

Leserbriefe

Managed Care – Ausweg oder Illusion



Leserbrief zu: PrimaryCare. 2010;11

(Schwerpunktheft zum Thema «Managed Care / Integrierte Versorgung»)

Die Qualität der integrierten Gesundheitsversorgung sei besser und kostengünstiger als die der herkömmlichen, sagt der Präsident des Krankenkassenkonkordats in der Tagesschau vom 30. August 2010. Trifft dies zu? Seit Einführung des KVG steigen die Gesundheitskosten überproportional an. TARMED änderte dies nicht. Integrierte Ärztenetze mit Budgetmitverantwortung werden propagiert. Sie sind heute bis 20% kostengünstiger. Hochgerechnet auf eine gesamtschweizerische Anwendung resultiert ein postuliertes Einsparpotential von bis 30%. Mit dem jetzt diskutierten Vorschlag, der vom Nationalrat am 16. Juni 2010 angenommen wurde, wird über finanzielle Anreize versucht, eine grössere Zahl der Krankenversicherten in solche integrierte Netzwerke einzubinden.

Die freie Arztwahl steht plötzlich für Politiker verschiedenster Couleur zur Disposition. Eine Anhebung des Selbstbehaltes auf 20% würde viele Versicherte zwingen, in ein Ärztenetzwerk zu wechseln, selbst wenn sie das nie gewollt haben. Durch vertragliche Fussfesseln, wie Verpflichtung auf ein bestimmtes Ärztenetzwerk für eine definierte Zeitspanne, werden Patienten gebunden. Das höchste Gut in der Arzt-Patienten-Beziehung, nämlich die freie Wahl, ist gefährdet. Ob integrierte Ärztenetze mit Budgetverantwortung günstiger wären, wenn 90 Prozent der Krankenversicherten darin versorgt werden müssten, lässt sich nicht voraussagen. Es ist davon auszugehen, dass die Zahl der multimorbiden, geriatrischen Patienten in den Netzwerken stark ansteige – und mit ihnen die Kosten. Hier besteht das substantielle Risiko, dass sich

eine Rationierung der medizinischen Leistungen gleichsam durch die Hintertür breit macht. Früher war unter Ärzten unbestritten, dass nicht Ärzte die Rationierung vorzunehmen hätten. Heute hat der Patient das letzte Wort; er kann entscheiden, ob er eine medizinisch machbare und sinnvolle Massnahme wünscht oder nicht. Dies würde sich nachhaltig ändern. Es ist besser, wenn eine teure medizinische Massnahme, deren Nutzen nach wissenschaftlichen Kriterien erwiesen ist, nicht eingeführt wird, als wenn sie kassenzulässig ist, der behandelnde Arzt sie aber aus Kostenüberlegungen nicht einsetzt. Die Wirtschaftlichkeit einer medizinischen Massnahme würde nicht in der Einzelbehandlung überprüft, sondern dort, wo die Entscheidung getroffen wird, ob eine medizinische Leistung in der Grundleistungskatalog eingeführt wird oder nicht. Die heikle Frage, ob Grundversorger, die in integrierten Netzwerken tätig sind, befähigt und legitimiert sind, allein darüber zu befinden, wer einen Spezialisten benötigt und wer nicht, wird völlig ausgeblendet.

In einem integrierten Netzwerk ist ein Patient darauf angewiesen, dass der behandelnde Arzt die für ihn richtige Entscheidung trifft. Selbst wenn er ein Mitspracherecht haben sollte: Um zu einer spezialärztlichen Abklärung zu gelangen, muss er überwiesen werden! Die Entscheidungs Gewalt über Körper und Seele läge bei den Ärztinnen und Ärzten. Dies ist fatal: Erstens, weil es grundsätzlich den Integritätsanspruch eines jeden Menschen zu beachten gilt. Zweitens, weil eine so definierte Arzt-Patienten-Beziehung ein Machtgefüge mit Missbrauchspotential impliziert. Drittens, weil wir schlicht nicht gewährleisten können, ob wir diese gut ausgebildeten, menschlich integren und fachlich über alle Zweifel erhabenen Grundversorgerärzte in Zukunft haben werden. Vielleicht wäre es klüger, wenn integrierte Netzwerke zuerst den Beweis antreten

würden, dass sie eine bessere und kosteneffektivere Grundversorgung der Bevölkerung gewährleisten könnten als andere Anbieter, die ohne Verträge mit Krankenversicherern wirken. Erbringen sie nämlich diesen Nachweis – und das müsste ja nach dem Selbstverständnis der integrierten Netzwerke ein Leichtes sein – dann werden die Menschen in diesem Land freiwillig in diese qualitativ höher stehende Versorgungsform wechseln. Scheitern sie, dann sparen wir uns die Folgekosten der Gesundheitsreform der Gesundheitsreform.

Dr. med. Daniel Schlossberg, 8048 Zürich

Keine «eAbenteuer»!



Leserbrief zu: Bhend H. eHealth-Strategie – jenseits der Praxisrealität. PrimaryCare. 2010;18:355f.

Die Forderung nach einem Moratorium der eHealth-Aktivitäten von Heinz Bhend ist nachvollziehbar und vollumfänglich zu unterstützen. Der Autor zeigt in jeder Zeile seines Artikels, dass er sowohl etwas von Informatik versteht, als auch den Alltag in der Hausarztpraxis kennt. Die Schweiz kann sich nach dem Debakel mit der Informatik im Militärdepartement kein neues EDV-Abenteuer leisten. Und die paar Hausärzte, welche bei der geplanten Einführung 2015 noch im Einsatz sind, werden alle Hände voll zu tun haben – mit ihren Patienten. Sie werden punkto Administration Erleichterungen brauchen und dürfen dann nicht noch absorbiert werden durch irgendwelche «eAbenteuer».

Dr. med. Felix Schürch, 8048 Zürich