

## **Bundesgesetz über die Krankenversicherung: Managed Care**

Die vorliegende Gesetzesvorlage ist das Ergebnis eines langjährigen politischen Prozesses, an dem die FMH (mit Unterstützung der Spezialisten und des VSAO) und die Allgemeinmediziner entscheidend mitgearbeitet haben. Die Gesetzesvorlage wurde dem Parlament bereits 2004 vom Bundesrat präsentiert, welcher sich davon Einsparungen und eine Verbesserung der Versorgungsqualität versprach. Die Vertreter der Krankenkassen waren gegen die Vorlage. Die Managed-Care-Vorlage wurde von beiden Parlamentskammern nach zähen Verhandlungen mit sehr klaren Mehrheiten (133:46 im National- und 28:6 im Ständerat) im September 2011 verabschiedet.

Das Referendum wurde von drei verschiedenen ärztlichen Komitees ergriffen, unter anderem vom VSAO, dessen eigenes Projekt zur integrierten Versorgung im Parlament gescheitert war. In Folge der Urabstimmung unterstützt auch die FMH das Referendum medial, logistisch und finanziell. Die SP unterstützt das Referendum verbal, nicht zuletzt im Hinblick auf ihre Initiative für die Einheitskrankenkasse. Auch Kreise der SVP sind mit der Vorlage nicht einverstanden, weil sie ihnen zu wenig weit geht. Unter den Ärzten rekrutieren sich die Gegner hauptsächlich aus Regionen mit geringer Netzwerkdichte (Westschweiz) und aus Spezialisten. Die Patientenorganisationen haben bisher keine Stellung bezogen.

Die Befürworter des Gesetzes finden sich in Regionen mit hoher Netzwerkdichte, so vor allem in der Ostschweiz, und in den Vorständen der Berufsverbände, die sich jahrelang mit der Vorlage auseinandergesetzt haben, wie dem Verband der Haus- und Kinderärzte MFE. Das Referendum gegen die vom Parlament beschlossene Managed-Care-Vorlage ist zustande gekommen. Das Volk wird voraussichtlich im Herbst darüber abstimmen können. Die Gegner der Vorlage sind momentan im Aufwind, die Befürworter werden sich für den Abstimmungskampf formieren.

Der Vorstand von Kinderärzte Schweiz hat bis jetzt auf eine Stellungnahme verzichtet, weil die Meinungen unter den Mitgliedern sehr unterschiedlich sind

und die differenzierte Meinungsbildung erst jetzt in Gang kommt. Die Unsicherheit über mögliche Vor- und Nachteile der Vorlage ist immer noch sehr gross. Die an Netzwerken angeschlossenen Ärzte berichten grossmehrheitlich von positiven Erfahrungen und unterstützen dem zu Folge die MC-Vorlage.

Weil mehrere Artikel der Managed-Care-Vorlage einen Interpretationsspielraum offen lassen, sind die Diskussionen entsprechend heftig. Unbestrittenermassen hat die MC Vorlage positive Aspekte. Ebenso unbestritten ist, dass die Vorlage Einschränkungen für Versicherte, Ärzte und Patienten mit sich bringen würde.

Mehrere der von der Ärzteschaft seit langem vorgebrachten Forderungen werden vom Gesetz erfüllt:

1. Krankenkassen dürfen weder Einrichtungen zur medizinischen Behandlung von Versicherten führen noch sich finanziell an solchen beteiligen (dieser Artikel wurde von den Kassen heftigst bekämpft)
2. Verbesserter Risikoausgleich (die Jagd auf gute Risiken soll unterbunden werden, auch dieser Artikel widerspricht dem Wunsch der Krankenkassen)
3. Der Bundesrat kann die Versicherer verpflichten, in der ganzen Schweiz Netzwerke anzubieten (gegen den Willen der Krankenkassen)
4. Netzwerke beruhen auf Verträgen (keine willkürlichen Aertzelisten der Krankenkassen)

Weitere Vorteile:

1. Netzwerke können Leistungen ausserhalb der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anbieten.
2. Reduzierter Selbstbehalt im Netzwerk

#### Strittige Punkte:

1. Budgetmitverantwortung der Netzwerke (mit möglichen Vor- und Nachteilen)
2. Eingeschränkte Arztwahl bei reduziertem Selbstbehalt
3. Freie Arztwahl gegen Aufpreis (von maximal Fr. 300 pro Jahr gegenüber dem aktuellen System, maximal Fr. 500 gegenüber dem MC-Patient)
4. Der Bund kann Anforderungen an die notwendige Qualität der Netzwerke (nur der Netzwerke) festlegen

#### Nachteile:

1. Die Versicherer dürfen für Modelle mit verbilligten Prämien eine Vertragsdauer von bis zu 3 Jahren vorsehen
2. Der Bund kann den Umfang der Budgetmitverantwortung festlegen

Der Bund will ein System finanziell bevorzugen, von dem er glaubt, dass es zu Einsparungen oder zumindest zu einer Dämpfung des Kostenanstiegs führen wird und auch die Qualität verbessern kann. Ob dieses Ziel erreicht werden kann, darf zumindest bezweifelt werden. Dass Bund und Kantone als Träger von 50% der Gesundheitskosten Sparmöglichkeiten suchen, ist nachvollziehbar. Ökonomische Überlegungen werden unabhängig von der MC-Vorlage die Situation der Patienten und der Ärzte zunehmend beeinflussen.

Mehr als die Hälfte der Grundversorger ist bereits in Netzwerken organisiert, viele seit deutlich mehr als zehn Jahren. Den meisten Netzwerken gelingt es offenbar, Kosten zu sparen und den vermehrten administrativen Aufwand sowie Fortbildungen zum Vorteil der Ärzte finanziell abzugelten.

Eine Budgetverantwortung tragen wir schon längst (Kostenneutralität, Anpassung des Taxpunktwertes), nur ist sie sehr anonym auf alle Ärzte eines Kantons verteilt und somit niemand direkt verantwortlich zu machen.

Das Gespenst der „Staatsmedizin“ steckt nicht in dieser Vorlage- sie gibt dem Bund nur wenig neue Kompetenzen, die Absenkungen des Taxpunktwertes und des Labortarifs wurden auf dem Verordnungsweg umgesetzt – sondern vielmehr in der SP-Initiative für die Einheitskasse, die auch in der Ärzteschaft auf Sympathien stösst.

Die Gegner des Gesetzes befürchten, ähnlich wie mit DRG in der stationären Medizin, dass durch die Budgetmitverantwortung die Qualität leiden könnte, weil finanzielle Aspekte die ärztlichen Überlegungen dominieren würden. Das Arzt-Patienten-Verhältnis könnte unter dem Primat des Kostendruckes leiden. Sie fürchten auch, dass durch die finanzielle Besserstellung von Netzwerkpatienten den nicht an Netzwerken beteiligten Ärzten die Kundschaft abhandenkommen könnte und somit ein indirekter Zwang zur Netzwerkmitgliedschaft entstehen würde.

Die Befürworter des Gesetzes begrüssen die zentrale Stellung des Grundversorgers im Netzwerk und somit die Stärkung der Hausarztmedizin, sowie eine stärkere Stellung gegenüber den Krankenkassen.

Die Krankenkassen versuchten vergeblich, mehrere Artikel aus der Vorlage zu kippen. Die Vorlage beschneidet die Macht der Krankenkassen beträchtlich.

Bereits jetzt existierend zahlreiche Versicherungsmodelle, in denen sich die Patienten freiwillig einschränken um damit Prämien zu sparen. Diese und zukünftige Netzwerkpatienten würden mit dem neuen Gesetz gegenüber der aktuellen Situation nochmals bis maximal 200 Franken Selbstbehalt sparen. Diejenigen, die weiterhin auf Netzwerke verzichten wollen, hätten gegenüber heute maximal 300 Franken mehr Selbstbehalt pro Jahr zu berappen (maximal 1000 statt wie bisher 700 Franken), dafür kämen sie in den Genuss der uneingeschränkten Wahlfreiheit. Die MC-Vorlage schafft keine Zweiklassemedizin, die über die bereits bestehende hinausgehen würde.

Bei Annahme des Gesetzes wird sich ein Teil der Bevölkerung die Netzwerkeinschränkungen auferlegen, zusätzliche Netzwerkkapazitäten müssten erst geschaffen und die entsprechenden Verträge ausgearbeitet werden.

Bei Ablehnung der Vorlage bleibt wohl nur für kurze Zeit alles beim Alten. Die Gegner der Vorlage haben bis jetzt keine Alternativen präsentiert. Das Parlament wird versuchen, den Risikoausgleich in einer separaten Vorlage einzuführen. Der Aufhebung des Vertragszwangs (die Kassen müssen die Leistung aller Praktizierenden vergüten) wird wieder zur Diskussion stehen. Neue Sparvorlagen werden folgen, vermutlich auch nicht zum Vorteil der Ärzteschaft.

Vorstand Kinderärzte Schweiz

Januar 2012