

Bundesamt für Gesundheit
Facheinheit Kranken- und Unfallversicherung
Effingerstr. 20
3003 Bern

Zürich,

Einheitlicher Vollzug des Krankenversicherungsgesetzes

Sehr geehrte Damen

Sehr geehrte Herren

1. Wir nehmen Bezug auf eine Reihe von Äusserungen der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich sowie auf weitere, nachfolgend im Einzelnen darzustellende Vorgänge im Kanton Zürich und erheben eine

Aufsichtsbeschwerde

an das Bundesamt für Gesundheit mit folgendem **Antrag**:

Es seien die für den Vollzug des Krankenversicherungsgesetzes im Kanton Zürich zuständigen Behörden darauf hinzuweisen, dass:

- das Krankenversicherungsgesetz politisch keine Zweiklassenmedizin will,
- im Rahmen des KVG eine qualitativ hochstehende Leistung zu erbringen ist,
- im Rahmen von Zusatzversicherungen keine Leistungen verrechnet werden dürfen, die im Rahmen der Grundversicherung zu erbringen sind und
- dass Äusserungen zu unterlassen sind, welche die versicherten Personen zur Annahme drängen, im Rahmen der Grundversicherung sei ein hoher Leistungsstandard nicht mehr gewährleistet.

2. Angesichts der Tragweite der zu beantwortenden Fragen wird die Aufsichtsbeschwerde ausführlich begründet. Im Aufbau findet sich zunächst eine Zusammen-

fassung der ins Gewicht fallenden Äusserungen und Entwicklungen im Kanton Zürich. In der Folge wird auf die dadurch aufgeworfenen Fragen eingegangen, bevor abschliessend die Schlussfolgerungen gezogen werden.

3. Seit einigen Monaten mehren sich im Kanton Zürich Äusserungen der Gesundheitsdirektion, wonach eine Neustrukturierung bzw. Neuausrichtung der stationären Versorgung angestrebt wird. Hintergrund der entsprechenden Vorgänge bildet das Bestreben, die kantonalen Ausgaben zu senken. In Zeitungsberichten vom 12. Juni 2004 (Tages-Anzeiger) sowie vom 23. Juni 2004 (Neue Zürcher Zeitung) wird die Gesundheitsdirektorin mit einer Reihe von Äusserungen zitiert. Hier wird ausgeführt, dass das Krankenversicherungsgesetz politisch eine Zweiklassenmedizin anstrebe. Ferner wird seitens der Gesundheitsdirektion ausgeführt, dass diejenigen Versicherten, welche mehr als die Grundversorgung beanspruchen wollen, eben eine Zusatzversicherung abzuschliessen haben. Zwar sei keine Rationierung der Güter im grossen Stil angestrebt, doch müssten Unterschiede gemacht werden. Hierarchien im Bereich der Krankenversicherung seien Realität. Die Grundversicherung sei nur finanzierbar, wenn die Spitäler auch Zusatzversicherte behandeln könnten. Das Sparen werde für die Patientinnen und Patienten spürbar. Im Kantonsspital Winterthur wird offenbar ein Herzschrittmacher einer besonderen Ausgestaltung lediglich für zusatzversicherte Personen eingesetzt, während grundversicherte Personen denselben nicht erhalten (Tages-Anzeiger, 12. Juni 2004, S. 13).
4. Die entsprechenden Äusserungen haben im Kanton Zürich eine erhebliche Besorgnis und Unsicherheit ausgelöst. Es entstand in weiten Kreisen der Eindruck, als grundversicherte Person sei die gesetzlich gewährleistete Leistung nicht mehr gewährt. Es wurde befürchtet, dass lediglich zusatzversicherte Personen Anspruch auf eine gute medizinische Versorgung erhalten. Besonders irritierte, dass die zürcherische Gesundheitsdirektorin zentral darauf hinwies, dass das Krankenversicherungsgesetz eine Zweiklassenmedizin wolle.

Die vorliegende Aufsichtsbeschwerde bezieht sich auf diese Vorgänge.

5. Es geht um den einheitlichen Vollzug von Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes. Zur Überwachung dieses einheitlichen Vollzuges ist der Bundesrat zuständig (Art. 21 Abs. 1 KVG).
6. Um die sich stellenden juristischen Fragen beantworten zu können, wurde ein juristisches Gutachten in Auftrag gegeben, welches der vorliegenden Aufsichtsbeschwerde beigelegt wird. Dieses geht auf die aufgeworfenen Fragen der Zweiklassenmedizin ein. Zusammengefasst gelangt das Gutachten zu folgendem Ergebnis:
 - 6.1. Das vorliegende Gutachten geht auf Fragen ein, die unter dem Stichwort der „Zweiklassenmedizin“ nach Äusserungen der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich diskutiert wurden.

Im ersten Teil werden die verfassungsrechtlichen und gesetzlichen Grundlagen auf Bundesebene zur obligatorischen Krankenversicherung im Verhältnis zur Zusatzversicherung geprüft. Anhand der gewonnenen Erkenntnisse beantwortet sich die Frage im zweiten Teil, inwieweit es zulässig ist, eine unterschiedliche Behandlung von Grundversicherten und Zusatzversicherten in medizinischen Belangen zu propagieren.

- 6.2. Verfassungsrechtliche und gesetzliche Grundlagen: Aus Art. 117 BV ergibt sich die Kompetenz des Bundes, Vorschriften über das Obligatorium der Krankenversicherung zu erlassen. Materiell ist die Krankenversicherung in Art. 41 BV, den Sozialzielen, geregelt.

Auf Gesetzesebene ist das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG, vom 18. März 1994) für die Ausgestaltung der obligatorischen Krankenversicherung massgebend. Zielsetzung ist, die gesamte Bevölkerung mit einer umfassenden medizinischen Versorgung zu versorgen; die versicherten Personen sollen zur Deckung der Kosten des medizinischen Grundbedarfs nicht auf irgendwelche Zusatzversicherungen angewiesen sein.

Der Umfang der Kosten im hier relevanten stationären Bereich wird in Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG geregelt, welcher vorsieht, dass im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen

zu übernehmen sind, die stationär durchgeführt werden; dabei gilt, dass diese Leistungen der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Folglich sind sämtliche medizinisch notwendigen Leistungen bereits von der obligatorischen Grundversicherung abgedeckt.

Zusatzversicherungen unterstehen hingegen gemäss Art. 12 KVG neu dem Versicherungsvertragsgesetz und sind damit aus dem Sozialversicherungsrecht herausgelöst. Der Gesetzgeber hat eine konsequente Trennung zwischen Grundversicherung und Zusatzversicherung in die Wege geleitet. Unterstützt wird diese Unterscheidung durch einen Bundesgerichtsentscheid, (BGE 126 III 350) in dem festgelegt wird, dass mit Zusatzversicherungen nur „echte Mehrleistungen“ abgegolten werden können wie bspw. der Aufenthalt in der Privat- oder halbprivaten Spitalabteilung.

- 6.3. Zulässigkeit der unterschiedlichen Behandlung von Grundversicherten und Zusatzversicherten bei Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen: Mit dem Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes ging ein Leistungsausbau einher. Es ist nicht nur wie im bisherigen System ein Minimalleistungskatalog vorgeschrieben; als Zielsetzung wird neu die Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung angestrebt. Massgebend ist Art. 25 Abs. 2 lit. a KVG welcher die Übernahme des gesamten medizinischen Bereichs durch die Grundversicherung festlegt. Der Bereich der Zusatzversicherung ist damit stark eingeschränkt.

Aus juristischer Sicht ist festzuhalten, dass im medizinischen Bereich mit dem Inkrafttreten des neuen Krankenversicherungsgesetzes eine unterschiedliche Behandlung von Grundversicherten und Zusatzversicherten nicht zulässig ist.

- 6.4. Aufgabe der Kantone im Bereich der stationären Behandlung im Kontext der aktuellen Diskussionen im Kanton Zürich: Im Kanton Zürich stellt sich nach diversen Zeitungsmeldungen die Frage, ob und in welchem Ausmass ein einzelner Kanton das Leistungsangebot der Grundversicherung bestimmen kann.

Durch den Erlass des Krankenversicherung hat der Bundesgesetzgeber die ihm verfassungsrechtlich zustehende Kompetenz ausgeschöpft. Es steht insoweit ei-

nem Kanton nicht zu, eine Auslegung dieser Normen unter Berücksichtigung seiner eigenen Interessen vorzunehmen. Auch aus der parlamentarischen Beratung des Krankenversicherungsgesetzes ist zu entnehmen, dass im stationären Bereich gegenüber dem früheren Rechtszustand sogar ein bestimmter Ausbau der Leistungen erfolgen muss.

Politische Äusserungen, wonach die „Zweiklassenmedizin“ „politisch über Krankenversicherungsgesetz gewollt“ ist (NZZ vom 23.6.2004) sind damit unzutreffend. Gerade im medizinischen Bereich dürfen die Zusatzversicherungen keine Zusatzleistungen anbieten; der Bundesgesetzgeber wollte mit dem KVG die „Zweiklassenmedizin“ gerade verhindern. Es stellt eine Verdrehung der gesetzgeberischen Absichten dar, wenn auf kantonaler Ebene ausgeführt wird, das Krankenversicherungsgesetz wolle eine „Zweiklassenmedizin“ einführen.

7. Es ist nach den voranstehenden Überlegungen nicht nur politisch verfehlt, sondern auch rechtlich unhaltbar, wenn im Kanton Zürich versucht wird, der Bevölkerung zu erklären, dass das Krankenversicherungsgesetz politisch eine Zweiklassenmedizin wolle und dass eine hochstehende medizinische Versorgung nur für zusatzversicherte Personen erhältlich ist. Angesichts der erheblichen Beunruhigung, welche diese Äusserungen in der Bevölkerung mit sich gebracht haben, wird deshalb notwendig, dass die Aufsichtsstelle im Rahmen der vorliegenden Aufsichtsbeschwerde klarstellt, welches die gesetzlichen Zielsetzungen sind. Es kann und darf nicht sein, dass auf kantonaler Ebene die eindeutig feststehende gesetzliche Regelung missachtet wird, ohne dass die zuständige Bundesbehörde dagegen vorgeht. Es wird deshalb beantragt, dass die vorliegende Aufsichtsbeschwerde in diesem Sinn behandelt wird und die Öffentlichkeit entsprechend informiert wird.

Mit freundlichen Grüssen

Beilage: Juristisches Gutachten