch summieren sich diese insgesamt, so dass der Versicherer finanziell relativ stark belastet wird. Die Kontrolle wird dem Versicherer dadurch erschwert, so dass die Leistungserbringer keine Diagnose, ja nicht einmal eine Referenznummer der verwendeten Mittel und Gegenstände auf der Rechnung aufführen müssen.

### **Medikamente (SL)**

Die Problematik ist die gleiche wie bei den Mittel und Gegenständen.

Die Ablehnung der Rückerstattung von Medikamentenkosten wird von den Versicherten zum grössten Teil akzeptiert.

### **Analysen (AL)**

Die Problematik ist die gleiche wie bei den Mittel und Gegenständen.

### **Neue Methoden und Techniken**

Bei nicht geregelten Methoden besteht das Problem, dass die Leistung oftmals schon erbracht wurde und der Entscheid über die Kostengutsprache erst hinterher getroffen werden kann. Im Fall einer Ablehnung kann dies für die Versicherten einschneidende finanzielle Folgen haben. In solchen Fällen wendet sich der Versicherer an das KSK oder an das

BSV, bei denen aber teilweise auch noch keine Erfahrungen vorhanden sind. Die Zusammenarbeit mit dem BSV hat sich in diesem Zusammenhang verbessert.

Eine Lösung für diese Probleme wäre in einer ständigen Kommission zu sehen, die rasch über eine Leistungspflicht neuer Methoden, Techniken, Medikamente, Therapieformen oder Tarife entscheiden würde.

### **Information**

Informationsprobleme stellt der Versicherer teilweise sowohl bei den Leistungserbringern wie auch bei den Versicherten fest. Es kann vorkommen, dass Leistungserbringer die Versicherten in Bezug auf die KVG-Pflicht der erbrachten Leistung durch Unkenntnis falsch oder gar nicht aufklären. Versicherte gehen teilweise von falschen Annahmen bezüglich Leistungspflicht aus. Durch eine gezielte Information kann es auch vorkommen, dass sich ein Versicherter nicht notwendige Behandlungen (z.B. Badekuren) verschreiben lassen kann.

### **Reklamation**

Die Reklamationen der Versicherten nehmen zu, da sie durch die Medien dazu aufgefordert werden sich zu wehren. Sie haben dabei nichts zu verlieren.

## **3. Praxis bezüglich Überprüfung der Leistungsberechtigung**

Durch die Tendenz vermehrt Einzelrechnungen zu stellen nimmt der administrative Aufwand für den Versicherer zu und die Kontrolle eines einzelnen Falles wird wegen der zunehmenden Unübersichtlichkeit schwieriger. Eine umfassende Rechnung nach Abschluss der Behandlung könnte den Aufwand verkleinern und die Kosten senken.

Die Umstellung von Tages- auf Fallpauschalen bei kurzen Spitalaufenthalten kann zu einer grösseren finanziellen Belastung der Versicherten führen. Bei der ambulanten Behandlung im Spital und der Abrechnung nach Einzelleistungstarif stellt der Versicherer teilweise falsch ausgestellte Rechnungen fest. Er bemängelt, dass er einen grossen Teil der Kontrolle übernehmen muss, die er aber trotzdem wahrnimmt. Diese Kontrolle erfolgt in der Regel auch bei kleinen Beträgen.

Dass eine Kostengutsprache bei Versicherten zu spät eintrifft, kommt relativ selten vor, dies auch bei privat Versicherten, wo ein rascher Entscheid des Versicherers notwendig ist. Problematisch wird es, wenn ein in einem Spital einmal festgelegtes therapeutisches Programm im Laufe der Behandlung geändert wird. Wurde die Kostenübernahme der Behandlung ursprünglich vom Versicherer zugesichert, muss dies bei geändertem therapeutischen Programm nicht zwangsläufig auch so sein (z.B. bei Übergang von einem lange dauernden Akut-Spitalaufenthalt in: palliative Pflege, Rehabilitation, Aufenthalt in einer Spezialklinik, sozio-medizinische Institution, stationäre Rekonvaleszenz usw.).

Weil entsprechende Konventionen fehlen, reagiert der Versicherer immer spät – häufig erst bei Erhalt einer Rechnung. Dies führt zu Unklarheiten, denn die betroffenen Versicherten konnten mangels Kenntnissen der neuen Deckungsvoraussetzungen nicht rechtzeitig mit dem Versicherer Kontakt aufnehmen.

#### **4. Relevanz der Problematik der Leistungsvergütung**

Probleme der Vergütungspraxis treten im Vergleich zu anderen Problemen des KVG häufig auf, was sich an der Zahl von Reklamationen von Versicherten zeigt. Seit der Einführung des KVG ist die Häufigkeit gestiegen, was der Versicherer aber nur teilweise auf das KVG zurückführt. Einen grossen Einfluss haben auch die Medien, die die Probleme des KVG entsprechend behandelt haben. Der Stellenwert der Probleme mit der Vergütungspraxis ist für den Versicherer hoch, z.B. höher als das Problem der Subventionen.

## **Interview mit Leistungserbringer 1**

### **1. Probleme bei der Vergütung von Leistungen**

#### ***Umstrittene Bereiche der Spitex-Leistungen***

Die Krankenversicherer bestreiten punktuell nach wie vor die Wirtschaftlichkeit der Spitex-Pflege. Die Situation hat sich aber verbessert. Dies ist einerseits den Interventionen des Ombudsmannes der sozialen Krankenversicherung in den Jahren 1999 und 2000 zu verdanken. Andererseits haben auch die verschiedenen EVG-Entscheide im Herbst 2000 einen klärenden Beitrag geleistet. Umstritten sind nicht die Preise, sondern die Menge: Zu Diskussionen Anlass geben Spitex-Leistungen, die voraussichtlich über einen langen Zeitraum erbracht werden müssen und mit der Zeit zunehmen könnten. Betroffen davon sind ältere Menschen mit altersbedingten Leiden und behinderte Versicherte (z.B. MS-Patient/innen). Mehr als 80% der Spitex-Kundschaft sind Senior/innen oder Menschen mit einer Behinderung.

Die Krankenversicherer haben als Folge der EVG-Urteile ihre Praxis revidiert. Den Spitex – Kund/innen wird nicht mehr nur der Betrag pro Tag vergütet, welcher der gleiche Spitex-Kunde im Pflegeheim pro Tag erhalten würde. Diese Praxis wurde fälschlicherweise mit Art. 50 KVG begründet: Art. 50 KVG erwähnt nur die Leistungen, nicht die Preise.

Die Versicherer anerkennen heute grossmehrheitlich Spitex-Pflege im Umfang von 90 bis 120 Stunden pro Quartal als wirtschaftlich. Die 60-Stunden-Regel pro Quartal der KLV wird nirgends strikt angewendet. Eine Überprüfung des Spitex-Bedarfs erfolgt ab 90 oder 110 Stunden pro Quartal. Schikanöse Ausnahmen gibt es sehr wohl. Sie sind meistens die Folge eines Personalwechsels in der lokalen Sektion des jeweiligen Krankenversicherers.

Probleme mit der Nicht-Vergütung treten nach der Rechnungsstellung auf, lange nachdem die ärztlich verordneten Spitex-Leistungen erbracht worden sind. Die Versicherten zahlen in diesem Fall die Leistungen oft selber, weil sie sich nicht mit den Krankenversicherern streiten wollen.

#### ***Abgrenzung ambulanter/stationärer Bereich***

Spitex-Leistungen zählen zum ambulanten Bereich; die Versicherer müssten demzufolge die vollen Kosten übernehmen. Spitex-Leistungen gehören strukturell aber zum stationären Bereich. Dank Spitex wird der stationäre Bereich (Pflegeheime und Spital) entlastet. Bei Spitex müssen daher gleiche Finanzierungsmodi gelten wie im stationären Bereich.

Solange die Rahmentarife gelten, kann Spitex nur kostendeckend arbeiten, wenn die öffentliche Hand rund 50% an Spitex-Pflegekosten zahlt.

#### ***Tarife***

Die Preise sind im Prinzip mit den Rahmentarifen (Art. 9a KLV) vorgegeben und variieren in den Kantonen wenig, bewegen sich aber überall am unteren Rand.

Seit 1996 verlangt Spitex vom KSK Verhandlungen über eine einheitliche Tarifstruktur. Bis heute eher erfolglos. Als Vorbereitung auf eine einheitliche Tarifstruktur konnte 1997 gemeinsam mit dem KSK eine Arbeitszeit- und Kostenerhebung durchgeführt werden.

### ***Mengenbegrenzung***

Die Mengenbegrenzung auf 60 Stunden Spitex-Pflege pro Quartal ist inadäquat, obschon die meisten Versicherer erst ab etwa 80 oder 90 Stunden kontrollieren. Für die Spitex-Organisation wäre eine Ausdehnung auf 90 bis 120 Stunden pro Quartal wünschenswert. Die KLV sollte in diesem Sinn angepasst werden.

### ***Fallmanagement***

Mit der Einführung des Spitex-Fallmanagements könnten strukturbedingte Probleme in der Kommunikation mit den Versicherern vermindert werden. Die Bündelung von Spitex-Bearbeitung auf spezialisierte Pflegefachpersonen beim Versicherer oder bei einer paritätischen Kommission (vgl. Art. 8a KLV) sowie eine direkte mündliche Kommunikation, ergänzt mit standardisierten und datenschutzkonformen Unterlagen, könnten Kostengutsprachen beschleunigen und Missverständnisse abbauen. Ein entsprechendes Projekt mit einem Versicherer belegte diese Annahmen weitgehend.

### ***Ermessensspielraum***

Es bestehen grosse Ermessensspielräume. Viele Versicherer haben den Eindruck, dass die Spitex die Leistungsmenge erhöht hat. Das Wachstum der Spitex nach der Einführung des KVG ist aber auf eine Kostenverlagerung von der öffentlichen Hand hin zur Krankenversicherung zurückzuführen. Wäre die Datenlage besser, könnte Spitex dies belegen.

### ***Kontrollpraxis***

Die Kontrollpraxis der Versicherer ist sehr unterschiedlich. Stichproben der Versicherer sind auch von der Spitex erwünscht.

Das 1998 eingeführte Kontroll- und Schlichtungsverfahren (Art. 8a KLV) hat sich bewährt. Es wäre wünschenswert, wenn der Akzent heute vermehrt auf das paritätische Schlichtungsverfahren gelegt werden könnte. Die meisten Probleme können mit verbesserter Kommunikation gelöst werden.

### ***Wertschätzung der Spitex-Leistungen***

Die eher geringe Wertschätzung, die der Spitex für ihre Arbeit zukommt, könnte unter anderem daran liegen, dass bei der Spitex zu 95% Frauen beschäftigt sind. Frauenarbeit hat grundsätzlich gratis oder schlecht entlohnt zu sein. Es stösst daher nach wie vor teilweise auf Unverständnis, dass eine Stunde Spitex 80 oder 90 Franken kostet.

Die Kostenverlagerung von der öffentlichen Hand hin zur Krankenversicherung stösst bei den Krankenversicherern auf Unverständnis. Spitex-Pflege wurde ins KVG als Leistung aufgenommen. Die Kostenverlagerung als solche ist damit vom KVG gewollt.

### ***Folgerungen und Empfehlungen***

Die Limite von 60 Spitex-Stunden pro Quartal für die Überprüfung des Bedarfs (Art. 8a Abs. 3 KLV) müsste auf mindestens 100 Stunden erhöht werden. Das Kontrollverfahren (Art. 8a KLV) müsste sich zu einer entscheidungskompetenten, paritätischen Schlichtungsstelle von Spitex und Versicherern weiterentwickeln. Spitex muss gewisse Eckpfeiler und Grundsätze im Sinne einer einheitlichen Tarifstruktur mit den Versicherern gesamtschweizerisch regeln. Die Tarife müssten aber weiterhin kantonal geregelt werden, da die Beiträge der öffentlichen Hand an die Spitex kantonal unterschiedlich sind.

### ***Private Spitex-Organisationen***

Die privaten Spitex-Organisationen haben nicht mehr als rund 5% Marktanteil. Die privaten Spitex-Organisationen haben keine Beiträge der öffentlichen Hand und müssen mit den Rahmentarifen leben. Bei einem Stundenansatz von durchschnittlich 45 Franken kann nur gewinnbringend gearbeitet werden, wenn an der Qualität gespart wird oder die Minstdauer eines Einsatzes auf mindestens 2 oder 3 Stunden festgelegt wird.

Sollten z.B. im Zuge der Neuordnung der Spitalfinanzierung die Beiträge der öffentlichen Hand an die Spitexpflege entfallen, müssten die Preise auf der Basis der Vollkosten festgesetzt werden. Dann zumal könnte der Anteil der profitorientierten Spitex-Organisationen stark zunehmen.

## **2. Relevanz der Problematik der Leistungsvergütung**

Die Aufnahme der Spitex ins KVG hat Spitex als Leistungserbringer aufgewertet. Mit der Aufnahme ins KVG sind die Probleme mit der Vergütungspraxis gestiegen. Obwohl dadurch die öffentliche Hand bei Spitex durch das KVG finanziell massiv entlastet wurde, schauen jetzt sowohl die Versicherer als auch die öffentliche Hand genauer auf Spitex.

## **3. Allgemeine Bemerkungen**

Dank dem KVG wurde in der Spitex die kontinuierliche Qualitätsverbesserung ein Thema. Die Vereinheitlichung der Kosten- und der Leistungsdaten konnte vorangetrieben werden. Noch wartet Spitex auf bessere statistische Daten. Nachteilig ist die Mengenlimitierung von 60 Stunden pro Quartal und eventuell die Auswirkungen einer Neuordnung der Spitalfinanzierung. Wenn dann zumal die öffentliche Hand an die Spitex-Pflege keine Beiträge mehr ausrichtet, müssten die Stundenansätze zu Lasten der Krankenversicherer verdoppelt werden.

## Interview mit Leistungserbringer 2

### 1. Probleme bei der Vergütung von Leistungen

#### ***Abgrenzung ambulanter/stationärer Spitalaufenthalt und Kostenaufteilung***

Trotz des Inkrafttretens des KVG besteht immer noch das gleiche Verrechnungssystem, das durch einen Vertrag zwischen dem Kantonalverband der Krankenhäuser und dem Kantonalen Verband der Krankenversicherer geregelt ist. Mit Ausnahme eines Spitals besteht im Kanton das System der Nachtpauschalen (351 Franken pro Nacht). Die durch die Versicherer bezahlten Pauschale deckt max. 50% der Kosten (Art. 46 und 49 KVG). Aufgrund des medizinischen Fortschritts sowie verbesserter Wirtschaftlichkeit durch intensivere Leistungen des Spitals, geht die Aufenthaltsdauer im Spital massiv zurück, so dass die Pauschalen die Kosten nicht mehr decken. Die Folge davon ist, dass mehr als 50% der Kosten der öffentlichen Hand belastet werden.

Ist ein Spitalaufenthalt nicht stationär (>24h, Bettenbenützung), sondern teilstationär (<24h, Bettenbenützung) oder ambulant (<24h, keine Bettenbenützung), so kann das Spital anstelle der subventionierten Pauschale einen Einzelleistungstarif verrechnen, der nahezu kostendeckend ist und zu 100% vom Versicherer vergütet werden muss. Für die Versicherer ist diese Verlagerung vom stationären hin zum teilstationären und ambulanten Bereich ein Argument, dass die Kosten von der öffentlichen Hand hin zu den Versicherern verlagert werden.

Muss ein Patient während einem stationären Aufenthalt für eine bestimmte Behandlung ambulant oder teilstationär in einem anderen Spital behandelt werden, so muss das eine Spital dem anderen die vollen Kosten (100%) vergüten, erhält seinerseits vom Versicherer aber nur die Pauschale (50%) zurückvergütet. Zusammen mit den umfangreicheren Leistungen, die den Spitälern nicht vergütet werden, ist dies ein Argument der Spitäler, dass die Kosten von den Versicherern hin zur öffentlichen Hand verlagert werden.

Durch noch auszuhandelnde neue Verträge, erhofft sich das Spital, dass der von den Versicherern angedrohte vertragslose Zustand, der dem Spital das administrativ sehr aufwändige System des Tiers garant beschereu würde, verhindert werden kann und dass aufgrund besserer Datengrundlagen eine leistungsbezogene Fallpauschale eingeführt wird.

Diese Probleme der Vergütungspraxis sind eine Folge der mangelhaften Umsetzung des KVG.

#### ***Problembereiche bei der Leistungsvergütung***

Die pauschal gestellten Spitalrechnungen werden von den Versicherern kaum in Frage gestellt. Dies ist eher bei Privat- oder Universitätsspitalern der Fall, da dort eher Leistungen erbracht werden, deren Übernahme durch das KVG nicht eindeutig ist (Abgrenzung Krankheit/Nichtkrankheit, Spitzenmedizin oder Maschinen im Forschungsstadium).

Äusserst selten kommt es vor, dass die Spitalbedürftigkeit angezweifelt wird. Betroffen sind in diesem Zusammenhang v.a. die Wöchnerinnen, von denen vom Versicherer nach fünftägigem Aufenthalt oft ein Arztbericht verlangt wird. Vorkommen kann der Fall, dass

durch überfüllte Rehabilitationskliniken oder Pflegeheime der Leistungserbringer den stationären Aufenthalt im Interesse des Versicherten verlängern muss. Das Spital sucht aber mit dem Sozialdienst und den Angehörigen frühzeitig nach Lösungen, so dass die Überweisung aus dem Akutspital kaum Probleme bereitet.

Für das Spital wird eine unterschiedliche Praxis, d.h. ein restriktiveres oder kulanteres Vorgehen der Versicherer, ersichtlich.

### ***Abgrenzung zur Zusatzversicherung***

Da bei Versicherten mit Zusatzversicherung nach dem System des Tiers garant und i.d.R. nach Einzelleistungstarif und nicht nach Pauschalen verrechnet wird, ist die Überprüfung für die Versicherer einfacher und es werden entsprechend mehr Fragen zur Notwendigkeit bestimmter Leistungen gestellt.

Zur Zeit gehen die Kosten für den stationären Aufenthalt von Personen mit Zusatzversicherung voll zu Lasten der Versicherer (inkl. Anteil, der bei Versicherten mit OKP zur Hälfte von der öffentlichen Hand übernommen wird). Ändert sich diese Praxis und wird von den Versicherern nur noch die zusätzliche Leistung und die Hälfte an den allgemeinen Teil vergütet, entstehen den Spitälern bzw. den Kantonen sehr viel Mehrkosten.

Ein Privatspital darf einem Versicherten mit dem Zusatz „allgemein, ganze Schweiz“ Leistungen teurer verrechnen als dies ein öffentliches Spital kann; es besteht somit ein Vorteil zu Gunsten von Privatspitälern.

### ***Information***

Anfragen der Versicherten über Versicherungsleistungen sind sehr selten und stellen somit kein Problem für das Spital dar.

Eine bessere Information der Versicherten wäre möglich, wenn auf der Abrechnung nicht nur die günstige Nachtpauschale, sondern die Kosten der gesamten, meist viel teureren Leistung aufgelistet würde. So könnte das Verständnis der Versicherten für die Kosten im Gesundheitswesen gefördert werden.

### ***Datenschutz***

Ohne Zustimmung der Versicherten dürfen Leistungserbringer Daten, die die Diagnose (ICD 9) oder die Behandlung (ICD 10) betreffen, nicht freigeben. Die Angaben werden anonymisiert, durch das Bundesamt für Statistik (BfS) gesammelt und ausgewertet.

## **2. Relevanz der Problematik der Leistungsvergütung**

Die Häufigkeit der Probleme mit der Vergütungspraxis ist im Vergleich zu anderen Problemen mit dem KVG relativ gering. Für ein Spital an einer Kantonsgrenze gibt es mehr Probleme, da durch die verstärkte Kantonalisierung mehr administrativer Aufwand besteht.

Die Häufigkeit der Probleme ist durch die Tendenz, dass immer weniger Leute eine Zusatzversicherung haben, eher gestiegen.

Das wichtigste Problem im Zusammenhang mit dem KVG stellen für das Spital die Tarife und die Pauschalen dar.

### **3. Allgemeine Bemerkungen**

Allgemein gilt für das Spital, dass nicht das KVG an sich ein Problem darstellt, sondern dessen Umsetzung.

## **Interview mit Leistungserbringer 3**

### **1. Probleme bei der Vergütung von Leistungen**

#### ***Prävention***

Bei präventiven Massnahmen ist der Leistungserbringer teilweise gezwungen eine Diagnose zu stellen, damit der Versicherer die Kosten übernimmt. Diese Diagnose kann einerseits zu Vorbehalten des Versicherers (bei Leistungen nach VVG) führen. Andererseits kann eine solche Diagnose beim Versicherten Verunsicherung auslösen, da dieser gar nicht krank ist.

#### ***Neue und hochtechnologische Methoden***

Bei hochtechnologischen und neuen Leistungen kann bei den Leistungserbringern Unklarheit bestehen, ob diese KVG-pflichtig sind oder nicht. In der Folge werden solche Leistungen von Leistungserbringern vermieden, da diese Probleme mit den Versicherern vermeiden wollen. So werden teilweise sinnvolle Methoden nicht angewandt. Auch wird teilweise der Einsatz von teureren aber informativeren Verfahren (Computertomographie MRI) von Versicherern angezweifelt, wenn diese nicht nach einem bestimmten Ablauf (zuerst Röntgen, erst dann MRI) zum Einsatz kommen. So werden teilweise günstigere, aber eventuell unnötige Verfahren (Röntgen) vergütet.

Je nach Wohnort der Versicherten, werden von lokalen Leistungserbringern nicht immer die gleichen Massnahmen ergriffen, was zu unterschiedlichen Leistungen für die Versicherten führen kann. National werden nicht unbedingt zu viele Leistungen angeboten, doch ist die Verteilung der Orte, wo besteht eine ungleiche geographische Verteilung der Angebote.

#### ***Abgrenzung zur Zusatzversicherung***

Dieses Problem betrifft v.a. Erbringer stationärer Leistungen der Chirurgie und der Gynäkologie. Versicherte mit Zusatzversicherung bringen den Leistungserbringern ein höheres Einkommen. Wartelisten für Wahleingriffe nehmen bei Versicherten mit OKP zu, während es bei Versicherten mit einer Zusatzversicherung schneller geht. Die Versicherungsdeckung kann einen Einfluss auf die Art der Behandlung haben.

#### ***Tarife und Pauschalen***

Teilweise werden im Spital nicht KVG-pflichtige Leistungen (Medikamente, Maltherapie) erbracht, die wegen der Abrechnungsart (Pauschaltarife) für die Versicherer nicht ersichtlich sind, von diesen vergütet. Nach dem Spitalaustritt der Versicherten werden die Leistungen, sofern sie ambulant weitergeführt werden, für die Versicherer ersichtlich und sie vergüten diese nicht, was für die Versicherten schwer verständlich ist. Es kann auch vorkommen, dass aus diesem Grund ein stationärer Spitalaufenthalt verlängert wird.

Solche Fälle sind selten, können für den Versicherten aber grosse finanzielle Konsequenzen haben.

Mit der Einführung von TarMed können die Probleme vermindert werden, da die Versicherer einen besseren Einblick in die in der Pauschale inbegriffenen Leistungen erhalten.

### ***Rückerstattungsfrist***

Insbesondere für Leistungserbringer mit neu eröffneter Praxis kann die Regelung, Rechnungen erst nach drei Monaten zu stellen und nach einem weiteren Monat zu mahnen, zu Liquiditätsproblemen führen. Die Versicherer sollten die Leistungsabrechnung rascher durchführen.

### ***Beziehung zwischen Leistungserbringern, Versicherern und Versicherten***

Der Leistungserbringer will in erster Linie eine wirksame Therapie und kümmert sich erst in zweiter Linie um die Versicherungsproblematik. Die allgemeine Kenntnis über das KVG ist bei Leistungserbringern ziemlich gering. Das kann, wenn auch selten, dazu führen, dass Versicherte die erbrachten Leistungen selber bezahlen muss.

Die von den Leistungserbringern (Ärzte) veranlassten Kosten (Medikamente, Röntgen, Physiotherapie) werden von Versicherern statistisch erfasst. Liegen diese Kosten über dem Durchschnitt, kann es vorkommen, dass der Versicherer einen Leistungserbringer nicht in sein Hausarztmodell aufnimmt. Dies kann auch dazu führen, dass ein Leistungserbringer die Anwendung teurer Leistungen meidet, auch wenn diese eventuell wirksamer wären.

Bei der Kontrolle durch die Versicherer kann man ein unterschiedliches, d.h. restriktiveres oder weniger restriktives Verhalten in Grenzfällen (Abgrenzung Normal-/Risikoschwangerschaft, MiGeL) feststellen. Es besteht die Möglichkeit, dass Versicherer gewisse Versicherte schikanieren um sie zu einem Wechsel des Versicherers zu bewegen.

Unterschiede sind auch zwischen Versicherten aus der deutschen und der französischen Schweiz feststellbar. Versicherte aus der französischen Schweiz nehmen eher medizinische Leistungen in Anspruch als Versicherte aus der deutschen Schweiz.

### ***Datenschutz***

Mit der Einführung von TarMed könnte das Problem des häufigen Kassenwechsels insofern eingeschränkt werden, als für die Versicherer kontrollierbar wäre, welcher Versicherte welche Leistungen wo bezogen hat (Voraussetzungen des Anhang 1 der KLV). Dafür braucht es aber einen Datenpool, der aber aus ethischer Sicht („der gläserne Patient“) fragwürdig sein kann.

## **2. Relevanz der Problematik der Leistungsvergütung**

Die Häufigkeit der Probleme mit der Vergütungspraxis ist im Vergleich zu anderen Problemen mit dem KVG eher selten und hat sich seit der Einführung des KVG nicht verändert. Die Überprüfung von bestimmten Leistungen kommt bei allgemein praktizierenden Ärzten

und Ärztinnen selten vor, da diese überwiegend KVG-pflichtige Leistungen erbringen. Dies erklärt die eher schlechte Vertrautheit mit dem KVG und der eher geringe Stellenwert der Problematik. Probleme mit der Leistungsvergütung gibt es eher im Grenzbereich von KVG-pflichtigen und nicht KVG-pflichtigen Leistungen, wo der jeweilige Leistungserbringer aber entsprechend informiert ist.

Das Hauptproblem im Zusammenhang mit dem KVG betrifft die Tarife.

### **3. Allgemeine Bemerkungen**

Die Verantwortung für die Gesundheitskosten liegt auch bei den behandelnden Ärzten und Ärztinnen, die diese mit einer verstärkten Selbstkontrolle der verursachten Kosten besser wahrnehmen könnten.

## Interview mit Leistungserbringer 4

### 1. Probleme bei der Vergütung von Leistungen

#### **Medikamente (SL)**

Durch einen relativ schlechten allgemeinen Informationsstand der Leistungserbringer und der Versicherten kann es vorkommen, dass ein Leistungserbringer ein nicht KVG-pflichtiges Medikament verschreibt (z.B. Diabetiker mit Potenzproblemen, junge Frauen mit Akneproblemen). Die Versicherer begründen bei der Leistungsabrechnung die Ablehnung meist nicht oder nur mangelhaft.

#### **Kuraufenthalt**

Bei der Überweisung in ein Kurheim kann es Probleme mit der Kostengutsprache geben, da dieser Bereich nicht klar geregelt ist (z.B. psychosoziale Indikation). Probleme in diesem Bereich können für die Versicherten relativ hohe finanzielle Auswirkungen haben.

#### **Spitalbedürftigkeit**

Probleme kann es bei der Abgrenzung zwischen dem stationären und ambulanten Spitalaufenthalt geben, wobei die Versicherer bei älteren und vor allem polymorbiden Versicherten eher tolerant sind. Das Problem besteht darin, dass mitunter der Kostengutspracheentscheid eines Versicherers für eine bestimmte Leistung zu spät kommt.

#### **Abgrenzung zur Zusatzversicherung**

Einige nicht KVG-pflichtige Leistungen werden aus der Zusatzversicherung vergütet, da dies für die Versicherer teilweise der einfachste Weg ist. Dieser Praxis sind aber Grenzen gesetzt, denn wenn etwas für die OKP nicht wirtschaftlich oder nicht zweckmässig ist, sollte dies auch für die Zusatzversicherung Gültigkeit haben, also auch dort nicht wirtschaftlich oder nicht zweckmässig sein (z.B. Mammareduktion, Xenical).

#### **Spitex**

Im Grenzbereich zwischen KVG-pflichtigen und nicht KVG-pflichtigen Leistungen, wie bei der Vergütung von Spitex-Haushaltshilfe (um Überlastung und daraus folgenden stationären Aufenthalt zu vermeiden), spielt auch die Art des Gesuchs an den Versicherer eine Rolle, da dieses vom/von der betreffenden Vertrauensarzt/-ärztin unterschiedlich bewertet werden kann. Die Begründung bei der Ablehnung ist bei den Versicherern unterschiedlich.

**Onkologie**

Leistungserbringer in der Onkologie und in anderen Bereichen, wo Leistungen im Grenzbereich der KVG-Pflicht erbracht werden, müssen teilweise auf alternative Leistungen und Verfahren bzw. Medikamente ausweichen, damit diese aus der OKP vergütet werden.

**Komplementärmedizin**

Hier besteht das Problem, dass von den Versicherern Leistungserbringer teilweise nicht anerkannt werden. Die entsprechenden Listen sind teilweise willkürlich.

**Mittel und Gegenstände (MiGeL)**

Teilweise wird von den Versicherern die KVG-Pflicht von Mitteln oder Gegenständen angezweifelt, bei denen es aber um relativ kleine Beträge geht (z.B. Schuheinlagen).

**Physiotherapie**

Bei der Physiotherapie wird von den Versicherern vor allem die Notwendigkeit von Anzahl und der Dauer der Leistungen (Anzahl Serien à 9 Sitzungen) hinterfragt.

**Verhältnis Leistungserbringer - Vertrauensarzt**

Die Erstellung einer Begründung ist für die Leistungserbringer kein Problem. Die Begründung kann aber vom/von der Vertrauensarzt/-ärztin unterschiedlich bewertet werden. In der Praxis ist die Entscheidung für eine/n Vertrauensarzt/-ärztin, ob eine Leistung KVG-pflichtig ist oder nicht, manchmal schwierig zu fällen. Faktoren wie der Stil und die Begründung eines Gesuchs zur Vergütung einer bestimmten Leistung sowie die Persönlichkeit des/der Vertrauensarztes/-ärztin können einen Einfluss auf die Entscheidung haben. Es kann vorkommen, dass die Begründung eines Leistungserbringers für die Spitalbedürftigkeit eines bestimmten Versicherten von einem Versicherer akzeptiert und von einem anderen abgewiesen wird oder sogar innerhalb eines Versicherer von einem/einer Vertrauensarzt/-ärztin akzeptiert und von einem/einer anderen abgewiesen wird.

**Ermessensspielraum für den Vertrauensarzt**

Ein gewisser Ermessensspielraum für die Vertrauensärzte/-ärztinnen lässt sich nicht vermeiden und sollte auch belassen werden. Erstens sind solche Fälle nicht die Regel und zweitens ist für die Vertrauensärzte/-ärztinnen jeder Fall individuell abzuklären. Die Entscheidung hängt von vielen Faktoren ab, die nicht alle in einem Gesetz geregelt werden können, das noch praktisch umsetzbar sein soll. Durch die Aufnahme ins „Manual der Vertrauensärzte“ und der darin formulierten Entscheidungshilfen bei Grenzfällen können solche Probleme am ehesten entschärft werden.

Eine Offenlegung der Entscheidungspraxis durch die Versicherer ist relativ wirkungslos, da bei Grenzfällen immer wieder neu und individuell entschieden werden muss; eine allgemeine Entscheidungspraxis wäre kaum formulierbar.

## **2. Relevanz der Problematik der Leistungsvergütung**

Die Häufigkeit der Probleme der Vergütungspraxis ist für allgemein praktizierende Ärzte und Ärztinnen im Vergleich zu anderen Problemen mit dem KVG eher gering und hat sich seit der Einführung des KVG nicht verändert. Dementsprechend ist auch der Stellenwert der Problematik gering.

## **3. Allgemeine Bemerkungen**

Auch wenn die Versicherer unter allgemein praktizierenden Ärzten und Ärztinnen oft kritisiert werden, gibt es keine grossen Probleme. Den meisten Leistungserbringern und Versicherten geht es gut.

Der Informationsstand der allgemein praktizierenden Ärzte und Ärztinnen über das KVG ist eher schlecht, was aber wegen der geringen Relevanz des Problems keine grossen Auswirkungen hat. Das Informationsdefizit wirkt sich am ehesten noch bei der Begründung von Rehabilitations- oder Kuraufenthalten aus, da es sich bei diesen Fällen um eher teure Leistungen handelt und für die Versicherten beträchtliche Folgen haben kann.

Allgemein bietet nicht das KVG an sich Probleme, sondern viel mehr seine Umsetzung. Die Leistungserbringer brauchen eine gewisse Übergangszeit, bis sie sich an die neue Situation gewöhnt haben, in der sie ihr Handeln vermehrt begründen müssen.

Umstritten kann die Frage nach dem Leistungsumfang des KVG sein, der eher als zu weit angesehen wird. Die allgemeine Aufnahmepflicht der Versicherer ist positiv zu bewerten. Als Alternative ist ein Modell mit höherem Selbstbehalt (z.B. 4'000 Franken) denkbar, das ein liberaleres Verhalten mit mehr Möglichkeiten zulassen würde. Anstelle einer Prämienverbilligung würden die Wohngemeinden Personen unterer Einkommensklassen gezielt unterstützen, d.h. deren (höhere) Selbstbehalte übernehmen. Alternative Versicherungsmodelle werden verschieden beurteilt. HMO bringen wenig ausser Entsolidarisierung. Hausarztmodelle hingegen sind wünschbar, da sie die Stellung der Grundversorger stärken.

## Interview mit Leistungserbringer 5

### 1. Probleme bei der Vergütung von Leistungen

#### ***Limitation von Medikamenten (SL)***

Da die Apotheker/-innen am Schluss der Kette einer Behandlung stehen, bleibt das Problem der Verrechnung oft an ihnen hängen. Die Überprüfung der Limitationen ist für die Apotheker/-innen schwierig. In 99% der Fälle kommt das System des Tiers payant zum Einsatz. Ein nicht von der Versicherung übernommenes Medikament wird den Apothekern/-innen von den Versicherern nicht vergütet. Die Apotheker/-innen müssen dann den Betrag bei den Versicherten einfordern. Durch ein gut funktionierendes und weit verknüpftes EDV-System können Versicherungsdeckung und Angaben betr. Zahlungsfristen der Versicherten online abgefragt werden. Probleme sind als selten zu bezeichnen (0.1-0.2% aller Fälle). Es gibt aber Einzelfälle, die für den Apotheker sehr kostspielig sein können (bis 42'000 Franken).

#### ***Dosierung von Medikamenten (SL)***

Ein weiteres Problem in diesem Zusammenhang ist die Fakturierung von Medikamenten, die nur in kleineren Packungsgrössen auf der SL figurieren. Bei der Abgabe von einer grossen Packung können aber gegenüber mehreren kleineren Packungen mit dem gleichen Gesamthalt Kosten eingespart werden. Einige Versicherer halten sich jedoch strikt an die SL und vergüten dann die Rechnung für die grössere Packung nicht. Auch dieses Problem tritt selten auf.

#### ***Neue Medikamente (SL)***

Bei neuen, relativ teuren Medikamenten schliesst der SVK teilweise Direktverträge mit der Pharmaindustrie ab. Die Versicherer vergüten dann über ihre Rückversicherung SVK diese Medikamente, schon bevor diese auf der SL figurieren und liefern im Gegenzug Informationen über die betroffenen Leistungserbringer, die potenzielle Kunden für neue Medikamente sind. Wird ein solches neues Medikament in die SL aufgenommen, läuft der Direktverkauf über den SVK weiter und einige Versicherer zwingen die Versicherten, die Medikamente weiterhin exklusiv über den SVK zu beziehen. Dieser Vorgang hat zur Folge, dass die freie Wahl des Leistungserbringers (Art. 41 KVG) eingeschränkt wird und die Apotheker/-innen benachteiligt werden. Der Umfang der Leistungen betrug 1999 80 Mio. Franken und hat gegenüber 1998 um 50% zugenommen. Durch Verhandlungen zwischen dem SAV und dem SVK scheint sich nun aber eine Lösung abzuzeichnen.

#### ***Information***

Für viele Versicherer gelten die Apotheker/-innen als Ansprechpartner/-innen für Versicherungsfragen aller Art. Relativ häufig, etwa bei 5% aller verschriebenen Medikamenten, stellt der/die Apotheker/-in fest, dass das Medikament für den Versicherten Kosten verursacht,

da es in der verschriebenen Form nicht auf der SL figuriert. In diesem Fall fragt der/die Apotheker/-in beim Leistungserbringer nach. Weitere nicht abgegoltene Aufgaben sind die Anweisungen über die Anwendung von Medikamenten, die Erklärung von Rezepten und Abrechnungen sowie die Entsorgung von Medikamenten. Mit der Einführung von LOA (= leistungsorientiertes Abgeltungssystem) erhoffen sich die Apotheker/-innen eine bessere Abgeltung dieser Dienstleistungen.

### ***Rückzahlungsfrist***

Durch eine vertraglich festgehaltene Regel zwischen den Versicherern und den Apothekern/-innen, vergehen zwischen der Abgabe des Medikaments und der Überweisung des Betrags durch den Versicherer bis zu 140 Tage. Bei der Abgabe von Methadon oder bei AIDS-Patienten ist die Einforderung der Rechnungsbeträge teilweise kaum möglich.

### ***Selbstdispensation durch Leistungserbringer***

Der Anteil der Selbstdispensation wächst jährlich um 15% und betrug im Jahr 2000 ca. 1.2 Mia. Franken, während der Anteil der Apotheker/-innen ca. 1.7 Mia. pro Jahr beträgt. Bezüglich Bewilligungserteilung zur Führung einer Apotheke (kantonale Regelungshoheit) wird das Gesetz nicht vollzogen (Art. 37.3 KVG). Dies ist das eigentliche Hauptproblem der Apotheker/-innen mit dem KVG.

## **2. Relevanz der Problematik der Leistungsvergütung**

Die Häufigkeit der Probleme mit der Vergütungspraxis ist mit der Einführung des KVG gestiegen, was v.a. mit vermehrtem Auftreten von Mitbewerbern, mit SVK-Verträgen, mit dem Versandhandel, mit Sonderverträgen zwischen Apothekern und Versicherern sowie mit der vermehrten Medikamentenabgabe durch die Spital-Ambulatorien zu tun hat. Eine indirekte Auswirkung des KVG ist die Margenerosion bei Medikamenten, bei der ein fester Verkaufshöchstpreis einem immer höher werdenden Einkaufspreis gegenübersteht. Die Ursache liegt in der Ausweitung des Leistungskatalogs und den daraus folgenden höheren Kosten sowie dem ebenfalls daraus folgenden grösseren Druck auf die Leistungserbringer.

Der Stellenwert der Probleme mit der Vergütungspraxis im Zusammenhang mit dem KVG ist mittelgross. Andere Probleme sind der höhere administrative Aufwand, der durch den Versichererwechsel entsteht, sowie der steigende Informationsaufwand für Versicherungsfragen.

## **3. Allgemeine Bemerkungen**

Der Medikamentenkonsum in der französischen Schweiz ist etwa doppelt so hoch wie in der deutschen Schweiz. In Frankreich ist er sechs mal höher als in Holland, was mit der Kultur der lateinisch geprägten Sprachen zu tun haben kann.



## Anhang 3: Schreiben des vertrauensärztlichen Dienstes eines Krankenversicherers an die Autoren der vorliegenden Studie zum Thema Probleme der Leistungsvergütung

“....., 17. April 2001

### Vergütungspraxis und Leistungskontrolle

Sehr geehrter Herr Hornung

Sie wurden vom BSV beauftragt, Vergütungspraxis und Leistungskontrolle der Versicherer im Rahmen des KVG zu evaluieren und interessieren sich daher auch für vertrauensärztliche Erfahrungen. Daraufhin führten wir am [.....] in [.....] ein Gespräch unter Beizug des seit Jahren für uns als Vertrauensarzt tätigen Dr. med. [.....]. Dort hatte ich Ihnen in Aussicht gestellt, einige Problemkreise aus unserer Sicht aufzuzeigen sowie einige Fallbeispiele aus dem vertrauensärztlichen Alltag aufzulisten, an welchen sich exemplarisch Schwierigkeiten, Lücken und Verbesserungsbedarf aufzeigen lassen. Die folgenden Ausführungen bitte ich als punktuelle, subjektive Erfahrungen ohne Anspruch auf Allgemeingültigkeit zu verstehen, obwohl auch Vertrauensärzte anderer grosser Versicherer diese Problemkreise mit uns diskutieren und die gleichen Schwächen sehen.

Generell wird unterschieden zwischen

tatsächlichen Fehlern in Vergütungspraxis und Leistungskontrolle und der **Wahrnehmung** von **vermeintlichen** Fehlern in der Vergütungspraxis, wie sie bei Leistungserbringern und Versicherten oft zu beobachten ist.

Ad 1.: Es gibt zwei Arten von tatsächlichen Fehlern bei der Vergütungspraxis:

- a) die nicht gerechtfertigte Übernahme von Leistungen, die nichtpflichtig sind
- b) die nicht gerechtfertigte Nicht-Übernahme von Pflichtleistungen.

Nicht zu Reklamationen seitens Leistungserbringern und Versicherten führt die nicht gerechtfertigte Übernahme von Leistungen, die nichtpflichtig sind. Doch ist es laut KVG 56 die Aufgabe des Grundversicherers, nur Pflichtleistungen zu übernehmen und stets die Kriterien der Zweckmässigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit zu beachten. Die ungerechtfertigte Nicht-Übernahme von Pflichtleistungen wird meistens umgehend moniert, insbesondere von Leistungserbringern.

Um Fehler bei der Übernahme von Leistungen zu minimieren, wird bei [.....] eine genaue Leistungskontrolle durchgeführt - mit sehr weitgehendem Einbezug des vertrauensärztlichen Dienstes. Dies ist nicht bei allen Versicherern in einem solchen Ausmass der Fall, sodass diese zum Teil zu Unrecht Leistungen übernehmen. Wird die Vergütungspraxis ... [von .....] mit dieser nicht gesetzeskonformen Vergütungspraxis der anderen Versicherer verglichen, wird [.....] dann nicht etwa wegen ihrer korrekten Leistungskontrolle geschätzt, sondern im Gegenteil angegriffen wegen „mangelnder Grosszügigkeit“ - ein Begriff, der dem Sinn und Zweck des KVG diametral entgegengesetzt ist - was zu einem Imageschaden und Wettbewerbsnachteil für [.....] führt.

Ad 2) **Vermeintliche** Fehler in der Vergütungspraxis werden häufig durch Versicherte, recht oft aber auch durch Leistungserbringer **zu Unrecht** reklamiert.

Grund dafür ist einerseits eine mangelnde Kenntnis des tatsächlich komplexen Systems der sozialen Krankenversicherung, oft auch Missverständnisse über Sinn und Zweck des KVG. Andererseits bestehen in vielen Fällen Unklarheiten, was in den Bereich der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (von jetzt an als OKP bezeichnet) und in den Bereich der Zusatzversicherung fällt, sowie Nichtwissen über die jeweilige Versicherungsdeckung des betreffenden Patienten, die individuellen Vertragsbestimmungen und die zugesicherten Leistungen bei den unterschiedlichen Produkten der diversen Produkte-Paletten, welche die Versicherer anbieten.

Ein weiterer Grund für Konflikte und Missverständnisse zwischen Leistungserbringern und Versicherungsnehmern einerseits und Juristen und Leistungsspezialisten der Kostenträger andererseits ist ein **völlig unterschiedlicher Denkansatz**.

Die Übernahme von Leistungen im Rahmen der OKP nach KVG ist eine Anwendung einer **generell-abstrakten Rechtsnorm** auf einen **individuell-konkreten Fall**. Während (Versicherungs-) Juristen und Leistungsspezialisten **deduktiv** vorgehen, vom Allgemeinen auf das Spezielle schliessen, sind Ärzte - in ihrer Eigenschaft als Naturwissenschaftler - geschult und gewöhnt, genau umgekehrt vorzugehen, nämlich **induktiv** zu denken. Sie beobachten Einzelfälle und formulieren dann eine Hypothese für eine für alle Beobachtungen geltende Regel.

KVG, KVV und KLV sind juristische Konstrukte zur Rechtsanwendung, die für den Einzelfall ausgelegt werden. Juristen und Leistungsspezialisten der Versicherer gehen daher im Rahmen der OKP von einer generellen normativen Rechtsregel aus und leiten aus dieser **deduktiv** die Konsequenzen für konkrete Einzelfälle ab.

Für den Arzt aber und auch für den Versicherten, steht **der Einzelfall**, bzw. sein eigener Fall, im Vordergrund. Er strebt danach, das **Optimum für diesen Patienten** zu erhalten, bzw. die eigenen Wünsche erfüllt zu bekommen - ungeachtet vorbestehender Rechtsregeln, die in diesem Kontext als zu restriktiv empfunden werden.

In der Praxis bedeutet dies, dass sich Leistungserbringer und Versicherte/r beschweren, wenn Entscheide durch politische Gremien nicht gefällt wurden, die für die tägliche Abwicklung der Leistungen wichtig wären.

So besteht die seit Jahren unbefriedigende Situation, dass die nicht ärztlichen Psychotherapeuten nicht als Leistungserbringer anerkannt werden. Beim tatsächlich bestehenden grossen Bedarf für Psychotherapie, der bei weitem nicht von den ärztlichen Psychotherapeuten gedeckt werden kann, sollte dringend ein Entscheid des Bundesrates gefällt werden. In der Praxis kommt es immer wieder vor, dass der Arzt den Versicherungsnehmer in Unkenntnis von dessen Versicherungsdeckung mit einer Verordnung zum Psychologen schickt. Die Leistungen, die die Kassen für Zusatzversicherte für nicht ärztliche Psychotherapie erbringen, sind je nach Versicherungsdeckung klar begrenzt und in den Allgemeinen Vertragsbedingungen und Zusatzbestimmungen geregelt. Wenn dann die Krankenkasse nach diversen Verlängerungen dann doch einmal die Zahlungen einstellt, weil die im Versicherungsvertrag vereinbarten Leistungen längst um ein Mehrfaches überschritten sind, d.h. weil die bei Vertragsabschluss vereinbarte Deckung nicht ausreicht, protestiert oft der zuweisende Arzt.

Dies muss jedoch erfolgen, um Rechtsgleichheit und Rechtssicherheit zu erhalten. Würde die Krankenkasse weiter zahlen, wären die Versicherten, die für andere Produkte mit mehr zugesicherten Leistungen höhere Prämien zahlen, benachteiligt. Auch steht es dem Arzt frei, dann ärztliche Psychotherapie nach OKP zu verschreiben, obwohl diese teurer zu stehen kommt.

Dass es einen Katalog von Pflicht- und Nichtpflichtleistungen gibt, wird oft nicht akzeptiert. Immer wieder gelangen innovative Ärzte an die Versicherer und bitten sie um die Übernahme von Leistungen aus der OKP für neue Methoden, welche sich bei kleinen Kollektiven von Patienten als erfolgreich gezeigt hätten. Ein Hinweis auf den vorgeschriebenen Weg via Eidgenössische Leistungskommission wird als bürokratische Zwängerei empfunden.

Viele Versicherte verstehen das Solidaritätsprinzip der Sozialversicherung nicht, sie akzeptieren nicht, dass Prämien „à fonds perdu“ zu entrichten sind und nicht nach dem „invest and return“-Prinzip. Immer wieder hört man von Versicherten: „Es darf jetzt ruhig etwas kosten, schliesslich habe ich jahrzehntelang Prämien gezahlt und nie etwas gebraucht“. In Anbetracht der immer weiter steigenden Prämien ist diese Sichtweise einfühlbar, wenn auch logisch falsch. Wichtiger Teil der vertrauensärztlichen Arbeit ist, zu erklären, dass es keine „Kulanz“ im Bereich der OKP gibt und geben darf, sondern dass hier treuhänderisches, möglichst sparsames Verwalten der Prämiegelder sowie **Rechtsgleichheit** und **Rechtssicherheit** bei der Vergütungspraxis prioritäre Werte sind, dass vom Gesetzgeber Public-Health-Denken gefordert wird und dass dieses daher für alle Versicherer wichtig ist und ihnen eine einheitliche Vergütungspraxis vorschreibt.

Die Frage, ob common law oder case law für die Praxis tauglicher ist, ist bei jeder gesellschaftlich-rechtlichen Ordnung **systemimmanent**, genau wie das Abwägen, wie die optimale Regeldichte von Gesetzen und Verordnungen aussieht. Gesetzeslücken praeter legem bzw. intra legem auf der einen Seite, die durch die Rechtsprechung zu füllen sind, eine zu detaillierte Regeldichte auf der anderen Seite, welche ständiges Anpassen erfordert, sind die beiden Extreme. Insbesondere wenn - wie bei der sozialen Krankenversicherung - eine so dynamische Wissenschaft wie die Medizin eine tragende Rolle spielt, wenn täglich neue Methoden in Diagnostik und Therapie entwickelt werden, ist eine langfristig gültige, detaillierte Regelung schwierig, wenn nicht sogar unmöglich.

Von Leistungserbringern und Versicherten als bedrohlich wahrgenommen wird die Option, den Rechtsweg zu beschreiten, obwohl dieser kostenlos und schnell ist. Da Rechtsnormen aber zwangsweise schematisieren, müssen Bedeutung, Anwendungsbereich und -art durch Gerichtsurteile konkretisiert werden und neuen Entwicklungen Rechnung getragen werden.

#### **A. Gesetzeslücken**

1. Eine Gesetzeslücke besteht bei der **Vergütung des Spitalaufenthalts gesunder Neugeborener** unmittelbar nach der Geburt. Aufgrund eines EVG-Urteils hat der Gesetzgeber mit der Revision vom 1.1.2001 des Art. 29, Abs. 2, litt. d KVG eine Gesetzeslücke beseitigt, indem er nun vorgesehen hat, dass die Mutterschaftsleistungen auch die Pflege und den Aufenthalt des gesunden Neugeborenen umfasst, solange es sich mit der Mutter im Spital aufhält.

Kompliziert wird es nun, wenn es fraglich ist, ob das Neugeborene tatsächlich gesund ist - diese Fälle sind nicht selten und stellen keine juristische, sondern eine knifflige medizinische Frage dar. Die Spitäler wehren sich verständlicherweise, dass sie die aufwändige Pflege und Therapie für gewisse Neugeborene aus der Tagespauschale der Mutter zahlen müssen. Einige Fälle aus der Praxis sind:

Frühgeborene vor der 37. Schwangerschaftswoche  
 untergewichtige Termingeborene mit einem Geburtsgewicht von unter 2500 g  
 Neugeborene  
 mit einer subpartalen Azidose mit einem Nabelschnur-Ph von unter 7,15  
 mit Adaptationsstörungen und einem Apgar-Wert von unter 4  
 mit Problemen der Atmung  
 mit Infektrisiko  
 mit Dysmaturität  
 mit Hyperbilirubinämie  
 einer drogenabhängigen Mutter  
 einer HIV infizierten Mutter  
 einer Mutter mit Diabetes mellitus  
 mit Ernährungsproblemen

Hier fällt die Abgrenzung zu den Geburtsgebrechen schwer, da gemäss Verordnung über Geburtsgebrechen GgV die blosse **Veranlagung** zu einem Leiden nicht als Geburtsgebrechen gilt, andererseits sind diese Neugeborenen weder als krank noch als gesund zu definieren.

Insgesamt besteht Handlungsbedarf, da es aufgrund der Geschichte der Sozialversicherungsgesetzgebung grosse Schwierigkeiten der Abgrenzung zwischen den Sozialversicherungszweigen gibt. Die Abgrenzung zwischen Unfall und Krankheit ist nur ein Problem, welches immense Kosten verursachen.

2. Eine weitere Schwierigkeit liegt bei **Behandlungen im Ausland** vor, wo das Eidg. Departement des Inneren entscheiden sollte. Es wird Schwierigkeiten geben mit dem EG-Recht, insbesondere mit Art. 22 Abs. 1 Bst. C Vo (EWG) 1408/71 und dem schweizerischen Art. 36 KVV. Eine Behandlung im Ausland darf nur durch den Bundesrat bewilligt werden, diesem sind aber keine Individualentscheide zumutbar. Theoretisch hat daher das EDI die Kompetenz, Massnahmen im Ausland zu bewilligen, indem es eine Liste mit Leistungen erstellt, die zweckmässig, wirksam und wirtschaftlich sind und in der Schweiz nicht erbracht werden können. Diese Liste existiert aber nicht, da es sich laut Auskunft des Chefs der Sektion Medizinische Leistungen des Bundesamt für Sozialversicherung, Dr. Pedro Koch, wahrscheinlich um Einzelfälle handeln würde und die Inkraftsetzung zu spät erfolgen würde. Daher entscheiden in diesem Fall die Krankenversicherer nach Rücksprache mit Dr. Koch, wobei diese Rücksprache informellen Charakter hat. Fälle aus der Praxis betreffen oft spezielle radioonkologische Bestrahlungen, oft für sehr seltene Tumoren, die nahe an empfindlichen Strukturen liegen. Fragwürdig ist die Entwicklung in grenznahen Kantonen, in denen gewisse Versicherer Verträge für Leistungen aus dem OKP-Bereich mit ausländischen Leistungserbringern abschliessen.

## B. Semantische Probleme

### 1. KVG/KVV

Die „Allgemeine Abteilung“ von Spitälern wird nicht genauer präzisiert. Es ist unklar, ob es sich dabei um „Allgemeine Abteilungen“ in öffentlich rechtlichen oder Privatspitälern handelt. Dies schafft Schwierigkeiten bei der Tarifierung.

In der **Rehabilitation** fällt die Abgrenzung zwischen dem Bedarf für ambulante Leistungen, teilstationäre Leistungen und stationäre Rehabilitation schwer, insbesondere macht die Begründung der Akutspitalbedürftigkeit Mühe. Nicht klar ist auch das Vorgehen bei Badekuren bzw. Erholungskuren und die Rolle des Kurhauses als leistungserbringender Institution. In der Praxis gibt es nicht selten Fälle, bei denen keine eigentliche Spitalbedürftigkeit im engeren Sinne besteht, d.h. eine durchgehende Präsenz von diplomiertem Pflegepersonal und ÄrztInnen nötig ist, jedoch ambulante Leistungen nicht ausreichen und die Geldmittel für die Kostenbeteiligung für eine Kur vom Versicherten nicht aufgebracht werden können.

### VO KLV

In der KLV sind einige Abschnitte unklar formuliert, so im zweiten Kapitel. Im Bereich der Pflege Chronisch-kranker ist unklar, was mit dem Begriff „psycho-geriatrische Grundpflege“ gemeint ist. Die Überprüfung der Bedarfsabklärung bei Spitalexleistungen, wie dies KLV Art. 8a vorsieht, wäre bei jedem zweiten Patienten die

Regel, wenn sie wirklich so durchgeführt würde, wie es die Verordnung verlangt, nämlich bei bereits mehr als 60 Stunden pro Quartal. Aus der Praxis ergibt sich jedoch, dass 60 Stunden sehr schnell erreicht sind, die Regel ist ein Bedarf im Bereich von 60 bis 90 Stunden pro Quartal. Auch hier ist die Gerichtspraxis sehr viel grosszügiger als die Verordnung: EVG-Urteile haben festgelegt, dass die Krankenversicherer befugt sind, die Vergütung der Spitexdienste auf ihre Leistung zu beschränken, die sie bei Aufhalten in einem Pflegeheim zu gewähren hätten, doch wurden in Einzelfällen die begründeten Interessen von Versicherungsnehmern geschützt, bei denen die Kosten für die Spitexleistungen um bis zu 3,5 Mal höher lagen als ein allfälliger Pflegeheimbeitrag.

Das fünfte Kapitel der KLV (zahnärztliche Behandlung) und die Umsetzung der Bestimmungen macht allen Beteiligten enorme Schwierigkeiten. Bekanntlich hat das EVG die meisten Beschwerdefälle, die zahnärztliche Behandlungen zum Streitpunkt hatten, seit über einem Jahr sistiert, um den von der Vorinstanz verschiedener Kantone gemachten Vorwurf der nicht gesetzeskonformen Verordnung abzuklären. Während dieser Zeit herrscht also eine beängstigende Rechtsunsicherheit. Es fällt auf, dass bei der kantonalen Gerichtspraxis häufig ein Atlas der Fachgesellschaft, welcher klar **Parteienmeinung** ist, wie ein unabhängiges Expertenurteil angesehen und zur Basis von Urteilen gemacht wird.

#### **Anhänge der KLV:**

a) **Der Anhang 1** zur KLV ist eine Mischung aus Pflicht- und Nichtpflichtleistungen sowie Leistungen in Evaluation. Er ist - im Gegensatz zu den Listen des KVG - keine abschliessende Aufzählung.

Schwierigkeiten bereitet das **Auffinden der verschiedenen Therapien** im Anhang 1 des KLV. So wird zum Beispiel im Kapitel Dermatologie die PUVA-Behandlung dermatologischer Affektionen aufgeführt, die selektive ultraviolett-Phototherapie, jedoch **nicht** die Lichttherapie bei saisonaler Depression. Doch ist die Lampe für diese Therapie in der MiGel aufgeführt

Im Kapitel Interventionelle Radiologie ist die Bestrahlung mit Protonen **nicht** aufgeführt. Diese findet man lediglich im Kapitel 6 Ophthalmologie und nur für das Melanom des Auges. Einige Punkte sind **nicht eindeutig formuliert**. Dies führt in der Praxis zu Problemen.

So wird die Behandlungsbedürftigkeit von Adipositas generell bejaht, ein Übergewicht von über 20% ist hier die Schwelle (was jedoch streng genommen noch gar nicht „Adipositas“, sondern Prä-Adipositas ist). Aufgeführt wird auch **nicht**, welche Behandlungen legitim sind.

Zum Teil gäbe es präzisere Formulierungen, so bei „schwere Harninkontinenz“ oder beim Punkt Logopädie „hypokinetische oder hyperkinetische funktionelle Dysphonie“, die aber nicht verwendet werden und damit Auslegungsprobleme schaffen.

Unklar ist auch die Formulierung „manifeste Osteoporose“. Handelt es sich dabei schon um Frakturen, um klare konventionell radiologische Befunde oder um Ergebnisse der speziellen DEXA-Untersuchung? Leistungspflichtig ist lediglich die DEXA-Untersuchung von einer Körperregion - dies wird jedoch von den Spezialisten - zu Recht - als nicht aussagekräftig abgelehnt.

Nicht geregelt ist, ob bei der künstlichen Insemination auch die Kryokonservierung des Spermias eine Leistungspflicht ist.

Im Kapitel Oto-Rhino-Laryngologie wird die Operationstechnik „Laser-Vaporisierte Palato-Plastik“ als Nichtpflichtleistung definiert. Eigentlich wichtig ist aber, **bei welcher Indikation diese oder ähnliche Operationen zu vergüten sind**. Wenn diese Eingriffe zur Behebung des Schnarchens eingesetzt werden, welches in keinem Zusammenhang mit einer Schlafapnoe steht, handelt es sich nicht um eine Leistungspflicht, da Schnarchen keinen Krankheitswert hat.

Ein weiteres Problem entsteht durch die Dynamik in der Medizin: Gute, wirtschaftliche und ungefährlichere Methoden in Therapie und Diagnostik werden wegen der strengen Zulassungspraktik der ELK oft erst mit erheblicher Verzögerung leistungspflichtig, während die Kosten für obsoletere Methoden weiter übernommen werden müssen. Ein Beispiel ist der Verschluss von Varizen am Skrotum, welcher mit einer angiografischen Methode gefahrloser, präziser und dauerhafter erfolgt, doch wo die erforderlichen Multizenterstudien noch nicht abgeschlossen sind.

Einige der Änderungen in der neuen Ausgabe des KLV haben Klarheit gebracht, bei denen es diverse Fälle in der Praxis gab, bei denen die Beurteilung Mühe bereitete:

So wurde die photodynamische Behandlung mit Verteporfin der Neovaskularisation bei Makuladegeneration im Juni 2000 geregelt, die Art der Makuladegeneration klar beschrieben. Stereotaktische Operationen sind jetzt klar umrissen. Klar beschrieben wurde die elektrische Neuromodulation.

b) Ein zweiter Anhang zur KLV ist die **Mittel- und Gegenstände-Liste** (=MiGeL), die einerseits auf einer Produktgruppen-Übersicht und andererseits auf einer Übersicht der Anwendungsorte aufgebaut ist. Sie ist ein Sammelsurium aus den nicht klar definierten Begriffen „Teil der Therapie“, „Therapiehilfe“, „Behandlungsgerät“ und „Hilfsmittel“. Besonders kompliziert sind die Bestimmungen und Abklärungen über subsidiäre Vergütungen, zum Beispiel laut Punkt 24.

**Hilfsmittel** nach IVG sind kostspielige Geräte, derer der Versicherte infolge seiner Invaliderität für die Fortbewegung, für die Herstellung des Kontaktes mit der Umwelt oder für die Selbstsorge bedarf. Aus medizinischer Sicht dienen Hilfsmittel in der Regel dem Ersatz oder der Verbesserung einer Organ- oder Körperfunktion.

Davon abzugrenzen sind die **Therapiehilfen**. Während das Hilfsmittel im Wesentlichen auf dem Gedanken des dauerhaften oder langfristigen, zeitlich nicht absehbaren Bedarfs beruht, wird die Therapiehilfe meistens kurzfristiger eingesetzt. Andererseits gibt es auch dort Massnahmen, welche langfristig nötig sind wie gewisse Orthesen, Korsette etc..

Nicht aufgeführt sind in der MiGeL einige **Materialien** zur Pflege und Betreuung Langzeitkranker sowie diverse **Behandlungs-, Trainingsgeräte und apparative Messverrichtungen für spezielle Leiden**, denen die Anerkennung fehlt, bei denen aber im speziellen Einzelfall Wirksamkeit und Zweckmässigkeit zu bejahen sind. Hier stellt sich auch die Frage, wie diese zu klassifizieren sind: als Therapiehilfen oder als Hilfsmittel? Beispiel: Koagulometer bei Blutverdünnung.

Ausserdem besteht zum Teil Rechtsunsicherheit, inwieweit eine Austauschbefugnis gemäss Art. 24 KLV besteht. So vertritt G. Eugster, der Ombudsmann, die Ansicht, dass eine Austauschbefugnis bei Mitteln und Gegenständen anzunehmen ist, die im Anhang KLV nicht genannt sind, wenn sie die gleiche Funktion wie Mittel und Gegenstände erfüllen, auf welche die Person Anspruch hat. So sieht er auch eine Austauschbefugnis im Verhältnis von Miete und Kauf, wenn nur die Miete kassenpflichtig sei.

Klar abzugrenzen sind Materialien, die als integrierender **Bestandteil der Behandlung**, als Teil der Therapie zu beurteilen sind und für deren ordnungsgemässes Funktionieren zusätzliche eindeutig therapeutische Massnahmen wie zum Beispiel operative Eingriffe erforderlich sind (Schrittmacher, Gelenkprothesen, Neurostimulationssysteme etc.).

Bei der MiGeL ist die Verordnungsdichte so dicht, dass ständig neue Änderungen nötig sind. Dies trifft übrigens auch für das Heilmittelgesetz zu.

#### **4. Spezialitätenliste (=SL) und Arzneimittel-Liste mit Tarif (=ALT)**

Diese Listen zwei der vier abschliessenden Positivlisten, die der Bund gestützt auf Art. 52, Abs. 1. KVG herausgibt. Obwohl es bindende gesetzliche Vorgaben für den Leistungserbringer und den Kostenträger sind, mit der Verpflichtung, bei der Verordnung bzw. der Vergütung im Bereich des KVG nur SL-Medikamente berücksichtigen, konsultieren viele Leistungserbringer aber nicht regelmässig die SL und ALT vor dem Verschreiben von Medikamenten. Bei SL-Medikamenten ist die Forderung nach Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit erfüllt, was eine eidgenössische Kommission überprüft. Art und Periodizität der Mutationen sind festgehalten. Doch wie es auch in einem Schreiben des KSK vom 10. April 2001 an Dr. Piller, BSV, zum Ausdruck kommt, besteht bei den Krankenversicherern grosse Unsicherheit bezüglich der Bedeutung der Limitationen, die entweder nach Diagnose/Indikation oder nach Punkten/Menge vorliegt, insbesondere, wenn diese sich nicht auf die medizinische Indikationen beziehen. Auch gilt es, die Begriffe „belegte Indikationen“ und „Anwendungsgebiete“ zu definieren.

Schwierigkeiten schafft die oft nicht klare Formulierung der Limitationen, selbst wenn medizinische Indikationen genannt sind. So ist in der Spezialitätenliste z.B. das Antibiotikum Rocephin® für gewisse schwere Infektionen als parenterale Therapie vorgesehen. Leider fehlt eine der schwersten Infektionen in der - eigentlich abschliessenden - Aufzählung, nämlich der Hirnabszess, sodass es zu formell korrekten Ablehnungen käme, wenn der Vertrauensarzt dies nicht unter Verweis auf eine Analogie verhindern würde. Ähnlich verhält es sich mit dem Antiepileptikum Neurontin®, welches nicht nur für therapieresistente Krampfanfälle, sondern auch noch für eine Reihe anderer Indikationen zweckmässig, wirksam und wirtschaftlich wäre.

Schwierigkeiten machen auch die Limitationen nach Menge. So werden in gewissen Kompetenzzentren, zum Beispiel an psychiatrischen Universitätskliniken, Neuroleptika und antipsychotische Medikation in Mengen verabreicht, die die IKS-registrierte Höchstdosis bei weitem überschreiten. Auch bei der Behandlung von Suchtkranken kann es nötig sein, eine weit über der Höchstgrenze liegende Dosis von Sedativa und anderen psychoaktiven Substanzen zu geben. Diese dürfen dann aber nicht übernommen werden, was bei den wirtschaftlich meist schlecht gestellten PatientInnen zu Problemen und bei den Spezialärzten zu Unmut führt.

Eine weitere Schwierigkeit ist der schnelle Wandel des Wissens. So gibt es fast-track-Registrierungen, die lediglich der Herstellerfirma und spezialisierten Leistungserbringern bekannt sind, jedoch noch nicht den Vertrauensärzten, weil die offizielle Internet-Liste auf der homepage des BSV nicht aktualisiert wurde und auch noch kein IKS-Text vorlag. Dies war - um nur ein Beispiel von vielen zu nennen - kürzlich beim Medikament Remicade® der Fall.

Mühe macht auch die EAK-Einschätzung der Wirtschaftlichkeit bei einigen Packungs- und Dosierungsgrößen. Die Art des Medikamentes bestimmt seine Galenik, zum Beispiel erlaubt es eine Dragierung **nicht**, höher dosierte Tabletten zu teilen, da die Lackschicht dabei zerstört würde und das Medikament daher zu früh abgebaut und wirkungslos würde. Daher werden einige Medikamente in einer besonderen „geriatrischen“ niedrig dosierten Form hergestellt, die speziell für diese Patienten wichtig ist. Es gibt den grotesken Fall, dass eine ganze Gamme eines Medikaments **mit Ausnahme der geriatrischen Form** in der SL aufgeführt ist. In dem Fall müssten die Hausärzte teurere Alternativpräparate verschreiben - oft ist dies bei der Bluthochdrucktherapie der Fall.

Ebenfalls problematisch ist die LPPV. Da sich die beiden Partner KSK und SAV an ihre vertraglichen Abmachungen halten müssen, ist es nicht möglich, Medikamente aus der LPPV zu zahlen, auch wenn dies gelegentlich medizinisch und ökonomisch sinnvoll wäre.

So versteht es dann ein Patient mit einem Hautleiden nicht, dass die Krankenkasse nicht die Kosten für ein bestimmtes, von ihm geschätztes und vom Arzt rezeptiertes Marken-Badesalz der LPPV übernimmt, sondern nur für ein anderes Präparat, welches auf der ALT steht.

Ein häufig vorkommender Fall ist die erwünschte Gabe von gewissen Ovulationshemmern bei Endometriose. Der Krankenversicherer muss viel teurere und nebenwirkungsbehaftete Hormonpräparate übernehmen, darf aber nicht die ungleich billigeren und besser verträglichen Ovulationshemmer zahlen, weil sich für diese Indikation die kostspielige IKS-Registrierung für die Firmen nicht rechnet.

##### **5. Splitting-Problematik**

Von Gesetzen und Verordnungen unabhängig ist ein weiteres Problem, welches sich meist zu Ungunsten des Versicherten auswirkt, nämlich Konflikte zwischen Grund- und Zusatzversicherern beim sogenannten Splitting. Dies ist der Fall, wenn der Versicherte Grund- und Zusatzversicherung nicht beim gleichen Versicherer hat. Gewisse Grundversicherer, insbesondere die mit wenig leistungsstarker Leistungskontrolle und kleinem Vertrauensärztlichen Dienst, lehnen oft Pflichtleistungen à priori ab. Will der Zusatzversicherer seinem Kunden wirklichen Service bieten und nicht nur lakonisch die Übernahme der Kosten ablehnen, dann muss er den Sachverhalt abklären und dem Grundversicherer beweisen, dass dieser sehr wohl eine Leistungspflicht hat. Das kostet Zeit, Manpower und Geld. Viele Probleme entstehen daher bei der Abgrenzung, welche Leistungen aus der Zusatzversicherung und welche aus der OKP zu übernehmen sind.

Ein extremer Fall aus der Praxis: Ein Grundversicherer lehnte die Übernahme eines Tuberkulose-Medikamentes ab, weil dieses nicht mehr auf der SL aufgeführt sei. Es handelte sich aber dabei um das einzige noch wirksame Mittel gegen ein resistentes Bakterium, welches zu offener, ansteckender Lungenerkrankung geführt hatte und damit auch erhebliche seuchenpolizeiliche Bedeutung hatte. Das Medikament war vor Jahrzehnten IKS- und SL registriert gewesen, doch nun nicht mehr auf der SL, weil andere, moderne Mittel sich als überlegen gezeigt hatten. Doch in diesem Fall war es die einzige Therapieoption und wurde daher folgerichtig von einem auf Tuberkulose spezialisierten Lungenfacharzt in einem pneumologischen Kompetenzzentrum verschrieben. Auch in diesem Fall wurde durch ungerechtfertigtes Abdelegieren der Pflicht zur Leistungsabklärung vermeidbare Kosten und Umtriebe generiert.

Dies sind nur einige Beispiele aus der täglichen Arbeit. Ich hoffe, Ihnen damit zu dienen.

Mit freundlichen Grüssen

.....“

## Anhang 4: Literatur- und Quellenangaben

### Literatur

Bundesamt für Sozialversicherung (Hrsg.)

RKUV/RAMA/RAMI, Kranken- und Unfallversicherung, Rechtsprechung und Verwaltungspraxis, Bern (versch. Ausgaben).

Faisst Karin, Schilling Julian (2001)

Monitoring von Anfragen bei PatientInnen- und Versichertenorganisationen, Studie im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherung, Zürich (Entwurfsfassung).

Hürlimann Barbara, Ilg Walter, u.a. (1998)

Krankenversicherung, Risiken und Nebenwirkungen: Alles über das neue KVG, Zürich (Der Schweizerische Beobachter).

Konkordat der schweizerischen Krankenkassen (2001)

Handbuch der Schweizerischen Krankenversicherung, Solothurn.

Meierhofer Ernst (1999)

Krankenkasse und Unfallversicherung. K-dossier, Rorschach (Löpfe-Benz).

Ombudsman der sozialen Krankenversicherung (2001)

Tätigkeitsbericht 2000, Luzern.

Patientenstelle Zürich (2000)

Jahresbericht 1999 der Patientenstelle Zürich und des Dachverbandes DVSP, Zürich.

Vaucher Alfred, Zollikofer Jürg (Hrsg.) (1998)

Manual der Schweizer Vertrauensärzte, Basel/Muttenz/Allschwil (Schweizerischer Ärzteverlag).

### Weitere Quellen

Bundesamt für Sozialversicherung (2000)

Wirkungsanalyse KVG: Praxis der Versicherer bei der Vergütung von Leistungen des KVG (Projekt E00\_04), Pflichtenheft zur vorliegenden Studie, Bern.

Der Schweizerische Beobachter (2001)

Anonymisierte Fallbeispiele zum Thema Vergütungspraxis der Versicherer.

Patientenstelle Zürich (2001)

Auswertung einer Stichprobe von Dossiers zum Thema Leistungsverweigerung (anonymisierte Fotokopien).

Zentralstelle für Medizinaltarife (2001)

TARMED 1.0, elektronische Version (Quelle: santésuisse. <http://www.santesuisse.ch>)



## Anhang 5: Abkürzungen

AHV	Alters- und Hinterbliebenenversicherung
AL	Analysenliste
BSV	Bundesamt für Sozialversicherung
EAK	Eidgenössische Arzneimittelkommission
ELK	Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen (Leistungskommission)
EVG	Eidgenössisches Versicherungsgericht
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
IV	Invalidenversicherung
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KSK	Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer
KUVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung (gültig bis 31. 12. 1995)
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung (gültig ab 1. 1. 1996)
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
LOA	Leistungsorientiertes Abgeltungsmodell
MiGeL	Mittel- und Gegenständeliste
MWSt	Mehrwertsteuer
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
OR	Obligationenrecht
SAV	Schweizerischer Apothekerverband
SL	Spezialitätenliste
Spitex	Spialexterne Krankenpflege
SVK	Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer
UVG	Bundesgesetz über die Unfallversicherung
VVG	Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag