

Vernetzte Medizin: bewährt und patientenfreundlich

dossierpolitik

26. März 2012

Nummer 6

Ja zur Managed-Care-Vorlage. Nach gut sieben Jahren parlamentarischen Seilziehens konnte dieses grosse Reformvorhaben des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) verabschiedet werden. Die Vorlage will zweierlei: Erstens soll die bereits bewährte integrierte Versorgung gesetzlich gefördert werden, zweitens will man den Risikoausgleich zwischen den Krankenversicherern fairer gestalten. Das Parlament konnte mit dem erreichten Konsens seine Reformfähigkeit in der Gesundheitspolitik unter Beweis stellen. Dennoch hat am 17. Juni 2012 das Volk das letzte Wort, weil Spezialärzte und linke Gruppierungen das Referendum ergriffen haben. Das Referendumskomitee hat sich in erster Linie wegen des finanziellen Anreizes für die Versicherten und der zwingenden Budgetmitverantwortung der Mediziner gebildet.

Position economiessuisse

- ▶ **Zukunftsmedizin ist integrierte Teammedizin.** Genau dies wird durch die Managed-Care-Vorlage erreicht: Die integrierte Versorgung setzt Hausärzte und Ärztenetzwerke ins Zentrum des Systems und stärkt somit die Hausarztmedizin als Basis unserer Gesundheitsversorgung.
- ▶ **Der Leistungswettbewerb im Gesundheitswesen verbessert sich durch die Vorlage.** Durch den morbiditätsorientierten Risikoausgleich lohnt sich die Jagd nach guten Risiken nicht mehr.
- ▶ **Die Managed-Care-Vorlage ist die erste grössere Reform in der ambulanten Versorgung.** Mit einem Ja an der Urne wird die Reformfähigkeit des schweizerischen Gesundheitswesens unter Beweis gestellt.

Was ist Managed Care?

► Managed Care ist in erster Linie ein Versorgungskonzept, das medizinische Leistungen optimal aufeinander abstimmt.

Managed Care, integrierte Versorgung, integrierte Modelle oder Ärztenetzwerke – diese Bezeichnungen werden häufig als Synonyme gebraucht. Was ist darunter zu verstehen? Grundsätzlich ist der Begriff Managed Care sehr breit gefasst. In erster Linie geht es um ein Versorgungskonzept: Die einzelnen Behandlungsschritte werden von den Leistungserbringern optimal aufeinander abgestimmt, sodass sich keine Doppelspurigkeiten, Zwischenfälle oder Lücken ergeben. Zweitens geht es um die Verbindlichkeit der Steuerung: Ärztenetzwerke regeln die Zusammenarbeit mit den Versicherern in einem Vertrag.¹

Welche Eigenschaften haben solche vertragsbasierten Modelle? Sie bestehen aus Ärzten und dienen der Gesundheitsversorgung. Die Versorgung der Patienten erfolgt durch vereinbarte Behandlungsprozesse, wobei die Steuerung wenn immer möglich aus einer Hand erfolgt (Integration). Zudem arbeiten die Ärztenetzwerke bedürfnis-, qualitäts- und kostenorientiert. Durch Verträge sind sie mit den Krankenversicherern verbunden. Bei der verbindlichsten Art der integrierten Versorgung wird zwischen dem Netzwerk und dem Versicherer eine Budgetmitverantwortung vereinbart. Die finanzielle Verantwortung wird aufgeteilt, wobei die hohen Risiken (z. B. unerwartete Hochkostenfälle) selbstverständlich vom Krankenversicherer getragen werden.

► Die Gesundheitsversorgung wird immer komplexer. Für den einzelnen Patienten wird es schwieriger, sich in all den Angeboten zu orientieren.

Eine integrierte Versorgung hat sich in der Schweiz bereits bewährt und ist in der Grundversicherung das Gebot der Stunde, denn die medizinische Versorgung ist in den letzten Jahren zusehends komplexer geworden: Durch Innovation hat sich das Angebot an Diagnoseinstrumenten und Behandlungsmethoden stark verbreitert. Dadurch wird es schwieriger, für den einzelnen Patienten den richtigen Diagnose- und Behandlungsablauf zu finden. Zudem sind komplexe und chronische Krankheitsbilder durch die Alterung der Bevölkerung zahlreicher geworden. Individuelle Konsultationen bei verschiedenen Ärzten, die voneinander nichts wissen, sind aber nicht nur kostspielig, sondern auch gesundheitsgefährdend.

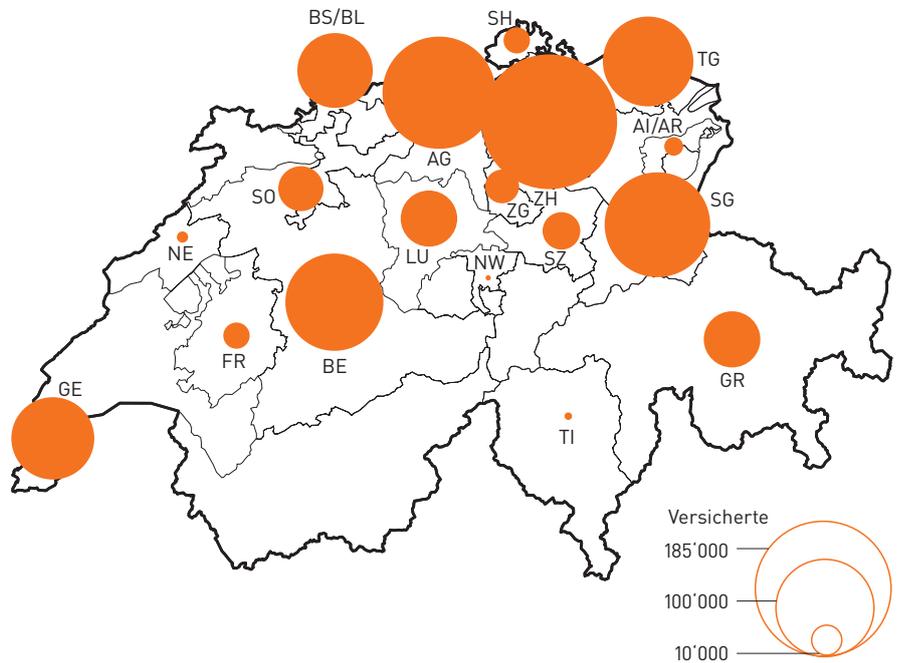
Ärztenetze versorgen heute in der Schweiz 1,3 Millionen Versicherte. Damit hat sich die Ausbreitung integrierter Versorgungsmodelle seit 2004 rund verdreifacht. Zudem hat sich die Verbindlichkeit der Netzwerke in dieser Zeit erhöht. Die geografische Verteilung solcher Organisationen ist dagegen recht unterschiedlich: Während sie in der Deutschschweiz fast flächendeckend vorhanden sind, gibt es in der restlichen Schweiz erst wenige.

¹ Auch Nichtvertragsmodelle (Listenmodelle, Lightmodelle usw.) werden zu Managed Care gezählt. Es besteht dann kein Vertrag zwischen den einzelnen Ärzten und den Krankenversicherern. Wir klammern diese hier aus, da sie nicht Gegenstand der Reform sind.

Grafik 1

► Die Hälfte der Grundversorger und über 400 Spezialärzte sind heute den Ärztenetzen angeschlossen. Sie betreuen rund 1,3 Millionen oder 17 Prozent der Versicherten – doppelt so viele wie 2008 und dreimal so viele wie 2004. In einzelnen Regionen, beispielsweise im Kanton Thurgau, wird jeder Dritte von einem Netzwerkarzt hausärztlich betreut.

Rund 100 Ärztenetze sind in der Schweiz aktiv – in vielen Kantonen flächendeckend



Quelle: «Forum Managed Care: Fakten Integrierte Versorgung in der Schweiz 2010» [© Forum Managed Care].

Was will die Managed-Care-Vorlage?

► Neben der Förderung der integrierten Versorgung will die Vorlage auch den Risikoausgleich zwischen den Krankenversicherern verbessern.

Die Vorlage will zwei grosse Reformanliegen verwirklichen: Erstens soll die integrierte Versorgung gesetzlich gefördert werden, zweitens will man den Risikoausgleich zwischen den Krankenversicherern verfeinern.

Die integrierte Versorgung wird von autonomen² Ärztenetzen durchgeführt. Es bestehen heute bereits rund 100 solcher Netzwerke. Mit der Managed-Care-Vorlage sollen sich dank des finanziellen Anreizes mehr Versicherte für ein solches Netzwerk entscheiden. Die Grundversicherten haben aber nach wie vor die Wahl, sich einem Managed-Care-Netzwerk anzuschliessen oder darauf zu verzichten.

² Unabhängigkeit von den Krankenversicherern.

Grafik 2

► Die Managed-Care-Vorlage ist ein ausgewogenes Gesetzespaket, das die Gesundheitsversorgung in der Grundversicherung verbessern wird. Die Reform will die integrierte Versorgung als Standardmodell einführen. Dieses hat sich bisher bewährt. Der Patient wendet sich im Krankheitsfall immer zuerst an seinen Hausarzt und wird von diesem zur weiteren Behandlung an Spezialisten, stationäre Einrichtungen oder andere Leistungserbringer verwiesen. Die freie Arztwahl innerhalb des Netzwerks bleibt gewahrt; ebenso kann sich der Patient für die freie Arztwahl im gesamten Versorgungssystem entscheiden.

► Künftig soll es für die Kostenbeteiligung keine Rolle mehr spielen, ob eine Schwangerschaft mit Komplikationen verläuft oder ohne.

Vor und nach der Revision**Vor der Revision****Standard:**

- Keine verbindliche Koordination
- Freie Arztwahl

Wahlmöglichkeit:

- Verbindliche Koordination
- Freie Arztwahl eingeschränkt auf die Mitglieder eines Versorgungsnetzes

Nach der Revision**Standard:**

- Verbindliche Koordination
- Freie Arztwahl eingeschränkt auf die Mitglieder eines Versorgungsnetzes

Wahlmöglichkeit:

- Keine verbindliche Koordination
- Freie Arztwahl

Quelle: Forum Managed Care.

Mit der Verfeinerung des Risikoausgleichs wird erstmals die Morbidität berücksichtigt: Als Kriterium für das erhöhte Krankheitsrisiko sind der Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr (länger als drei Tage) und die Morbidität der Versicherten massgebend. Letztere muss durch geeignete Indikatoren über die Ausführungsbestimmungen abgebildet werden.

Als weitere, kleinere Änderung wird die Kostenbeteiligung in der Mutterschaft gerechter geregelt. Der Unterschied zwischen der eigentlichen Mutterschaft und den Komplikationen aus einer Mutterschaft wird abgeschafft. Dadurch spielt es bezüglich Kostenbeteiligung keine Rolle mehr, ob eine Frau eine problemlose Schwangerschaft hat, oder ob es zu Komplikationen kommt. Bisher musste eine Frau bei Komplikationen zusätzlich eine Kostenbeteiligung leisten. Diese dem Gerechtigkeitsempfinden widersprechende Regelung wird mit der Managed-Care-Vorlage beseitigt.

Eckpfeiler der Managed-Care-Vorlage³**1. Gesetzlich verankerte Definition eines integrierten Versorgungsnetzes**

-«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.»

-Leistungserbringer können freiwillig in ein Netzwerk, niemand wird gezwungen.

-Unabhängigkeit von den Krankenversicherern. Es sind auch keine finanziellen Beteiligungen zugelassen.

-Entscheidungsfreiheit bezüglich innerer Organisation der Netzwerke.

2. Verträge zwischen Leistungserbringern und Versicherern

- Der Vertrag regelt insbesondere die Zusammenarbeit, den Datenaustausch, die Qualitätssicherung und die Vergütung der Leistungen.
- Die in einem integrierten Versorgungsnetz zusammengeschlossenen Leistungserbringer übernehmen im vertraglich vereinbarten Umfang die finanzielle Verantwortung für die medizinische Versorgung der Versicherten (Budgetmitverantwortung).
- Flexible, vertragliche Vereinbarungen sind möglich: Qualitätssicherung – Zusammenarbeit – Datenaustausch – Vergütung.
- Verträge müssen vom Bundesrat nicht mehr genehmigt werden. Der Bundesrat kann aber Qualitätsanforderungen festlegen.
- Möglichkeiten für Leistungen, die über die Grundversicherung hinausgehen.

3. Verträge zwischen Versicherern und Versicherten

- Vertragsdauer bis zu drei Jahren, aber Einjahresvertrag muss möglich bleiben und für Mehrjahresverträge braucht es eine Prämienermässigung.
- Vertragsveränderungen innerhalb der Vertragsdauer sind möglich
 - bei wesentlichen Änderungen der Vertragsbedingungen;
 - bei überdurchschnittlichen Prämien erhöhungen;
 - gegen eine vertraglich festgelegte Austrittsprämie.

4. Prämien und Kostenbeteiligungen

- Prämien sind im Managed-Care-Modell tiefer, Rückvergütungen sind möglich.
- Kostenbeteiligung ist tiefer, sie kann sogar ganz wegfallen!
- Diese Kostenbeteiligung besteht aus zehn Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt) der Leistungen, die im Rahmen eines integrierten Versorgungsnetzes veranlasst werden. Wohingegen das Standardmodell 15 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt) beinhaltet.
- Der jährliche Höchstbetrag für den Selbstbehalt für Versicherte, die einem integrierten Versorgungsnetz angehören, beträgt maximal 500 Franken. Der jährliche Höchstbetrag des Selbsthalts im bisherigen Modell beträgt 1000 Franken.
- Der Bundesrat bestimmt die Franchise.

5. Wichtige andere Änderungen im Reformpaket

- Verfeinerter Risikoausgleich mit weiteren Morbiditätsindikatoren verhindert die Jagd nach guten Risiken.
- Die Kostenbeteiligung in der Schwangerschaft wird generell abgeschafft, also auch bei Schwangerschaftskomplikationen. Keine Benachteiligung mehr für Frauen mit Schwangerschaftskomplikationen gegenüber Frauen mit einer komplikationsfreien Schwangerschaft.

6. Übergangsfristen

- Für Kassenunabhängigkeit: fünf Jahre.
- Für Entwicklung der integrierten Versorgungsnetze: drei Jahre. Bis dahin sind die veränderten Kostenbeteiligungen sistiert.

Beurteilung der Vorlage aus gesundheitspolitischer Sicht

► Die Grundanliegen, die die Wirtschaft an eine moderne Gesundheitsversorgung richtet, werden in dieser Vorlage berücksichtigt.

economiesuisse verlangt in den 2011 publizierten Leitlinien zur Gesundheitspolitik mehr Transparenz, Wettbewerb und Selbstverantwortung im Gesundheitswesen sowie den allgemeinen Zugang zu hochwertigen Leistungen, die aber nachhaltig finanziert werden müssen. Die Managed-Care-Vorlage erfüllt diese Anforderungen.

Managed-Care-Modelle (integrierte Versorgung) in der Grundversicherung fördern die Transparenz und schaffen Synergien. Dadurch steigt die Behandlungsqualität. Der Zugang zu innovativen Behandlungsmethoden bleibt vollumfänglich gewahrt. Damit der Wettbewerb spielen kann, darf der Bund jedoch weder ein Obligatorium noch eine allzu genaue Spezifikation der Managed-Care-Modelle vorschreiben. Im Gesetz sollen lediglich Rahmenbedingungen formuliert werden. Es ist ausreichend, wenn ein solches Modell gewisse definierte Eigenschaften erfüllt wie beispielsweise die Einbindung der Leistungserbringer in die Budgetverantwortung. Genau dies ist in der Managed-Care-Reform vorgesehen. Die künftigen Verordnungsbestimmungen müssen diesen Geist weiterführen, damit die Reform ordnungspolitisch richtig ausgestaltet ist.

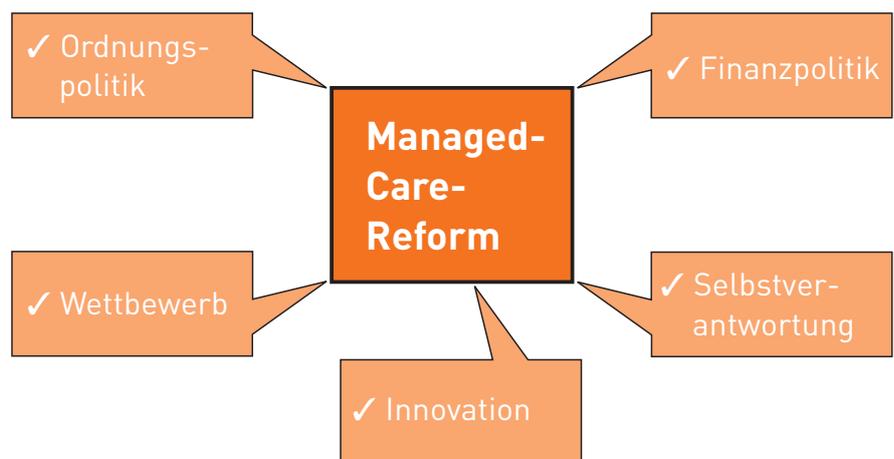
► Die integrierte Versorgung entlastet die Grundversicherung finanziell, weil sie effizient qualitativ hochstehende Leistungen erbringen kann.

Aus Sicht von economiesuisse ist eine breite Einführung von Managed-Care-Modellen in der Grundversicherung zweckmässig. Sie bieten sich sogar als Standardmodell für die Grundversicherung an. Durch die differenzierte Kostenbeteiligung werden die Anreize hin zu mehr integrierter Versorgung gesetzt. Zudem entlasten integrierte Modelle die kollektive Finanzierung, weil sie bessere Qualität zu günstigeren Konditionen bieten.

Grafik 3

► economiesuisse hat 2011 Leitlinien zur Gesundheitspolitik formuliert, um Projekte aus Sicht der Wirtschaft zu beurteilen. Die Managed-Care-Reform erfüllt die Kriterien und trägt viel zur innovativen Weiterentwicklung des Gesundheitswesens bei.

Managed Care erfüllt wesentliche Kriterien der Wirtschaft



Quelle: eigene Darstellung.

Die zwei Hauptargumente für Managed Care

► Dass Managed Care bessere Leistungen erbringen kann als das herkömmliche System, ist wissenschaftlich schon mehrfach belegt worden.

1. Mit Managed Care verbessert sich die Qualität

Qualität der Versorgung ist ein schwer fassbarer Begriff. Trotzdem gibt es zahlreiche Belege dafür, dass die Qualität in den Managed-Care-Modellen besser ist als in der verzettelten Versorgung. Ein erster, wichtiger Hinweis ist die Organisation der Netzwerke an sich. Qualität ist dort nicht nur ein Lippenbekenntnis, sondern wird durch standardisierte Behandlungsabläufe gelebt. Die Steuerung der Patienten erfolgt qualitätsbasiert und aus einer Hand. In der fragmentierten Versorgung wird der Patient hingegen nur punktuell gesteuert. Zudem erfolgt dies nicht nach Qualitätsgesichtspunkten, sondern nach Belieben: je nach Situation und je nach Leistungserbringer ganz unterschiedlich. Die bessere Versorgungsqualität in integrierten Modellen lässt sich auch wissenschaftlich belegen. Mehrotra et al. (2006)⁴ haben neben der Qualitätsstrategie (beispielsweise die Verwendung von Guidelines) als Qualitätsindikator spezifische Leistungen wie die Augenkontrolle bei Diabetes untersucht. Die Autoren fanden bessere Qualität bei integrierten Modellen, die den elektronischen Datenaustausch pflegen und eine gewisse Grösse aufweisen. Die Metaanalyse⁵ von Ouwens et al. (2005)⁶ fand bei den Patienten in integrierten Modellen einen besseren Gesundheitszustand, bessere Lebensqualität und eine tiefere Hospitalisationsrate. Die Literaturstudie von Berchtold & Hess (2006)⁷ fokussiert auf Europa. Hier sind die empirischen Nachweise geringer, weil geeignete Studien fehlen.

Die koordinierte Behandlung führt zu einer klaren Qualitätssteigerung

Tabelle 1

► Die koordinierte Behandlung in Ärztenetzwerken ist lückenloser und vermindert das Risiko von Missverständnissen. Durch eine bessere Gesundheitsversorgung können viele schädliche Folgen vermieden werden. Dana P. Goldman und Elizabeth McGlynn haben für das amerikanische Gesundheitssystem erschreckende Zahlen eruiert.

| Krankheit | Ungenügende Versorgung | Vermeidbare Schäden/ Todesfälle |
|------------------|--|---|
| Diabetes | 40 %: keine Messung des Blutzuckers 24 %: keine Kontrolle des Blutzuckers | 2'600 Erblindungen 29'000 Nierenversagen |
| Bluthochdruck | 58 %: keine Kontrolle des Blutdrucks | 68'000 Todesfälle |
| Herzinfarkt: | 39 % bis 55 %: keine notwendige medikamentöse Therapie | 37'000 Todesfälle |
| Lungenentzündung | 36 % der Ältern 65+: ohne entsprechende Therapie | 10'000 Todesfälle |
| Darmkrebs | 62 %: kein Screening | 9'600 Todesfälle |

Quelle: «Themendossier Gesundheitspolitik, Ausgabe 2/10» von Interpharma, abrufbar unter www.interpharma.ch/de/politik/managed-care.asp

⁴ Mehrotra, Ateev; Epstein, Arnold M.; Rosenthal, Meredith B.: Do Integrated Medical Groups Provide Higher-Quality Medical Care than Individual Practice Associations? *Ann. Intern. Med.* December 5, 2006, 145:826–833.

⁵ Eine Metaanalyse wertet verschiedene bestehende Studien aus. Dadurch gewinnt man einen Überblick über die bestehende wissenschaftliche Literatur.

⁶ Ouwens, Marielle; Wollersheim, Hub; Hermens, Rosella; Hulscher, Marlies; Grol, Richard: Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *Int. J. Qual. Health Care* (2005) 17 (2): 141–146.

⁷ Berchtold, Peter; Hess, Kurt: Evidenz für Managed Care. Arbeitsdokument des Obsan, Januar 2006.

► Integrierte Modelle arbeiten kostengünstiger als die herkömmliche Versorgung.

2. Mit Managed Care spart man Kosten

In praktisch allen Studien sind die Kosten in den integrierten Modellen tiefer als in der fragmentierten Versorgung. Die Kosteneinsparungen der Netzwerke gegenüber dem Standardmodell variieren aber stark, je nach Modell und Berechnungsweise. Zentral für einen richtigen Kostenvergleich ist die sogenannte Selektionsverzerrung. Denn die Versicherten inner- und ausserhalb der Managed-Care-Modelle unterscheiden sich häufig. So wählen überdurchschnittlich viele gesunde Personen integrierte Modelle. Im Laufe der Zeit gleichen sich die Populationen bezüglich Morbidität aus, weil die Personen in einem Managed-Care-Modell ebenfalls älter werden und deshalb mehr Leistungen in Anspruch nehmen müssen. Aus diesem Grund liefern Langzeitvergleiche oder Simulationsmodelle die zuverlässigsten Vergleichsschätzungen. Eine sorgfältig erstellte Studie von Beck et al. [2010]⁸ fand bei einer konservativen Schätzung Einsparpotenzial von fünf bis 25 Prozent, je nach Modell und Korrektur der Selektionsverzerrung. Man kann deshalb davon ausgehen, dass integrierte Modelle deutlich kostengünstiger arbeiten – und das ohne Einbussen bei der Qualität. Das Ausmass der Kosteneinsparung variiert je nach Ausgestaltung des Netzwerks stark.

► Die Gegner der Vorlage wehren sich unter anderem gegen die Budgetmitverantwortung der am Netzwerk beteiligten Mediziner.

Deshalb liegen die Gegner falsch

Das Referendumskomitee hat sich in erster Linie wegen des finanziellen Anreizes für die Versicherten und der zwingenden Budgetmitverantwortung der Mediziner gebildet. So kommt es zu einer ungewöhnlichen Allianz zwischen den Spezialärzten und der politischen Linken. Die Argumente gegen die Vorlage widersprechen sich demgemäss. Die spezialisierten Ärzte befürchten eine «Staatsmedizin»⁹, während die SP Schweiz eine «Zweiklassenmedizin» an die Wand malt und im Reformpaket «einen weiteren Schritt hin zu einer Kommerzialisierung des Gesundheitssystems»¹⁰ ortet. Obwohl die Versicherten mit der Managed-Care-Vorlage weiterhin zwischen dem fragmentierten Modell und der integrierten Versorgung wählen können, spricht die Gegnerschaft vom «Verlust der Wahlfreiheit». Im Einzelnen setzt sich die ablehnende Haltung gegenüber der Managed-Care-Vorlage aus sechs Argumenten zusammen, die im Folgenden widerlegt werden können.

► Die freie Arztwahl bleibt grundsätzlich bestehen – je nach gewähltem Versicherungsmodell gibt es bestimmte Einschränkungen.

1. Die freie Arztwahl bleibt bestehen

Die Gegnerschaft befürchtet den Verlust der freien Arztwahl: Der Staat soll nicht zwangsweise Netzwerke verordnen und den Patienten bevormunden. Dieses Argument ist mehrfach falsch. Der Staat bevormundet die Patienten nicht. Die Versicherten sind frei in ihrer Entscheidung, welches Modell sie wählen möchten. Je nach Versicherungsvertrag variieren die Prämie und die Auswahl der Leistungserbringer. Hier ändert sich zum heutigen Zustand nichts. Neu können die Versicherten zu einer reduzierten Kostenbeteiligung das Modell der integrierten Versorgung wählen. Damit wird dank des differenzierten Selbstbehalts eine zusätzliche Wahlmöglichkeit geschaffen. Das Netzwerk ist frei wählbar und innerhalb eines Netzes können die Patienten ihren Arzt des Vertrauens frei wählen. Bloss ist die Auswahl auf das gewählte Netzwerk beschränkt und die Ärzte überweisen ihre Patienten an ausgesuchte Spezialisten.¹¹ In diesem

⁸ Beck, Konstantin; Käser Urs; Trottmann, Maria; von Rotz, Stefan: Efficiency Gains thanks to Managed Care? – Evidence from Switzerland.

⁹ Medienmitteilung der Schweizerischen Zahnärztesgesellschaft (SSO) vom 1. November 2011.

¹⁰ Communiqué der SP Schweiz vom 3. Dezember 2011 zur Delegiertenversammlung in Luzern.

¹¹ Grundsätzlich kann ein Netzwerk jeden Spezialisten berücksichtigen. Das Netz kann aber die Liste der verfügbaren Spezialisten einschränken.

Sinne ist die Auswahl beschränkt. Die Bedeutung der freien Arztwahl wird im Standardmodell jedoch häufig überschätzt. Die meisten Patienten vertrauen ihrem Arzt, wenn er sie an einen Spezialisten überweist. Kaum jemand wird die Überweisung seines Arztes ignorieren und einen anderen Spezialisten wählen. Man ist als Patient sogar froh, wenn man von seinem Arzt einen Vorschlag bekommt. Genau so funktioniert das integrierte Versorgungsmodell. Als zusätzliche Leistung im integrierten Modell ist die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Leistungserbringern verbessert. Dies erhöht die Sicherheit und die Qualität in der Behandlung.

Der Staat verordnet keine Netzwerke, sondern definiert diese im Gesetz. Dies macht Sinn, weil damit Qualitätskriterien für die integrierten Modelle gesetzlich festgeschrieben werden. Die Vielfalt der Modelle ist weiterhin möglich, doch müssen sie, wenn sie unter dem gesetzlichen Begriff «Managed Care» laufen wollen, gewissen Kriterien genügen. Diese Definition ist nötig und wird von massgebenden Experten unterstützt.¹²

► Die bereits existierenden Gesundheitsnetzwerke haben sich bewährt.

2. Kein Zwang zu Managed Care

Die Gegner lehnen einen «Managed-Care-Zwang» ab. Die Angst vor Zwangsmassnahmen ist unbegründet. Durch die offene Wahlmöglichkeit zwischen dem bisherigen Standardmodell und dem integrierten Modell besteht kein Zwang. Die Wahlfreiheit ist gewährleistet. Gemäss Gegnerschaft sollen sich die bestehenden Managed-Care-Netzwerke im freien Markt bewähren. Immerhin haben sich bereits heute ein Sechstel aller Versicherten für ein solches Modell entschieden. Das Problem: Es hat überdurchschnittlich viele Gesunde darin, weil die Versicherer aufgrund des ungenügenden Risikoausgleichs keinen Anreiz haben, chronisch kranke Patienten in diese Modelle aufzunehmen. Aber nur solche Modelle bieten eine lückenlose Versorgung für Personen mit hohen Leistungskosten. Wenn die Versicherten keine ärztliche Behandlung nötig haben, dann spielt es keine Rolle, in welchem Modell sie sind. Dies ist der Grund, wieso bis heute die Managed-Care-Modelle ihre Vorteile bezüglich Qualität und Kosteneffizienz nicht voll ausspielen konnten. Die Verfeinerung des Risikoausgleichs bildet deshalb einen wichtigen Pfeiler der Vorlage. Damit ziehen die Krankenversicherer, die chronisch kranken Patienten und die Netzwerke am gleichen Strick.

► Das Gesetz beinhaltet genügend Anreize für die Netzwerke, qualitativ hochwertige Leistungen zu erbringen.

3. Keine negative Marktverzerrung – die Qualität steigt

Die Gegner befürchten eine Marktverzerrung und einen Qualitätsverlust. Die Managed-Care-Vorlage belohne alle Netzwerke – auch jene, die schlecht arbeiten. Dies führe zwingend zu abnehmender Qualität. Doch auch dieses Argument ist nicht stichhaltig, weil die Verträge zwischen den einzelnen Netzwerken und der Krankenversicherung ausgehandelt werden. Dadurch entstehen differenzierte Abgeltungsmodelle je nach Leistung des Netzwerks. Die Netzwerke sollen auf zwei Arten belohnt werden: Erstens durch ihren Erfolg im Markt und zweitens via Budgetmitverantwortung. Je mehr Versicherte die Netzwerke für sich gewinnen können und je besser sie diese steuern, koordinieren und behandeln, desto höher sind ihre Einnahmen. Dank der vertraglich festgelegten Entschädigung bleibt dem Netzwerk bei kosteneffektivem Ressourceneinsatz und guten Behandlungserfolgen Ende Jahr Geld übrig. Dies ist auch mit Budgetmitverantwortung der Fall. Durch die langfristigen Beziehungen zwischen Versicherer, Versicherten und Netzwerk lohnt es sich für ein Netzwerk keinesfalls, kurzfristig Kosten zu sparen und die Versicherten schlecht zu versorgen. Es würde unweigerlich bestraft: Die Versicherten würden abwandern und der Krankenversicherer den Vertrag nach unten anpassen. Deshalb ist die Belohnung der Netzwerke wettbewerbsfreundlich und fördert die Qualität.

¹² Berchtold & Hess (2006).

► Es droht keine Zweiklassenmedizin: Die freie Arztwahl bleibt für alle erschwinglich.

4. Sozialverträgliche Vorlage

Die Gegnerschaft behauptet, die freie Arztwahl sei künftig ein unerschwinglicher Luxus: «Die freie Arztwahl werde extrem verteuert und dadurch für Normalverdiener real nicht mehr bezahlbar.»¹³ Dies ist eine höchst polemische Sichtweise, wenn man die effektive Mehrbelastung für das bisherige Modell genau berechnet. Der angeblich «unerschwingliche Luxus» kostet im Extremfall 300 Franken pro Jahr oder 82 Rappen pro Tag. Dafür muss man jedoch jährlich Krankheitskosten von mindestens 6967 Franken aufweisen. In Tabelle 2 werden die drei Modelle kostenmässig verglichen.

Prämien, Franchisen und Kostenbeteiligungen im Vergleich

Tabelle 2

► Gemäss Managed-Care-Vorlage sinkt der maximale Selbstbehalt im integrierten Modell auf 500 Franken. Zusätzlich sind Ermässigungen auf die Durchschnittsprämie vorgesehen: Die Versicherten werden Rabatte gewähren. Somit wird das integrierte Modell im Vergleich zu heute günstiger. Wer im Modell ohne Koordination bleibt, muss heute jährlich 300 Franken mehr bezahlen. Aus Sicht der Wirtschaft ist die Vorlage damit sozialverträglich ausgestaltet.

| Jahresbeträge | Heutiges System | Integriertes Modell | Bisheriges Modell (freie Arztwahl) |
|--|-----------------|--------------------------|------------------------------------|
| Durchschnittsprämie (2012) | Fr. 4584.– | Max. Fr. 4584.– | Fr. 4584.– |
| Min. Franchise | Fr. 300.– | Fr. 300.– | Fr. 300.– |
| Selbstbehalt | 10 % | 10 % | 15 % |
| Max. Selbstbehalt | Fr. 700.– | Fr. 500.– | Fr. 1000.– |
| Max. Belastung bei sehr hohen Krankheitskosten | Fr. 5584.– | Max. Fr. 5384.– | Fr. 5884.– |
| Max. Veränderung der Belastung | – | Entlastung von Fr. 200.– | Mehrbelastung von Fr. 300.– |

5. Budgetmitverantwortung bringt Qualität

Die Gegner kritisieren die Budgetmitverantwortung, weil sie einen Anreiz zur Unterversorgung darstelle. Dieses Argument greift zu kurz. Ein Anreiz ist noch nichts Schlechtes. Jede Preisgestaltung beeinflusst die Anreizstruktur. Der Einzelleistungskatalog beispielsweise bewirkt einen Anreiz zur Überversorgung. Fallpauschalen hingegen schaffen einen Anreiz zur Unterversorgung. Deshalb ist es generell wichtig, die veränderte Anreizstruktur zu verstehen und Gegenmassnahmen zu treffen.

► Die Behandlungsqualität wird dokumentiert und damit transparent gemacht – ein Netzwerk kann kein Interesse daran haben, seine Patienten schlecht zu versorgen.

Jedes Dienstleistungsunternehmen hat eine Budgetverantwortung. Der Anreiz zur Unterversorgung ist somit in der freien Wirtschaft allgegenwärtig. Beispielsweise möchte der Coiffeur die Haare möglichst schnell schneiden, weil ein Haarschnitt einen bestimmten Preis hat. Je schneller er das macht, desto höher ist sein Stundenlohn. Wieso schneidet er das Haar trotzdem sorgfältig? Weil der Coiffeur am Ende mit dem Spiegel die neue Frisur präsentiert. Damit ist die Qualitätskontrolle sichergestellt. Aus diesem Grund benötigt auch die Grundversicherung ein Qualitätskonzept, wie es im Krankenversicherungsgesetz vorgesehen ist. Die Behandlungsqualität muss gemäss Gesetz dokumentiert und überwacht werden. Auf diese Weise kann man unerwünschten Wirkungen einer Über- oder Unterversorgung entgegenreten.

In der Managed-Care-Reform ist eine abgeschwächte Variante der Budgetverantwortung vorgesehen, nämlich die Budget*mit*verantwortung. Die finanzielle Verantwortung wird vertraglich aufgeteilt, wobei die Netzwerke nur einen Teil des finanziellen Risikos tragen müssen. Diese Art der Budgetverantwortung tendiert deshalb weniger stark zur Unterversorgung als die Fallpauschalen. Zudem verhindert die Budgetmitverantwortung eine Überversorgung, was auch mit einer Qualitätseinbusse einhergehen würde. Dazu bindet sie die Leistungserbringer stärker in die Finanzierung ein. Die unsägliche Trennung zwischen

¹³

Soziale Medizin vom 28. Oktober 2011: Kein Zwang zu Managed Care, deshalb Referendum!

Leistungserbringung und Finanzierung wird aufgeweicht, was zu einer besseren Tarifpartnerschaft führt. Kein Wunder ist die Budgetmitverantwortung in hohem Masse akzeptiert: Vier von fünf Ärztenetzen in der Schweiz haben bereits heute auf freiwilliger Basis Verträge mit einer Budgetmitverantwortung.¹⁴

► Im Managed-Care-Modell können Leistungen integriert werden, die über die Basisleistungen der Grundversicherung hinausgehen.

6. Grundversorgung wird gestärkt

Durch die Förderung von integrierten Ärztenetzwerken wird die Grundversorgung gestärkt. Dies bestreiten auch die Gegner der Vorlage nicht. Sie befürchten jedoch zwei parallele Systeme in der Grundversorgung. In der Tendenz könne sich das Leistungsangebot der beiden Systeme auseinanderentwickeln.¹⁵ Dies ist in der Tat möglich, jedoch genau in umgekehrter Richtung als die Gegner befürchten! Denn die Grundversicherungsleistungen werden im Managed-Care-Modell garantiert. Mehr noch: Es können sogar Leistungen vereinbart werden, die über die Grundversicherung hinausgehen. Dies ist im Standardmodell verboten. Da Selbstbehalt und Prämie im integrierten Modell tiefer angesetzt sind, bewirkt dies keine Zweiklassengesellschaft, wie von den Gegnern behauptet. Im Gegenteil: Der mögliche Ausbau der Leistungen erfolgt ohne Nachteile für einkommensschwächere Gruppen.

► Integrierte Versorgung ist ein zentrales Element einer modernen Gesundheitsversorgung. Nun bietet sich die Chance, diese Erkenntnis umzusetzen.

Fazit: Managed Care ist zukunftsträchtig

Zukunftsmedizin ist integrierte Teammedizin. Genau dies wird durch die Managed-Care-Vorlage erreicht: Die integrierte Versorgung setzt Hausärzte und Ärztenetze ins Zentrum des Systems und stärkt somit die Hausarztmedizin als Basis unserer medizinischen Versorgung. Durch vernünftige finanzielle Anreize wird die Entwicklung dieser Organisationsform, die sich in der Praxis bereits bewährt hat, begünstigt. Dank der integrierten Versorgung bekommen die Patientinnen und Patienten Zugang zu einer besseren Medizin. Denn die Gesundheitsfachpersonen koordinieren die Patientenbetreuung, geniessen eine grössere therapeutische Freiheit und tragen stärkere Verantwortung für die Kosten. Dadurch erhöhen sich die Sicherheit und die Qualität der Behandlung.

Die Studie «Nutzenorientierter Wettbewerb im schweizerischen Gesundheitswesen» hat die integrierte Versorgung bereits 2008 als zentrales Element eines guten Gesundheitswesens identifiziert. Nun bietet sich die Gelegenheit, diese Erkenntnisse in die Praxis umzusetzen. Die Wirtschaft unterstützt deshalb diese Reform zugunsten einer verbesserten Gesundheitsversorgung.

Rückfragen:

fridolin.marty@economiesuisse.ch

Impressum

economiesuisse, Verband der Schweizer Unternehmen
Hegibachstrasse 47, Postfach, CH-8032 Zürich
www.economiesuisse.ch

¹⁴ Berchtold, Peter: Managed-Care-Vorlage: Fördert oder behindert sie die Integrierte Versorgung? Schweizerische Ärztezeitung, 2012; 93:4.

¹⁵ Soziale Medizin vom 28. Oktober 2011: Kein Zwang zu Managed Care, deshalb Referendum!