

Amerika zeigt, wohin Managed Care führt

Die Managed-Care-Vorlage hat mit der Budgetmitverantwortung einen kapitalen Konstruktionsfehler. Am Beispiel von Amerika – dem Mutterland der MC-Bewegung – wird deutlich, wohin dieser Fehler führt.

Die KVG-Revision, die am 17. Juni zur Abstimmung kommt (Managed-Care-Vorlage) ist eine Vorlage, die vor allem von der Versichererseite geprägt ist und vor allem wegen eines zentralen Punktes abzulehnen ist: der **Budgetmitverantwortung**. Sie ist der grösste Konstruktionsfehler der ganzen Vorlage.

Denn – auf den Punkt gebracht – ein Arzt kann keine Verantwortung übernehmen für etwas, was er nicht kontrollieren kann. Er kann z. B. nicht wissen, wie hoch die Inzidenz von Krebserkrankungen und entzündlichen rheumatischen Erkrankungen im nächsten Jahr in der von ihm betreuten Patientenpopulation sein wird. Sie weist zufällige Schwankungen von Jahr zu Jahr auf, wird aber das Budget seines integrierten Netzes massgeblich beeinflussen.

Bei all diesen Budgetkonstrukten ziehen entweder die Versicherer die Leistungserbringer über den Tisch oder umgekehrt. Ausbaden müssen das Ganze aber die

am Vertrag unbeteiligten Dritten: die Patientinnen und Patienten.

Budgetmitverantwortung führt zu Risiko-selektion und damit zu verdeckter Rationierung. Es kann zu Konflikten zwischen den verschiedenen Leistungserbringern innerhalb eines Netzes kommen, wodurch das Arzt-Patienten-Verhältnis in mehrfacher Hinsicht belastet wird.

Die KVG-Revision ist letztlich ein Schritt in Richtung Gesundheitskonzerne nach dem Muster amerikanischer Verhältnisse. Bezogen auf das Preis-Leistungs-Verhältnis und auf die Qualität der Gesundheitsversorgung der Gesamtbevölkerung bekam das amerikanische Gesundheitswesen an der letzten europäischen Public-Health-Konferenz im November 2011 in Kopenhagen mit Abstand schlechtere Noten als diejenige sämtlicher westeuropäischer Länder.

Amerika – das Mutterland von Managed Care – ist das mit Abstand teuerste Gesundheitswesen der Welt. Amerika heisst in diesem Zusammenhang auch: Spitzenmedizin für die oberen Zehntausend sowie Spitzenverdienst für die Versicherungsmanager und Juristen. Viele weniger wohlhabende amerikanische Bürger sind auf kostenlose medizinische Leistungen von Entwicklungshilfeorganisationen an-

gewiesen. Wollen wir das in der Schweiz? Auch der verfeinerte Risikoausgleich ist eine Fehlkonstruktion. Mit welchem Aufwand gedenkt man die relevante Varianz zu erfassen?

Ausbaden dürfen das die Leistungserbringer. Es werden wieder Ressourcen vom Kernprozess abgezogen. Die eleganteste Lösung wäre eine Einheitskasse. Dann müssten keine Risiken mehr ausgeglichen werden. Die Krankenkasse wäre dann wieder mehr eine Sozialversicherung, näher bei ihrem Kernauftrag der Solidarfunktion, und nicht eine «Money-making-Machine» für Manager, Verwaltungsräte und zweifelhafte Investitionen und Partnerschaften. Die FINMA hätte weniger Arbeit, das BAG wäre mit der Versicherungsaufsicht nicht mehr überfordert und wir hätten in der Praxis vielleicht weniger Papierkrieg und wieder mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten.

In Amerika ist zwischenzeitlich die Grundversorgung in einigen Gebieten inexistent. Es gibt nur noch «Retainer Medicine» oder «Concierge Medicine».

*Dr. med. Carlos Quinto MPH,
Facharzt für Allgemeinmedizin FMH*

Der Zwang zu Managed Care behindert die Therapie

Die freie Wahl des Arztes durch den Patienten ist nicht nur Ausdruck einer freien Gesellschaft, sondern zentrale und wichtige Voraussetzung für einen erfolgreichen Therapieverlauf.

Für das Wohlbefinden von jedem von uns sind die Gefühle der eigenen Autonomie und Selbstbestimmung von hoher Bedeutung. Diese werden heute in wichtigen Bereichen wie Arbeit und gesellschaftliches Zusammenspiel starken Belastungen ausgesetzt. Umso wichtiger ist es, diese im privat-persönlichen Bereich ausleben zu können. Dazu gehört im Bereich des Gesundheitswesens, dass der Patient sich den Arzt seines Vertrauens auswählen kann.

Dieses Vertrauensverhältnis ist in jeder Arzt-Patienten-Beziehung von grosser

Bedeutung. Absolut notwendig ist das Vertrauensverhältnis für die Psychotherapie. Aus der Psychotherapieforschung ist bekannt, dass für günstige Behandlungsergebnisse weniger die Methoden-ausrichtung entscheidet, als vielmehr die Beziehungsqualität Patient-Therapeut. Im Volksmund redet man davon, dass die «Chemie stimmen müsse», in der Forschung nennt man dies Passung. Voraussetzung dafür ist, dass der Patient eine autonome Wahl einer Person seines Vertrauens treffen kann, damit er auf der Ebene der emotionalen Betroffenheit kommunizieren kann.

Das jetzt zur Abstimmung stehende MC-Modell besteht aus Netzwerken, die die Anzahl der beteiligten Ärzte definiert. Dem Patienten stehen nur die Ärzte des Netzwerkes zur Verfügung.

Die ausserhalb stehenden sind ausgeschlossen, womit die freie Therapeutenwahl verunmöglicht wird. Diese ist jedoch nicht ein Luxus, auf den man getrost verzichten kann, sondern ein zentraler Qualitätsfaktor für einen erfolgreichen Therapieverlauf. Managed-Care-Systeme mit eingeschränkter Zahl an Psychiatern nehmen also von vorne herein und strukturell bedingt einen hoch zu veranschlagenden Qualitätsverlust in Kauf.

Die doppelte Bestrafung der Patientinnen und Patienten, die auf der freien Arztwahl bestehen, durch höhere Krankenkassenprämien und verdoppelten Selbstbehalt, hat auf diesem Hintergrund etwas Zynisches. Dass den Schweizer Patientinnen und Patienten die freie Arztwahl ein hohes Gut ist, hat bisher