



Managed Care-Vorlage

Nein zur Mogelpackung

Warum der vpod die Vorlage mit dem Referendum bekämpft

Inhalt

Das Wesentliche in Kürze	Seite 2
Argumentarium des Komitees "Nein zur Managed Care-Mogelpackung	Seite 3
Wir brauchen eine neue Vorlage ohne Kommerzialisierung	Seite 5
Beleuchtender Bericht zur KVG-Revisionsvorlage Managed Care	
Die Vorlage im Wortlaut	Seite 15
Referendumsbogen	Seite 19

Zürich, im Oktober 2011

Das Wichtigste in Kürze

Die Vorlage Managed Care bringt folgende Nachteile und wird deshalb vom vpod mit dem Referendum bekämpft.

Medizinische Behandlung wird teurer: Neu müssen künftig bis zu 1'000 Franken pro Jahr selbst bezahlt werden – zusätzlich zur Franchise von mindestens 300 Franken.

Freie Wahl nur noch für Reiche: Wer sich das nicht leisten kann, hat keine freie Arzt- und Spitalwahl mehr.

Knebelverträge: Wer mit dem Netz nicht zufrieden ist, darf es bis zu drei Jahre lang nicht verlassen – es sei denn, er bezahlt eine hohe Austrittsprämie.

Falsche Anreize: Die Managed-Care-Netze müssen Budgetziele einhalten. Das begünstigt Risikoselektion und verdeckte Rationierung und setzt Anreize, nur noch die billigsten Untersuchungen und Therapien anzuordnen und den PatientInnen "teure" Verfahren vorzuenthalten. Dadurch wird das Verhältnis zwischen Behandelnden und PatientInnen belastet.

Kassendiktat: Die Kassen können frei wählen, mit welchen Managed-Care-Netzen sie Verträge abschliessen und was in diesen Verträgen steht. Zu "teure" Netze werden ausgebootet.

Verwirrung: Schon jetzt ist es schwierig, sich im Dschungel der Versicherungsformen zurechtzufinden. Dieser Dschungel soll nun noch um ein Vielfaches grösser werden, denn jedes Netz kann andere Leistungen anbieten.

Auf Anregung des vpod hat sich ein fortschrittliches Referendumskomitee "Nein zur Managed Care-Mogelpackung" gebildet, dem nebst dem vpod auch der VSAO Schweiz (Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte), die VUA (Vereinigung unabhängiger Ärztinnen und Ärzte) und die AL Zürich (Alternative Liste) angeschlossen haben (Stand 27.10.11).

Das Komitee hat eine Website: www.nein-zur-mogelpackung.ch

Nein zur Managed Care-Mogelpackung

Das Argumentarium des Referendumskomitees

Wer krank wird oder Medikamente braucht, muss in Zukunft mehr aus der eigenen Tasche bezahlen. Wer das nicht will, kann seinen Arzt oder seine Ärztin nicht mehr frei wählen. Er oder sie läuft zudem Gefahr, aus ökonomischen Gründen nicht mehr ausreichend medizinisch behandelt zu werden. Das hat die bürgerliche Mehrheit mit ihrer Revision des Krankenversicherungsgesetzes beschlossen. Gegen diese Revision haben Gewerkschaften, Beschäftigte im Gesundheitswesen und Ärzteorganisationen das Referendum ergriffen.

Was wird verschlechtert?

Medizinische Behandlung wird teurer: Neu müssen künftig alle Patientinnen und Patienten 15 statt 10 Prozent der Behandlungskosten selber tragen und zwar bis zu einem Gesamtbetrag von 1000 Franken. Dazu kommen noch mindestens 300 Franken Franchise im Jahr.

Freie Arztwahl nur noch für Reiche: Wer diese zusätzliche Verteuerung ohne Mehrleistung – bei den ohnehin schon hohen Krankenkassenprämien – finanziell nicht tragen kann, muss sich einem so genannten Managed-Care-Netz (Ärzt Netzwerk) anschliessen. Hier kann man den Arzt nicht mehr frei wählen. Dafür bleibt der Selbstbehalt bei den bisherigen 10 Prozent und die Obergrenze wird auf 500 Franken festgelegt. Mit anderen Worten: Die freie Arztwahl werden sich nur noch Besserverdienende leisten können. Dabei war die freie Wahl für alle, ob arm oder reich, eine der Errungenschaften der sozialen Krankenversicherung.

Auf den Arzt des Vertrauens verzichten: Gerade chronisch Kranke sind seit vielen Jahren bei den gleichen Ärztinnen ihres Vertrauens in Behandlung. Sie kennen den Patienten oder die Patientin, sind mit seinen Eigenheiten, den speziellen Aspekten ihrer Krankheit vertraut. Wenn diese Ärzte nicht Mitglied in einem Ärztenetzwerk sind – und zwar alle im selben Netzwerk – so muss der chronisch Kranke auf diese Ärztinnen verzichten, wenn er sich aus Kostengründen einem Managed-Care-Netz anschliessen muss.

Knebelverträge mit hoher Austrittsprämie: Wer mit seinem Ärztenetzwerk nicht zufrieden war konnte dieses bisher ohne Probleme wechseln. Das wird in Zukunft nicht mehr so sein. Wer sich nämlich einem Ärztenetzwerk anschliesst, kann verpflichtet werden, bis zu drei Jahre bei diesem zu bleiben. Wenn er oder sie vorher aussteigen will, so kostet das eine saftige Austrittsprämie.

Medizinische Leistungen und Therapien werden rationiert: Managed-Care-Netze müssen mit einer Krankenkasse einen Vertrag mit einem Budget abschliessen. Das Netzwerk ist für die Einhaltung dieses Budgets mitverantwortlich. Bei der Aufstellung des Budgets wird geschätzt, welche Kosten Versicherte im kommenden Jahr verursachen. Fallen die wirklichen Kosten tiefer aus, entsteht für das Netz ein Gewinn, den sich das Netz und Krankenkasse teilen. Entsteht andererseits ein Verlust, so wird auch das Netz zur Kasse gebeten. Diese Budgetmitverantwortung hat zur Folge, dass die Ärztinnen in einem Netzwerk ein finanzielles Interesse daran haben, Behandlungen – insbesondere teure Behandlungen – restriktiv zu verordnen oder zu unterlassen. Es ist für einen Arzt nämlich oft eine Ermessensfrage, ob eine Untersuchung vorgenommen oder eine Behandlung angeordnet wird oder eben nicht. Und weil die Kassen frei entscheiden, mit welchen Netzen sie zusammen arbeiten, können sie diese unter Druck setzen und die für sie günstigsten Netzwerke auswählen.

Keine freie Wahl von Spitälern und Pflegeheimen: Ärztenetzwerke haben das Recht mit einzelnen Spitälern und Pflegeheimen Exklusivverträge abzuschliessen. Patienten und Patientinnen können so gezwungen sein, in eines dieser Spitäler oder Heime einzutreten, nur weil diese einen günstigen Vertrag mit dem Netzwerk abgeschlossen haben. Qualität spielt zudem beim Vertragsabschluss nur eine untergeordnete Rolle – entscheidend ist der Preis.

Bestehende Sparmodelle verschwinden: Versicherungsmodelle wie das Hausarztmodell oder HMO-Lösungen, mit denen bisher Prämien gespart werden konnten, werden verschwinden, weil auch hier der Selbstbehalt auf 15 Prozent und 1000 Franken erhöht werden muss oder weil die Kassen solche Modelle nicht mehr in eigener Regie führen dürfen.

Kaum Einsparungen: Es ist eine Illusion zu glauben, diese Revision des Krankenversicherungsgesetzes bringe eine Senkung der Gesundheitskosten bei gleicher Qualität. Die wahren Kostentreiber – Pharmaindustrie und Kassenbürokratie – bleiben unangetastet. Im Gegenteil: Mit den neuen Managed-Care-Modellen und ihren unzähligen Verträgen und Regelungen wächst die teure Bürokratie und Unübersichtlichkeit weiter.

Zweiklassen-Medizin: Der Bundesrat erwartet, dass sich knapp ein Drittel der Einwohner die freie Arztwahl trotz der deutlich höheren Selbstbeteiligung auch in Zukunft leistet. Zwei Drittel werden sich aus Kostengründen einem Netzwerk anschliessen müssen. Sie werden auf die freie Arztwahl, die freie Wahl des Spitals und des Heimes sowie die freie Wahl der Kasse verzichten müssen. Sie werden mit der Angst leben müssen, dass ihnen die Ärztinnen Ihres Netzwerkes aus Kostengründen nicht die beste mögliche Medizin zukommen lassen.

Wer keine Klassenmedizin will, unterschreibt das Referendum gegen die Managed-Care-Vorlage des Parlaments.

Wie ist es heute geregelt?

Heute sind in der Grundversicherung alle Bewohnerinnen und Bewohner unseres Landes für die gleichen medizinischen Leistungen versichert. Sie können den Arzt, dem sie vertrauen, im Krankheitsfall frei wählen und ihn auch jederzeit wechseln. Sie bezahlen dafür Prämien an die von ihnen frei gewählte Krankenkasse.

Wem die Prämien zu hoch oder die Dienstleistungen ungenügend sind, der kann jedes Jahr freiwillig die Krankenkasse wechseln. Prämien lassen sich auch sparen, wenn man die jährliche Kostenbeteiligung (Franchise) freiwillig heraufsetzt – von minimal 300 Franken auf maximal 2500 Franken pro Jahr. Sparmöglichkeiten bieten zudem Hausarztmodelle, HMO oder die obligatorische telefonische Kontaktnahme mit einem medizinischen Callcenter vor dem Arztbesuch.

Zusätzlich zur jährlichen Franchise von mindestens 300 Franken bezahlen alle Patienten noch einen Selbstbehalt von höchstens 700 Franken. Das heisst: Sobald die Gesundheitskosten den Betrag der Franchise erreicht haben, übernimmt der Versicherte einen Selbstbehalt von 10 Prozent bis zu einem Betrag von maximal 700 Franken im Jahr.

Die bestehende Regelung der Krankenversicherung weist grosse Mängel auf: ständig steigende Krankenkassenprämien, ungerechte Verteilung der Kosten (Millionär zahlt gleich viel Prämie wie die Verkäuferin), übermächtige Krankenkassen, mangelhafte Finanztransparenz usw. Was jetzt aber das Parlament beschlossen hat, macht alles noch viel schlimmer. Den Versicherten und Kranken werden noch mehr Kosten aufgeladen, während die Leistungen gekürzt werden.

Wir brauchen eine neue Vorlage ohne Kommerzialisierung

Beleuchtender Bericht zur KVG-Revisionsvorlage Managed Care

von Beat Ringger, vpod-Zentralsekretär

Die eidgenössischen Räte haben am 30.9.2011 die Managed-Care-Vorlage verabschiedet. Von verschiedenen Seiten ist das Referendum ergriffen worden, unter anderem auch vom vpod. Die Vorlage sorgt in breiten Kreisen für erhebliche Verwirrung. Über die Folgen der Vorlage für die *Qualität* der Gesundheitsversorgung wird heftig gestritten. Die *quantitativen* Ziele hingegen sind klar: Der Bundesrat möchte mit der Vorlage mindestens 60% aller Versicherten unter ein Managed-Care-Regime bringen. Die Vorlage zielt also auf einen zentralen, nicht auf einen peripheren Umbau des Schweizer Gesundheitswesens. Der nachstehende Text soll helfen, die Folgen einer allfälligen Umsetzung der Managed-Care-Vorlage besser abschätzen zu können.

Ein Trojanisches Pferd

Die Vorlage basiert dem Namen nach auf einem Konzept, dessen Bedeutung von niemandem bestritten wird: Dem Konzept einer integrierten und koordinierten Versorgung der Patientinnen und Patienten. Doch leider haben die Räte die Vorlage zu einem Trojanischen Pferd umgebaut. In die Vorlage sind Elemente platziert worden, die eine erhebliche Kommerzialisierung der Gesundheitsversorgung anstossen und gleichzeitig der Rationierung von Gesundheitsleistungen Vorschub leisten. Der Einfluss der Krankenkassen soll ausgeweitet werden, und als neuer Akteur könnten sich eigentliche Gesundheitskonzerne etablieren. Die Patientinnen und Patienten hätten dabei das Nachsehen: Knebelverträge, Fehlanreize bei der Versorgung wegen der Budgetmitverantwortung der Netzwerke, Preisgabe der freien Arztwahl. Selbst Zwangsverlegungen in ausländische Pflegeheime wären nicht auszuschliessen. Wer diese Verschlechterungen für sich nicht in Kauf nehmen will und eine Gesundheitsversorgung ausserhalb dieser Netze wählt, zahlt höhere Prämien und soll zudem neu höhere Selbstbehalte entrichten.

Integrierte Versorgung: Ein wichtiges Ziel

Dabei wäre das Ziel der Vorlage unbestritten. In der pflegerischen und medizinischen Versorgung haben die Vielfalt und die Spezialisierung in den letzten Jahren beträchtlich zugenommen. Entsprechend ist der Bedarf gewachsen, Übersicht zu bieten, die einzelnen Behandlungsschritte zu koordinieren und eine ganzheitliche Sicht zu gewährleisten, damit die Patientinnen und Patienten in all ihren Aspekten Beachtung finden. Traditionell sind es die HausärztInnen, die diese Aufgaben übernehmen. Deshalb ist es besonders besorgniserregend, dass die Hausarztmedizin in den letzten Jahren an Gewicht verloren hat und sich ein Mangel an allgemeinpraktizierenden ÄrztInnen abzeichnet.

Die Folgen einer mangelnden ganzheitlichen Versorgung sind unkoordinierte Behandlungsabläufe, Mehrfachuntersuchungen mit denselben Methoden, unnötige Abklärungen und manchmal auch unangebrachte Therapien und Eingriffe. All dies führt zu unnötigen Kosten und Belastungen für die PatientInnen. Besonders gross sind die Auswirkungen für chronisch Kranke und für Menschen mit

Mehrfacherkrankungen. Betroffen ist auch die letzte Lebensphase: Fehlt an der nötigen Koordination von Spitex, Spital, Heimen, Angehörigen und Arztpraxis, so kann es dazu kommen, dass Sterbende auf unschöne Art zwischen Spital, Heim oder eigener Wohnung hin- und hergeschoben werden

Ohne Gegensteuer werden sich künftig solche Entwicklungen akzentuieren, weil die Spitäler durch die Einführung der Fallkostenpauschalen dazu übergehen, PatientInnen möglichst frühzeitig zu entlassen. Deshalb wird die Koordination mit nachsorgenden Institutionen (Spitex, Heime), sie sorgfältige Weitergabe pflegerelevanter Informationen usw. noch wichtiger.

Aus all diesen Gründen besteht bezüglich der Sicherung einer ganzheitlichen Grundversorgung ein hoher Handlungsbedarf¹. Umso schwerwiegender ist es deshalb, dass in der Managed-Care-Vorlage die integrierte Versorgung mit einer Kommerzialisierung der Gesundheitsversorgung und erheblichen Nachteilen für die PatientInnen verknüpft worden ist. Damit droht eine Entwicklung, bei der ein scheinbarer Fortschritt zu einem Fehlschritt wird.

Budgetmitverantwortung

Zum Beispiel deshalb, weil die integrierten Versorgungsnetze gemäss der Managed Care-Vorlage zwingend Budgetmitverantwortung übernehmen müssen. Netze und Krankenkassen legen die Modalitäten dieser Mitverantwortung vertraglich fest. Sie basiert auf einem jährlichen Budget, für dessen Einhaltung das Netzwerk verantwortlich ist. Fallen die wirklichen Kosten tiefer aus, macht das Netz Gewinn. Entsteht ein Verlust, so wird das Netz zur Kasse gebeten. Diese Budgetmitverantwortung hat zur Folge, dass die Versorgungsnetze ein Interesse an tiefen Behandlungskosten haben. Dies wird in der Regel als wünschenswert betrachtet, um die Kosten der Gesundheitsversorgung senken zu können. Befürworter der Vorlage verweisen auf die bisherigen Erfahrungen: Schon heute gibt es etliche Ärztenetze mit Budgetmitverantwortung. Diese Netze würden einwandfrei arbeiten, Rationierungen (d.h. die Unterlassung wünschenswerter Behandlungen aus Kostengründen) kämen nicht vor. Das Argument ist schwierig zu überprüfen, weil viele medizinische Entscheide Ermessensentscheide sind und Rationierungstendenzen entstehen können, ohne dass dies offensichtlich wird.

Vor allem aber verkennt das Argument die Bedeutung der Rahmenbedingungen, unter denen die Budgetmitverantwortung eingeführt wird. Heutige Netze sind in einer Pionierphase entstanden. Häufig werden sie von Ärztinnen geführt, die von den Vorteilen der integrierten Versorgung - zu recht - überzeugt sind und sich professionell stark engagieren. Dank der Optimierung der Versorgungswege arbeiten diese Netze kostengünstiger, wobei die Qualität gewahrt oder sogar verbessert wird. Solange alle Beteiligten insgesamt über genügend Finanzmittel verfügen, dürften Rationierungstendenzen unbedeutend bleiben.

¹ Diesem Bedarf trägt ein Versorgungsmodell Rechnung, das den Namen **Persönliche Gesundheitsstelle PGS** trägt. Es ist durch eine Koalition von Gesundheitsverbänden gemeinsam entwickelt worden, bestehend aus dem Verband des Personals öffentlicher Dienste VPOD, dem Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte VSAO, dem Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK, dem Schweizerischen Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen SVBG, dem ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz EVS, dem Schweizerischen Gewerkschaftsbund SGB, der Vereinigung Unabhängiger ÄrztInnen VUA, dem Schweizerischer Hebammenverband SHV, und physioswiss (Verband der PhysiotherapeutInnen). Das Modell ist abrufbar unter <http://www.vpod.ch/branchen/gesundheit/persoeliche-gesundheitsstelle-pgs.html>

Die Spielregeln ändern allerdings, sobald sich das Gros der Versicherten einem Managed-Care-Modell anschliesst. Wenn nun weiterhin die Kassen darüber bestimmen, mit welchen Netzen sie Verträge abschliessen und mit welchen nicht, kippt der Qualitätswettbewerb rasch in einen Kostensenkungswettbewerb. Der Konkurrenzdruck steigt, und mit ihm der Kostendruck - und damit auch die Versuchung, "allzu teure Behandlungen" zu unterlassen und im Zweifelsfall auf eine Untersuchung oder eine Therapie zu verzichten. Netze, die sich diesem Druck nicht beugen, müssen nun damit rechnen, dass ihnen von den Kassen die Verträge gekündigt werden. Dies kann für das Netz existenzbedrohend werden. Zudem entstehen Anreize, zu teure PatientInnen aus dem Versorgungsnetz zu drängen. Marktleader ist nicht mehr das qualitativ gute Netz, sondern dasjenige mit der "besten" ökonomischen Performance. Unter solchen Umständen leidet auch das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient/in.

Einen Vorgeschmack erhielt ausgerechnet das älteste Ärztenetz der Schweiz Wintimed. Auf das Jahr 2007 hin kündigten einige Krankenkassen die Verträge mit der Begründung, die Sparziele von 15% für das Jahr 2005 seien um 5% verfehlt worden. Damals hatte diese Kündigung für die betroffenen 1500 Versicherten (von einer Gesamtzahl von 6000 Wintimed-Betreuten) nur geringe Folgen, weil die Wintimed-ÄrztInnen bereit waren, die gekündigten Versicherten weiterhin zu versorgen. Doch dies wird künftig schwieriger werden. Die von einer Kündigung betroffenen Versicherten müssen in ein anderes Netz wechseln.

Unter dem geplanten neuen Managed-Care-Regime werden ökonomische Anreize immer wichtiger. Diejenigen Netze, die im Zweifelsfall rationieren und denen es gelingt, mehrfach erkrankte, teure PatientInnen loszuwerden, würden durch das System finanziell belohnt. Dies hat über kurz oder lang zur Folge, dass genau solche Verhaltensweisen zum Taktgeber werden. Eine solche Entwicklung mag einige Jahre in Anspruch nehmen; die Entwicklungsrichtung aber wäre leider eindeutig.

Verlagerung des Risikoausgleichs

Man habe diese Gefahr erkannt, heisst es, und deshalb einen verbesserten Risikoausgleich in die Vorlage eingebaut. Darum hätten die Kassen neu gar kein Interesse mehr daran, teure PatientInnen loszuwerden. Was ist von diesem Argument zu halten?

Für die Krankenkassen gilt in der Grundversorgung die Aufnahmepflicht. Das heisst, dass sie jede Person vorbehaltlos aufnehmen müssen, die dies wünscht. Diese Aufnahmepflicht ist zwingend nötig, damit alle BewohnerInnen der Schweiz ihren Anspruch auf eine Krankenversicherung einlösen können. Nun haben die Kassen allerdings ein ökonomisches Interesse daran, möglichst nur junge gesunde Personen aufzunehmen, damit sie weniger Leistungen entrichten müssen. Dies erlaubt ihnen, die Prämien zu senken und damit Konkurrenzvorteile zu erzielen. Deshalb vermeiden viele Krankenkassen mit den verschiedensten Tricks, kranke und ältere Versicherte aufnehmen zu müssen. Manche Kassen versuchen auch, ihre kranken Mitglieder zu vergraulen und so zu einem Kassenwechsel zu bewegen. Man nennt diese Praktiken Risikoselektion.

Gegen die Risikoselektion kann mit dem sogenannten Risikoausgleich zwischen den Kassen Gegensteuer gegeben werden: Die Mitgliederbestände der Kassen werden heute schon nach Alter und Geschlecht gewichtet, und je nach der Zusammensetzung ihres Versichertenbestandes müssen die Kassen Gelder in einen Ausgleichsfonds bezahlen oder erhalten aus diesem Fonds Beiträge. Dieser Ausgleich ist anerkanntermassen ungenügend. Nach wie vor können Kassen mittels Risikoselektion Vorteile von bis zu 30% ihrer Kosten erzielen. Mit der Managed-Care-Vorlage soll deshalb dieser Ausgleich um die Faktoren "Morbidität der Versicherten" (d.h. Gesundheitszustand) und "Heim- und Spitalaufenthalte im Vorjahr" ergänzt werden. Diese Verfeinerung wird allgemein begrüsst und geht zweifellos in einer richtige Richtung. Allerdings wird es den perfekten Risikoausgleich nie geben. Solange die Kassen in Konkurrenz zueinander stehen, werden sie Potentiale der Risikoselektion identifizieren und ausschöpfen.

Doch ist dies im Bezug auf die neuen Versorgungsnetze nur von untergeordneter Bedeutung. So begrüssenswert die Verfeinerung des Risikoausgleichs zwischen den Kassen ist: Durch die Schaffung von Selektionsanreizen bei den Netzen wird seine Wirkung ausgehebelt. Denn nun sind es die Netze, welche wegen der Budgetmitverantwortung und dem Konkurrenzdruck ein Interesse an der Risikoselektion entwickeln. Aus ökonomischen Gründen lohnt es sich für sie, "teure" PatientInnen loszuwerden oder gar nicht erst aufzunehmen. Der Anreiz zur Risikoselektion würde in also die Versorgungsnetze verlagert.

Zweifelhafte Geschäftsmodelle

Wenn sie von Managed-Care-Versorgung hören, haben die meisten Menschen ein Ärztenetzwerk vor Augen. Die aktuelle Vorlage sieht allerdings vor, dass nicht nur Arztpraxen, sondern auch Spitäler, Kliniken, Spitexorganisationen und Heime Teile der Versorgungsnetze werden sollen oder zumindest vertragliche Vereinbarungen mit Netzwerken abschliessen. Aus Sicht der Spitäler beispielsweise werden die Versorgungsnetze zu wichtigen PatientInnen-Zubringern. Da die Spitäler ab 2012 wegen der neuen DRG-Spitalfinanzierung verstärkt in Konkurrenz zueinander stehen, werden sie auch vermehrt auf eine genügende "PatientInnenakquisition" achten müssen. Spitäler werden also darauf angewiesen sein, mit den Netzwerken Verträge abzuschliessen - was diesen Netzen Macht verleiht.

Vom Gesetzgeber werden bezüglich der Verträge nur sehr wenige Regeln vorgegeben. Bei der Ausgestaltung der Verträge zwischen den Leistungserbringern innerhalb des gleichen Versorgungsnetzes, zwischen Versorgungsnetz und externen Leistungserbringern und zwischen Netzen und Kassen sind der (kommerziellen) Phantasie kaum Grenzen gesetzt. Zum Beispiel können die Manipulationsmöglichkeiten genutzt werden, die durch die Überlagerung unterschiedlicher Finanzierungsregimes entstehen (Netzwerk mit Budgetmitverantwortung, DRG-Spitalfinanzierung, Pflegefinanzierung). Hier eröffnet sich ein breites Betätigungsfeld für gewiefte Netz-Manager. Zum Beispiel wie folgt: Drohen einem Netz bei einer Behandlung hohe Kosten (zum Beispiel bei sehr teuren Medikamenten), dann wird die PatientIn für einen stationären Aufenthalt in ein Spital überwiesen. Die Kosten werden damit über die DRG-Spitalfinanzierung gedeckt, das Netz ist entlastet. Und das Spital macht das Spiel mit, weil es auf die Netze als PatientInnenzubringer angewiesen ist.

Zur Frage, was unter den Bedingungen zunehmender Kommerzialisierung so alles ins Rollen kommt bietet die Auseinandersetzung um das Zürcher Limmattalspital aufschlussreiches Anschauungsmaterial. Einer kleinen Privatfirma mit Namen H Services AG wäre es im Sommer 2010 beinahe gelungen, die Kontrolle über das Spital zu übernehmen. Mit einem Management-Vertrag sollten die Spitalleitung und das gesamte Rechnungswesen an H Services übertragen werden. Diese neue privatisierte Spitalleitung wäre am Gewinn beteiligt worden. Die ambulanten Spitalleistungen wären organisatorisch vom Spital losgelöst und ebenfalls privatisiert worden - wiederum unter den Fittichen von H Services. Das Kalkül: Da das Limmattalspital im Vergleich mit den andern Zürcher Spitälern unterdurchschnittliche Kosten aufweist, wird es in den ersten Jahren der neuen DRG-Spitalfinanzierung Gewinne in Millionenhöhe abwerfen. Davon wollte man mit der Gewinnbeteiligung profitieren. H Services würde man zudem als Managed-Care-Versorgungsnetz aufbauen und die Hausarztpraxen der Region an sich binden - als PatientInnenzulieferer in der neuen Managed-Care-"Wertschöpfungskette". Allzu teure Behandlungen würden nicht ambulant, sondern stationär ausgeführt und damit auf die DRG-Kostenrechnung abgewälzt. Und so weiter.

Die Limmattaler Episode macht deutlich, in welche Richtung gewiefte Geschäftsleute steuern und welche "interessanten Geschäftsmodelle" sie entwickeln. Dabei entstehen in den Dunkelzonen der Vertragsfreiheit auch Räume für korruptes Verhalten. Im Fall Limmattal wollte H Services mit Hilfe eines windigen Rechtsgutachtens und mit Unterstützung des Spital-Verwaltungsrates sämtliche Gesetze des Kantons zur der Vergabe von staatlichen Aufträgen an Private

(Submissionsordnung) umgehen. Es waren denn auch solche Praktiken, die dank der Intervention des vpod ans Licht der Öffentlichkeit kamen und den Spitalübernahme durch H Services in letzter Minute verhinderten.

Gesundheitskonzerne

Werfen wir einen Blick auf die Welt der heutigen Versorgungsnetze. Laut Angaben des Forum Managed Care (Zeitschrift Care Management 2010;3: Nr.4) gibt es in der Schweiz gegenwärtig 86 Ärzte-Netzwerke. Rund ein Achtel der Versicherten wird durch eines dieser Netze betreut. Die Hälfte aller Grundversorger (Allgemeinmediziner, Internisten, KinderärztInnen) und bislang 400 SpezialistInnen haben sich einem oder mehreren Netzen angeschlossen. 73 der 86 Netze haben Verträge mit Budgetmitverantwortung unterzeichnet. Eine grosse Zahl dieser Netze hat sich dem Dachverband *medswiss.net* angeschlossen. Es überrascht nicht, dass *mediswiss.net* intensiv für die Managed-Care-Vorlage lobbyiert hat. Mitglieder der entsprechenden 'Managed-Care-Fördergruppe' sind laut dem Infobulletin 6/11 "NR Ruth Humbel CVP, Margot Enz mfe, Vinciane Frund mfe, Peter Berchtold Forum Managed Care, Felix Huber mediX, Oliver Reich Helsana, Vertreter der CSS, Jörg Fritschi *medswiss.net*". Zum Trägerverein des Dachverbands gehören bekannte Firmen wie Sandoz, Novartis, Pfizer, Sanofi, AstraZeneca, Nycomed, Roche, Spirig. Sie sind wesentlich an der Finanzierung der Projekte von *medswiss.net* beteiligt. Hier zeigt sich ein weiteres kommerzielles Interesse an Managed Care. Netzwerke bilden meist Einkaufspools und sind damit bedeutsame KundInnen der Pharmakonzerne und der für die Hersteller von medizinischen Geräten und Utensilien.

Noch dürften die Ärztenetzwerke durch das Engagement für eine qualitativ gute integrierte Versorgung geprägt sein. Doch die aktuellen Spurlösungen und die gewählten Rechtsformen deuten in Richtung einer verstärkten Kommerzialisierung. Die Gefahr ist gross, dass sich aus idealistischen Netzen HMO nach amerikanischem Vorbild entwickeln. Auch könnten neue Netze mit beträchtlichen Finanzmitteln (z.B. getragen vom grössten privaten Spitalkonzern Hirslanden) das Feld aufrollen. Fusionen, feindliche Übernahmen - das ganze Arsenal der Businesswelt würde in der ambulanten Versorgung Einzug halten. Aus den Netzen würden eigentliche Gesundheitskonzerne.

Kassenkampf

Die Ärztenetze haben sich in den letzten Jahren zu acht übergeordneten Betriebsgesellschaften zusammengeschlossen. Sechs davon haben die Rechtsform einer Aktiengesellschaft, bei einer handelt es sich um eine GmbH, und ein Netz gibt seinen rechtlichen Status im Internet nicht Preis. Laut dem Präsidenten von *mediswiss.net*, Jörg Fritschi, haben diese Betriebsnetze unter anderem die Aufgabe, die Verhandlungsposition der Netzwerke gegenüber den Krankenkassen zu stärken. Medix ist eines dieser Betriebsgesellschaften und umfasst fünf Ärztenetze in Aarau/Zürich, Bern, Luzern, Winterthur und Appenzell. Medix macht auf seiner Internet-Site deutlich, worum es geht: "Das Ziel von *mediX schweiz* ist der Aufbau einer bekannten Qualitätsmarke im Gesundheitssektor. Damit erlangen die *mediX schweiz* Partnerpraxen eine vorteilhafte Marktposition bei Patienten, Versicherten und Versicherern." Die NZZ am Sonntag vom 23.10.11 berichtet, dass die Medix-Leitung ihren Netzen einen "selektiven Aufnahmestopp" für EGK- und Assura-Versicherte empfehle. PatientInnen dieser Kassen sollten in Zukunft nur noch in medizinischen Notfällen behandelt werden. Denn die betroffenen Kassen hätten sich geweigert, sich an der Finanzierung der Netzwerk-Arbeit zu beteiligen. Die Kassen wiederum machen geltend, Ärztenetze hätten billiger zu sein als einzelne Hausarztpraxen, und deshalb seien Zusatzzahlungen unangebracht. Laut Medix-Verwaltungsratspräsident Felix Huber hält sich ein Drittel der Medix-ÄrztInnen an die Empfehlung. Aktuell sind 6000 bis 7000 Versicherte von der Medix-Empfehlung betroffen. Laut dem Bundesamt für Gesundheit ist dies rechtlich zulässig. Die Massnahme wird von der Medix-

Leitung unverblümt mit der neuen Managed Care-Vorlage begründet. "Es ist wichtig den Ärzten zu zeigen, dass sie Nein sagen können zu schlechten Verträgen", sagt Huber, der die Managed Care-Vorlage befürwortet.

Mit der neuen Vorlage werden sich solche Konflikte verschärfen. Kassen und Netze werden um die Macht ringen. Jahrelange Rechtshändel und Streitereien sind vorprogrammiert, gerade weil die Verträge zwischen Kassen und Netzen vom Gesetz nur marginal geregelt sind. Die Dummen werden jene Versicherten sein, die dabei zwischen Stuhl und Bank fallen.

Noch ist offen, ob die Netze oder die Krankenkassen aus diesen Auseinandersetzungen als Gewinner hervorgehen würden. Zwar sind die bestehenden Ärztenetze bereits besser aufgestellt, als dies allgemein wahrgenommen wird. Sie zählen darauf, dass die Kassen nicht darum herum kommen, mit ihnen Verträge abzuschliessen, weil sie die NetzwerkpatientInnen als Versicherungsnehmer behalten wollen. Für Kassen gibt es jedoch keine Verpflichtung, mit den Netzen Verträge abzuschliessen. Selbst die minimale Auflage an die Adresse der Kassen, in jeder Versorgungsregion mindestens ein Netzwerk anbieten zu müssen ist vom Gesetzgeber wieder fallen gelassen worden. Die Netzwerke dürften also über kurz oder lang nicht vermeiden können, dass sie in einen erheblichen Kostenwettbewerb untereinander geraten. Schiedsrichter und Vollzieher dieses Wettbewerbs sind die Kassen. Deshalb ist davon auszugehen, dass die Kassen einen erheblichen Machtzuwachs erfahren. Die Angebotssteuerung für das zukünftig wichtigste Modell der Grundversicherung würde weitgehend den Kassen übertragen.

Knebelverträge, Verlust jeder Wahlfreiheit

Was bedeutet dies alles für die Versicherten? Klar ist: Versicherte, die sich für eine Netzwerkpolice entscheiden, müssen auf die freie ÄrztInnenwahl verzichten und dürfen sich ausschliesslich durch das gewählte Versorgungsnetz behandeln lassen. Doch können die Versicherten nicht einfach in ein qualitativ besseres Versorgungsnetz wechseln, wenn sie mit ihrem Netz nicht zufrieden sind, oder "schlimmstenfalls" aus der integrierten Versorgung aussteigen?

Beide Optionen werden durch die Managed-Care-Vorlage stark eingeschränkt.

Die Kassen können eine Vertragsdauer von bis zu drei Jahren vorsehen. Man darf davon ausgehen, dass sich eine dreijährige Vertragsdauer durchsetzen wird. Hat sich ein Versicherter für ein Netzmodell entschieden, dann kann er drei Jahre lang weder den Versicherer noch die Versichertenform wechseln, und je nach Vertrag auch nicht das konkrete Netzwerk. Einziger Ausweg: Er bezahlt eine Austrittsprämie, deren Höhe vom Gesetz nicht begrenzt wird.

Was dies bedeutet, wissen wir aus einer andern unbegrenzten Kostenregelung. Die Krankenkassen sind laut KVG verpflichtet, Krankentaggeldversicherungen anzubieten. Doch auch hier hat der Gesetzgeber "vergessen", eine Höchstgrenze für die Prämien festzulegen. Die Folge: Die Kassen verlangen prohibitiv hohe Prämien von mehreren hundert Franken pro Monat (!), weil sie an solchen Versicherungsabschlüssen gar nicht interessiert sind.

Die "Knebelverträge" können erhebliche Folgen haben. Beispiel eins: Die langjährige Hausärztin einer versicherten Person wechselt das Versorgungsnetz. Mit dem neuen Netz hat die Krankenkasse jedoch keinen Vertrag. Folge: die versicherte Person muss ein mitunter langjähriges Vertrauensverhältnis preisgeben und die ärztliche GrundversorgerIn wechseln. Beispiel zwei: Die versicherte Person wird während der Vertragsdauer pflegebedürftig und muss in ein Pflegeheim eintreten. Sie kann verpflichtet werden, in ein Heim einzutreten, das weg vom Familien- und Bekanntenkreis liegt (möglicherweise sogar im Ausland, siehe Kasten) oder keinen sonderlich guten Ruf hat.

Die Krankenkassen hätten gezwungen werden müssen, mit sämtlichen Netzwerken Verträge abzuschliessen. Dadurch hätten die Versicherten frei zwischen den Netzwerken wählen können. Man müsste meinen, dass eine solche freie Netzwerkwahl bei den parlamentarischen Beratungen des Gesetzes hätte Eingang finden müssen. Vorstösse von Seiten der SP hatten dieses Anliegen jedenfalls auf den Tisch gebracht. Schliesslich sollte es um die Einführung einer neuen Versorgungsform gehen, nicht um die Bindung der Versicherten an ein bestimmtes Netz. Die Preisgabe der freien Arztwahl wäre so durch die freie Netzwerkwahl abgelöst worden. Doch nicht nur die Kassen hatten sich gegen entsprechende Vorschläge gewehrt, sondern auch die VertreterInnen der Netzwerke. Letzteres ist doch sehr erstaunlich. Es erklärt sich dadurch, dass sich auch die Netze von der Vertragsfreiheit erhebliche Vorteile versprechen. Sie meinen, sie könnten den Kassen für sie vorteilhafte Verträge abringen.

Im Grunde widerspricht dies dem Versicherungs-Obligatorium. Jede EinwohnerIn der Schweiz ist verpflichtet, eine Krankenversicherung anzuschliessen. Davon profitieren die Leistungserbringer, weil ihre Einnahmen wesentlich auf diesem Obligatorium beruhen. Im Gegenzug müsste im Interesse der Allgemeinheit und der Versicherten jede Form von Rosinenpickerei und von Profitmacherei unterbunden werden. Doch gerade hier schlägt die Managed-Care-Vorlage eine gefährliche Bresche.

Abgeschoben in ausländische Pflegeheime?

Pflegeheime können Mitglied eines Versorgungsnetzes sein oder mit Netzen exklusive Verträge abschliessen. Wird ein Versicherter pflegebedürftig, muss er folglich in das Heim, das ihm vom Netz zugewiesen wird. Auch ausländische Heime könnten künftig hierfür in Frage kommen. Die EU will die sogenannte "Patientenfreizügigkeit" einführen. Der Heimatstaat wäre demnach verpflichtet, an eine Behandlung im Ausland mindestens so viel zu bezahlen, wie er für die gleiche Leistung im eigenen Land entrichten würde. Laut NZZ am Sonntag vom 23.10.11 prüft das Bundesamt für Gesundheit eine Übernahme dieser Richtlinie, und GDK-Zentralsekretär Michael Jordi geht davon aus, dass sie in der Schweiz "früher oder später eingeführt wird".

Verwirrung der Versicherten, Unterhöhung der Grundversorgung

Neulich verschickte das Paraplegikerzentrum Nottwil einen Werbebrief. Für "nur" Fr.45.- Franken pro Jahr wurde darin eine Zusatzversicherung empfohlen für Querschnittlähmungen durch Unfall. Die Zahl der Versicherten, die ernsthaft überprüfen können, ob eine solche Zusatzversicherung Sinn macht und welche Leistungen durch ihr aktuelles Versicherungsset bereits gedeckt wären, dürfte in der Nähe von Null liegen. Leider steht zu erwarten, dass solche Angebote durch die Managed-Care-Vorlage massiv gefördert würden. Versorgungsnetze können nämlich auch Leistungen anbieten, die über den Leistungsumfang der Grundversicherung hinausgehen. Was auf ersten Blick sympathisch wirkt - ein Versorgungsnetz könnte sich ja zum Beispiel auf die Integration der Komplementärmedizin spezialisieren -, könnte sich jedoch als Bedrohung für die Grundversicherung entpuppen. Denn solche Zusatzangebote würden dazu führen, dass die Grenze zwischen dem, was die Grundversicherung abdeckt und dem, was ich nur bei einem bestimmten Managed-Care-Anbieter erhalte zunehmend verschwimmen. Marketing und Werbung der Netze und der Kassen dürften das Ihre zu einer solchen Verunsicherung beitragen, zum Beispiel dadurch, dass auch jene Leistungen, die durch die Grundversicherung erzwungen sind, als exklusiv dargestellt werden. So wie weiland die Zahnpasta-Marke Colgate: Sie erzielte grosse Erfolge, indem sie mit Fluorzusätzen Werbung machte. die bei allen andern Zahnpasten auch gang und gäbe waren (aber als selbstverständlich angesehen wurden).

Schon heute fühlen sich viele Versicherte von der Vielfalt der Angebote überfordert. Kommen nun weitere Differenzierungen dazu, dann könnte diese Überforderung den Boden für die Demontage der Grundversicherung bereiten. Denn es gibt bedeutende politische und kommerzielle Interessen an einer Schleifung der Grundversicherung, und Politiker wie Christoph Blocher oder Gesundheitsfachleute wie Leo Boos (Mitbesitzer der weiter oben erwähnten H Services) treten offen dafür ein.

Stellen wir uns folgende Situation vor. Wie vom Bundesrat beabsichtigt haben sich 60% der Versicherten eine Managed-Care-Police abgeschlossen. Die generelle Grundversicherung verliert in den Augen dieser Versicherten an Bedeutung, weil sie sich ohnehin mit dem besonderen Angebot ihres Netzes haben vertraut machen müssen. Die Grundversicherung erscheint zunehmend nur noch ein Anliegen jener Versicherten zu sein, die im Regime der freien Arztwahl gewählt haben. Im Jahr X steigen dann die Prämien wieder einmal überdurchschnittlich an. Nun wird der Ruf nach einer Einschränkung der Grundversicherung laut: Warum sollten all die Netzwerkversicherten denn auch weiterhin die Luxusvariante der freien Arztwahl mittragen? Besser sei es, den Grundkatalog zusammenzuziehen. Es braucht dann schon einiges Systemwissen, um zu realisieren, dass die Grundversorgung auch das Fundament der Managed-Care-Versorgung bildet.

Kostenexplosion wegen Administration?

Ein weiterer Punkt verdient Beachtung, gerade weil er normalerweise wenig Beachtung findet. Es handelt sich um die administrativen Kosten. Je geringer die Gesundheitsversorgung reguliert ist, je mehr die Gesundheitsleistungen dem Wettbewerb und der Gewinnorientierung ausgesetzt werden, umso undurchsichtiger und vielfältiger werden die Angebote und die Vertragsformen. Das ist der wichtigste Grund dafür, warum die Gesundheitskosten in den USA ganz beträchtlich höher liegen als in allen andern vergleichbaren Ländern der Welt.

In der Agglomeration der US-Stadt Seattle wurde im Rahmen einer Studie die Lage von 2277 depressiven PatientInnen untersucht. Dabei hatte man auch die Versicherungspolices dieser PatientInnen erfragt und war auf eine Vielfalt von 755 verschiedenen Versicherungsarten gestossen. All diese Verträge müssen gewartet, verstanden und eingehalten werden. In vielen Fällen kommen Rechtshändel ins Spiel, weil eben nicht immer klar ist, welche Leistungen nun vertraglich gedeckt sind und welche nicht. Kein Wunder, liegen die administrativen Kosten in den USA um ein Mehrfaches höher als im benachbarten Kanada oder sonst wo auf der Welt (siehe Kasten "Vorbild USA?").

Die Managed-Care-Vorlage macht die Türe auf für eine unbegrenzte Zahl von neuen vertraglichen Abmachungen: Zwischen Kassen und Versorgungsnetzen, innerhalb von Versorgungsnetzen, zwischen Netzen und angeschlossenen externen Leistungserbringern, zwischen verschiedenen Netzwerken. Die damit verbundenen administrativen Aufwände könnten dazu führen, dass die Gesundheitskosten wegen der Managed-Care-Vorlage steigen statt - wie rundum versprochen wird - zu sinken.

Vorbild USA?

Die Idee von Managed Care kommt aus den USA. Laut den aktuellsten OECD-Zahlen hat das US-Gesundheitswesen im Jahr 2009 17.4 % der Wirtschaftsleistung des Landes (BIP) beansprucht. Dahinter folgt eine Gruppe von 18 Ländern mit BIP-Anteilen zwischen 9.6% und 12% (Schweiz: 11.4%). In den USA sind 47 Mio BewohnerInnen ohne Krankenversicherung. 52% der Menschen aus der ärmeren Bevölkerungshälfte berichten, sie hätten als finanziellen Gründen nur beschränkten Zugang zu Gesundheitsleistungen (England: 9%). Die medizinische Unterversorgung der wenig Begüterten geht einher mit einer starken Tendenz zur Überversorgung der zahlungskräftigen PatientInnen. In den USA

werden mehr als doppelt so viele MRI- und CT-Untersuchungen vorgenommen wie im OECD-Schnitt, die Spitaleinweisungen wegen Asthma sind vier mal so hoch wie in der Schweiz (alle Angaben: OECD). All dies sind typische Merkmale einer hochgradig kommerzialisierten Gesundheitsindustrie. Eine Schlüsselgrösse des US-Systems ist die Vertragsfreiheit für die Netze und die Versicherungen: Sie können die Inhalte ihrer vertraglichen Abmachungen weitgehend frei bestimmen. Zudem sind diese Verträge nicht öffentlich. Für den Fall einer Annahme der Managed-Care-Vorlage würde genau dies nachher auch in der Schweiz gelten.

All die unterschiedlichen Verträge, die unter dem Regime der Vertragsfreiheit entstehen, müssen ausgehandelt, gewartet, verstanden und eingehalten werden. In vielen Fällen kommen Rechtshändel ins Spiel, weil eben nicht immer klar ist, welche Leistungen nun vertraglich gedeckt sind und welche nicht. Das treibt die administrativen Kosten in die Höhe. Im Jahr 2005 wurden pro Kopf der Bevölkerung in den USA alleine für die Administration in der Gesundheitsversorgung 1745 \$ aufgewendet - gegenüber 471\$ in Kanada (Woolhandler et al, NEJM 2003, updated).

Managed Care wird unter anderem deshalb gepriesen, weil damit die Kosten der Gesundheitsversorgung gesenkt werden können. Dieses Argument ist auch bei der DRG-Spitalfinanzierung aufgeführt worden - und hat sich bereits in Luft aufgelöst. Wird Managed-Care mit der Kassen-Vertragsfreiheit kombiniert, dann droht dasselbe: Trotz unbestrittenen Effizienzgewinnen und trotz der fraglichen Budgetmitverantwortung steigen die Gesamtkosten wegen der administrativen und rechtlichen Aufwände. Dazu kommen noch die Gewinne und die Boni der Gesundheitskonzerne. Die Chefs der grossen US-Versorgungsnetze bezogen bereits 2003 Gehälter bis zu 50 Mio US\$ pro Jahr (Graef Cristal, 10.6.2004). Da sehen selbst Marcel Ospel und Daniel Vasela alt aus...

Höhere Kostenbeteiligung

Die Managed-Care-Vorlage sieht vor, dass der Selbstbehalt für alle jene von 10% auf 15% ansteigt, die sich für die freie Arztwahl und gegen ein Versorgungsnetz entscheiden. Dabei ist eine Obergrenze von Fr.1000.- pro Jahr vorgesehen. Diese Grenze kann vom Bundesrat der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen angepasst werden und dürfte deshalb schon bald deutlich höher zu liegen kommen. Diese erhöhten Selbstbehalte sind durch keinerlei Leistungsverbesserungen begründet.

In keinem andern Land Europas bestreiten die BewohnerInnen einen gleich hohen Anteil der Gesundheitskosten aus der eigenen Tasche wie in der Schweiz (OECD 2011). Selbstbehalte, Franchisen, Zahnärztliche Kosten, Medikamente ohne ärztliche Verschreibung, Psychotherapien und manche präventiven Massnahmen tragen dazu bei. Deshalb ist eine weitere Erhöhung des Selbstbehaltes nicht akzeptabel - zumal in der Schweiz auch die Kassenprämien einer unsozialen Kopfsteuer entsprechen (auch dies ist in Europa die grosse Ausnahme).

Zudem ist es aus unserer Sicht alles andere als wünschenswert, wenn die Versicherten mit monetären Anreizen zu einer für sie unvorteilhaften Versicherungsform verleitet werden: Ohne freie Arzt- und Netzwerkwahl, gebunden mit Knebelverträgen und dem Risiko der versteckten Rationierung ausgesetzt.

Ja zu einer Integrierten Versorgung ohne Fussangeln und ohne Kommerzialisierung

Wie eingangs betont, spricht aus Sicht einer optimalen Versorgung alles für die verstärkte Integration und Koordination der Versorgungsleistungen. Nach einer allfälligen Ablehnung der jetzigen Vorlage in der Volksabstimmung soll deshalb sofort eine neue Variante ausgearbeitet werden mit folgenden Eckwerten:

Erstens: Sämtliche Kassen sollen mit sämtlichen Versorgungsnetzen Verträge abschliessen müssen. Damit ist die freie Wahl des Versorgungsnetzes gewährleistet.

Zweitens: Die Budgetmitverantwortung der Versorgungsnetze muss ausgeschlossen werden. Das bedeutet keineswegs, dass die Effizienz der Versorgung keine Rolle spielen soll. Was aber unbedingt vermieden werden muss sind Anreiz-Systeme, durch welche sich ökonomische Interessen vor die optimale Betreuung der Patientinnen und Patienten schieben,

Drittens: Der von keiner Seite bestrittene differenzierte Risikoausgleich zwischen den Krankenkassen (der übrigens in keinem inneren Zusammenhang mit Managed-Care steht) soll in einer separaten Gesetzesvorlage vorgelegt werden.

Vorlage mit Nebenwirkungen

Zum Schluss sei noch darauf hingewiesen, dass die Vorlage nicht nur eine neue Versicherungsform definiert, sondern auch Auswirkungen auf die bestehenden Formen hat. Dies rührt daher, dass die Bestimmungen betreffend Selbstbehalt und Vertragsdauer für sämtliche Versicherungsformen gelten, die mit tieferen Prämien verbunden sind. Dazu gehören insbesondere Telemedizin, höhere Franchisen und Hausarztmodelle. Beispiel: Wer ein Hausarztmodell nach heutiger Regelung wählt, wird künftig höhere Selbstbehalte in Kauf nehmen müssen und zudem eine längere Vertragsdauer eingehen. Die nachstehende Tabelle zeigt die Details: Grau unterlegt sind die Verschlechterungen.

	Freie Arztwahl		Besondere Versicherungsformen mit tieferen Prämien		Neue Managed Care-Versorgungsnetze	
	Heute	Vorlage	heute	Vorlage	heute	Vorlage
Selbstbehalt Prozent	10%	15%	10%	15%	-	10%
Selbstbehalt Maximum	700.-	1000.-	700.-	1000.-	-	500.-
Vertragsdauer in Jahren	1	1	1	bis 3	-	bis 3
Austrittsprämie bei Wechsel von Kasse und Form	keine	keine	keine	ja	-	ja
Budgetmitverantwortung	-	-	möglich	möglich	-	obligatorisch

Anhang: Die Managed Care-Vorlage

Beschluss der Eidgenössischen Räte vom 30.9.2011

Bundesgesetz über die Krankenversicherung(KVG) (Managed Care) Änderung vom 30. September 2011

Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,

nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates vom 15. September 20041,

beschliesst:

I

Das Bundesgesetz vom 18. März 19942 über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:

Art. 12 Abs. 5

5 Krankenkassen dürfen weder Einrichtungen zur medizinischen Behandlung von Versicherten führen noch sich finanziell an solchen Einrichtungen beteiligen.

Art. 34 Abs. 3

3 Der Bundesrat kann im Rahmen von zeitlich befristeten Pilotprojekten eine Übernahme der Kosten von Leistungen im Ausland vorsehen. Er strebt an, dass der betreffende ausländische Staat Gegenrecht gewährt.

Art. 41 Abs. 4

Aufgehoben

2a. Abschnitt: Besondere Versicherungsformen

Art. 41b Grundsatz

1 Die Versicherten können mit dem Versicherer vereinbaren, Leistungen einzig bei einem integrierten Versorgungsnetz nach Artikel 41c zu beanspruchen, mit dem ihr Versicherer einen Vertrag über die Behandlung und deren Steuerung abgeschlossen hat (Integrierte Versorgung). Die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind in jedem Fall versichert.

2 Der Bundesrat kann weitere Versicherungsformen zulassen, die nicht als integrierte Versorgung gelten, namentlich solche, bei denen:

- a. die Versicherten die Möglichkeit erhalten, sich gegen eine Prämienermässigung stärker als nach Artikel 64 an den Kosten zu beteiligen;
- b. die Höhe der Prämie der Versicherten sich danach richtet, ob sie während einer bestimmten Zeit Leistungen in Anspruch genommen haben oder nicht;
- c. die Versicherten gegen eine Prämienermässigung ihr Wahlrecht auf Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt.

Art. 41c Integrierte Versorgungsnetze

1 Eine Gruppe von Leistungserbringern, die sich zum Zweck der Koordination der medizinischen Versorgung zusammenschliessen, bildet ein integriertes Versorgungsnetz. In einem integrierten Versorgungsnetz wird der Prozess der Behandlung der Versicherten über die ganze Behandlungskette hinweg gesteuert.

Das integrierte Versorgungsnetz muss den Zugang zu allen Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sicherstellen.

2 Die Versicherer schliessen mit dem integrierten Versorgungsnetz einen Vertrag ab, der insbesondere die Zusammenarbeit, den Datenaustausch, die Qualitätssicherung und die Vergütung der Leistungen regelt. Artikel 46 ist auf diese Verträge nicht anwendbar. Im Rahmen des definierten Behandlungsprozesses können in Abweichung von Artikel 34 Absatz 1 Leistungen vorgesehen werden, die über die obligatorische Krankenpflegeversicherung hinausgehen.

3 Das integrierte Versorgungsnetz wählt für seine Organisation eine Rechtsform, die gewährleistet, dass die im Vertrag mit den Versicherern eingegangenen Verpflichtungen erfüllt werden können.

4 Die in einem integrierten Versorgungsnetz zusammengeschlossenen Leistungserbringer übernehmen im vertraglich vereinbarten Umfang die finanzielle Verantwortung für die medizinische Versorgung der Versicherten (Budgetmitverantwortung).

5 Der Bundesrat kann Anforderungen an die notwendige Qualität der integrierten Versorgungsnetze und den Umfang der Budgetmitverantwortung festlegen.

Art. 41d Dauer des Versicherungsverhältnisses

1 Der Versicherer kann für die besonderen Versicherungsformen nach Artikel 41b, sofern er für diese eine Prämienermässigung gewährt, für das Versicherungsverhältnis neben der Dauer von einem Jahr auch eine Dauer von bis zu drei Kalenderjahren vorsehen. Artikel 7 Absätze 3 und 4 bleibt vorbehalten.

2 Hat sich die versicherte Person für eine besondere Versicherungsform mit einer längeren Dauer des Versicherungsverhältnisses nach Absatz 1 entschieden, so kann sie den Versicherer, nicht aber die Versicherungsform vor Ablauf dieser Dauer wechseln:

- a. bei wesentlichen Änderungen der Versicherungsbedingungen;
- b. bei einer Prämienhöhung, die über der durchschnittlichen Prämienhöhung im Kanton liegt.

3 Gegen Bezahlung der vertraglich vereinbarten Austrittsprämie kann die versicherte Person sowohl den Versicherer als auch die Versicherungsform vor Ablauf der Dauer nach Absatz 1 wechseln. Der Versicherer vereinbart mit der versicherten Person bei Vertragsabschluss die Austrittsmodalitäten; Artikel 7 bleibt vorbehalten.

Art. 57 Abs. 9

9 Die Versicherer können mit den in integrierten Versorgungsnetzen nach Artikel 41c zusammengeschlossenen Leistungserbringern vertraglich vereinbaren, dass diesen die Aufgaben und Zuständigkeiten der Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen übertragen werden.

Art. 62 Abs. 1, 2 und 2bis erster Satz

1 Der Versicherer kann die Prämien für integrierte Versorgungsnetze nach Artikel 41c vermindern oder Rückvergütungen vorsehen.

2 Aufgehoben

2bis Die Kostenbeteiligung wie auch der Verlust der Prämienermässigung bei den besonderen Versicherungsformen nach Artikel 41b Absatz 2 dürfen weder bei einer Krankenkasse noch bei einer privaten Versicherungseinrichtung versichert werden.

...

Art. 64 Abs. 2 Bst. b und c, 2bis, 3, 3bis,, 6 Bst. c und d sowie 7

2 Diese Kostenbeteiligung besteht aus:

b. 15 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt); vorbehalten bleibt Buchstabe c;

c. 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt) der Leistungen, die im Rahmen eines integrierten Versorgungsnetzes nach Artikel 41c erbracht oder veranlasst werden.

2bis Die Versicherer können auf die Erhebung der Kostenbeteiligung für Leistungen, die im Rahmen eines integrierten Versorgungsnetzes nach Artikel 41c erbracht oder veranlasst werden, ganz oder teilweise verzichten.

3 Der Bundesrat bestimmt die Franchise. Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehalts beträgt 1000 Franken. Der jährliche Höchstbetrag für den Selbstbehalt für Versicherte, die einem integrierten Versorgungsnetz nach Artikel 41c angehören, beträgt maximal 500 Franken.

3bis Der Bundesrat kann die jährlichen Höchstbeträge des Selbstbehalts nach Absatz 3 der Kostenentwicklung im Bereich der Krankenversicherung anpassen.

6 Der Bundesrat kann:

c. *Aufgehoben*

d. die Kostenbeteiligung für einzelne Leistungen der medizinischen Prävention, die im Rahmen von national oder kantonale organisierten Präventionsprogrammen durchgeführt werden, herabsetzen oder aufheben.

7 Für folgende Leistungen darf der Versicherer keine Kostenbeteiligung erheben:

a. Leistungen nach Artikel 29 Absatz 2;

b. Leistungen nach Artikel 25, die ab der 13. Schwangerschaftswoche, während der Niederkunft und bis acht Wochen nach der Niederkunft erbracht werden.

II

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 20073 (Risikoausgleich)

Ziff. 2 Abs. 2 und 5 zweiter Satz

2. Neuer Risikoausgleich

2 Als Kriterium für das erhöhte Krankheitsrisiko sind der Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim (Art. 39) im Vorjahr, der länger als drei Tage dauert, und die durch geeignete Indikatoren abgebildete Morbidität der Versicherten, massgebend.

5 ... Er umschreibt den für den Risikoausgleich massgebenden Aufenthalt in einem Spital oder in einem Pflegeheim näher, bezeichnet die Ausnahmen und legt weitere Indikatoren, die die Morbidität abbilden, fest.

III

Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 30. September 2011 (Managed Care)

1 Die Umsetzung von Artikel 64 Absatz 2 Buchstaben b und c sowie Absatz 3 erfolgt drei Jahre nach Inkrafttreten der Änderung vom 30. September 2011. Soweit

in gewissen Kantonen vor diesem Zeitpunkt das Angebot eines oder mehrerer integrierter Versorgungsnetze nach Artikel 41c besteht, bestimmt der Bundesrat nach Anhörung der Kantone, dass sich in diesen Kantonen die Kostenbeteiligung der Versicherten nach Artikel 64 Absatz 2 Buchstaben b und c sowie Absatz 3 richtet.

2 Während der dreijährigen Einführungsphase führt der Bundesrat in Zusammenarbeit mit den Versicherern, den Leistungserbringern und den Kantonen eine Evaluation über die Durchführung und die Wirkungen der Änderung vom 30. September 2011 durch. Hat die Änderung nicht zu einem flächendeckenden Angebot von integrierten Versorgungsnetzen geführt, schlägt der Bundesrat dem Parlament weitere Massnahmen vor. Bis zum Inkrafttreten neuer Bestimmungen, längstens aber bis zum Ablauf von fünf Jahren nach Inkrafttreten der Änderung vom 30. September 2011, kann der Bundesrat die Versicherer dazu verpflichten, alleine oder in Zusammenarbeit mit einem oder mehreren Versicherern für ihre Versicherten eine oder mehrere besondere Versicherungsformen anzubieten, die die Leistungen von integrierten Versorgungsnetzen nach Artikel 41c umfassen. Der Bundesrat kann die Umsetzung von Artikel 64 Absatz 2 Buchstaben b und c sowie Absatz 3 in den Kantonen, in denen die Massnahme noch nicht anwendbar ist, sistieren. In diesen Kantonen gilt ein Selbstbehalt von 10 Prozent und der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehaltes beträgt 700 Franken.

3 Die Umsetzung von Artikel 64 Absatz 3bis erfolgt erstmals drei Jahre nach Inkrafttreten der Änderung vom 30. September 2011.

4 Die beim Inkrafttreten der Änderung vom 30. September 2011 vorhandenen Einrichtungen und Krankenkassenbeteiligungen nach Artikel 12 Absatz 5 dürfen während höchstens fünf Jahren weiterbestehen.

IV

1 Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.

2 Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten.

Ständerat, 30. September 2011
Der Präsident: Hansheiri Inderkum
Der Sekretär: Philippe Schwab

Nationalrat, 30. September 2011
Der Präsident: Jean-René Germanier
Der Sekretär: Pierre-Hervé Freléchoz

Referendum «Nein zur Managed-Care-Mogelpackung»



Medizinische Behandlung wird teurer: Neu müssen künftig bis zu 1'000 Franken pro Jahr selbst bezahlt werden – zusätzlich zur Franchise von mindestens 300 Franken.

Knebelverträge: Wer sich das nicht leisten kann, muss sich an ein bestimmtes Managed-Care-Netz binden. Wer mit dem Netz nicht zufrieden ist, darf es bis zu drei Jahre lang nicht verlassen – es sei denn, er bezahlt eine hohe Austrittsprämie.

Zweitklassige Medizin: Die Managed-Care-Netze müssen Budgetziele einhalten. Das schafft Anreize, nur noch die billigsten Untersuchungen und Therapien anzuordnen und den PatientInnen «teure» Verfahren vorzuenthalten.

Kassendiktat: Die Kassen können frei wählen, mit welchen Managed-Care-Netzen sie Verträge abschliessen und was in diesen Verträgen steht. Zu «teure» Netze werden ausgebaut.

Verwirrung: Schon jetzt ist es schwierig, sich im Dschungel der Versicherungsformen zurechtzufinden. Dieser Dschungel soll nun noch um ein Vielfaches grösser werden, denn jedes Netz kann andere Leistungen anbieten.

Sagen Sie NEIN zu dieser Mogelpackung - unterschreiben Sie jetzt das Referendum.

REFERENDUM gegen die Änderung vom 30. September 2011 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung KVG (Managed Care).

Die unterzeichnenden stimmberechtigten Schweizer Bürgerinnen und Bürger verlangen, gestützt auf Art. 141 der Bundesverfassung und nach dem Bundesgesetz vom 17. Dezember 1976 über die politischen Rechte, Art. 59ff, dass die Änderung vom 30. September 2011 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) (Managed Care) der Volksabstimmung unterbreitet werde.

Auf dieser Liste können nur Stimmberechtigte unterzeichnen, die in der genannten politischen Gemeinde in eidgenössischen Angelegenheiten stimmberechtigt sind. Bürgerinnen und Bürger, die das Begehren unterstützen, mögen es handschriftlich unterzeichnen. Wer bei einer Unterschriftensammlung besticht oder sich bestechen lässt oder wer das Ergebnis einer Unterschriftensammlung für ein Referendum fälscht, macht sich strafbar nach Art. 281 beziehungsweise nach Art. 282 des Strafgesetzbuches.

Kanton:		PLZ:	Politische Gemeinde:					
Nr.	Name (handschriftlich und möglichst in Blockschrift)	Vorname	Genaueres Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)			Wohnadresse (Strasse und Hausnummer)	Eigenhändige Unterschrift	Kontrolle (leer lassen)
1								
2								
3								

Ablauf der Referendumsfrist: 19. Januar 2012

Die unterzeichnete Amtsperson bescheinigt hiermit, dass obenstehende (Anzahl) Unterzeichnerinnen und Unterzeichner des Referendums in eidgenössischen Angelegenheiten stimmberechtigt sind und ihre politischen Rechte in der erwähnten Gemeinde ausüben.

Ort:	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"> Amtsstempel: </div>	Die zur Bescheinigung zuständige Amtsperson:
Datum:		Eigenhändige Unterschrift:
		Amtliche Eigenschaft:

Die Liste ist vollständig oder teilweise ausgefüllt zurückzusenden **bis spätestens 15. Dezember 2011** an das Referendumskomitee: vpod schweiz, Postfach 8279, 8036 Zürich, das für die Stimmrechtsbescheinigung besorgt sein wird. Weitere Listen können auch dort bestellt werden oder online unter www.nein-zur-mogelpackung.ch