

# Anleitung zur Zerstörung

**Sie haben einen Betrieb, eine Schreinerei, eine Anwaltskanzlei, einen Lebensmittel-laden oder eine medizinische Grundversorgung. Und wollen das – aus welchen Gründen auch immer – in Schräglage bringen oder gar zerstören. Hier die Anleitung dazu in sieben einfachen Schritten.**

RENÉ MÉGROZ

## Erster Schritt

Suchen Sie jemand Aussenstehenden, der für die Bezahlung Ihrer Leistungen, die Preisfestsetzung und den Leistungsumfang verantwortlich zeichnet. Und so letztlich Ihr Einkommen festlegt. Einer, der in Vertretung der Kunden bezahlt. Lassen Sie sich von dieser Instanz regelmässig beschuldigen, Sie seien auch für die hohen Kosten verantwortlich.

## Zweiter Schritt

Lassen Sie weitere Personenkreise zu, die über Ihr Fachgebiet bestimmen, sowohl über Ihre Preise wie auch über inhaltliche Belange.

## Dritter Schritt

Legen Sie aussenstehende und innere Instanzen fest, die den Nachwuchs in Ihrer Branche möglichst intransparent nach nicht bekannten Regeln steuern.

## Vierter Schritt

Lassen Sie die externen Hauptakteure über Ihre Leistungen wachen. «Schwarze Schafe» innerhalb Ihrer Branche werden von dort definiert, bestraft oder eliminiert.

## Fünfter Schritt

Lassen Sie sich auf keinen Fall für Einzelleistungen bezahlen, sondern ausschliesslich für Pauschalpakete.

## Sechster Schritt

Lassen Sie sich von Zulieferern eifrig bewerben. Nehmen Sie fleissig Geschenke an. Bestätigen Sie damit die Klischeevorstellungen über Sie. Dadurch holen Sie einen weiteren Akteur ins Boot, der über Sie bestimmt.

## Siebter Schritt

Seien Sie anpassungsfähig, anpassungsfähig, anpassungsfähig. Schlucken Sie einfach alles. Seien Sie ja nicht politisch aktiv. Wenn Sie sich dann doch zu Wort melden, weil die Kragenweite doch nicht ausreicht: Drohen Sie mit allem Möglichen, halten Sie das aber nie ein. Wenn Sie geschlagen werden, halten Sie auch die andere Backe hin.



Lassen Sie uns diese Anleitung auf die medizinische Grundversorgung beziehen, das liegt uns nahe. Aber es funktioniert garantiert mit jeder von Menschen erbrachten und gehandelten Leistung. Das Besondere einer Gesundheitsversorgung: Es besteht ein schicksalhafteres Risiko, dass Heilungskosten sehr hoch ausfallen, um Schaden (Invalidität oder Tod) abzuwenden. Die wenigsten können das selbst tragen. Es ist daher sinnvoll, dieses Risiko auf die Gemeinschaft zu verteilen, zum Beispiel durch eine Versicherungslösung.

## Erster Schritt

Hier geht es um Zuständigkeiten. Wenn die Nichtzuständigen Entscheidungen treffen, sind Probleme vorprogrammiert. Die ÄrztInnen<sup>1</sup> lösen ihre fachlichen Aufgaben und bestimmen wie jeder Leistungserbringer über den Preis ihres Gutes. Diese Kosten können von den Klienten auf ihre Weise finanziert werden, zum Beispiel eben über eine Versicherung. Diese hat aber mit der eigentlichen Preisfestlegung nichts am Hut. Wenn dennoch die Versicherung

eine führende Rolle in der Preisfestlegung übernimmt, ist bereits ein destruktives Element eingebaut. Groteskerweise hat sich aufgrund von Usanzen und vermutlich gesetzlichen Bestimmungen eine Umkehr eingebürgert: Versicherer verhalten sich so, als seien sie allein für die Preise zuständig. Wir lassen uns zu Bittstellern degradieren und verhalten uns entsprechend. Nur schon um den ausgebliebenen Teuerungsausgleich (von über 20 Jahren) zu erhalten, geht eine monatelange Feilscherei los, wobei die Versicherer kategorisch alle Forderungen ablehnen (das aktuelle Beispiel Physiotherapeutentarif ist ein weiteres Anschauungsmodell).

Verweigerung von Kostenübernahmen oder Limitationen sind Sache der Politik und dürfen nicht Versicherungen überlassen werden. Sollten nachweislich unangemessene Preise vorkommen, sind diese in beide Richtungen anzupassen. Man darf der Ärzteschaft wie allen anderen Freiberuflern zumuten, dass die Preisgestaltung auf fairen und ethischen Kriterien beruht. Ferner ist sie daran orientiert, dass die Versorgung nachhaltig sichergestellt werden kann, mit zuverlässiger Nachwuchsförderung. Für die Preisgestaltung werden anerkannte Methoden eingesetzt und Fachberater beigezogen.

Gleiches gilt auch für die staatliche Aufsicht. Es ist korrekt, wenn die Preise kontrolliert werden. Die Gesundheitsversorgung mit obligatorischer Versicherung hat natürlich eine politische Dimension, indem der Zugang einheitlich sein muss. Der (obligatorische) Tarif muss besonderen Ansprüchen genügen. Es ist aber niemandem gedient, wenn aufgrund unangemessener Preise die Versorgung selbst gefährdet wird. Als Leistungserbringer sind wir massgebend an der Preisfestlegung beteiligt. Der Teuerungsausgleich sollte regelmässig erfolgen.

Die Entwicklung in der Grundversorgung zeigt eindrücklich, was geschieht, wenn Aussenstehende über den Preis bestimmen: Seit über zwanzig Jahren

kein Teuerungsausgleich, sinkende Tarife und damit sinkende Einkommen vor allem der Grundversorger. Dazu zählen fast alle nicht operativen Disziplinen, allen voran Hausärzte, Kinderärzte, Psychiater, nicht operative Gynäkologen. Das Ergebnis: Die Attraktivität der Tätigkeit sinkt, und es gibt mittlerweile zu wenige Grundversorger. Sollte die aktuelle Kostenkontrolle ernst gemeint und die Sorge über die Kostenentwicklung echt sein, dann sollten alle anderen Kosten parallel ebenso reguliert werden. Es kann nicht angehen, dass die Versicherer und die Behörden über Taxpunktfestsetzungen das Einkommen allein der ÄrztInnen festlegen. Man darf daher postulieren, dass alle Löhne, die aus Prämiegeldern gespeist werden, gleichzeitig pro rata reduziert werden. Also zum Beispiel die Löhne des Versicherungspersonals, die Löhne in der Pharmaindustrie und auch bei den Gesundheitsbehörden sowie die der angestellten Ärzte. Wird dies nicht umgesetzt, darf man von unredlichen Absichten ausgehen.

Die Beschuldigung der Leistungserbringer wegen zu hoher Kosten hat Tradition. Schon als um 1900 die Radiologie (am Beispiel Kantonsspital Winterthur) eingeführt wurde, waren Beschuldigungen wegen der höheren Kosten zu hören. Dabei unterschlägt man aber traditionell, dass auch viel bessere Ergebnisse aus den Mehrkosten resultieren. Und so ist es bis heute geblieben. Die Leistungserbringer werden a priori verantwortlich gemacht für die Kosten im Gesundheitswesen. Die wirklichen Faktoren werden verschwiegen, nicht zuletzt die (systemimmanente) Anspruchshaltung der Versicherten. Dieses Verhalten von Politik und Versicherung lässt sich letztlich nur dadurch erklären, dass ihnen Kompetenzen zugeteilt wurden, die ihnen nicht obliegen. Planungs- und Versorgungssicherheit leiden in der Folge.

### Zweiter Schritt

Dass auch noch Politiker oder eine LeiKoV beim Tarif mitreden, macht das Chaos perfekt. Diese Prozesse sind destruktiv und führen den Betrieb mit Sicherheit in den Abgrund. Ein besonders gut geglückter Ansatz zur Zerstörung ist die auch ärztlicherseits proaktiv gegründete LeiKoV, die Leistungs- und Kostenvereinbarung. Diese stellt letzt-

lich ein Globalbudget dar. Weil die Gesamtkosten angeblich nicht ansteigen dürfen – ausser allenfalls in einem definierten Rahmen (z.B. medizinischer Fortschritt) –, muss der Tarif konsequenterweise nach unten angepasst werden. So kommt es, dass im Tarmed ein ursprünglich vor über zehn Jahren betriebswirtschaftlich definierter Taxpunkt von 1 Franken mittlerweile noch 87 Rappen wert ist – je nach Region. Zu Ende gedacht: Sobald wir einen Taxpunktwert von etwa 73 Rappen erreicht haben, können die Grundversorger damit genau ihre Fixkosten bezahlen. Das eigentliche Einkommen sollten sie dann wohl beim Sozialamt beziehen. Ein Globalbudget ist historisch belegt destruktiv<sup>2</sup>. Eine allenfalls zu akzeptierende LeiKoV wäre nur dann sinnvoll, wenn wie bereits erwähnt parallel alle anderen Löhne, die aus Prämiegeldern generiert werden, im gleichen Ausmass gesenkt würden.

### Dritter Schritt

So ein Numerus clausus ist doch eine feine Sache. Niemand weiss, welche Personen<sup>3</sup> das eigentlich wollten und einführten und wie sie zu ihren Entscheidungen kamen. Jedenfalls lagen sie mit ihrer Einschätzung völlig daneben und bescheren uns zurzeit einen wesentlichen Beitrag zur Destruktion, indem in den letzten Jahr(zehn)en viel zu wenige Studierende zugelassen wurden. Nachwuchsanalysen zählen offenbar zu den schwierigeren Aufgaben. Es sind viele Variablen zu berücksichtigen. Es gelang den aktuell Zuständigen nicht, die zunehmende «Feminisierung» der Medizin zu berücksichtigen. Diese dauert immerhin schon rund dreissig Jahre – ein Zeitfenster, in dem «man» es eigentlich hätte merken dürfen. Auch die seit nunmehr etwa zwanzig Jahren gewandelten Bedürfnisse der Ärztinnen selbst (Freizeit, Familie, Gruppenpraxen) wurden nicht zeitgerecht erkannt. Hier ein taugliches Gremium zu schaffen, ist eine Notwendigkeit. Etwa eine «kluge Kommission» (KK) der Ärzteschaft, die den Nachwuchsbedarf transparent analysiert und festlegt – gerne mit Beratung von Ökonomen, Demografen und anderen Fachleuten. Der mittlerweile entstandene Schaden infolge Nachwuchsmangel braucht Jahrzehnte zur Reparatur und kostet letztlich viel.

### Vierter Schritt

In nicht nachvollziehbarer Weise übertrug man allein den Versicherern<sup>4</sup> die Überwachung der Leistungserbringer. In einer Art Inquisitionsgericht<sup>5</sup> werden ÄrztInnen aufgrund statistischer Kriterien der «Überarztung» beschuldigt. Gelingt ihnen die Begründung der «Kostenauffälligkeiten» nicht, werden Rückforderungen geltend gemacht, die durch die Gerichte bisher stets bestätigt wurden. Diese Rückforderungen können die gesundheitliche und materielle Existenz der Betroffenen ernsthaft bedrohen.

Es gibt keine Erhebungen darüber, wie viele Ärzte aufgrund solcher Prüfungen arbeitsunfähig wurden (Depression, Suizid, Berufsaufgabe). Man muss davon ausgehen, dass infolge der dürftigen statistischen Methoden bisher unzählige ÄrztInnen unrechtmässig zu Rückforderungszahlungen verurteilt wurden. Alles ÄrztInnen, die ihren Beruf ohne die geringsten Bereicherungsabsichten korrekt ausführen. Wegen Besonderheiten ihres Patientenkollektivs waren sie im Schnitt teurer. Nur wurde ihnen die Besonderheit nicht geglaubt. Solche Demütigungen können schwere Erkrankungen auslösen.

Es gibt keine Zahlen darüber, was diese Kontrollen kosten. Ebenso wenig erfährt man etwas darüber, was sie einbringen. Und noch viel weniger wissen wir etwas über den Kollateralschaden dieser Inquisition. Dieser entsteht durch Wegfall von Ärzten zum Beispiel aufgrund einer Folgeerkrankung. Oder durch Reduktion der Leistungen betroffener Ärzte, indem sie «teuren» Patienten Leistungen vorenthalten oder indem sie «teure» Patienten aus ihrem Kollektiv hinausekeln. Die professionellen Berater betroffener Beschuldigter streben als Massnahme eine «unauffällige» Statistik an. Das gelingt hauptsächlich durch Entfernung «teurer» Patienten. Externe Leistungen wie Röntgenuntersuchungen oder Physiotherapien sollen möglichst unterlassen werden.

Die statistischen Methoden zum Vergleich der Leistungserbringer waren anfänglich höchst primitiv. Mittlerweile sind die Methoden dank Protesten und Gerichtsurteilen beziehungsweise Rechtsgutachten<sup>6</sup> verbessert worden. Eine (gesetzlich vorgesehene) Kontrolle zur Erkennung fehlerhafter oder gar betrügerischer Tarifierung mag dann

richtig erscheinen, wenn folgende Kriterien erfüllt sind: Aufwand und Ertrag dieser Kontrolle müssen transparent sein. Der Nutzen muss den Aufwand deutlich übersteigen. Die «Richter» müssen paritätisch bestimmt werden und zudem über eine geeignete Qualifikation<sup>7</sup> verfügen. Eine einmal anerkannte Besonderheit der Praxisstruktur behält ihre Gültigkeit – es werden also nicht immer erneute Rechtfertigungen angefordert. Die herangezogene Statistik muss von allen Seiten anerkannt sein. Sie muss insbesondere die Komplexität von Grundversorgerpraxen berücksichtigen, zum Beispiel die Morbidität ihres Kollektivs. Auffallend billige ÄrztInnen könnten allenfalls auf mangelnde Qualität mit Folgekosten hinweisen. Ferner sollen alle anderen professionellen Nutzniesser von Prämiegeldern gleichsam ähnlichen Kontrollen unterzogen werden. Es kann gezeigt werden, dass die Versicherer bis anhin unerklärt grosse Unterschiede ihrer Verwaltungskosten aufweisen<sup>8</sup>. Doch haben sie keine Sanktionen zu gewärtigen. Hier liegt ein nicht genutztes Einsparungspotenzial, das zum Beispiel die geschätzten Erträge aus den Überarztungskontrollen mehrfach übersteigt. All diese folgerichtigen Forderungen sind in keiner Weise erfüllt, daher muss der aktuelle Vorgang als inakzeptabel und nicht zweckmässig qualifiziert werden.

#### Fünfter Schritt

Pauschalansätze sind für gewisse Leistungen durchaus sinnvoll. Aber selbst bei einem Autoservice würde niemand allein nach Pauschale abrechnen. Es sind bereits zu viele Variablen dabei, die statistisch nicht befriedigend abzubilden sind. Nicht so in der Medizin: Was gerade bei biologischen Systemen noch weniger befriedigend statistisch zusammenzufassen ist, wird trotzdem versucht. In der ambulanten Medizin ist der Taxpunktwert eine Art Pauschale. Ein Pauschalpreis lässt sich mühelos herunterhandeln, auch wenn das betriebswirtschaftlich gar nicht ginge. So geschehen auch mit dem Taxpunktwert von ursprünglich 1 Franken.

#### Sechster Schritt

Jeder Einfluss von aussen muss kritisch hinterfragt werden. So auch jener von Pharmafirmen. Als ÄrztInnen sollten wir uns auf Fakten stützen und uns fernhalten von äusseren Einflüssen. Dazu zählt auch die Werbung der Pharmaindustrie. Destruktiv ist dies, weil therapeutische Entscheide beeinflusst werden und unsere Unabhängigkeit bezweifelt wird. Wir sollten Klischeevorstellungen keine Bühne bieten, sondern im Gegenteil eine klare Unabhängigkeit vorleben. Da wir den Tarif selbst definieren, sind wir nicht auf Vergütungen aus der Pharmaindustrie angewiesen, deren Gelder übrigens auch aus den Prämienzahlungen stammen. Es sei betont: Nichts gegen die Pharmaindustrie an sich und auch nichts gegen Werbung.

#### Siebter Schritt

Die eindrückliche Passivität der Ärzteschaft ist kaum verständlich. Bestenfalls könnte man als Erklärungsansatz anführen, dass die hohen Arbeitspensen keine anderen Tätigkeiten zulassen. Die apolitische Rolle der ÄrztInnen und deren unglaubliche Fähigkeit der Anpassung an die widrigsten Umstände bergen letztlich ein zerstörerisches Potenzial. Sie haben ihren Teil dazu beigetragen und den aktuellen Zustand ermöglicht.

Wir sind als ÄrztInnen gleichsam für beste Behandlungsqualität, aber auch ausreichende Leistungsfähigkeit selbst verantwortlich. Zurzeit redet man von den fehlenden Grundversorgern. Es werden aber in wenigen Jahren praktisch alle Spezialfächer zu wenige Fachleute aufweisen. In einzelnen Gebieten<sup>9</sup> hat dies bereits begonnen. Es ist ein Fakt, dass mit demografisch zunehmendem Alter auch vermehrt medizinische Leistungen benötigt werden (Gelenkersatz, Linsenersatz, Herzklappenersatz etc.). Diese medizinischen Handlungen sparen Geld durch Vermeidung von Invaldisierung beziehungsweise hoher Pflegekosten. Es ergibt einfach keinen Sinn, hier zu warten. Kostengünstiger (und natürlich humaner) ist es, umgehend für eine ausreichende Leistungs-

kapazität zu sorgen. Das ist unsere Aufgabe und ist unsere Kompetenz. Nehmen wir unsere Verantwortung wahr, lassen wir Unbedarfte nicht mehr dreinreden. Ziel ist die korrekte Zuständigkeit. Wenn Nichtzuständige (mit-)bestimmen, kommt es verkehrt heraus. ❖

#### Dr. med. René Mégroz

Allgemeine Medizin FMH  
Untertor 39  
8400 Winterthur  
E-Mail: dr.med@megroz.ch  
Internet: www.megroz.ch

1. Es sind immer beide Geschlechter gemeint.
2. Z.B. auch aktuell hier: Willy Oggier, «Zwischen Globalbudget und Vertragsprinzip», Neue Zürcher Zeitung, 16. März 2017.
3. Die Suche und Anfrage bei verschiedenen Anlaufstellen verlief negativ.
4. Z.B. hier: Samuel Schweizer, Ralph Trümpler, Gregori Werder; «Wild West bei Wirtschaftlichkeitsverfahren?»; SÄEZ 2017; 98(12): 382–384.
5. Der Vorgang erinnert teilweise an Inquisitionsprozesse. «Richter» ohne definierte Qualifikationen glauben dem Betreffenden oder eben nicht. Z.B. wird die Frage gestellt, weshalb überdurchschnittlich viele Physiotherapieerordnungen ausgestellt wurden. Die Frage lässt sich ohne Analyse der verschiedenen Patientenkollektive (eigenes versus Durchschnittskollektiv) letztlich nicht beantworten. Wenn man anführt, viele Schmerzpatienten zu haben, lautet z.B. die Antwort: «Das haben die anderen auch!» Es ist kein paritätisches Richterergremium institutionalisiert.
6. Allen voran dank dem Verein Ethik und Medizin Schweiz, <http://www.vems.ch/>; z.B. Michel Romanens, Franz Ackermann, Bernhard Hofmeier, Christoph Ramstein; «Krankenkassen, santésuisse und Wirtschaftlichkeitsverfahren, die keine sind ...»; SÄEZ 2009; 90: 1/2.
7. Solche Qualifikationen müssen noch erarbeitet werden.
8. «Wie wirtschaftlich arbeiten die Krankenversicherer?»; R. Mégroz, Ars Medici 5 2011.
9. Z.B. «Mangel an Fachärzten bringt Spitäler in Not», BZ Berner Zeitung, 24.4.2013 von Fabian Schäfer oder: «Fehlende Spezialisten», Die Weltwoche, Ausgabe 32/2011, 29. März 2017, von Alex Reichmuth.