

Briefe an die SÄZ



A kommt vor B – zu Ignazio Cassis' Rücktritt

(NZZ am Sonntag vom 27.11.2011)

Ignazio Cassis kann man sicherlich eines nicht vorwerfen: Dass er nicht engagiert und überzeugt für eine längst fällige Erneuerung des ärztlichen Berufsverständnisses in einer sich wandelnden Gesellschaft eingetreten sei. Insofern ist auch sein immenser Einsatz für eine gute Managed-Care-Vorlage zu würdigen und zu verdanken.

Dass er sich dabei an den Managed-Care-Thesen der FMH orientiert und man diese zu über 95% ins Gesetz hineingebracht habe, zeigt aber einmal mehr, wie der zentrale Negativmechanismus der Risikoselektion im Gesundheitswesen weiterhin sträflich unterschätzt wird. Bedauerlicherweise auch von ärztlichen Gesundheitspolitikern wie Kollege Cassis.

Eine *real umgesetzte* Unterdrückung der Risikoselektion bleibt eine logische und daher zwingende Voraussetzung jeglicher substantieller Reformen im Gesundheitswesen, ganz besonders auch einer Budgetmitverantwortung. Diese Priorität ist anscheinend dem kleinen Arzt an der Basis klarer als den ärztlichen Verbandskadern, glücklicherweise.

Es ist völlig naiv zu glauben, die im Gesetzesvorschlag lediglich vage umschriebene Reform werde in der Umsetzungsverordnung unter dem Druck der Kassenlobby nicht noch beliebig verwässert oder schlimmstenfalls ganz unterlassen! – Eine diffuse Andeutung garantiert noch keineswegs eine erfolgreiche Umsetzung, ist womöglich blosser Beschwichtigungstaktik!

Tritt jedoch eine Budgetmitverantwortung in Kraft, ohne zuvor den heutigen Fehlanreiz der Risikoselektion *real und ausreichend* beseitigt zu haben, geraten die ÄrztInnen mit vielen chronisch kranken Patienten nicht bloss unter etwas stärkeren wirtschaftlichen Druck, wie Kollege Cassis am Rande verharmlosend anmerkt. – Nein: Die chronisch Kranken samt ihren ÄrztInnen gerieten gemeinsam in Teufels Küche! Der wirtschaftliche Druck durch die Krankenkassen würde ohne Zweifel zu einer verschärften Risikoselektion im ärztlichen Alltag führen.

Dies verstehen unsere ärztlichen Kader entweder mangels Fronterfahrung oder auch zufolge eigener politischer oder wirtschaftlicher Interessen offenbar bisher nicht.

Erst wenn chronisch Kranke zunehmend mit Routineanliegen die Notfallstationen und Ambulatorien überlasten, werden kassenhörige Gesundheitspolitiker und BAG-Reissbrettmediziner in Erklärungsnot kommen und arglose, naive Verbandspolitiker ernüchtern.

Fazit: Entweder braucht unser Gesundheitswesen als allernächste substantielle Veränderung eine griffige und glaubhaft umgesetzte Unterdrückung der unwürdigen Risikoselektion. Daraufhin müssten gute Ärzte weder Budgetmitverantwortung noch Qualitätsmanagement fürchten. Ersteres wäre dann sinnvoll und auch gerecht und würde zudem bereits die relevante Grundlage für das zweite bilden, welches um Welten einfacher ablaufen könnte, als es seit Jahren geplant wird.

Oder aber wir brauchen die Einheitskasse, womit sich die Risikoselektion dann von selbst erledigen würde, – zweifellos eine Verbesserung des Status quo und insofern das kleinere Übel. Auch wenn ein Wettbewerbssystem mit dem klaren Anreiz zur Nutzeneffizienz zugunsten der PatientInnen zweifellos vorzuziehen wäre.

Dr. med. Peter Baumgartner,
Mitglied Vorstand BEKAG, Burgdorf

Antwort

Sehr geehrter Herr Kollege Baumgartner
Ich danke Ihnen sehr für Ihren Brief, den ich zweimal lesen musste, um festzustellen, wo wir Meinungsunterschiede hatten.

Sie sagen: «Eine *real umgesetzte* Unterdrückung der Risikoselektion bleibt eine logische und daher zwingende Voraussetzung jeglicher substantieller Reformen im Gesundheitswesen, ganz besonders auch einer Budgetmitverantwortung.» Ich teile Ihre Meinung vollumfänglich. Das ist eben der Grund, warum in der heutigen Managed-Care-Vorlage eine starke morbiditätsbasierte Verfeinerung des Risikostrukturausgleichs vorgesehen ist. Es war mir ein sehr wichtiges Anliegen, und ich konnte meinen entsprechenden Antrag durch die Kommission schliesslich durchbohren. Die beiden Kammern genehmigten dann diese Änderung. Ohne die Verfeinerung des Risikoausgleichs wäre in meinen Augen eine Budgetmitverantwortung unverantwort-

bar. Demzufolge danke ich Ihnen, dass Sie dieses Junktim unterstreichen.

Die Umsetzung des besseren Risikostrukturausgleichs liegt jetzt in den Händen des Bundesrats und nicht – hier besteht eine Meinungsverschiedenheit – der Krankenversicherungen! Der Bundesrat bemüht sich um eine wirksame und effiziente Umsetzung: Dieses Vertrauen in die Bundesregierung kann man in unserem Land doch noch haben!

Aber eben: Diese Reformen erfolgen erst, falls das FMH-Referendum gegen das Gesetz keinen Erfolg hat.

Dr. med. Ignazio Cassis,
Vizepräsident der FMH und Nationalrat



Palliativmedizin darf nicht in eine Ecke verbannt werden

Sehr geehrte Redaktion

In seinem letzten «Zu guter Letzt» [1] äussert sich J. Martin trefflich über dieses Vorgehen. In diesem Zusammenhang stösst man in der Praxis und im Leben auch auf ein anderes Problem, auf eine andere Seite der Medaille: Der Patient und/oder seine Angehörigen verlangen nach unnötigen, überflüssigen, teilweise schädlichen diagnostischen und therapeutischen Massnahmen, nach neuen, weiteren Medikamenten, unter der Parole «Es muss etwas gehen, man darf es nicht so stehen lassen». Hinter dem sind eine grosse Angst vor Verlust, Sterben und Tod, manchmal auch Schuldgefühle verborgen. Sie sind leider Gesprächen, Erklärungen, Erläuterungen nicht zugänglich und wenn sie eine andere als ihre Einstellung spüren, wechseln sie die Betreuer, eventuell auch das Spital. Sie werden nicht nur «Koryphäen-», sondern allgemein «Ärzt-Killer». In der Nähe des Gevatters Tod sind solche Auseinandersetzungen besonders belastend. Oft vermuten sie zu Recht hinter unserer Einstellung auch Spattendenzen. Diese zu verurteilen, fällt ihnen desto leichter, als sie sich finanziell an ihren Untersuchungen und Behandlungen nur wenig, bei Überschreiten gewisser Grenzen überhaupt nicht beteiligen. Andererseits unterstützen wir sie in ihrem Verlangen, da wir zunehmend über Medikamente verfügen, die pro-

Monat mehrere tausend Franken kosten, auch wenn sie das Leben oft mit schweren Nebenwirkungen belasten (die wiederum beträchtliche Kosten verursachen) und es nicht einmal ein halbes Jahr verlängern. Bei Kindern und jungen Menschen kann ihr Einsatz u. U. berechtigt sein.

Dr. med. P. Marko, St. Gallen

- 1 Martin J. Palliativmedizin darf nicht in eine Ecke verbannt werden, weit weg von der «Medizin, die heilt». Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(47):1846.



Lettre ouverte à Didier Burkhalter

Cher Monsieur le Conseiller fédéral et Ministre de la santé Didier Burkhalter, Le «Patient Protection and Affordable Care Act» (ACA) oblige les compagnies d'assurance des Etats Unis à rendre public, chaque année, le taux des revenus effectivement dépensé provenant des primes d'assurance maladie (ce que les caisses nomment «medical loss ratio / MLR»), pour rembourser le coût des presta-

tions ou bien en faveur d'activités destinées à promouvoir la santé. Si ce taux est inférieur – pour les petites caisses à 80%, pour les grosses caisses à 85% – des primes encaissées, l'assureur est contraint à rembourser la différence à ses assurés. La «National Association of Insurance Commissioners» (NAIC) (c.-à-d. l'équivalent de notre santésuisse), chargée par le Congrès d'établir les définitions et les méthodes de calcul de la «medical loss ratio» – et ce sous le contrôle attentif du Department of Health and Human Services (c.-à-d. notre OFSP) – a fait des mains et des pieds pour gonfler artificiellement leur MLR en incluant dans la part destinée à la promotion de la santé: les frais résultant des contrôles et de la prévention des fraudes, du management des réseaux de pourvoyeurs de soins (notre managed care), les commissions et les salaires des vendeurs d'assurances et toute dépense résultant de campagnes pour la promotion de la santé (revues mensuelles de chaque caisse, illustrées sur papier glacé avec photos en couleur, spots télévisés, etc). La NAIC a demandé en outre de pouvoir calculer les «pertes médicales» au niveau national (lisez fédéral) plutôt qu'au niveau des Etats (lisez cantons) – ce qui leur aurait permis de partager les coûts tout en centralisant les profits dans leur propre poche.

A l'heure actuelle, on redoute les effets de la stricte application de l'ACA pourrait avoir sur les caisses-maladie américaines: une explosion des primes? La disparition des moins fourbes et plus honnêtes d'entre elles? L'«American Medical Association» (c.-à-d. notre FMH) soutient entièrement le remboursement de la différence entre coût et profit aux assurés, quant au Congrès, il s'augure qu'instaurer la transparence en assurant que les 80–85% des primes soient vraiment dépensées en faveur des malades vaut bien le risque de voir se réduire le nombre des caisses-maladie et leurs dépenses administratives (New England J of Medicine, Nov. 11, 2010). Cher Ministre de la santé: un «Affordable Care Act» à mesure helvétique – ne serait-ce pas une bonne idée pour l'avenir de notre système et de notre marché de la santé?

Je rappelle à votre attention spéciale: la législation américaine a établi que le managed care doit être «managé» par les médecins et non par les administrateurs des caisses-maladie! Encore une excellente disposition que vous pourriez faire vôtre afin d'éviter le rationnement des soins à l'unique profit des managers de nos 86 caisses-maladie. Avec mes salutations les meilleures.

Dr Franco de Clari, Lugano