

Kommentar zum Artikel „Allgemeinmedizin in der Schweiz – eine Hospitation im Nachbarland“

*Commentary to „Family Medicine in Switzerland –
as Visiting Physician in a Neighbour Country“*

Bruno Kissling

Im o.g. Artikel werden vom Autor drei wichtige Aspekte der Schweizer Hausarztmedizin erwähnt:

- das Praxislabor,
- die direkte Medikamentenabgabe (DMA) und
- die Hausarztmodelle/Managed Care.

Die Kontroversen um diese Themen werde ich im Folgenden kommentieren.

Das Praxislabor – seine Katastrophe und seine positive politische Auswirkung auf die Förderung der Hausarztmedizin

Das Praxis-Präsenzlabor ist neben den medizinisch-fachlichen hausarzt-spezifischen Fähigkeiten ein wesentlicher diagnostischer Pfeiler einer effizienten Hausarztmedizin. Bisher konnten es die Hausärzte trotz einer Reihe von massiven politisch-ökonomischen Attacken von höchster Regierungsebene erhalten. Am 1. April 2006 gab eine Absenkung der Labortarife um 10 % den Ausschlag für die erste Hausärzte-Demonstration mit 10.000 Teilnehmern, begleitet von 300.000 Unterschriften für die von den Hausärzten gleichzeitig lancierte Petition „Gegen die Schwächung der Hausarztmedizin“. Dies hinderte die Regierung nicht daran, weitere empfindliche Labor-Preisabschläge zu verordnen – bis an den untersten Rand einer adäquaten Betriebswirtschaftlichkeit. Die Verhandlungen, die bisher erst zu einer minimalen Aufwertung geführt haben, laufen

weiter und sollen Mitte 2013 in einem neuen Point-of-care-Tarif mit einer hoffentlich wieder angemessenen finanziellen Vergütung münden.

Der Kampf um das Praxislabor hatte wichtige Folgen für die Hausarztmedizin in der Schweiz. Bei der Demonstration von 2006 ging es um viel mehr, als um den Labortarif: nämlich um den Erhalt der vom Aussterben bedrohten Hausarztmedizin, um die Stärkung der Hausarztmedizin mit der Gründung der damals noch fehlenden Institute für Hausarztmedizin, um die Förderung der Attraktivität des Berufs für einen genügend großen Nachwuchs an Hausärzten. Der eindrucksvolle Aufmarsch vor dem Bundeshaus und die Fähigkeit der Hausärzte, einen politisch hoch relevanten Teil der Bevölkerung innerhalb kürzester Zeit zu mobilisieren, zeigte den Hausärzten (Selbstvertrauen) und Politikern (Respekt) die plebiszitäre Macht der Hausärzte. Diese wurden damit zu einem für die Politik ernst zu nehmenden Partner. Mit der 2009 lancierten und problemlos zustande gekommenen Volksinitiative „Ja zur Hausarztmedizin“ haben die Hausärzte Schweiz den politischen Druck für annehmbare Lösungen massiv verstärkt. Sie fordern: eine Top Aus- und Weiterbildung, eine erleichterte Berufsausübung, eine zweckmäßige Praxis-Infrastruktur, ein hausarztfreundliches Tarifsystem, damit der Hausarztberuf für junge Ärztinnen und Ärzte wieder attraktiv wird. Im Rahmen des 2012 vom Gesundheitsminister Alain Berset eingeleiteten Masterplans ringen zurzeit Politiker und Hausärzte um annehmbare Lösungen.

Direkte Medikamentenabgabe vom (Haus)arzt – DMA – ein Zankapfel sondergleichen

Die DMA ist ein ewiger Streitpunkt zwischen Ärzten und Apothekern. Argumentiert wird auf beiden Seiten (selbstverständlich statistisch belegt) mit dem Nutzen für die Patienten, der Arztsicherheit und den günstigeren Kosten. Bei der DMA wird besonders eindrucksvoll spürbar, dass die Schweiz nicht *ein* Gesundheitswesen, sondern 25, kantonale teilweise unterschiedliche, Gesundheitswesen hat. Es gibt

- Kantone mit uneingeschränkter DMA auf dem gesamten Kantonsgebiet,
- Kantone ohne jegliche DMA und
- Kantone mit gemischter DMA. Gemischt heißt, dass die Ärzte auf dem Land und in Ortschaften mit nur einer Apotheke, Medikamente unlimited abgeben dürfen, in den Städten und Ortschaften mit mehreren Apotheken jedoch nur als Erst- und Notfallabgaben – oder gar nicht, wie im Kanton Zürich. Hier hat das Volk an drei Abstimmungen die uneingeschränkte DMA für alle Ärzte auf dem Land und in der Stadt gefordert. Diese Entscheide wurden von den Apothekern dreimal beim Bundesgericht eingeklagt. Erst nach circa einem Jahrzehnt konnte im Kanton Zürich der Volkswille umgesetzt werden.

Die DMA bedeutet kein Zusatzeinkommen für die Hausärzte. Sie ist vielmehr ein Bestandteil des Einkommens, denn in den Kantonen mit DMA oder gemischter DMA ist der Taxpunktwert (TPW) des national einheitlichen Ärztetarifs *Tarmed* entsprechend niedriger.

Hausarztmodelle – Managed Care – eine gefährlich polarisierende Geschichte

Seit den 90er Jahren gibt es in der Schweiz Hausarztmodelle. 1995 sind sie im Krankenversicherungsgesetz verankert worden: reduzierte Versicherungsprämien für diejenigen, die sich verpflichten, zuerst zum Hausarzt zu gehen und sich von dort an Spezialisten überweisen lassen. Die rund 70 Krankenversicherer begannen willkürliche Hausärzte-Listen zu erstellen, aus denen ihre Versicherten, gegen eine Prämienermäßigung, ihren Hausarzt wählen konnten. Diese von den Versicherern „ernannten“ Listenärzte wurden – ohne Vertrag – verpflichtet, für ihre hausarztmodellversicherten Patienten Überweisungskontrollen durchzuführen. Nur so wurden deren Kosten für spezialärztliche Behandlungen übernommen (ausgenommen Kinder-, Frauen- und Augenärzte). Die Hausärzte schlossen sich deshalb zu Netzwerken zusammen, die mit den Versicherern Kooperationsverträge mit festgelegten Pflichten und finanzieller Entschädigung für die Steuerungsarbeit abschlossen. In der Regel verbunden mit einem Budget, einer finanziellen Mitverantwortung der Netzwerke an Erfolg und Verlust sowie mit geregelten Qualitätskontrollen und obligatorischer Mitgliedschaft bei einem Qualitätszirkel. Die Netzwerklärzte qualifizieren sich, anders als es Manfred Lohnstein darlegt, nicht durch Aus-/Weiter- und Fortbildungen, die über die für alle Ärzte geltenden Vorschriften hinausgehen. Und, ein großer Teil der Hausärzte außerhalb von Netzwerken ist seit Jahren freiwillig Mitglied bei einem der vielen Qualitätszirkel, die lange vor den Netzwerken gegründet wurden.

Die Verhandlungen um die Kooperationsverträge meist unterschiedlicher Inhalte mit rund 70 Krankenversicherern bedeuten für die nebenamtlichen Vorstände der Netzwerke einen nicht zu bewältigenden administrativen Aufwand. So wurden Betriebsgesellschaften nötig, die mehrere Netzwerke betreuen. Zur Verwaltung des Geldflusses wurden die Vereinsstrukturen vieler Netzwerke, wie die Betriebsgesellschaften, zu Aktiengesellschaften umgebaut. Mit viel Macht für den Verwaltungsrat und eingeschränkter Mitsprache für die teilnehmenden Hausärzte. Für die Betriebsgesellschaften und Netzwerke ergeben sich – bisher – in der Regel positive Ge-

schäftsabschlüsse. Mit zunehmender Zahl an verwalteten Netzwerken und Versicherten und mit dem angesammelten Geld erhalten die Betriebsgesellschaften (Netzwerkverbände) wachsenden Einfluss und Macht. Sie verfolgen – oft gute – Projekte für die ihnen angegliederten Ärzte und Patienten. Diese sind jedoch betriebsökonomisch orientiert und richten sich nach ihren eigenen Interessen – ohne Blick auf das Ganze, wenn es denn opportun ist.

Die Politik glaubt grundsätzlich an das – „statistisch erwiesene“ – Sparpotenzial der Hausarztmodelle und wollte dieses System, nach einer langjährigen Debatte, im Rahmen einer Managed Care (MC)-Vorlage im Krankenversicherungsgesetz verankern. Dagegen wurde das Referendum ergriffen. In den Diskussionen rund um die Volksabstimmung vom 17. Juni 2012 zeigten sich die polarisierenden Kräfte von MC. Die Gegner der Vorlage brachten den Verlust der freien Arztwahl ins Spiel. Die Befürworter betonten, dass diese für einen in ihren Augen geringen Aufpreis auch künftig erhalten bleibe und dass eine über den Hausarzt gemanagte „integrierte Versorgung“ besser und zudem kostensparend sei, insbesondere mit Blick auf die wachsende Zahl von polymorbid chronisch Kranken. Der nationale Verband „Hausärzte Schweiz“ setzte sich vehement für die Vorlage ein: mit der „integrierten Versorgung“ vor Augen, mit der Bereitschaft für eine ökonomische Mitverantwortung für das Gesundheitswesen und nicht zuletzt wegen der politischen Glaubwürdigkeit, da die Ärzteschaft an der Ausarbeitung der MC-Vorlage aktiv mitgearbeitet hatte. Damit stellte sich „Hausärzte Schweiz“ gegen die Schweizerische Ärztesgesellschaft, welche die Vorlage bekämpfte. Gleichzeitig riskierte „Hausärzte Schweiz“ ein Schisma innerhalb der eigenen Reihen, indem der nationale Verband gegen die Meinung einer nicht unerheblichen Anzahl von kantonalen Hausärzteverbänden und individuellen Hausärzten (vor allem jenen aus der französisch- und italienischsprachigen Schweiz) „marschierte“. Wichtige ärztliche und nichtärztliche politische Meinungsbildner und Parteigruppierungen wechselten im Verlauf des stark emotionalisierten politischen Diskurses die Seite. Die Verunsicherung wurde immer größer. Die Bevölkerung misstraute den Absichten der MC-Gesetzesvorlage und schmetterte sie mit 75 zu 25 % ab.

Dieses eindeutig ausgefallene Abstimmungsresultat war erstaunlich angesichts der aktuellen MC-Realität in der Schweiz. Heute gibt es rund 90 Ärztenetzwerke (etwa 80 % davon mit Budget-Mitverantwortung). Etwa 50 % der Hausärzte sind in einen Hausarztmodell-(MC)-Vertrag eingebunden und rund 1 Million Versicherte werden von Netzwerken betreut (ca. 12 % der Bevölkerung). Regional, vor allem in der Ostschweiz, wo Manfred Lohnstein hospitiert hat, sind es rund 30 %. Circa 50 % der Bevölkerung haben irgendein alternatives prämienvergünstigendes Versicherungsmodell (z.B. telefonische Anfrage bei einem medizinischen Call-Center vor einem Arztbesuch, Verpflichtung zum Medikamentenkauf in einer ganz bestimmten Apotheke etc.).

Aus eigener Erfahrung erlebe ich – und damit auch einige meiner Patienten – zurzeit die rigide Seite von Hausarztmodellen. Mit meinem politphilosophisch motivierten Wechsel von einem Netzwerk in ein anderes ergeben sich große Probleme für rund 30 % meiner 150 Hausarztmodell-Patienten. Denn das neue Netzwerk hat (noch) nicht mit allen Versicherern meines vormaligen Netzwerkes Verträge. So werden diese Patienten nun von ihren Versicherungsgesellschaften aufgefordert, ihren Hausarzt zu wechseln und einen neuen, auf der Liste stehenden Hausarzt zu wählen. Was, wenn alle meine rund 1000 Patienten in Hausarztmodellen versichert wären ... Andere Kollegen berichten von netzwerkinternen rigiden Verhaltensmaßregelungen mit finanziellen Strafen bei ungenügender Durchsetzung eines vom Netzwerk vorgeschriebenen Generikums oder wenn ein Patient einen Spezialisten wählt, den er schon lange kennt und der nicht auf der nun geltenden *preferred provider*-Liste des Netzwerkes steht ...

Drei komplexe Situationen in einem komplexen System, das keine einfachen Lösungen zulässt ...

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Bruno Kissling
Facharzt für Allgemeinmedizin
Elfenuweg 6, 3006 Bern
bruno.kissling@hin.ch