

Werner Widmer

# Warum eine Erhöhung der Franchise die Solidarität stärkt

Ein Plädoyer für die Managed-Care-Vorlage

**Der Sinn der Franchise liegt darin, dass sich die Patienten, bevor sie eine Leistung beziehen, die Frage stellen, ob die Leistung ihnen den geforderten Preis Wert ist. Diese Frage zu stellen, hat eine interessante Auswirkung auf das Nachfrageverhalten der Patienten.**

Heuten werden viel zu viele Leistungen nachgefragt (und angeboten), weil sie versichert sind. Weder der Leistungserbringer noch der Leistungsempfänger müssen eine finanzielle Verantwortung tragen. Und das führt beide, den Arzt und den Patienten, in Versuchung, die Solidarität der übrigen Prämien- und Steuerzahlenden zu missbrauchen. In den letzten zehn Jahren stiegen die Kosten des solidarisch finanzierten Teils des Gesundheitswesens (60% der gesamten Gesundheitskosten) ungefähr doppelt so stark an wie das Volkseinkommen. Umgekehrt wachsen dort, wo der Patient direkt aus seinem Portemonnaie bezahlt, z.B. beim Zahnarzt oder bei den nicht kassenpflichtigen Medikamenten, die Ausgaben für Gesundheitsleistungen sogar weniger stark als das Bruttoinlandprodukt. Die Franchise fordert und fördert die Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten als Nachfragende von Gesundheitsleistungen. Die vom Bundesrat festgelegte Obergrenze von heute 2500 Franken pro Jahr, zwingt (!) viele Einwohnerinnen und Einwohner, die wesentlich mehr Selbstverantwortung übernehmen könnten, dazu, Solidarität in Anspruch zu nehmen, die sie gar nicht nötig hätten.

Differenzierte Selbstbehalte fördern die Eigenverantwortung auch, allerdings weniger stark als Franchisen. Der Patient wird nur mit einem Prozentsatz des Preises konfrontiert, den die nachgefragte Leistung kostet.

Weil die solidarische Finanzierung des Gesundheitswesens über Steuern und Prämien von Jahr zu Jahr einen grösseren Anteil unseres Lohnes beansprucht, wird die Solidarität zunehmend belastet. Diese Entwicklung führt zu einer zunehmenden Belastung der Solidarität. Irgendwann kommt der Punkt, an dem die solidarische Finanzierung von Gesundheitsleistungen so strapaziert wird, dass sie nicht mehr mehrheitsfähig bleibt. Das Problem, dass sich dann für die kranken Menschen ergibt, ist wesentlich grösser als alle Detailpunkte zusammen, die jetzt an der Managed-Care-Vorlage kritisiert werden.

---

Korrespondenz:  
 Dr. rer. pol. Werner Widmer  
 Direktor der Stiftung Diakoniewerk Neumünster  
 Zollikerberg/Zürich  
 werner.widmer@diakoniewerk-neumuenster.ch

## Art. 41c Integrierte Versorgung (1. Juni 2010)

- 1 Eine Gruppe von Leistungserbringern, die sich zum Zweck einer Koordination der medizinischen Versorgung zusammenschliesst, bildet ein integriertes Versorgungsnetz. In einem integrierten Versorgungsnetz wird der Behandlungsprozess der versicherten Personen über die ganze Behandlungskette hinweg gesteuert. Das integrierte Versorgungsnetz muss alle Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anbieten.
- 2 Die Versicherer schliessen mit dem integrierten Versorgungsnetz einen Vertrag ab, der insbesondere die Zusammenarbeit, den Datenaustausch, die Qualitätssicherung und die Vergütung der Leistungen regelt. Artikel 46 ist auf diese Verträge nicht anwendbar. Im Rahmen des definierten Behandlungsprozesses können in Abweichung von Artikel 34 Absatz 1 über die gesetzlichen Pflichtleistungen hinausgehende Leistungen vorgesehen werden.
- 3 Das integrierte Versorgungsnetz wählt für seine Organisation eine Rechtsform, die gewährleistet, dass die im Vertrag mit den Versicherern eingegangenen Verpflichtungen erfüllt werden können.
- 4 Die in einem integrierten Versorgungsnetz zusammengeschlossenen Leistungserbringer übernehmen im vertraglich vereinbarten Umfang die finanzielle Verantwortung für die medizinische Versorgung der betreuten Versicherten (Budgetmitverantwortung).
- 5 Der Bundesrat kann Anforderungen an die notwendige Qualität der integrierten Versorgungsnetze und den Umfang der Budgetmitverantwortung festlegen.