

«Wer nicht managed, der wird gemanaged!»

Ein Interview mit Dr. med. Jörg Fritschi, Präsident von medswiss.net, dem Dachverband der Ärztenetzwerke der Schweiz

Managed Care ist kein Produkt. Managed Care ist eine Frage der Haltung – dies der letzte und vielleicht entscheidende Satz unseres Interviewpartners. Liegt eben nicht in der Beurteilung des Produkts, sondern in der Haltung ihm, seinen Voraussetzungen und seinen Folgen gegenüber der entscheidende Unterschied zwischen Befürwortern und Gegnern von Managed Care? Das Interview mit Dr. med. Jörg Fritschi, dem Präsidenten von medswiss.net.net, hält auch zu dieser Frage Antworten bereit.

ARS MEDICI: Was würde eine Annahme der Managed-Care-Vorlage bei einer allfälligen Volksabstimmung für den Hausarzt im Vergleich mit dem heutigen Zustand zum Positiven ändern?

Dr. med. Jörg Fritschi: Selbst für die unnetzten Kollegen hat die Vorlage Vorteile: Gemäss Art. 12 Abs. 5 dürfen Krankenkassen «weder Einrichtungen zur medizinischen Behandlung von Versicherten führen noch sich finanziell an solchen Einrichtungen beteiligen». «Einrichtungen» gemäss Krankenversicherungsgesetz sind zum Beispiel Spitäler, Spitex, Gruppenpraxen, Ambulatorien und so weiter. Damit werden Kostenträger und Leistungsträger in ihren Aufgaben wieder getrennt. Wer behandelt, versichert nicht; wer versichert, behandelt nicht! Für den vernetzten Hausarzt entstehen die folgenden Vorteile:

- Ärztenetze sind kassenunabhängig. Kassen dürfen keine Netze betreiben.
- Managed Care, neu integrierte Versorgung, basiert auf einem Vertrag zwischen Versicherer und Ärztenetz.

Einseitige Kassenprodukte sind von Managed Care ausgeschlossen.

- Managed Care wird als Qualitätsprodukt und nicht in erster Linie als Sparprodukt im Gesetz definiert.

Wenn die Vorlage von den Stimmberechtigten abgelehnt wird, wird Managed Care trotzdem weitergehen. Mit Art. 41.4 können die Versicherer Managed Care betreiben ohne einen echten Managed-Care-Vertrag, indem sie Leistungserbringer selber auswählen und selber anstellen, Ärztinnen und Ärzte, aber gemäss Krankenversicherungsgesetz auch andere (!). Die heute gültigen Artikel 41.4 und Art. 35.2.n sichern den Versicherern eine grosse Gestaltungsmacht zu. Die neue Vorlage reduziert diese Vormachtstellung der Versicherer deutlich.

ARS MEDICI: Welche Vorteile hätte aus Ihrer Sicht der Patient?

Fritschi:

- Die integrierte Versorgung/Managed Care wird gefördert im Sinne der bedarfsgerecht koordinierten Gesundheitsversorgung. Bedarfsgerecht heisst, dass sich Ärztenetz und Versicherer miteinander und vereinbart Rechenschaft geben über die WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit).
- Die Ärztenetze sind unabhängig. Der Einfluss der Versicherer auf die Behandlung ist damit deutlich limitiert.
- Die Versicherten profitieren wie bisher von einer tieferen Prämie.
- Die Patienten profitieren von einem reduzierten Selbstbehalt. Die Nachfrage nach dem neuen Versicherungsprodukt wird damit von «Auftraggebern» gesteuert und nicht von den Versicherern oder den Leistungserbringern.
- Die Versicherten und die Patienten haben Gewissheit, dass sich Ärzte-



netze und Versicherer als Team kooperativ begegnen und keine Grabenkämpfe auf dem Rücken der Patienten austragen.

ARS MEDICI: Was antworten Sie den Kritikern auf die Behauptung, Netzwerke würden weder echte Kosteneinsparungen noch echte Qualitätsverbesserungen bringen, sondern lediglich mehr ökonomisches Denken in die Arzt-Patienten-Beziehung?

Fritschi: Erklären Sie mir doch, was am ökonomischen Denken, das heisst an der Beurteilung des Preis-Leistungs-Verhältnisses unmoralisch ist? Wir können doch nicht so tun, als ob unsere Ressourcen unendlich wären. Wir werden das Rad der Zeit nicht zurückdrehen können: Die Ökonomie durchdringt unser ganzes Leben. Wenn wir uns um diese Herausforderung füttern, dann dürfen wir nicht erstaunt sein, wenn die Kostenträger aktiv werden, das Gesundheitswesen aus ihrer Sicht gestalten und dabei über das Ziel hinausschiessen. Wer nicht managed, der wird gemanaged!

Die Ärztenetze wollen bei der Beurteilung der ökonomischen Aspekte ihrer Tätigkeit aktiv mitreden. Sie überlassen dieses Feld nicht den Ökonomen allein. Wer könnte die wirtschaftliche Seite unserer Arbeit besser beurteilen als wir selber? Gehör findet aber nur, wer Verantwortung übernimmt. Dazu sind die Ärztenetze bereit und fähig. Managed Care ist nicht nur ein Versicherungsprodukt, sondern auch eine Plattform für eine gezielte und strukturierte Zusammenarbeit aller Beteiligten: interessierte Kollegen, Patienten und selbstverständlich auch die Versi-

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Managed Care)

Änderung vom 30. September 2011

Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates vom 15. September 2004¹, beschliesst:

Das Bundesgesetz vom 18. März 1994² über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:

Art. 12 Abs. 5

⁵ Krankenkassen dürfen weder Einrichtungen zur medizinischen Behandlung von Versicherten führen noch sich finanziell an solchen Einrichtungen beteiligen.

Art. 34 Abs. 3

³ Der Bundesrat kann im Rahmen von zeitlich befristeten Pilotprojekten eine Übernahme der Kosten von Leistungen im Ausland vorsehen. Er strebt an, dass der betreffende ausländische Staat Gegenrecht gewährt.

Art. 41 Abs. 4 Aufgehoben

Gliederungstitel vor Art. 41b

2a. Abschnitt: Besondere Versicherungsformen

Art. 41b Grundsatz

¹ Die Versicherten können mit dem Versicherer vereinbaren, Leistungen einzig bei einem integrierten Versorgungsnetz nach Artikel 41c zu beanspruchen, mit dem ihr Versicherer einen Vertrag über die Behandlung und deren Steuerung abgeschlossen hat (Integrierte Versorgung). Die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind in jedem Fall versichert.

² Der Bundesrat kann weitere Versicherungsformen zulassen, die nicht als integrierte Versorgung gelten, namentlich solche, bei denen:

- a. die Versicherten die Möglichkeit erhalten, sich gegen eine Prämienermässigung stärker als nach Artikel 64 an den Kosten zu beteiligen;
- b. die Höhe der Prämie der Versicherten sich danach richtet, ob sie während einer bestimmten Zeit Leistungen in Anspruch genommen haben oder nicht;
- c. die Versicherten gegen eine Prämienermässigung ihr Wahlrecht auf Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt.

Art. 41c Integrierte Versorgungsnetze

¹ Eine Gruppe von Leistungserbringern, die sich zum Zweck der Koordination der medizinischen Versorgung zusammenschliessen, bildet ein integriertes Versorgungsnetz. In einem integrierten Versorgungsnetz wird der Prozess der Behandlung der Versicherten über die ganze Behandlungskette hinweg gesteuert.

Das integrierte Versorgungsnetz muss den Zugang zu allen Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sicherstellen.

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. Artikel 46 ist auf diese Verträge nicht anwendbar. Im Rahmen des definierten Behandlungsprozesses können in Abweichung von Artikel 34 Absatz 1 Leistungen vorgesehen werden, die über die obligatorische Krankenpflegeversicherung hinausgehen.

³ Das integrierte Versorgungsnetz wählt für seine Organisation eine Rechtsform, die gewährleistet, dass die im Vertrag mit den Versicherern eingegangenen Verpflichtungen erfüllt werden können.

⁴ Die in einem integrierten Versorgungsnetz zusammengeschlossenen Leistungserbringer übernehmen im vertraglich vereinbarten Umfang die finanzielle Verantwortung für die medizinische Versorgung der Versicherten (Budgetmitverantwortung).

⁵ Der Bundesrat kann Anforderungen an die notwendige Qualität der integrierten Versorgungsnetze und den Umfang der Budgetmitverantwortung festlegen.

Art. 41d Dauer des Versicherungsverhältnisses

¹ Der Versicherer kann für die besonderen Versicherungsformen nach Artikel 41b, sofern er für diese eine Prämienermässigung gewährt, für das Versicherungsverhältnis neben der Dauer von einem Jahr auch eine Dauer von bis zu drei Kalenderjahren vorsehen. Artikel 7 Absätze 3 und 4 bleibt vorbehalten.

² Hat sich die versicherte Person für eine besondere Versicherungsform mit einer längeren Dauer des Versicherungsverhältnisses nach Absatz 1 entschieden, so kann sie den Versicherer, nicht aber die Versicherungsform vor Ablauf dieser Dauer wechseln:

- a. bei wesentlichen Änderungen der Versicherungsbedingungen;
- b. bei einer Prämienhöhung, die über der durchschnittlichen Prämienhöhung im Kanton liegt.

³ Gegen Bezahlung der vertraglich vereinbarten Austrittsprämie kann die versicherte Person sowohl den Versicherer als auch die Versicherungsform vor Ablauf der Dauer nach Absatz 1 wechseln. Der Versicherer vereinbart mit der versicherten Person bei Vertragsabschluss die Austrittsmodalitäten; Artikel 7 bleibt vorbehalten.

Art. 57 Abs. 9

⁹ Die Versicherer können mit den in integrierten Versorgungsnetzen nach Artikel 41c zusammengeschlossenen Leistungserbringern vertraglich vereinbaren, dass diesen die Aufgaben und Zuständigkeiten der Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen übertragen werden.

Art. 62 Abs. 1, 2 und 2^{bis} erster Satz

¹ Der Versicherer kann die Prämien für integrierte Versorgungsnetze nach Artikel 41c vermindern oder Rückvergütungen vorsehen.

² Aufgehoben

^{2^{bis}} Die Kostenbeteiligung wie auch der Verlust der Prämienermässigung bei den besonderen Versicherungsformen nach Artikel 41b Absatz 2 dürfen weder bei einer Krankenkasse noch bei einer privaten Versicherungseinrichtung versichert werden.

...

Art. 64 Abs. 2 Bst. b und c, 2^{bis}, 3, 3^{bis}, 6 Bst. c und d sowie 7

² Diese Kostenbeteiligung besteht aus:

- b. 15 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt); vorbehalten bleibt Buchstabe c;
- c. 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt) der Leistungen, die im Rahmen eines integrierten Versorgungsnetzes nach Artikel 41c erbracht oder veranlasst werden.

^{2^{bis}} Die Versicherer können auf die Erhebung der Kostenbeteiligung für Leistungen, die im Rahmen eines integrierten Versorgungsnetzes nach Artikel 41c erbracht oder veranlasst werden, ganz oder teilweise verzichten.

³ Der Bundesrat bestimmt die Franchise. Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehalts beträgt 1000 Franken. Der jährliche Höchstbetrag für den Selbstbehalt für Versicherte, die einem integrierten Versorgungsnetz nach Artikel 41c angehören, beträgt maximal 500 Franken.

^{3^{bis}} Der Bundesrat kann die jährlichen Höchstbeträge des Selbstbehalts nach Absatz 3 der Kostenentwicklung im Bereich der Krankenversicherung anpassen.

⁶ Der Bundesrat kann:

- c. Aufgehoben
- d. die Kostenbeteiligung für einzelne Leistungen der medizinischen Prävention, die im Rahmen von national oder kantonal organisierten Präventionsprogrammen durchgeführt werden, herabsetzen oder aufheben.

⁷ Für folgende Leistungen darf der Versicherer keine Kostenbeteiligung erheben:

- a. Leistungen nach Artikel 29 Absatz 2;
- b. Leistungen nach Artikel 25, die ab der 13. Schwangerschaftswoche, während der Niederkunft und bis acht Wochen nach der Niederkunft erbracht werden.

II Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007³ (Risikoausgleich)

Ziff. 2 Abs. 2 und 5 zweiter Satz

2. Neuer Risikoausgleich

² Als Kriterium für das erhöhte Krankheitsrisiko sind der Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim (Art. 39) im Vorjahr, der länger als drei Tage dauert, und die durch geeignete Indikatoren abgebildete Morbidität der Versicherten, massgebend.

⁵ ... Er umschreibt den für den Risikoausgleich massgebenden Aufenthalt in einem Spital oder in einem Pflegeheim näher, bezeichnet die Ausnahmen und legt weitere Indikatoren, die die Morbidität abbilden, fest.

III Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 30. September 2011 (Managed Care)

¹ Die Umsetzung von Artikel 64 Absatz 2 Buchstaben b und c sowie Absatz 3 erfolgt drei Jahre nach Inkrafttreten der Änderung vom 30. September 2011. Soweit in gewissen Kantonen vor diesem Zeitpunkt das Angebot eines oder mehrerer integrierter Versorgungsnetze nach Artikel 41c besteht, bestimmt der Bundesrat nach Anhörung der Kantone, dass sich in diesen Kantonen die Kostenbeteiligung der Versicherten nach Artikel 64 Absatz 2 Buchstaben b und c sowie Absatz 3 richtet.

² Während der dreijährigen Einführungsphase führt der Bundesrat in Zusammenarbeit mit den Versicherern, den Leistungserbringern und den Kantonen eine Evaluation über die Durchführung und die Wirkungen der Änderung vom 30. September 2011 durch. Hat die Änderung nicht zu einem flächendeckenden Angebot von integrierten Versorgungsnetzen geführt, schlägt der Bundesrat dem Parlament weitere Massnahmen vor. Bis zum Inkrafttreten neuer Bestimmungen, längstens aber bis zum Ablauf von fünf Jahren nach Inkrafttreten der Änderung vom 30. September 2011, kann der Bundesrat die Versicherer dazu verpflichten, alleine oder in Zusammenarbeit mit einem oder mehreren Versicherern für ihre Versicherten eine oder mehrere besondere Versicherungsformen anzubieten, die die Leistungen von integrierten Versorgungsnetzen nach Artikel 41c umfassen. Der Bundesrat kann die Umsetzung von Artikel 64 Absatz 2 Buchstaben b und c sowie Absatz 3 in den Kantonen, in denen die Massnahme noch nicht anwendbar ist, sistieren. In diesen Kantonen gilt ein Selbstbehalt von 10 Prozent und der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehalts beträgt 700 Franken.

³ Die Umsetzung von Artikel 64 Absatz 3^{bis} erfolgt erstmals drei Jahre nach Inkrafttreten der Änderung vom 30. September 2011.

⁴ Die beim Inkrafttreten der Änderung vom 30. September 2011 vorhandenen Einrichtungen und Krankenkassenbeteiligungen nach Artikel 12 Absatz 5 dürfen während höchstens fünf Jahren weiterbestehen.

cherer. Kein Ärztenetz wird von sich behaupten, besser und/oder kostengünstiger zu sein als unverbundene Kollegen. Was aber ein Ärztenetz garantiert besser macht, das ist die Kommunikation. Die anstehenden Probleme im Gesundheitswesen lösen wir durch strukturierte Kommunikation und Teamarbeit.

Zur Kosteneinsparung: Die Managed-Care-Forschung ist noch jung. Es gibt klare Studien, die zeigen, dass ein Managed-Care-Modell bereits ohne Budgetmitverantwortung rund 12 Prozent der Kosten reduziert. Selbst wenn dies nur eine Folge der Risikoselektion wäre, warum sollen kooperative Patienten nicht belohnt werden, wenn sie sich zuerst von ihrem Hausarzt orientieren und beraten lassen, damit zum Beispiel Doppelpurigkeiten und die falsche Wahl des Spezialisten vermieden werden können?

Durch optimierte ambulante Behandlungen in bewusst angestrebter Zusammenarbeit mit interessierten Spezialisten teure Hospitalisationen und Komplikationen zu vermeiden, ist das oberste Ziel. Den Ärztenetzen ist bewusst: Im Moment ist dieses Ziel noch nicht erreicht. Und eine erst 15-jährige Managed-Care-Erfahrung ist eine zu kurze Zeit für eine ausreichende Datenlage.

Zur Qualitätsverbesserung: Wer macht mit beim heute in der Schweiz etabliertesten Qualitätsbemessungsprogramm EQUAM? Zu 90 Prozent sind es die Ärztenetze.

ARS MEDICI: Die Behauptung, Managed Care sei Garant oder gar Voraussetzung für eine qualitativ bessere Medizin (Ruth Humbel im Communiqué der CVP), kommt bei manchen Praktikern nicht gut an und provoziert die Gegenfrage: Haben wir bisher keine qualitativ gute Medizin gemacht? Was soll konkret besser werden? Was antworten Sie diesen Kollegen?

Fritschi: Niemand behauptet, wir hätten bis jetzt schlechte Arbeit geleistet. Aber: Gibt es in unserem Gesundheitswesen wirklich nichts mehr zu verbessern? Soll unser zunehmend komplexer werdendes Gesundheitswesen weiterhin nach dem Selbstbedienungsprinzip funktionieren oder bedarfsgerecht koordiniert sein? Das ist doch die Kernfrage, die wir uns allen stellen müssen.

ARS MEDICI: In ländlichen Gebieten mit Netzwerken, in denen ohnehin alle Hausärzte eingebunden sind, ändert sich für die Hausärzte praktisch nichts. Woher sollen da Einsparungen von bis zu 20 Prozent kommen?

Fritschi: Ihre Frage geht davon aus, dass Managed Care nur ein Sparmodell ist und dass Managed Care nur aus dem Gatekeeping besteht. Das ist eine einseitige Sicht. Natürlich ist die Kooperation zwischen den Leistungserbringern und den Patienten situativ bedingt enger. Was die Landärzte aber genauso wenig machen, das ist die Mitsprache in ökonomischen Fragen. Wieso soll auf dem Land die Gesundheitsökonomie allein den Versicherern überlassen werden?

ARS MEDICI: Ist Budgetmitverantwortung wirklich mehr als der Versuch, den behandelnden Ärzten die Verantwortung aufzubürden für Einschränkungen der medizinischen Versorgung oder gar den Wechsel von einer angeblichen Über- in eine Unterversorgung?

Fritschi: Vielen Dank für diese extrem wichtige Frage. Sie wird immer wieder so oder ähnlich gestellt. Sie ist deshalb wichtig, weil sie Ängste der fragenden Person sichtbar macht, Ängste, die bei sachlicher Information nicht nötig wären. Managed Care ist eigentlich nicht kompliziert, sondern lediglich vielschichtig. Aber man muss sich mit diesem Thema ernsthaft auseinandersetzen, auseinandersetzen wollen.

Sie sprechen in Ihrer Frage vier Reizwörter an: Budgetmitverantwortung (und damit Budget), Rationierung, Unterversorgung, Überversorgung.

Es ist äusserst wichtig, dass unterschieden wird zwischen Voll-, Mit- und «Non»-Verantwortung. Medswiss.net hat dazu in den letzten Jahren einige Unterlagen ausgearbeitet und in der SÄZ laufend publiziert (vgl. dazu auch www.medswiss.net). Wichtig sind die folgenden Basisinformationen:

1. Das Budget und alle seine Modalitäten sind verhandel- und kündbar.
2. Es gibt verschiedene Budgetberechnungsmethoden: In der Schweiz üblich ist der Vorjahresvergleich mit Korrekturfaktoren, der Vergleich mit einem parallelen konventionellen Versichertenkollektiv oder die Berechnung mit der Kopfpauschale.
3. Entscheidend für die ökonomische

Verantwortung ist nicht die Budgetberechnungsmethode, sondern die Art und Weise, wie das Budget gehandhabt wird, die sogenannte Beteiligung.

4. Das Budget kann im Sinne eines virtuellen, theoretischen Kostenzieles (z.B. das Budget eines Vereines) oder im Sinne eines fix zur Verfügung stehenden, limitierten Betrags (z.B. Haushaltsbudget oder DRG) gehandhabt werden.

5. *Budget-Non-Verantwortung:* Im Rahmen des «einfachen» Managed-Care-Vertrags hat das Budget rein informellen Charakter. Das Ärztenetz nimmt lediglich zur Kenntnis, dass die Ist-Kosten das Budget über- oder unterschreiten.

6. *Budgetvollverantwortung:* Überliesse der Versicherer einem Ärztenetz einen limitierten ausbezahlten Betrag zur Behandlung des versicherten Kollektives als direkte Leistungsvergütung, müsste das Ärztenetz die volle ökonomische Verantwortung tragen. In der Schweiz arbeitet kein Ärztenetz mit einem Vollbudget. Sind die Ist-Kosten tiefer als der Budgetbetrag, entsteht ein Gewinn, im umgekehrten Fall ein Verlust. Diese sogenannte Gewinn-Verlust-Beteiligung, sprich das (ökonomische) Risiko wird zu 100 Prozent vom Netz allein getragen. Die DRG sind ein solches voll ausbezahltes Budget, bezogen auf einen Krankheitsfall. In Deutschland werden die Budgets als direkte Leistungsvergütung gehandhabt, sogar herabgebrochen auf einzelne Praxen. Ein ausbezahltes Vollbudget im Sinne der direkten Leistungsvergütung tendiert zur Unterversorgung. Diese Art von Managed Care ist nicht verantwortbar. (Anmerkung: Mediziner verstehen unter «Risiko» etwas grundsätzlich Gefährliches. Der Ökonomie wendet den Begriff neutraler an: Er versteht unter Risiko die Chance zum Gewinn oder zum Verlust!)

7. *Budgetmitverantwortung:* Der Dachverband Schweizer Ärztenetze medswiss.net hat in seinem Netz-Definitionspapier diesen Ausdruck geprägt, um darzulegen, dass Versicherer und Ärztenetz die Budgetverantwortung miteinander teilen, dass der Budgetbetrag lediglich ein virtuelles Kostenziel darstellt, demgemäss

nicht ausbezahlt wird und nicht der Leistungsvergütung dient. Diese erfolgt nach wie vor über die Einzelleistungsvergütung gemäss Tarmed. Alle Mitglieder eines Ärztenetzes stellen Rechnung gemäss Tiers garant oder Tiers payant.

Am Jahresende wird das Kostenziel mit den Ist-Kosten aus der Einzelleistungsabrechnung verglichen. Entsteht eine Differenz, so wird diese und nur diese Differenz zwischen Versicherer und Ärztenetz aufgeteilt. Die Ärztenetze pflegen eine vorsichtige Beteiligung, zum Beispiel 30 Prozent für das Netz oder noch weniger, den Rest übernehmen die Versicherer.

8. Resultat ist der sogenannte Versorgungsausgleich: Ein Ärztenetz mit einer Budgetmitverantwortung kombiniert seine Budgetpflicht (Tendenz Unterversorgung) mit der Einzelleistungsvergütung seiner Mitglieder (Tendenz Überversorgung) und gleicht dadurch automatisch beide Tendenzen aus. Der Versorgungsausgleich garantiert eine hohe Versorgungssicherheit.

9. Die Einzelleistungsvergütung ist als Ausgleich der Budgetpflicht unabdingbar. Basis der Einzelleistungsvergütung ist aber die Vertragspflicht der Versicherer gemäss Zulassungsartikel und Tarifartikel KVG (Art. 35 und Art. 43), von den Versicherern salopp als Vertragszwang tituliert. Für ein verantwortbares Managed Care muss die Einzelleistungsvergütung und damit auch die Vertragspflicht der Versicherer beibehalten werden. Managed Care mit Budgetmitverantwortung wird damit zum Garant für diese Beibehaltung.

ARS MEDICI: Es wird argumentiert, dass das Recht auf freie Arztwahl weiterhin gewährleistet sei und lediglich einen minimalen Aufpreis habe. Ist es aber nicht doch so, dass mit der Zweiteilung in Managed-Care-Modelle und freie Arztwahl ein Trend eingeleitet wird, der bei einer Zweiklassenmedizin endet? Was gibt Ihnen die Sicherheit, dass dem nicht so ist?

Fritschi: Ist denn das Managed-Care-Modell nicht auch eine Bereicherung der Palette der Versicherungsprodukte? Wer den unkoordinierten, vollen, freien und selbstbestimmten Zugang

wünscht, darf das für einen sehr bescheidenen Preis (300 Franken pro Jahr, entsprechend 82 Rappen pro Tag; wie viel kosten heute die Zigaretten?). Wer sich für Managed Care entscheidet, das heisst für eine koordinierte, bedarfsgerechte Versorgung, spart 200 Franken pro Jahr. So bescheiden sind die Anreize, die die Vorlage vorsieht, wahrlich also kein Quantensprung!

Und wie definieren Sie Zweiklassenmedizin? Haben wir nicht schon jetzt eine Mehrklassenmedizin?

Entscheidend ist doch der Grundleistungskatalog der obligatorischen Krankenpflegekosten (OKP). Und dieser ist auch in der integrierten Versorgung gewährleistet. Es steht sogar ausdrücklich so in der Vorlage.

ARS MEDICI: Können Sie nachvollziehen, dass der Unmut über die zunehmenden administrativen Vorgaben, über als unnötig oder übertrieben empfundene Qualitätskontrollen, über Versprechungen und Behauptungen von Politikern, die wenig Ahnung haben von der Praxis, über aktivistische Massnahmen des BAG (Analysenliste, 20%-Gene-

rika-Liste), deren Nutzen mehr als fraglich ist, über Schnellschüsse mit ungewissem Ausgang (DRG), über von der Mehrheit nicht abgesegnete Aktivitäten der FMH (Verhandlungen über MUMA) und über von wenig Demokratiebewusstsein zeugendes Taktieren der FMH-Führung (Ärzttekammersitzung) das Misstrauen auch gegenüber der sogenannten integrierten Versorgung hat wachsen lassen? Wie begegnen Sie diesem Unmut?

Fritschi: Ein grosser Teil der von Ihnen angeführten Eingriffe ist die Folge unserer Passivität: Wenn wir uns nicht einbringen, auch die ökonomische Seite unserer Arbeit mitzugestalten, tun es andere. Wir verhandeln, wir murren und machen die Faust im Sack. Nochmal: Wer nicht managed, der wird gemanaged. Die Ärztenetze wählen den konstruktiven, aktiven Weg. Sie tauschen sich mit den Versicherern und den Ökonomen aus. Nur wer sich kennt, kann sich gegenseitig auch wertschätzen. Nach einigen Vertragskündigungen stellen wir fest, dass wir von den Versicherern deutlich stärker respektiert werden. Wissen Sie, wie peinlich es für einen Versicherer ist, seinen

Versicherten mitzuteilen, ein den halben Kanton abdeckendes Ärztenetz hätte den Vertrag nicht mehr erneuert? Noch eine Bemerkung zum Vorgehen der FMH-Führung: Erstens gibt es das Thesenpapier der FMH zu «Managed Care und Kontrahierungszwang», erschienen 2006 in der SÄZ. Darin wurden alle heute von den Managed-Care-Gegnern kritisierten Elemente bereits vorgeschlagen. Zweites haben wir nach der Ärztekammersitzung im Mai 2010 den Zentralvorstand gebeten, die Ärztekammermitglieder und die Basis noch einmal sachlich zu informieren. Die Voten an diesen Sitzungen liessen auf grundlegende Mangelinformation schliessen. Die Delegiertenversammlung sei für den Managed-Care-Entscheid zuständig, bekamen wir zur Antwort ... ein klarer Irrtum.

Eine letzte Bemerkung: Managed Care ist mehr als nur ein Produkt. Managed Care ist eine Frage der Haltung.

Herr Fritschi, wir danken Ihnen sehr für das Gespräch. ❖

Die Fragen stellte Richard Altorfer.