

Erfahrungen aus den USA geben gemäss Kritikern zu Bedenken Anlass

Gefährdet «Managed Care» die Behandlungsqualität?*

Der folgende Artikel setzt sich mit problematischen Aspekten des Managed-Care-Modells auseinander, wie sie gemäss kritischen Beobachtern in den USA klar zutage getreten sind. Auch wenn sich diese Erkenntnisse wohl nicht im Massstab 1:1 auf die hiesigen Verhältnisse übertragen lassen, möchten die Autoren die Diskussion über diese Thematik anregen und vor einem schleichenden Übergang zu amerikanischen Verhältnissen warnen.

Dr. phil. J. Barben,
Dr. med. M. Barben

Das aus den USA stammende Modell «Managed Care» wird bei uns als effizient und kostensenkend angepriesen.^a Kritiker weisen allerdings darauf hin, dass es sich in den USA nicht bewährt hat.^b Die Kosteneinsparungen sind nicht belegt, und in den USA ist es bereits zu mehreren Gerichtsprozessen gekommen, weil Patienten unter dem Managed-Care-Modell medizinische Leistungen vorenthalten wurden, zum Teil mit letalen Folgen. Die kritischen Stimmen mehren sich [3], darunter der Chirurg Dr. med. Frederick John Nahas aus New Jersey. Er reiste durch Europa, um im Rahmen öffentlicher Vorträge über die negativen Auswirkungen des Managed-Care-Modells aufzuklären.

Frederick John Nahas ist Facharzt für Allgemein- und Gefässchirurgie. Vor seiner Ausbildung und Tätigkeit als Arzt studierte er Ingenieurwissenschaften und war bei *General Electric* als Elektroingenieur tätig. Dort arbeitete er am *Apollo Moon Project* und bei der Entwicklung von Bio- und Wettersatelliten mit. Das anschließende Medizinstudium absolvierte er an der *Temple University School of Medicine*. Nach der Ausbildung zum Allgemein- und Gefässchirurgen eröffnete er 1978 eine eigene Praxis, in der er heute noch tätig ist. Er ist Belegarzt an mehreren renommierten Kliniken in New Jersey. Im Jahr 2001 erhielt er die Auszeichnung als bester Gefässchirurg von South Jersey. Im folgenden berichten wir über seinen Vortrag. Alle Aussagen über das Managed-Care-Modell beziehen sich auf die Verhältnisse in den USA.

Managed Care erfüllt Grundvoraussetzungen guter Medizin nicht

Für F. J. Nahas steht die Arzt-Patienten-Beziehung im Mittelpunkt einer guten Medizin. Seit Hippokrates ist diese Beziehung Grundlage der ärzt-

lichen Tätigkeit. Sie muss absolut frei bleiben von behandlungsfremden Einflüssen wie etwa Kosten-Nutzen-Überlegungen oder Effektivitätsdenken.

Jeder Patient weiss, dass eine falsche oder verzögerte Diagnose oder Behandlung seine Gesundheit und sein Leben gefährden können. Deshalb will er ohne Kompromisse vom besten zur Verfügung stehenden Arzt untersucht und behandelt werden. Die Qualität der Behandlung ist für ihn der wichtigste Faktor bei der Entscheidung, zu welchem Arzt er geht.

Jeder Arzt weiss, dass eine sorgfältige Anamneseerhebung und Untersuchung unabdingbar sind, um zur richtigen Diagnose und Therapie zu gelangen. Aufgrund der erhobenen Befunde und Daten stellt er eine Arbeitsdiagnose, veranlasst nötigenfalls weitere Spezialuntersuchungen wie Labortests oder bildgebende Verfahren und zieht in schwierigen oder komplexen Fällen Kollegen anderer Fachrichtungen bei, um die Diagnose zu sichern und die Therapie zu erörtern.

Diese Grundvoraussetzungen einer guten Medizin sind gemäss Nahas im Managed-Care-Modell US-amerikanischer Prägung nicht erfüllt. Die freie Arztwahl existiert nicht, und der Arzt steht unter ständigem Zeit- und Kostendruck. Sowohl bei der Anamneseerhebung als auch bei der Untersuchung muss er oft abgekürzte Verfahren anwenden, von denen er weiss, dass sie zu unvollständigen oder falschen Diagnosen führen können.

Managed Care schränkt freie Arztwahl ein

Die Patienten können im Managed-Care-Modell ihren Arzt nicht wählen. Sie sind einem Hausarzt fest zugeteilt, der als «Gatekeeper» darüber wachen muss, dass die Patienten nicht zu viele medizinische Leistungen in Anspruch nehmen

* Résumé voir p. 343

a Hans Heinrich Brunner, vormalig FMH-Präsident, dann BAG-Vizepräsident, jetzt Vizedirektor des Bundesamtes für Sozialversicherung (BSV), propagiert die Aufhebung des Kontrahierungszwanges als begrüssenswerten Schritt zum «kostensenkenden Managed-Care-Modell» [1]. Auch der Bundesrat propagiert das Modell [2].

b Vgl. Veranstaltungsreihe des VPOD und weiterer Organisationen im März 2005 mit Harvard-professor David Himmelstein zum Thema: «Das US-Gesundheitswesen: Schrecken ohne Ende – und doch Vorbild für die Schweiz? Innenansicht eines Experten». Prof. Himmelstein ist Co-Autor des Buches «Bleeding the Patient, The Consequences of Corporate Health Care».

Korrespondenz:
Dr. phil. Judith Barben
Im Wuli 15
CH-8536 Hüttwilen

und nicht zu häufig zu Spezialärzten gehen. Patienten dürfen dies im Managed-Care-Modell nur mit Einwilligung des Hausarztes tun. Die Versicherungen kontrollieren genau, ob die Hausärzte ihre Gatekeeperfunktion genügend wahrnehmen. Überweisen sie zu viele Patienten an Spezialärzte und verordnen sie zu viele Spezialuntersuchungen, können sie von der Liste der Leistungserbringer gestrichen werden.^c

Die Wahl der Spezialärzte ist ebenfalls stark eingeschränkt. Die von den Managed-Care-Versicherungen unter Vertrag genommenen Spezialisten – oft ist es pro Fachrichtung nur einer – sind nicht immer die besten. Dies wird den Patienten manchmal erst bei potentiell lebensbedrohlichen Eingriffen wie etwa in der Herzchirurgie bewusst. Dann realisieren sie möglicherweise, dass die Behandlung beim Arzt ihrer Wahl nicht möglich ist, weil dieser nicht auf der Versicherungsliste steht. Ebenso ist die Wahl von Spezialkliniken eingeschränkt. Die von den Versicherungen bezahlten Spezialkliniken sind auch nicht immer die besten. Die Kosten für Behandlungen ausserhalb des Managed-Care-Netzwerks werden nicht immer übernommen.

Kopfgeld

Ein weiteres Instrument von Managed Care ist das «Kopfgeld» («capitation»)^d. Der Hausarzt erhält pro Monat und Patient einen fixen Betrag, unabhängig davon, wie oft und wie lange er ihn sieht. Das kann dazu führen, dass die Hausärzte ihre Behandlungen zeitlich und qualitativ einschränken müssen. Oft könnten sie ihre Praxen gar nicht wirtschaftlich führen, wenn sie die Patienten mit der erforderlichen Sorgfalt behandeln würden. Das System ist für Patienten und Ärzte unbefriedigend und riskant, für die Versicherungen hingegen profitabel. Durch weniger Konsultationen, abgekürzte Anamnesegespräche und abgekürzte Untersuchungen werden weniger gesundheitliche Probleme entdeckt und behandelt, weniger Spezialuntersuchungen verordnet und weniger Patienten an Spezialisten überwiesen. Dadurch entstehen weniger Kosten.

Versicherungen bestimmen ärztliche Tätigkeit

Bestimmte teure oder aufwendige Behandlungen werden von Managed-Care-Versicherungen oft nicht bezahlt. Dazu gehören beispielsweise Brustwiederherstellungen nach Brustamputationen und Rehabilitationen bei Drogen- oder Alkoholsucht. Die Versicherungen definieren diese Behandlungen wie auch die Physiotherapie als nicht notwendig. Psychiatrische Behandlungen

c Die bei uns propagierte Vertrags-«Freiheit» ist nichts anderes. Unter der manipulativen Wort-hülse «Freiheit» wird genau das Gegenteil verfolgt: die Aufhebung der freien Arztwahl. Siehe auch [4].

d Dasselbe System wird bei uns unter dem Begriff «Ärztinnen-Netzwerk mit Budgetverantwortung» propagiert; vgl. Baur HR [3].

Les expériences faites aux USA donnent matière à réflexion

Le «managed care» menace-t-il la qualité des traitements?

Le modèle du managed care (gestion des soins) en provenance des Etats-Unis d'Amérique est vivement recommandé comme un moyen efficace pour diminuer les coûts. Des critiques indiquent toutefois qu'il n'a pas fait ses preuves dans son pays d'origine. Les économies prônées ne sont pas attestées et plusieurs procès ont déjà eu lieu parce que des patients ont été privés de prestations médicales, certains avec une issue fatale. Des voix indignées s'élèvent de plus en plus, dont celle du Dr Frederick John Nahas, chirurgien au New Jersey. Ce dernier a voyagé à travers l'Europe pour expliquer, dans le cadre de conférences officielles, les effets négatifs du modèle du managed care.

Frederick John Nahas est spécialiste en chirurgie générale et vasculaire. Avant d'accomplir sa formation et de pratiquer la médecine, il a fait des études d'ingénieur puis a travaillé à ce titre à la *General Electric* où il a collaboré au *Apollo Moon Project* et au développement de satellites météorologiques et de biosatellites. Puis il a fait des études de médecine à la *Temple University School of Medicine*. Une fois sa formation de spécialiste en chirurgie générale et vasculaire terminée, il a ouvert en 1978 son propre cabinet dans lequel il est encore actif aujourd'hui. Il est médecin agréé dans plusieurs cliniques renommées du New Jersey et a obtenu en 2001 la distinction de meilleur chirurgien vasculaire du South Jersey. Nous vous présentons sa conférence dans les lignes qui suivent. Toutes ses déclarations concernant le modèle du managed care se réfèrent aux conditions en vigueur aux USA.

werden oft nicht bezahlt. Statt dessen sollen die Hausärzte depressive Patienten nur medikamentös mit Antidepressiva behandeln. Damit wird der Wert psychotherapeutischer Verfahren verneint, denn Psychopharmaka sind billiger.

Eine weitere Kostensenkungsmassnahme ist der «Fallmanager», ein Angestellter der Versicherungsfirma mit einem vielleicht dreiwöchigen Kurs in medizinischer Terminologie. Bevor der

Arzt eine teure Spezialuntersuchung wie etwa Kernspintomographie anordnet, muss er den Fallmanager fragen. Dieser stützt sich auf Richtlinien der Versicherung, in denen die «Firmenpolitik» bezüglich verschiedener Diagnosen und Untersuchungen festgelegt ist. Diese Richtlinien stehen oft im Gegensatz zu Wissen und Erfahrung des Arztes. So schreibt eine Richtlinie vor, MRI-Untersuchungen dürften grundsätzlich nur nach Erstellung eines Röntgenbildes gemacht werden. Also muss der Arzt das Röntgenbild machen, auch wenn es für seine Fragestellung wenig oder gar nicht aussagekräftig ist, zum Beispiel bei Verdacht auf eine Hirnpathologie. Anschließend muss er den Fall erneut dem Fallmanager vorlegen und begründen, warum er ein MRI trotzdem für nötig erachtet. Solche «Kochbuchrezepte» behindern die ärztliche Tätigkeit und setzen die Patienten unnötigen Risiken aus. Niemand kann den Gesundheitszustand der Patienten besser beurteilen als sein behandelnder Arzt. Deshalb sollte dessen Urteil ausschlaggebend sein, nicht das der Versicherung.

Managed-Care-Firmen wissen, dass Spitäler sehr teuer sind. Deshalb «ermutigen» sie ihre Ärzte dazu, gewisse Behandlungen und Untersuchungen in der eigenen Praxis vorzunehmen, die traditionell im Spital durchgeführt werden, wie kleinere Operationen oder invasive Untersuchungen. Dies, obwohl Spitäler bezüglich Sicherheit, Hygiene und Zugang zu Notfalldiensten bessere Bedingungen bieten. Auch Spezialuntersuchungen wie Gewebeentnahmen der Haut, gynäkologische Abstriche, Kehlkopfspiegelungen oder Sigmoidoskopien, die in den USA normalerweise Spezialärzte machen, sollen nach Empfehlung der Versicherungen von Allgemeinärzten durchgeführt werden, auch wenn diese in den entsprechenden Verfahren wenig geübt sind. Bedenkenlos werden so Behandlungsqualität und Patientensicherheit für höhere Gewinne geopfert.

Kürzere Spitalaufenthalte

Eine weitere Versicherungsrichtlinie besagt, dass Patienten aus dem Spital zu entlassen sind, sobald ihr Fieber unter 38,5 °C gesunken ist. Einen wissenschaftlichen Grund gibt es für diese Massnahme nicht. Es geht nur um Kostensenkung. Natürlich kommt es durch die reduzierten Spitaltage immer wieder zu Komplikationen, Rückfällen und erneuten Spitaleinweisungen. Doch das stört die Managed-Care-Firmen nicht. Sie haben das Risiko bereits einkalkuliert. Die Verkürzung der Spitalaufenthalte kommt für sie im ganzen gesehen immer noch billiger.

Ganz besonders teuer sind Notfallstationen. Es gibt Situationen, in denen eine Notfallstation absolut notwendig ist, bei akuten gesundheitlichen Problemen oder bei Nichterreichbarkeit des Hausarztes. Notfallbehandlungen werden von den meisten Managed-Care-Versicherungen nur dann bezahlt, wenn vorher die Zustimmung des Hausarztes eingeholt wurde. Allerdings können Hausärzte, die Patienten zu häufig in Notfalleinrichtungen einweisen, von der Liste der Versicherungen gestrichen werden. Wenn eine Notfallbehandlung von der Versicherung im nachhinein als «unnötig» beurteilt wird, kann sie die Bezahlung verweigern. Das hat zu einem massiven Rückgang von Notfalleinweisungen bei managed-care-versicherten Patienten geführt. Die Restriktionen der Versicherungen können zu lebensgefährlichen Verzögerungen führen, weil Patienten zuerst ihren Hausarzt erreichen und ihm das Problem erklären müssen oder weil sie die Notfalleinrichtung aus Angst vor den Kosten vermeiden.

Schlimm ist, dass die Versicherungen für ihre katastrophalen Entscheide nicht haften müssen. Der Oberste Gerichtshof der USA hat entschieden, dass der Arzt auch dann für Behandlungsfehler haftet, wenn sie durch Entscheide und Richtlinien der Versicherung verursacht wurden. So steht der Arzt immer wieder vor dem Dilemma, entweder lege artis zu behandeln (mit der Konsequenz von Sanktionen durch die Versicherung) oder die Versicherungsrichtlinien zu befolgen (wodurch er Behandlungsqualität opfert). Viele Ärzte lösen das Dilemma so, dass sie falsche Angaben über den Gesundheitszustand ihrer Patienten machen. Sie täuschen kränkere Patienten vor, um richtig behandeln zu können.

Der Mythos von der Kostenexplosion

Nahas tritt entschieden der Meinung entgegen, dass die heutige Medizin zu teuer sei. Er erinnert daran, dass der wissenschaftliche und technische Fortschritt zu höheren Heilungsraten, besserer Lebensqualität und längerer Lebensdauer geführt hat. Die Ausbildung der Ärzte ist länger geworden, die Zahl der Spezialgebiete und der personelle Aufwand der Spitäler grösser, neue chirurgische Techniken, neue Diagnose- und Behandlungsverfahren und ganze Klassen neuer Medikamente wurden entwickelt. Der Sinn der Krankenkassen besteht darin, dass durch ein Verteilen der Kosten auf alle Mitglieder einer Gemeinschaft jeder eine gute Behandlungsqualität auf dem heutigen Stand der Medizin erwarten kann. Gemessen an der Tatsache, dass die heutige Medizin höhere Heilungsraten, eine bessere

Lebensqualität und ein längeres Leben ermöglicht, sind die Kosten eigentlich tiefer als je zuvor, stellt Nahas fest. Im Vergleich zu den Kosten für Wohnung, Kleidung und Nahrung sind sie nicht überproportional gestiegen. Wenn Versicherungsfirmer und Politiker trotzdem immer wieder behaupten, die medizinischen Kosten seien zu hoch, dient dies einzig der Rechtfertigung für ihre zynischen Kostensenkungsmassnahmen.^e

Absurde Gerichtsprozesse wegen «ärztlicher Kunstfehler»

In den letzten Jahren gingen Meldungen über gigantische Entschädigungssummen für «ärztliche Kunstfehler» durch die US-Medien. Tatsächlich mussten Ärzte für lächerlichste Klagen schon Hunderttausende von Dollars bezahlen. Zum Beispiel ein Gynäkologe an Eltern, weil ihr Kind in der Schule schlecht lernte. Die Eltern behaupteten, das sei die Folge eines ärztlichen Kunstfehlers bei der Geburt! Die Haftungsdauer für Gynäkologen wurde inzwischen auf 21 Jahre verlängert – bis das «Baby» erwachsen ist. Nahas spricht von einer regelrechten «Lotteriatmosphäre» bei Kunstfehlerprozessen. Die Patienten seien über ihre «Rechte» sehr gut informiert und müssten nicht einmal den «Kaufpreis des Loses» riskieren, denn sie bekämen fast immer Recht. Jedes nicht wunschgemässe Resultat einer Behandlung kann von Angehörigen und Patienten dazu benutzt werden, gegen einen Arzt zu klagen. Das ist für Anwälte ein einträgliches Geschäft, denn 40 Prozent der Entschädigungssumme gehen immer an den Anwalt. Für Ärzte hingegen sind solche Prozesse fast aussichtslos. Allein das Eintreten auf die Klage kostet sie 25 000 Dollar, und die Prozesskosten schnellen sofort in die Hunderttausende. Ärztliche Haftpflichtversicherungen ziehen es meist vor, Vergleiche mit den Anwälten der Kläger abzuschliessen.

Die Inflation der Kunstfehlerklagen hat dazu geführt, dass die Haftpflichtversicherungsprämien für die Ärzte so gigantisch gestiegen sind, dass viele sie sich kaum noch leisten können. Ärzte einzelner Fachrichtungen zahlen bis 400 000 Dollar jährlich. Ein Arzt, der schon viele Patienten behandelt hat und infolgedessen schon mit einer oder mehreren Kunstfehlerklagen konfrontiert wurde, zahlt höhere Prämien als ein junger, unerfahrener Arzt. Ein Arzt mit viel Erfahrung kann deshalb für die Versicherung zum untragbaren Risiko werden und ist nicht mehr versicherbar. So kommt es, dass immer mehr erfahrene Kollegen ihre Praxen schliessen müssen. Der Gemeinschaft verbleiben zuneh-

mend nur noch die jungen, unerfahrenen Kollegen, was sich auf die Qualität der medizinischen Versorgung negativ auswirkt.

Aus Angst vor Kunstfehlerklagen betreiben immer mehr Ärzte eine «defensive Medizin». Sie bestellen die Patienten häufiger als nötig, verordnen mehr Spezialuntersuchungen als nötig, verschreiben mehr Medikamente als nötig und ziehen mehr Spezialisten bei als nötig – nur um Kunstfehlerklagen zu vermeiden. Das verteuert die Gesundheitskosten, was wiederum die Krankenversicherungen veranlasst, neue Kostensenkungsmassnahmen zu treffen. Dadurch verstärkt sich der Zeit- und Kostendruck auf die Ärzte, und das Risiko für Behandlungsfehler steigt. Behandlungsfehler können aber immer zu Gerichtsklagen führen, was wiederum die Tendenz zur defensiven Medizin verstärkt. Nahas fordert, dass dieser Teufelskreis durchbrochen werden muss. Erstens müssen die Managed-Care-Firmer für ihre Entscheidungen zur Verantwortung gezogen werden können, und zweitens muss die «Lotteriatmosphäre» bei Kunstfehlerklagen gestoppt werden.

Bezeichnenderweise sind es immer wieder Lobbygruppen von Anwälten, wie die *American Trial Lawyers Association*, die sich gangbaren Lösungen des Problems in den Weg stellen. Sie üben gezielt Einfluss auf die Legislativen im ganzen Land aus, um diese daran zu hindern, Gesetze zu machen, die ihre erklecklichen Gewinne schmälern könnten.

Die Situation in den USA ist heute so verheerend, dass die besten und intelligentesten Studenten sich für andere Studiengänge als Medizin entscheiden. Sie wollen nicht nach vielen Jahren Studium und Facharztausbildung in einem ärztefeindlichen Umfeld praktizieren, um mit einem bescheidenen Honorar jahrelange Ausbildungsschulden zurückzuzahlen und zugleich überhöhte Versicherungsprämien zu leisten. Wenn nicht eine entschlossene Korrektur der ganzen Fehlentwicklung erfolgt, wird über kurz oder lang ein drastischer Ärztemangel die Folge sein, der zu einer erhöhten Krankheits- und Sterblichkeitsrate führen wird.

Schlamperei oder Verzögerungstaktik?

Vor Jahren lief in den Kinos der Film «The Rainmaker». Darin zögerte eine Managed-Care-Versicherung die Kostengutsprache für die Behandlung eines jungen krebserkrankten Mannes so lange hinaus, bis dieser starb. In der darauffolgenden Gerichtsverhandlung verteidigte sich der Chef der Versicherungsfirma unter Berufung auf das Versicherungsreglement, das korrekt eingehal-

^e Auch Hans Heinrich Brunner behauptet, Abstriche im Leistungskatalog seien unvermeidlich, man müsse auch die Frage diskutieren, «wie viel Geld für Behandlungen am Lebensende (noch) ausgegeben werden soll». In seinem neuen Halbezeitjob beim Bund will er den «Druck auf die Leistungserbringer» nicht lockern: «Nach der Entlastung von den administrativen Aufgaben kann ich mich in meinem Halbezeitjob, den ich beim Bund behalte, noch stärker auf die Programme zur Kostensenkung konzentrieren» [5].

ten worden sei. Nun trat ein ehemaliger Angestellter dieser Firma in den Zeugenstand und legte das gleiche Reglement vor. Allerdings enthielt es eine zusätzliche Textpassage, die im Exemplar des Chefs fehlte: die Anweisungen an alle Angestellten, Zahlungsforderungen von Patienten und Gesuche um Kostengutsprache zuerst einmal in den Papierkorb zu werfen.

Das klingt vielleicht übertrieben. Tatsächlich aber kommt es auffällig häufig vor, dass Zahlungsforderungen von Versicherten nicht ankommen, «in der Post verloren» gehen oder als «unleserlich» zurückgewiesen werden. Viele vom Arzt oder vom Praxispersonal auszufüllende Versicherungsformulare sind zudem so kompliziert, unlogisch und unverständlich abgefasst, dass ein korrektes Ausfüllen schwierig ist. Wird ein Formular nicht korrekt ausgefüllt, bearbeitet es die Versicherung nicht. Bis der Arzt dies erfährt, kann es Wochen oder Monate dauern. Wird aber ein Formular nicht «termingerecht» eingereicht, zum Beispiel mehr als drei Monate nach der Behandlung, können die Zahlungen verweigert werden. Es kommt immer wieder vor, dass Versicherungen Forderungen neu überprüfen, die sie bereits bezahlt haben. Manchmal kommen sie zum Schluss, die Vergütung sei nicht gerechtfertigt gewesen, und fordern das Geld zurück. Umgekehrt behalten die Versicherungen ihre Zahlungen an Patienten oft drei bis sechs Monate zurück. Der dadurch entstandene Zinsverlust mag im Einzelfall unerheblich sein, doch für die Versicherungen bedeutet die Gesamtsumme all dieser «Zahlungen in Bearbeitung» einen beträchtlichen Gewinn, weil die Gesamtsumme der zurückgehaltenen Zahlungen erheblich ist.

Massiver Druck auf Ärzte

Bis vor wenigen Jahren haben Ärzte und Spitäler gut zusammengearbeitet. Doch seit die Versicherungen die Zahl der Spitaltage begrenzt haben, herrscht ein künstlich erzeugter Interessengegensatz. Will ein Arzt seinen Patienten noch einige Tage länger im Spital lassen, muss das Spital ihn behalten. Die Mehrkosten zahlt das Spital. Deshalb haben Spitäler begonnen, eigene Fallmanager anzustellen, um die Ärzte zu beeinflussen, damit sie ihre Patienten möglichst früh entlassen. Ärzte, die darauf nicht eingehen, müssen mit Sanktionen rechnen. Das Spital kann ihre Qualifikation neu überprüfen, eine Zusatzausbildung verlangen oder sie als Belegärzte ausschliessen. Auf diese Weise wurde das Vertrauen zwischen Spitälern und Ärzten künstlich untergraben.

Auch das Vertrauen zwischen Patienten und Ärzten wird von den Versicherungen gestört. Wenn zum Beispiel ein Patient während seines Spitalaufenthaltes einen Brief von der Versicherung bekommt, sein weiterer Aufenthalt im Spital sei vielleicht gar nicht nötig und er müsse diesen möglicherweise selbst bezahlen, beginnt mancher am Urteil des Arztes zu zweifeln und verlässt das Spital gegen dessen Rat vorzeitig.

Ein weiteres Kontrollinstrument im Managed-Care-System sind Ärztedossiers. Die Versicherungen führen regelmässig Patientenbefragungen durch, etwa nach der Erreichbarkeit, Pünktlichkeit und Freundlichkeit des Arztes. Diese Daten werden in Dossiers gesammelt, zusammen mit Angaben über die Anzahl von Überweisungen an Spezialärzte und die Häufigkeit des Verschreibens teurer Medikamente und teurer Spezialuntersuchungen. Periodisch erhalten die Ärzte «Informationsschreiben» von den Versicherungen, in denen sie darüber «informiert» werden, wie sie bezüglich Kostenverursachung im Vergleich zu den Kollegen dastehen. Wie sich das Patientengut eines Arztes zusammensetzt und wie schwer die von ihm behandelten Krankheiten waren, kommt nicht in Betracht. Solche Briefe verfehlen ihre Wirkung nicht. Sie dienen als Warnung für jeden, nicht zu hohe Kosten zu verursachen, da ihn die Versicherung jederzeit aus der Leistungspflicht ausschliessen kann.

Aufdrängen von Patientenverfügungen

Eine weitere Methode, um Kosten zu sparen, sind «Patientenverfügungen». Nicht zufällig sind es die Versicherungsgesellschaften, die sich für ein Gesetz stark gemacht haben, das die Spitäler verpflichtet, die Patienten bei Eintritt zu fragen, ob sie eine Patientenverfügung haben. Auch müssen ihnen die Spitäler auf Wunsch ein solches Formular zur Verfügung stellen. Bei den Patientenverfügungen geht es immer darum, aufwendige und kostspielige Behandlungen einzuschränken, vor allem «am Lebensende» oder in «hoffnungslosen Fällen». Die meisten Patienten können solche Fragen nicht adäquat beurteilen. So wollte eine Frau eine ihr vorgelegte Patientenverfügung unterzeichnen, die den Einsatz eines Beatmungsgerätes verbot. Zum Glück machte ihr Arzt sie darauf aufmerksam, dass man sie aufgrund dieser Verfügung bei einer schweren Lungenentzündung nicht beatmen würde, obwohl die Lungenentzündung heilbar sei. Das könne zu ihrem Tod führen. Entsetzt zog die Frau ihre Zustimmung zurück und unterzeichnete die Ver-

fügung nicht. Nahas fordert, dass auch unheilbar Kranke und Krebspatienten ein Recht auf vollwertige medizinische Behandlung haben, die ihren Gesundheitszustand und ihr Wohlbefinden verbessert.^f

Managed Care führt zur Zweiklassenmedizin

Mit seinen Darlegungen zeigte der amerikanische Mediziner Nahas auf, dass praktisch alle Massnahmen der Managed-Care-Versicherungen finanziell motiviert sind. Behandlungsqualität und letztendlich Krankheit und Tod werden gegen Dollars eingetauscht. Die Geldgier dieser Firmen könne gar nicht überschätzt werden. Unter dem Managed-Care-System sei es oft nicht möglich, lege artis zu behandeln. Das Managed-Care-System habe in den USA zum widersinnigsten Gesundheitswesen der Welt geführt. 45 Millionen Menschen haben keine Krankenversicherung, weil sie sich eine solche nicht leisten

können. Laut Schätzungen sterben in den USA pro Jahr 20 000 Menschen, weil sie keine Krankenversicherung haben. Wie viele zusätzlich an Behandlungsfehlern sterben, die durch die Managed-Care-Richtlinien verursacht wurden, ist nicht bekannt. Nahas warnte eindringlich davor, das amerikanische System zu übernehmen. Es führe zu einer Zweiklassenmedizin, unwürdig einer demokratischen Gesellschaft.

Literatur

- 1 Berner Zeitung, 13.10.2004.
- 2 Neue Zürcher Zeitung, 16.9.2004.
- 3 Baur HR. Kritische Bemerkungen zum Modell «Ärztetzwerk mit Budgetverantwortung». Schweiz Ärztezeitung 2003;84(40):2081-2.
- 4 Studer P, de Haller J. Verlängerung des Zulassungsstopps statt Aufhebung des Kontrahierungszwangs: vom Regen in die Traufe? Schweiz Ärztezeitung 2004;85(36):1865.
- 5 NZZ am Sonntag, 11.12.2005.

f An diesem Beispiel wird deutlich, was die wiederholten Forderungen nach einem «Paradigmenwechsel» und nach «Abstrichen im Leistungskatalog» wirklich bedeuten. Karsten Vilmar, Präsident des Deutschen Ärztetages, entlarvt solche «Diskussionen» als zynische Propaganda für ein «sozialverträgliches Frühableben».