

# Unlautere Argumente der Managed-Care-Gegner

Jörg Fritschi

Präsident Dachverband  
Schweizer Ärztenetze  
medswiss.net

Mit der Managed-Care-Vorlage des Parlamentes machen auch die Managed-Care-Gegner mobil. Es zeigt sich einmal mehr: Managed Care ist nicht nur ein Produkt, sondern auch eine Frage der Haltung. Dazu einige Grundsatzfragen:

- Erstens: Soll unser Gesundheitswesen bedarfsgerecht koordiniert werden? Soll mit Anreizen belohnt werden, wer sich für ein solches System entscheidet? Oder soll unser Gesundheitswesen weiterhin nach dem Selbstbedienungsprinzip funktionieren mit parallelen Mehrfachbehandlungen und anderen Freiheiten?
- Zweitens: Soll Managed Care weiterhin auf der Basis des heute gültigen Art. 41.4 funktionieren, sollen demgemäss die Versicherer die Leistungserbringer «auswählen» ... «im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung», womit MC im Gesetz als Billigprodukt definiert wird? Oder soll die integrierte Versorgung neu auf einem Vertrag paritätischer Vertragspartner basieren?

## **Halbwahrheit: «Abschaffung der freien Arztwahl»**

Die Gegner argumentieren, die Versicherten müssten neu einen doppelt so hohen Selbstbehalt für das bisherige Versicherungsmodell bezahlen. Der freie Zugang müsse teuer erkaufte werden, behaupten sie. Damit seien die Versicherten gezwungen, einem Managed-Care-Modell beizutreten!

Sachlich korrekt wäre: Die Vorlage sieht einen differenzierten Selbstbehalt vor (5%, resp. 10% oder 10%, resp. 20%). Der Betrag dieser Kostenbeteiligung ist jedoch begrenzt. Die häufigste im Moment diskutierte Limite pro Jahr ist 500 Franken für die integrierte Versorgung, resp. 1000 Franken für die konventionelle Versicherung. Das Parlament wird in der Septembersession darüber befinden. Entscheidend für die Kostenbeteiligung ist der Maximalbetrag und nicht der Prozentsatz. Der freie Zugang ins Gesundheitswesen kostet damit den Aufpreis von 300 Franken pro Jahr, also nicht einmal Fr. 1.– pro Tag (Differenz heutiger Maximalbetrag Fr. 700.– zu Fr. 1000.–). Dies wird von den Gegnern geflissentlich verschwiegen! Ob angesichts dieses bescheidenen Kostenbeitrages von knapp Fr. 1.– pro Tag mit «Abschaffung der freien Arztwahl» argumentiert werden kann, mögen die Leserinnen und Leser selbst entscheiden.

## **Halbwahrheit: «Zwingende Budgetmitverantwortung»**

Die Vorlage sieht für die integrierte Versorgung «eine Form der Budgetmitverantwortung» vor. Nur dann können die Patientinnen und Patienten vom reduzierten Selbstbehalt profitieren. Damit werden die

Patientinnen und Patienten ihre Hausärztin oder ihren Hausarzt anfragen, integrierte Versorgung anzubieten. Ist es verwerflich, wenn die Nachfrage nach integrierter, koordinierter Versorgung von den Patientinnen und Patienten, den Versicherten und damit von der zahlenden Bevölkerung ausgeht?

Keine Ärztin, kein Arzt wird zum Netzeintritt oder zur Budgetmitverantwortung gezwungen. Das bisherige Versicherungssystem mit freiem Zugang für alle Beteiligten bleibt bestehen.

## **Halbwahrheit: «verdeckte Rationierung» und «Unterversorgung»**

Zur Unterversorgung und Rationierung kommt es nur, wenn das Budget als direkte Vergütungsform funktioniert, mit anderen Worten, wenn nur der budgetierte Betrag pro Zeiteinheit zur Verfügung steht. Die DRGs sind eine solche direkte Vergütungsform! Die Ärztenetze in der Schweiz arbeiten jedoch mit einem virtuellen, nicht ausbezahlten Budget! Ich bitte auch die MC-Gegner, diese Tatsache endlich zur Kenntnis zu nehmen! Die Differenz zwischen Budget und tatsächlichen Kosten – und notabene *nur* diese Differenz – wird im Rahmen der Budgetmitverantwortung aufgeteilt zwischen Ärztenetz und Versicherer!

Der Vorwurf der Unterversorgung ist abstrus. Die ärztlichen Leistungen werden nach wie vor nach dem Einzelleistungsprinzip abgerechnet (TARMED), und dies während 365 Tagen im Jahr! «Das aufgebrauchte Budget im Herbst» ist ein gegenstandsloses Angstargument.

Im Übrigen wird sich ein Ärztenetz hüten, Patientinnen und Patienten schlecht zu versorgen. Zu erwartende Komplikationen würden das Budget massiv belasten. Gute ambulante Behandlung erspart allen Beteiligten unnötige Hospitalisationen; dies selbstverständlich in Zusammenarbeit mit Spezialärztinnen und -ärzten.

Auch Überversorgung ist nicht immer ungefährlich. Ein Ärztenetz mit Budgetmitverantwortung kombiniert seine Budgetpflicht (Tendenz Unterversorgung) mit der Einzelleistungsvergütung seiner Mitglieder (Tendenz Überversorgung und Mengenausweitung) und gleicht dadurch beide Tendenzen automatisch aus. Dieses Phänomen könnte als «Versorgungsausgleich» bezeichnet werden.

Das Tüpfelchen auf's i setzen die Managed-Care-Gegner mit der Behauptung, sie seien nicht gegen Managed Care, sondern nur gegen die Vorlage. Die Vorlage ist der bestmögliche Kompromiss bei den heutigen politischen Gegebenheiten. Die Vorlage verlangt von allen Beteiligten Zugeständnisse. Diese sind im Interesse einer verbindlich vereinbarten Zusammenarbeit angemessen.

Korrespondenz:  
medswiss.net  
Grütlistr. 36  
CH-8002 Zürich  
Tel. 044 280 44 05  
Fax 044 280 44 03  
medswiss.net@hin.ch