

# Courrier au BMS



## Betrifft: Managed Care

### Zum Beitrag «Managed Care wäre schon gut – aber nicht mit dieser Mogelpackung» von David Winizki [1]

Sehr geehrter Herr Kollege

Ihre engagierten Ausführungen zur, wie Sie es bezeichnen, «Mogelpackung MC-Vorlage» kann ich nicht unbeantwortet lassen. Als Vorstandsmitglied in einem Netzwerk (beodocs) habe ich Einsicht in die Verträge. Aus dieser Sicht sind mehrere Ihrer Kontra-Argumente nicht korrekt, ja sogar irreführend:

- Die Verträge werden unbefristet mit 6-monatiger, beiderseitiger Kündigungsfrist auf Ende Jahr abgeschlossen. Von «jahrelanger Bindung» kann keine Rede sein. Die Verträge werden mit dem Gesamt-Netzwerk abgeschlossen, jedem Einzel-Mitglied steht es frei, dem Anschlussvertrag beizutreten oder nicht, auch dies mit einer Kündigungsfrist von 6 Monaten.
- Es scheint, dass Sie Budget-Verantwortung sprich Globalbudget mit Budgetmitverantwortung vermischen. In den Verträgen wird wohl ein Budgetziel zwischen Kasse und Netzwerk vereinbart, dies nach klaren Referenzkriterien. Der Einzelarzt rechnet wie bisher nach TARMED ab. Der Einzelarzt hat somit kein finanzielles Risiko. Wird das Budgetziel überschritten, haftet das Netzwerk höchstens für den vereinbarten Steuerungsbetrag (1.50 CHF–2.00 CHF ppm). Höhere «Risikosummen» sind Verhandlungssache. In der Schweiz ist die Abrechnung des laufenden Jahres frühestens per 2. Quartal des Folgejahres vorhanden (die Zahlen werden durch die Kassen nach Einreichung der Rückforderungsbelege der Patienten errechnet), im Abrechnungsjahr ist also schlicht nicht bekannt, ob das vir-

tuelle Budget eingehalten wird oder nicht. So erwähnen Sie Global-Budget-Probleme, wie sie in Deutschland bestehen.

- Im *heutigen* System ist alle Macht bei den Kassen. Diese bestimmen einseitig, wen sie zu welchen Bedingungen in ihre «Hausarztlisten» aufnehmen wollen. Wir müssen sogar als Bittsteller auftreten (z.B. Progrès), um «Hausarztpatienten» behandeln zu dürfen.
- Mit der Gesetzes-Revision werden Ärzte, Kassen und Patienten zu Verhandlungspartnern. Die Aufnahme von Mitgliedern ist Sache der Netzwerke und nicht der Kassen.
- Die Mehrkosten bei «total freier Arztwahl» für Selbstbehalt und Maximalfranchise sind mit wenigen Päckchen Zigaretten abgegolten. Die immer erwähnten 1000 CHF gelten nur für einen Patienten mit hohen Jahreskosten, für einen Patienten mit durchschnittlichen Kosten werden es um 300 CHF p.a. gegenüber heute sein (siehe Rechnungsbeispiel unten).
- Es steht dem Patienten frei, ob ihm «sein» Hausarzt oder die KK wichtiger ist, wenn ein Wechsel zur Diskussion steht.
- Eine Selbstbehaltreduktion auf 5% hätte die Eigenverantwortung des Patienten weiter geschmälert.
- Sogar Jacques de Haller verbreitet Unwahrheiten bezüglich «Freier Arztwahl» (Medical Tribune Nr. 20/12, p. 2). Ein Spezialist (z.B. Dermatologe) muss keineswegs Netzwerk-Mitglied sein. Im Gegenteil, der Netzwerkarzt bespricht mit dem Patienten den für ihn optimalen Spezialisten. Frauenärzte, Pädiater können ohnehin frei gewählt werden!

Ich hoffe, Ihnen damit Ihre für mich zum Teil sogar falsch wirkenden Argumente in anderer Sichtweise dargestellt zu haben, und hoffe für mich auf einen positiven Ausgang der Abstimmung.

*Dr. med. Urs Dimmler, Beatenberg*

1 Managed Care wäre schon gut – aber nicht mit dieser Mogelpackung. Schweiz Ärztezeitung. 2012(93(21):755–6.

## Prämien, Franchisen und Kostenbeteiligungen

Durchschnittsprämie (2012)	4584 Franken	Max. 4584 Franken	4584 Franken
Min. Franchise	300 Franken	300 Franken	300 Franken
Selbstbehalt	10 Prozent	10 Prozent	10 Prozent
Max. Selbstbehalt	700 Franken	500 Franken	1000 Franken
Max. Belastung bei sehr hohen Krankheitskosten	5584 Franken	5384 Franken	5884 Franken
Max. Veränderung der Belastung	-	-200 Franken	+300 Franken

## Replik zur Stellungnahme von Kollege Dimmler

Als Vorstandsmitglied des Netzwerkes beodocs hat Kollege Dimmler bestimmt mehr Einsicht in die Verträge und deren Entstehung als ich, als einfaches Mitglied der Zürcher Netzwerke VHZ und Zmed und Vertragspartner aller Hausarztverträge meines Netzwerkes – ausser jenen mit Budget(mit)verantwortung – seit über zehn Jahren. Vielleicht vernebelt aber diese Nähe zum Status quo dem Kollegen Dimmler die Weitsicht für die Gefahren, welche das Instrument Budgetverantwortung für die zukünftige ambulante Versorgung jenes grossen Bevölkerungsteils bedeutet, welcher sich ausser der Grundversicherung kaum weitere private Ausgaben für die Gesundheitsversorgung leisten kann.

Selbstverständlich weiss ich, dass heute mit Budget(mit)verantwortung die Budgetabweichungen nur teilweise auf die Netzwerke umgelagert werden und noch kein Netzwerk bis heute auch nur einen einzigen Franken für Budgetüberschreitungen zurückzahlen musste. Dazu sind die Budgets viel zu konzilient berechnet bei nur einem Viertel Hausarztversicherten und der deswegen starken Verhandlungsposition der Netzwerke.

Das könnte sich aber massiv verändern, wenn in Zukunft die Mehrheit der Bevölkerung Netzwerken angehört. Dann lassen *santésuisse* und marktorientierte Gesundheitspolitiker und -ökonomien die Krallen raus – fertig Schmusekurs! Bonus-Malus-Verschärfungen und Budgetsenkungen oder Nichtanpassung an die Teuerung sind dann angesagt. Dann sind wir Hausärzte zwar im Mittelpunkt des ambulanten Gesundheitswesens, werden dafür aber das Vertrauen der Patienten verspielt haben. Würde diese Vorlage angenommen, wäre heute bald einmal die gute alte Zeit von morgen!

Die Ausführungen von Kollege Dimmler zur Bedeutung der Selbstbeteiligungs-Erhöhung widerspiegeln einen Sarkasmus, der mir Bauchweh macht. Armut macht (chronisch) krank und (chronische) Krankheiten machen viele arm! In der Schweiz sind immerhin 40% so arm, dass sie die Bedingungen für die individuelle Prämienverbilligung erfüllen. Gerade diese chronisch Kranken können aber mit dem salopp daherkommenden Spruch von Eigenverantwortung wenig anfangen.

*Dr. med. David Winizki, Zürich*



## JA zu Managed Care

### Die Sicht des Thurgauer Kantonsarztes

Dass wir im Gesundheitswesen ein Kosten- und Finanzierungsproblem haben, welches in Zukunft noch zunehmen wird, ist allgemein bekannt. Der medizinisch-technische Fortschritt und die zunehmende Alterung sind dafür hauptsächlich verantwortlich. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, dies anzugehen:

- Gesundheitsförderung und Prävention
- Rationalisieren
- Rationierung

Alle diese drei Wege haben aus Sicht der einzelnen Partner im Gesundheitswesen ihre Nachteile. Der Mensch ist ein Eigennutzenoptimierer. Der Patient will die maximale Leistung zum Nulltarif, der Politiker will wieder gewählt werden, der Leistungserbringer muss schauen, dass sein Geschäft Ende Jahr eine Rendite abwirft. Alle diese Haltungen sind nachvollziehbar und nicht grundsätzlich schlecht. Sie verhindern aber im Gesundheitswesen die Lösung unserer Kosten- und Finanzierungsproblematik.

Die Rationierung ist sicherlich die effektivste Massnahme. Im Medizinalltag wird täglich rationiert, man spricht aber nicht gerne darüber. Die akzeptierteste Form der Rationierung, die auch ethisch vertretbar ist, ist die Patientenverfügung.

Managed Care gehört zur Kategorie «Rationalisieren». Managed Care ist keine Billigmedizin, sie hat ihren Preis. Ich weiss nicht, was gewisse Kreise gegen das Wort Managen haben. Managen ist in der Wirtschaft, ja in unserem Leben gang und gäbe. Managen heisst «planen, organisieren, führen». Dies scheint mir nicht grundsätzlich schlecht. Auch in der Medizin macht es Sinn, zu planen, zu organisieren und zu führen, insbesondere wenn die Ressourcen knapper werden und insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten.

Der vorliegende Abstimmungsvorschlag zu Managed Care verhindert die freie Arztwahl überhaupt nicht, er macht auch keine Zweiklassenmedizin, im Gegenteil!

Eine durchschnittliche Krankenversicherungsprämie kostet in der Schweiz 300 Franken pro Monat. Ist jemand mit dem Managed-Care-Zugang zur Medizin nicht einverstanden, so hat er weiterhin die Möglichkeit, auf Managed Care zu verzichten, es kostet ihn monatlich im schlimmsten Fall 25 Franken, nicht einmal 10% der Prämie. Ich verstehe die Ärztinnen und Ärzte nicht, die davor Angst haben. Wenn diese Ärztinnen und Ärzte eine gute Leistung erbringen, wird dies jeder Schweizerin und jedem Schweizer 25 Franken pro Monat wert

sein. Mit anderen Worten: Die Ärztinnen und Ärzte sollen sich über die Leistung profilieren und nicht über die Strukturerhaltung, dies schadet den Patientinnen und Patienten, aber auch unseren Ärztinnen und Ärzten der nächsten Generation.

Nach vielen Jahren der Diskussionen und Dispute haben wir einen Vorschlag zur Abstimmung auf dem Tisch, der zumindest im Ansatz vielversprechend ist.

Haben Sie den Mut, zur Managed-Care-Vorlage Ja zu sagen. Es ist eine gute Sache!

Falls Sie Nein sagen, werden die Sozialdemokraten die Einheitskasse bringen, diese wird aus meiner Sicht diesmal eine gute Chance haben, unter anderem auch darum, weil bis dahin die Kosten weiter steigen und die Finanzierung zunehmend schwieriger wird. In vielen Kantonen werden die Gesundheitskosten in den nächsten Jahren die Kosten der Bildung überholen!

Mit der Einheitskasse ist die freie Arztwahl definitiv zu Ende, insbesondere, wenn gleichzeitig auch noch der Kontrahierungszwang fällt. Dann bestimmen die Krankenversicherungen ihren Arzt oder ihre Ärztin, und die absolute freie Arztwahl wird nicht mehr für 25 Franken erhältlich sein, es gibt sie dann definitiv nicht mehr.

*Dr. med. Mathias Wenger, Häuslenen*



### Wie die Fische im Netz

Netzwerke sind sinnvoll und aus unserem Gesundheitswesen nicht mehr wegzudenken, aber sie sollten auf freiwilliger Basis gedeihen, wie Herr Dr. Markus Redlich ganz richtig sagt [1]. Wenn die Budgetgestaltung praktisch obligatorisch wird, dann hat die Katze die Fische so richtig im Netz und kann die Krallen zeigen. Und wer gibt uns die Garantie, dass die Kassen mit der Zeit nicht Einfluss – direkten oder indirekten – auf den Vorstand der jeweiligen Netzwerke nehmen können und werden? Und wenn wir schon einmal beim lieben Geld sind: Wir fordern von den Kassen mehr finanzielle Transparenz. Sollten wir dies nicht auch von den Netzwerken und deren Exponenten verlangen? Laut persönlicher Mitteilung eines Netzwerkmanagers beträgt die monatliche Promotion pro Patient eines Netzwerkes (sog. PMPM) bis zu 10 CHF. Der Arzt an der Front, der sich täglich abrackert, bekommt davon 0.50 CHF, und wenn er sich besonders gut einsetzt und brav für's Netz arbeitet, 0.70 CHF. Das ist extrem wenig für die Primärproduzenten der ganzen Wertschöpfungskette. Ein Netzwerk mit z.B. 10000 Mitgliedern bekommt durch diese PMPM von den Kassen bis zu 1200000 CHF. Wohin geht dieses Geld? Und wie wird es

schliesslich wieder eingespart, da die Netzwerke ja zumindest kostenneutral sein sollten? Natürlich, die Bürokratie arbeitet ja nicht umsonst, die Qualifikationsstellen müssen organisiert werden, und da ist auch noch die Software Blue Evidence zu berappen, aber ist das alles wirklich so teuer? Wie viel davon geht an die Kader der Netzwerke, und gibt es sonst noch Dividenden und Wertsteigerungen über firmeneigene Aktien, Provisionen, Kickbacks (s. Artikel von Dr. med. M. Romanens [2])? Ich will damit niemandem zu nahe treten, aber die Essenz eines Netzwerkes ist der Austausch von Informationen zwischen gleichberechtigten Akteuren. Andernfalls handelt es sich eher um anonyme Kapitalgesellschaften.

*Dr. med. Johannes Ledergerber, Zürich*

- 1 Redlich M. Budgetmitverantwortung – ganz harmlos? Schweiz Ärztezeitung. 2012; 93(18):671.
- 2 Romanens M. Verträge zwischen Ärzten bzw. Netzwerken und Kassen. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(17):622.



### Rechte auch für Patienten?

Die Aufhebung der freien Arztwahl verstösst gegen die passive Wirtschaftsfreiheit aus der Sicht des Patienten. In der Schweiz gibt es neben der aktiven Wirtschaftsfreiheit eine passive Wirtschaftsfreiheit nach Artikel 27 der Schweizerischen Bundesverfassung. Die passive Wirtschaftsfreiheit betrachtet die Wirtschaftsfreiheit des Artikels 27 der Bundesverfassung aus dem Blickwinkel der Patienten (sogenannter Patientenschutz und Patienteninteresse). Patienten haben Anspruch auf eine medizinische Behandlung von anerkannt hohem Niveau. Es darf nicht übersehen werden, dass die Bedeutung der passiven Wirtschaftsfreiheit zunimmt, je seltener und komplizierter die Krankheit, je fortgeschrittener die medizinische Wissenschaft und Forschung und je spezialisierter der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin ist. Bereits vor Jahren habe ich in meiner Doktorarbeit «Das Freizügigkeitsabkommen Schweiz-EG: Auswirkungen auf die Berufe der Humanmedizin» darauf hingewiesen, dass im europäischen Recht die sogenannte passive Dienstleistungsfreiheit auch dann Anwendung finden muss, wenn ein Patient im Hoheitsgebiet des Mitgliedstaates, in dem der Dienstleistungserbringer ansässig ist, seinen Wohnsitz nimmt, um sich einer langwierigen und komplizierten ärztlichen Behandlung zu unterziehen.

*Dr. Udo Adrian Essers, Küsnacht*



### Die vernünftiges Denken anwendende Medizin wirkt humanitär

Im Bulletin 1/12 der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW wird mitgeteilt, dass in den USA in den 1960er Jahren unter dem Begriff «Medical Humanities» eine Strömung begonnen habe, Literatur, visuelle Künste, Human- und Sozialwissenschaften in die Ausbildung von Medizinern einzubeziehen. Diese Strömung beginne seit 10 Jahren, auch in Europa Fuss zu fassen. An der Universität Genf würden angehende Ärztinnen und Ärzte in den Fächern Philosophie, Literatur und Geschichte unterrichtet. Der Präsident der SAMW stellt fest, dass die Medizin durch die naturalistische Krankheitsforschung sehr erfolgreich war, aber den Mangel der «Eindimensionalität» eines rein biologisch-molekulargenetischen Krankheitsverständnisses zeige.

Ich bin der Ansicht, dass die humanistische Bildung und Erziehung zu einem anständigen, mitmenschlich hilfsbereiten Verhalten eine wesentliche Aufgabe des Gymnasiums ist und nicht erst im Medizinstudium vermittelt werden muss. Der Begriff «Humanitas» bedeutet Menschlichkeit und Menschenliebe. Wenn mit «humanitär» Handlungen bezeichnet werden, die zur Linderung von Not und Leiden beitragen, ist die naturwissenschaftlich fundierte Medizin dank ihrer Wirksamkeit an sich humanitär. Deshalb entspricht der Begriff «Medical Humanities» einem Pleonasmus. Der New Yorker Arzt und kompetente Beobachter der medizinischen Szene Lewis Thomas hat vor 30 Jahren darauf aufmerksam gemacht [1], dass die Medizin während Jahrtausenden mehrheitlich auf unsinnigen Vorstellungen über die Krankheitsursachen beruhte und mit irrationalen Massnahmen experimentierte. Die der Linderung von menschlichen und tierischen Leiden dienende Medizin wurde erst zunehmend

wirksam und unentbehrlich, als die Ärzte und ihre Helfer wie die Naturwissenschaftler kausalverstehend zu denken begannen und unvoreingenommen nach den Krankheits- und Verletzungsursachen suchten und diese zu beseitigen und die Krankheits- und Verletzungsfolgen zu mildern trachteten.

Nachdem die Geisteswissenschaften während Jahrtausenden wegen ihrer Dogmatik Krankheiten weder zu heilen noch zu verhüten vermochten, halte ich die «Medical Humanities»-Strömung nicht für Erfolg versprechend, sondern für ein Zeichen des sich ausbreitenden Irrationalismus, den der schottische Ideenhistoriker James Wepp (1946–1980) für das 20. Jahrhundert in den westlichen Ländern diagnostiziert und 1976 in seinem Buch «The Occult Establishment» peinlich genau dokumentiert hat. Der vom Establishment im 20. Jahrhundert gepflegte Irrationalismus in Form der Psychoanalyse, des Kommunismus, Nationalsozialismus, der Anthroposophie, Scientology, des Dadaismus, Surrealismus, der «Bewusstseinsweiterung» durch Drogen geistert im 21. Jahrhundert immer noch herum. Und die Schuldenwirtschaft, die spassige Wohlfahrt auf Kredit, die Wunschdenkerei mit dem Euro, in der Pädagogik, Ethik und sogar in der Justiz, in der Energiepolitik, im aufgeblähten Gesundheitsmarkt und überbordenden Kunsthandel sprechen eher für eine Flucht vor der Vernunft statt einer Rückbesinnung auf den Segen vernünftigen Denkens und Handelns.

Abschliessend bin ich der Überzeugung, dass die im 19. und 20. Jahrhundert naturwissenschaftlich revolutionierte, dem vernünftigen Denken und Handeln verpflichtete Medizin nicht am Ende, sondern am Anfang eines langen Weges steht mit dem Ziel, möglichst viele Krankheiten zu eliminieren und die Folgen von noch nicht heilbaren Krankheiten und nicht verhütbaren Verletzungen zu mildern. Die grosszügige Förderung der «biomedizinischen Grundlagenforschung» trägt durch medizinische Durchbrüche mehr zur Verbesserung der condition humaine bei als die Wiederbelebung der Geisteswissenschaften.

*Prof. Dr. med. Max Geiser, Wabern*

- 1 Thomas L. Medical Lessons from History. In: The Medusa and the Snail. New York: The Viking Press; 1979. p. 158–75.