

Herr
Bundesrat Pascal Couchepin
Eidgenössisches Departement des Innern
Inselgasse
3003 Bern

Luzern, 14. Juli 2004 ikb

Teilrevisionen in der Krankenversicherung (KVG)
Vorlage 2B: Managed Care

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Wir beziehen uns auf die Zustellung der Unterlagen zur obgenannten Revision des KVG und danken für die Einladung zur Vernehmlassung wie auch zur krankheitsbedingten Fristerstreckung.

Wir lehnen die vorgesehene und sich in der Vernehmlassung befindliche Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Managed Care ab und haben folgende Bemerkungen und Anregungen:

A. Bemerkungen zu den allgemeinen Ausführungen

1. Stossrichtung der Vorlage

Wir vertreten die Meinung, dass die Managed Care-Modelle nur eine geringe Akzeptanz gefunden haben. Sie sind in der medizinischen Versorgung bedeutungslos. Aus diesem Grund teilen wir die Auffassung des Bundesrates, von gesetzlichen Verpflichtungen für sämtliche Beteiligte zum Anbieten von Managed Care-Modellen abzusehen. Es stellt sich die Frage, ob dieser Typus als Alternative zur Grundform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung überhaupt notwendig ist.

Letztlich stellt der Bundesrat selber fest, dass der typische Versicherungsnehmer bei Managed Care-Formen jung und gesund ist. Er profitiert in einer gesundheitlich wenig risikoreichen Lebensphase von einer günstigen Prämie und entzieht sich somit dem Solidaritätsgedanken der obligatorischen Versicherung.

Auf der anderen Seite soll er nur verpflichtet werden, maximal drei Jahre dem Managed Care-Modell treu zu bleiben. Sobald sich gesundheitliche Probleme einstellen oder beim Älterwerden, kann er sich in die volle Solidarität der Versichertengesamtheit wieder einklinken. Unseres Erachtens muss eine längere Bindungsfrist verlangt werden. Wir erachten eine Mindestdauer eines solchen Managed Care-Vertrages von fünf Jahren als angemessen. Weiter soll es nach Ablauf der Mindestdauer nicht möglich sein, jährlich nach Art. 7 KVG den Versicherer zu wechseln. Es sollen feste Vertragsdauern abgeschlossen werden, die sich jeweils für eine Mindestdauer von fünf Jahren wieder erneuern müssen.

2. Orphan Drugs

Dem Vorschlag, wichtige Arzneimittel für seltene Krankheiten ohne weiteres auf die Spezialitätenliste zu setzen, stimmen wir zu.

3. Massnahmen im Bereich der Medikamente

3.1 Medikamentenauswahl

Es muss in der Entscheidung des Arztes bleiben, mit welchem Medikament er den Patienten behandelt. Wenn der Arzt es zulässt, dass der Apotheker ein anderes Medikament dem Patienten abgibt, so soll diese Delegation ebenfalls in der Verantwortung des Arztes sein. Abzulehnen ist aber eine Regelung, wonach das preisgünstigste Medikament abzugeben ist. Eine solche nur am Preis orientierte Medikamentenauswahl lässt sich medizinisch nicht vertreten und ist strikte abzulehnen.

3.2 Weitergabe von Vergünstigungen

Die vorgesehene Regelung ist ein Eingriff in die Handels- und Gewerbe-freiheit. Es ist nicht einzusehen, weshalb ein Leistungserbringer Vergüns-tigungen beim Einkauf unbedingt und in jedem Fall weiterzugeben hat. Die Gründe für die Begünstigung können auch in eigener Mehrleistung (Zah-lungsbereitschaft, Risikobereitschaft, Lagerhaltung, etc.) begründet sein. Letztlich wird diese Zwangsabschöpfung von Vergünstigungen im Bereich der Medikamente nur dazu führen, dass jeder Wettbewerb in diesem Be-reich zum Erliegen kommt und ein vom Gesetz faktisch verordnetes Kartell entsteht. Kein Leistungserbringer wird sich um eine Vergünstigung bemü-hen, wenn er diese weitergeben muss. Unter dem Strich bringt ihm eine solche Vergünstigung lediglich administrativen Umtrieb, worauf er sehr bald verzichten wird.

Im Übrigen ist es systemwidrig, von den Leistungserbringern wirtschaftli-ches Verhalten zu verlangen, solange dies zugunsten der Versicherer wirkt, das gleiche Verhalten aber faktisch zu unterbinden, sobald es zu-gunsten des Leistungserbringers sich auswirkt.

B. Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen

1. Zu Art. 41b (neu)

Wir lehnen die Managed Care-Modelle als gesetzliches Modell ab, da sie keine grosse Bedeutung haben. Für einen entsprechenden Vertrag ist aber eine Min-destdauer von fünf Jahren vorzusehen. Es kann auf das Vorstehende unter A. Ziff. 1 verwiesen werden.

Die Möglichkeit, nach Ablauf einer Festdauer im Sinne von Art. 7 KVG jährlich das Modell, den Versicherungsvertrag wie auch den Versicherer zu wechseln, lehnen wir ab. Ein Versicherter, der sich für ein Managed Care-Modell entschei-det, soll dies immer in einer festen Vertragsdauer mit einer minimalen Dauer von fünf Jahren tun müssen.

Es soll verhindert werden, dass diese Managed Care-Modelle nur von jungen und gesunden Versicherten in Anspruch genommen werden, weil sie die Möglichkeit haben, bei ernsthaften gesundheitlichen Veränderungen zum klassischen Versicherungsmodell zurückzukehren. Dieser „Schutz des managed-care Versicherten“ beinhaltet bereits die Bankrotterklärung der Managed Care-Modelle. Offensichtlich sind der Gesetzgeber wie auch die Befürworter solcher Modelle der Ansicht, die Managed Care-Modelle seien „Schönwetter-Modelle“, die bei ernsthaften gesundheitlichen Störungen nicht den gewünschten Versicherungsschutz bieten würden. So wird der Risikoausgleich zwischen gesund und krank in der obligatorischen Normalversicherung gestört und die Prämien dem Erhöhungsdruck ausgesetzt.

2. Zu Art. 41c Abs. 1 (neu) Versorgungsnetze

Nachdem bereits die bekannten Managed Care-Modelle auf wenig Akzeptanz stossen, sind wir der Meinung, auf weitere Modelle in diesem Versuchs-Bereich sei zu verzichten. Wir lehnen eine Zulassung von integrierten Versorgungsnetzen im Rahmen des KGV ab.

Im Übrigen kann zur Begründung auf alles verwiesen werden, das wir zu den Managed Care-Modellen vorbringen.

3. Zu Art. 41c Abs. 2 (neu)

Wie richtig bemerkt wird, ist die Abgrenzung zwischen integriertem Versorgungsnetz und Versicherer problematisch und schwierig. Versicherungsmodelle, die dem Versorgungsnetz bzw. den darin eingebundenen Leistungserbringern eine periodische pro Kopf-Leistung ausrichten, unabhängig davon, ob die versicherte Person Leistungen in Anspruch genommen hat oder nicht, widerspricht im Grundsatz dem KVG, keine Strukturen, sondern Leistungen zu finanzieren.

Letztlich können nur Versicherer selber mit vertretbarem Risiko ein integriertes Versorgungsnetz anbieten. Das Risiko wäre für unabhängige Leistungserbringer zu gross. Damit werden aber Check and Balances im Bereich des Gesundheitswesens aufgehoben, indem Leistungserbringer und Versicherer identisch wären. Es würde unseres Erachtens zur massgeblichen Verschlechterung der Qualität im Gesundheitswesen führen.

In diesem Sinne lehnen wir auch ab, dass bei integrierten Versorgungsnetzen die Aufgaben des Vertrauensarztes der Versicherung gleich an die Leistungserbringer delegiert werden. Diese Massnahme zeigt deutlich, dass die Versicherer selber hier medizinische Leistungen anbieten wollen. Die direkte Führung des Unternehmens erübrigt dann den Vertrauensarzt.

4. Zu Art. 41c Abs. 3 (neu)

Es kann auf das Vorstehende verwiesen werden.

5. Zu Art. 41c Abs. 4 (neu)

Es kann auf das Vorstehende verwiesen werden.

6. Zu Art. 52 Abs. 1 lit. b Abs. 4 (neu)

Es kann auf das unter Kapitel A. Gesagte verwiesen werden.

7. Zu Art. 52a Abs. 2 und 3 (neu)

Wir lehnen die Verpflichtung der Leistungserbringer, anstelle eines bestimmten Arzneimittels einen Wirkstoff zu verschreiben, ab.

Die Verantwortung für die Therapie muss der Arzt übernehmen, darin eingeschlossen die Wahl wie auch die Dosierung des entsprechenden Medikamentes. Mit der Wirkstoffverschreibung wird diese umfassende ärztliche Verantwortung durchbrochen.

8. Zu Art. 56 Abs. 3 bis (neu)

Wir lehnen die neue Bestimmung ab. Es kann auf das Vorstehende unter lit. A. verwiesen werden. Selbst wenn man entgegen unserer Auffassung zur Ansicht kommen würde, dass Rabatte oder unentgeltliche Lieferungen, die verkauft worden sind, in eine gemeinsame Einrichtung nach Art. 18 KVG überwiesen werden müssten, was wir aus den erwähnten Gründen ablehnen, führt es zu weit, dass Weiterbildungsveranstaltungen und Kongresse, die auf Einladung von Medikamentenlieferanten besucht werden, an eine Einrichtung nach Art. 18 KVG bezahlt werden müssen.

Letztlich wird faktisch jedes ökonomische Verhalten der Marktteilnehmer durch ein staatlich herbeigeführtes Preiskartell ersetzt.

9. Zu Art. 57 Abs. 9 (neu)

Es kann auf das dazu unter Kapitel A. Gesagte verwiesen werden.

10. Zu Art. 62 Abs. 1

Es scheint, dass das integrierte Versorgungsnetz bereits bei der gesetzlichen Grundlage als Mogelpackung ausgestaltet wird. Die hier skizzierte Möglichkeit zugunsten der Versicherer ist in jeder Hinsicht unangemessen. Die Bestimmung wirkt einseitig zugunsten der Versicherer. Wir lehnen integrierte Versorgungsnetze ab.

Wir danken Ihnen, dass Sie uns Gelegenheit geboten haben, im vorliegenden Vernehmlassungsverfahren teilzunehmen.

Mit freundlichen Grüssen
PULSUS

Dr. med. Walter Häcki
Vizepräsident PULSUS

Marco Bazzani
Geschäftsstelle