

# Courrier des lecteurs

## Kamasutarmed: nouvelle position 00.2505



Forfait pour consultation pressante, un pas dans la bonne direction? C'est la couleuvre que veut nous faire avaler la FMH en publiant, avec une certaine discrétion, la nouvelle de la mise en œuvre de cette nouvelle position Tarmed. Le problème est qu'elle ne concerne que les consultations du soir après 19 h et du week-end dans la journée, ce qui ne correspond évidemment pas à la demande des généralistes d'une indemnité pour les consultations inopinées et «dérangeantes» de la journée. L'adaptation à la baisse des indemnités d'urgence en vertu d'une soi-disant neutralité des coûts est un véritable hold-up sur le dos des praticiens astreints à ce service public qu'est la garde. La date choisie pour l'introduction de cette nouvelle version Tarmed, une fois de plus défavorable aux généralistes qui s'apprêtent à commémorer leur «1<sup>er</sup> avril», est un véritable pied-de-nez à leur égard. Quelle est la position de la SSMG à ce sujet?

*Frédéric Fellrath, 1095 Lutry*

## Réplique

Hansueli Späth, le président de la SSMG, a également pris position sur le nouveau forfait pour consultation pressante, dans son Editorial «Urgence? ...». Vous pouvez le lire dans PrimaryCare 45/2006 ou à l'adresse internet suivante: <http://www.primary-care.ch/pdf/2006/2006-45/2006-45-647.PDF>.

*La rédaction*

## Gewählte Einheitskasse aus ärztlichem Frust den bestehenden Krankenkassen gegenüber? – Wie weiter mit unseren beruflichen Sorgen?



Die Umfrage der SGAM bei den Grundversorgern betreffend die Abstimmung im März 2007 hat einen Trend hin zu einer Einheitskasse ergeben. Ich denke, dieses Resultat zeigt einen tiefen, begreiflichen Frust der Ärzte. Dass jedoch mit diesem Schritt unsere Frustrationen gelöst werden oder unsere Bedingungen zur Kasse, der Einheitskasse, besser werden, wage ich ernsthaft zu bezweifeln.

Seit der Hausarzt-Demo vom 01.04.2006 in Bern werden wir von den Politikern wohl mehr wahrgenommen, doch die gestellten Forderungen werden nicht umgesetzt. Fast zynisch meldet sich am Abend des 1. April BR P. Couchepin am Fernsehen zu Wort, die Demo hätte gezeigt, dass die Ärzte nichts gegen ihn hätten, er hätte auch nichts gegen sie, die Diskussion müsse gefördert werden – Punkt. Sitzungen mit ihm, dem BAG und weiteren Instanzen wurden in diesen vergangenen Monaten wohl abgehalten, die Einsicht, dass die Hausarztmedizin die kostengünstigste Medizin ist und dass sie in Gefahr ist, auszusterben, wird jedoch weiterhin nicht geglaubt oder auf die lange Bank geschoben. Nachdem wir in der Laborverrechnung per 01.01.2006 mit einem Abschlag gestraft wurden, wurde dieses Jahr noch ersatzlos der Physiotherapietarif bei uns Grundversorgern gestrichen. Nicht durch die Verbände wurden wir auf diesen erneuten Angriff der Krankenkassen aufmerksam gemacht, sondern durch Kollegen, denen die Rechnungen mit Physiotherapieleistungen von der Krankenkasse zurückgewiesen wurden. Wie wurde von höchster Verbandsspitze reagiert; physiotherapeutische Leistungen sollen zukünftig nach dem Zeittarif abgerechnet werden!?! – Basta.

Ich finde es beschämend, wie sich in der dargestellten und bekannten Situation

die Santésuisse und ihre Krankenkassen uns Grundversorgern gegenüber verhalten. Ebenso beschämend, wie sich unsere Verbände in einer Lobhudelei auf den 01.04.2006 festsitzen und auch jetzt noch nicht merken, dass die Weichen so gestellt wurden, dass die Grundversorgung mit dieser Salamitaktik in ein finanzielles Desaster läuft. Die Demo vom 01.04.2006 war, so habe ich früher schon im PrimaryCare argumentiert [1], zwecklos; die angestrebte Wirkung ist schon nach kurzer Zeit verpufft, so beschreibt dies auch endlich unser Präsident H. U. Späth im Tages-Anzeiger vom 20.1.2007. Ich frage mich nur, weshalb diese Aussage in einer Tageszeitung erscheint und diese Stellungnahme nicht schon lange in unseren verbandseigenen Zeitschriften zu lesen war. Haben unsere Verbandsfunktionäre Angst vor zielorientierten Schritten? Die von uns seit Beginn des TARMED-Vertrags geforderte Einführung der Dringlichkeitspauschale, welche nun auf den 01.04.2007 kommen soll, ist verknüpft mit Anwendungsbedingungen, welche uns in der Verrechnung der neuen Tarifposition nichts bringen. Gegenteilig wurde mit einer Absenkung der Notfalltarifierung reagiert; natürlich unter dem Logo der Kostenneutralität. Es zeigt sich einmal mehr, dass wir nicht wahrgenommen werden, dass eine Tarifumgestaltung von statten geht, die keinen praktischen Bezug hat und absolut realitätsfremd von Bürokraten eingeführt wird.

Deshalb ist es leicht verständlich, dass wir Grundversorger keine Nachfolger finden, denn unsere Nachfolger interessiert nicht, ob wir einen universitären Stuhl haben, sondern wie die Arbeitsbedingungen, die Anforderungen und die finanzielle Entschädigung für ihre neue Aufgabe sind. Wenn ein Nachfolger die verbissenen Kämpfe zwischen uns und den Krankenkassen kennt, das Fehlmanagement unserer Verbände, das Verhalten der Politiker und die geringe Anerkennung unserer Arbeit, muss es klar sein, dass dieser nicht in solche missliche Spuren treten will.

Zukünftig, in den nächsten Monaten und nicht Jahren, wollen wir nicht nur politische Lippenbekenntnisse entgegennehmen, sondern Umsetzungen, die faktisch schon lange gefordert sind, Verbesserungen für uns Grundversorger in Arbeitsbedingungen und finanziellen Anreizen. Ich erinnere hier an die Replik von H. U. Späth auf meinen Artikel im PrimaryCare [1], wo ich Streikmassnahmen von uns Grundversorgern fordere. Herr Späth meint: vorerst nicht, doch sollte die Demo nichts bringen, müssten solche Schritte ins Auge gefasst werden. Die Zeit ist reif, dass wir uns besser bemerkbar machen als mit einer Demo, die nicht für unsere Berufszukunft greift.

Dr. med. Hans F. Baumann, 8303 Bassersdorf

1 Baumann Hans F. Wie lange noch lassen wir Grundversorger uns alles gefallen? PrimaryCare. 2006;6(9–10):174.

### Schweizer Hausärzte für die Einheitskrankenkasse?

55% der in der SGAM zusammengeschlossenen HausärztInnen sind für die Einführung einer Einheitskrankenkasse, so eine Pressemitteilung vom 19.1.2007. Warum ein Titel mit Fragezeichen? Weil ich überzeugt bin, dass nicht eine Mehrheit der SGAM für eine Einheitskrankenkasse ist, sondern dass diese Mehrheit bei genauerem Hinsehen nicht *für*, sondern *gegen* etwas ist. Nämlich gegen einen Herrn mit Namen Couchepin, eine Firma, die sich *santésuisse* nennt, und gegen unzählige Politiker, die den Wein der so wichtigen Grundversorgung predigen, um uns das Wasser der nicht umgesetzten Versprechungen trinken zu lassen.

Befürworter und Gegner der Vorlage nehmen für sich in Anspruch, ihre Meinung sei geprägt durch die Sorge um die Hausarztmedizin. Die Befürworter sind aber offensichtlich nicht mehr bereit, für eine gute Hausarztmedizin zu kämpfen. Sie ziehen es vor, einen grossen Schritt in Richtung Staatsmedizin zu machen. Leider haben die Gegner der Einheits-

krankenkasse zu wenig für eine bessere Hausarztmedizin gekämpft. Wir haben es zugelassen, dass der 1. April 2006 uns viele Worte und Papiere, aber in der Realität nichts Zählbares gebracht hat.

Dr. med. Kurt Zehnder, 5242 Lupfig

### Die Zeit ist reif, die Kriterien einer «guten» Versicherung zu entwickeln

Auch für mich als Internist liest sich die Ausgabe des PrimaryCare vom 12.1.2007 fast wie ein Krimi. Einerseits liegt eine geballte Wut eines grossen Anteils, nicht nur einzelner regionaler Ärzteschaften vor, welche durch die «Hausärztespolitik» der Helsana entfesselt wurde. Andererseits wird man auch wieder einmal gehörig schüttelt, wenn man sich vor Augen führt, was für Missgeburten uns Grundversorgern über LeiKoV und Dringlichkeitspauschale erneut zugemutet werden. Die Aargauer Hausärzte machen sogar einen ersten, wenn auch zögerlichen Schritt in Richtung «Ziviler Ungehorsam». Ungewöhnlich harte Zeiten können tatsächlich nach solch ungewöhnlichen Massnahmen verlangen.

In der Öffentlichkeit und auch in der Ärzteschaft herrscht in letzter Zeit eine rege Diskussion um eine Einheitskasse. Man kann sehr unterschiedlich über eine Einheitskasse denken, es wäre jedoch sinnvoll, schon zu überlegen, was zu tun ist, falls die Einheitskasse abgelehnt wird.

In einer Zeit, in der die Beziehung der Ärzteschaft mit zumindest einem Teil an «Gross»-Versicherern auf dem Nullpunkt angelangt ist, in welcher sich diese Beziehung in einer völligen Desolidarisierung im Auflösen befindet, ist es notwendig, neue Wege zu suchen. Die Aufbruchstimmung unter den Grundversorgern ist seit mindestens dem 1. April 2006 offensichtlich, nur wohin aufbrechen? Manche Versicherer haben mit ihren «Pseudo-Hausarztmodellen», Umgehungen der Hausärzte mit «Telefon-Medizin» und ähnlichen Auswüchsen schon Tatsachen geschaffen, welche praktisch der Aufhebung

des Kontrahierungszwanges entsprechen. Es befremdet, dass bei den Ärzten erst in der äussersten Not die Idee aufkommt, und dies erst noch sehr zögerlich, den Spieß umzudrehen und ihrerseits zu wählen.

Wer sagt eigentlich, dass ein Arzt beziehungsweise eine Ärzteschaft mit einer bestimmten Versicherung arbeiten muss? Wir sind als Ärzte zwar in einer Notfallsituation einer Behandlungspflicht unterworfen, nicht nur aus primär ethischen Überlegungen, sondern auch legal dazu verpflichtet. Wer jedoch zwingt uns, in Nicht-Notfallsituationen einen Patienten zu behandeln, welcher bei einer Versicherung Gelder zahlt, welche uns wiederholt unfair und sogar respektlos behandelt? Natürlich ist es nicht primär die Schuld des Patienten, nicht oder fehlinformiert zu sein, doch können wir mit Informationen ohne weiteres nachhelfen und den Patienten beraten.

Ein weiteres Problem: Bei welcher Versicherung können wir sagen, dass sie o.k. ist? Leider werden wir diesbezüglich nicht nur durch die kantonalen Ärztegesellschaften, sondern auch durch die Fachgesellschaften und schliesslich die FMH zu wenig informiert.

Es ist eindrücklich, wie sehr sich viele Ärzte und regionale und kantonale Ärztegesellschaften an Diskussionen mit offensichtlich uneinsichtigen Versicherern beteiligen. Leider gibt es keine besseren Gehörlosen als diejenigen, welche nicht hören wollen. Sparen wir uns diesen Energieverlust endlich und wenden wir uns neuen Lösungen zu. Hören wir auf, über Machtdemonstration seitens der Versicherer zu klagen. Holen wir uns schlicht wieder die uns zustehende Macht, welche wir primär dafür benötigen, endlich unseren Patienten wieder die nötige Aufmerksamkeit schenken zu können.

Im PrimaryCare liest man über Qualität, Qualität von Windmühlen, Qualitätssicherungsprogrammen für unsere Praxen hinsichtlich Röntgen, Labor, Notfalldienst sowie für unser eigenes, ärztliches Verhalten. Es ist gut, dass wir uns selbstkritisch darum sorgen, gleichzeitig ist es jedoch niemandem entgangen, dass die-

ser Qualitätsfimmel, welcher eine grosse Stange Geld kostet, primär auf Druck der Versicherer ausgebrochen ist. Etwas scheint jedoch ein Tabuthema zu sein: Wer beurteilt eigentlich die Qualität der Versicherer? *Vor nicht allzu langer Zeit sorgte das Ärzte-Rating für Gesprächsstoff, wie wäre es mit einem Versicherungs-Rating?* Die Versicherer sind nicht einmal gezwungen, ihre Rechnungen offen zulegen und können sogar über einen Vertreter der santésuisse schamlos, öffentlich und ungestraft die Abzweigung von 7 Millionen Franken Versicherungsgeldern für Werbekampagnen gegen die unselige Einheitskasseninitiative deklarieren.

Die Zeit ist reif, von durch regionale Ärztesellschaften eigens dazu berufenen Teams aus Ärzteschaft, Ökonomen, Versicherungskennern und anderen, noch zu bestimmenden kompetenten Personen die «Kriterien einer guten Versicherung» entwickeln zu lassen. Im Anschluss wird sich jede regionale Ärztesellschaft demokratisch auf bestimmte Versicherer einigen, mit welchen sie zusammenarbeiten will. Dieses gut übersichtliche und realisierbare Modell, in x-facher, individuell den regionalen Verhältnissen Rechnung tragender Ausführung und verteilt auf die ganze Schweiz, könnte für das Überleben der Grundversorger zukunftsweisend sein. Dass dieses Modell durchaus Zukunft haben könnte, lässt sich erahnen, denn es scheint Anzeichen zu geben, dass die Helsana durch die offene Aufforderung an die Patienten, die Versicherung zu wechseln, was ja im Grundversicherungsbereich kein Problem ist, langsam kalte Füsse bekommt und ihr Verhalten überdenken muss.

Einen ähnlichen Fall haben wir im Kanton Waadt mit der VISANA erlebt, welche die elektronisch im TrustCenter (eigens von uns Ärzten finanziert!) lagernden Rechnungen nicht abholen und uns deshalb den entsprechenden Limitationen für nicht elektronische Rechnungen unterwerfen wollte. Die Arroganz fand ziemlich schnell ihr Ende, als die kantonale Ärztesgesellschaft in einer Pressekampagne die Patienten aufforderte, die Versicherung zu wechseln, falls sie nicht die gesamte Rechnung bezahlt bekom-

men würden. In weniger als einer Woche fand sich die VISANA am Verhandlungstisch und hat seither darauf verzichtet, Ärzte und Patienten diesbezüglich zu belästigen. Damit wurde leider jedoch noch nicht erreicht, dass die VISANA die Rechnungen auch gegen ein kleines Entgelt (schliesslich sollte das TrustCenter selbsttragend sein) abholt.

Der Wirkungsgrad der flächendeckenden Strategie, in täglicher Kleinarbeit die Patienten dahingehend zu informieren, dass sie zum Beispiel in einem halben Jahr die Versicherung gewechselt haben sollten, um weiterhin in einer Region Behandlung zu bekommen, ist weitaus grösser, als dies eine auch noch so mächtige, Versicherungsgelder verschleudernde Werbekampagne einer «Grossversicherung» erreichen könnte. Das Einzige, mit dem ein solches Projekt steht und fällt, ist der Zusammenhalt und die unbedingte Solidarität unter uns Grundversorgern einer entsprechenden Region, welche auch nicht durch Drohgebärden von Versicherungsallmacht, Kanton und Staat ins Wanken kommen dürfen.

Es gibt noch viel zu tun, warten wir's ab ... bis die offizielle Aufhebung des Kontrahierungszwanges kommt? denn «Wer zu spät kommt, den bestraft das Leben».

*Dr. med. Bruno Büchel, 1400 Yverdon-les-Bains*

### **Le temps est mûr pour développer les critères pour une «bonne» assurance**



Aussi pour moi comme interniste, l'édition du 12 janvier 2007 de «PrimaryCare» se lit presque comme un roman policier. D'une part se trouve la force de colère non seulement d'une bonne partie des médecins mais aussi de quelques-unes de leurs associations régionales; cette colère est déclenchée par la politique d'Helsana face aux médecins de premier recours. D'autre part, on est ébranlé de nouveau en ayant devant les yeux les résultats de «fausse couche» en matière de «convention sur les prestations et les coûts» et du

forfait d'urgence que l'on pense octroyer aux médecins de premier recours. Les médecins Argoviens font même un premier pas frileux vers une «désobéissance civile». Des temps inhabituellement durs peuvent requérir des actions inhabituelles de ce genre.

Le thème d'une caisse unique provoque actuellement des discussions dans la population et aussi chez les médecins. On peut penser ce que l'on veut de ce thème mais ne serait-il pas nécessaire de déjà envisager quelques réflexions sur ce qui doit être fait en cas de rejet de la caisse unique?

Il est inévitable de chercher des nouvelles voies à un moment où les rapports entre médecins et une bonne partie des «super»-caisses sont arrivés au point zéro dissous par une «désolidarisation» complète. Au moins depuis le 1<sup>er</sup> avril 2006, l'ambiance de renouveau entre les médecins de premiers recours se fait sentir. Se pose seulement la question de savoir dans quelle direction ce renouveau doit-il nous aiguiller?

De par leurs pseudomodèles de médecins de premiers recours et du contournement de ces mêmes médecins via «la médecine par téléphone» et autres excroissances, certaines assurances ont déjà créé des faits qui correspondent pratiquement à la suppression de l'obligation de contracter. Il est surprenant de voir que les médecins n'ont l'idée de tourner la broche et de choisir eux-mêmes que lorsqu'ils se trouvent pratiquement aux abois et, même-là, seulement de façon très hésitante. Qui prétend qu'un médecin ou une association de médecins d'une certaine région doit travailler avec une assurance particulière? Comme médecins, nous sommes en cas d'urgence soumis à une obligation de traitement et ceci non seulement par notre éthique médicale mais aussi par la loi. Par contre, qui veut nous forcer dans une situation non urgente de traiter un patient qui paye des cotisations à une assurance qui nous traite systématiquement de façon déloyale et même irrespectueuse? Ce n'est naturellement pas la faute du patient s'il n'est pas informé ou s'il est désinformé mais nous pourrions sans autre le conseiller et l'informer.

Un autre problème se pose. Quelle assurance peut-on recommander sans retenue au patient? Malheureusement, nous ne sommes à ce sujet que très peu informés, non seulement par nos sociétés médicales cantonales mais aussi par les sociétés des spécialistes et enfin par la FMH. Il est surprenant de voir à quel point tant de médecins et de sociétés régionales et cantonales médicales continuent à participer à des discussions avec des assureurs évidemment obstinés. Malheureusement, il n'y a pas pires sourds que ceux qui ne veulent pas entendre. Epargnons-nous cette perte d'énergie et portons-nous vers des nouvelles solutions. Arrêtons de nous plaindre des manifestations du pouvoir du côté des assureurs. Cherchons simplement le pouvoir qui nous revient, à savoir celui qui nous est nécessaire principalement pour pouvoir enfin donner à nos patients l'attention qui leur appartient.

Dans «PrimaryCare», on écrit beaucoup au sujet de la qualité, la qualité de moulins à vent, la qualité des programmes d'assurance de la qualité de nos cabinets médicaux concernant la radiologie, le laboratoire, le service de garde ainsi que la qualité de notre propre comportement thérapeutique. Il va de soi que cette tâche nous incombe déjà, cependant il n'échappe à personne que ces contrôles, parfois nettement exagérés et qui coûtent en plus une fortune, sont le fruit d'une pression importante de la part des assureurs. Une chose par contre semble être un thème tabou: qui contrôle la qualité du travail des assureurs? Il n'y a pas longtemps, un «rating» des médecins a été un important sujet de conversation. Pourquoi ne pas faire un «rating» des assureurs? Les assureurs ne sont même pas contraints de mettre à nu leurs décomptes et peuvent ainsi se permettre de déclarer à travers un représentant de santé-suisse et ce, publiquement et impunément, qu'ils détournent 7 millions de francs aux assurés pour une campagne publicitaire contre l'initiative de la funeste caisse unique.

Il est grand temps de créer des commissions désignées par les groupements régionaux du corps des médecins, qui développeront les critères d'une «bonne» as-

urance. Dans cette commission, il y aura des médecins, des économistes, des spécialistes dans le domaine des assurances et d'autres personnes compétentes encore à désigner. Ensuite, le groupement régional des médecins appliquera les critères et conviendra de façon démocratique avec quels assureurs on travaillera encore dans cette région.

Ce modèle mis en œuvre dans toutes les régions de la Suisse pourrait être porteur d'avenir pour les médecins de premier recours car transparent et plus facilement réalisable par sa petite taille, sa flexibilité et sa capacité d'adaptation aux spécificités régionales.

On peut deviner que ce modèle pourrait avoir un succès dans le futur proche, car dans le cas de l'affaire Helsana il semble que cette assurance ressente la nécessité de réfléchir à son comportement face aux médecins, par l'invitation publiquement adressée aux patients de changer d'assurance, ce qui n'est pas un problème dans le cadre de l'assurance de base.

On a vu un cas similaire dans le canton de Vaud avec l'assurance VISANA qui refusait de chercher nos factures dans le Centre de Confiance (spécifiquement financé par les médecins vaudois!) et qui voulait par conséquent nous soumettre aux restrictions infligées aux médecins qui ne facturent pas électroniquement. Cette arrogance trouva assez brusquement une fin, lorsque la Société Vaudoise des Médecins invita dans une campagne de presse les patients concernés à changer d'assurance si la facture entière ne leur était pas remboursée. Dans un délai de moins d'une semaine, une délégation de VISANA se trouvait à la table de négociations avec la Société Vaudoise des Médecins et elle a cessé depuis de harceler médecins et patients sur ce sujet. Malheureusement, nous n'avons pas encore obtenu par cette action que VISANA cherche nos factures même contre une petite récompense (finalement le Centre de Confiance devrait être autofinancé). Le degré d'efficacité de cette stratégie généralisée sera nettement plus important qu'une campagne publicitaire d'une assurance géante quelconque, qui gaspille l'argent confié par les assurés, si on incite

nos patients par un travail méticuleux et quotidien à un changement d'assureur dans le cadre de l'assurance de base et ce, dans un délai de six mois pour qu'ils continuent à recevoir un traitement médical dans la région,

Ce qui est décisif pour un tel projet restent la cohésion et la solidarité inconditionnelles entre les médecins de premier recours d'une région qui ne se laisseront pas impressionner par des menaces de la part des assureurs tout-puissants, du Canton ou de la Confédération.

Il y a encore beaucoup à faire. Devrions-nous attendre que l'obligation de contracter soit abolie officiellement? Car «la vie punit celui qui arrive en retard».

*Dr Bruno Büchel, 1400 Yverdon-les-Bains*

### Offener Brief an Frau Geiser zu ihrer Klarstellung «Was Helsana mit seiner Hausarztversicherung will»



Sehr geehrte Frau Geiser

Für Ihre klare Stellungnahme, insbesondere für die Schlussbemerkung, welche ich im folgenden zitiere, möchte ich Ihnen ganz herzlich danken: «Aber ist es nicht besser und im Sinne einer wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung, Innovationen zu testen? Wir (die Helsana) meinen ja – aber am liebsten zusammen mit den Ärzten.»

Ich kann das nur so interpretieren, dass Sie der Meinung sind, allenfalls irgendwelche Neuerungen im Gesundheitswesen ohne die ÄrztInnen zu testen?! Sind Sie wirklich der Ansicht, dass im Gesundheitsbetrieb ohne ÄrztInnen irgendetwas geht? Ich möchte hier festhalten, dass ein Gesundheitswesen – wenn auch ein völlig unsoziales und deshalb nicht wünschbares – ohne Versicherungen vorstellbar ist. Dies ist sicher keine ernsthafte Option! Ein Gesundheitswesen ohne ÄrztInnen müssten Sie mir allerdings erst noch skizzieren. Würden Sie sich im Krankheitsfall von ihrer Krankenkassenfachfrau oder im besten Fall von der Case-Managerin betreuen lassen?

Würden Sie vorausschauend denken,

dann würde Ihnen Angst und Bange angesichts der Tatsache, dass sich von den ÄrztInnen, welche sich aktuell im 3. Jahr ihrer klinischen Ausbildung befinden, gerade noch 10% zu HausärztInnen ausbilden lassen. Dies angesichts der ebenfalls bekannten Tatsache, dass ungefähr 50% der niedergelassenen HausärztInnen in den nächsten 15 Jahren ihre Praxen aufgeben werden. So gesehen stellt sich die Frage, ob es sich überhaupt lohnt, Diskussionen um Managed-Care-Modelle zu führen. Woher Sie in Zukunft die Gatekeeper nehmen werden, gehört wahrlich zu den bestgehüteten Geheimnissen. Ich

gehe davon aus, dass es wünschenswert ist, dass auch in 15 Jahren die wenigen übrigbleibenden HausärztInnen weiterhin ca. 80% der Problemstellungen im ambulanten medizinischen Bereich abschliessend behandeln müssen, falls die Gesundheitskosten nicht völlig aus dem Ruder laufen sollen. Neben dieser Aufgabe wird es den absehbar überlasteten KollegInnen kaum möglich sein, Anforderungen, wie sie die Helsana an Ärztenetze stellt, zu erfüllen.

Haben Sie sich schon einmal überlegt, welches die Hauptgründe für die zunehmende Unattraktivität des Hausarztberu-

fes sind? Ich bin überzeugt, dass die hierbei entstehende Auflistung der Ursachen für viele der führenden Krankenkassen-exponentInnen und ihre Ideen eine einmalige Gelegenheit wäre, sich in trauter Gemeinsamkeit an der Spitze einer Rangliste wiederzufinden.

Mit freundlichen Grüßen und nochmaligem Dank

*Dr. med. Martin Zingg-Röögli, 3007 Bern*

- 1 Geiser P. Was Helsana mit seiner Hausarztversicherung will. *PrimaryCare* 2007;7(1-2):14-15.