

Bericht vom 25. Oktober 2022 des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) zuhanden der SGK-S

« Änderung des KVG : Möglichkeit für die Leistungserbringer, sich von der von den Versicherern angebotenen Auswahl für alternative Versicherungsmodelle streichen zu lassen (opt-out) »

1 Ausgangslage und Auftrag

An ihrer Sitzung vom 6. September 2022 hat die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK) des Ständerats das BAG beauftragt, einen Kurzbericht zur Möglichkeit für die Leistungserbringer, sich von der von den Versicherern angebotenen Auswahl für alternative Versicherungsmodelle streichen zu lassen (opt-out), und zur Frage, ob in diesem Bereich Handlungsbedarf besteht oder nicht, zu verfassen.

Zur Erinnerung, die SGK des Nationalrates hat an ihrer Sitzung vom 7. April 2022 entschieden, zum Artikel 41 einen neuen Absatz 4^{bis} mit folgendem Wortlaut hinzuzufügen: «Die Leistungserbringer können sich aus der Auswahl des Versicherers streichen lassen».

Der Nationalrat hat diesen Antrag allerdings an der Sommersession verworfen.

2 Listenmodelle

Mit dem Begriff «Modell» ist eine Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers gemeint. Der Begriff «Listenmodell» existiert im KVG nicht, wird aber häufig verwendet. Er kann unterschiedlich interpretiert werden. Mit dem umgangssprachlichen «Listenmodell» ist ein Modell gemeint, in dem die aufgeführten Ärzte und Ärztinnen mit den Versicherern keinen Vertrag abgeschlossen haben. Krankenversicherer erstellen ihre Listen einseitig.

Modelle ohne Vertrag zwischen Leistungserbringer und Versicherer gibt es in folgenden Ausgestaltungsarten:

1. Der Versicherer führt gar keine Liste und alle «Hausärzte»¹ können aufgesucht werden.
2. Der Versicherer führt zwar eine Liste, die Liste enthält aber alle «Hausärzte».
3. Der Versicherer führt eine Liste mit ausgewählten Leistungserbringern (Preferred-Provider-Organisation- (PPO-) Modelle)².

Auf der anderen Seite gibt es auch Hausarztmodelle, in denen die Leistungserbringer mit den Versicherern Verträge abgeschlossen haben.

3 Gatekeeping und koordinierte/integrierte Versorgung

Bei Gatekeeping geht es in erster Linie darum, Versicherte davon abzuhalten, dass sie wegen einer Bagatelle zum Arzt/Ärztin bzw. direkt zu einem Spezialisten oder Spezialistin gehen, wenn es nicht nötig ist. Kosteneinsparungen entstehen dadurch, weil das Gesundheitssystem weniger beansprucht wird bzw. die Leistungen günstiger erbracht werden können, z. B. durch

¹ In der Regel Grundversorger; d.h. Ärzte und Ärztinnen mit Weiterbildungstiteln Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin oder Praktischer Arzt oder Praktische Ärztin

² Versicherungsmodelle mit einer Ärzteliste (Preferred-Provider-Organization/PPO): Hier wählen die Versicherten die Leistungserbringer von einer Anbieterliste aus, welche jährlich vom Versicherer angepasst wird. Für diese Liste werden nur Ärzte berücksichtigt, deren Kosten in der Höhe der Durchschnittskosten der jeweiligen Fachgruppe liegen. Bei diesem Modell findet kein Gatekeeping statt, und die Leistungserbringer übernehmen keine Budgetverantwortung (SBVR Soziale Sicherheit-Eugster, 3. Aufl., E Rz. 1426).

eine kurze telefonische Auskunft statt durch eine Konsultation in einer Praxis mit möglichen Zusatzabklärungen.

Bei der koordinierten/integrierten Versorgung geht es insbesondere um Versicherte, die Leistungen von verschiedenen Leistungserbringern benötigen. Durch eine gute Koordination der Versorgung kann die Qualität erhöht und Kosten gedämpft werden, weil es weniger Doppelspurigkeiten oder unnötige Behandlungen gibt. Im Kostendämpfungspaket 2 möchte der Bundesrat die koordinierte Versorgung fördern. Er hat in seiner Botschaft vom 7. September 2022 vorgeschlagen, Netzwerke zur koordinierten Versorgung als neuen Leistungserbringer einzuführen (siehe [KVG-Änderung: Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2 \(admin.ch\)](#)).

Bei den «Listenmodellen» kommt insbesondere der Gatekeeping-Effekt klar zum Tragen (der Versicherte oder die Versicherte geht nicht direkt zum Spezialisten, er/sie spricht sich mit dem Arzt/Ärztin ab, und zwar im Sinne einer Erstberatung). Es geht dabei aber nicht direkt um die koordinierte Versorgung. Dass diese stattfindet, hängt dann vom Engagement des gewählten Arztes/Ärztin ab, verpflichtet zur Koordination ist er/sie nicht.

Der Gatekeeping-Effekt hat an sich bereits eine kostendämpfende Wirkung. Sehr einfache Telefonmodelle, bei denen Versicherte lediglich den Besuch einer ärztlichen Praxis telefonisch ankündigen müssen, können bereits tiefere Kosten aufweisen. Bei den «Listenmodellen» sind Hausärzte häufig die erste Anlaufstelle, und eine Behandlung bei ihnen ist meistens kostengünstiger als eine Behandlung in einer spezialisierten Praxis. Bei «Listenmodellen» wählen die Versicherer ausserdem die Leistungserbringer im Hinblick auf eine kostengünstige Versorgung aus, so dass auch aus dieser Auswahl eine kostendämpfende Wirkung resultiert.

Alle Versicherungsmodelle, für die ein Rabatt genehmigt wird, haben eine kostendämpfende Wirkung. Das gilt selbstverständlich auch für «Listenmodelle». Die Modell-Rabatte werden im Rahmen der Prämien genehmigung jährlich überprüft und basieren auf nachweisbaren Kostenunterschieden.

Das BAG schätzt, dass 2,5 bis 3 Mio. Versicherte ein Versicherungsmodell ohne Vertrag zwischen Leistungserbringer und Versicherer abgeschlossen haben. Es handelt sich damit um die am häufigsten abgeschlossene Versicherungsform und betrifft insbesondere die sogenannten «Hausarztmodelle».

4 Bedarf für ein opt-out

Die Versicherer stehen bei den Modellen im direkten Wettbewerb zueinander. Hauptziel der «Versicherungsmodelle» ist die Kosteneindämmung (RKUV 2003 KV 241 74 E. 2.1). Versicherer sollen Modelle entwickeln können, welche erlauben, die Kosten zu senken (vgl. Antwort des Bundesrats auf die Motion 14.3813). Zur Erreichung dieses Ziels wurde den Versicherern ein grosser Spielraum für die Ausgestaltung von besonderen Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers gelassen. Nicht zuletzt soll dies die Innovation fördern.

Die Opt-out Variante könnte den Zugang zur medizinischen Versorgung für Versicherte beeinträchtigen (insb. wenn in einer Region nur wenige Leistungserbringer tätig sind), weil Leistungserbringer im Rahmen besonderer Versicherungsformen exklusiv mit einer oder einzelnen Versicherer zusammenarbeiten könnten.

Für das Opt-out kommen alle Versicherungsmodelle ohne Vertrag zwischen Leistungserbringer und Versicherer in Frage. D.h. dass 2,5 bis 3 Millionen Versicherte oder ein Drittel aller Versicherten potentiell von einem Opt-out betroffen sein könnten. Sie können bisher – je nach

Ausgestaltung des Modells – entweder eine/n Grundversorger/in frei als Hausarzt oder Hausärztin wählen (unterschiedslos ob er selbständig eine Praxis betreibt, in einem Netzwerk zusammengeschlossen ist oder zu einem HMO gehört) oder jeweils bei Bedarf einen vom Versicherer (aufgrund Wirtschaftlichkeitskriterien) gelisteten Arzt oder Ärztin auswählen. Die Versicherten der ersten Variante müssen sich im Falle eines Opt-outs fortlaufend erkundigen, ob sich der von ihnen ausgewählte Hausarzt/Hausärztin von der Auswahl seines Versicherers hat streichen lassen. Bei der zweiten Variante würden nicht mehr nur Wirtschaftlichkeitsüberlegungen zur entsprechenden Ärzteliste führen, sondern (berechtigte oder allenfalls auch zufällige) Entscheidungen der Leistungserbringer.

Unter Umständen sind die betroffenen Versicherten gezwungen, zu einem Versicherer zu wechseln, welcher mit dem Leistungserbringer in der Region zusammenarbeitet oder sie müssen in die ordentliche Versicherung (Standardversicherung) wechseln und können nicht von günstigen Prämien profitieren.

Das Opt-out würde zudem eine neue Komponente im Bereich der Modelle erfordern. Die Leistungserbringer müssen als dritte Partei eingeflochten werden, wo bisher (im Rahmen des KVG) nur das Verhältnis zwischen Versicherten und Versicherern und die Kosteneinsparung eine Rolle spielte. Auch wenn noch nicht abschliessend geklärt, ist mit zusätzlichen administrativen Folgen zu rechnen. Mindestens ist davon auszugehen, dass die Versicherer ein entsprechendes internes Kontrollsystem (IKS) aufbauen müssten, damit allfällige Opt-outs korrekt erfasst und gegenüber den Versicherten kommuniziert werden. Die Aufsichtsbehörde würde zusätzliche Ressourcen benötigen, weil sie die korrekte Abwicklung eines Opt-outs beim Versicherer und die entsprechende Kommunikation zum Versicherten beurteilen und allfällige Anfragen oder Beschwerden von betroffenen Versicherten bearbeiten müsste. Seitens der kantonalen Aufsichtsbehörde über die Leistungserbringer müsste sichergestellt werden, dass das Opt-out korrekt und willkürfrei ausgeübt wird.

Es ist offen, ob das Opt-out Verbesserungen erzielen würde. Kosteneinsparungen und Qualitätsverbesserungen sind nicht erkennbar. Wenn Leistungserbringer sich von den Listen streichen lassen können, fallen damit für die Versicherten Wahlmöglichkeiten weg. Es ist unklar, welche Auswirkungen dies auf die Gesamtkosten hätte. Die Versicherten würden auf andere Möglichkeiten ausweichen, z. B. auf andere Modelle (z. B. Telefon-Modelle oder die ordentliche Versicherung) desselben Versicherers oder sie würden zu anderen Versicherern wechseln, bei denen der gewünschte Leistungserbringer auf der Liste steht. Wenn die Versicherten in die ordentliche Versicherung (Standardmodell) wechseln, fallen für sie die Maximalrabatte, die an die Prämien angerechnet werden weg und sie bezahlen eine höhere Prämie; und für die Krankenversicherung wären in diesem Fall auch höhere Kosten die Folge.

5 Fazit

Das BAG steht einer Ergänzung des Entwurfs mit einer gesetzlichen Grundlage für ein opt-out skeptisch gegenüber. Wie oben erwähnt hat der Gesetzgeber den Krankenversicherern bislang bewusst eine grosse Freiheit eingeräumt, wie sie die Versicherungsformen ausgestalten. Sie sollen frei von Einschränkungen innovative Modelle entwickeln können, welche erlauben, die Kosten zu senken. Dies geschieht im Moment auch so (jährlich neu entwickelte Versicherungsmodelle, die dem neusten Stand der technischen Entwicklung Rechnung tragen). Die Möglichkeit eines Opt-Outs hätte zur Folge, dass nicht mehr die Versicherer die wirtschaftlichsten Leistungserbringer mit einem entsprechenden Kostenspareffekt für ihre Modelle auswählen, sondern die Leistungserbringer sich einseitig von der Liste streichen könnten. Das schwächt auch die Rechte der Versicherten und kann zudem zu Unsicherheiten führen.