

# Briefe an die SÄZ



## Nur die halbe Wahrheit

### Zum Editorial der SÄZ Nr. 16 [1]

60% aller Grundversorgerinnen und Grundversorger arbeiten heute in einem Ärztenetz. Sie heissen das neue Gesetz gut, das Managed Care als Qualitätsmodell auf der Basis eines Zusammenarbeitsvertrages definiert. Damit wird das Mitspracherecht der Leistungserbringenden gestärkt. Der Präsident der FMH wäre gut beraten, nicht mehr von «uns Ärzten» zu sprechen. Für einen grossen Teil der Netz-Ärztinnen und Ärzte spricht er nämlich nicht! Die FMH sagt in ihrem Editorial nur die halbe Wahrheit. Das *bisherige Versicherungssystem* mit der beliebig freien Arztwahl wird nicht ersetzt, sondern durch das Managed-Care-System ergänzt.

Im *heutigen Versicherungssystem* sind Kooperation und Koordination unverbindlich. Doppelspurigkeiten werden in Kauf genommen. Um die materielle Seite kümmern sich fast ausschliesslich die Versicherer, fachlich überfordert und mit teils fraglichen Massnahmen (vgl. Tarifverhandlungen für das ambulante Labor). Wer sich in diesem System versichern lassen will, bezahlt neu maximal Fr. 300.– mehr als heute. Das sind 82 Rappen pro Tag!

Als *weiteres Versicherungsmodell* bleibt das einfache Hausarztmodell bestehen. Die Betreuungskoordination (Gatekeeping) eliminiert bereits etliche Doppelspurigkeiten. Deshalb sind die Prämien tiefer. Das Ärztenetz übernimmt keine Budgetmitverantwortung. Der Selbstbehalt ist gleich wie bei der konventionellen Versicherung.

Neu ist die sogenannte *Integrierte Versorgung*. Die Ärztenetze übernehmen eine sogenannte Budget-MIT-Verantwortung in «vertraglich vereinbartem» Umfang. Auch tief verbindliche Verträge für unerfahrene Netze sind möglich. Die Budget-MIT-Verantwortung kombiniert die Einzelleistungsvergütung der Netzmitglieder (Tendenz Mengenausweitung) mit der Budgetorientierung des Netzes (Tendenz Unterversorgung). Damit werden beide Tendenzen ausgeglichen. Dieses Modell ist das pure Gegenteil des (ausbezahlten) Globalbudgets! Hält die Hausärztin dem Patienten Leistungen vor, verdient sie weniger. Überweist sie den Patienten nicht rechtzeitig, drohen teure Komplikationen und Hospitalisationen. Schlecht behan-

delt verlassen die Versicherten den Hausarzt und das MC-System. All diese Phänomene garantieren Qualität auf hohem Niveau. Die Versicherten entscheiden sich *freiwillig* für diese Versorgungsform, weil ihnen der sorgfältige Umgang mit den Mitteln wichtig ist. Sie profitieren von tieferen Prämien und einem um Fr. 200.– reduzierten Selbstbehalt im Sinne eines positiven Anreizes.

Das neue Gesetz setzt auf Freiwilligkeit und Zusammenarbeit. Es stellt Managed Care auf die Basis eines (freiwilligen!) Vertrages. Es ist der bestmögliche Kompromiss einer 6-jährigen intensiven Arbeit. Ein ausgeglicheneres Gesetz wird es in den nächsten 10 Jahren nicht geben. Wer das Gesetz ablehnt, zementiert die Macht der Versicherer, die Leistungserbringer hinsichtlich Billigkriterien gemäss heutigem Artikel 41.4 auszuwählen. Auch die Aufhebung des Vertragszwanges steht dann im Raum. Eine Gefahr, wogegen die FMH ihr Thesenpapier «Managed Care – Kontrahierungszwang 2006» ausgearbeitet hat, das sie nun mit ihrer Kehrtwende zur Makulatur erklärt. Vertragsfreiheit und heutiger Artikel 41.4 ergeben das Explosivgemisch eines Globalbudgets. Die Versicherer übernehmen damit endgültig die Rolle des Regulators im Gesundheitswesen. Als Ausweg bliebe noch die Einheitskasse, womit der Staat zum Regulator wird. Staat, Versicherer oder Ärzteschaft: Eingedenk endlicher Ressourcen und den Fortschritten im Gesundheitswesen muss die Entscheidungskompetenz in den Händen der Ärzte bleiben – nicht zuletzt zum Vorteil der Patienten. Deshalb Ja zu Managed Care, Ja zu verbindlicher Teammedizin!

Schweizer Dachverband der Ärztenetze medswiss.net

Dr. med. Jörg Fritschi, Präsident

Dr. med. Alexander von Weymarn, Vizepräsident

- 1 Editorial der FMH. Managed Care: so nicht. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(16):571.



## Neues Gesetz verbessert Position der Netzwerke

### Replik zum Leserbrief von Wolfgang Zimmerli [1]

Gerne nehme Ich nachstehend zu den aufgeworfenen Fragen Stellung:

1. *Wie lange oder in welcher Form ist man an den gewählten Grundversorger gebunden?*

Ein Wechsel des Hausarztes innerhalb der IGOMED-Gruppe ist jederzeit möglich. Keine Partei hat bei Unstimmigkeit Interesse, die Beziehung fortzusetzen, weder der Patient noch der bisherige Hausarzt noch der Krankenversicherer.

2. *Was macht der Patient, wenn er mit dem vom Grundversorger vorgeschlagenen Spezialisten nicht einverstanden ist?*

Dasselbe wie im Normalversicherungsfall: Er wird beim betreuenden Arzt seinen Wunsch anbringen und gemeinsam finden sie die adäquate Lösung. Der Hausarzt ist für Überweisungen nicht an die IGOMED-Spezialisten gebunden. Da jedermann im Einzelleistungstarif abrechnet, muss eine solche Behandlung auch nicht teurer kommen. Allerdings muss auch dieser Spezialist weiterführende Massnahmen mit dem Zuweiser absprechen (sollte er auch im Normalversicherungsfall).

3. *Kann der Patient vom Grundversorger die Zuweisung zum Spezialisten verlangen?*

Gegenfrage: kann er das im Nicht-Managed-Care-Fall? Dies bleibt immer eine Frage des Verhältnisses zwischen Patient und Hausarzt. Bei Uneinigkeit kann der Patient ohne eine Überweisung einen IGOMED-Spezialisten aufsuchen, nicht aber einen netzexternen. Ein Hausarztwechsel liegt jedoch bei allen Versicherungsformen in der Luft.

4. *Wie viel Einfluss hat der Versicherer auf die obigen Fragen und auf die Auswahl der Ärzte im Netzwerk?*

Auf die Arztwahl hat der Versicherer vertragsgemäss ebenso wenig Einfluss wie auf die Behandlung. Für die Auswahl der Ärzte ins Netz besteht jedoch ein Veto-Recht (Entscheid in der paritätischen Kommission. Infolge 1:1-Patt könnte die Versicherung blockieren). De facto ist dies nie passiert.

5. *Was ändert sich am auf freiwilliger Basis entstandenen Netzwerk nach einem Ja zu Managed Care?*

Vor allem werden die sogenannten «Listensmodelle», die die Kassen ohne Gespräche und Verträge mit der Ärzteschaft aus eigenen Gnaden immer noch führen, unattraktiv. Da sie nicht als integrierte Versorgung gelten, profitieren sie nicht vom tieferen Selbstbehalt und werden rasch als überzählig entfallen. Aktuell führen fortschrittliche Versicherungen solche Modelle bei Abschluss eines Netzvertrages sofort ins neue

Modell über. Andere bieten sie aber leider zu jedermanns Konfusion parallel an. Die Verhandlungsposition der Netzwerke gegenüber dem Versicherer verbessert sich nach neuer Gesetzeslage eindeutig.

Die Annahme dieser deutlichen Gesetzesverbesserung ist deshalb auch für unser Netzwerk wichtig.

*Dr. med. Peter Bachmann, Geschäftsführer  
Ärzt Netzwerk IGOMED, Thun*

- 1 Zimmerli W. Nicht die Aussagen, nein, das Nicht-Gesagte interessiert! Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(17):623.



### Duplik auf Replik-Leserbrief von Kollege P. Bachmann, IGOMED

Mit grossem Interesse habe ich die Replik von Kollege Bachmann zur Kenntnis genommen, und die Antworten auf die ersten vier Fragen haben mich sehr beruhigt, aber die vage Antwort auf die fünfte Frage hat mich zusätzlich in meiner Überzeugung bestärkt, dass die Managed-Care-Vorlage abzulehnen ist.

Es gibt drei Gründe für meine Einstellung:

1. Die Vorlage ist unnötig, denn Netzwerke gibt es bereits, sie haben sich auf freiwilliger Basis entwickelt, bewährt und sind gegenüber den Versicherern in einer starken Position.
2. Die Tatsache, dass sich die Versicherer bis heute überhaupt nicht an der Diskussion beteiligen, zeigt, dass sie schlau sind. Sie wollen nicht demonstrieren, dass sie an dem Gesetz sehr interessiert sind, dies weil sie mit der Budget-Mitverantwortung und der möglichen Vertragsbindung auf drei Jahre nur gewinnen können.
3. Durch das Gesetz sind die peripheren, stadtfernen Gemeinden, in denen es keine Spezialisten gibt, in denen sich höchstens 2-3 Ärzte zu einem Klein-Netzwerk zusammenschliessen können, benachteiligt, schwach gegenüber den Versicherern und werden damit auch die Vorteile des Grossnetzwerkes nicht nutzen können. Die Landflucht der Hausärzte wird verstärkt.

Zusammenfassend ist das Gesetz unnötig, unliberal, gefährlich und vor allem für manche diskriminierend.

*Dr. med. Wolf Zimmerli, Oberdiessbach*



### Nein zu Managed-Care-Vorlage, nein zu Kolchosen

Der Staat verordnet Ärztenetze. Der Patient mit Krankenkasse kann nicht mehr den Arzt, den Spezialarzt seines Vertrauens aufsuchen. Er muss sich zuerst vom Allgemeinarzt im Netzwerk begutachten lassen, von welchem er dann zum Spezialisten des Netzes gewiesen wird. Jeder Arzt hat heute schon sein Netzwerk: Kollegen seiner eigenen Wahl, mit denen er zusammenarbeitet.

Dieses neue staatliche System werde jedoch billiger. Sicher nicht, wenn jeder Kranke allemal zwei Ärzte braucht und – die administrativen Manager des Netzes nicht gratis arbeiten.

Geradezu gefährlich wird die vorgesehene Budgetmitverantwortung der Netzwerkärzte.

Wo wird gespart, wenn das Budget bald erschöpft ist? Ja, es wird schon zuvor gespart, damit die Budgetvorgaben nicht voll erreicht werden, weil sonst der Bonus (!) an die Ärzte kleiner wird!

Vor hundert Jahren hat man im grossen Osten dieses kostensparende Kollektivsystem für die Landwirtschaft erfunden – es endete kläglich.

Muss die Kolchose neu erfunden werden?

NEIN zur Managed-Care-Vorlage!

*Dr. med. Johann Jakob, Bad Ragaz*



### Gutes findet seine Abnehmer

Ich erlaube mir auch noch, meine kurzen Gedanken zum langen Thema MC-/Netzwerk-System anzufügen: Wie gut eine Sache ist, zeigt sich in der freien Marktwirtschaft an deren Akzeptanz. Gutes findet seine Abnehmer. Die integrierten Versorgungsnetze, das Managed-Care-System haben trotz vielen Bemühungen und Anpreisungen nicht die gewünschte Verbreitung gefunden. Da mit viel Medienarbeit dieses Ziel nicht erreicht worden ist, versucht man es via Preisvergünstigung resp. Prämienverbilligung zu vermarkten. Wie gut kann eine Sache überhaupt sein, wenn sie so vieler Reklame und Verkaufstricks bedarf?

*Dr. med. Claude Kraska, Zürich*



### Alternative Finanzierungsmodelle schaffen Spielräume für innovative Ansätze

Mit Interesse darf zur Kenntnis genommen werden, dass Group Health Cooperative ([www.ghc.org](http://www.ghc.org)), eine weltweit anerkannte Managed-Care-Pionierorganisation von Dr. Sonntag, als modernes und wertgenerierendes System erwähnt wird [1]. Könnte es eventuell sein, dass gerade die jahrzehntelange Erfahrung mit Budgetmitverantwortung zur Einsicht geführt hat, dass eine relative bescheidene Erhöhung der Vergütung für die ambulante Versorgung zu qualitativ besseren Ergebnissen (weniger Notfalleinweisungen) bei tieferen Kosten geführt hat? Alternative Finanzierungsmodelle wie Budgetmitverantwortung schaffen also Spielräume für innovative Ansätze zum Wohle des Patienten und der Schweiz. Darum stimme ich am 17. Juni Ja.

*Christopher Zuellig,  
Verwaltungsratspräsident MedSolution AG, Zürich*

- 1 Sonntag M. Jenseits von Managed Care. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(19):729-30.



### Comment peut-on améliorer la collaboration avec l'AI?

Dans son éditorial du numéro 11/2012 du BMS, le Dr Chr. Romann, membre du comité central de la FMH, titre «Collaboration avec l'AI: nous sortons enfin de l'impasse» [1].

En qualité de psychiatre d'enfants, d'adolescents et d'adultes pratiquant en cabinet privé à Neuchâtel depuis plus de 25 ans, et travaillant à temps partiel au SMR de l'AI à Sion depuis 7 ans, j'ai une assez bonne expérience de l'AI de plusieurs points de vue.

- Comme médecin traitant d'abord, devant remplir des questionnaires pour mes propres patients incapables de reprendre leur activité habituelle ou devant faire une formation en centre après une scolarité spéciale.
- Comme expert pour l'AI ensuite, durant ma formation à Lausanne, puis ici dans le canton de Neuchâtel.
- Il m'arrive aussi d'être mandaté par l'AI ou la SUVA pour le traitement d'assurés chez qui l'assurance demande un suivi psychiatrique pour aider une réinsertion professionnelle.

- Enfin, comme médecin SMR à 25% à Sion où je suis donc amené à lire les rapports adressés par nos confrères.

Cela fait beaucoup de casquettes, mais cela me permet de donner quelques réponses à certaines questions soulevées par Mme Romann. Première constatation: quand je rédige des rapports détaillés au sujet de l'un de mes patients et que je réponds au plus près aux questions posées par l'AI, je ne rencontre pas de difficultés particulières, sauf quand mon patient omet certaines informations importantes, oubliant de signaler un autre médecin qu'il consulte de manière intermittente, ou qu'il «donne régulièrement des coups de mains à des amis» laissant supposer qu'une certaine capacité de travail pourrait être présente dans l'une ou l'autre activité adaptée.

Nos patients ne nous disent pas toujours tout et il faut garder à l'esprit que le médecin SMR possède de nombreuses informations qui peuvent manquer au médecin traitant, dont par exemple l'enquête économique. Rappelons que si lors d'un avis SMR ou d'un rapport d'expertise le patient n'est vu qu'une ou deux fois,

ces rapports se basent sur la lecture extensive d'un dossier qui peut comporter parfois plusieurs centaines de pages.

Deuxième constatation: il m'est parfois bien difficile de ne pas réagir au SMR lorsque je dois tenter de déchiffrer des graffitis illisibles jetés à la main sur les feuilles du questionnaire AI. Et je ne parle pas des confrères qui mettent des mois pour remplir un rapport après plusieurs rappels. Le record, c'est un confrère psychiatre à qui il a fallu plus d'un an pour renvoyer un questionnaire concernant un jeune patient qu'il voyait à quinzaine.

En bref, la collaboration peut parfois poser problème dans les deux sens et il suffit de se remémorer quelques principes simples pour améliorer grandement les choses:

- Remplir lisiblement les questionnaires, c'est-à-dire à la machine à écrire ou à l'ordinateur. On peut les télécharger au format Word ou PDF sur les sites cantonaux de l'AI. Sinon, certains confrères établissent leur rapport sur un feuille annexée à la première page du questionnaire.
- Répondre dans un délai raisonnable, ou

écrire pour demander une prolongation.

- Détailler son rapport en tenant aussi compte de la demande du patient.
- Se souvenir que d'autres médecins peuvent être amenés à remplir un questionnaire AI pour son patient et peuvent avoir des points de vue différents.
- A la différence du médecin traitant, qui a un mandat de soins régi par le postulat de sincérité, l'expert ou le médecin SMR ont un mandat d'évaluation objective de la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail exigible, au besoin après réadaptation.

En conclusion, la tâche n'est aisée pour personne et un minimum de compréhension et d'intérêt pour le travail de l'autre permet d'améliorer grandement les relations. En fin de compte, c'est le patient qui en bénéficie.

*Dr Bernard Scherler, Neuchâtel*

- 1 Romann C. Collaboration avec l'AI: nous sortons enfin de l'impasse. Bull Méd Suisses.2012;93(11):397.

## Mitteilungen

### Facharztprüfung

#### Facharztprüfung zur Erlangung des Schwerpunkts Zytopathologie zum Facharztstitel für Pathologie

Ort: Institut für Pathologie der Universität Bern

Datum: 13. November 2012

Anmeldefrist: 31. August 2012

Weitere Informationen finden Sie auf der Webseite des SIWF unter [www.siwf.ch](http://www.siwf.ch) → Weiterbildung AssistenzärztInnen → Facharztprüfungen

### Schweizerische Gesellschaft für Traumatologie und Versicherungsmedizin SGTV/SSTMA

#### Vorstand 2012–2014

##### Präsident

Prof. Dr. med. Marius J. B. Keel, Bern

##### Pastpräsident

PD Dr. med., Dr. phil. Thomas Ilchmann, Liestal

##### Deutschsprachiger Sekretär

Dr. med. Thomas Perren, Chur

##### Französischsprachiger Sekretär

Dr. med. Didier Grasset, Luzern

##### Kassier

Dr. med. Stefan Altermatt, Zürich

##### Beisitzer

Prof. Dr. med. Michel Heinzmann, Zürich

Dr. med. Bruno Soltermann, Zürich

PD Dr. med. Dominik Heim, Frutigen

Dr. med. Thomas Simon Müller, Chur

Dr. med. Rita Schaumann-von Stosch, Luzern

PD. Dr. med. Karl-Heinz Widmer, Schaffhausen

Dr. med. Paul-Martin Sutter, Biel

### The Commonwealth Fund / Stiftung Careum

#### The 2013–14 Harkness Fellowships in Health Care Policy and Practice

The Harkness Fellowships provide a unique opportunity for mid-career professionals – government policymakers, academic researchers, clinical leaders, hospital and insurance managers, and journalists to spend up to 12 months in the United States studying a critical issue on the health policy agenda, working with leading U.S. health policy experts, and gaining in-depth knowledge of both the U.S. and other Fellows' home country health care systems. The Commonwealth Fund also brings together the full class of Fellows throughout the year to participate in a series of policy and leadership seminars with U.S. health care leaders.

Applicants must demonstrate a strong interest in health policy issues and propose a study (academic and non-academic) within the scope of The Commonwealth Fund's mission to support a high health care system performance.

The Fund will provide extensive support to successful Fellows to help them develop and shape their project proposals to better fit the context of the U.S. health system. The Fund will help identify and place Fellows with mentors who are experts in the policy areas to be studied, e.g., at Harvard University, University of California at San Francisco, Johns Hopkins University, Kaiser Permanente, Veterans Health Administration, Institute for Healthcare Improvement (IHI), RAND, and Agency for Healthcare Research and Quality. Each fellowship will provide up to 119 000 US Dollar in support, which includes round trip airfare to the United States, a monthly stipend, travel to a program of Harkness seminars and policy briefings, project-related travel and other research expenses, health insurance, and US taxes. In addition, a supplemental family allowance (e.g. approximately 55 000 US Dollar for partner and 2 children up to age 18 is provided).

More details and an application form:

[www.commonwealthfund.org/fellowships](http://www.commonwealthfund.org/fellowships)

Questions about the program: Hans Gut, president of the Careum Foundation ([hans.gut\[at\]careum.ch](mailto:hans.gut[at]careum.ch)).

*The deadline for receipt of applications from Swiss applicants is November 19, 2012.*