

# Managed Care aus dem Blickwinkel der Patienten

Ein Ueberlick von Remo Gysin

*Gegen den Bundesbeschluss vom 30.9.2011 zur Revision des KVG (Managed Care-Vorlage) haben mehrere ärztliche Fachgesellschaften sowie weitere Organisationen mit Erfolg das Referendum ergriffen. Am 17. Juni 2012 kommt es zu einer eidgenössischen Abstimmung.*

## I. Ausgangslage

Das CH-Gesundheitssystem erfährt mit der neuen Spitalfinanzierung, der Pflegefinanzierung und der Managed Care-Vorlage einen einschneidenden Wandel.

In der Tendenz führt jede der drei Vorlagen bei abnehmenden Leistungen zu einer höheren finanziellen Belastung der Patienten und Patientinnen. Im internationalen Vergleich ist der Kostenanteil, den private Haushalte und Personen in der Schweiz tragen müssen überdurchschnittlich hoch.

Integrierte Versorgungsmodelle gibt es in der Schweiz seit rund zwanzig Jahren. Sie sind auf freiwilliger Basis und in vielfältiger Form entstanden. Das Hausarzt-System durchläuft zurzeit einen Strukturwandel weg von der Einzelpraxis hin zur Gruppenpraxis. Die Zusammenarbeit von Hausärzten, Spezialisten, Pflegefachleuten, Apothekern und andern Medizinalberufen gilt als Standardpraxis. Es gibt Modelle ohne und Modelle mit Budgetverantwortung der Ärzteschaft. Rund 30 Prozent der Bevölkerung sind in einem integrierten Versorgungsmodell versichert, 10 Prozent davon in Netzen mit Budgetverantwortung.

## II. Die Managed Care-Vorlage

Die Eckwerte des vom Parlament beschlossenen Modells lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Ärzte und andere Leistungserbringer schliessen sich zu einem vertragsfähigen Unternehmen zusammen und schliessen mit einem Versicherer einen Leistungsvertrag ab, welcher auch ihre finanzielle Verantwortung für die medizinische Versorgung der Versicherten umschreibt.
- Die Krankenkassen haben keine Verpflichtung, das neue Modell anzubieten.
- Krankenkassen dürfen weder Einrichtungen zur medizinischen Behandlung von Versicherten führen, noch sich finanziell an solchen Einrichtungen beteiligen.
- Wer sich einem Managed Care-Unternehmen anschliesst, bezahlt den gleichen Selbstbehalt von 10 Prozent wie heute. Der Höchstbetrag hingegen würde von 700.- auf 500.- Franken gesenkt.

- Wer seine bisherige Wahlfreiheit behalten will, wird mit einem Selbstbehalt von 15 Prozent (heutiger Selbstbehalt: 10 Prozent) bestraft.  
Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehalts beträgt 1 000 Franken (heute 700.-).

Das **Konzept einer integrierten Versorgung ist zwar allgemein akzeptiert**, die vom Parlament vorgelegte Variante ist jedoch umstritten. Je nach Interessengruppe werden die zentralen Elemente der Managed Care-Vorlage unterschiedlich beurteilt. Da der Verein „Gesundheit für alle“ den Interessen der Bevölkerung verpflichtet ist, erfolgt die nachstehende **Beurteilung aus Sicht der Bevölkerung** bzw. der Patientinnen und Patienten. Diese eine, aktuelle Variante mit dem Oberbegriff „integrierte Versorgung“ zu bezeichnen, schafft Verwirrung und erscheint aus den nachstehenden Gründen unredlich..

### III. Zentrale Elemente aus der Sicht von Patienten und Patientinnen

1. **Der Grundgedanke**, dass integrierte Versorgungsmodelle zu einer verbesserten Zusammenarbeit, zur Vermeidung von Doppelspurigkeiten und hiermit zu Kostenminderungen und mit dem notwendigen Informationsaustausch zu Qualitätsverbesserungen führen, liegt auch im Interesse der Patienten. Entscheidend ist die Form der Umsetzung.
2. **Freie Arztwahl**  
Heute können Patient und Patientin ihren Hausarzt und allenfalls auch eine Spezialärztin ohne formelle Einschränkung frei wählen. Nach der KVG-Revision ist dies nur noch beschränkt und unter Inkaufnahme zusätzlicher Ausgaben möglich:
  - Je nach Gestaltung des Ärztenetzwerkes muss ein Patient, der bei seinem Vertrauensarzt (Hausarzt oder Spezialist) bleiben möchte, die Versicherung wechseln oder auf die Betreuung durch seinen bisherigen Arzt verzichten und das bestehende Vertrauensverhältnis aufgeben.
  - Möchte der Patient seine bestehende Wahlfreiheit behalten, muss er neu zusätzliche Kosten (höherer Selbstbehalt) tragen.
  - Der Verzicht auf die freie Arztwahl bedeutet keine Entlastung des Haushaltsbudgets des einzelnen Patienten. Der Selbstbehalt bleibt bei 10%. Der Höchstbetrag hingegen wird von 700.- auf 500.- Franken gesenkt.
  - Die Verknüpfung von freier Arztwahl mit höherer Selbstbeteiligung belastet insbesondere Patienten mit niedrigeren Einkommen, Chronischkranke und Patienten mit vielfältigen Leiden. Dies schafft zwei Patientenkategorien und hat eine diskriminierende Wirkung.

**Fazit:** Die vorgeschlagene Einschränkung der freien Arztwahl widerspricht den Patienteninteressen.

### 3. Dauer des Versicherungsverhältnisses (KVG Art. 41d)

Die Krankenkassen können die Wahlfreiheit der Patienten mit sogenannten **Knebelverträgen** bis zu drei Jahren einschränken. Der frühzeitige Austritt ist ausser bei Wohnort- und Stellenwechsel nur unter Kostenfolgen für den Patienten oder mit dem kaum zu erbringenden Nachweis des Ungenügens eines Netzwerkes erreichbar.

**Fazit:** Aus Patientensicht sind Knebelverträge nicht akzeptabel.

### 4. Budgetmitverantwortung (KVG Art. 41c, Absatz 4)

Die in einem Versorgungsnetz zusammengeschlossenen Aerzte müssen finanzielle Verantwortung übernehmen. Dieser ökonomische Anreiz führt in der Tendenz zu einer beschränkten Leistungserbringung und zu Wartelisten. Wenn die Budgetvorgaben bzw. der Kostenrahmen eines Netzwerkes ausgeschöpft sind, werden Untersuchungen und Massnahmen aufgeschoben. Solche negativen Auswirkungen sind in den USA und andern Ländern, die das Managed Care-System kennen, zu beobachten.

**Fazit:** Budgetverantwortung erschwert, teilweise verhindert sie sogar die optimale Behandlung von Kranken.

## IV. Zusammenfassende Beurteilung

Die Vorlage verstösst mehrfach gegen die Interessen von kranken Menschen. Sie schafft **keine positiven Anreize** für einen Wechsel des Versicherungsmodells. Gleiche Versicherungsleistungen wie heute werden mit der neuen Regelung **für die grosse Mehrheit** der Bevölkerung **teurer**, nämlich für die 70 Prozent, die sich nicht einem Managed Care-Modell angeschlossen haben. Versicherer dürfen zwar nicht Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen sein, können aber über die Budgetvorgaben die Netzwerke und die Qualität der Versorgung wesentlich beeinflussen und steuern. Eine **demokratische Kontrolle** der Netzwerke ist **ausgeschlossen**. Im Parlament hat sich die Versicherungslobby durchgesetzt. Der Patient/die Patientin interessiert nicht. **Die Vorlage ist daher abzulehnen.**

Basel, im März 2012