



Freie Arztwahl verlieren? NEIN zur Managed-Care-Vorlage

AUSFÜHRLICHES ARGUMENTARIUM

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

Zusätzlich zur jährlichen Franchise von mindestens 300 Franken bezahlen alle Patienten 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.

Wem die Prämien zu hoch oder die Dienstleistungen ungenügend sind, der kann jedes Jahr freiwillig die Krankenkasse wechseln. Prämien lassen sich auch sparen, indem 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.

Managed Care, die integrierte, von allen Leistungserbringern koordinierte Versorgung der Patienten in einer einzigen Behandlungskette, existiert auf freiwilliger Basis in der Schweiz schon seit vielen Jahren. Die Versicherer dürfen solche Modelle seit 1996 anbieten. Die FMH begrüsst die integrierte Versorgung grundsätzlich, bekämpft aber den staatlichen Managed-Care-Zwang.

2010 war durchschnittlich jeder Achte in einem Ärztenetz versichert. Das sind 12 Prozent schweizweit. Die kantonale Verteilung ist sehr ungleich. Im Kanton Thurgau sind 35 Prozent in einem Managed Care-Modell, in Genf 17 Prozent und in Zürich 14 Prozent. In gewissen Kantonen (Glarus, Jura, Obwalden, Uri, Waadt, Wallis) existieren derzeit noch keine Ärztenetze respektive erst Pläne dafür.

In der ganzen Schweiz wurden 2010 insgesamt 86 Ärztenetze gezählt. Rund 50 Prozent aller Grundversorger (Allgemeinmediziner, Internisten und Pädiater) und über 400 Spezialärzte haben sich diesen Netzen angeschlossen.¹

Keine freie Arztwahl mehr

Die Managed-Care-Planwirtschaft schafft die freie Arztwahl für die meisten Schweizerinnen und Schweizer ab.

¹ [Schweizerische Ärztezeitung](#), 2010; 91:33 und [Forum Managed Care](#)



Indem der Staat zwangsweise Ärztenetze verordnet, werden die Patienten bevormundet. Sie können den Arzt ihres Vertrauens nicht mehr selbst auswählen, sie dürfen auch nicht den direkten Weg zum Spezialisten suchen, selbst wenn sie genau wissen, wer die richtige Wahl für sie wäre. **Wer in einem Managed-Care-Modell versichert ist, darf nur jene Ärzte konsultieren, die Teil des Netzwerkes sind.** Möchte er sich von seinem bisherigen Arzt behandeln lassen oder anderswo eine Zweitmeinung einholen, muss er diese Besuche vollumfänglich selbst bezahlen.

Wer sich nicht für ein Managed-Care-Modell entscheidet, wird mit einem deutlich höheren Selbstbehalt bestraft. Statt 10 muss er neu 15 Prozent Selbstbehalt übernehmen. Und das bis zum einem Maximum von 1000 Franken. Sonst liegt die Limite bei 500 Franken. Bisher sind es 700 Franken für alle.

Ein Versicherter muss die Kasse wechseln, auch wenn er mit ihr sehr zufrieden ist, sofern er seinen Arzt behalten will und sich nicht mit der Prämienstrafe abfinden will.

Patientinnen können fortan ebenso nicht mehr frei den Gynäkologen ihrer Wahl aufsuchen, auch wenn sie unter einem gynäkologischen Problem leiden. Sie müssen - Vorsorge- und Schwangerschaftsuntersuchungen ausgenommen - immer zuerst den Hausarzt um Erlaubnis bitten. Wenn sie das nicht tun, werden sie mit einem doppelt erhöhten Selbstbehalt bestraft.

Menschen mit psychischen Symptomen sind von dieser Massnahme besonders stark betroffen, denn die Hürde psychiatrische Hilfe in Anspruch zu nehmen, ist hoch. Die Vorschrift, sich vor dem Hausarzt für diese Entscheidung auch noch rechtfertigen und ihm die eigenen intimen Probleme schildern zu müssen, wird einige Patienten möglicherweise ganz davon abhalten, sich professionelle Hilfe zu suchen. Die Folgen einer nicht oder nicht fachgerecht behandelten psychischen Störung können schwerwiegend sein und bis zum Suizid reichen.

Keine freie Spital- und Heimwahl mehr

Nicht nur die freie Arztwahl fällt dahin, auch der Rest. Spital, Heim, Physiotherapie: Sie alle können an ein Netz gebunden werden. Versorgungsnetze werden Exklusivverträge mit Spitalern abschliessen.

Wer die Kasse wechseln, aber sein Ärztenetz behalten will, scheitert

Versicherer werden mit der Revision nicht gezwungen, Modelle mit integrierter Versorgung anzubieten. Die Kassen können frei wählen, mit welchen Managed-Care-Netzen sie Verträge abschliessen und was sie in diesen Verträgen sehen wollen.

Möchte ein Versicherter im selben Versorgungsnetz bleiben, aber die Krankenkasse wechseln, hat er kaum eine Wahl. Er kann überhaupt nur dann wechseln, wenn das Netzwerk Verträge mit unterschiedlichen Versicherern hat. Ansonsten muss er einen sehr hohen – durch den Versicherer festgelegten – Austrittsbetrag zahlen.

Nur noch Wenige werden sich ihren Arzt leisten können

Medizinische Behandlung wird teuer, wenn man nicht auf den Arzt seiner Wahl verzichten will: Neu müssen künftig bis zu 1'000 Franken pro Jahr selbst bezahlt werden – zusätzlich zur Franchise von mindestens 300 Franken.



Der Bundesrat erwartet, dass sich knapp ein Drittel der Einwohner die freie Arztwahl trotz der deutlich höheren Selbstbeteiligung auch in Zukunft leisten kann. 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 zu leben haben, dass ihnen die Ärztinnen und Ärzte Ihres Netzwerkes aus Kostengründen nicht die bestmögliche Medizin zukommen lassen dürfen.

Die Qualität der Behandlungen wird nicht besser

Die Managed Care-Vorlage belohnt alle Netzwerke – auch jene, die qualitativ nicht gut arbeiten. Dies ist ein schlechter Anreiz und führt zu einem Qualitätsverlust.

Die Netze müssen ausserdem Budgetziele einhalten. Das begünstigt Risikoselektion und verdeckte Rationierung und setzt Anreize, nur noch die billigsten Untersuchungen und Therapien anzuordnen und den Patienten vermeintlich teure Verfahren vorzuenthalten. Dadurch wird das Verhältnis zwischen Behandelnden und Patienten belastet.

Das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt wird gestört, weil der Arzt in dieser neuen Situation sowohl die medizinische wie auch die ökonomische Verantwortung hat. Der Patient muss sich stets fragen, ob er nun wirklich die optimale Behandlung erhält oder lediglich die kostengünstigste.

Wettbewerb statt Planwirtschaft

Es gibt bis heute keine Beweise für die Behauptung, Managed Care bringe Kosteneinsparungen mit sich. Im Gegenteil ist es sehr zweifelhaft, ob ein Zwang zu Netzwerken sich über die Jahre rechnet. Heute entscheiden sich eher jüngere und gesündere Menschen für Netzwerke, während Ältere und Kranke eher bei der herkömmlichen Hausarzt-Betreuung bleiben. Im Fall eines Managed-Care-Zwangs würden sich die Unterschiede ausgleichen und somit das Sparpotential zusehends schwinden.

Bezeichnenderweise stehen zwei Länder mit Managed- Care-Systemen an der Spitze der teuersten Gesundheitsausgaben weltweit: die USA und Norwegen.

Die heute bestehenden ärztliche Netzwerke sollen sich im freien Markt bewähren.

Rationierung und Zweiklassenmedizin

Managed-Care-Netze müssen mit einer Krankenkasse einen Vertrag mit einem Budget abschliessen. Das Netzwerk trägt dafür Verantwortung, dass das Budget eingehalten wird. Wie immer bei Budgets handelt es sich um Schätzungen, wie hoch die Kosten ausfallen werden, die die Versicherten verursachen. Fallen die wirklichen Kosten tiefer aus, erzielt das Netz einen Gewinn. Dieser wird zwischen dem Netz und der Kasse aufgeteilt. Im Falle eines Verlusts muss auch das Netz mitzahlen.

Nicht nur Ärztepraxen, sondern auch Spitäler, Kliniken und Heime können Mitglied eines Netzwerkes werden und unterliegen damit auch direkt der Budgetmitverantwortung. Kommerzielle Motive werden in der Behandlung der Patienten zwangsläufig wichtiger, die optimale Gesundheitsversorgung wird somit gefährdet und die versteckte Rationierung medizinischer Leistungen gefördert, da der Arzt in dieser neuen Situation sowohl die medizinische wie auch die ökonomische Verantwortung trägt. .

Für alle Beteiligten eines Netzes wie auch für die Krankenkassen kann es das oberste Ziel sein, die Patienten möglichst billig zu behandeln und den daraus resultierenden Gewinn einzustreichen.



Chronisch Kranke müssen Arzt wechseln

Wer gesund ist, der kümmert sich kaum darum, welcher Arzt ihn behandeln wird, sollte er krank werden. Den Gesunden ist die Aussicht egal, dass ihnen im Fall einer Krankheit ein unbekannter Netz-Doktor gegenüber sitzen wird.

Ganz anders und weit weniger gut sieht es für chronisch Kranke aus: Für sie ist es unerlässlich, dass sie sich immer jenem Arzt anvertrauen können, der sie seit Jahren betreut und sie somit bestens kennt. Das Wohlergehen der Patienten hängt nicht nur vom Fachwissen des Arztes ab, sondern massgeblich vom Vertrauen und vom zwischenmenschlichen Kontakt. Das ist in einem Ärztenetz mit ständig wechselnden Ansprechpersonen nicht gewährleistet.

Chronisch Kranke müssen den Arzt wechseln, wenn dieser nicht im Ärztenetzwerk der betreffenden Krankenkasse angesiedelt ist.

Lange Wartezeiten

Managed Care ist international berüchtigt für Wartelisten. Im von der Managed-Care-Industrie als Vorzeigebispiel gepriesenen Dänemark verlor die Managed-Care-Gesundheitssteuerung zahlreiche Prozesse gegen Patientenorganisationen, deren Mitglieder wegen fehlender Behandlung gestorben waren.

Was theoretisch schön tönt - Begleitung der Patienten während des gesamten Diagnose- und Behandlungsprozesses - entpuppt sich für den Patienten oft als kräftezehrender Marathon innerhalb eines Netzwerkes.

Das bewährte Schweizer Gesundheitssystem auf internationalem Spitzenniveau und ohne Wartelisten soll nun aufs Spiel gesetzt werden.

Mehrjährige Knebelverträge

Krankenkasse können Versicherte für drei Jahre an sich binden. Ist ein Versicherter mit den Leistungen seines Versorgungsnetzes in dieser Zeit nicht zufrieden und fühlt er sich dort nicht optimal behandelt, muss er jahrelang warten, bis er den Vertrag auflösen kann. Es sei denn, er kauft sich mit einer hohen Austrittsprämie wieder frei.

Managed Care saniert das Gesundheitswesen nicht

Wer behauptet, ein Managed-Care-Zwang führe dazu, dass die Schweizerinnen und Schweizer weniger oft zum Arzt gehen, verbreitet Unwahrheiten, denn Schweizer Patienten sind bereits sehr zurückhaltend und entscheiden sehr vernünftig, ob ein Arztbesuch nötig ist oder nicht. Gemäss den neuesten OECD-Zahlen (2009) belegt die Schweiz mit 4 Arztbesuchen pro Jahr Platz 24 von 28 bewerteten Ländern. Der OECD-Schnitt beträgt 6,8 Besuche pro Jahr. In dieser Studie sind auch Länder mit Managed Care eingeschlossen.

Es ist ohnehin eine Illusion zu glauben, diese Revision des Krankenversicherungsgesetzes bringe eine Senkung der Gesundheitskosten bei gleicher Qualität. Der grösste Teil der Kostenverursacher – die Spitäler – und 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.