

Stellungnahme der Vereinigung Unabhängiger Ärztinnen und Ärzte (VUA)

Managed Care wäre schon gut – aber nicht mit dieser Mogelpackung

David Winizki

Hausarzt, Arzt für Allgemeine Medizin

* Bei allen männlichen Formen sind Frauen mitgemeint.

Voraussetzungen

Die Medizin ist in den letzten fünfzig Jahren komplexer geworden. Tat man damals zum Beispiel Schulterschmerzen einfach als «Gsüchti» ab, so gibt es heute orthopädische Schultersprechstunden mit einer breiten diagnostischen und therapeutischen Palette für jedes Alter. Bei Inkontinenz hatte man früher nur wenige Handlungsmöglichkeiten, heute aber existieren Beckenboden-Kompetenzzentren. Als Konsequenz dieser Ausweitung der medizinischen Möglichkeiten in allen Fachgebieten verwandelte sich das Verhältnis von Hausärzten* zu Spezialisten in sein Gegenteil, früher kamen auf einen Spezialisten über zwei Hausärzte, heute ist es umgekehrt.

In den vergangenen zwei Jahrzehnten kam noch das Internet mit seinem Ozean von Informationen dazu und ermöglicht es den Patienten, sich zu Hause am Stumentisch in Selbstdiagnostik zu üben, allerdings ohne die Beschwerden in einen Zusammenhang von Plausibilität einordnen zu können. Heute ist es deshalb für viele Patienten, vor allem die Ängstlicheren unter ihnen, verlockend, sich mit Beschwerden direkt zu Spezialisten zu begeben. Wenn jedoch der wegen «dem Ischiasnerven» zugezogene Neurologe seine Diagnostik ohne pathologische Befunde für viel Geld durchgeführt hat, ist dem Patienten

«Früher kamen auf einen Spezialisten über zwei Hausärzte, heute ist es umgekehrt.»

noch gar nicht geholfen, und ein paar Jahre später weiss ausserdem niemand mehr etwas von diesen Untersuchungen, da sie nicht zentral archiviert wurden.

In dieser Situation macht es deshalb durchaus Sinn, den Hausarzt wieder in den Mittelpunkt der Gesundheitsversorgung zu stellen. Er erkennt dann beim Rückenweh die chronische Pyelonephritis und ist mit seinem langjährigen Vertrauensverhältnis zum Patienten erst noch kompetent genug, dessen Ängstlichkeit anzusprechen. Sollte aber klinisch wirklich der Verdacht auf eine foraminale Stenose bestehen, schickt er den Patienten wahrscheinlich nicht zum Neurologen sondern in ein MRI-Institut. Den Politikern ist zugute zu halten, dass sie mit der Managed-Care-Vorlage diese Missstände durchaus erkannt haben, aber ...

Dr. med. David Winizki
Paulstrasse 11
CH-8008 Zürich
david.winizki[at]hin.ch

Le Managed care est une bonne chose, mais pas la solution trompeuse proposée

Dans un système de Managed care, ce sont généralement les médecins de famille qui coordonnent la prise en charge médicale. Ils sont les premiers à évaluer la situation et réfèrent ensuite si nécessaire les patients à d'autres fournisseurs de prestations tout en respectant les critères EAE. Un archivage centralisé des dossiers médicaux complets afin d'éviter les doublons est également prévu. Le Managed care permet donc non seulement d'améliorer la qualité des traitements, mais offre aussi des avantages économiques. Or la loi proposée prévoit d'augmenter la quote-part des patients qui ne sont pas affiliés à un réseau plutôt que de baisser celle de ceux qui en font partie. En mettant en relation directe le traitement médical et le revenu des médecins, la coresponsabilité budgétaire crée selon nous un conflit éthique (pour qui travaillons nous, pour les patients ou pour les économistes de la santé?) et peut potentiellement entraîner un rationnement des soins pour les patients. Cette loi donne à plus d'un titre encore plus de pouvoir aux caisses-maladie dans le secteur ambulatoire. Or celles-ci ne sont ni légitimées sur le plan politique, ni contrôlables.

Die vorliegende KVG-Teilrevision Managed Care

... implementiert zwei unsoziale und ethisch gefährliche Neuerungen und gibt den demokratisch weder legitimierten noch kontrollierbaren Krankenkassen zu viel Einfluss auf die Gestaltung des ambulanten Gesundheitswesens:

Die Selbsthalterhöhung für Managed Care-Verweigerer

Die Gesundheitsversorgung gehört zu den grundlegendsten Aufgaben, die eine zivilisierte Gesellschaft



«Von wem haben wir eigentlich den Behandlungsauftrag, von den Patienten oder von den Gesundheitsökonom?»

solidarisch organisieren und einkommensabhängig finanzieren sollte, ähnlich anderen wichtigen Aufgaben des Staates. Selbstbeteiligungen sind deshalb a priori unsozial. Die erzieherische Absicht, die Patienten damit vom sinnlosen Konsum von Medizinleistungen abzuhalten, hat in all den Jahren noch nie Erfolg gezeigt. Für Patienten mit chronischen Erkrankungen ist diese Ungerechtigkeit noch viel offensichtlicher. In diesem Punkt hätten die Politiker einfach den Selbstbehalt für Managed Care senken können, aber nein: Mit dieser Vorlage wird das Gesundheitswesen noch unsozialer finanziert.

Die Budget(mit)verantwortung der Ärztenetzwerke

Die Einführung einer prospektiven Fixierung der jährlichen maximalen Behandlungskosten eines Netzwerkes aufgrund einer zwar leicht verbesserten,

«Mit dieser Vorlage wird das Gesundheitswesen noch unsozialer finanziert.»

aber immer noch völlig insuffizienten, komplizierten und aufwendigen Risikoberechnung stellt einen grundlegenden Paradigmenwechsel für das ärztliche Handeln im ambulanten Gesundheitswesen dar. Das ärztliche Einkommen wird direkt von ökonomischem Wohlverhalten abhängig gemacht.

Wenn vom 300000-Franken-Jahresbudget Ende Oktober nur noch 30000 Franken verfügbar sind, gibt es genau zwei Möglichkeiten: Entweder der Arzt riskiert für seine Netzwerkkollegen und sich selber Ende Jahr eine (partielle = «mit») Defizitrückzahlung oder er macht bis Ende Jahr eine Dschungelmedizin mit möglichst wenig Aufwand. Patienten mit genug Geld oder Zusatzversicherungen (worunter wahrscheinlich die meisten Befürworter der Vorlage fallen) können die verweigerten Leistungen problemlos selber finanzieren.

Die Budgetverantwortung ist deshalb nicht nur sozial ungerecht gegenüber der Mehrheit der Bevölkerung, die ohne finanzielle Reserven nur grundversichert ist, sondern stellt uns Ärzte auch vor ein schwerwiegendes ethisches Problem: Von wem haben wir eigentlich den Behandlungsauftrag, von den Patienten oder von den Gesundheitsökonom? Dieser Loyalitätskonflikt, von einem Gesetz dazu verknürrt zu werden, im Praxisalltag den Patienten Rationierungszwänge mitteilen zu müssen, zerstört tendenziell das Vertrauensverhältnis.

Die illegitime Macht der Krankenkassen

Die Krankenkassen müssen nicht flächendeckend Managed-Care-Netzwerkverträge anbieten, in gewissen Gegenden werden Versicherte gar nicht davon «profitieren» können. Ausserdem können die Krankenkassen in Ballungsräumen zwischen verschiedenen Netzwerken auswählen und somit die Vertragsbedingungen diktieren. Die für die Versicherten geheimen Verträge sind auf Jahre hinaus verbindlich und können nur gegen eine Ausstiegssumme unbekannter Höhe vorzeitig gekündigt werden. Institutionen wie Pflegeheime unterstehen ebenfalls einer Netzwerkregelung, was bedeutet, dass Pflegebedürftige zukünftig allenfalls nicht mehr in ein Pflegeheim ihrer Wahl in der Nähe ihrer Angehörigen eintreten können, wenn es mit ihrer Krankenkasse keinen Vertrag abgeschlossen hat.

Schlussfolgerungen

Die vorliegende Managed-Care-Vorlage ist wegen der Selbstbeteiligung und der drohenden Rationierung für Grundversicherte ohne finanzielle Reserven unsozial. Sie ist bezüglich des ärztlichen Handelns unter dem Damoklesschwert der Budgetüberziehung grundsätzlich unethisch. Ausserdem gibt sie den Krankenkassen ohne demokratische Kontrolle noch mehr Macht bei der Gestaltung des ambulanten Gesundheitswesens. Dazu kommt noch die Erkenntnis, dass die Kosten des Gesundheitswesens mit dem neuen Modell sicher nicht sinken – im Gegenteil. Wenn Managed Care auch durchaus eine sinnvolle Verbesserung der Gesundheitsversorgung darstellt, dann muss sie unbedingt solidarischer und ethischer aufgegleist werden.