

Courrier des lecteurs

Marc Müller propagiert Gratis-Leistungen im Ärztenetzwerk



In einer Diskussion über die Managed-Care-Vorlage in der NZZ vom 25.5.2012 äussert sich Marc Müller folgendermassen:

NZZ: Es stellt sich die Frage, ob wir die Hausärzte haben, die Managed Care verlangt.

Marc Müller: Durch den Systemwandel wird es nicht einen Hausarzt mehr oder weniger geben. Aber das Gesetz fördert integrierte Versorgungssysteme. Mit den Ärztezentren wird es

möglich sein, gewisse Aufgaben von den Hausärzten an nichtärztliche Gesundheitsfachleute zu delegieren. Ein Netz kann etwa eine Diabetes-Fachfrau anstellen. Solche Nicht-KVG-Leistungen können im Netz finanziert werden.

Ist es also die Idee von «Hausärzte Schweiz», dass wir in den Netzwerken zukünftig Gratis-Dienstleistungen anbieten? Erfüllen wir so den Sparauftrag der Managed-Care-Vorlage? In den meisten Netzen wird man diese Aufgaben aus dem eigenen Sack bezahlen dürfen.

Vorbei die Idee, dass die Krankenkassen für die Beratung unserer Weitergebildeten MPA etwas bezahlen sollen. Vorbei die Idee, dass Hausärzte endlich angemessen bezahlt werden.

Herr Müller, Sie sind uns eine Erklärung schuldig.

Dr. med. Martin Heinzelmann, 9400 Rorschach

Replik

Sehr geehrter Herr Heinzelmann

Herzlichen Dank, dass Sie mir Gelegenheit verschaffen, den aus Platzgründen offenbar allzu sehr gekürzten Text im NZZ-Interview zu erläutern und zu ergänzen.

Wie Sie sich vorstellen können, würde ich kaum einen grossen Teil meiner täglichen Arbeit dafür investieren, auf dem Weg über die Umsetzung unserer Initiative «Ja zur Hausarztmedizin» eine Besserstellung der Hausärzte zu erreichen, um den erzielten Erfolg anschliessend zu «verschenken» ...

Es ist aber in der Tat so, dass das neue Gesetz vorsieht, im Rahmen der integrierten Versorgung auch Nicht-KVG-Leistungen tarifieren zu können:

Art 41 c Integrierte Versorgungsnetze

2 Die Versicherer schliessen mit dem integrierten Versorgungsnetz einen Vertrag ab, der insbesondere die Zusammenarbeit, den Datenaustausch, die Qualitätssicherung und die Vergütung der Leistungen regelt. Art 46 ist auf diese Verträge nicht anwendbar. Im Rahmen des definierten Behandlungsprozesses können in Abweichung von Art. 34 Absatz 1 Leistungen vorgesehen werden, die über die obligatorische Krankenpflegeversicherung hinausgehen.

Das gibt den Netzen Spielraum, auch Nicht-Pflichtleistungen bezahlen zu können, insbesondere wenn es dadurch gelingt, drohende Folgekosten zu vermeiden (z.B. Podologie bei Diabetikern). Solche Leistungen können ausgehandelt und vom Netzwerkbudget bezahlt werden.

Es gibt aber auch weitere Möglichkeiten, Nicht-OKP-Leistungen in Netzwerken zu erbringen: So kann z.B. ein Teil der Steuerungs pauschale für besondere, qualitätsfördernde Massnahmen eingesetzt werden. Durch gemeinsamen Einkauf des Netzwerks können auch z.B. Grippeimpfungen billiger eingekauft und angeboten werden. Die Leistungen werden also nicht etwa «gratis» erbracht, sondern durchaus verrechnet. Der Gewinn liegt bei einer grösseren therapeutischen Freiheit.

Ich hoffe, Ihre Bedenken zerstreut zu haben und grüsse Sie freundlich

Dr. med. Marc Müller, Präsident «Hausärzte Schweiz»