

# Courrier au BMS



## Dringliche Massnahmen und Managed Care

Gesundheitspolitik ist Bewirtschaftung der Ratlosigkeit. Weil aber die nackte Geste des Schulterzuckens in der medial-politischen Welt als nicht zumutbar erscheint, bekleidet man sich mit Konzepten. Aktuell sind es die Fallpauschalen (SwissDRG), die «dual-fix»-Spitalfinanzierung, der verbesserte Risikoausgleich und die integrierenden Versorgungsnetzwerke. Der Laie bzw. der Patient wird sich diesen kompetenten Wörtern beugen und denken, es werde schon seine Ordnung haben. Aber gerade er ist der Wirt, ohne den einmal mehr die Rechnung gemacht wird. Seine Erwartungen an das Gesundheitssystem werden sich nicht ändern. Allenfalls wird er misstrauisch aufblicken, wenn er vernimmt, dass Ärzte, die weniger «Leistungen» auslösen, finanzielle Vorteile haben. Auch die Juristen werden neugierig hinschauen. Die Kosten werden nicht sinken. Erfahrene Kollegen tragen ihre Bedenken seit Monaten in die SÄZ. Die FMH-Spitze aber, offenbar etwas eingekullt von der neuen Freundschaft mit dem neuen Bundesrat, zerstreut ihre Zweifel und zeigt feierliche Einigkeit mit der Politik. Der Vizepräsident Ignazio Cassis antwortet beunruhigten Fragern mit einem Blumenstraus an Worten, die sich um die Aussagen gruppieren, dass «doch jetzt endlich etwas passiere», «dass wir in Sachen DRGs von den Fehlern der Nachbarn lernen können» und dass «Ärztetzwerke die richtigen finanziellen Anreize für alle bringen würden». Die Begriffe Qualität und Nachhaltigkeit fehlen in der plakativen Antwort nicht, hingegen ein präzises Eingehen auf die geäusserten Bedenken. Freilich: Etwas wird passieren. Eingesperrt in einen immer engeren Raum, in dem Anforderungen und Kosten wie zwei Messerstecher aufeinander losgehen, wird der gute Wille von Ärztinnen und Ärzten leiden. In fünf Jahren, sagt der scheidende Präsident der Berner Ärztesgesellschaft, werden wir nicht mehr von einer Kosten-, sondern von einer Versorgungsproblematik reden.

Dr. med. Thomas Schweizer,  
FMH Allgemeinmedizin, Liebefeld



## LAMal: mesures urgentes et managed care. Triste fête le 1.1.2012?

Merci confrères D. Winizki et R. Haldemann pour la clarté de vos courriers à I. Cassis, vice-président de la FMH [1, 2, 3].

Ce dernier clot ses réflexions par une citation de Marcel Proust: «Nous n'arrivons pas à changer les choses suivant notre désir, mais peu à peu notre désir change.», qui me paraît un bon proverbe d'opportunisme.

Bertrand Kiefer m'avait déjà appris le mot «amphigourique» (embrouillé, incompréhensible), appliqué à la politique de la FMH vis-à-vis du mc. Je choisis plutôt Montesquieu. «La corruption commence toujours par celle des principes» (L'esprit des lois).

Comment croire à un comité incapable de repeupler les membres suisses de la société médicale, incapable de faire respecter le Serment d'Hippocrate (moderne: Déclaration de Genève 1994) qui nécessite confidentialité, éthique professionnelle et financière des membres, incapable de signaler que les métiers d'argent (assureurs privés) n'ont rien à faire dans les soins de base, incapable de percevoir les effets pervers des réseaux imposés ou autre HMO.

Vivement une caisse fédérale ou cantonale qui pourrait changer la donne et n'engraisserait pas nos parlementaires.

Et pour que les patients ne fassent pas des frais injustes, ne faudrait-il pas créer un label de médecins (contrôlés par une société médicale), lesquels s'engageraient à respecter la Déclaration de Genève, et laisser la quote-part à 10%?

Nous vivons dans une démocratie, et à lire mes confrères praticiens, je les trouve beaucoup plus convaincants que le comité FMH.

Dr Pierre-Hervé Tavelli, Sion

- 1 Winizki D. LAMal: mesures urgentes et managed care. Où en sommes-nous? Bull Méd Suisses. 2010;91(17):667.
- 2 Haldemann R. Traitement inégal du managed care et du modèle d'assurance traditionnel. Bull Méd Suisses. 2010;91(17):667.
- 3 Cassis I. Réponse. Bull Méd Suisses. 2010; 91(17):667.



## Managed Care

To care heisst eigentlich, sich um jemanden sorgen. Umsorgt werden im Gesundheitswesen müssen nur Kranke, Gesunde höchstens präventiv, z. B. indem man sie impft. Gesunde Menschen aber müssen ihre kranken Mitmenschen pflegen. Dies ist eindeutig eine soziale Aufgabe. Die Eltern ernähren und pflegen ihre Kinder, die Kinder ihre Eltern, wenn diese krank werden. Manche urmenschliche Aufgaben wie Bildung und medizinische Behandlungen müssen heute wegen der Komplexität optimal solidarisch an staatliche Institutionen delegiert werden. Nicht delegierbar ist die Verantwortung der Solidarität.

Krankenkassen haben zunehmend ihre wesentliche Aufgabe, nämlich die Solidarität offensichtlich einem abstrahierten Management geopfert. Kann man überhaupt eine soziale Aufgabe vermarktwirtschaftlichen? Wollen Kranke Kunden sein? Wer bezahlt den Irrsinn des bisherigen Managements von Kassen mit Billigkassen, Managerlöhne dieser Verwaltungen sozialer Institutionen?

Mag sein, dass Managed Care in der Krankenversicherung – für nur volkswirtschaftlich Gebildete – ein Paradebeispiel für die Kreativität des Marktes ist. Dabei wird schlicht negiert, dass dies gleichzeitig auch ein sehr grosses Risiko der weiteren Entsolidarisierung in sich birgt. Der Markt hat bisher keine sozialen Probleme gelöst, umgekehrt aber sehr wohl solche geschaffen!

Es wird behauptet, dass die Probleme der ambulanten medizinischen Versorgung über «Hausarztmodelle mit Budgetverantwortung» optimal gelöst werden können. Belegt ist dies keineswegs. Soll ich als Arzt CareMed-Versicherte «billiger» behandeln und Patienten in einer Billigkasse noch billiger? Wer bestimmt dann, wie viel es denn für diese sein darf? Aus sozialetischen Gründen habe ich deshalb eine Budgetverantwortung abgelehnt.

Die bisherigen Erfahrungen mit dem lokalen Managed Care (PizolCare AG) sind ernüchternd. Als wichtigste Qualitätsbeurteilung des Arztes in diesem Netzwerk gilt die Erfassung der Patientenzufriedenheit. Für mich aber liegt die Qualität der medizinischen Behandlung nicht im Erfüllen von Kundenwünschen. Hier entscheidet gemäss Aktienrecht ein Gremium (VR), wer Hausarzt sein darf. Dies hat sehr

viel mit Marktpolitik (oder Machtpolitik), aber sehr wenig mit der Qualität der Medizin zu tun, was auch ganz klar für BlueEvidence zutrifft. Die Elektronik verführt zum Missbrauch marktwirtschaftlicher Strukturen. Das Bankgeheimnis ist für Steuerfragen nicht wichtig, wohl aber das Arztgeheimnis speziell für Versicherungen.

Das jüngste Beispiel hierzu leistet sich die Krankenkasse Atupri. Sie schreibt am 11. März 2010 an ihre CareMed-Versicherten, welche ich teilweise seit über 30 Jahren als Hausarzt auf dem Lande betreue, dass sie für die bisherige Hausarztversicherung innert 2 Wochen (!) einen neuen Arzt wählen müssen, da ihr bisheriger Arzt ab 1. März 2010 nicht mehr CareMed-Arzt sei (z. B. Austritt, verstorben, Praxisaufgabe/-verlegung). Der Hausarzt erfährt dies nur über seine Patienten. Die Versicherung wurde umgehend über den Irrtum orientiert. Patienten, welche deswegen ihren langjährigen Hausarzt nicht wechseln wollten, erhielten zur bereits bezahlten Prämie einfach eine zusätzliche Rechnung! In einer grossen Tageszeitung wirbt diese Krankenkasse am 29. April 2010 mit einer Werbekampagne, zweiseitig – für Vertrauen.

Da muss man sich wirklich nicht mehr wundern, wenn ein Arzt mit ethischen Prinzipien auch auf dem Lande nicht mehr praktizieren möchte. Der Hausarzt war und bleibt aus medizinischen Gründen wichtig. Wenn er aber so in Managed Care vermarktwirtschaftlicht wird, dann ergibt sich aus ethischen Gründen auch für das Modell «Hausärzte Schweiz» ein klares Nein!

*Dr. med. Markus Gassner, Grabs*



#### Brief an alle Hausärzte

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen  
Eine Gruppe von Hausärzten im Kanton Zürich (Freiberufliche Hausärzte der Schweiz) wird die Verträge mit der santésuisse und damit den TARMED-Tarif-Vertrag auf den 1. Januar 2011 kündigen. Im zweiten Schritt wird mit den Unfallversicherungen und mit der IV eine spezielle Regelung getroffen werden.  
Für unseren Beruf haben wir alle mit grossem Enthusiasmus viel investiert an zeitlichem, persönlichem und finanziellem Aufwand. Wir haben das Medizinstudium absolviert, in den Spitälern praktische Erfahrungen gesammelt, eine eigene Praxis aufgebaut, um schliesslich unser Wissen und Können mit viel Freude, Einsatz und auch Risiko im Interesse unserer kranken Mitmenschen anwenden zu können. Wir haben einen schönen Beruf gewählt, dies jedoch in der Annahme, dass es sich um einen freien Beruf handle. Stattdessen schreibt man

uns täglich vor, wie viel Creditpunkte wir in jeder Sparte jährlich sammeln müssen, um eine allzeit aktuelle Bestmedizin anwenden zu können, welche dann aber nichts kosten darf. Wir müssen auf den Knien um eine Verlängerung der Besuchsinkonvenienz-Pauschale bitten und Ende Jahr dafür danken, dass der TARMED-Tarif jeweils nur um 2 statt um 3 Rappen gesunken ist.

Trotz unserer beruflichen Erfahrung und steter Weiterbildung gibt es Menschen in der Politik und bei den Krankenkassen, welche uns vorschreiben, was wir tun und lassen sollen. Und trotz besserem Wissen und Gewissen befolgen wir brav die Anordnungen dieser Dilettanten und schlucken alle Schikanen, Lohnkürzungen, Tarif-Vorgaben und Verhaltens-Vorschriften. Dies aber nur, weil wir im Verweigerungsfall eine kurzfristige Einkommenseinbusse befürchten.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir sind freie Akademiker. Wir sind die Leistungserbringer. Kranke Menschen wird es immer und immer mehr geben. Daran wird sich nichts ändern, auch wenn wir wie die Physiotherapeuten unsere Verträge mit den Krankenkassen kündigen. Die Kassen werden weiterhin ihre Kundenschaft behalten wollen und sie werden sich übertreffen in ihren Angeboten betreffend Begleichung der Arztrechnungen. Sanitas Winterthur hat mir bereits schriftlich zugesagt, in einem solchen vertragslosen Zustand bei Zusatzversicherung 75 % zu bezahlen.

Damit unsere Aktion erfolgreich wird, sollten möglichst viele Hausärzte mitmachen. Uns hilft niemand. Wir müssen uns selbst helfen. Im Einsatz für die Interessen der Hausärzte erbrachte unsere Gewerkschaft in Bern bisher weniger als bescheidene Erfolgsquoten. Und es wird so bleiben. Die geplanten Strategien sind mehr Wunschdenken als glaubhaft erreichbare Ziele. Wir müssen selber handeln! Wenn Sie an unserem Plan interessiert sind und gegebenenfalls ab 1.1.11 mitmachen würden, bitte ich Sie um eine Antwort per E-Mail, mit oder ohne Kommentar. Damit verpflichten Sie sich zu nichts. Sie bleiben anonym. Sie werden aber in der nächsten Zeit regelmässig über unsere weiteren Schritte sowie über die Anzahl der definitiv teilnehmenden Mitglieder informiert werden. Wir sind überzeugt, dass eine Beteiligung von bereits 30% genügt, um erfolgreich zu sein. Dann wird sich auch der Rest der Hausärzte der Aktion anschliessen. Natürlich werden santésuisse, FMH, kant. Ärztesellschaften, Generalsekretariat, Patienten und Presse rechtzeitig über unser Vorhaben informiert. (*Letzter Kündigungstermin: 30.6.2010.*)

Finanziell werden wir bestimmt in kurzer Zeit besser bzw. endlich angemessen belohnt. Eine vernünftige Tarifanpassung für unsere Leistungen werden wir Ärzte bestimmen. Diese kann aber individuell nach persönlichem Gutdünken angepasst werden.

Unser Schritt soll auch junge Kollegen dazu ermutigen, den in den letzten Jahren zunehmend undankbaren Beruf des Hausarztes wieder in Betracht zu ziehen. Nachdem in England der Hausarzt gleich gut entlohnt wird wie der Spezialist, hat es dort bereits genügend junge Hausärzte (NZZ vom 3. 4. 10). Wenn genügend (möglichst alle) Kolleginnen und Kollegen mitmachen, können wir nur gewinnen, und die Aktion wird zu einem bleibenden Erfolg.

Gern erwarte ich möglichst viele Antworten an freiberufliche.hausaerzte@hin.ch (Betreff: freiberufl. Hausarzt).

*Lukas Guidon, Winterthur*



#### Réplique

**A propos du commentaire des SSPP et SSPPEA [1] à l'article «Un tas de pierres n'a jamais fait une maison» d'Ariane Treu et al. [2]**

Nous remercions nos collègues Hans Kurt, Yvette Attinger Andreoli et Hélène Beutler d'avoir pris la peine d'écrire ce commentaire au nom des comités des SSPP et SSPPEA. Nous aurions préféré qu'elles nous lisent avec assez d'attention pour nous répondre sur le fond. En effet, comme le montre notre article, il ne s'agit pas d'«éventuels effets contre-productifs» que peuvent avoir les mesures de qualité ni d'éventuels «écueils». Bien au contraire, il s'agit de *questionner le fondement même du projet actuel auquel on nous demande de collaborer volontairement avant d'y être contraints sans nous expliquer les vrais enjeux.*

1. Bien des collègues ignorent probablement le contenu de l'art. 22a LAMal concernant les données que les fournisseurs de prestations devront fournir aux autorités fédérales et qui seront transmises aux assureurs et publiées: infrastructure du cabinet, genre d'activité, forme juridique, charges, produits et résultats d'exploitation, nombre de patients et structure de leur effectif, coût et ampleur des prestations, indicateurs de qualité médicaux ... Cela ne laisse planer aucun doute sur le but du projet et l'ampleur de la surveillance planifiée.  
N'est-ce pas un enjeu fondamental qui mérite un débat?
2. Dans le projet «monitorage de la qualité» de la FMH il est en effet mentionné que le premier pas est le recensement des activités en matière de qualité déjà existantes pour les rendre plus visibles statistiquement. Mais les pas suivants sont aussi écrits noir sur blanc: analyse des données

en terme de coût et d'utilité, évaluation individuelle de chaque médecin sur la base de ses données, publication de ces données afin de comparer les médecins entre eux et d'instaurer une concurrence en matière de qualité et de prix.

Est-ce donc, comme l'écrivent nos collègues, «un premier pas dans ce qui semble être une bonne direction»? Nous ne le pensons pas. Si les décisions des commissions du Conseil national sont entérinées, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012 les médecins seront déjà divisés par la mise en place de conventions différenciées avec les assureurs et par la mise en concurrence des différents modèles avec une pression financière accrue. A l'heure où l'abolition indirecte de l'obligation de contracter est en marche, ce projet «monitorage de la qualité» et son instrumentalisation au détriment du corps médical est donc un pas de plus ... mais vers le précipice.

Nous ne comprenons pas pourquoi ce débat de fond est éludé ni comment ces faits très préoccupants sont intégrés dans la réflexion de nos organisations faitières. Ce commentaire, hélas, ne nous donne aucune réponse à ce niveau.

*Dr Ariane Treu, Lausanne*

- 1 Kurt H, Attinger Andreoli Y, Beutler H. Commentaires des SSPP et SSPPEA à propos de l'article d'Ariane Treu et al. Bull Méd Suisses. 2010;91(18):713.
- 2 Treu A, Hurni M, Gabris G, Panayotopoulos L, Miller N, Porchet A. «Un tas de pierres n'a jamais fait une maison». Bull Méd Suisses. 2010;91(18):712-13.



### **Kaufe für 46.20 Franken und verkaufe für 41 Franken – irre!**

Die Firma Phadia vertreibt einen Allergietest: ImmunoCap Rapid. Der Einkaufspreis ist höher als der Verkaufspreis. Habt Ihr, liebe Kolleginnen und Kollegen, so etwas schon erlebt? Das ist unglaublich, aber wahr. Einkaufspreis für ImmunoCap pro Stück 42.95 CHF, mit Mehrwertsteuer (7,6%) 46.20 CHF. Ich darf so einen Test für max. 41 CHF verkaufen. Das heisst, dass ich einen Verlust von 5.20 CHF pro Stück habe. Ich kann den Verlust vermindern bzw. sogar einen kleinen Gewinn von 80 Rappen machen, wenn ich die Präsenztaxe von 4 CHF sowie je 1 CHF Zuschlag für jede Analyse und Übergangszuschlag pro Analyse dazurechne. Somit komme ich auf 47 CHF. Die Zuschläge für das Labor habe ich letztendlich verbraucht, um diesen Test zu finanzieren. Zusammenfassend sieht es wie folgt aus: Einkauf 46.20 CHF, Verkauf inkl. Labor 47 CHF. Toll, ich habe einen

Verdienst von sage und schreibe 80 Rappen. Ich habe die Phadia kontaktiert, da ich dachte, es müsse sich um einen Irrtum handeln. Nein, es war tatsächlich so. Die Empfehlung der Phadia, um diesen Missstand zu beheben, war folgende: Ich müsse mir mehr Mühe geben und viel mehr Tests machen, konkret mindestens 40, um einen Rabatt von 20% zu bekommen. Für meinen Einwand, dass ich diesen Test nur aus medizinischen Indikationen durchführe und nicht, um mehr zu verdienen (bzw. die Phadia mehr verdienen zu lassen), hat die verantwortliche Person kein Verständnis gezeigt. Dass in der Medizin ein derartiges Verhalten unverantwortlich und moralisch verwerflich sei, hat sie nicht interessiert, oder vielleicht hat sie nicht einmal verstanden, wovon ich rede. Ich konnte mich des Eindrucks nicht erwehren, dass die Worte «Moral» und «Verantwortung» in den Etagen der Phadia wahrscheinlich Fremdwörter sind. Ich denke, dass Firmen mit solchen Tendenzen nicht nur nichts im Medizinbereich verloren haben, sondern auch sehr gefährlich sind. Ich werde eine solche Firma sicher nicht mehr unterstützen.

*Dr. med. Angelo Cannova, Zürich*



### **Medikamentenlieferung der Apotheke zur Rose direkt an Patienten**

Die Apotheke zur Rose informiert Patienten unaufgefordert, dass sie die Medikamente auch direkt bei der Apotheke zur Rose beziehen können.

Dies ist unkollegial und aus ärztlicher Sicht verwerflich.

In Gebieten ohne Selbstdispensation wird dadurch der Kontakt zum lokalen Apotheker untergraben und auch die Existenzgrundlage des Apothekers beschnitten.

In Gebieten mit Selbstdispensation schneidet sich der Arzt damit ins eigene Fleisch, da bei immer weiter zurückgehenden Margen im ganzen Gesundheitswesen sein Einkommen noch mehr schwindet.

In beiden Fällen ist dieses Vorgehen stossend und verwerflich. Jeder Arzt muss sich selber ein Urteil bilden, ob er weiterhin mit der Apotheke zur Rose zusammenarbeiten will oder kann.

*Dr. med. K. P. Bolliger, Altendorf*



### **Zusammenarbeit mit dem Vertrauensarzt**

**Zum Artikel «Was ist ein Vertrauensarzt?» [1] und den bisher erschienenen Leserbriefen [2, 3]**

Ich danke Prof. Adler für seinen Artikel. Gerade wenn man seinen wissenschaftlichen Beitrag kennt, ist es bemerkenswert und erfreulich, dass er sich immer wieder auch mit den praktischen Anliegen der «Basis» auseinandersetzt und sich mit uns Hausärzten/innen austauscht, während andere sich hinter ihren Theorien und Schreibtischen verschanzen. Sein Artikel trifft meiner Meinung nach einmal mehr den Nagel auf den Kopf. Ich muss Dr. med. J. Zollikofer [2] klar widersprechen, wenn er in seiner Replik schreibt, dass «die Behauptung von Prof. Adler, nur in seltenen Fällen sei seine Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit übernommen worden ... Ein allgemeines Phänomen kann sie jedenfalls nicht sein ...» Als biopsychosozial tätige Grundversorgerin werde ich oft mit der Tatsache konfrontiert, dass vertrauensärztliche Entscheidungen getroffen werden, die aus meiner Sicht als behandelnde Ärztin, welche die Patienten/-innen oft über Jahre kennt und behandelt, nicht zu verstehen sind und ganz wesentlich differieren. Das betrifft Beurteilungen der Arbeitsunfähigkeit und andere medizinische Beurteilungen.

So werde ich, um ein Beispiel zu nennen, bei Gesuchen um Kostengutsprache für stationäre Aufenthalte oft mit dem Argument konfrontiert, dass die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten nicht ausgeschöpft seien, ohne dass sich der Vertrauensarzt mit mir in Verbindung gesetzt hätte.

Nicht selten kommt es einem «Spiesrutelaufen» gleich, wenn ich mich mit dem Vertrauensarzt persönlich austauschen möchte. Oft können weder Namen noch Telefonnummer übermittelt werden. Es gibt aber auch (leider immer noch selten!) Vertrauensärzte, die sich telefonisch für einen Austausch melden. Dabei entstehen sehr konstruktive Gespräche, die die Kommunikation und das gegenseitige Verständnis fördern.

Von meinen Kolleginnen und Kollegen, mit denen ich mich regelmässig austausche, weiss ich, dass es ihnen ähnlich ergeht.

Ich wünsche mir, dass die bestehenden Probleme und Schwierigkeiten nicht unter den Tisch gewischt werden, sondern von beiden Seiten die Kommunikation, das Verständnis und der gegenseitige Respekt gefördert werden.

*Dr. med. J. Albrecht, Solothurn*

- 1 Adler RH. Was ist ein Vertrauensarzt? Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(11):466-7.
- 2 Zollikofer J. Keine Pauschalverurteilung. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(15):581.
- 3 Minder B. Differenziertes Nachdenken nötig. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(15):581.