

Die AIHK unterstützt die Managed-Care-Vorlage

von Philip Schneider, lic. iur., Rechtsanwalt, juristischer Mitarbeiter der AIHK, Aarau



Am 17. Juni 2012 wird das Stimmvolk über die Managed-Care-Vorlage abstimmen. Mit dieser Vorlage soll das Krankenversicherungsgesetz der fortschreitenden Spezialisierung innerhalb der Medizin angepasst werden. Die Spezialisierung darf sich nicht nur als Kostentreiber erweisen; sie muss vielmehr auch Effizienzgewinne ermöglichen. Dafür bedarf es neuer Strukturen. Die AIHK empfiehlt, die Manged-Care-Vorlage anzunehmen.

Am 30. September 2011 hat das Eidgenössische Parlament einen Kompromiss gefunden: Es hat nach fast siebenjähriger Beratung die Managed-Care-Vorlage verabschiedet. Mit dieser Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) sollen vor allem die Qualität und die Effizienz im Gesundheitswesen verbessert werden.

Das Ziel, die Qualität und die Effizienz im Gesundheitswesen zu verbessern, soll über eine bessere Zusammenarbeit und Koordination der Leistungserbringer erreicht werden.

Die Verbesserung der Zusammenarbeit und Koordination der Leistungserbringer sollen so genannte Integrierte Versorgungsnetze gewährleisten: Verschiedene Leistungserbringer sollen nicht mehr als Einzelkämpfer, sondern im Verbund – innerhalb Integrierter Versorgungsnetze – tätig werden. Eine zentrale Rolle soll dabei dem Hausarzt zukommen, der seine Patienten während des gesamten Heilungsprozesses eng begleiten soll, der namentlich die Überweisung an Spezialisten vornehmen soll.

Die Schweiz hatte bei der Institutionalisierung von Versorgungsnetzen einst eine Pionierrolle eingenommen. Es hat sich aber gezeigt, dass die von den Krankenversicherern initiierten Einrichtungen wie das Hausarztmodell bei den Krankenversicherten nicht so gefragt sind, wie man es sich ursprünglich erhofft hatte.

Wie funktionieren Integrierte Versorgungsnetze?

Die Integrierten Versorgungsnetze, welche die Managed-Care-Vorlage vorsieht, sollen folgendermassen funktionieren:

- Verschiedene Leistungserbringer (mehrere Hausärzte, spezialisierte Ärzte, Chiropraktiker, Physiotherapeuten, Hebammen usw.) schliessen sich zu einem Integrierten Versorgungsnetz zusammen. Ein Integriertes Versorgungsnetz muss in der Lage sein, alle Leistungen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gedeckt sind, zu erbringen. Der Zusammenschluss zu einem Integrierten Versorgungsnetz kann zum Beispiel durch Gründung einer Gesellschaft erfolgen. Das Integrierte Versorgungsnetz muss von den Krankenversicherern unabhängig sein. Krankenversicherer dürfen keine eigenen Versorgungsnetze mehr führen.
- Ein Krankenversicherer schliesst mit dem Integrierten Versorgungsnetz einen Vertrag ab. Im Vertrag zwischen dem Krankenversicherer und dem Integrierten Versorgungsnetz wird etwa die Vergütung der Leistungen geregelt, die innerhalb des Integrierten Versorgungsnetzes erbracht werden.

Ein Integriertes Versorgungsnetz kann mit mehreren Krankenversicherern einen Vertrag abschliessen. Einem Krankenversicherer steht es allerdings frei, mit einem Integrierten Versorgungsnetz einen

Vertrag abzuschliessen oder nicht. Insofern wird der bestehende Kontrahierungszwang der Krankenversicherer gelockert.

- Krankenversicherte können zwischen verschiedenen Versicherungsformen auswählen. Sie können das so genannte Standardmodell beibehalten. Sofern ihr Krankenversicherer einen Vertrag mit einem Integrierten Versorgungsnetz abgeschlossen hat, können sie sich aber auch dafür entscheiden, sich in ein Integriertes Versorgungsnetz zu begeben. Hat sich ein Krankenversicherter für dieses Modell entschieden, so muss er sich im Krankheitsfall – abgesehen von Notfällen – über alle Stadien der Behandlung hinweg von Leistungserbringern behandeln lassen, die sein Integriertes Versorgungsnetz bilden. In der Regel ist eine Überweisung vom Hausarzt an einen Spezialisten erforderlich, bevor eine Behandlung durch einen Spezialisten erfolgen kann. Beispielsweise Vorsorgeuntersuchungen beim Frauenarzt können aber weiterhin auch ohne Überweisung erfolgen.

Bei der Leistungserbringung trägt das Integrierte Versorgungsnetz zwingend eine Budgetmitverantwortung. Im Vertrag zwischen dem Krankenversicherer und dem Integrierten Versorgungsnetz wird ein Budget ausgehandelt. Seine Höhe richtet sich nach dem Risikoprofil der Krankenversicherten, die sich in das Integrierte Versorgungsnetz begeben haben. Was Budgetmitverantwortung im Einzelnen bedeutet, ist im Vertrag zwischen dem Krankenversicherer und dem Integrierten Versorgungsnetz zu regeln. Krankenversicherte müssen aber im Falle einer Budgetüberschreitung keine Rationierung der Behandlung befürchten.

Ein Krankenversicherter, der sich in ein Integriertes Versorgungsnetz begibt, kann von tieferen Versicherungsprämien und von einer geringeren Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) profitieren.

Der Hausarzt als Schlüsselfigur

Krankenversicherte, die sich in ein Integriertes Versorgungsnetz begeben möchten, werden ihren Hausarzt in der Regel nicht wechseln müssen. Hausärzte sollen nämlich verpflichtet sein, sich mit anderen Leistungserbringern zu einem Integrierten Versorgungsnetz zusammenzuschliessen, um es ihren Patienten zu ermöglichen, sich in ein Integriertes Versorgungsnetz zu begeben und dadurch finanzielle Vorteile zu erzielen.

Krankenversicherte, die ihren Hausarzt beibehalten möchten, werden aber allenfalls gezwungen sein, ihren Krankenversicherer zu wechseln. Um Krankenversicherern einen Anreiz zu geben, möglichst viele Verträge mit Integrierten Versorgungsnetzen abzuschliessen, soll aber der so genannte Risikoausgleich verfeinert werden: Bei der Berechnung der unter den Krankenversicherern erfolgenden Zahlungen, welche die Unterschiede in der Struktur des Versichertenkollektivs ausgleichen sollen, soll neu auch die Morbidität des Versichertenkollektivs berücksichtigt werden. Damit wird es für die Krankenversicherer wichtig, sich für die – am erfolversprechendsten innerhalb eines Integrierten Versorgungsnetzes erfolgende – Behandlung von schwer und chronisch kranken Krankenversicherten einzusetzen.

Was die Managed-Care-Vorlage sonst noch vorsieht

Ausser der Einführung der Integrierten Versorgungsnetze sieht die Managed-Care-Vorlage folgende Neuerung vor: Nach dem geltenden KVG müssen sich Krankenversicherte an den Kosten von Leistungen bei Mutterschaft (inkl. Schwangerschaft) nicht beteiligen. Nach der Gerichtspraxis gilt dies jedoch insbesondere dann nicht, wenn Leistungen auf Grund von Schwangerschaftskomplikationen erforderlich werden. Die Managed-Care-Vorlage sieht demgegenüber vor, dass neu bei sämtlichen Leistungen bei Mutterschaft keine Kostenbeteiligung der Krankenversicherten erfolgen muss.

Gespaltene Ärzteschaft

Gegen die Managed-Care-Vorlage ist von Seiten der Ärzteschaft das Referendum ergriffen worden. Dabei wurden vor allem folgende Argumente ins Spiel gebracht:

- Die Managed-Care-Vorlage schränke die freie Arztwahl ein.
- Integrierte Versorgungsnetze führten zur Zementierung der Strukturen und erschwerten dadurch (jüngeren) Ärzten die Eröffnung einer eigenen Praxis.
- Die Lockerung des bestehenden Kontrahierungszwangs der Krankenversicherer vergrössere die Macht der Krankenversicherer.
- Die Budgetmitverantwortung der Integrierten Versorgungsnetze belaste das Verhältnis zwischen

Arzt und Patient und könne zu Konflikten innerhalb eines Integrierten Versorgungsnetzes führen.

Die Ärzteschaft ist allerdings gespalten. So befürwortet der Verband der Hausärzte, die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin, die Managed-Care-Vorlage.

Unterstützung haben die Referendumsführer von Teilen der Linken erhalten. Befürchtet wird vor allem die Einführung einer Zweiklassenmedizin.

Dringend erforderliche Steigerung der Effizienz im Gesundheitswesen

Aus der Sicht der Aargauischen Industrie- und Handelskammer (AIHK) sind die Bedenken der Ärzteschaft zum Teil durchaus nachvollziehbar. Die dringend erforderliche Steigerung der Effizienz im

Gesundheitswesen erfordert jedoch gewisse Einschnitte. Diese können aber nur dort erfolgen, wo die Kosten entstehen.

Im Vordergrund muss allerdings stets das Patientenwohl stehen. Die Managed-Care-Vorlage schränkt jedoch namentlich die freie Wahl des Hausarztes, dem neu eine Schlüsselrolle zukommt, in keiner Weise ein. Im Übrigen wird es Krankenversicherten freigestellt sein, sich in ein Integriertes Versorgungsnetz zu begeben. Wenn sie sich in ein Integriertes Versorgungsnetz begeben, erzielen sie finanzielle Vorteile. Wenn sie sich dagegen entscheiden, bleibt alles beim Alten. Von einer problematischen Ökonomisierung des Gesundheitswesens kann deshalb keine Rede sein.

Die AIHK empfiehlt, die Managed-Care-Vorlage anzunehmen.