

La campagne agressive menée par la FMH pour promouvoir le managed care en Suisse a provoqué, parmi les dermatologues, une mauvaise humeur qu'on ne peut plus ignorer. Les dermatologues s'occupent prioritairement de l'épiderme de leur clientèle. Selon les situations, des fautes de diagnostic et de thérapie sont plus facilement reconnaissables que dans d'autres spécialités médicales. La déclaration selon laquelle le managed care équivaut à une amélioration de la qualité des soins médicaux doit clairement être contestée. L'article publié ci-après bénéficie du soutien officiel de la Société suisse de dermatologie et de vénéréologie (SSDV) comme de la Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica (FMCH).

Ohne Hausarztmedizin funktioniert unser Gesundheitssystem nicht, ohne Hausarztmodell jedoch bestens!

oder: Die Hausarztmedizin soll sich durch ihre Qualität und nicht durch Zwang dem Kunden aufdrängen!

Thomas Hofer

Unser Gesundheitssystem genießt grosse Aufmerksamkeit in Medien, Politik und Bevölkerung. Anlass dazu geben dessen enorme Kostenzunahme in den vergangenen Jahrzehnten und die Ungewissheit über seine zukünftige Kostenentwicklung. Eben hat die Diskussion zum Thema Einheitskrankenkasse uns Schweizer – gedanklich mehr als wörtlich – mobilisiert. In ihr wurde, sowohl von einzelnen Parteien wie auch von in der Grundversorgung tätigen Ärzteverbänden, ein Lösungsansatz zur Problematik der Kostenexplosion gesehen. Die Einheitskasse wurde vom Volk deutlich abgelehnt. Schon wird mit Nachdruck der nächste Lösungsvorschlag als unabdingbare Voraussetzung für die Sicherung unseres Gesundheitssystems gefordert: Managed Care (MC) soll es richten!

Seit etwa 20 Jahren «werkelt» man in der Schweiz an neuen Versicherungsmodellen wie Hausarzt-, HMO- oder Bonussystem herum. Neu im wörtlichen Sinne sind diese Modelle nicht, gibt es sie doch schon seit Jahrzehnten in diversen Ländern unserer Erde. Die Begeisterung in der Schweiz für solche Modelle hielt und hält sich aber in Grenzen. Lediglich 10% der Bevölkerung haben sich 2006 für ein solches alternatives Versicherungsmodell entschieden. Die Gründe für dieses Desinteresse sind (obwohl wahrscheinlich bekannt) nicht publiziert. Seit ein paar Monaten werden diese Systeme aber erneut äusserst aktiv dem Gesunden und Kranken angepriesen. Auf Ärzteseite sind es in erster Linie die in der Grundversorgung Engagierten, die vom Bund diesbezüglich Schützenhilfe verlangen.

Entsprechende Motivationspapiere wurden den eidgenössischen Räten verteilt [1]. Auf Versichererseite wird MC ebenfalls favorisiert, allerdings mit der Einschränkung, dass nur die (aus welchen Gründen auch immer) ihnen genehmen Hausärzte als Leistungserbringer vertraglich in dieses Modell eingebunden sind. Trotz dieser auf den ersten Blick gleichen Zielvorgabe könnte die Motivation dieser beiden Gruppierungen nicht unterschiedlicher sein: Während die ärztlichen Propagandisten durch diese Aktivität der drohenden Aufhebung des Vertragszwanges mit den Krankenkassen entgegenwirken wollen, bezwecken die Krankenkassen mit ihrem Vorgehen eben gerade das Gegenteil (Stichwort: Aufhebung des Kontrahierungszwanges). Die Grundversorger wollen zudem mit ihrem Vorgehen der Bedeutung der Hausarztmedizin mehr Nachdruck verleihen.

Angesichts dieses berufspolitisch (Ärzte) bzw. geschäftspolitisch (Krankenkassen) geprägten Hintergrundes erhält die heutige Forderung nach mehr MC eine Gewichtung, die ihr nicht gebührt und die dazu verleitet, Fragliches, gar Problematisches, das dem MC innewohnt, nicht mehr mit der gebührenden Objektivität zu durchleuchten. Politisches dominiert Sachliches. So propagiert die Ärzteseite ganz selbstverständlich, dass «MC bekannterweise mit einer Qualitätsverbesserung verbunden» sei. Dies, obwohl bis heute keine standardisierten Kriterien existieren, welche die Qualität der ärztlich erbrachten Leistung überhaupt definieren würden. Wenn das Gesundheitssystem Dänemarks, das sich

Korrespondenz:
Dr. med. Thomas Hofer
Winkelriedstrasse 10
CH-5430 Wettingen
thomas.hofer@active.ch

durch Einheitskasse und striktes MC definiert, im Vergleich zu unserem Gesundheitswesen von an MC interessierten Schweizer Ärzten [2] fast etwas wehmütig als Wunscharbeitsfeld vorgestellt wird («we are impressed and a bit depressed») und dabei die um drei (!) Jahre kürzere Lebenserwartung der Dänen gegenüber derjenigen der restlichen Europäer lediglich durch ihre «ungesunde und weniger schmackhafte Ernährung», die dann eben auch vermehrt Herzgefässerkrankungen zur Folge habe, erklärt wird, so hat sich kritisches Denken diesem System gegenüber nicht durchsetzen können. Die durchschnittliche Lebenserwartung eines Volkes ist nämlich nicht lediglich abhängig zu machen von den Essgewohnheiten der Bevölkerung. Sondern alle Beteiligten, sowohl die Bevölkerung wie auch die Leistungserbringer (Ärzte, anderes Medizinalpersonal) und die Kostenträger (Krankenkassen und Staat), sind dafür verantwortlich. Im Beispiel Dänemark darf man somit nicht nur den sich ungesund und wenig schmackhaft ernährenden Dänen die Schuld (!) zuschieben, dass sie früher sterben, sondern auch das System Einheitskasse wie auch das strikte MC müssen sich unangenehme Fragen zur verkürzten Lebenserwartung ihrer Bevölkerung gefallen lassen.

«Wenn du nicht willst, so brauch' ich Gewalt!» So könnte man etwas pointiert umschreiben, mit welchen neuen Massnahmen heute MC-interessierte Ärzte dieses Modell in der Schweiz fördern wollen: Wer sich nicht in MC einbinden lässt, soll neu mit einem doppelt so hohen Selbstbehalt behaftet werden wie derjenige, der mitmacht. Und wer mitmacht, soll sich nicht schon nach einem Jahr, sondern neu erst nach drei Jahren wieder aus MC herauslösen können. Finden sich etwa versteckt in diesen neuen Vorschlägen die Antworten auf die Frage, warum sich MC bis heute in der Schweiz nicht durchsetzen konnte? Wurde die «mit MC bekannterweise verbundene Qualitätsverbesserung» von den bis jetzt MC Wählenden nicht erkannt, oder vermissten sie jeweils schon nach kurzer Zeit Leistungen oder gar Qualität, die sie dann ausserhalb MC bekamen? Müsste man sich somit nicht eher Fragen zur Qualität des heute angebotenen MC stellen?

Nach wie vor sind nur etwa 12% der Bevölkerung bereit, vorbehaltlos auf die freie Arztwahl zu verzichten. Mit etwas Zwang könnte man nun dieser Bereitschaft nachhelfen, vor allem unter den ärmeren Bevölkerungsschichten, die sich ja ohnehin keine weitere Prämienvergünstigung durch einen höheren Selbstbehalt leisten können. Denn die Entscheidung, beispielsweise dreitausend Franken Selbstbehalt zur Not eben aus

dem eigenen Sack zu bezahlen, kann nur derjenige treffen, der überhaupt dreitausend Franken jederzeit im Sack hat!

Konstatiert man, wie das die MC-Befürworter tun, dass MC qualitativ bessere Medizin leiste, so wird damit gleichzeitig konstatiert, dass Nicht-MC höchstens gute, aber sicher immer schlechtere Medizin leiste als MC. Es kann ja nicht zwei bessere Systeme geben, von denen jeweils das eine immer besser ist als das andere. Die Förderung von MC durch daran Interessierte fördert somit – vielleicht unfreiwillig – die Zweiklassenmedizin, nämlich ein Nebeneinander eines besseren und eines schlechteren Systems (selbstverständlich wird der Kunde schlussendlich entscheiden über besser oder nicht besser!). Ist das unser Ziel? Zwei Pressestimmen, welche die Wahrnehmung betroffener Patienten in Ländern mit ausgebautem MC wiedergeben, sollen zitiert sein: In der Sonntagszeitung vom 19. November 2006 schrieb Frau Elsbeth Gugger, Hollandspezialistin von Schweizer Radio DRS, unter dem Titel «Vom Musterschüler zum Sorgenkind» zum Thema MC: «Wer zu einem Spezialisten möchte, braucht eine Überweisung vom Hausarzt. Diese sind aber überfordert und oft zu stolz, um einen Patienten zum Facharzt zu schicken. Wer eine Überweisung ergattern konnte, wird mit ellenlangen Wartezeiten konfrontiert.» Oder Armin Müller, stellvertretender Chefredaktor der Sonntagszeitung, in der Ausgabe vom 11. Februar 2007, kurz und bündig: «Kein Schweizer würde mit den Dänen tauschen.» Soviel zur Qualität von MC im Ausland. Selbstverständlich, so glauben die Befürworter des heute von neuem forcierten MC, werden wir unser schweizerisches MC besser gestalten können, als alle anderen es vor uns versucht haben! Eine Frage sei dennoch erlaubt: Gibt es in MC Qualitätskriterien, welche die Folgen falscher Behandlungen oder zu später Überweisung zum Spezialisten zu erkennen vermögen, eventuell gar messen lassen?

Im Verlaufe des vergangenen Jahrhunderts hat sich in der Schweiz die Lebenserwartung verdoppelt. Diese Entwicklung begann bereits, bevor der Pillenknicke zum Geburtenrückgang geführt hat. Die daraus folgende Überalterung unserer Bevölkerung belastet nun v. a. die Kosten für stationäre Behandlung und Pflegeleistungen. Manfred Manser [3], CEO der grössten Krankenkasse Helsana, hält denn folgerichtig auch fest, dass 2006 die grösste Preissteigerung mit 9% in den Pflegeheimen und bei der Spitex angefallen sei sowie 2% bei den stationären Spitalaufenthalten. Die Kosten im ambulanten Bereich hingegen – und hier soll MC zur Lösung der Kostenexplosion ganz speziell beitragen! – waren sogar

rückläufig (Kommentar überflüssig). Soll man somit die freie Arztwahl ausgerechnet dort opfern, wo am wenigsten Kosten anfallen und wo die Kostensteigerung bereits heute negativ ausgefallen ist? Die Schweiz ist eine der ältesten Demokratien, und kein Volk kann so differenziert und freiwillig zu so vielen Sachgeschäften, sei es in der Familie, in der Gemeinde, auf Kantonsebene oder auf Bundesebene, frei entscheiden. Und hier will man nun – mit etwas finanziellem Zwang – ärmere Bevölkerungsschichten um die Freiheit bringen, den Arzt ihrer Wahl jederzeit neu zu bestimmen, indem man sie dazu verpflichtet, die medizinische Qualität dort zu suchen, wo sie müssen, und nicht dort zu finden, wo sie wollen?

Wir werden in den kommenden zwei bis drei Jahrzehnten, bedingt durch unsere «Altenlast», mit jährlichen Kostensteigerungen in der Pflege und in der stationären Behandlung rechnen müssen. Diese uns heute finanziell belastende Generation hat die Grundlage zu unserem heutigen Reichtum und Sozialstaat geschaffen. Kon-

zentrieren wir uns auf eine würdige und schlussendlich dankbare Lösung dieser Aufgabe! Die Förderung von MC hingegen ist ein Nebenschauplatz, der von der eigentlichen Problematik ablenkt und von kurzfristigen Partikularinteressen geprägt ist. Zudem geht MC nicht ohne Leistungsabbau einher. Denn vergessen wir nicht: Nicht alles, was heute für mindestens drei Jahre oder länger auf die lange Bank geschoben wird, damit es sich einsparen lässt, hat sich morgen von selbst oder ohne Qualitätseinbusse für die Betroffenen erledigt.

Und zum Schluss noch die spontane Meinung einer Person, die MC im Ausland erfahren hat: «Managed care? Me? I prefer careful managing!»

Literatur

- 1 Thesen der FMH zu Managed Care vom 4. Dezember 2006.
- 2 Zürcher H, Metzger K. Positive Eindrücke vom dänischen Gesundheitswesen. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(3):106-8.
- 3 MittellandZeitung vom 1. Februar 2007.

Remarques du Comité central de la FMH

Depuis l'introduction de la LAMal il y a bien 10 ans, les médecins ont la possibilité de s'organiser en réseaux, de négocier et de conclure des conventions avec les assureurs, de fixer des règles du jeu pour le développement de la qualité et d'être, le cas échéant, coresponsables d'un budget. L'acceptation des modèles de managed care est variable; le taux de personnes assurées dans ces modèles diffère selon les cantons et peut atteindre jusqu'à 30% de la population. Les thèses de la FMH contiennent une définition du rôle du «care manager»: celui-ci est, en règle générale, un médecin de premier recours mais ce rôle peut aussi être assumé par un spécialiste. Nous estimons, nous aussi, que le managed care doit être encouragé au moyen d'un accompagnement scientifique (et non pas sur la base de prétendues différences). C'est justement la raison pour laquelle on investit

actuellement beaucoup dans la recherche sur le managed care (cf. Observatoire suisse de la santé. Preuves pour le managed care. Document de travail 16. 2006).

De plus, la Chambre médicale a chargé le Comité central de soutenir la diffusion de savoir-faire au sein du corps médical à ce sujet et de promouvoir le dialogue. Une bonne occasion de se faire une idée de l'évolution en cours, mais aussi de poser des questions critiques, est de participer début juin 2007 au congrès organisé par le Forum Managed Care. Enfin, le Comité central de la FMH est volontiers prêt à poursuivre aussi la discussion dans le cadre d'une séance de comité ou d'une assemblée générale de l'une ou l'autre de nos sociétés.

*Dr Olivier Kappeler,
membre du Comité central de la FMH*