

Managed Care – Kontrahierungszwang

Wer darf Hausarzt sein?

Markus Gassner

In der Schweizerischen Ärztezeitung wurden die Thesen der FMH zu «Managed Care – Kontrahierungszwang» dargelegt [1, 2].

Seit über fünf Jahren haben wir hier in unserer Region ein EQUAM-zertifiziertes Ärztenetzwerk (Pizol-Care AG). Es ergaben sich daraus in den letzten Jahren zunehmend merkwürdige Nebenwirkungen.

Die grösste Krankenkasse der Schweiz hat mir mitgeteilt, dass sie mich nicht mehr als Hausarzt für Hausarztversicherungen anerkennt. Ich hätte keine Qualifikation des Ärztenetzwerkes mit Budgetverantwortung. Dies hatte ich mit folgenden Begründungen abgelehnt:

Qualitätskontrolle

Vor etwa vier Jahren wurden wir aufgefordert, unsere Praxis EQUAM-zertifizieren zu lassen. Als Herzstück dieser Qualifizierung gilt immer noch die Patientenbefragung. Jeder Handwerker müsse seinen Betrieb schliesslich auch nach ISO-Normen zertifizieren lassen, damit er konkurrenzfähig bleibe. Wenn wenigstens diese «Kundenbefragung» nach wissenschaftlichen Kriterien durchgeführt worden wäre! Da dies weder früher noch jetzt der Fall ist, habe ich dies konsequent abgelehnt.

Aber ist es wirklich die Aufgabe eines «guten Arztes», einfach Kundenwünsche zu erfüllen? Wer ist eigentlich Kunde des Arztes? Der Patient oder die Krankenkasse, die seine Rechnungen bezahlt? Wollen Patienten Kunden sein? [3] Meine langjährigen Patienten wünschen logischerweise, auch weiter von mir behandelt zu werden, weil sie zufrieden sind. Sie und ich kennen meine und ihre guten und schlechten Eigenschaften. Ich muss es weder für mich noch für meine Patienten auch noch extern fragwürdig untersuchen lassen.

Daneben gibt es noch weitere Kriterien: Instruktionen der Arztgehilfinnen hinsichtlich Notfällen, der Kontrolle der Kühlschrankschranktemperatur, hygienischen Massnahmen usw. Diese sind abhängig von einer Selbstdeklaration. Ebenso gehören dazu die Zertifikate hinsichtlich Labor, Röntgen.

Wer aber untersucht die Qualität dieser Qualitätsuntersuchungen? Wie viele Kosten könnten wir beispielsweise im Strahlenschutz sparen,

Managed Care – Obligation de contracter: qui a le droit d'être un médecin de famille?

Le managed care vise à réduire les coûts de la santé et à améliorer la qualité de la médecine ambulatoire. Dans les soins de premier recours, ces objectifs sont censés pouvoir être atteints de manière optimale par des réseaux de médecins, ce qui rendrait caduque l'obligation de contracter.

wenn Dosimeterkontrollen reduziert würden! Kein Mensch in der Schweiz wagt zu hinterfragen, wie die Evidenz der monatlichen Dosimeterkontrollen zur Verhinderung eines einzigen Strahlengeschädigten ist. In analoger Weise müsste auch die Qualität der Qualitätskontrollen bei Laboruntersuchungen hinterfragt werden. Sie dienen heute meist nur ökonomisch-politischen Bedürfnissen.

Epidemiologische Qualitätskontrolle

Weshalb haben Sentinella-Ärzte keinen höheren Taxpunktwert? Was bringt der nächste nationale Grippeimpftag ohne Grippeimpfstoff? Weshalb wird beispielsweise der Schularztdienst seit Jahrzehnten von der Public-Health-Organisation bis hin zu Konsumentenschützern einfach desavouiert?! Was bringen andererseits irrsinnige «Gesundheitstage» unter dem Motto «gesund und gmütlich»?

Für eine objektive Qualität in der Medizin sollte an sich immer noch das Kriterium der optimalen Patientenbetreuung gelten: Was ein Patient möchte, ist nur ein Teilaspekt. Ebenso wichtig ist, was sich die Gesellschaft zu welchem Preis leisten kann.

In der Marktwirtschaft soll noch immer gelten, dass die Forschung ein wesentliches Qualitätsmerkmal ist. Dies aber ist für die Qualifizierung einer Praxis irrelevant.

Budgetverantwortung

Wie soll ich für meine Patienten eine Budgetverantwortung übernehmen, die ich schlichtweg

Korrespondenz:
Dr. med. Markus Gassner
Spitalstrasse 8
CH-9472 Grabs
m.gassner@hin.ch

nicht beeinflussen kann? Entweder behandle ich alle meine Patienten wie bisher gleich nach den kürzlich erhaltenen Statuten der FMH. Es ist doch nicht notwendig, diese neu gemäss marktwirtschaftlichen EU-konformen Überlegungen zu verbiegen.

Der ökonomisch geschulte Vorsitzende der Geschäftsleitung unserer Spitäler in meinem Umkreis schreibt in seinem Newsletter 04/2006 begeistert, dass diese Spitäler im letzten Jahr im ambulanten Bereich 5,5 Mio. Taxpunkte generiert hätten (+8% gegenüber dem Vorjahr). Im Newsletter 05/2006: Die ambulanten Fälle stiegen gegenüber dem Plan 2006 um 13,9%, im Vergleich zum Vorjahr um 7,7%.

Wie soll ich mich da als praktizierender Arzt verhalten? Soll ich für meine Patienten auch 10% mehr ambulante Kosten generieren? Marktwirtschaftlich muss man ja Kundenwünsche erfüllen, und dies wird gemäss EQUAM-Kriterien als das wichtigste Kriterium beurteilt! Wenn ich all dies nicht tue, dann bin ich in der Tat (marktwirtschaftlich!) ein sehr schlechter Arzt. Wir hoffen natürlich alle, dass gemäss TARMED auch der Tarif für die Behandlungen des Praktikers nach gleichen ökonomischen Kriterien angepasst wird. Für die Krankenkassen gelten aber andere marktwirtschaftliche Kriterien beim TARMED-Taxpunktwert.

Solidarität

Die meisten, insbesondere älteren Patienten sind noch solidarisch eingestellt und wechseln Krankenkassen auch nicht gemäss jährlichen Comparis-Berechnungen, die sie über ihre Prämien mitfinanzieren. Die Krankenkassen möchten aber, dass teure, chronisch kranke Patienten eine andere Kasse aussuchen! So würden ihr vermehrt jüngere «Kunden ohne medizinische Bedürfnisse» bleiben. Damit aber ergibt sich für einige meiner Patienten, dass sie keine Rabattversicherung à 10% mit Hausarztmodellen machen können. Theoretisch sollte ich ihnen einen Wechsel in eine Krankenkasse empfehlen, die mich als Hausarzt akzeptiert. So aber würde ich gerade wieder der Entsolidarisierung Vorschub leisten!

Daraus ergibt sich klar, dass Krankenkassen über Managed Care eine Endsolidarisierungspraxis einführen. Die FMH macht hier munter mit, indem sie für die Kassen einen eigenen Kontrahierungszwang einführt, aufgrund von Kriterien, die für sie höchst umstritten sind!

Fazit

Was soll ich für meine Patienten tun?

In Gesprächen mit Kollegen wird immer deutlicher, dass alle diese Qualitätskontrollen eigentlich nur einen marktwirtschaftlichen Sinn haben. Sie sind für die Qualität der medizinischen Behandlung irrelevant. Die meisten aber haben Angst, sich dagegen zu wehren. Die Sanktionen sind ja beachtlich.

Soll ich also den «Gugus» der EQUAM-Zertifizierung mitmachen und dabei meine wissenschaftliche Glaubwürdigkeit und sozialetischen Grundsätze aufs Spiel setzen?

Soll ich den Patienten raten, Solidarisierungskonzepte über Bord zu werfen und nur mehr individuell marktwirtschaftlich für sich zu denken?

Vielleicht ist in der Schweiz die Solidarität im Sozialversicherungswesen tatsächlich nur mehr über eine Einheitskasse möglich. Die Erfahrungen mit dem Bundesamt für Gesundheit dieses Jahres zeigen aber, dass auch diese Alternative kaum ideal für die Zukunft wäre!

Wenn wir unsere Standesorganisation ernst nehmen wollen, dann müssen wir auch verhindern, dass in unserer Standespolitik Strukturen eines «Staates im Staate» entstehen!

Wer entscheidet eigentlich, wer Hausarzt sein darf?

Literatur

- 1 FMH. Ja zur Vernetzung und Qualität – ja zu «Managed Care». Schweiz Ärztezeitung 2006;87(36):1535.
- 2 FMH. Managed Care – Kontrahierungszwang. Schweiz Ärztezeitung 2006;87(36):1536-40.
- 3 Gassner M. Wollen Kranke wirklich Kunden sein? Schweiz Med Forum 2006;6(34):757.