

Forum ZV



KVG: dringliche Massnahmen und Managed Care. Wo stehen wir?

Sehr geehrter Herr Kollege Cassis

Ihre Einschätzung im Editorial vom 31. März 2010 [1], dank der Einführung von Fallkostenpauschalen in den Spitälern und Budgetverantwortung in den Arztpraxen «... den 1. Januar 2012 als nationalen Tag der grossen Gesundheitsreformen zu feiern ...», begreife ich nicht und habe – frei nach Bertold Brecht – ein paar Fragen eines denkenden Arztes:

Wer soll denn da Ihrer Meinung nach feiern?

- Vielleicht die Spitalärztinnen und -ärzte? Eher nicht, denn dank der Verschiebung der Stellenprozente von der Patientenbetreuung zu der Dokumentation werden Spitalärztinnen und -ärzte unter Zeitdruck kaum mehr fähig sein, ihre Arbeit so zu verrichten, wie es ihren ethischen Grundsätzen entspricht; sie laufen deshalb Gefahr, zynisch zu werden und/oder auszubrengen.
- Vielleicht die Kolleginnen und Kollegen in der Praxis? Unwahrscheinlich, denn dank der früheren Spitalentlassungen im DRG-System werden Nachbehandlungen in die ambulante Medizin verschoben, welche aber je länger, je weniger Kapazitäten hat und die ab dann erst noch – dank der Zwangsjacke der Budgetverantwortung mit ihrem jährlich vorausberechneten Kostendeckel – ihren Job immer öfter mit der Kostenschere im Kopf ausüben müssen.
- Vielleicht wir Prämienzahlerinnen und -zahler? Wohl kaum, denn niemand behauptet ernsthaft, dass mit den Fallkostenpauschalen und der Budgetverantwortung Kosten gespart werden können – Deutschland hat ein paar Jahre nach Einführung von DRG und Budgetverantwortung in Sachen Gesundheitskosten die Schweiz erstmals überholt.
- Vielleicht die Kranken? Aber nein, gerade den Polymorbiden, chronisch Kranken und Älteren mit vermehrten Komplikationsmöglichkeiten wird das DRG-System nicht gerecht, sie alle werden mit schmerzlichen Einbussen der Behandlungsqualität zu rechnen haben.
- Vielleicht die Angehörigen? Auf keinen Fall, denn dank mangelnder Behandlungskapazitäten auch im ambulanten-pflege-

rischen Bereich, wo die Spitex vielerorts weder personell noch finanziell auf den 1.1.2012 mit den «bloody demissions» vorbereitet ist, werden Betreuungsaufgaben vermehrt auf die Frauen im Rahmen der unentgeltlichen Carework überwältigt oder gegen einen Hungerlohn an Sans-Papiers delegiert.

Also, sehr geehrter Herr Kollege Cassis, erklären Sie mir doch bitte, wer am 1.1.2012 Grund hat zu feiern, ausser ein paar Gesundheitspolitikern, Gesundheitsökonomien und Vorstandsmitgliedern der Ärztesgesellschaft.

David Winizki,
Arzt für Allgemeine Medizin,
Zürich

- 1 Cassis I. KVG: dringliche Massnahmen und Managed Care. Wo stehen wir? Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(13/14):513.

Ungleich lange Spiesse für Managed Care und traditionelles Versicherungsmodell

Im Editorial der SÄZ Nr. 13/14 verkündet der FMH-Vizepräsident und Nationalrat Ignazio Cassis euphorisch die Reformpläne für die Neugestaltung der ambulanten Grundversicherung und scheint deren zeitgleicher Einführung mit den DRGs im Januar 2012 im stationären Sektor entgegenzufiebern [1].

Das heutige KVG lässt bereits Versicherungsprodukte mit Managed-Care (MC)-Elementen zu. Es handelt sich hierbei um Hausarztmodelle oder HMOs mit oder ohne Budgetverantwortung. Ein integrierendes Versorgungsnetzwerk ist mit «Managed Care» gleichzusetzen, also alter Wein in neuen Schläuchen. Es soll wohlklingend der tiefgreifenden Reform einen innovativen Anstrich verleihen. Obwohl MC seit vielen Jahren angeboten wird, ist die Nachfrage sehr bescheiden. Die meisten Versicherten halten an der freien Arztwahl fest und schätzen den Grundversorger mit «seinem Netzwerk», der sie kostenbewusst und ohne falsche finanzielle Anreize berät. Bei einem Kapitationsmodell (z.B. MediX) erhält die Ärzteschaft einen fixen Betrag für jeden Versicherten. Der Profit steigt, je weniger für die Behandlung ausgegeben wird. Eine solche finanzielle Interessenlage ist und bleibt für den Patienten potentiell gefährlich.

Weil die heutigen integrierenden Versorgungsnetzwerke ein Mauerblümlein-Dasein fristen, will die Reform das erfolgreichste

Konkurrenzprodukt mit einem doppelten Selbstbehalt (20%) kurzerhand eliminieren. Die traditionelle Arztpraxis muss sich dann notgedrungen einem integrierenden Versorgungsnetzwerk anschliessen. Bei den notwendigen budgetären Anpassungen infolge der Demographie und des medizinischen Fortschritts wird es noch schwieriger als bei den TARMED-Verhandlungen. Die etwas günstigeren Prämien für die heutigen MC-Modelle kommen durch eine günstige Risiko-selektion (jüngere und gesündere Versicherte) zustande. Einsparungen darüber hinaus, konnten noch nie konklusiv und konsistent belegt werden. Sobald die integrierenden Versorgungsnetzwerke reformbedingt mit weniger günstigen Risiken überflutet werden, wird der Spardruck ohne budgetäre Anpassungen rasch zunehmen. Spätestens dann wird zutage treten, dass die integrierenden Versorgungsnetzwerke nichts anderes als getarnte DRGs im ambulanten Bereich sind. Mit diesen ungleich langen Spiesen will die Politik mehr Versicherte und damit zusätzliches Geld in den Aufbau dieser Strukturen mit Globalbudget fliessen lassen. Das ist die «hidden agenda»! Der FMH-Vorstand ist dringend gefordert, seinen Standpunkt zu überdenken.

Die(se) Reform ist (definitiv) der Feind des Guten!

Dr. med. René Haldemann,
FMH Allgemeinmedizin,
Richterswil

- 1 Cassis I. KVG: dringliche Massnahmen und Managed Care. Wo stehen wir? Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(13/14):513.

Antwort

Sehr geehrte Herren Kollegen Winizki und Haldemann

Das Gesundheitswesen der Schweiz steht seit Jahren unter grossem Druck. Mit jeder Prämiensteigerung im Herbst geht ein Aufschrei durch das Land. Die Bürgerinnen und Bürger sagen: «Die Politik unternimmt nichts gegen die steigenden Gesundheitskosten.» Jetzt passiert endlich etwas. Das wollte ich mit meinem Editorial verdeutlichen. Der Zufall will, dass am 1.1.2012 viele verschiedene Reformen in Kraft treten: die neue «dual-fixe» Spitalfinanzierung, die Fallpauschalen (SwissDRG), der verbesserte Risikoausgleich und vielleicht auch die Managed-Care-Reform. Sicher, es ist nicht alles perfekt, nicht so, wie man es gerne hätte. Doch es

sind zweifellos viele Reformen zum gleichen Zeitpunkt. So viele, dass man es feiern muss – besonders in einem Land, das sich mit Reformen schwertut. Das ist der Sinn des Worts «feiern»: Endlich bewegt sich etwas.

Sie haben recht, wenn Sie schreiben, dass das DRG-System nicht alle Probleme lösen wird, genauso wenig wie die dual-fixe Finanzierung und Managed Care. Und auch der Risikoausgleich ist noch ungenügend. Ihre pessimistische Haltung teile ich allerdings nicht. All diese Änderungen schaffen durchaus richtige Anreize. Lesen Sie zum Beispiel die Ausgabe 4/2010 der Zeitschrift «Competence» von H+, die diesem Thema gewidmet ist.

Heute arbeiten im KVG-Bereich bereits 50 Spitäler mit APDRG – einem ähnlichen System wie SwissDRG – und im UVG-Bereich sind es 150. Sie haben in den letzten fünf Jahren gute Erfahrungen damit gemacht. Das SwissDRG-System kann durchaus als Motor für die Entwicklung von Qualität und Effizienz funktionieren. Und genau das benötigen wir, wenn wir die Nachhaltigkeit unseres guten Gesundheitssystems gewährleisten wollen. Die Tatsache, dass wir unsere Reformen später als die Nachbarländer durchführen, ist auch eine Chance: So können wir von den Fehlern der anderen lernen.

Zudem sollten wir nicht vergessen, dass wir in einer direkten Demokratie leben. Wel-

che andere Änderung wäre besser gewesen? Wäre sie auch mehrheitsfähig wie diese? Immerhin wurde kein Referendum gegen die Spitalfinanzierungsvorlage ergriffen – was schon fast an ein Wunder grenzt, wenn wir bedenken, wie rasch man heute zum Referendum greift, um Reformen zu blockieren. Die gefundene Lösung konnte eine Mehrheit der Stakeholder und der Politiker überzeugen – was in meinen Augen ein guter erster Schritt ist. Die Alternative wäre der Status quo gewesen. Ist das eine Alternative?

Was die ambulante Versorgung betrifft, wird diese sich ab 1.1.2012 – falls die Kommissionsentscheide des Nationalrates bestätigt werden – auf drei Säulen stützen:

- die integrierte Versorgung mit Budgetmitverantwortung (das Kapitationsmodell gemäss MediX ist nur eine mögliche Variante),
- die «halb-integrierte Versorgung» (einfacher Hausarztvertrag, telefonische Triage usw.) und
- die Einzelpraxisversorgung wie bis anhin.

Es gibt also Platz für alle: Niemand ist gezwungen, etwas zu tun. Die finanziellen Anreize sind selbstverständlich so gesetzt, dass die gewünschte Richtung gefördert wird. Die Zusammenstellung in der Tabelle fasst die verschiedenen Eckwerte zusammen:

Zusammenfassung			
	Integrierte Versorgung (Art. 41c)	Alternative Versicherungsformen (Art. 41b Abs. 2)	Heutige Grundversicherung
Charakteristika	Integrierte Versorgungsnetze, welche die Behandlungsprozesse der Versicherten über die ganze Behandlungskette hinweg steuern	einfache Hausarztverträge ohne Budgetmitverantwortung, telemedizinische Angebote, Listenprodukte	
Spezieller Vertrag zwischen Ärzten und Versicherern	Ja	Nein (ausser für einfache Hausarztverträge)	Nein
Budgetmitverantwortung	Ja	Nein	Nein
Medizinische Leistungen	Auch mehr als Leistungskatalog	Leistungskatalog	Leistungskatalog
Prämien	Reduziert	Reduziert	Normal
Selbstbehalt	Max. 10% (auch weniger ist möglich)	20%	20%
Höchstbetrag (Kompetenz des BRs)	700 CHF (?)	1400 CHF (?)	1400 CHF (?)

Die integrierte Versorgung – der Begriff «Managed Care» steht nicht im Gesetz, ist aber Synonym für «integrierte Versorgung» – wird also der bevorzugte Weg der ambulanten medizinischen Betreuung sein. Es handelt sich um einen Paradigmawechsel: weg von zunehmender Regulierung, Kontrolle und Amtsverordnung hin zu mehr Verantwortung auf dem Feld.

Die Ärztenetzwerke werden einen grossen Spielraum haben, wie sie sich organisieren wollen. Sie werden über viele Aspekte selbstständig entscheiden können: Budgetverantwortung, Arbeitsprozesse, Delegation an nicht-ärztliche Berufe im Netz, Facharztbereiche im Netzwerk, stationäre Einrichtungen usw. Damit haben die Ärzte eine echte Chance, wieder eine wichtige Rolle als Unternehmer, als Freiberufler zu übernehmen. Nach 14 Jahren KVG musste die Politik feststellen, dass die zunehmende Kompetenzverschiebung Richtung Staat zwar mehr Regulierungen brachte (Labor- und andere Amtstarife z.B.), jedoch keine erfolgreiche Lösung, was die Gesundheitskosten anbelangt.

Die Logik der integrierten Versorgung ist eine ganz andere: so wenig staatliche Regulierung wie möglich, dafür die richtigen finanziellen Anreize für alle, inkl. Versicherer. Hierzu ist auf die zusätzliche Verfeinerung des Risikoausgleichs zu verweisen, die in diesen Tagen zur Diskussion steht. Es ist eine «conditio sine qua non» für den Erfolg des neuen Systems. Die FMH sagt es seit langer Zeit!

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass wir heute vor einer wichtigen Änderung stehen. «Das Schlimmste an der Gegenwart ist die Zukunft», hat Gustave Flaubert gesagt. Entscheidend für mich ist, mit welchem Selbstvertrauen die Ärzteschaft in die Zukunft blickt. Ich danke Ihnen für Ihre Ausführungen und schliesse meine Antwort mit einem Zitat von Marcel Proust: «Wir gelangen nicht dazu, die Dinge nach unseren Wünschen zu ändern, aber ganz allmählich macht unser eigenes Wünschen eine Wandlung durch.»

Mit freundlichen Grüssen

Dr. med. Ignazio Cassis, Nationalrat und
Vizepräsident FMH