Wolfram Strüwe

Komplementärmedizin in der Krankenversicherung

Die Bedeutung von Grund- und Zusatzversicherung für die komplementärmedizinische Ärzteschaft

Akupunktur, Anthroposophische Medizin, Homöopathie, Traditionell-Chinesische Medizin, Neuraltherapie und Phytotherapie sind die sechs komplementärmedizinischen Methoden, die seit Mitte 1999 zum Leistungskatalog der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gehören, wenn sie von Fachärzten durchgeführt werden. Definitiv aufgenommen wurde bisher nur die Akupunktur. Bei den anderen fünf Methoden werden die Kosten von der OKP vorläufig bis Juli 2005 gedeckt.

Unterscheidung von Grund- und Zusatzversicherung

Für den Fall, dass eine oder mehrere Methoden nicht in der OKP verbleiben dürfen, sind vom Patienten die entsprechenden Kosten, sofern sie diese Leistungen weiterhin vom Arzt erbracht sehen wollen, entweder aus der eigenen Tasche zu berappen oder aber werden, je nach Ausgestaltung der Verträge, ganz oder teilweise von einer Zusatzversicherung übernommen, sofern eine entsprechende Deckung besteht.

Die OKP und die Zusatzversicherungen unterscheiden sich dabei fundamental voneinander: Während die OKP im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) von 1996 durchgeführt wird und damit dem Bereich der Sozialversicherungen zuzuordnen ist, unterliegen die Zusatzversicherungen dem Versicherungsvertragsrecht (VVG) und sind entsprechend Bestandteil des Privatrechtes.

Diese Unterscheidung hat entscheidende Auswirkungen auf die Beziehungen zwischen den Krankenversicherern und der Ärzteschaft:

■ In der OKP sind beide Marktseiten verpflichtet, miteinander Verträge zu schliessen (sog. Kontrahierungszwang). Der Kreis von Personen bzw. Institutionen, die Leistungen erbringen dürfen, sind in Art. 35 – 40 KVG umschrieben. In der Zusatzversicherung gilt hingegen das Prinzip der Vertragsfreiheit. Die Ärzteschaft ist grundsätzlich nicht verpflichtet, einen Vertrag mit einem Krankenversicherer zu schliessen oder Patienten zu behandeln, die ein entsprechendes Zusatzversicherungsprodukt bei einem Krankenversicherer abgeschlossen haben. Umgekehrt kann ein Krankenversicherer vom Grundsatz her die Erstattung einer Behandlung verweigern, wenn der Arzt bzw. die Ärztin nicht in einer expliziten bzw. impliziten Vertragsbeziehung mit ihr steht, sofern die Versicherungsbedingungen so ausgestaltet sind.

■ Die OKP unterliegt dem Bedarfsprinzip. Was vergütet werden darf, ist im KVG geregelt. Die Leistungen, die von der Ärzteschaft erbracht werden dürfen, sind in Art. 24 – 31 KVG festgelegt und haben den Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit zu genügen. Die Zusatzversicherung hingegen ist bedürfnisorientiert. Entsprechend spielen die Präferenzen der Versicherten eine überragende Rolle. Was zu ihren Las-

ten vergütet wird, definieren die einzelnen Krankenversicherer in ihren Produkten. Diese sind in der Regel unterschiedlich ausgestaltet.

■ In der OKP unterliegen die Krankenversicherer einem Aufnahmezwang, d.h. unabhängig davon, ob beispielsweise eine Person gesund oder krank ist, hat die Versicherung mit ihr einen entsprechenden Vertrag zu schliessen (Art. 3 und 4 KVG). Dadurch besteht die Garantie, dass jeder Versicherte diese Leistungen vergütet bekommt. Dies bedeutet auch indirekt eine Garantie für die Ärzteschaft. In der Zusatzversicherung hingegen kann vom Versicherer der Vertragschluss ohne Angabe von Gründen verweigert werden. Der Patient hat dann die Leistungen *Out of pocket* zu entrichten. Dies kann dazu führen, dass Leistungen nicht in Anspruch genommen werden mit den entsprechenden Konsequenzen auf die Nachfrage bei der Ärzteschaft.

■ Gemäss KVG haben die Marktparteien miteinander Tarifverhandlungen zu führen (Art. 43 KVG). Können sie sich nicht einigen, hat der Kanton den Tarif festzusetzen. Dementsprechend kennen beide Marktseiten in jedem Zeitpunkt den gültigen Tarif. Die Ärzteschaft hat dadurch zu jeder Zeit die Gewissheit, wie ihre Leistung entschädigt wird und die Versicherer wissen, was sie zu entschädigen haben. Der momentan gültige Tarif für komplementärmedizinische Leistungen ist der TARMED mit den entsprechend kantonal unterschiedlichen Taxpunktwerten. Die Zusatzversicherung kennt hingegen keine Tarife, sondern Preise. Hier gilt es zwei Fälle zu unterscheiden: Für den Fall, dass zwischen einer Gruppe von Ärzten und einem Versicherer ein Vertrag über die Entschädigung der Leistungserbringung zustande kommt, wirkt ein solches Preissystem wie ein Tariffsystem. Kommt hingegen kein Vertrag zustande, so ist die Ärzteschaft grundsätzlich in der Preissetzung frei. Dann hängt es von den Auswahlkriterien eines jeden Versicherers ab, ob er die entsprechenden Kosten übernimmt oder nicht.

■ In Art. 44 KVG versucht der Gesetzgeber die beiden Versicherungsbereiche streng voneinander zu trennen, denn die Leistungserbringer müssen sich in der OKP an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und dürfen keine weitergehenden Vergütungen verrechnen (sog. Tarifschutz). Für Leistungen ausserhalb des KVG gilt diese Norm nicht.

Es zeigt sich also, dass die beiden Versicherungszweige sehr unterschiedlich organisiert sind. Sollte der Bundesrat die komplementärmedizinischen Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung herausnehmen, so fallen sie (in Abhängigkeit von den Produktdefinitionen der Krankenversicherer) unter die Zusatzversicherung. Entsprechend würde ein nicht unerheblicher Teil der praxisambulant tätigen Ärzteschaft (im Teilmarkt Komplementärmedizin) unter die Zusatzversicherung fallen. Neben völlig neuen Anforderungen, die dann an die Ärzteschaft gestellt werden, kann dies beispielsweise auch einen höheren Administrativaufwand bedeuten, da für Grund- und Zusatzversicherte getrennt Rechnung gestellt werden muss.

Eine neue Situation?

Dies ist aber auch für Helsana eine neue Situation, auf die es sich einzustellen gilt. In der Komplementär- und Alternativmedizin kommt noch gesondert hinzu, dass für diese Zusatzversicherungsprodukte bis anhin allein Therapeuten tätig sind. Ihre Zahl steigt laufend, so dass von einem eigentlichen Boommarkt gesprochen werden kann. Die Aufnahme der betroffenen Ärzteschaft bedeutet dann einen Niveauanstieg bei der Zahl der Leistungserbringer. Entsprechend dürfte das Kostenvolumen und damit das Prämienniveau in den Zusatzversicherungsprodukten steigen. Wie in einem freien Versicherungsmarkt üblich steigt dann die Wahrscheinlichkeit, dass Versicherte die Produkte kündigen. Helsana und die betroffene Ärzteschaft haben also ein gemeinsames Interesse daran, dass es dazu nicht kommt.

Für Helsana stehen in dieser Situation die Bedürfnisse jener Versicherten im Mittelpunkt, welche die entsprechenden Zusatzversicherungsprodukte bei ihr führen. Helsana hat ihnen ein qualitativ hoch stehendes Angebot zu angemessenen Preisen zu bieten und darauf zu achten, dass ein minimaler Gesundheitsschutz eingehalten wird. Um für Helsana und die Leistungserbringer die Verwaltungskosten möglichst tief zu halten, sollten die Preise mit angemessenem Aufwand verhandelt und der Administrativaufwand weitgehend begrenzt werden.

Es nützt niemandem in dieser Situation, wenn beide Seiten Extrempositionen vertreten wollten. Helsana könnte nicht akzeptieren, wenn eine völlig unbesehene Zulassung der bisher zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Tätigen in die Zusatzversicherung gefordert, der Preis für komplementärmedizinische Leistungen einfach nach Gutdünken gesetzt oder keinerlei Rahmenbedingungen für die Rechnungsstellung vereinbart würde. Genauso wäre es für die betroffene Ärzteschaft inakzeptabel, wenn Helsana keinen oder (völlig willkürlich) nur einige wenige von ihnen in der Zusatzversicherung zulassen oder gar mit einem Preisdiktat auf diese völlig neue Situation reagieren würde. Helsana sucht hier ein partnerschaftliches Verhältnis und einen fairen Interessenausgleich. Ob die Anpassung des Versicherungsangebots notwendig ist, gilt es zu prüfen.

Der Entscheid

Ende Juni gibt Bundesrat Pascal Couchepin seinen Entscheid bekannt. Falls eine oder mehrere Methoden nicht in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verbleiben, wissen wir, wohin die Reise geht. Wir müssen dann nur noch den richtigen Weg finden.

Anschrift des Autors:

Wolfram Strüwe
Helsana Versicherungen AG
Gesundheitsökonomie/-politik
Postfach, CH-8081 Zürich
wolfram.struwe@helsana.ch