

Courrier au BMS



Managed Care und Swiss DRG – oder vom Umgang der Verbandsspitze mit ihren Mitgliedern

Managed Care und DRG bereiten uns FMH-Mitgliedern erhebliche Sorgen. Gerade bei diesen Streitpunkten kommt es immer wieder zu heftigen Auseinandersetzungen. Es kann nicht geleugnet werden, dass sich die Meinungen von Vorstand und etlichen Mitgliedern voneinander entfernt haben.

Herr Kollege Ignazio Cassis schreibt [1]: «Wenn sogar die Reform durchkommt, können wir uns darauf vorbereiten, den 1. Januar 2012 als nationalen Tag der grossen Gesundheitsreformen zu feiern: Denn an diesem Datum werden die dual-fixe Spitalfinanzierung, die DRG, der neue Risikoausgleich und die Managed-Care-Vorlage in Kraft treten. Das ist vielleicht nicht die Obama-Reform, doch für die Schweiz – so viel kann ich Ihnen versichern – ist das eine Revolution! Trust your doctor!» Sein halb offengelegter Interessenkonflikt ist seine Mitgliedschaft im «Forum Managed Care» in dessen «strategischem Beirat» praktisch ausschliesslich Krankenkassen und Pharma-Riesen sitzen. Das lässt gesunde Zweifel aufkommen. Es lässt sich leider nicht leugnen, dass das Managed Care in den USA ein unbeschreibliches Desaster hinterlassen hat, das wir nicht gerne importieren möchten. Der Name ist Programm, auch wenn im Managed Care à la méthode Suisse «alles viel besser» werden soll. Da muss ich Herrn Cassis doch über diesen Weg ausrichten: «I will not trust you, Doctor.»

Nun ist von der SwissDRG AG ein Artikel erschienen unter dem Titel «Das SwissDRG-Fallpauschalen-System – Stellungnahme zum Artikel von Gerhard Rogler» [2]. Es ist fast schon etwas unangenehm, wenn jetzt Herr Kollege Cuénod als Mitglied des Zentralvorstands Herrn Prof. Rogler wortwörtlich «Ängste» unterstellt, nur weil dieser aus eigener Erfahrung uns Kollegen vor dem deutschen DRG-System warnt. Ich glaube nicht, dass es Herrn Kollegen Cuénods Aufgabe sein kann, die Bedenken und Sorgen von uns Ärzten, die mit dem Patienten täglich in Kontakt stehen, als (irrationale?) Ängste umzudeuten. Fast schon händeringend versucht die SwissDRG AG, im Artikel eine Replik auf Herrn

Roglers Bedenken und Warnungen zu verfassen. Inhaltlich fehlen die Argumente, was gar nicht überzeugend ist. Die Amerikanisierung mit DRG ist den Deutschen nicht gut bekommen, und diese Kollegen verstehen uns in der Schweiz nicht, warum wir die DRG in der Schweiz einführen «wollen». Kollegen in unserem Lande, die mit wehenden Fahnen sich langersehnte DRG herbeiwünschen dürften eher dünn gesät sein – etwas für «Pro Spezie Rara».

Es dürfte hier schon die Frage erlaubt sein, wie viel Tuchfühlung die FMH-Vorstandsmitglieder mit seinen Mitgliedern hat.

PD Dr. David Holzmann, Zürich

- 1 Cassis I: KVG: dringliche Massnahmen und Managed Care – wo stehen wir? Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(13-14):513.
- 2 SwissDRG AG. Arbeiten im Hinblick auf ein leistungsgerechtes Abgeltungssystem spitalstationärer Leistungen ab 2012. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(15):578-9.



Beunruhigende Sichtweisen

Sehr geehrter Herr Dr. Cassis

Mit grossem Interesse habe ich Ihre beiden Artikel vom 10. 3. 2010 in der SÄZ zum Thema «Ist der Arztberuf noch ein freier Beruf?» [1] sowie Ihre Äusserungen zum Thema «KVG: dringliche Massnahmen und Managed Care. Wo stehen wir?» [2] vom 31. 3. 2010 gelesen. Ich bin über die diametral verschiedenen Ansätze der beiden von Ihnen geäusserten Sichtweisen erstaunt; mehr noch, sie beunruhigen mich.

Aus Ihrem Artikel vom 10. 3. 2010 lese ich heraus, dass Sie sich grosse Sorgen machen um die zunehmenden Einschränkungen bei der Ausübung des freien Arztberufes. Sie kritisieren die Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin», weil Bund und Kantone für die medizinische Versorgung verantwortlich gemacht werden sollen. Sie führen aus, dass Anwälte, Apotheker und Architekten nie eine solche staatliche Kompetenzverschiebung verlangen würden. Den Umstand, dass Sie sich positiv zur freien Ärzteschaft stellen, finde ich lobenswert.

Im Artikel vom 31. 3. 2010 träumen Sie aber andererseits bereits von den grossen Feiern zum 1. 1. 2012, welcher zum nationalen Tag der grossen Gesundheitsreform werden könnte. Die Einführung des DRG, integrierte Versorgungsnetze mit Budgetverantwortung, Pseudohausarztmodelle mit Telefontriage und Ärztelisten sowie herkömmliche Praxisformen mit notabene höheren Prämien und Franchisen für die Patienten mit freier Arztwahl werden laut Ihren Aussagen die ambulante Medizin in der Schweiz dramatisch verändern. Zwei Massnahmen sind für Sie noch ungelöst: die Übernahme des günstigsten Generikums und die systematische Weiterleitung der nach ICD-10 kodierten Diagnosen an die Versicherer. Sie scheinen sich auf die gesundheitspolitische Revolution zu freuen. Wenn ich die beiden Artikel vergleiche, weiss ich nicht genau, zu welchem standespolitischen Grundsatz Sie eigentlich stehen. Wünschen Sie sich nun eine Stärkung der niedergelassenen Medizin oder wollen Sie staatliche Interventionen? Die Frage kann auch anders gestellt werden: Reden Sie als Parlamentarier oder als Vize-Präsident der FMH oder ist das einfach schwierig zu trennen? Die Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» kam deswegen zustande, weil sich viele Grundversorger (aber auch zunehmend Spezialisten) von den Repräsentanten der FMH nicht mehr adäquat vertreten fühlen. Die Initiative ist ein lautstarker Aufruf, endlich gehört zu werden. Keiner der Initianten wünscht sich eine Verstaatlichung der Medizin, sondern bessere Rahmenbedingungen; sonst wären sie wohl kaum in die freie Praxis gegangen. Ob Managed-Care-Modelle die Kosteneinsparungen bringen, welche sich Politiker und Kassen versprechen, werden wir sehen; ich hege meine Zweifel, transparente Zahlen seitens der Versicherer sind mir nicht bekannt. Sie leisten dadurch aber Vorschub zur indirekten Abschaffung des Vertragszwanges. Nie ist dazu aus den Kreisen der FMH etwas zu hören. Wer wird denn dereinst in den erlauchten Kreis der integrierten Versorgung aufgenommen und wer bestimmt welche Mitgliedschaft und zu welchem Preis? Budgetverantwortung sollen wir übernehmen, für welche Leistungen? Die zunehmende Einbindung des Patienten in ärztliche Handlungen bringt die Frage mit sich, ob auch dieser eine unmittelbare Budgetverantwortung mitträgt. Wo liegen hier die Grenzen oder haftet der Arzt allein? Ist es denn erwiesen, dass

Patienten mit freier Arztwahl wirklich grössere Kosten verursachen? Klar ist aber, dass sie dafür höhere Prämien bezahlen müssen. Hat uns diesbezüglich die FMH je umfassend orientiert?

Die plötzliche Akzeptanz in den Reihen der FMH, insbesondere ihres Präsidenten zur integrierten Versorgung nach der Wahl des neuen Bundesrates, scheint auch in dieser Frage die Karten neu zu verteilen; oder macht sich da wieder jemand salonfähig für das politische Parkett in Bern?

Die Einführung der Health Professional Card hätte wohl schnell und einfach Doppelbestimmungen eliminiert und günstig eine Kosteneinsparung erwirkt. Die Einführung war auf den 1.1.10 vorgesehen; Datenschützer (und Politiker) haben diese verhindert. Da wird allenfalls schon die Übernahme des «kostengünstigsten Generikums» favorisiert; welchen administrativen Aufwand dies gerade für selbstdispensierende Praxen, aber auch für Apotheker bedeutet, ist nicht abzuschätzen. Bei der systematischen Weiterleitung der ICD-10-kodierten Diagnosen an die Versicherer haben Sie wohl weniger Bedenken als bei der Einführung der Health Professional Card, an sich schwerverständlich.

Ich frage mich, ob wir Sie, die Umsetzung der Reformen wie beschrieben vorausgesetzt, am 1.1.2012 als reformfreudigen Vize-Präsidenten der FMH, als innovatives Mitglied des Nationalrats und der Gesundheitskommission oder als Totengräber der privaten Medizin feiern sollen. Für Swissness Obamaania wird es wahrscheinlich noch nicht reichen, aber das Resultat wird das gleiche sein.

*Dr. med. Robert Schönenberger,
Präsident des Ärztevereins der Stadt St. Gallen*

- 1 Cassis I. Ist der Arztberuf noch ein freier Beruf? Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(10):385–6.
- 2 Cassis I. KVG: dringliche Massnahmen und Managed Care. Wo stehen wir? Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(13/14):513.



Zum Beitrag «Schwangerschaftsabbruch: die Praxis der Spitäler und Kliniken in der Schweiz» [1]

In diesem Artikel werden die Ergebnisse einer Umfrage über die Praxis des Schwangerschaftsabbruchs an öffentlichen und privaten Spitälern präsentiert. Beide Autoren, A.-M. Rey und A. Seidenberg, sind Vorstandsmitglieder von APAC-Suisse, deren Zielsetzung in der Qualitätssicherung des Schwangerschaftsabbruchs und der Gewährleistung des Zugangs für alle Frauen besteht. Trotzdem wird ver-

sichert, dass «keine Interessenbindungen» bestehen würden. Doch kann die APAC angesichts ausgewiesener Aktivitäten kaum als neutral qualifiziert werden. So stellt sich die Frage, warum solche Erhebungen nicht von unabhängigen Institutionen wie dem BSF, die zudem über ausreichende statistische Kenntnisse verfügen, erstellt werden.

Einige Bemerkungen zu den Ergebnissen: Die Frage der Repräsentativität ist in der empirischen Forschung nicht eindeutig definiert. Ob die Umfrage deshalb als «hochrepräsentativ» gelten kann, muss daher schon aus grundsätzlichen Erwägungen offenbleiben. In diesem Kontext ist unter anderem festzustellen, dass in der französischen und italienischen Schweiz anteilmässig deutlich mehr Kliniken die Antwort verweigert haben, als in der deutschen Schweiz. Zur Klärung des medikamentösen Abbruchs im 2. Trimester konnten zudem lediglich 61 von 93 Fragebögen ausgewertet werden, was nur knapp mehr als die Hälfte aller ausgewerteten Antworten (113), bzw. 39% der insgesamt angeschriebenen Kliniken (157) entspricht. Trotz einiger Zweifel an der Datenqualität ist bemerkenswert, dass 53% der Kliniken Abtreibungen bis zur 24. Woche oder – in «extrem seltenen medizinisch indizierten Ausnahmefällen» – auch später vornehmen. 11 Kliniken praktizieren anscheinend den Fetozid. Hier stellen sich unter anderem auch Fragen nach der konkreten Methode (Unterbindung der Nabelschnur? Injektionen von Kaliumchlorid?). Was passiert, wenn der Fötus die Spätabtreibung überleben sollte? Über solche unangenehmen Fragen schweigt man sich lieber aus. Denn an diesen Aspekten zeigen sich das Drama und die Tragik liberal ausgestalteter Abtreibungsregelungen besonders deutlich. Umso fragwürdiger ist die Forderung der Autoren, den «Ermessensspielraum» des Gesetzes im Rahmen der psychosozialen Indikation besser auszuschöpfen! Abgesehen davon ist die Schweregradbestimmung seelischer Notlagen mit notorischen Unsicherheiten belastet, die weder von echten noch von selbsternannten Experten beseitigt werden können. Vom Schutz des Ungeborenen ist in diesem Zusammenhang schon lange nicht mehr die Rede. Aber auch nicht von den Ärzten, die de facto gezwungen sind, solche Eingriffe durchzuführen. Oder die es vielleicht aufgrund der wahrgenommenen «medical» und «political correctness» nicht mehr wagen, von ihrem Recht auf Weigerung aus Gewissensgründen Gebrauch zu machen.

Dr. med. P. Ryser, Seftigen

- 1 Rey A-M, Seidenberg A. Schwangerschaftsabbruch: die Praxis der Spitäler und Kliniken in der Schweiz. Schweiz Ärztezeitung 2010; 91(13/14):551–4.



Ideologie kontra Realität

Zum Artikel «IV weibelt für berufliche Integration – Goodwill auf schwierigem Terrain» [1]

Wenn die ideologische Haltung der Behörden auf die harte Realität der Wirtschaft trifft, dann sind die «Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen» leider einmal mehr die Opfer. Als ehemaliges Kadermitglied einer lokalen Niederlassung eines Pharmaunternehmens erhielten wir z. B. die Weisung, nur gesunde Mitarbeiter jünger als 35 Jahre einzustellen, da ansonsten die intern anfallenden Sozialbeiträge für IV, ALV und BVG zu hoch ausfallen. Behinderte stellen so trotz ihrer Fähigkeiten ein zusätzliches grosses finanzielles Risiko dar, welches die Firmen häufig nur dann zu tragen bereit sind, wenn man einen «Hungerlohn» akzeptiert oder als «Ich AG» Aufträge auf Abruf bearbeitet. Als Betroffener hallt deshalb der ideologische Satz «Wer arbeitet, hat mehr vom Leben» sehr sarkastisch nach. Als «Selbstständig Erwerbender» trägt man bei gesundheitlicher Verschlechterung oder Rezidiven dann zusätzlich alle finanziellen Risiken selber. Arbeitsausfall- und Lebensversicherungen können nicht mehr abgeschlossen werden, da das aktuelle Leiden ja nicht versichert werden kann. Im Prinzip wird man so auf eine sehr unwürdige Art und Weise abgeschoben und ausgebeutet, nur um dem Ideal der «Welt der Gesunden» zu entsprechen. Dieser Integrationsdruck wird mit der aktuellen «6. IV-Revision» von den Behörden schamlos ausgenutzt, ohne gleichzeitig die Versicherungsmöglichkeiten für Menschen mit Behinderung oder die Pflichten der Arbeitgeber gesetzlich grundlegend «menschenwürdig» zu reformieren. Solange dieser Mangel nicht behoben wird, wird das Bundesamt für Versicherungen (BSV) noch lange über die Tatsache staunen, weshalb Menschen mit Behinderung keine Arbeit finden. IV-Rentner mit somatoformen und/oder psychischen Erkrankungen werden die nächsten Opfer unseres doppelzüngigen Sozialstaates im Interesse des finanziellen Wohlergehens unserer Wirtschaft und deren lobbyierten Parlamentarier werden. Berufliche Integration – Goodwill auf unmöglichem Terrain!

*Dr. med. vet. Andreas Keusch,
Pfäffikon SZ*

- 1 Wolff E. IV weibelt für berufliche Integration – Goodwill auf schwierigem Terrain. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(13/14):560.