

Bundesrat Didier Burkhalter

«30 Jahre Managed Care – erfolgte und erfolgreiche Integration»

Bundesrat Didier Burkhalter, prominentester Redner am diesjährigen Symposium, liess keinen Zweifel offen, was er von Managed Care bzw. Integrierter Versorgung hält: viel, sehr viel sogar. Das Modell ist seiner Ansicht nach ein «Positiv-Summenspiel» für alle Beteiligten. Deshalb hofft er, dass bis 2015 drei von fünf Versicherten einem integrierten Versorgungsnetz angeschlossen sind. Und dass der Titel eines künftigen Symposiums lautet: «30 Jahre Managed Care – erfolgte und erfolgreiche Integration». Wir geben hier die Rede von Gesundheitsminister Didier Burkhalter im Wortlaut wieder.

Es freut mich ausserordentlich, dass ich anlässlich Ihres heutigen Symposiums bei Ihnen bin und einige Worte an Sie richten kann. Viele unter Ihnen waren massgeblich an der Entwicklung der Managed-Care-Modelle in der Schweiz beteiligt. Sie, meine Damen und Herren, gehören zu den Pionieren des Managed-Care-Gedankens in der Schweiz.

Ohne Ihr Engagement und Ihre Hartnäckigkeit wären wir heute nicht hier und es gäbe kein Symposium unter dem Motto «20 Jahre Managed Care – Integration jetzt erst recht».

Was wurde in den letzten zwanzig Jahren in Bezug auf die Entwicklung von Managed Care erreicht? 2010 sind rund 900 000 Versicherte in einem der schweizweit 88 Ärztenetzwerken versichert. Das ist in etwa jeder neunte bis achte Versicherte. Fast 50 Prozent der Grundversorger sind in einem Ärztenetzwerk zusammengeschlossen und drei Viertel hiervon mit Budgetmitverantwortung.

20 Jahre Managed Care in der Schweiz

Seit den ersten experimentellen Anfängen mit Managed-Care-Modellen in den frühen neunziger Jahren hat sich also einiges getan. Die Zahlen zeigen, dass sich das Modell der Integrierten Versorgung in der schweizerischen Gesundheitsversorgung bewährt hat.

Welche eindruckliche Entwicklung die Integrierte Versorgung in den letzten Jahren durchgemacht hat, illustriert auch Ihr äusserst umfangreiches und facettenreiches Symposiumsprogramm, das nicht weniger als acht Workshops sowie 27 Projektpräsentationen umfasst. Ihr Symposium ist in diesem Sinne ein «Integriertes Symposium».

Managed Care ist heute ein wichtiger und unverzichtbarer Bestandteil der schweizerischen Gesundheitsversorgung. Das ist mitunter Ihr Verdienst. Sie sind die Pioniere des Gedankens, dass Qualität und Effizienz keine Gegensätze sind. Dass sich die Qualität und die Effizienz der Ge-



sundheitsversorgung gleichzeitig steigern lassen durch Zusammenarbeit und Steuerung der Patientenprozesse. Für diese Pionierarbeit und Innovationsleistung gebührt Ihnen meine uneingeschränkte Anerkennung.

Politisches Signal für die Integrierte Versorgung

Bemerkenswert ist auch, dass sich das Modell der Integrierten Versorgung bisher ohne gesetzliche Förderung entwickelt hat. Braucht es angesichts dieser Tatsache denn überhaupt staatliche Interventionen und gesetzliche Anreize zur Förderung der Integrierten Versorgung?

Das Modell der Integrierten Versorgung hat sich in den letzten Jahren zwar erfreulich entwickelt. Aber eben nicht genug! Um das Modell für eine grössere Anzahl Versicherte und insbesondere für chronisch Kranke attraktiv zu machen, ist deshalb die Überarbeitung der gesetzlichen Grundlagen unabdingbar – es braucht einen klaren gesetzlichen Rahmen für die Förderung des Modells.

Zu diesem Schluss ist der Bundesrat bereits 2004 gelangt, als er seine Managed Care Botschaft verabschiedet hat.

Der Nationalrat hat gestern die Vorlage beraten und ist im Wesentlichen dem Bundesrat und der grossen Mehrheit der vorberatenden Kommission gefolgt.

Die Grosse Kammer hat damit ein klares politisches Signal zugunsten der Integrierten Versorgung gesetzt. Es ist auch ein Zeichen für einen Kultur- und Wertewandel, für den das Managed-Care-Konzept steht. Ein Wandel von einer Kultur des Einzelkämpfers hin zu einer Kultur der Zusammenarbeit im Team. Und es ist ein Wandel von einer sektoriellen Sichtweise zu einer Gesamtsicht.

Dieser Aspekt der Werte, für die Integrierte Versorgung steht, wird in der politischen Debatte zu Unrecht vernachlässigt. Meines Erachtens ist dieser Aspekt von grosser Wichtigkeit. Denn was wir in den oft sehr technisch geführten Diskussionen vergessen, ist die Tatsache, dass es um Menschen geht. Zum einen um die Patienten, und zum anderen um all die Menschen, die im Gesundheitswesen arbeiten, 365 Tage im Jahr und 24 Stunden am Tag. Und dies mit viel Herz und ohne viele Worte zu verlieren. Die Gesundheitspolitik ist eigentlich wie ein Spital: Es gibt viele Berufe, viele Meinungen und ein gemeinsames Ziel: die Menschen möglichst gut zu pflegen und möglichst viele Menschenleben retten.

Inkraftsetzung am 1. Januar 2012 als Ziel

Es gibt in der Vorlage noch einige Knackpunkte, die auch im Ständerat für Gesprächsstoff sorgen werden und die es zu lösen gilt. Ich denke hier etwa an die Frage, wie hoch der Selbstbehalt in und ausserhalb von Managed-Care-Modellen sein soll. Umstritten ist auch die Frage, ob die Versicherer gesetzlich verpflichtet werden sollen, Managed-Care-Angebote anzubieten.

In den letzten Wochen wurde zudem Kritik laut, dass die Vorlage die freie Arztwahl unverhältnismässig einschränke und die Gefahr bestehe, dass die Gesetzesvorlage die Integrierte Versorgung zu einer «Billigmedizin» verkommen lasse.

Es gibt noch einige Überzeugungsarbeit zu leisten, um die Skeptiker zu überzeugen und das vorhandene Misstrauen abzubauen und Vertrauen aufzubauen. In diesem Bereich können Sie als Pioniere und Spezialisten des Managed Care mit Ihrem Wissen und Ihren Erfahrungen einen wertvollen Beitrag leisten.

Es gibt, wie Sie sehen, also noch einige Klippen in diesem Dossier zu umschiffen. Ich bin aber zuversichtlich, dass die Vorlage zügig fertigberaten und -bereinigt werden kann. Ziel ist es, die Vorlage auf den 1. Januar 2012 in Kraft zu setzen.

Was mich zuversichtlich stimmt, ist zum einen, dass das Grundanliegen der Vorlage, die Förderung der Integrierten Versorgung, auf breite politische Unterstützung stösst. Zum anderen ist meines Erachtens die Einsicht

der Akteure im Gesundheitswesen gewachsen, dass das Gesundheitssystem reformiert werden muss und der Status Quo in der Gesundheitspolitik nicht länger haltbar ist.

Gesundheitspolitische Strategie

Die Managed-Care-Vorlage ist ein wichtiges, aber nicht das einzige Element der gesundheitspolitischen Reformstrategie. Weitere Elemente dieser Strategie sind:

- Erstens die bereits verabschiedete Spitalfinanzierung, die 2012 in Kraft treten wird. Die einheitliche Finanzierung der ambulanten und stationären Pflege ist dabei von grosser Wichtigkeit. Denn ohne eine solche wird es nicht möglich sein, die notwendige Kostentransparenz im Gesundheitswesen herzustellen.
- Zweitens die Klärung der Verantwortlichkeiten zwischen Bund und Kantonen im Rahmen eines zu vertiefenden Dialogs der nationalen Gesundheitspolitik zwischen Bund und Kantonen mit punktuellm Zuzug weiterer Akteure.
- Drittens besteht im Bereich der Prävention strategischer Handlungsbedarf. Mit Blick auf die Kosten von chronischen Krankheiten wie Diabetes, Osteoporose, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Demenzerkrankungen und angesichts der stetig steigenden Lebenserwartung müssen wir gezielter als bisher in die Prävention investieren, damit wir es uns als Gesellschaft morgen überhaupt noch leisten können, krank zu sein. Dem Zweck, die Mittel der Prävention besser zu koordinieren und effizienter einzusetzen, dient das Präventionsgesetz, das sich derzeit in der parlamentarischen Behandlung befindet.

Das gemeinsame Ziel dieser Reformbestrebungen ist es, die Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz zu ver-

Es gibt noch Überzeugungsarbeit zu leisten,
um die Skeptiker zu überzeugen
und das vorhandene Misstrauen abzubauen.

bessern. Die Menschen sollen möglichst gesund sein und dies möglichst lange. Und wenn sie verunfallen oder erkranken, müssen wir sie noch besser pflegen.

Dies kann nur erreicht werden, wenn die Qualität und die Effizienz des Gesundheitssystems erhöht werden. Damit das gelingt, müssen die vorhandenen Verbesserungspotentiale konsequent ausgeschöpft werden.

Solche Potentiale sind vorhanden, wie mehrere Untersuchungen bestätigen. So kommt etwa die in Fachkreisen viel zitierte OECD-Studie über das Gesundheitswesen der Schweiz von 2006 zum eindeutigen Schluss, dass dieselbe

Qualität deutlich kostengünstiger zu haben wäre, wenn vorhandene Verbesserungspotentiale genutzt würden.

Unausgeschöpftes Potential bei chronisch Kranken

Ein zentraler Vorteil der Integrierten Versorgung ist, dass dieses Versorgungsmodell Qualitätssteigerung mit Kosteneffizienz verbindet. Es leuchtet ein, dass eine koordinierte Behandlung sowohl in Bezug auf den effizienten Mitteleinsatz als auch in Bezug auf die Qualität Vorteile hat gegenüber einem Puzzle von isolierten und unkoordinierten Einzelmassnahmen.



Bis vor einigen Jahren standen die finanziellen Vorteile für die Versicherten im Vordergrund der Diskussion über Managed-Care-Modelle. Entsprechend konzentrierte sich die Diskussion einseitig auf den Kostenaspekt. Dass die Qualitätssicherung in Managed-Care-Organisationen seit jeher einen hohen Stellenwert hat, rückte erst nach und nach ins Bewusstsein und noch später ins Bewusstsein der politischen Entscheidungsträger.

Bisher sind Managed-Care-Modelle vor allem für gesunde Personen attraktiv, weil die tieferen Kosten in der Form von Prämienermässigungen an die Versicherten weitergegeben werden. Ein bisher noch unausgeschöpftes Potential besteht aber bei chronisch Kranken. Eine Stärke des Modells der Integrierten Versorgung liegt aber genau hier, in der Behandlung und Pflege von chronisch kranken Menschen.

Damit die Netze dieses Potential ausschöpfen können, müssen sie sich vertikal vernetzen. Denn es liegt auf der Hand, dass ein fragmentiertes System, in welchem Grundversorger und Spezialisten getrennt arbeiten,

schlecht geeignet ist, mit chronisch kranken Patienten umzugehen. Diese vertikale Vernetzung zwischen Apothekern, Grundversorgern, Spezialisten und Spitälern muss nun vorangetrieben werden.

In den letzten Jahren haben Ärztenetzwerke durch horizontale Vernetzung die Qualität der Grundversorgung verbessert. Nun gilt es diesen Effort zu wiederholen und das brachliegende Potential bei der vertikalen Vernetzung zu nutzen. In diesem Zusammenhang ist der klare Entscheid des Nationalrats von Bedeutung, den Risikoausgleich per 1. Januar 2012 mit einem zusätzlichen Morbiditätsfaktor zu verfeinern. Ein gut funktionierender Risikogausgleich ist eine zentrale Voraussetzung, damit das Modell der Integrierten Versorgung seine Stärken in Bezug auf Qualität und Effizienz ausspielen kann.

Die weitere Verfeinerung des Risikoausgleichs hat zum Ziel, die Jagd nach den sogenannten guten Risiken für die Versicherer weniger attraktiv zu machen. Im Gegenzug wird es attraktiv, innovative Programme für chronisch Kranke anzubieten. Ich bin zuversichtlich, dass die Versicherer das Potential in diesem Bereich erkennen, das von Experten sowohl in Bezug auf die Qualitätssteigerung als auch in Bezug auf die Kosteneffizienz stets moniert wird.

Chronische Krankheiten wie Diabetes, Osteoporose, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Depressionen sind – wie bereits erwähnt – eine grosse gesellschaftliche und gesundheitspolitische Herausforderung. Diese chronischen Krankheiten betreffen zwar nur 10 bis 20 Prozent der Kranken, verursachen aber 70 Prozent der Kosten. Spezifische Programme für solche chronischen Krankheiten sind dementsprechend notwendig, aber auch erfolgversprechend. Kontrollierte Behandlungspfade und das Vermeiden von Doppelspurigkeiten stiften bei chronisch Kranken den grössten Nutzen in Bezug auf Qualität und Effizienz.

Klare Spielregeln, aber keine Zwangsjacke

In der laufenden KVG-Teilrevision werden wichtige Eckwerte definiert, die dem Modell der Integrierten Versorgung erlauben sollen, seine Stärken zum tragen zu bringen. Der Nationalrat hat hierbei eine gute Balance gefunden zwischen Regulierung und Wettbewerb sowie zwischen Rechten und Pflichten der Akteure.

So definiert der Gesetzesentwurf klar, was unter einer Integrierten Versorgung zu verstehen ist. Erstens wird festgehalten, dass der Behandlungsprozess des Versicherten über die ganze Behandlungskette hinweg gesteuert wird. Andere Versicherungsmodelle wie Listenmodelle oder reine telefonische Beratungsdienste sind zwar weiterhin möglich. Sie gelten aber nicht als Managed-Care-Modelle im Sinne des Gesetzes. Telemedizinische

Angebote können aber durchaus Teil eines integrierten Versorgungsnetzes sein, sofern sie die gesetzlichen Rahmenbedingungen erfüllen.

Zweitens wird postuliert, dass der Datenaustausch, die Qualitätssicherung und die Vergütung der Leistungen vertraglich zwischen Versicherer und dem Versorgungsnetz zu regeln sind.

Drittens wird die Budgetmitverantwortung der Netzwerke gesetzlich verankert. Im Gegenzug postuliert der Entwurf – viertens – die Verpflichtung der Versicherer,

**Es wäre falsch, wenn die Politik
eine zu enge und detaillierte Reglementierung
vorgeben würde.**

Managed-Care-Modelle anzubieten. Dies ist gemäss Ansicht des Bundesrates notwendig, um einen Paradigmenwechsel in Richtung der Integrierten Versorgung zu erreichen. Die Grosse Kammer ist dieser Sichtweise gestern mehrheitlich gefolgt.

Die beschriebenen Eckwerte bilden den Rahmen, der von den Gesundheitsakteuren eingehalten werden muss. Innerhalb dieses Rahmens sind die Akteure aber frei. Das Gesetz definiert Spielregeln, zwingt die Akteure aber nicht in eine Zwangsjacke, sondern lässt allen Beteiligten genügend Raum für innovative Lösungen. Mit Rücksicht auf Patientenbedürfnisse, bestehende Strukturen und regionale Unterschiede hat der Nationalrat beispielsweise bewusst darauf verzichtet, detaillierte Vorgaben für die Ausgestaltung der Netzwerke im Gesetz zu verankern.

Diese Beschränkung der Gesetzgebung auf Grundsätze scheint mir für die Weiterentwicklung der Integrierten Versorgung von grosser Bedeutung zu sein. Ein Blick zurück in die Vergangenheit und auf die bisherige Entwicklung der Managed-Care-Modelle verdeutlicht dies. Die Ärztenetze konnten sich vor allem deshalb entwickeln, weil das damalige Krankenversicherungsgesetz dies zulies.

Die derzeitige Gesetzesrevision belässt den Akteuren richtigerweise genügend Spielraum, der für die Entstehung innovativer Lösungen notwendig ist. Den Akteuren in der Gesundheitspolitik wird damit auch Vertrauen geschenkt und Verantwortung übergeben.

Ich bin überzeugt, dass dies der richtige Weg ist und die verschiedenen Akteure den ihnen zur Verfügung gestellten Spielraum vertrauensvoll nutzen werden. Es wäre dementsprechend falsch, wenn die Politik eine zu enge und detaillierte Reglementierung vorgeben würde. Dies würde die Gefahr in sich bergen, Innovationen zu behindern oder gar zu verunmöglichen.

Managed Care:

Ein Positiv-Summenspiel für alle Beteiligten

Ich muss wohl kaum jemanden unter den Anwesenden von den Vorzügen des Modells der Integrierten Versorgung überzeugen. Umgekehrt müssen Sie mich auch nicht von den Qualitäten des Managed-Care-Modells überzeugen! Vor einigen Wochen habe ich ein Ärztenetzwerk in Bern besucht, um mich aus erster Hand über die Praxis der Integrierten Versorgung informieren zu lassen. Dieser Besuch hat mich in meiner Überzeugung bestärkt, dass die Integrierte Versorgung ein Therapiekonzept mit Zukunft ist; vielleicht das einzige, das Qualität und Wirtschaftlichkeit so gut vereint.

Das Managed-Care-Modell ist meines Erachtens ein Positiv-Summenspiel für alle Beteiligten, für Patienten, für Ärzte und für die Versicherer. Die Patienten werden besser gepflegt, weil Doppelspurigkeiten und Behandlungsfehler dank kohärenten und kontrollierten Behandlungspfaden vermieden werden.

Die Qualität wird gesteigert, wenn die Leistungserbringer miteinander statt nebeneinander arbeiten. Die Patienten können zudem auf das Know-how eines ganzen Netz-



werkes zurückgreifen und müssen sich nicht alleine durch den Dschungel von unübersichtlichen Gesundheitsangeboten kämpfen.

Auch für die Leistungserbringer ist die gegenseitige Vernetzung meines Erachtens gewinnbringend. Sie haben die Gesamtsicht über die Behandlungskette, eine Sichtweise, die mit der zunehmenden Spezialisierung der ärztlichen Tätigkeit zum Teil verlorengegangen ist. Gruppenpraxen

und Versorgungsnetze lassen des Weiteren flexiblere Arbeitszeitmodelle zu als die traditionelle Einzelpraxis. Teilzeitstellen sind möglich, Stellvertretungen und Notfalldienste lassen sich leichter regeln. Die Zusammenarbeit der Ärztinnen und Ärzte in Ärztenetzwerken fördert zudem die Teamarbeit.

Diese Arbeitsformen entsprechen auch dem Berufsbild eines überwiegenden Teils der jungen Ärztinnen und Ärzte. Damit steigt die Attraktivität der ärztlichen Tätigkeit, was im Hinblick auf die künftige Versorgung von grösster Wichtigkeit ist. Im Rahmen von integrierten Versorgungsnetzen bietet sich schliesslich auch den Hausärzten als erste Ansprechperson der Versicherten die Chance, ihren Berufsstand neu zu positionieren und aufzuwerten. Das Managed-Care-Modell ist für die Hausärzte eine Zukunftschance.

Schliesslich bietet das Managed-Care-Modell auch für die Versicherten neue Chancen. Diese können und sollen sich auf einen Qualitätswettbewerb konzentrieren, statt wie bisher eine volkswirtschaftlich sinnlose Risikoselektion zu betreiben. Die frei werdenden Energien können in die Entwicklung von innovativen Angeboten investiert werden. Beispielsweise, indem Programme für bestimmte Patientengruppen wie Diabetiker konzipiert und angeboten werden.

Qualität im Zentrum

Die Integrierte Versorgung sah sich von Anfang an dem Vorwurf der «Billigmedizin» oder der «Kassenmedizin» ausgesetzt. Dieser Vorwurf ist nie ganz verstummt und

Das Managed-Care-Modell beweist,
dass es möglich ist, Qualität und Effizienz
gleichzeitig zu steigern.

ertönt nun auch im Rahmen der Debatte um die Managed-Care-Vorlage. Dabei wird implizit oder explizit unterstellt, dass im Rahmen der Integrierten Versorgung Abstriche bei der Qualität gemacht werden, um Kosten zu sparen.

Die Arbeit, die tagtäglich in den Ärztenetzwerken geleistet wird, sowie die Zufriedenheit der Patienten mit diesen Leistungen beweisen aber, dass ein effizienter Einsatz von Ressourcen nicht mit dem Abbau von Qualität einhergeht. Im Gegenteil: Das Managed-Care-Modell beweist, dass es möglich ist, Qualität und Effizienz gleichzeitig zu steigern. Insofern ist das Managed-Care-Modell in der Tat billiger, weil effizienter als das herkömmliche Versorgungsmodell.

Gegen das Argument der Billigmedizin spricht auch der hohe Stellenwert, welcher der Qualitätssicherung in der

Praxis eingeräumt wird. Zweifellos erhöhen der regelmässige Austausch im Rahmen von Qualitätszirkeln und die Besprechung von schwierigen Fällen die Qualität der Behandlung. Zu erwähnen ist an dieser Stelle zudem, dass

Entscheidend ist, wie die Akteure
den gesetzlichen Spielraum für innovative
Lösungen nutzen und wie sie
ihre Verantwortung wahrnehmen.

der Gesetzesentwurf klare Regelungen zur Qualitätssicherung enthält. Unter anderem ist vorgesehen, dass der Bundesrat Anforderungen an die Qualität der integrierten Versorgungsnetze festlegt.

Als «Billigmedizin» wird auch der differenzierte Selbstbehalt kritisiert, der für Versicherte gemäss dem Entscheid des Nationalrats in integrierten Versorgungsnetzen vorgesehen ist. Gemäss den Kritikern würden jene Versicherte in das Modell der Integrierten Versorgung gedrängt, die sich den höheren Selbstbehalt ausserhalb der Netze nicht leisten könnten.

Nach Ansicht des Bundesrats ist diese Kritik nicht gerechtfertigt. Um das Ziel zu erreichen, möglichst viele Versicherte – und auch chronisch Kranke – im Rahmen von integrierten Versorgungsnetzen zu versichern, müssen finanzielle Anreize gesetzt werden. Der Entscheid des Nationalrates, einen differenzierten Selbstbehalt vorzusehen, setzt einen solchen Anreiz. Demnach sollen Versicherte in Managed-Care-Modellen maximal die Hälfte des Selbstbehaltes bezahlen, der für andere Versicherungsformen gilt. Konkret soll der Selbstbehalt für Versicherte in Managed-Care-Modellen höchstens 10 Prozent betragen.

Diesbezüglich ist es auch wichtig zu erwähnen, dass der Nationalrat die maximale Höhe des Selbstbehalts zwar lange diskutiert, diese aber letztlich nicht im Gesetz fixiert hat. Der Bundesrat soll den maximalen Selbstbehalt festlegen. Hierbei ist durchaus denkbar, dass der Betrag so festgesetzt wird, dass er für Versicherte in integrierten Versorgungsnetzen tiefer als der heute gültige Selbstbehalt von 700 Franken liegt.

Integration jetzt erst recht!

Die Integrierte Versorgung ist kein Allerheilmittel, um alle schwierigen Probleme im Gesundheitswesen zu lösen und die zahlreichen Herausforderungen zu meistern. Aber es ist ein erfolgversprechendes Modell, um die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung im ambulanten Bereich markant zu verbessern.

Die Politik kann ihren Beitrag leisten, indem sie die Rahmenbedingungen zur Förderung der Integrierten Versorgung richtig setzt. In welcher Ausprägung und in welchem Tempo sich Managed Care weiterentwickelt, hängt aber nicht nur von den Beschlüssen des Parlaments ab.

Entscheidend ist, wie die Gesetzesbestimmungen umgesetzt werden und wie die Akteure den gesetzlichen Spielraum für innovative Lösungen nutzen und wie sie ihre gesundheitspolitische Verantwortung wahrnehmen. Diesbezüglich sind alle Akteure gefordert, das Modell der Integrierten Versorgung zum Erfolg zu führen. Die Zielsetzung muss es sein, dass sich bis 2015 mehr als jeder

zweite Versicherte – sagen wir 60 Prozent – einem integrierten Versorgungsnetz anschliesst.

Das erfordert die gemeinsame Anstrengung aller gesundheitspolitischen Akteure. Nehmen wir uns doch alle das Motto des diesjährigen Symposiums – «20 Jahre Managed Care: Integration jetzt erst recht» – zu Herzen und handeln wir danach. Und machen wir noch mehr. So dass in fünf Jahren Managed Care die Norm in der Schweiz ist.

Wenn uns das gelingt, dann könnte der Titel eines zukünftigen Symposiums lauten: «30 Jahre Managed Care – erfolgte und erfolgreiche Integration».

«Die Politik kann nicht allen Akteuren alles geben»

Bundesrat Didier Burkhalter traut dem Ständerat eine «gute Lösung» zu für die noch offenen Fragen bei der Neuordnung der ambulanten Gesundheitsversorgung. Der Gesundheitsminister spricht lieber von «Chancensymmetrie» statt von «Opfersymmetrie», wie er nach seinem Referat bekannte.

Der Nationalrat hat sich als Erstrat mehrheitlich hinter die Managed-Care-Reform mit integrierten Versorgungsnetzen gestellt. Was passiert mit der Vorlage im Ständerat?

Ich bin sehr zuversichtlich, im Ständerat lassen sich meist gute Lösungen finden. Es gibt allerdings noch einige Knacknüsse. Etwa beim umstrittenen Selbstbehalt, der bei freier Arztwahl 20 Prozent betragen soll. Doch was heisst Kostenbeteiligung überhaupt? Wichtiger ist die absolute Höhe des maximalen Selbstbehalts, den man je nach Prozentsatz eben etwas früher oder später erreicht. Chronisch Kranke zum Beispiel kommen jedes Jahr sowieso bis zum Höchstbetrag. Der Ständerat wird noch Verbesserungen anbringen. Der Bundesrat will aber nicht, dass im Gesetz ein Frankenbetrag festgeschrieben wird. Sonst muss bei jeder Anpassung das Gesetz geändert werden.

Mit dem Gesetz ist es noch nicht getan. Der Teufel sitzt dann oft bei den Verordnungen im Detail, wenn etwa Lobbygruppen Einfluss nehmen.

Ich verstehe diese Bedenken. Es wird diesen Kampf um die Verordnungen geben. Wir brauchen Prinzipien für



die Verordnung. Das ist die Arbeit meines Departements. Wir werden den Rahmen festlegen. Sie müssen aber auch Vertrauen in die Politik haben.

Krankenversicherer kritisieren, dass ihre eigenen Gesundheitszentren nicht als unabhängige Netzwerke anerkannt werden. Wird hier noch korrigiert?

Die Politik kann nicht allen Akteuren immer alles geben. Wir müssen irgendwann entscheiden, sonst geht nichts vorwärts. Dazu noch was Grundsätzliches: Die Managed-Care-Vorlage, die jetzt behandelt wird, enthält nicht eine Opfersymmetrie, sondern eine Chancensymmetrie.

Aufgezeichnet: Bernhard Raos