



Postfach, 8036 Zürich
info@gutes-alter.org
www.gutes-alter.org

Kontakt:
Beat Ringger
bringger@bluewin.ch
079 339 87 76

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)

Vernehmlassungsverfahren Stellungnahme Netzwerk Gutes Alter NGA

Schaffung einer einheitlichen Beratungs- und Koordinationsstelle BKS

1. Vorschläge des Bundesrates

Mit Datum vom 19.8.2020 schlägt der Bundesrat unter dem Titel „Massnahmen zur Kostendämpfung Teil 2“ eine Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) vor, die unter anderem eine „Erstberatungsstelle“ sowie „Netzwerke zur koordinierten Versorgung“ enthält. Das Netzwerk Gutes Alter nimmt im Folgenden Stellung zu diesen Vorschlägen. Nach seiner Auffassung macht der Bundesrat damit zwar einen Schritt nach vorne – aber leider gleichzeitig auch zwei Schritte zurück. Es schlägt allen interessierten Verbänden, Organisationen, Institutionen und Parteien deshalb vor, als Alternative zu den bundesrätlichen Vorschlägen gemeinsam für das Modell einer einheitlichen Beratungs- und Koordinationsstelle BKS einzutreten.

Gemäss Bundesrat sollen die Versicherten verpflichtet werden, sich bei einem gesundheitlichen Problem jeweils zuerst von einer Erstberatungsstelle beraten zu lassen. Diese Stelle soll als Gatekeeper für die Inanspruchnahme weiterer Leistungen fungieren, d.h. abschliessend darüber entscheiden, ob die Versicherten weitere Leistungen beanspruchen können. Zu solchen weiteren Leistungen zählen etwa Untersuchungen bei Spezialärzt*innen oder operative Wahleingriffe in Spitälern. Unter dem Namen „Netzwerke zur koordinierten Versorgung“ sieht der Bundesrat zudem eine weitere neue Kategorie von Leistungserbringern vor. Dabei handelt es sich um medizinische Erstversorger, die die Aufgaben der Koordination der Versorgung übernehmen und insbesondere für die Führung des elektronischen Patient*innendossiers zuständig sind. Diese Netzwerke können auch die Funktion einer Erstberatungsstelle übernehmen. Erstberatungsstellen hingegen müssen nicht gleichzeitig auch Koordinationsaufgaben übernehmen. Der Bundesrat schlägt ferner vor, die Leistungen der Erstberatung und der Koordination pauschal abzugelten.

Im Sinne einer koordinierten Versorgung macht der Bundesrat mit seinen Vorschlägen damit einen Schritt vorwärts, gleichzeitig aber leider auch zwei Schritte zurück.

2. Die Beratung, Koordination und Dossierführung gehören zusammen

Es ist zu begrüßen, dass der Bundesrat die Bedeutung anerkennt, die den Aufgaben der Koordination der Leistungen, der Dossierführung und der entsprechenden Beratung zukommt, und diese entsprechend stärken will. Zu begrüßen ist auch, dass er mit diesen Aufgaben eine klar definierte Instanz innerhalb der Gesundheitsversorgung betrauen will. Hingegen ist nicht nachvollziehbar, warum der Bundesrat dafür zwei getrennte Kategorien schaffen will, statt diese Aufgaben in einer Stelle zusammenzuhalten. Beratung, Koordination und Dossierführung sind Aufgaben, die ineinandergreifen und sich gegenseitig auch bedingen. So sind gute Dossierkenntnisse eine unabdingbare Voraussetzung für eine kompetente Beratung. Die Ergebnisse einer Beratung wiederum bilden die Grundlage für die Wahl der Versorgungsketten, und aus ihr ergeben sich wichtige Kriterien für die Koordination.

Der Bundesrat sieht überdies vor, die Erstberatung für obligatorisch zu erklären, Koordination und Dossierführung hingegen nicht. Auch dies ist nicht nachvollziehbar, müsste doch sichergestellt werden, dass gerade auch die Aufgaben der Dossierführung und der Koordination für alle Versicherten gewährleistet wird. Damit könnte unter anderem auch eine einheitliche Instanz geschaffen werden, die sicherstellen kann, dass die elektronischen Patient*innendossiers laufend aktualisiert und kompetent geführt sind, und dass die Versicherten dabei optimal einbezogen werden (z.B. auch in Hinblick auf die Aspekte des Datenschutzes).

Das Splitten in Beratung und Koordination/Dossierführung ist ein unverständlicher Schritt zurück, der das Anliegen einer integrierten und optimierten Versorgung unterläuft.

3. Gatekeeping: Ein weiterer Schritt zurück

Der zweite Schritt zurück besteht darin, dass der Bundesrat die Erstberatungsstelle mit der Aufgabe des Gatekeeping belasten will, ja im Grunde daraus die eigentliche Kernaufgabe dieser Stelle macht. Die Stelle soll demnach abschliessend entscheiden, ob und welche weiteren Leistungen die versicherte Person beanspruchen kann. Sie erhält damit die Rolle des Türstehers (Gatekeepers) beim Zugang zu diesen Leistungen. Der Bundesrat positioniert die Stelle damit in erster Linie als eine Massnahme zur Kosteneinsparung. Aus Sicht der Patient*innen wird sie dadurch von vorneherein in ein ungünstiges Licht gerückt, weil die Versicherten nicht mehr sicher sein können, dass das Handeln der Erstberatungsstelle sich an ihrer optimalen Versorgung orientiert. Erstberatungsstellen können unter Druck geraten, möglichst wenig Überweisungen vorzunehmen; so liegt der Verdacht nahe, dass die Krankenkassen entsprechenden Druck auf Erstberatungsstellen ausüben könnten. Das Vertrauensverhältnis zwischen den Versicherten und ihrer Erstberatungsstelle würde dadurch untergraben. Das Misstrauen wird dann zusätzlich verstärkt, wenn die Erstberatungsstelle durch Globalbudgets gesteuert ist und damit ein zusätzliches ökonomisches Interesse daran hat, möglichst wenig Überweisungen an weitere Leistungserbringer zuzulassen. Eine besondere Gefahr droht den Patient*innen mit schweren, langwierigen oder chronischen Erkrankungen: Für die Erstbehandlungsstellen würden sie zum Risiko, weil sie zu viele Überweisungen ‚beanspruchen‘.

Aus diesen Gründen wehren wir uns entschieden gegen die Einführung des Gatekeeping und gegen die Verquickung von Beratung und Gatekeeping.

4. Freie Arztwahl

Durch das Gatekeeping wird die freie Arzt*innenwahl erheblich eingeschränkt. Diese freie Wahl wird von den Versicherten zu Recht als Garantie dafür gewertet, dass sie Zugang zu allen erforderlichen Leistungen in bestmöglicher Qualität erhalten. Auch wenn heute 70% der Versicherten freiwillige Einschränkungen dieser Wahlfreiheit in Kauf nehmen, so handelt es sich dabei überwiegend um jüngere, gesunde Versicherte. Sie wissen, dass sie Jahr für Jahr das Recht haben, auf die uneingeschränkte Grundversicherung zu wechseln, mit der die freie Arztwahl gesichert ist.

Zwar sieht der Bundesrat eine freie Wahl der Erstberatungsstelle durch die Versicherten vor. Ebenfalls will er den Versicherten bei einer Überweisung die freie Wahl des jeweiligen Leistungserbringers gewähren. Das kann jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass der freie Zugang zu all jenen Leistungserbringern abgeschafft wird, die nicht eine Erstberatungsstelle sind.

5. Das Modell einer einheitlichen Beratungs- und Koordinationsstelle BKS

Als Alternative zur den getrennt vorgesehenen Erstberatungs- und Koordinationsstellen schlagen wir die Einführung einer einheitlichen Stelle vor. Damit soll sichergestellt werden, dass die gesamte Bevölkerung Zugang zu einer hochstehenden medizinischen Erstversorgung hat. Weiter sollen dank dieser Stelle bessere Voraussetzungen geschaffen werden, damit für jede Person optimale Behandlungspfade gefunden werden. Die Behandlungen in Spitälern, durch Spezialärzt*innen, in Therapien, Kliniken, Heimen oder Spitexen sollen dabei koordiniert und aufeinander abgestimmt werden. Und drittens soll sichergestellt werden, dass die elektronischen Patient*innendossiers vollständig und fachkundig geführt sind, wobei die Patient*innen die letzte Kontrolle über ihre Dossiers haben.

Um diese Ziele zu erreichen, nominiert jede versicherte Person eine solche Beratungs- und Koordinationsstelle BKS (z.B. eine Hausarztpraxis) nach freier Wahl. Ein Wechsel der Stelle muss jederzeit möglich sein. Die Versicherten haben bei Bedarf Anrecht auf eine zweite, von der Stelle unabhängige ärztliche Meinung.

Die BKS sind für die Erstberatung der Versicherten, für die Koordination aller Leistungen und für die Dossierführung zuständig. Sie ist den Interessen der Versicherten verpflichtet. BKS sind Hausarzt- oder Kinderarztpraxen, Praxisgemeinschaften, Ambulatorien und weitere Netzwerke, die eine kompetente diagnostische, therapeutische und pflegerische Erst- und Grundversorgung sowie die Kontinuität in der Begleitung der Versicherten sicherstellen. Die BKS stärken dabei auch die interprofessionelle Zusammenarbeit. Berufsgruppen wie die Advanced Practice Nurses können im Rahmen solcher Netzwerke wichtige Aufgaben übernehmen. Weiter bestehen Möglichkeiten, Institutionen wie die Spitex oder Pflegeheime, aber auch Apotheken in solche Netzwerke einzubinden.

Die BKS stellt die Zuweisung zu einer spezialärztlichen Versorgung sowie zu den weiteren anerkannten Leistungserbringern sicher, ohne dabei jedoch Entscheidungsrechte im Sinne des Gatekeeping zu haben. Patient*innen wählen die weiteren Leistungserbringer in Absprache mit ihrer BKS aus. BKS werden von den Kantonen akkreditiert. Die Kantone müssen eine flächendeckende Versorgung mit BKS gewährleisten.

Sämtliche Leistungserbringer leiten die erforderlichen Informationen an die BKS weiter. Patient*innen können diese Weiterleitung auf eigene Verantwortung hin untersagen. Der Datenschutz ist gewährleistet.

Das Konzept der BKS soll sämtliche versicherten Personen erfassen. Die Stelle ist besonders für multimorbide und für hochbetagte Personen von grosser Bedeutung – dann also, wenn medizinische Behandlungen keine isolierten Episoden mehr sind (wie dies der Beinbruch einer 20-jährigen Person aller Wahrscheinlichkeit nach ist), sondern untereinander und mit dem allgemeinen Gesundheitszustand und mit der sozialen Situation der Patient*in eng verknüpft sind.

6. Finanzierung der Beratungs- und Koordinationsaufgaben

Der Bundesrat schlägt vor, die Leistungen im Rahmen der Ersterfassung pauschal abzugelten, unabhängig davon, ob solche Leistungen überhaupt in Anspruch genommen werden. Wir erachten dies als einen geeigneten Weg, um die Grundkosten abzugelten. Jedoch ist es zwingend erforderlich, aufwändigere Beratungs- und Koordinationsleistungen auch als Einzeltarif-Positionen vorzusehen resp. beizubehalten. Ansonsten entsteht ein ökonomischer Druck, Beratungen und Koordinationsaufgaben mit möglichst geringem Aufwand erledigen zu müssen. Multimorbide und besonders verletzte Patientinnen und Patienten würden damit zum Kostenrisiko. Für entsprechende Beratungs- und Koordinationsstellen entstünde sogar der Anreiz, sich solcher Patientinnen und Patienten zu entledigen. Solche Fehlanreize dürfen in keiner Weise entstehen.

Angesichts der Tatsache, dass Krankenkassenprämien eine Kopfsteuer sind und dass die Belastung der Prämienzahlenden heute schon sehr hoch ist, schlagen wir vor, die erwähnten Pauschalen aus allgemeinen Steuermitteln zu finanzieren. Eine Verknüpfung mit Selbstbehalten oder Franchisen soll es dabei nicht geben.

Die allgemeine und obligatorische Einführung der BKS-Stelle stellt sicher, dass alle Versicherten von den Vorteilen der entsprechenden Beratungs- und Koordinationsaufgaben profitieren. Sie stellt

ebenfalls sicher, dass die Akzeptanz des elektronischen Patient*innendossiers erheblich verbessert wird und seine Verbreitung deutlich beschleunigt werden kann. Dies alles wird auch dazu beitragen, dass unnötige Doppelabklärungen und Fehlbehandlungen viel besser als heute vermieden werden können. Das stärkt die Qualität der Versorgung und hilft gleichzeitig, unnötige Kosten zu sparen.

7. Das Verhältnis von BKS zu Hausarzt- bzw. HMO-Modellen; Offenlegung aller Verträge, Bekämpfung von Über- und Unterversorgung

Bei den heute bestehenden, mit Gatekeeping verbundenen Hausarzt- und HMO-Modellen sind Korrekturen dringend erforderlich. Erstens müssen Vertragsbestimmungen gesetzlich unterbunden werden, die ökonomische Anreize mit der möglichen Wirkung enthalten, den Versicherten wünschenswerte oder sogar unerlässliche Leistungen vorzuenthalten. Zweitens müssen entsprechende Verträge zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern für die Öffentlichkeit und für die davon betroffenen Versicherten einsehbar sein, was heute nicht der Fall ist. Nur unter diesen beiden Voraussetzungen dürfen Leistungserbringer in Hausarzt- und HMO-Modellen als BKS in Betracht kommen. Denn es ist von entscheidender Bedeutung, dass Beratungs- und Koordinationsaufgaben nicht mit für die Versicherten ungünstigen ökonomischen Anreizen verknüpft sind. Nur so können die Versicherten darauf vertrauen, dass sie bei ihrer BKS gut aufgehoben sind, und nur so werden die BKS in der Bevölkerung auch die erforderliche Akzeptanz erhalten.

Ebenfalls angegangen werden soll das Problem einer allfälligen Überversorgung. Sowohl für Über- wie Unter- respektive Fehlversorgung sollen in Zusammenarbeit mit den Patient*innenorganisationen entsprechende Prüfverfahren eingerichtet werden. Wird dabei ein Fehlverhalten der Leistungserbringer festgestellt, müssen angemessene Sanktionen ausgesprochen werden können.