



20. März 2012

## **Antworten auf häufige Fragen zur integrierten Versorgung** „Frequently Asked Questions“ (FAQ)

### **1. Was ist ein Integriertes Versorgungsnetz?**

Laut KVG-Revision (Managed Care-Vorlage) ist ein integriertes Versorgungsnetz ein Zusammenschluss von medizinischen Fachpersonen, die den Versicherten eine umfassende und über die gesamte Behandlungskette koordinierte Betreuung und Behandlung bieten. Das Netzwerk muss den Zugang zu allen Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sicherstellen. Dabei können im Rahmen des definierten Behandlungsprozesses auch Leistungen über die obligatorische Krankenpflegeversicherung hinaus angeboten werden.

Das integrierte Versorgungsnetz, dem neben Ärztinnen und Ärzten auch Chiropraktiker, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten oder Hebammen sowie Apotheken, Spitäler, Pflegeheime und Geburtshäuser usw. angehören können, organisiert sich eigenständig und schliesst mit einem oder mehreren Krankenversicherern (Krankenkassen) einen Vertrag ab. Darin werden insbesondere die Form der Zusammenarbeit, Kriterien und Art der Qualitätssicherung, des Datenaustauschs und die Abgeltung der Leistungen festgeschrieben. Gleichzeitig übernimmt das integrierte Versorgungsnetz eine Budgetmitverantwortung, die ebenfalls mit der Krankenkasse auszuhandeln ist.

### **2. Dürfen Krankenkassen eigene integrierte Versorgungsnetze betreiben?**

Nein, gemäss der Gesetzesreform dürfen Krankenkassen nach einer Übergangsfrist von fünf Jahren weder selber solche Versorgungsnetze betreiben, noch sich finanziell daran beteiligen. Stattdessen schliessen sie mit einem oder mehreren integrierten Versorgungsnetzen eine entsprechende Vereinbarung.

### **3. Kann ich in Zukunft meinen Arzt / meine Ärztin noch selber wählen?**

Im Idealfall gehört der gewünschte Arzt, die gewünschte Ärztin einem integrierten Versorgungsnetz an. Sie oder er kann ein Kriterium für die Wahl des Versorgungsnetzes sein. Wer sich ansonsten einem integrierten Versorgungsnetz anschliesst, verpflichtet sich, Leistungen ausschliesslich über das Versorgungsnetz zu beziehen. Der Vertrag kann zum Beispiel vorsehen, dass der Versicherte sich verpflichtet, immer zuerst eine Ansprechperson (in der Regel ein Hausarzt oder Grundversorger) im integrierten Versorgungsnetz aufzusuchen, die wenn nötig weitere Behandlungen oder eine entsprechende Überweisung veranlasst und koordiniert, wobei es sich auch um mehrere Ansprechpersonen handeln kann.

Für die Versicherten besteht jedoch kein Zwang, sich einem integrierten Versorgungsnetz anzuschliessen. Wer darauf verzichtet und sich für ein herkömmliches Modell (bspw. Einzelpraxis) entscheidet, übernimmt 15% der Kosten, die über der gewählten Franchise liegen, bis zum maximalen Selbstbehalt von 1000 Franken pro Jahr.

Als Mitglied eines integrierten Versorgungsnetzes beteiligen sich erwachsene Versicherte über die Franchise hinaus jährlich bis zum Maximalbetrag von 500 Franken an den Kosten (Selbstbehalt). Die Krankenkasse kann zudem ganz oder teilweise auf den Selbstbehalt verzichten.

**4. Was geschieht, wenn ich mich nicht an den von meinem Hausarzt bzw. meiner Hausärztin empfohlenen Arzt wenden möchte?**

Diese Frage wird in den Vereinbarungen zwischen den Vertragspartnern, also den einzelnen integrierten Versorgungsnetzen und den Krankenkassen geregelt. Wichtig für die Versicherten ist, zuerst das Gespräch mit ihrer Ansprechperson im Netzwerk, d.h. meist dem Hausarzt, der Hausärztin zu suchen.

**5. Was passiert bei einem Notfall, wenn ich nicht zuerst die Hausärztin, den Hausarzt aufsuchen kann?**

In Notfällen kann der oder die Versicherte auch einen Arzt ausserhalb des Versorgungsnetzes aufsuchen, wenn niemand vom Versorgungsnetz verfügbar ist. Die Frage des Notfalls wird in den Vereinbarungen zwischen den Vertragspartnern, d.h. zwischen den einzelnen integrierten Versorgungsnetzen und den Krankenkassen geregelt.

**6. Was geschieht, wenn ich mich nicht an meine Hausärztin bzw. meinen Hausarzt wenden kann, weil diese/r abwesend ist?**

Integrierte Versorgungsnetze funktionieren wie zum Beispiel andere Arztpraxen nach dem Stellvertretungsprinzip. Die netzinterne Koordination gewährleistet, dass ein anderer Arzt, eine andere Ärztin des Versorgungsnetzes Zugang zur Krankengeschichte hat und die Behandlung sicherstellen kann.

**7. Kann ich weiterhin jedes Jahr die Versicherung wechseln?**

Wer sich für ein integriertes Versorgungsnetz entscheidet, kann zwischen Verträgen von unterschiedlicher Dauer wählen, wenn die Krankenkasse dafür eine reduzierte Prämie gewährt. Neu ist für alle Versicherungsmodelle eine Vertragsdauer von bis zu drei Jahren möglich. Die Krankenkasse ist jedoch verpflichtet, immer auch eine einjährige Vertragsdauer anzubieten.

Wenn die versicherte Person eine längere Dauer des Vertrags gewählt hat, kann sie ohne Kostenfolgen die Krankenkasse wechseln, nicht aber das Versicherungsmodell,

- wenn die Vertragsbedingungen in wesentlichen Punkten ändern (z.B. wenn der Vertrag die freie Wahl eines Spezialisten vorsah und diese aufgehoben wird) oder
- bei einer Prämienhöhung, die über der durchschnittlichen Prämienhöhung im Wohnkanton liegt

Gegen eine Austrittsprämie kann die versicherte Person sowohl die Krankenkasse als auch das Versicherungsmodell vor Ablauf der Vertragsfrist wechseln. Die Austrittsprämie muss vorgängig mit dem Krankenkasse vereinbart werden.

**8. Was geschieht, wenn ich die Krankenkasse wechseln möchte, mein integriertes Versorgungsnetz aber keinen Vertrag mit der neuen Kasse hat?**

In der Schweiz sind die Krankenkassen verpflichtet, mit allen qualifizierten und zugelassenen Fachpersonen einen Vertrag abzuschliessen, so dass diese Leistungen gemäss Krankenversicherungsgesetz KVG abrechnen können. Diese Vertragspflicht gilt aber nicht für integrierte Versorgungsnetze.

Integrierte Versorgungsnetze werden sich aber darum bemühen, mit möglichst vielen Krankenkassen Verträge abzuschliessen. Wer die Krankenkasse, nicht aber das Netzwerk wechseln möchte, kann zwischen den entsprechenden Vertragskassen des Versorgungsnetzes frei wählen.

Im umgekehrten Fall gilt: Wer das Versorgungsnetz wechseln möchte, nicht aber die

Krankenkasse, hat die Wahl zwischen den Netzwerken, die mit der Krankenkasse eine Vereinbarung abgeschlossen haben.

**9. Was geschieht, wenn meine Krankenkasse kein Modell mit integrierter Versorgung anbietet?**

In diesem Fall kommt es darauf an, ob es im Wohnkanton genügend integrierte Versorgungsnetze gibt oder nicht. Während mindestens drei Jahren werden die Krankenkassen nicht verpflichtet, integrierte Versorgungsmodelle anzubieten.

- Bietet in den drei Jahren nach Inkrafttreten der Gesetzesrevision die Krankenkasse kein integriertes Versorgungsnetz in einem Kanton mit ungenügendem Angebot an, ändert sich für die Versicherten nichts. Sie bezahlen wie heute die gewählte Franchise plus einen jährlichen Selbstbehalt von 10 % bis zur Maximalhöhe von 700 Franken. Wer sich aber einem Netzwerk anschliessen will, wechselt zu einer anderen Krankenkasse mit einem entsprechenden Angebot. So kann er oder sie wie heute in den Genuss einer tieferen Prämie kommen. Unter Umständen kann er oder sie sogar von einer ganzen oder teilweisen Befreiung von der Kostenbeteiligung profitieren.
- Etwas anders ist die Situation in einem Kanton mit einem flächendeckenden Angebot an integrierten Versorgungsnetzen. Bietet die Krankenkasse hier kein integriertes Versorgungsnetz an, kann der oder die Versicherte auch hier selbstverständlich die Krankenkasse wechseln, um unter anderem von den finanziellen Vorteilen eines Netzwerkes zu profitieren. Wer sich aber für den Verbleib bei der bisherigen Kasse entscheidet, nimmt einen höheren Selbstbehalt in Kauf, d.h. er beteiligt sich mit 15% an den Kosten bis zu einem Maximalbetrag von 1000 Franken jährlich. Ob ein flächendeckendes Angebot vorhanden ist, entscheidet der Bundesrat.

**10. Was passiert, wenn der Arzt bzw. die Ärztin im integrierten Versorgungsnetz das ganze Budget aufgebraucht hat, das für meine Behandlung vorgesehen war?**

Eine Budgetüberschreitung in einem integrierten Versorgungsnetz hat für den Patienten, die Patientin keine Folgen. Das Versorgungsnetz muss alle zur Behandlung des Patienten, der Patientin nötigen Leistungen garantieren. Ein Gesamtbudget wird in der Regel gestützt auf das Risikoprofil erstellt, d.h. gestützt darauf, wie sich der Patientenstamm des Versorgungsnetzes zusammensetzt. Leiden zum Beispiel viele Patienten an einer chronischen Krankheit oder hat das Netz vorwiegend junge Patienten. Ein solches Gesamtbudget dient als Messlatte dafür, ob die Behandlung effektiv und wirtschaftlich erfolgt.

Das Budget ist eine Angelegenheit zwischen der Krankenkasse und dem Versorgungsnetz. In der gegenseitigen Vereinbarung werden die Massnahmen definiert, die bei einer Budgetüberschreitung zu ergreifen sind. Dabei spielt der Grund der Budgetüberschreitung eine Rolle, je nachdem, ob der Grund bei einem geänderten Risikoprofil des Patienten oder der Patienten liegt, oder ob Leistungen doppelt erbracht, Untersuchungen unnötig wiederholt wurden usw.

**11. Bis anhin profitiere ich von Prämienermässigungen, wenn ich mich für ein alternatives Versicherungsmodell entscheide. Entfallen diese Rabatte zukünftig?**

Neben den integrierten Versorgungsnetzen können die Krankenkassen auch weiterhin alternative Versicherungsmodelle anbieten. Für alle diese Modelle können Prämienrabatte vorgesehen werden.

Neben der Prämienhöhe ist aber auch die Kostenbeteiligung zu berücksichtigen. Versicherte in einem integrierten Versorgungsnetz bezahlen einen Selbstbehalt von 10% und bis zu maximal 500 Franken pro Jahr. Versicherte, die sich gegen ein integriertes Versorgungsnetz entscheiden beteiligen sich mit 15% an den Kosten bis zum

Höchstbetrag von 1000 Franken jährlich. Die Krankenkassen können ihre Versicherten in einem Versorgungsnetz zudem ganz oder teilweise von der Kostenbeteiligung befreien.

**12. Werden die Krankenversicherer weiterhin mit allen Ärztinnen und Ärzten Verträge abschliessen müssen?**

Aufgrund des in der Schweiz geltenden so genannten Kontrahierungszwangs müssen die Krankenkassen alle Leistungen von Fachpersonen vergüten, die gemäss Krankenversicherungsgesetz erbracht werden. Die Krankenkassen sind jedoch nicht verpflichtet, mit integrierten Versorgungsnetzen Vereinbarungen zu treffen. Für Ärztinnen und Ärzte besteht ebenfalls kein Zwang, sich zu integrierten Versorgungsnetzen zusammenzuschliessen.

**13. Kann ich weiterhin zu meinem Spezialisten / meiner Frauenärztin / meinem Augenarzt / meiner Physiotherapeutin gehen?**

Diese Frage wird in der Organisation und Ausgestaltung des integrierten Versorgungsnetzes geregelt.