

Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Managed Care)

Die Abstimmungsfrage lautet:

Wollen Sie die Änderung vom 30. September 2011 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) (**Managed Care**) annehmen?

Bundesrat und Parlament empfehlen, die Gesetzesänderung anzunehmen.

Der Nationalrat hat die Vorlage mit 133 zu 46 Stimmen bei 17 Enthaltungen gutgeheissen, der Ständerat mit 28 zu 6 Stimmen bei 10 Enthaltungen.

Das Wichtigste in Kürze

In der Schweiz wohnhafte Personen müssen eine Krankenversicherung abschliessen. Dabei können sie sich zwischen verschiedenen Versicherungsmodellen entscheiden. Je nach gewähltem Modell ändern sich die Prämien.

Ausgangslage

Mit der Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) werden die Anforderungen an eines dieser Modelle im Gesetz festgelegt: das Modell der integrierten Versorgung, auch Managed Care genannt. Dieses sieht den Zusammenschluss von medizinischen Fachpersonen in Versorgungsnetzen vor, die den Versicherten eine umfassende, koordinierte Betreuung bieten.

Vorgesehene
Regelung

Gegen die Gesetzesänderung wurde das Referendum ergriffen, weil die Vorlage die freie Arzt- und die freie Spitalwahl einschränke und den Versicherten weitere Kosten aufbürde.

Warum das
Referendum?

Bundesrat und Parlament sind überzeugt, dass die integrierte Versorgung unser Gesundheitssystem stärkt. Sie sind der Auffassung, dass die integrierte Versorgung die Qualität der medizinischen Versorgung verbessert und dazu beiträgt, das Kostenwachstum in der Krankenversicherung abzubremesen.

Standpunkt
von Bundesrat
und Parlament

Die Vorlage im Detail

Das Modell der integrierten Versorgung (Managed Care) ist eine besondere Versicherungsform. Eine versicherte Person, die sich für dieses Modell entscheidet, ist bereit, medizinische Leistungen ausschliesslich über ein bestimmtes, selbst gewähltes Versorgungsnetz in Anspruch zu nehmen; sie vermeidet damit einen Anstieg ihres Selbstbehaltes. Der Versicherer, also die Krankenkasse, kann im Gegenzug zudem Prämienermässigungen oder Rückvergütungen vorsehen oder auf die Kostenbeteiligung der Versicherten ganz oder teilweise verzichten.

Das Versicherungsmodell

Als integriertes Versorgungsnetz bezeichnet man den Zusammenschluss von Leistungserbringern. Ein solcher Zusammenschluss hat den Zweck, die medizinische Versorgung während der ganzen Behandlung zu koordinieren. Unter dem Begriff Leistungserbringer versteht man insbesondere Ärztinnen und Ärzte, Apotheken, Spitäler, Pflegeheime und Hebammen.

Das integrierte Versorgungsnetz

Ein integriertes Versorgungsnetz schliesst mit den Versicherern Verträge ab. Darin ist insbesondere geregelt, wie die Qualität der Leistungen gesichert wird und wie die Leistungen vergütet werden. Weiter wird vereinbart, in welchem Umfang das integrierte Versorgungsnetz eine finanzielle Mitverantwortung übernimmt (Budgetmitverantwortung). Ein integriertes Versorgungsnetz ist unabhängig, darf also nicht von den Versicherern geführt werden.

Verhältnis zwischen Versicherer und Netz

Die Patientinnen und Patienten werden im Versorgungsnetz während der ganzen Behandlung betreut, auch wenn mehrere Ärztinnen und Ärzte oder weitere Leistungserbringer ausserhalb des Versorgungsnetzes konsultiert werden müssen. Das Versorgungsnetz muss den Zugang

Die Versicherten und das Netz

zu allen Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gewährleisten. Das Gesetz erlaubt überdies, vertraglich zu vereinbaren, dass weitere medizinische Leistungen vergütet werden, die normalerweise nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden.

Wer ein Modell der integrierten Versorgung wählt, hat einen Selbstbehalt von 10% bis maximal 500 Franken pro Jahr, wobei der Versicherer ganz oder teilweise auf die Kostenbeteiligung verzichten kann. Ausserhalb des Modells der integrierten Versorgung gilt neu ein Selbstbehalt von 15% bis zu einem Betrag von 1000 Franken.

Differenzierte
Kostenbeteiligung

Steht Versicherten während einer Übergangszeit kein integriertes Versorgungsnetz zur Verfügung, wird der Selbstbehalt wie heute erhoben, nämlich 10% bis zu einem Betrag von 700 Franken pro Jahr.

Übergangs-
bestimmung

Die Vorlage bringt weitere Änderungen des Krankenversicherungsgesetzes:

Weitere
Änderungen

Der Bundesrat erhält die Kompetenz, den sogenannten Risikoausgleich unter den Versicherern weiter zu verfeinern, also die Ausgleichszahlungen für Versicherer, die viele Versicherte mit einem grossen Krankheitsrisiko haben. Dieser Risiko-

– Risikoausgleich

ausgleich berücksichtigt heute die Kriterien Alter und Geschlecht der versicherten Personen sowie deren Spital- oder Pflegeheimaufenthalte im Vorjahr. Gemäss Vorlage hat der Bundesrat den Auftrag, den Kriterienkatalog zu erweitern.

Sämtliche Leistungen, die während der Schwangerschaft, der Niederkunft und einer gewissen Zeit nach der Niederkunft erbracht werden, sind neu von der Kostenbeteiligung befreit. Das bedeutet für Schwangere, dass sie auch bei einer Schwangerschaft mit Komplikationen keine Kostenbeteiligung für medizinische Leistungen mehr bezahlen müssen.

– Keine Kostenbeteiligung bei Mutterschaft

Die Argumente der Referendumskomitees

Mein Arzt bleibt meine Wahl! Nein zur KVG-Änderung!

NEIN zur Abschaffung der freien Arztwahl

Wer weiterhin seinen Arzt frei wählen will, muss 15% statt 10% der Kosten selber bezahlen und dies bis zu 1000 Fr. statt 500 Fr. Viele Versicherte werden faktisch gezwungen, einem Managed-Care-Netzwerk (integriertes Versorgungsnetz) beizutreten.

NEIN zur Abschaffung der freien Wahl des Spitals, des Pflegeheims und der Apotheke

Netzwerke können mit Spitalern, Pflegeheimen und Apotheken Exklusivverträge abschliessen. Damit sind Versicherte nicht mehr frei in ihrer Wahl.

NEIN zur Benachteiligung chronisch kranker Menschen

Chronisch kranke Menschen sind über Jahre bei den Ärztinnen ihres Vertrauens in Behandlung. Dies sichert Qualität und spart Kosten. Sind einige dieser Ärztinnen nicht im gleichen Netzwerk, müssen chronisch Kranke ihren Arzt wechseln.

NEIN zu teuren Knebelverträgen

Bis zu drei Jahre können Krankenkassen die Versicherten an die Netzwerke binden. Wer wechseln will, muss neu eine hohe Austrittsprämie zahlen.

NEIN zu Rationierung und Zweiklassenmedizin

Netzwerke stehen unter Budgetdruck. Das kann zu Qualitätsverlust führen, weil auf Kosten der nötigen Behandlungen gespart wird. Es drohen Rationierung und Zweiklassenmedizin.

NEIN zu Zwang

Alle Beteiligten (Patienten, Ärzte, Kassen) können sich heute freiwillig für oder gegen ein Netzwerk entscheiden. Damit ist ein fairer Wettbewerb gewährleistet. Der faktische Netzwerk-Zwang will den Radikalumbau unseres bewährten, qualitativ hochstehenden Schweizer Gesundheitswesens.

Aus diesen Gründen haben über 130 000 Stimmberechtigte das Referendum ergriffen und empfehlen Ihnen ein NEIN.

Die Argumente des Bundesrates

Die vorliegende Änderung des Krankenversicherungsgesetzes bringt mit den integrierten Versorgungsnetzen eine wichtige Neuerung im Interesse eines Gesundheitssystems, das eine hohe Qualität garantiert und langfristig finanzierbar bleibt. In integrierten Versorgungsnetzen werden Patientinnen und Patienten während der ganzen Behandlungsdauer betreut und unterstützt. So lassen sich Doppelspurigkeiten, Missverständnisse und Fehler vermeiden. Mit Versorgungsnetzen wird zudem die medizinische Grundversorgung nachhaltig gestärkt. Der Bundesrat befürwortet die Vorlage insbesondere aus folgenden Gründen:

Die Förderung der integrierten Versorgung verbessert nach Ansicht des Bundesrats die Qualität der medizinischen Behandlung. Es liegt im ureigenen Interesse der Patientinnen und Patienten, dass die an der Behandlung beteiligten Fachpersonen möglichst eng zusammenarbeiten. Durch regelmässige Besprechungen und durch stetigen Erfahrungsaustausch wird die Qualität der Behandlung gesteigert. Das medizinische Wissen und die Erfahrung in den integrierten Versorgungsnetzen kommen so direkt den Patientinnen und Patienten zugute.

Qualität
oberstes Gebot

In integrierten Versorgungsnetzen werden die Patientinnen und Patienten während der gesamten Behandlung betreut. Sie werden bei sämtlichen Beschwerden beraten, die möglichen Behandlungen werden mit ihnen besprochen und sie werden bei Bedarf an weitere Spezialistinnen und Spezialisten inner- oder nötigenfalls auch ausserhalb des Versorgungsnetzes überwiesen. So ist eine ganzheitliche Sicht gewährleistet, was in Zeiten der stark spezialisierten Medizin besonders wertvoll ist. Zudem können so unnötige Behandlungen vermieden werden. Die Förderung der integrierten Versorgungsnetze ist also auch ein Beitrag, das Wachstum der Gesundheitskosten abzubremsen.

Lotse im
Gesundheits-
system

Ärzte, Apothekerinnen, Physiotherapeutinnen, Spitäler, Pfl egende – sie alle sind zentrale Akteure in der medizinischen Grundversorgung. Ihnen bieten integrierte Versorgungsnetze die Chance, ihre Kompetenzen einzubringen und gegenseitig abzustimmen, was der sicheren medizinischen Versorgung der Bevölkerung dient sowie den Berufsstand aufwertet und attraktiver macht. Das Teamwork in Versorgungsnetzen entspricht zudem auch dem bevorzugten Berufsbild eines überwiegenden Teils der jungen Ärztinnen und Ärzte sowie anderer in Gesundheitsberufen tätiger Personen. Stellvertretungen und Notfalldienste lassen sich leichter organisieren, was wiederum den Patientinnen und Patienten zugutekommt.

Stärkung der
Grundversorgung

Die Vorlage bringt eine weitere wichtige Neuerung: Der Bundesrat erhält die Kompetenz, den Risikoausgleich auszubauen. Er kann den Anreiz für Versicherer weiter verringern, nach «guten Risiken» zu jagen, also nach Versicherten, bei denen die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung relativ klein ist. Für die Versicherer wird es somit interessanter, sich für eine gute Behandlung von chronisch Kranken zu engagieren. Dies ist im Hinblick auf die Alterung unserer Gesellschaft und die damit verbundene Zunahme von chronisch Kranken von grosser Bedeutung.

Schluss mit der
Jagd auf
«gute Risiken»

Aus all diesen Gründen empfehlen Bundesrat und Parlament, die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Managed Care) anzunehmen.



Abstimmungstext

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Managed Care)

Änderung vom 30. September 2011

*Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,
nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates vom 15. September 2004¹,
beschliesst:*

I

Das Bundesgesetz vom 18. März 1994² über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:

Art. 12 Abs. 5

⁵ Krankenkassen dürfen weder Einrichtungen zur medizinischen Behandlung von Versicherten führen noch sich finanziell an solchen Einrichtungen beteiligen.

Art. 34 Abs. 3

³ Der Bundesrat kann im Rahmen von zeitlich befristeten Pilotprojekten eine Übernahme der Kosten von Leistungen im Ausland vorsehen. Er strebt an, dass der betreffende ausländische Staat Gegenrecht gewährt.

Art. 41 Abs. 4

Aufgehoben

Gliederungstitel vor Art. 41b

2a. Abschnitt: Besondere Versicherungsformen

Art. 41b Grundsatz

¹ Die Versicherten können mit dem Versicherer vereinbaren, Leistungen einzig bei einem integrierten Versorgungsnetz nach Artikel 41c zu beanspruchen, mit dem ihr Versicherer einen Vertrag über die Behandlung und deren Steuerung abgeschlossen hat (Integrierte Versorgung). Die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind in jedem Fall versichert.

¹ BBI 2004 5599

² SR 832.10

² Der Bundesrat kann weitere Versicherungsformen zulassen, die nicht als integrierte Versorgung gelten, namentlich solche, bei denen:

- a. die Versicherten die Möglichkeit erhalten, sich gegen eine Prämienermässigung stärker als nach Artikel 64 an den Kosten zu beteiligen;
- b. die Höhe der Prämie der Versicherten sich danach richtet, ob sie während einer bestimmten Zeit Leistungen in Anspruch genommen haben oder nicht;
- c. die Versicherten gegen eine Prämienermässigung ihr Wahlrecht auf Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt.

Art. 41c Integrierte Versorgungsnetze

¹ Eine Gruppe von Leistungserbringern, die sich zum Zweck der Koordination der medizinischen Versorgung zusammenschliessen, bildet ein integriertes Versorgungsnetz. In einem integrierten Versorgungsnetz wird der Prozess der Behandlung der Versicherten über die ganze Behandlungskette hinweg gesteuert. Das integrierte Versorgungsnetz muss den Zugang zu allen Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sicherstellen.

² Die Versicherer schliessen mit dem integrierten Versorgungsnetz einen Vertrag ab, der insbesondere die Zusammenarbeit, den Datenaustausch, die Qualitätssicherung und die Vergütung der Leistungen regelt. Artikel 46 ist auf diese Verträge nicht anwendbar. Im Rahmen des definierten Behandlungsprozesses können in Abweichung von Artikel 34 Absatz 1 Leistungen vorgesehen werden, die über die obligatorische Krankenpflegeversicherung hinausgehen.

³ Das integrierte Versorgungsnetz wählt für seine Organisation eine Rechtsform, die gewährleistet, dass die im Vertrag mit den Versicherern eingegangenen Verpflichtungen erfüllt werden können.

⁴ Die in einem integrierten Versorgungsnetz zusammengeschlossenen Leistungserbringer übernehmen im vertraglich vereinbarten Umfang die finanzielle Verantwortung für die medizinische Versorgung der Versicherten (Budgetmitverantwortung).

⁵ Der Bundesrat kann Anforderungen an die notwendige Qualität der integrierten Versorgungsnetze und den Umfang der Budgetmitverantwortung festlegen.

Art. 41d Dauer des Versicherungsverhältnisses

¹ Der Versicherer kann für die besonderen Versicherungsformen nach Artikel 41b, sofern er für diese eine Prämienermässigung gewährt, für das Versicherungsverhältnis neben der Dauer von einem Jahr auch eine Dauer von bis zu drei Kalenderjahren vorsehen. Artikel 7 Absätze 3 und 4 bleibt vorbehalten.

² Hat sich die versicherte Person für eine besondere Versicherungsform mit einer längeren Dauer des Versicherungsverhältnisses nach Absatz 1 entschieden, so kann sie den Versicherer, nicht aber die Versicherungsform vor Ablauf dieser Dauer wechseln:

- a. bei wesentlichen Änderungen der Versicherungsbedingungen;



- b. bei einer Prämienerrhöhung, die über der durchschnittlichen Prämienerrhöhung im Kanton liegt.

³ Gegen Bezahlung der vertraglich vereinbarten Austrittsprämie kann die versicherte Person sowohl den Versicherer als auch die Versicherungsform vor Ablauf der Dauer nach Absatz 1 wechseln. Der Versicherer vereinbart mit der versicherten Person bei Vertragsabschluss die Austrittsmodalitäten; Artikel 7 bleibt vorbehalten.

Art. 57 Abs. 9

⁹ Die Versicherer können mit den in integrierten Versorgungsnetzen nach Artikel 41c zusammengeschlossenen Leistungserbringern vertraglich vereinbaren, dass diesen die Aufgaben und Zuständigkeiten der Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen übertragen werden.

Art. 62 Abs. 1, 2 und 2^{bis} erster Satz

¹ Der Versicherer kann die Prämien für integrierte Versorgungsnetze nach Artikel 41c vermindern oder Rückvergütungen vorsehen.

2 Aufgehoben

^{2bis} Die Kostenbeteiligung wie auch der Verlust der Prämienermässigung bei den besonderen Versicherungsformen nach Artikel 41b Absatz 2 dürfen weder bei einer Krankenkasse noch bei einer privaten Versicherungseinrichtung versichert werden. ...

Art. 64 Abs. 2 Bst. b und c, 2^{bis}, 3, 3^{bis}, 6 Bst. c und d sowie 7

² Diese Kostenbeteiligung besteht aus:

- b. 15 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt); vorbehalten bleibt Buchstabe c;
- c. 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt) der Leistungen, die im Rahmen eines integrierten Versorgungsnetzes nach Artikel 41c erbracht oder veranlasst werden.

^{2bis} Die Versicherer können auf die Erhebung der Kostenbeteiligung für Leistungen, die im Rahmen eines integrierten Versorgungsnetzes nach Artikel 41c erbracht oder veranlasst werden, ganz oder teilweise verzichten.

³ Der Bundesrat bestimmt die Franchise. Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehalts beträgt 1000 Franken. Der jährliche Höchstbetrag für den Selbstbehalt für Versicherte, die einem integrierten Versorgungsnetz nach Artikel 41c angehören, beträgt maximal 500 Franken.

^{3bis} Der Bundesrat kann die jährlichen Höchstbeträge des Selbstbehalts nach Absatz 3 der Kostenentwicklung im Bereich der Krankenversicherung anpassen.

⁶ Der Bundesrat kann:

- c. *Aufgehoben*
- d. die Kostenbeteiligung für einzelne Leistungen der medizinischen Prävention, die im Rahmen von national oder kantonale organisierten Präventionsprogrammen durchgeführt werden, herabsetzen oder aufheben.

⁷ Für folgende Leistungen darf der Versicherer keine Kostenbeteiligung erheben:

- a. Leistungen nach Artikel 29 Absatz 2;
- b. Leistungen nach Artikel 25, die ab der 13. Schwangerschaftswoche, während der Niederkunft und bis acht Wochen nach der Niederkunft erbracht werden.

II

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007³ (Risikoausgleich)

Ziff. 2 Abs. 2 und 5 zweiter Satz

2. Neuer Risikoausgleich

² Als Kriterium für das erhöhte Krankheitsrisiko sind der Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim (Art. 39) im Vorjahr, der länger als drei Tage dauert, und die durch geeignete Indikatoren abgebildete Morbidität der Versicherten, massgebend.

⁵ ... Er umschreibt den für den Risikoausgleich massgebenden Aufenthalt in einem Spital oder in einem Pflegeheim näher, bezeichnet die Ausnahmen und legt weitere Indikatoren, die die Morbidität abbilden, fest.

III

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 30. September 2011 (Managed Care)

¹ Die Umsetzung von Artikel 64 Absatz 2 Buchstaben b und c sowie Absatz 3 erfolgt drei Jahre nach Inkrafttreten der Änderung vom 30. September 2011. Soweit in gewissen Kantonen vor diesem Zeitpunkt das Angebot eines oder mehrerer integrierter Versorgungsnetze nach Artikel 41c besteht, bestimmt der Bundesrat nach Anhörung der Kantone, dass sich in diesen Kantonen die Kostenbeteiligung der Versicherten nach Artikel 64 Absatz 2 Buchstaben b und c sowie Absatz 3 richtet.

² Während der dreijährigen Einführungsphase führt der Bundesrat in Zusammenarbeit mit den Versicherern, den Leistungserbringern und den Kantonen eine Evaluation über die Durchführung und die Wirkungen der Änderung vom 30. September 2011 durch. Hat die Änderung nicht zu einem flächendeckenden Angebot von integrierten Versorgungsnetzen geführt, schlägt der Bundesrat dem Parlament weitere Massnahmen vor. Bis zum Inkrafttreten neuer Bestimmungen, längstens aber bis zum Ablauf von fünf Jahren nach Inkrafttreten der Änderung vom 30. September 2011, kann der Bundesrat die Versicherer dazu verpflichten, alleine oder in Zusammenarbeit mit einem oder mehreren Versicherern für ihre Versicherten eine oder mehrere besondere Versicherungsformen anzubieten, die die Leistungen von integ-

³ AS 2009 4755



rierten Versorgungsnetzen nach Artikel 41c umfassen. Der Bundesrat kann die Umsetzung von Artikel 64 Absatz 2 Buchstaben b und c sowie Absatz 3 in den Kantonen, in denen die Massnahme noch nicht anwendbar ist, sistieren. In diesen Kantonen gilt ein Selbstbehalt von 10 Prozent und der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehaltes beträgt 700 Franken.

³ Die Umsetzung von Artikel 64 Absatz 3^{bis} erfolgt erstmals drei Jahre nach Inkrafttreten der Änderung vom 30. September 2011.

⁴ Die beim Inkrafttreten der Änderung vom 30. September 2011 vorhandenen Einrichtungen und Krankenkassenbeteiligungen nach Artikel 12 Absatz 5 dürfen während höchstens fünf Jahren weiterbestehen.

IV

¹ Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.

² Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten.