

Briefe an die SÄZ



Managed Care

A propos de l'article de Heinrich Zürcher [1]
Cher Confrère,

J'ai lu attentivement votre article élogieux concernant le Managed Care et il est effectivement utile d'avoir le son de cloche d'un médecin impliqué dans un grand réseau. Mes connaissances sur le domaine sont encore embryonnaires mais je souhaite partager quelques observations et interrogations avec vous. Je vous serais très reconnaissant de me donner ensuite votre avis (en allemand si vous préférez).

Les défenseurs du Managed Care mettent en avant le fait que le patient bénéficie d'une meilleure coordination des soins, ce qui représente un potentiel d'économie. Or, la plupart d'entre nous, sans faire partie d'un réseau structuré, fonctionne, comme vous le savez bien, avec un réseau de collègues qu'il connaît et qu'il apprécie pour leurs compétences. Dans l'immense majorité des cas un médecin de premier recours récolte l'ensemble des informations et garde la vue d'ensemble indispensable. Lorsque ce n'est pas le cas, le patient se verra inmanquablement conseillé par les spécialistes qu'il consulte d'avoir un généraliste. D'autre part nul besoin d'un réseau structuré pour que les résultats d'exams médicaux se transmettent entre les collègues à satisfaction. Quel vertu magique y a-t-il donc dans les réseaux qui puisse apporter une économie et une prise en charge de meilleure qualité?

La réponse serait-elle dans l'incitation budgétaire à fournir le moins de prestations possible pour équilibrer le budget du réseau? Je ne pense en tout cas pas que les cercles de qualité y suffisent. Il en existe aussi en dehors des réseaux.

Vous mentionnez que le Managed Care est basé sur le volontariat des patients et des médecins. Il n'en ira pas de même assurément avec les lois que préparent nos autorités (les contraintes financières pour les patients seront trop fortes pour qu'ils restent en dehors). Celles-ci imposeront de surcroît la corresponsabilité budgétaire. Le médecin devra donc choisir entre perdre des patients et perdre son indépendance financière. Difficile d'être enthousiaste face à cette alternative!

A propos de budget justement, un grand réseau comme le vôtre doit avoir une adminis-

tration conséquente. Combien de personnes sont employées pour la gestion du réseau Argomed et ses sous-réseaux? Quel est le pourcentage du budget alloué à l'administration? Qui paye ces coûts inexistantes lorsque il n'y a pas de réseau?

Enfin, en tant que porteur d'un double titre de médecine interne et spécialiste en allergologie-immunologie et exerçant quotidiennement comme spécialiste et médecin de premier recours, je m'inquiète pour moi comme pour tous les porteurs de plusieurs titres incluant la médecine interne, la médecine générale ou la pédiatrie, de devoir être obligé de choisir entre ces deux titres au moment de l'entrée dans un réseau. Comment en effet le réseau va-t-il prendre un compte et budgétiser les médecins dont le type d'activité et de patients varie?

En vous remerciant par avance pour vos réponses, je vous prie d'accepter, Monsieur et cher Confrère, mes salutations confraternelles.

Dr Louis-François Debétaz, Lausanne

1 Zürcher H. L'avenir de la médecine appartient aux soins intégrés. Bull Méd Suisses. 2011;92(10):359-60.

Antwort

Sehr geehrter Herr Kollege
Vielen Dank für Ihr Mail. Ich erlaube mir, auf Deutsch zu antworten.

Sie haben sich bereits gedanklich mit Managed Care auseinandergesetzt. Ihre Überlegungen zeigen, dass Ihre Kenntnisse gar nicht mehr embryonal sind. Ihre Bedenken decken sich mit denjenigen vieler anderer Managed-Care-Skeptiker. Übrigens bleibe ich lieber beim Namen Managed Care. Integrierte Versorgung hat in Deutsch den Beigeschmack, dass die Patienten versorgt werden. Das ist im Volksmund die Bezeichnung dafür, dass jemand in einer Psychiatrischen Klinik eingesperrt wird. Auf Französisch ist «soins intégrés» aber eine gute Bezeichnung. Zu Ihren Überlegungen:

Ich stimme Ihnen zu, dass die meisten Hausärzte über ein kollegiales Netz von Spezialärzten verfügen, mit denen sie erfolgreich zusammenarbeiten. Dieses Netz wird mit dem neuen System auch nicht tangiert. Kein Hausarztnetz wird vorschreiben, dass eine erfolgreiche Zusammenarbeit sistiert werden muss. Der Unterschied ist nur, dass die Zusammenarbeit strukturiert ist und im Qualitätszirkel

thematisiert wird. Wenn die Information nicht richtig fliesst oder die angemeldeten Patienten zu lange warten müssen oder sonst unzufrieden sind, dann wird das im kollegialen Austausch schneller erkannt als von einem einzelnen Arzt. Was die Kosten betrifft: Wir lehnen es ab, dass nötige Leistungen aus Kostengründen abgelehnt werden. Die Qualität der medizinischen Behandlung steht über den Kosten. Trotzdem sind die Kosten von Managed-Care-Kollektiven kleiner, weil die Patienten nicht von sich aus Spezialisten oder das Spital aufsuchen und jedes Mal von vorne abgeklärt werden. Freiwillige Qualitätszirkel gibt es auch ausserhalb von Managed-Care-Netzen. In unserer Region sind sie aber erst mit Managed Care entstanden, und die Teilnahme ist zur Pflicht geworden.

Die Freiwilligkeit für Patienten und Ärzte ist wichtig. Aus meiner Sicht ist der höhere Selbstbehalt ohne Managed Care tragbar, so wie er im Parlament diskutiert wird. 10% versus 20% sind viel, aber der Selbstbehalt ist nach oben limitiert, voraussichtlich bei 700 CHF gegenüber 350 CHF pro Jahr. Die Freiheit zum unbeschränkten Konsum von Medizin kostet deshalb max. 350 CHF. Für uns Ärzte gibt es tatsächlich einen gewissen Zwang zum Mitmachen. Unsere Patienten fragen tatsächlich, ob wir bei einem Ärztenetz dabei sind, weil sie die Prämienreduktion wünschen. Aber nur ganz wenige Patienten wechseln deshalb den Arzt. Kein Arzt ist aus finanziellen Gründen gezwungen, sich einem Ärztenetz anzuschliessen.

Unserer Organisation sind 600 Ärztinnen und Ärzte angeschlossen. Wir beschäftigen Personen zu 800 Stellenprozenten, ungefähr die Hälfte Ärzte und die Hälfte in der Administration. Nur arbeiten wir zum kleineren Teil für die Administration von Managed Care. Die meiste Arbeit fliesst in Projekte, welche für die Ärzte Verbesserungen bewirken. Elektronischer Datenaustausch, elektronische Krankengeschichte, ein Kooperationsprojekt mit SUVA und andere Projekte sind darunter. Argomed stellt für ihre Leistungen ca. 1/3 der Entschädigung in Rechnung, welche die Ärzte als Aufwandentschädigung von den Versicherungen erhalten. Es bleiben dem Arzt bei ca. 500 Patienten im Hausarztmodell ca. 7500 CHF/Jahr (ausserhalb von TARMED!). Die Risikobeteiligung ist bei unseren Netzen zwischen null bis höchstens so hoch wie die Aufwandentschädigung. Bis jetzt haben wir immer im Mix der verschiedenen Krankenkassen von einem Bonus profitiert. Einzelne Abrechnungen sind im Minus, aber mehr sind im Plus.

Sie schreiben als Hausarzt und gleichzeitig Spezialist, dass Sie Bedenken haben, nicht aufgenommen zu werden. Es ist das regionale Hausärztenetz, welche die Eintrittskriterien festlegt und über einen Beitritt entscheidet. In Ihrem Fall habe ich keine Bedenken, dass Sie aufgenommen würden. Weil Sie Spezialarzt-Leistungen selbst erbringen, werden Sie weniger Überweisungen an Allergologen machen. Für die Kosten der Patienten im Managed-Care-Modell wird das keine Erhöhung verursachen, sondern wahrscheinlich sogar Kosten sparen.

Sehr geehrter Herr Kollege, ich hoffe, Ihre Fragen verständlich beantwortet zu haben. Freundliche Grüsse

Dr. med. Heinrich Zürcher, Windisch



Wir Ärzte sind politisch ein Nonvaleur!

Sehr geehrter Herr Kollege de Haller
In der letzten Zeit häufen sich in der SÄZ Briefe, in denen Sie wegen Ihrer Nationalratsambitionen entweder zum Rücktritt aufgefordert oder hingegen mit Dank überhäuft werden. Dabei übersehen die Autoren, dass weder Sie noch Herr Cassis als Nationalratsmitglied das Geringste für oder gegen unseren Berufsstand bewirken könnten. Oder haben etwa die Herren Cavalli und Günther je etwas gegen den stetigen Niedergang unseres ehemaligen freien Berufes ausrichten können? Oder H. H. Brunner im BAG? In meiner langjährigen Tätigkeit als Vermittler zwischen Krankenkassen und Ärzteverein wurde mir schon recht bald klar, dass sachliche Argumente in Standesfragen nicht gefragt sind, nur politische. Und wir müssen uns klar sein: Wir Ärzte sind politisch gesehen ein Nonvaleur, die Geschichte der letzten Jahrzehnte beweist es. Was ist dagegen zu tun? Wir sollten uns gesamtschweizerisch einem Gremium anschliessen, das politisches Gewicht hat und welches von Natur aus die Interessen eines Berufes wie des unseren vertreten kann, also jemand, der den KMUs nahesteht. Eine derartige Institution ist der Schweizerische Gewerbeverband – oder wüssten Sie eine geeignetere Gruppierung? Sie müssten Ihre Zeit nicht im Nationalrat und in zahlreichen Kommissionen absitzen, sondern könnten sich voll auf Ihren Job als Präsident der FMH konzentrieren. Sie müssten lediglich selber oder vertretungsweise durch jemanden des Zentralvorstandes im Vorstand des Gewerbeverbandes Einsitz nehmen, damit dieser unsere Wünsche und Nöte feststellen und entsprechend unsere Interessen wahrneh-

men kann. Und ob Sie dann privat SP oder SVP stimmen oder wählen, geht niemanden etwas an, berührt aber auch die FMH nicht, und die Briefschreiber könnten die Feder ablegen.

Valentin Audétat, Chur



Tea-Party-Bewegung in der FMH?

Verwundert muss man sich fragen, ob es neuerdings auch bei der FMH eine Tea-Party-Bewegung gibt. Wird mit der Polemik gegen Jacques de Haller bezweckt, rückgängig zu machen, dass ein ehemaliger Grundversorger an der FMH-Spitze steht? Oder geht es um die Verteidigung finanzieller Vorteile für die bestverdienenden Ärzte (Orthopäden et al.)? Oder ist schlicht die «falsche» parteipolitische Einstellung unseres FMH-Präsidenten Ursache der Hysterie?

Zielscheibe des Angriffs ist genau diejenige Person, welche unsere FMH trotz divergierender Interessen als Einheit zusammenzuhalten versucht. Jacques de Haller wird unter anderem vorgeworfen, dass er in der Öffentlichkeit die Position der FMH vertreten hat, das heisst die langjährigen Bemühungen der FMH um Gewalt- und Suizid-Prävention! Ausserdem begeht er die Todsünde, auf der SP-Liste für den Nationalrat zu kandidieren. Eigentlich sollte doch begrüsst werden, wenn FMH-Vertreter mit gesundheitspolitischer Kompetenz in den verschiedenen Parteien die entsprechenden Entscheidungsprozesse mitgestalten. Genau dies unterstreicht übrigens die Erklärung des Zentralvorstands der FMH vom März 2011 [1].

Bereits in Zusammenhang mit den TARMED-Auseinandersetzungen hatten seinerzeit einige operierende Ärzte ein Sonderzüglein gefahren und damit gar in Kauf genommen, die Einheit der FMH zu gefährden. Liebe Kolleginnen und Kollegen, wer beabsichtigt, die FMH zu einer rechtskonservativen Kampforganisation umzupolen, muss sich darüber im Klaren sein, dass dies das Ende unserer Standesorganisation bedeuten würde. Zumindest wir Grundversorger würden uns wohl mehrheitlich von der FMH verabschieden. Doch ist zu wünschen, dass es nicht so weit kommt und dass innerhalb der FMH diejenigen Kräfte, welche die Mehrheitsbeschlüsse respektieren, die Oberhand behalten.

Peter Flubacher, Hausarzt, Basel

- 1 Zentralvorstand FMH. Keine Gesundheitspolitik ohne die FMH! Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(14):527.



Wen vertritt die FMH eigentlich noch?

Die in den letzten Nummern veröffentlichten Briefe insbesondere zum geforderten Rücktritt unseres FMH-Präsidenten sowie auch zu anderen Aktivitäten der FMH machen nachdenklich.

Selbst wenn Herr de Haller nach wie vor davon überzeugt ist, alles richtig zu machen und sich der Schwierigkeiten bewusst ist, ein so komplex gebautes Schiff wie die FMH durch noch viel komplexere Gewässer namens Politik und Gesundheitswesen zu steuern, so sollten sich die Kader und Gremien der FMH fragen, wie es kommt, dass so viele Leute und Institutionen ihren Unmut äussern. Meines Erachtens sind die vielen Reaktionen Ausdruck nicht nur eines generellen – verständlichen – Unwohlseins, sondern eben der Tatsache, dass sich viele KollegInnen und sogar ganze Ärztesellschaften durch ihren angeblichen Dachverband schlicht nicht mehr vertreten fühlen.

Eine, gelinde ausgedrückt, bedenkliche Situation, denn dies wird auch von «unseren» politischen oder andersgearteten «Gegnern» wahrgenommen. Und entsprechend schlecht sind die Karten der FMH.

Und auch ich möchte hier übrigens zum Ausdruck bringen, dass es sich nicht um eine Frage der Persönlichkeiten oder der politischen Ausrichtung handelt, sondern dass es tatsächlich eine Frage des Prinzips ist, ob ein Präsident der FMH in Personalunion ein so wichtiges politisches Amt bekleiden kann, darf oder soll. Und hier unterstütze ich all diejenigen, die behaupten, das sei ein No-go.

Dr. med. Dietmar W. Thumm, Luzern



Le silence des agneaux

Permettez à un archéoptérix, depuis vingt ans envolé de la politique professionnelle, et qui entretient son allemand à la lecture du Journal jaune, de dire son profond malaise – et c'est un euphémisme – devant la tournure prise par le courrier des lecteurs ces derniers mois. Depuis l'initiative sur les armes à domicile, mais aussi la grève de la faim de Bernard Rappaz, on fait flèche de tout bois pour avoir la peau de notre président, coupable du crime inexpiable de socialisme.

J'avais l'impression que si le dialogue politique général devient un affrontement de sourds, la communication des esprits était

préservée dans notre profession malgré les éruptions possibles et que nous pouvions voter à droite ou à gauche personnellement et respecter en même temps les décisions démocratiques de nos institutions professionnelles et la communication qu'en faisait notre président. Sa couleur politique ne m'importait pas. Nous, médecins, me semble-t-il, ne constituons pas un parti ou un groupe de pression, mais un peuple divers intéressé à son bien propre comme à celui de la communauté générale. Nous avons vécu sans problèmes avec des conseillers nationaux médecins de tous bords, membres ou non de notre Comité central.

Dans la polémique actuelle j'ai été frappé par le silence des romands et par la modération relative de Dominique Baettig face à la virulence alémanique. Frustré, je guettais une réaction de raison de l'autre côté de la Sarine. Je suis très heureux et très reconnaissant d'avoir enfin pu lire Denise Krebs [1].

Il me semble que sa lettre exprime un sentiment de ras le bol et une crainte de scission que je partage avec beaucoup de confrères et je suis indigné par la lettre ouverte de la Société suisse d'orthopédie et de traumatologie qui vient de paraître [2]. Je ne sais pas si la base de cette société a été consultée, mais cette prise de position me semble dangereusement approfondir un clivage entre spécialistes et médecins de premier recours dans leur conception du rôle et de la fonction d'une association faitière.

Dr Claude Laperrouza, St-Aubin

- 1 Krebs D. Mit gleichen Ellen messen. Bull Méd Suisses. 2011;92(13):482-3.
- 2 Comité de la SSOT. Lettre ouverte de la Société Suisse d'Orthopédie et Traumatologie au président de la FMH. Bull Méd Suisses. 2011;92(14):526.



How to assess?

Lieber Daniel

Dein Editorial [1] zu unserem Artikel habe ich mit Interesse gelesen. Die Ablehnung der Kostenübernahme von Myozym zulasten der OKP durch das BG legt nicht fest, «was ein gerettetes Lebensjahr kosten darf». Das BG hält vielmehr fest, die Verteilergerechtigkeit habe oberste Maxime für Beschaffung und Verteilung staatlicher Mittel zu sein. Rechtsgleichheit setze Verallgemeinerungsfähigkeit von Entscheidungen voraus. *Verallgemeinerungsfähig sei aber nur, was allen, die sich in der gleichen Situation befinden, in gleicher Weise angeboten werden kann.* Ohne besondere Rechtfertigung sei es mit der Rechtsgleichheit und der Gleichwertigkeit aller Menschen nicht ver-

einbar, einzelnen Versicherten Leistungen zu erbringen, die anderen Versicherten in gleicher Lage nicht erbracht werden können. Monatliche Medikamentenkosten von 7000 Franken beim fortgeschrittenen Colonkarzinom und Spitexpflegekosten von 100000 Franken pro Jahr gelten noch als wirtschaftlich, auch wenn die gleiche Pflege im Pflegeheim dreieinhalb Mal günstiger erbracht werden kann. In beiden Fällen handelt es sich aber nicht um gewonnene Lebensjahre, sondern um Behandlungskosten pro Jahr.

Auch wenn es, mit Blick auf die Fallkostenspachale, ökonomisch verlockend sein könnte, lässt sich aus dem Urteil nicht ableiten, dass eine stationäre Therapie abgebrochen werden müsse, wenn Kosten von mehr als 100000 Franken aufgelaufen sind. Im Gegenteil: Das Bundesgericht erwähnt Grenzkostenwerte zwischen 1 und 20 Mio. Franken pro gerettetes Menschenleben. Der BGE ist tatsächlich mutig, indem er sich gegen eine implizite Rationierung wehrt und rationale Grundlagen für eine Kostenübernahme fordert. Das heisst: Wir brauchen Vollkosten und Qualität der ganzen Behandlung. HTA und Behandlungsregister zusammen mit dem Medical board als tragende Säulen eines unabhängigen Institutes für Qualität in der Medizin zur Begleit- und Versorgungsforschung wären das Ziel.

Dr. med. Jürg Nadig, Bülach

- 1 Herren D. HTA: How to assess? Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(14):519.



Elektronisches Patientendossier

Mit Blick auf die Bemühungen unseres Datenschutzbeauftragten im Zusammenhang mit Google-Streetview ein kurzer Blick auf das holländische Gesundheitssystem:

In den Niederlanden wurde das elektronische Patientendossier aus Gründen der fehlenden Datensicherheit (die halt nie 100%ig garantiert ist) letztes vom Parlament (mind. bis auf weiteres) beerdigt ...

Dies als Denkanstoss für hiesige Datenspediteure und als Motivationsspritze für Datenschützer.

Dr. med. Thomas Schweri, Biel



Dr. House muss gehen [1]

Ich traue meinen Augen nicht und denke an einen Aprilscherz. Doch beim Weiterlesen

werde ich über die Ernsthaftigkeit des Unternehmens regelrecht ins Bild gesetzt, ins Fernsehbild nämlich. Sendezeiten stehen fest! Also doch kein Artikel von Dr. Robert Vieli, keine Satire – leider!

Was ist mit der FMH los?

Sie beugt sich dem Diktat schlechter Medien und versucht mit gleicher Münze heimzuzahlen – wie fantasielos einerseits und wie abwegig andererseits. Statt die Ursache der seifenpublizistischen Katastrophe zu eruieren und zu beleuchten, begibt sich unsere Standesorganisation auf dasselbe bedenklich tiefe Niveau.

Bei näherem Hinsehen scheint diese Anpassungsstrategie allerdings gar nicht so unlogisch: Die Reaktion auf sogenannte schlechte Einflüsse medizinischer Soaps ist durchaus systemkonform: Werbung ist angesagt, da das Gesundheitswesen auf Biegen und Brechen und unbesehen langfristig negativer Konsequenzen zum Shoppingcenter umgebaut werden muss: Patienten sind Kunden und Konsumenten, Qualität wird mit «vom Kunden so gewünscht» verwechselt, Leistungsspektrum heisst Angebot, angeboten wird, was Gewinn verspricht, technische Einzelleistung wird favorisiert gegenüber komplexer Betreuung polymorbider Patienten. Um das umzusetzen, wird ganz im Widerspruch zur Standesordnung, worin Werbung verpönt oder gar untersagt ist, eine immer gigantischer werdende PR-Maschinerie in Gang gesetzt. Ab 2012 nach Wegfall der Kantonsgrenzschranken in der Grundversicherung wird der Patient zu einer Art Futterfisch im Haibecken. Die Spitäler rüsten werbeteknisch auf, sie schleifen ihre (Hai-) Zähne. In diesem Kontext ist die Imagewerbung Dr. Moser zu verstehen.

Die Idee, dass die Moser'sche TV-Serie den unbegrenzten Begehrlichkeiten unserer Spitalpatienten entgegenwirken soll, passt sich in die allgemeine Entwicklung ein, auch wenn sie durchaus naiv erscheint. Doch sitzen die Probleme nicht wesentlich tiefer? In einer Gesellschaft, in der alles – aber wirklich alles – als prinzipiell machbar und folglich auch käuflich angesehen wird, ist es eben schwierig, gerade das Gesundheitswesen herauszuhalten.

Zum Glück war's doch nur eine April-Satire, und wir brauchen uns um steigende Mitgliederbeiträge nicht zu sorgen.

Dr. med. Thomas Wieland, Chur

- 1 EMH-Newservice. Dr. House muss gehen, dafür kommt Dr. Moser. Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(13):504-6.