

# Briefe an die SÄZ



## Referendum gegen Managed-Care-Vorlage

In seiner Kritik zu einem laufenden demokratischen Vorgang [1] schreibt Kollege Bovet: «denn wer, wenn nicht wir Ärztinnen und Ärzte, soll die Verantwortung für die gerechte Verteilung der Mittel im Gesundheitswesen übernehmen?» und zitiert dabei die Charta zur ärztlichen Berufsethik, Punkt 7.

Darin heisst es: «Bei der Berücksichtigung der Bedürfnisse individueller Patienten müssen Ärzte eine Gesundheitsversorgung anbieten, die auf einem klugen und effektiven Einsatz der begrenzten Mittel beruht. Sie müssen mit anderen Ärzten, Krankenhäusern und Versicherungen zusammenarbeiten, um Leitlinien für eine kosteneffektive Versorgung zu entwickeln. Die Verantwortung für einen angemessenen Einsatz der Mittel erfordert eine konsequente Vermeidung von überflüssigen Untersuchungen und Behandlungen. ....»

Die Vermeidung von unnötigen Leistungen ist eine Selbstverständlichkeit und hat mit Managed Care nichts zu tun. Seine Argumentation ist problematisch, denn sie suggeriert, dass wir ohne MCO unethisch handeln und praktisch hemmungslos Ressourcen verschwenden würden.

Damit wir Ärzte in der Lage sind, die aufgestellten Regeln ohne Interessenkonflikte einzuhalten, brauchen wir: eine wirklich unabhängige (ohne Industriesponsoring) universitäre Forschung und ebensolche Fortbildungen (eigentlich der erweiterte Punkt 8 der Charta) und vor allem einen korrekten – sprich ausreichenden – Arzttarif, vornehmlich in der Grundversorgung. Dies alles ist zurzeit nicht gewährleistet und wird unter MCO keineswegs besser.

MCO ist im Wesentlichen die Auslagerung von ökonomischer Verantwortung auf die Ärzteschaft, die zusätzlich zur Behandlungsverantwortung auch noch diese Bürde zu tragen hat. MCO steht in der grossen Gefahr, weitgehend in den Dienst der Wirtschaftlichkeit zu treten [2]. Dagegen müssen wir uns mit allen Kräften wehren. Wirklich zuständig für die «gerechte Mittelverteilung» ist und bleibt ausschliesslich die Politik. Diesen Entscheid können wir den «restlos überforderten Politikern» [3] nicht abnehmen. Es ist ein historisch bekannter Prozess, dass stets von verschiedener Seite versucht wird, Ärzte für allerlei zu instru-

mentalisieren und als Komplizen für Ideologien zu vereinnahmen.

Bleiben wir bei unseren ureigenen Aufgaben, die immer auch Überlegungen zum Nutzen und zur Wirtschaftlichkeit beinhalten. Bewahren wir die immanent wichtige Freiberuflichkeit und lassen uns nicht von wem auch immer einspannen. Kolleginnen und Kollegen, die diese Übergriffe bereits verinnerlicht haben und in Grössenideen zu verfallen neigen, auch noch für «Gerechtigkeit» sorgen zu müssen, sollen sich ihrer Wurzeln besinnen: Als Ärzte seid Ihr nicht die verlängerten Arme anderer Interessenträger! Falls uns wirklich etwas an der Charta liegen sollte, ist Obengenanntes zu beachten und umzusetzen. Ethik sei dabei vor allem ideologiefrei.

*Dr. med. René Mégroz, Winterthur  
Marcel I. Raas, Winterthur*

*Dr. med. Guidon Lukas, Winterthur  
Vorstandsmitglieder FMGS Freiberufliche  
medizinische GrundversorgerInnen Schweiz,  
www.fmgs.ch*

- 1 Bovet C. Referendum gegen Managed-Care-Vorlage. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(8):282.
- 2 Benasayag M, Schmit G. Die verweigte Zukunft. Nicht die Kinder sind krank, sondern die Gesellschaft, die sie in die Therapie schickt. München: Kunstmann, 2007.
- 3 Mörgeli C. Man hat auch uns Politiker restlos überfordert. Rede zum 100-Jahr-Jubiläum von Ars Medici. Ars Medici. 2011; Jubiläumsheft: 22–26.
- 4 Brunner H H, Locher H. Die Schweiz hat das beste Gesundheitssystem – hat sie das wirklich? Basel: EMH Schweizerischer Ärzteverlag, 2011.



## Managed Care: keine Verträge zwischen Kasse und Arzt

### Zum Leserbrief von M. Romanens in der SÄZ Nr. 11/2012 [1]

Sehr geehrter Herr Kollege Romanens Aus den von Ihnen erwähnten Zahlen in Ihrem Leserbrief wird man nicht ganz klug. Bezugsgrößen fehlen. Die Zahlen sind aus dem Zusammenhang gerissen. Einige ganz basale Informationen seien ergänzt:

Ein Managed-Care-Vertrag wird nicht zwischen Kasse und Arzt abgeschlossen, sondern zwischen einem Krankenversicherer und einem

Ärztetenetz. Die Krankenversicherer zahlen Beiträge nicht den einzelnen Ärztinnen und Ärzten aus, sondern dem Ärztetenetz. Ihre Behauptung, die Kassen würden Ärzten für «Öffentliche Verlautbarungen zum Nutzen von Managed Care (mit Budgetmitverantwortung)» Geld zahlen, entbehrt jeglicher Realität!

Warum engagieren sich heute rund 50% der Hausärztinnen und Hausärzte für Managed Care? Weil sie einsehen, dass die Herausforderungen des Gesundheitswesens nicht im Alleingang, sondern in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten zu lösen sind, und dazu gehören auch die Versicherer. Das primäre Ziel von Managed Care ist nicht plumpes Sparen, sondern die bewusst angestrebte Koordination. Doppelspurigkeiten und (manchmal auch gefährliche) Parallelbehandlungen werden vermieden. Dies ist ein Beitrag zur Patientensicherheit und damit auch zur Qualität der Versorgung. «Kostengünstig = schlecht» trifft eben nicht immer zu. Kein Netzarzt spart auf dem Rücken der Patientin. Auch er rechnet mit der Einzelleistungsvergütung ab. Wenn er Leistungen verweigert, reduziert er in erster Linie sein eigenes Einkommen. Schlechtbehandelte Patientinnen würden aus der Managed-Care-Versicherung austreten. Und eine schlechte Versorgungsqualität infolge verzögerter Zuweisung können und wollen wir uns im Managed-Care-System gar nicht leisten. Denn verpasste Überweisungen ziehen Komplikationen und Hospitalisationen nach sich. Durch gezielte, optimierte ambulante Betreuung allen Beteiligten Hospitalisationen und Komplikationen ersparen, das ist das Motto. Und warum sollte ein Ärztetenetz für diese Koordinationsaufgabe nicht entschädigt werden?

*Dr. med. Jörg Fritschi, Präsident Schweizer  
Dachverband der Ärztenetze medswiss.net*

- 1 Romanens M. Geheimvertrag zwischen Kasse und Arzt. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(11):415.



## Goût amer

La LAMal est maintenant enrichie de l'article 42 al. 3 bis qui impose aux médecins de faire figurer les diagnostics des patients sur leur facture [1].

Heureusement le nouveau Conseiller fédéral Alain Berset, annonce que la loi ne sera pas

appliquée dans la médecine ambulatoire. Il reste un goût amer: dorénavant le jeu du hasard réglera ce droit de l'homme: la protection de la sphère privée. Il suffit que la succession d'Alain Berset mette en place un-e représentant-e du lobby des assureurs et la loi sera appliquée: les données parmi les plus intimes de la personne tomberaient dans la main d'entreprises privées.

Toute loi prime sur une quelconque ordonnance. La victoire des assureurs et de Santé-suisse est totale au niveau de la loi, le reste suivra. Le Conseiller fédéral Didier Burkhalter entre dans l'histoire comme le fossoyeur du secret médical en Suisse: jusqu'à présent, le patient était le souverain de ses données, lui seul décidait, aussi par rapport aux assurances, la transmission de ses diagnostics et de son traitement; dorénavant c'est une ordonnance et ses aléas. Goût amer: ce changement fondamental des priorités s'est fait sans le souverain. Le président de la FMH, a lutté fort: il a écrit «le secret médical n'est pas négociable» et «cela (cette loi) aurait de facto abrogé le secret médical» [2]; «... le sujet est essentiel» [3]. Goût amer: le vice-président de la FMH a voté pour cette loi, d'autres médecins avec lui.

Le Dr Bertrand Kiefer, rédacteur en chef de la Revue médicale suisse, a constaté que «cette loi signe la fin pure et simple du secret médical» [4]. Il est membre de la Commission nationale d'éthique. Goût amer: la Commission nationale d'éthique se tait.

Ethique: «je respecterai le secret de celui qui sera confié à moi, même après la mort du patient»: voilà le point 5 de la Déclaration de Genève, adoptée par l'Association médicale mondiale en 1948. 1948 c'est l'année de la Déclaration universelle des Droits de l'homme, les deux déclarations sont liées intimement. Elles étaient, entre autres, une réponse aux découvertes des erreurs et horreurs, crimes et ruines de la Deuxième guerre mondiale, la grande catastrophe du vingtième siècle et apothéose du Colonialisme. Il est alors indispensable de reconnaître le rôle important des médecins dans les régimes incriminés. Non seulement idéologique par rapport aux races, mais aussi dans l'organisation et l'exécution de l'extermination des Juifs et des autres victimes comme les personnes euthanasiées à cause de maladies psychiques, de l'âge, etc. Après 1945 le réveil d'une partie de l'humanité a culminé dans le cri collectif «plus jamais ça» et l'élaboration de codes: les Droits de l'homme en général et la Déclaration de Genève pour les médecins en particulier. Goût amer: après 64 ans leurs buts: protéger les patients et leur sphère privée semblent gentiment tomber dans l'oubli, aussi parmi les médecins suisses.

Les Principes de Santé-suisse sont sans équivoque: «imposer les positions des assureurs-maladie... dans la politique de la santé» [5]; ils l'ont montré en imposant la nouvelle loi et ils vont suivre leurs principes aussi dans l'élaboration de l'ordonnance d'application de la loi. La FMH, les hôpitaux H+ et Patienten.ch essaient de sauver les intérêts des patients dans cette ordonnance; ils méritent soutien.

*Dr Roland Niedermann, Genève*

- 1 LAMal, Art. 42, al. 3 bis: «Les fournisseurs de prestations doivent faire figurer dans la facture selon l'al. 3 les diagnostics et les procédures sous forme codée, conformément aux classifications contenues dans l'édition suisse correspondante publiée par le département compétent. Le Conseil fédéral édicte des dispositions détaillées sur la collecte, le traitement et la transmission des données, dans le respect du principe de la proportionnalité.»
- 2 de Haller J. Des données trop séduisantes. Bull Méd Suisses. 2010;91(48):1889.
- 3 de Haller J. Cohésion et énergie – la FMH en 2010. Bull Méd Suisses. 2012;93(1/2):5.
- 4 Kiefer B. Politique de santé 2012. Rev Méd Suisse. 2012;8:144.
- 5 www.santesuisse.ch: «Sur nous – Principes directeurs»



### Les lépreux cambodgiens méritent de ne pas être oubliés

Madame et chère Collègue,

Nous devons être sur les routes du Cambodge à la même époque et c'est avec un grand intérêt que j'ai découvert votre éditorial [1] consacré à l'hôpital auquel se dévoue le Dr Beat Richner à Siem Reap (Kantha Bopha Children's Hospital). Cette «institution» dévouée aux enfants khmères vit grâce aux dons que le charisme et le dévouement de son fondateur suscitent.

Ma route m'a conduit à Phnom Penh dans un autre hôpital soutenu par la Suisse, le centre de Kien Khleang (www.ciomal.ch). Ce dernier est le seul établissement du Cambodge occupé à la réhabilitation des lépreux souffrant de formes compliquées de neuropathie avec handicap moteur et/ou mutilant. Les traitements sont médicaux et chirurgicaux visant la réhabilitation. Les étudiants en médecine ont un passage obligatoire de deux semaines dans le centre.

Le CIOMAL (comité international de l'ordre de Malte pour la lutte contre la lèpre) soutient l'entier du budget du centre, mais aussi celui de la campagne de dépistage annuelle de la lèpre

dans le pays en accord avec l'OMS et le gouvernement cambodgien. 118 nouveaux cas ont déjà été détectés les quatre premières semaines de la campagne 2012.

Lutter contre la lèpre passe aussi par la diffusion du message que la maladie se guérit, que les complications ne devraient plus exister. Pour les patient(e)s atteint(e)s, il convient de les réinsérer au sein d'une société ou cette maladie conserve une connotation sociale négative rejaillissant sur toute la famille.

L'action du CIOMAL se développe en amont (prévention et détection) du centre de Kien Khleang, comme en aval (réinsertion, bourses d'études aux enfants des familles de lépreux). Elle repose entièrement sur des dons privés. Le Cambodge, pays parmi les plus pauvres du globe, plusieurs fois envahi dans les années septante, victime dans le même temps d'un génocide et du déplacement de sa population, connaît une offre médicale réduite. Survivre à des maladies infectieuses guérissables dépend d'une aide étrangère. Devant une lésion banale évocatrice sous nos latitudes d'un pityriasis versicolor, on pense lèpre et trithérapie.

Vous avez ouvert les colonnes du Bulletin des médecins suisses aux enfants cambodgiens. Je souhaitais ajouter à votre éditorial que du même côté de la route reliant Siem Reap à Phnom Penh se trouvaient l'un à la sortie, l'autre à l'entrée, deux centres médicaux soutenus par des dons helvétiques. Les enfants à Siem Reap, à Phnom Penh les lépreux, tous issus des mêmes milieux démunis, défavorisés, touchés par un bacille de la même famille, de la pauvreté, de la guerre, tantôt tuberculeux, tantôt lépreux. Deux centres où la Suisse s'honore d'aider des défavorisés de notre monde.

La lèpre existe. Comme toujours en médecine, il suffit de la chercher pour la trouver. A l'instar des enfants cambodgiens, les lépreux cambodgiens méritent de ne pas être oubliés. Le Bulletin des Médecins Suisses ne saurait être complice des mesures prophylactiques du début du vingtième siècle, lesquelles recommandaient l'exclusion systématique des lépreux. Cent ans après, c'est encore une mesure implicite bien vivante dans les campagnes cambodgiennes contre lesquelles le CIOMAL tente de lutter. Les lépreux du Cambodge auraient mérité quelques lignes dans votre éditorial, le bacille de Hansen n'a pas encore dit son dernier mot. Veuillez agréer, Madame et chère Collègue, l'assurance de mes salutations distinguées.

*Dr Alain Flattet, Lausanne*

- 1 Romann C. La vie de Beatocello à Siem Reap. Bull Méd Suisses. 2012;93(9):307.