

managed care

optimale versorgung durch vernetzte medizin

Informationsblatt: Praktische Fragen zur Abstimmungsvorlage

Das Wichtigste in Kürze:

Am 17. Juni stimmen die Schweizerinnen und Schweizer über die Managed-Care-Vorlage ab. Sie entscheiden, wie sich das Gesundheitswesen weiterentwickeln soll. Zukunftsmedizin ist integrierte Teammedizin: Hausärzte und Ärztenetzwerke stehen im Zentrum und begleiten die Patienten durch die Behandlungen. Die Vorlage will die bereits bewährte integrierte Versorgung fördern und den Risikoausgleich zwischen den Krankenversicherern fairer gestalten.

Managed Care bringt zahlreiche Vorteile. Dank einem stärkeren Leistungswettbewerb profitieren wir von qualitativ guten Behandlungen. Gleichzeitig steigt die Versorgungssicherheit und es werden dringend notwendige Kosteneinsparungen ermöglicht. Was Managed Care für Patienten und Versicherte im Alltag bedeutet, zeigt das vorliegende Faktenblatt auf.

Was ist Managed Care?

Hauptziel der Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) ist die Förderung der integrierten Versorgung: Ein Arzt, in der Regel der Hausarzt, koordiniert die Behandlung und sorgt dafür, dass sich die betreuenden Fachpersonen untereinander abstimmen.

Managed Care stellt das Wohl des Patienten in den Vordergrund. Durch die Zusammenarbeit aller Beteiligten steigt die Qualität der Versorgung, die Wahrscheinlichkeit von Behandlungsfehlern wird auf ein Minimum reduziert. Managed Care garantiert den Zugang zur bestmöglichen Versorgung mit den modernsten medizinischen Methoden. Die Patientenbetreuung ist erwiesenermassen besser als im herkömmlichen System. Zudem werden durch die vernetzte medizinische Versorgung unnötige Kosten verhindert, was das Prämienwachstum dämpft.

Managed Care gibt es in der Schweiz seit 20 Jahren. Die Hälfte der Grundversorger und über 400 Spezialärzte sind bereits heute Ärztenetzen angeschlossen. Sie betreuen rund 1,3 Millionen oder 17 Prozent der Versicherten. Im Prinzip will die Revision eine Anpassung des Gesetzes an die Realität: Die integrierte Versorgung wird von der Wahlmöglichkeit zum Standard. Umgekehrt wird der bisherige Standard mit gänzlich freier Arztwahl zur Wahlmöglichkeit. Um Managed Care zu fördern, sinkt der maximale Selbstbehalt von 700 auf 500 Franken pro Jahr. Dem Versicherten ist es aber freigestellt, beim herkömmlichen System mit einer gänzlich freien Arztwahl zu bleiben. Er zahlt dafür künftig einen Selbstbehalt von 15 statt 10 Prozent oder maximal 1000 Franken pro Jahr.

Für uns als Versicherte ändert sich nicht viel

Die Versicherten haben nach der Reform dieselben Möglichkeiten wie heute. Das Modell der integrierten Versorgung wird jedoch zum Standard und deshalb finanziell attraktiver.

Vor und nach der Revision

Vor der Revision	Nach der Revision
<p>Standard</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keine verbindliche Koordination - Freie Arztwahl 	<p>Standard</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbindliche Koordination - Freie Arztwahl eingeschränkt auf die Mitglieder eines Versorgungsnetzes
<p>Wahlmöglichkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbindliche Koordination - Freie Arztwahl eingeschränkt auf die Mitglieder eines Versorgungsnetzes 	<p>Wahlmöglichkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keine verbindliche Koordination - Freie Arztwahl

Quelle: Forum Managed Care.

Bei den anderen Versicherungsmodellen, beispielsweise der freien Arztwahl, erhöht sich der Selbstbehalt auf 15 Prozent und die Kostenbeteiligung um maximal 300 auf 1000 Franken pro Jahr.

Prämien, Franchisen und Kostenbeteiligungen im Vergleich

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 300.-

Neuerungen bezüglich Hausarzt und Franchise

Muss ich den Hausarzt wechseln?

Die Versicherten können neu zu einem reduzierten Selbstbehalt ein integriertes Modell mit Budgetmitverantwortung wählen. Dazu müssen sie den Hausarzt nicht wechseln falls:

- ihr Hausarzt bereits Teil eines solchen Netzwerks ist;
- ihr Hausarzt sich einem solchen Netzwerk anschliesst.

In allen anderen Fällen erhöht sich der Selbstbehalt um maximal 300 Franken pro Jahr, wenn man den Hausarzt behalten möchte.

Was passiert mit meiner wählbaren Franchise?

Heute können die Versicherten ihre Franchise freiwillig erhöhen. Dies wird in Zukunft immer noch möglich sein. Die Franchisestufen werden im Managed-Care-Modell vom Bundesrat per Verordnung festgelegt. Mit grosser Wahrscheinlichkeit wird er die Stufen analog des Basismodells bestimmen. Somit würde sich nichts ändern. Da die Verordnungen erst nach der Annahme der KVG-Reform erarbeitet werden, ist zum heutigen Zeitpunkt jedoch keine definitive Aussage möglich.

Der Wechsel von bisherigen Versicherungsmodellen

Hausarztmodell

Normalerweise hat ein Hausarztmodell mit einem Krankenversicherer keinen Vertrag mit Budgetmitverantwortung. Deshalb zählt das Hausarztmodell bezüglich Kostenbeteiligung zum Basismodell. Wer im Hausarztmodell bleiben möchte, profitiert zwar weiterhin von attraktiven Prämienermässigungen, nimmt aber eine erhöhte Kostenbeteiligung von maximal 300 Franken pro Jahr in Kauf.

Wer vom Hausarztmodell zu einem integrierten Netzwerk wechseln möchte, muss in den meisten Fällen den Hausarzt wechseln – es sei denn, der aktuelle Hausarzt arbeite mit einem Netzwerk mit Budgetmitverantwortung zusammen. In diesem Fall sinken für den Versicherten sowohl die Prämie als auch die Kostenbeteiligung, ohne dass ein Arztwechsel notwendig wäre.

HMO

Das HMO ist ein integriertes Netzwerk mit Budgetmitverantwortung. Deshalb profitieren HMO-Versicherte doppelt, ohne dass sie ihren Hausarzt wechseln müssen: Die Prämie bleibt weiterhin tief, und die Kostenbeteiligung sinkt um maximal 200 Franken pro Jahr.

Bonusmodell

Das Bonusmodell wird in der Schweiz nur von sehr wenigen Versicherten gewählt – gerade 0,1 Prozent entscheiden sich dafür, da im ersten Jahr eine höhere Prämie bezahlt werden muss. Das Modell gewährt Prämienrabatte in den Folgejahren, wenn keine Leistungen gebraucht werden. Dieses Modell ist weiterhin möglich. Der Hausarzt kann frei gewählt werden. Der Selbstbehalt wird analog dem Basismodell erhöht.

Die Neuerungen für uns als Patienten

Patienten in einem Ärztenetzwerk

In einem Ärztenetzwerk ist der Hausarzt stets erste Anlaufstelle. Er begleitet den Patienten durch den gesamten Behandlungszyklus, überweist diesen an Spezialisten und ist stets informiert, wenn eine Diagnose oder Therapie stattfindet. Damit wird keine medizinische Intervention getätigt und auch kein Medikament verabreicht ohne das Wissen einer Fachperson, die die Behandlung überblicken kann. Behandlungssicherheit und Qualität steigen dadurch beträchtlich.

Neu im integrierten Modell

Wer sich neu in einem integrierten Modell versichert, profitiert von der reduzierten Kostenbeteiligung von maximal 500 Franken pro Jahr. Dann ist ein Ärztenetzwerk für die medizinische Behandlung zuständig. Ein Netzwerk besteht vorwiegend aus Hausärzten. Innerhalb eines Netzwerks kann man sich als Patient für einen Hausarzt entscheiden.

Nur wenige Spezialärzte praktizieren innerhalb eines Netzwerks. Die Hausärzte im Netzwerk arbeiten mit vielen externen Spezialisten zusammen. Der Patient profitiert vom guten Zugang der Netzwerke zu den Spezialisten. Dadurch fallen Wartezeiten weg. Es ist auch nicht nötig, einen Spezialisten zu suchen. Die grosse Erfahrung der Netzwerkärzte mit ihren Spezialisten gewährleistet, dass die Patienten zu bevorzugten Spezialisten überwiesen werden, die mit den Netzwerkärzten eine gute Zusammenarbeit pflegen und eine hohe Behandlungsqualität aufweisen.

Ist man bereits bei einem Spezialisten in Behandlung und wechselt neu in ein Netzwerk, so kann man normalerweise beim eigenen Spezialisten bleiben. Das Netzwerk hat kein Interesse, funktionierende Arzt-Patienten-Beziehungen aufzulösen. Solange es aus medizinischer Sicht keinen Grund gibt für einen Wechsel, bleibt der Patient bei seinem bisherigen Spezialisten. Das Netzwerk erwartet jedoch eine Zusammenarbeit, denn es ist essenziell, dass die Hausärzte im Netzwerk über die Behandlungsschritte informiert sind.

Bereits heute in einem integrierten Modell

Patienten, die sich heute bereits im Rahmen eines HMO behandeln lassen, geniessen künftig eine reduzierte Kostenbeteiligung. Sonst ändert sich für sie nichts. Die Behandlung im HMO verändert sich durch die Vorlage nicht.

Weiterhin freie Arztwahl

Die freie Arztwahl ist weiterhin möglich. Als Patient in den bisherigen, nicht integrierten Modellen erhöht sich aber nach der Reform die Kostenbeteiligung: Der Selbstbehalt steigt auf 15 Prozent und der maximale Betrag erhöht sich im Extremfall um 300 Franken auf 1000 Franken pro Jahr.

Es ist somit weiterhin möglich, sowohl den Hausarzt als auch den Spezialisten vollkommen frei zu wählen. Allerdings muss man damit auf eine Koordination aus einer Hand verzichten. Diese ist nur innerhalb eines Netzwerks gewährleistet.

Stationärer Bereich wie bisher

Der stationäre Bereich ändert sich mit der Managed-Care-Vorlage nicht. Wie bisher ist eine Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nötig, wenn der Hausarzt oder der Spezialarzt den Patienten ins Spital überweisen.

Managed Care betrifft nur die Grundversicherung

Von der Reform betroffen ist nur die Grundversicherung. Bei den Zusatzversicherungen bleibt alles wie bisher. Privat-, Halbprivat-, Spitalzusatzversicherungen bleiben bestehen.

Breite Allianz kämpft für Managed Care

Das Parlament verabschiedete die Managed-Care-Vorlage am 30. September und ermöglichte damit eine dringend notwendige Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) – beide Räte standen mit klarer Mehrheit hinter der Vorlage. Nachdem Spezialärzte und linke Gruppierungen das Referendum ergriffen, hat das Volk das letzte Wort. Eine breite Koalition, bestehend aus Exponenten und Gesundheitspolitikern aller Parteien sowie Vertretern von Gesundheits- und Konsumentenorganisationen und der Wirtschaft, setzt sich für die Hausarztreform Managed Care ein.