

Bericht des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) vom 11. Januar 2024 zuhanden der SGK-S

« Obligatorische Erstberatungsstelle »

1 Auftrag

Am 12. Oktober 2023 hat die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-S) im Rahmen der Beratung des Geschäfts «22.062n: KVG. Änderung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) die Verwaltung beauftragt, einen Bericht zur Einführung einer obligatorischen Erstberatungsstelle zu verfassen. Darin ist zu erläutern, weshalb dieser Ansatz in der Vernehmlassung negativ beurteilt wurde und wie der Vorschlag unter Berücksichtigung der eingegangenen Stellungnahmen verbessert werden könnte und ob allenfalls alternative Möglichkeiten denkbar wären.

2 Heutige Regelung

Die ordentliche Versicherung ist die obligatorische Krankenpflegeversicherung ohne besondere Versicherungsform (mit ordentlicher Franchise von 300 Franken, ohne Bonus-Versicherung und mit freier Wahl der Leistungserbringer). Das ergibt sich aus Artikel 62 KVG und der Auslegung der Artikel zu den besonderen Versicherungsformen, wo der Begriff «ordentliche Versicherung» mehrmals verwendet wird (Art. 93, 95-100 KVV). Die Versicherer können nach Artikel 62 KVG eine Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers anbieten. Der Versicherer kann den Versicherten dafür Prämienrabatte gewähren, die auf den tatsächlichen, durch die eingegangenen Einschränkungen erzielten Einsparungen beruhen.

Die eingesparten Kosten in Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer betragen durchschnittlich 14 Prozent im Vergleich zur Versicherung ohne diese Einschränkung. Die Kategorien Hausarzt-, HMO- sowie Telefonmodell unterscheiden sich bezüglich der durchschnittlichen erzielten Einsparungen nicht grundsätzlich.

3 Massnahme im Kostendämpfungspaket 2

3.1 Bericht Expertengruppe

Der Bericht der Expertengruppe zur Kostendämpfung vom 24. August 2017 forderte die Umsetzung der Massnahme «Verpflichtung zu Gatekeeping» (M27)». Die Versicherten sollen eine erste Anlaufstelle im Gesundheitswesen wählen müssen, die sie berät und entscheidet, ob eine weitere Untersuchung oder Behandlung notwendig ist. Sie kann die weitere Patientenversorgung einleiten und allenfalls auch koordinieren. Damit sollen unnötige Leistungen vermieden werden.

3.2 Vorentwurf des Bundesrates

Der Bundesrat hat am 19. August 2020 die Vernehmlassung zur Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) eröffnet. Darin enthalten war auch der Vorschlag, dass alle Versicherten eine Erstberatungsstelle wählen müssen, an die sie sich bei gesundheitlichen Beschwerden zuerst wenden müssen. Die Erstberatungsstelle hätte geprüft, ob die versicherte Person eine Untersuchung oder Behandlung benötigt. Wenn ja, hätte sie die versicherte Person behandeln oder an einen anderen Leistungserbringer überweisen können. Der Versicherer hätte grundsätzlich nur noch Leistungen vergüten müssen, welche die Erstberatungsstelle erbracht

hat oder für welche eine Überweisung von ihr vorliegt. Auch Fachärztinnen und Fachärzte hätten als Erstberatungsstelle gewählt werden können.

Die Vorlage sah zudem vor, dass der Bundesrat Ausnahmen hätte vorsehen können, insbesondere für Notfälle und für den Zugang zu gewissen Fachärztinnen und Fachärzten. So hätte vorgesehen werden können, dass die Versicherten beispielsweise eine Fachärztin oder einen Facharzt für Ophthalmologie oder für Gynäkologie und Geburtshilfe direkt aufsuchen können.

Des Weiteren war vorgesehen, dass die Leistungserbringer, die als Erstberatungsstelle infrage gekommen wären, dem Kanton mitgeteilt hätten, dass sie diese Funktion übernehmen wollen. Gestützt auf diese Mitteilung hätte der Kanton geprüft, ob die Voraussetzungen erfüllt sind und die Aufnahme in seine Liste verfügt und veröffentlicht.

Die Versicherten wären verpflichtet gewesen, alle Erstberatungsstellen, die auf der Liste eines Kantons aufgeführt sind, als solche anzuerkennen und dem Leistungserbringer für jede versicherte Person, für die er die Funktion der Erstberatungsstelle ausübt, eine jährliche Pauschale zu vergüten. Dies unabhängig davon, ob und wie häufig die versicherte Person sich an ihn wendet. Der Bundesrat hätte geregelt, welche Leistungen mit der Pauschale beglichen würden. Zudem hätte er die Höhe der Pauschale auf Antrag der Tarifpartner festgelegt.

3.3 Vernehmlassungsergebnisse

Die Vernehmlassung fand vom 19. August 2020 bis 19. November 2020 statt. Es haben sich insgesamt 301 Vernehmlassungsteilnehmende geäußert. Die Verpflichtung zu einer Erstberatungsstelle wurde von einer deutlichen Mehrheit klar abgelehnt.

Die Vernehmlassungsteilnehmenden anerkannten die Bemühungen, durch Förderung der gezielten Leistungssteuerung Gesundheitskosten dort einzusparen, wo unnötige Leistungen oder Doppelspurigkeiten vermieden werden können. Die Einführung einer Erstberatungsstelle berge jedoch die Gefahr einer Benachteiligung chronisch kranker, multimorbider oder älterer Personen durch die Leistungserbringer, weil die Erstberatungsfunktion mit einer Pauschale vergütet werden soll. Die Massnahme wurde auch mit dem Argument abgelehnt, dass sie in die Wahlfreiheit der Versicherten eingreife. Zudem respektiere sie den Willen des Volkes nicht, das die Managed-Care-Vorlage am 17. Juni 2012 abgelehnt hat.¹ Besser sei die Förderung von griffigen, besonderen Versicherungsformen. Die hohe Akzeptanz besonderer Versicherungsformen zeige auf, dass die Idee einer Erstberatung bereits auf freiwilliger Basis funktioniere und kein Zwang nötig sei.² Ebenso kritisiert wurde die Mehrbelastung für die Kantone. Diese müsse tragbar bleiben.

Der Ergebnisbericht sowie sämtliche Stellungnahmen sind unter Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) einsehbar: [Abgeschlossene Vernehmlassungen - 2020 \(admin.ch\)](#)

¹ Mit der 3. KVG-Revision hätten die Managed-Care-Modelle gefördert werden sollen, vorab in Form von integrierten Versorgungsnetzen mit Budgetverantwortung, das heisst mittels Zusammenschlüsse medizinischer Fachpersonen, welche es erlaubten, den Versicherten eine umfassende und über die gesamte Behandlungskette koordinierte Betreuung und Behandlung anzubieten. Die beteiligten Leistungserbringenden dieses integrierten Versorgungsnetzes hätten mit einem oder mehreren Versicherern einen Vertrag ausgehandelt. Eigene Versorgungsnetze der Krankenversicherer wären nicht mehr zulässig gewesen. Diese Revision wurde am 17. Juni 2012 abgelehnt (BB1 2012 7685; vgl. GEBHARD EUGSTER, Besondere Versicherungsformen, a.a.O., Rz. 1427).

² Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2).

3.4 Richtungsentscheid im Nachgang zur Vernehmlassung

Aufgrund der Eingaben in der Vernehmlassung hat der Bundesrat in der Folge auf die Einführung einer Erstberatungsstelle verzichtet.

4 Mögliche Alternativen zu einer obligatorischen Erstberatungsstelle

Das Hauptziel der «gescheiterten» Erstberatung Gesundheit war es, versicherte Personen in Versicherungen ohne eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer besser zu lenken und dadurch Kosten zu sparen. Betroffen sind 22,9 % aller Versicherten (Zahl aus dem Jahr 2022). Wie eine differenzierte Betrachtung zeigt, sind alternative Versicherungsmodelle (AVM) genau bei den Personen, deren Gesundheitszustand potenziell hohe Kosten und einen hohen Koordinationsbedarf zwischen den Leistungserbringern verursacht, weniger verbreitet resp. stossen offenbar an Grenzen bezüglich Akzeptanz, wobei die genauen Gründe für die tiefere Zustimmung bislang in keiner Studie untersucht worden sind. Analysen von Aufsichtsdaten³ zeigen: Je älter eine Person ist, desto weniger ist sie in einem AVM versichert (nur ca. 60% der über 65Jährigen gegenüber 77% aller Versicherten). Versicherte mit hohen Kosten sind weniger häufig in einem AVM versichert. Versicherte, die bestimmte Medikamente beziehen (mit einem pharmazeutischen Kostengruppen- Flag (PCG-Flag)), wählen rund halb so oft ein AVM (unabhängig von den Kosten). Und Versicherte mit einem Spitalaufenthalt im Vorjahr entscheiden sich rund halb so oft für ein AVM wie die Vergleichsgruppe.

Aus Sicht der Verwaltung sind folgende Alternativen zur obligatorischen Erstberatung möglich:

Alternative 1: Jeder Versicherer muss ein Beratungstelefon anbieten

Viele mittelgrosse und grosse Versicherer bieten bereits heute telefonische Beratungsdienste an. Sie arbeiten mit externen Partnern zusammen, die solche medizinischen Beratungsdienste anbieten. Die Kosten für diese Dienste werden in der Regel über die allgemeinen Verwaltungskosten abgerechnet.

Neu würde dieser Beratungsdienst gesetzlich geregelt und alle Versicherer müssten einen solchen Dienst anbieten.

Vorteil: Alle Versicherten, die keine Hausarzt oder keine Hausärztin haben, haben die Möglichkeit, sich im Falle eines neu auftretenden gesundheitlichen Problems medizinisch beraten zu lassen. Damit könnten nicht nur unnötige Arztkonsultationen, sondern auch unnötige Besuche von Notfallstationen vermieden werden.

Nachteil: Es besteht keine Verpflichtung der Versicherten, sich telefonisch beraten zu lassen. Eine Verpflichtung, dass alle Versicherer so einen Dienst anbieten müssten, könnte heikel sein, weil nicht die Versicherer selbst den Dienst anbieten, sondern diesen extern einkaufen müssen. Damit würden die externen Anbieter eine grosse Marktmacht erreichen. Wenn die Versicherer keinen Anbieter finden würden, müssten sie selber eine entsprechende Dienstleistung und die dazugehörige Infrastruktur aufbauen. Dies würde bei den Versicherern zu einem grossen Mehraufwand führen, weil die medizinische Beratung nicht zu den Aufgaben der Versicherer gehört.

Alternative 2: Jeder Versicherer muss ein sogenanntes «Telmed-Modell» anbieten

Den Versicherern ist gemäss geltendem Recht freigestellt, ob sie ihren Versicherten Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer anbieten. Auch in deren Ausgestaltung sind sie weitgehend frei. Sie bieten aber bereits heute eine Vielzahl von unterschiedlichen

³ Individualdatenerhebung (EFIND; Daten für 2022)

Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer (Hausarztmodell, HMO-Modell, u.a.) an. Eine Vielzahl von ihnen bieten auch sogenannte telemedizinische Modelle an. Der Erstkontakt erfolgt dabei via Telefon oder App. Das genaue Vorgehen, welche die Versicherten in diesen Modellen einhalten müssen, ist in den jeweiligen allgemeinen Versicherungsbedingungen bzw. besonderen Zusatzbestimmungen enthalten.

Künftig sollen alle Versicherer ein telemedizinisches Modell anbieten müssen. Damit werden die Krankenversicherer angehalten, sich dem Wettbewerb zu stellen und der fortschreitenden Digitalisierung Rechnung zu tragen. Die Versicherten erhalten ihrerseits die Möglichkeit, bei ihrem angestammten Versicherer zu bleiben und trotzdem ein Modell mit Telefon- oder digitaler Beratung zu wählen. Modelle mit freier Arztwahl könnten weiterhin angeboten und von den versicherten Personen gewählt werden.

Vorteil: Alle Versicherten haben die Möglichkeit ein Telmed-Modell zu wählen und wären in diesem Falle verpflichtet, sich bei einem neu auftretenden gesundheitlichen Problem vor einem Arztbesuch telefonisch beraten zu lassen.

Nachteil: Weitgehende Vorgabe für kleine Versicherer, die heute keine Versicherungen mit eingeschränkter Wahl anbieten wollen. Es ist zudem unwahrscheinlich, dass Versicherte mit freier Arztwahl in ein telemedizinisches Versicherungsmodell wechseln, da diese bereits heute grossmehrheitlich durch die Versicherer angeboten werden. Man müsste in der Verordnung definieren, welche alternativen Versicherungsmodelle als telemedizinisches Versicherungsmodell anerkannt werden. Dies schränkt die Gestaltungsfreiheit der Versicherer ein, wie sie ihre alternativen Versicherungsmodelle ausgestalten. Es bleibt offen, ob damit für alle Versicherten ein genügend grosser Anreiz besteht, auf ein Versicherungsmodell mit freier Arztwahl zu verzichten.

Alternative 3: Vereinfachte Regelung der Erstberatungsstellen

Der Vorschlag aus dem Vorentwurf des Bundesrates vom 19. August 2020 könnte in einer vereinfachten Fassung wieder aufgenommen werden. Dabei könnten insbesondere folgende Vereinfachungen vorgenommen werden:

- Die Versicherten müssen sich nicht vor dem Auftreten gesundheitlicher Beschwerden für eine Erstberatungsstelle entscheiden, sondern können bei einem neu aufgetretenen gesundheitlichen Problem unter den vom zuständigen Kanton als Erstberatungsstellen bezeichneten Leistungserbringern auswählen (bezüglich möglicher Leistungserbringer, die als Erstberatungsstelle bezeichnet werden können, könnte auf die Liste in Art. 40a E-KVG des Vorentwurfs vom 19. August 2020 zurückgegriffen werden). Sie müssten jedoch in diesen Fällen weiterhin in jedem Falle eine Erstberatungsstelle aufsuchen.
- Diese Regelung würde explizit nur für neu auftretende Gesundheitsprobleme gelten, d.h. Versicherte mit einer chronischen Erkrankung hätten weiterhin direkten Zugang zu Fachärztinnen und Fachärzten.

Vorteil: alle Versicherten, sind verpflichtet, sich bei einem neu auftretenden gesundheitlichen Problem an einen als Erstberatungsstelle bezeichneten Leistungserbringer zu wenden. Damit können unnötige Konsultationen bei Fachärztinnen und Fachärzten reduziert werden.

Nachteil: In der Praxis dürfte die Abgrenzung zwischen einem «neu auftretenden gesundheitlichen Problem» und einer «Verschlechterung einer chronischen Erkrankung» schwierig werden. Es besteht in der Folge ein Risiko, dass die neue Regelung zu vermehrter Administration bei den Leistungserbringern und auch zu einem erhöhten Aufwand für die Leistungsprüfung bzw. Rechnungskontrolle durch die Versicherer führt, da bei jeder fachärztlichen Konsultation

geprüft werden müsste, ob vorgängig eine Erstberatungsstelle aufgesucht wurde bzw. ob es sich um eine Konsultation im Rahmen eines andauernden Gesundheitsproblems handelt. Zudem bedingt diese Regelung, dass das elektronische Patientendossier flächendeckend eingeführt ist, nur so stehen bei einem Wechsel der Erstberatungsstelle durch eine versicherte Person alle notwendigen medizinischen Informationen zur Verfügung. Des Weiteren wäre zu prüfen, welche Sanktionen zu ergreifen wären, wenn sich eine versicherte Person nicht an die Vorgaben hält.

Alternative 4: Managed Care light

Alternativ könnte – ähnlich der im Jahre 2011 vom Parlament gutgeheissenen Änderung des KVG – auch eine Differenzierung bei der Kostenbeteiligung eingeführt werden.

Für die Basisversicherung mit freier Wahl aller Leistungserbringer würde weiterhin ein Selbstbehalt von 10% mit einem Maximalbetrag von 700 Franken festgesetzt. Entscheiden sich die Versicherten aber für ein Versicherungsmodell mit einem integrierten Versorgungsnetz würde der jährliche Selbstbehalt 8% bei einem Maximalbetrag von 500 Franken betragen. Das würde einen Anreiz schaffen, sich für ein entsprechendes Versicherungsmodell zu entscheiden.

Das integrierte Versorgungsnetz würde auch hier als Zusammenschluss von medizinischen und therapeutischen Leistungserbringern, die den Versicherten eine umfassende und über die gesamte Behandlungskette koordinierte Betreuung und Behandlung anbieten, definiert. Das integrierte Versorgungsnetz handelt mit einem oder mehreren Versicherern einen Vertrag aus. Darin vereinbaren die Partner im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben insbesondere die Form der Zusammenarbeit, Kriterien und Art der Qualitätssicherung, des Datenaustauschs und die Abgeltung der Leistungen. Im Unterschied zu den Netzwerken zur koordinierten Versorgung (vgl. Bericht «Klärung der Begriffe koordinierte Versorgungsnetze und integrierte Versorgungsnetze»⁴) würde es sich bei den integrierten Versorgungsnetzen nicht um einen neuen Leistungserbringer handeln, sondern um einen vertraglichen Zusammenschluss zugelassener Leistungserbringer, welcher als solches keine zusätzliche kantonale Zulassung benötigen würde. Auch der bei den Netzwerken zur koordinierten Versorgung vorgesehene Vertragszwang würde in diesem Falle wegfallen. Schwer voraussehbar sind die Auswirkungen auf die Prämien solcher alternativer Versicherungsmodelle: Sinkt die Kostenbeteiligung, ist nicht sicher, in welche Richtung sich der Prämienrabatt infolge nachweislich eingesparter Kosten entwickelt. Ist die Kosteneinsparung dank der verbesserten Koordination grösser als die Reduktion des Selbstbehalts, steigt der Rabatt. Ist sie tiefer, sinkt der Rabatt und damit der finanzielle Anreiz für die Versicherten, ein solches Modell zu wählen.

Vorteil: Damit würde den Versicherern (und den Leistungserbringern) – wie von ihnen im Rahmen des runden Tisches zu den Netzwerken zur koordinierten Versorgung gefordert – eine wichtige Rolle in der Gestaltung der koordinierten Versorgung zukommen.

Nachteil: Die Leistungserbringer haben dabei eine Budgetmitverantwortung zu tragen, welche ihr finanzielles Risiko erhöht. Die Kantone hätten im Bereich der koordinierten Versorgung wenig Möglichkeiten, auf die koordinierte Versorgung Einfluss zu nehmen. So wird es grundsätzlich dem Markt überlassen, ob und gegebenenfalls wie sich Leistungserbringer zusammenschliessen. Deshalb ist es offen, ob für alle Versicherten in ihrem Kanton solche integrierten Versorgungsnetzwerke zur Verfügung stehen werden. Weiter müsste auf Verordnungsstufe noch definiert werden, welche Arten von Zusammenschlüssen als integrierte Versorgungsnetzwerke gelten sollen. Dies schränkt zum einen die Gestaltungsfreiheit der Versicherer ein und führt zum anderen zu einem erhöhten Kontrollaufwand der Aufsicht durch die Kantone.

⁴ Vgl. Bericht des Bundesamtes für Gesundheit vom 11. Januar 2024 zuhanden der SGK-S «Klärung der Begriffe koordinierte Versorgungsnetze und integrierte Versorgungsnetze»