

Leserbriefe

Referendum gegen Managed-Care-Vorlage



Nun haben sie es also geschafft! Sie haben genügend Unterschriften für das Referendum gegen die Managed-Care-Vorlage eingekauft. Die FMH, mit Jacques de Haller, der nach seiner 180-Grad-Kehrtwende uns Hausärzten in den Rücken fällt. Gewisse Spezialisten-Kreise und der VSAO (unsere zukünftigen Spezialisten), die zwar vorgeben, es gehe ihnen um die Patientenfreiheit und gegen die Rationierung im Gesundheitswesen, die aber nur Angst um ihre Pfründe haben, also reine Heuchelei betreiben! Die SP, die ausgerechnet mit den Chirurgen der FMCH eine unheilige Allianz eingeht. Dann gewisse Grundversorger, die offenbar das Prinzip von Managed Care nicht begriffen haben, ihren Kopf in den Sand stecken, St. Florian-Politik betreiben und ihre Verantwortung nicht wahrnehmen wollen.

Denn wer, wenn nicht wir Ärztinnen und Ärzte, soll die Verantwortung für die gerechte Verteilung der Mittel im Gesundheitswesen übernehmen? (Charta zur ärztlichen Berufsethik, Punkt 7.)

Von der FMH bin ich schwer enttäuscht. Da wird immer von Solidarität gesprochen, die aber offenbar immer auf unsere Kosten stattfindet, um so mehr, als nun noch 1,5 Mio. Franken in die Abstimmungskampagne gesteckt werden sollen. Mit meinen FMH-Beiträgen finanziert! Ich empfehle hier dem Vorstand des Vereins Hausärzte Schweiz, den geschlossenen Austritt aller Hausärzte aus der FMH zu prüfen. Denn wir HausärztInnen haben als Minderheit gegenüber den Spezialisten auch in Zukunft keine Chance, unsere Interessen durchzusetzen.

Klar ist, dass alle Netzwerke noch viel Aufklärungsarbeit über Managed Care leisten müssen. Angst vor Managed Care ist offenbar das Primum movens unserer Gegner. Wir HausärztInnen in Winterthur betreiben schon seit 1994 Netzwerke (WintiMed, Hawa) und seit 1998 mit Budgetmitverantwortung (WintiMed). In ganz Winterthur ist bis heute noch kein Spezialist deswegen Pleite gegangen. Immerhin ist die Abstimmungskampagne eine gute Plattform dafür.

Ein Trost bleibt: Managed Care wird sich durchsetzen, vielleicht etwas langsamer als erhofft, dafür aber umso gründlicher!

Dr. med. Christoph Bovet, 8400 Winterthur

Briefe an die SÄZ



Referendum gegen Managed-Care-Vorlage

In seiner Kritik zu einem laufenden demokratischen Vorgang [1] schreibt Kollege Bovet: «denn wer, wenn nicht wir Ärztinnen und Ärzte, soll die Verantwortung für die gerechte Verteilung der Mittel im Gesundheitswesen übernehmen?» und zitiert dabei die Charta zur ärztlichen Berufsethik, Punkt 7.

Darin heisst es: «Bei der Berücksichtigung der Bedürfnisse individueller Patienten müssen Ärzte eine Gesundheitsversorgung anbieten, die auf einem klugen und effektiven Einsatz der begrenzten Mittel beruht. Sie müssen mit anderen Ärzten, Krankenhäusern und Versicherungen zusammenarbeiten, um Leitlinien für eine kosteneffektive Versorgung zu entwickeln. Die Verantwortung für einen angemessenen Einsatz der Mittel erfordert eine konsequente Vermeidung von überflüssigen Untersuchungen und Behandlungen.»

Die Vermeidung von unnötigen Leistungen ist eine Selbstverständlichkeit und hat mit Managed Care nichts zu tun. Seine Argumentation ist problematisch, denn sie suggeriert, dass wir ohne MCO unethisch handeln und praktisch hemmungslos Ressourcen verschwenden würden.

Damit wir Ärzte in der Lage sind, die aufgestellten Regeln ohne Interessenkonflikte einzuhalten, brauchen wir: eine wirklich unabhängige (ohne Industriesponsoring) universitäre Forschung und ebensolche Fortbildungen (eigentlich der erweiterte Punkt 8 der Charta) und vor allem einen korrekten – sprich ausreichenden – Arzttarif, vornehmlich in der Grundversorgung. Dies alles ist zurzeit nicht gewährleistet und wird unter MCO keineswegs besser.

MCO ist im Wesentlichen die Auslagerung von ökonomischer Verantwortung auf die Ärzteschaft, die zusätzlich zur Behandlungsverantwortung auch noch diese Bürde zu tragen hat. MCO steht in der grossen Gefahr, weitgehend in den Dienst der Wirtschaftlichkeit zu treten [2]. Dagegen müssen wir uns mit allen Kräften wehren. Wirklich zuständig für die «gerechte Mittelverteilung» ist und bleibt ausschliesslich die Politik. Diesen Entscheid können wir den «restlos überforderten Politikern» [3] nicht abnehmen. Es ist ein historisch bekannter Prozess, dass stets von verschiedener Seite versucht wird, Ärzte für allerlei zu instru-

mentalisieren und als Komplizen für Ideologien zu vereinnahmen.

Bleiben wir bei unseren ureigenen Aufgaben, die immer auch Überlegungen zum Nutzen und zur Wirtschaftlichkeit beinhalten. Bewahren wir die immanent wichtige Freiberuflichkeit und lassen uns nicht von wem auch immer einspannen. Kolleginnen und Kollegen, die diese Übergriffe bereits verinnerlicht haben und in Grössenideen zu verfallen neigen, auch noch für «Gerechtigkeit» sorgen zu müssen, sollen sich ihrer Wurzeln besinnen: Als Ärzte seid Ihr nicht die verlängerten Arme anderer Interessenträger! Falls uns wirklich etwas an der Charta liegen sollte, ist Obengenanntes zu beachten und umzusetzen. Ethik sei dabei vor allem ideologiefrei.

Dr. med. René Mégroz, Winterthur

Marcel I. Raas, Winterthur

Dr. med. Guidon Lukas, Winterthur

*Vorstandsmitglieder FMGS Freiberufliche
medizinische GrundversorgerInnen Schweiz,
www.fmgs.ch*

- 1 Bovet C. Referendum gegen Managed-Care-Vorlage. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(8):282.
- 2 Benasayag M, Schmit G. Die verweigte Zukunft. Nicht die Kinder sind krank, sondern die Gesellschaft, die sie in die Therapie schickt. München: Kunstmann, 2007.
- 3 Mörgeli C. Man hat auch uns Politiker restlos überfordert. Rede zum 100-Jahr-Jubiläum von Ars Medici. Ars Medici. 2011; Jubiläumsheft: 22–26.
- 4 Brunner H H, Locher H. Die Schweiz hat das beste Gesundheitssystem – hat sie das wirklich? Basel: EMH Schweizerischer Ärzteverlag, 2011.



Managed Care: keine Verträge zwischen Kasse und Arzt

Zum Leserbrief von M. Romanens in der SÄZ Nr. 11/2012 [1]

Sehr geehrter Herr Kollege Romanens

Aus den von Ihnen erwähnten Zahlen in Ihrem Leserbrief wird man nicht ganz klug. Bezugsgrößen fehlen. Die Zahlen sind aus dem Zusammenhang gerissen. Einige ganz basale Informationen seien ergänzt:

Ein Managed-Care-Vertrag wird nicht zwischen Kasse und Arzt abgeschlossen, sondern zwischen einem Krankenversicherer und einem

Ärztetenetz. Die Krankenversicherer zahlen Beiträge nicht den einzelnen Ärztinnen und Ärzten aus, sondern dem Ärztetenetz. Ihre Behauptung, die Kassen würden Ärzten für «Öffentliche Verlautbarungen zum Nutzen von Managed Care (mit Budgetmitverantwortung)» Geld zahlen, entbehrt jeglicher Realität!

Warum engagieren sich heute rund 50% der Hausärztinnen und Hausärzte für Managed Care? Weil sie einsehen, dass die Herausforderungen des Gesundheitswesens nicht im Alleingang, sondern in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten zu lösen sind, und dazu gehören auch die Versicherer. Das primäre Ziel von Managed Care ist nicht plumpes Sparen, sondern die bewusst angestrebte Koordination. Doppelspurigkeiten und (manchmal auch gefährliche) Parallelbehandlungen werden vermieden. Dies ist ein Beitrag zur Patientensicherheit und damit auch zur Qualität der Versorgung. «Kostengünstig = schlecht» trifft eben nicht immer zu. Kein Netzarzt spart auf dem Rücken der Patientin. Auch er rechnet mit der Einzelleistungsvergütung ab. Wenn er Leistungen verweigert, reduziert er in erster Linie sein eigenes Einkommen. Schlechtbehandelte Patientinnen würden aus der Managed-Care-Versicherung austreten. Und eine schlechte Versorgungsqualität infolge verzögerter Zuweisung können und wollen wir uns im Managed-Care-System gar nicht leisten. Denn verpasste Überweisungen ziehen Komplikationen und Hospitalisationen nach sich. Durch gezielte, optimierte ambulante Betreuung allen Beteiligten Hospitalisationen und Komplikationen ersparen, das ist das Motto. Und warum sollte ein Ärztetenetz für diese Koordinationsaufgabe nicht entschädigt werden?

*Dr. med. Jörg Fritschi, Präsident Schweizer
Dachverband der Ärztenetze medswiss.net*

- 1 Romanens M. Geheimvertrag zwischen Kasse und Arzt. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(11):415.



Goût amer

La LAMal est maintenant enrichie de l'article 42 al. 3 bis qui impose aux médecins de faire figurer les diagnostics des patients sur leur facture [1].

Heureusement le nouveau Conseiller fédéral Alain Berset, annonce que la loi ne sera pas

Briefe an die SÄZ



Duplik Referendum gegen Managed-Care-Vorlage

In ihrer Antwort [1] zu meinem Leserbrief über das Referendum gegen die Managed-Care-Vorlage zeigen die Vertreter der FMGS (freiberufliche medizinische GrundversorgerInnen) leider klar Folgendes:

Sie haben das Prinzip von Managed Care nicht begriffen. Da sie keinem Netzwerk angehören, interessieren sie sich offenbar auch nicht dafür. Sie weigern sich, als Ärzte Verantwortung für die Gesellschaft zu übernehmen. Viel lieber arbeiten sie in ihren Gärten, schauen weder rechts noch links und lehnen Engagement in der Gesundheitspolitik ab. Die Politik ist, wie sie auch zugestehen, alleine im Gesundheitswesen völlig überfordert und braucht uns Ärzte als Berater und Helfer für die gerechte Verteilung der Mittel. Dies ist kein Grössenwahn, wie von der FMGS suggeriert, sondern schlichte Notwendigkeit. Selbstverständlich müssen die Entscheide von der Gesellschaft (also Politik) gefällt werden, aber die Gesellschaft braucht zuerst die nötigen Informationen.

Auch die FMH hat sich ja ursprünglich zusammen mit den Politikern für die Managed-Care-Vorlage eingesetzt. Präsident de Haller ist ja erst auf Druck der Spezialisten umgeschwenkt.

Dr. med. Christoph Bovet, Winterthur

- 1 Mégroz R, Raas MI, Lukas G. Referendum gegen Managed-Care-Vorlage. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(14/15):538.



Budgetmitverantwortung – ganz harmlos?

Zum Artikel von Dr. J. Fritschi [1]

Jedesmal wenn die Budgetmitverantwortung so harmlos dargestellt und schöngeredet wird, schmerzen mich die zahlreichen alten Wunden, welche ich aus Tarifverhandlungen mit Krankenversicherern davongetragen habe.

Es ist doch klar, dass die Versicherer sich bei Budgetverhandlungen mit einem Ärztenetz anständig und zahm benehmen. Unmässige

Forderungen und der in der Branche übliche Verhandlungsdruck würden zur Vertragsauflösung durch die Netzwerkärzte führen. Im folgenden Jahr hätte der Versicherer keine Vertragsärzte mehr und müsste sein entsprechendes Modellangebot auflösen. Peinlich und nicht gut für's Geschäft! Die Ärzte müssten auch ein paar Umtriebe in Kauf nehmen, aber es wäre für sie heute kein ernsthaftes Problem, wieder im budgetfreien Markt einzusteigen.

Ganz anders sieht die Lage aus, wenn die Budgetmitverantwortung praktisch obligatorisch und flächendeckend ist. Dann fährt die Katze die Krallen aus und die Budgetverhandlungen werden mit einem Mal brutal hart und ruinös. Die Tarifverhandlungen auf kantonaler und schweizerischer Ebene mögen als abschreckendes Beispiel dienen. Und die Netzwerkärzte werden danach jedes Jahr die Hälfte des vorgeprogrammieren Defizits übernehmen – oder zu rationieren beginnen. Man probiere dann noch einmal den Trick mit der Vertragsauflösung. Antwort der Gegenseite: Ha, ha – guter Scherz! Wo wollt ihr denn jetzt noch hingehen, bitte?

Abgesehen von alledem dürfte es für den Gesetzgeber ein Kinderspiel sein, auf einem derart vorbereiteten Terrain die Budgetmitverantwortung in ein Globalbudget umzuwandeln. Gründe lassen sich alleweil dafür finden, und wenn es nur die bösen Ärzte sind, die bei den Budgetverhandlungen Forderungen stellen, die den Prämienzahler Millionen kosten ...

Netzwerke und Managed-Care-Organisationen sind sinnvoll und aus unserem Gesundheitswesen nicht mehr wegzudenken. Die Kolleginnen und Kollegen, welche sich da engagieren, sind integer und haben achtbare Prinzipien. Diese Systeme müssen aber in Freiwilligkeit und Freiheit gedeihen. Und vor allem sind sie auf eine Alternative angewiesen!

*Dr. med. Markus Redlich,
Vorstandsmitglied MedGes Basel, Tarifdelegierter*

- 1 Fritschi J. Budgetmitverantwortung versus Globalbudget. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(14/15):531.



Epidemiegesetz – Ausfallhaftung

Das neue Epidemiegesetz überträgt dem Bund mehr Kompetenzen, schreibt Kollege Ignazio Cassis, Vizepräsident der FMH und National-

rat. Er lobt, dass die Grundsätze der Selbstbestimmung und Eigenverantwortung im Gesetz ausdrücklich festgehalten sind.

Gefährlich ist dieses neue Epidemiegesetz für Impfungen der Hausärzte und Pädiater. Es regelt Entschädigungen bei Impfschäden nach dem Prinzip der Ausfallhaftung, gem. Art. 64 Absatz 2: «Eine Entschädigung wird nur gewährt, soweit der Schaden nicht anderweitig gedeckt wird.» Dies bedeutet, dass ein Patient mit einem Impfschaden vorerst den Arzt (Haftpflichtversicherung) verklagen muss.

Bei allen Impfungen sind schwere Impfschäden nicht restlos zu vermeiden. Sie treten aber so selten auf, dass jede empfohlene Impfung weit risikoärmer ist als die Erkrankung. Deshalb sind Impfungen eindeutig sinnvoll. Wenn aber Ärzte im Hinblick auf die Solidarität Impfungen empfehlen, dies mit und ohne Formulare(n) durchführen, und Personen sich aus Solidarität impfen lassen, dann sollen sie auch bei Nebenwirkungen den maximalen Versicherungsschutz des Staates ohne Wenn und Aber erhalten.

Was geschieht beim extrem seltenen Fall, z.B. Anaphylaxie mit Hirnschaden nach Impfung? Patient und Arzt lässt man mit dem Hinweis der Selbstverantwortung juristisch im Regen stehen. Kollegen und Bekannte in weiten Kreisen werden deshalb die schlechte Durchimpfung z.B. bei Masern ignorieren. Die Schweiz wird ein geschützter Garten für Masern, Hepatitis B und andere Viren bleiben. Die Masernelimination in der Schweiz bleibt eine Illusion. Public Health Schweiz wird im Ausland nicht mehr ernst genommen. Die Folgeschäden für die Schweiz werden massiv ansteigen.

Die Schweiz. Gesellschaft für Allergologie und Immunologie (SGAI), die Schweiz. Akademie der Med. Wissenschaften (SAMW), sogar die Gesellschaft Public Health Schweiz und die FMH hatten bei der Vernehmlassung und vor den Beratungen auf die Entschädigungsfrage bei Impfschäden klar hingewiesen. Der Absatz 2 des Art. 64 ist epidemiologisch gefährlich, nutzlos (verhindert keine Erkrankung, im Gegenteil), verwirrend, verursacht nur juristische Kosten. Deshalb kann und soll er gestrichen werden.

Hoffen wir auf die Korrektur im Ständerat! Memento: Pocken und Polio wurden in der Schweiz nicht über Appelle an die Eigenverantwortung eliminiert, sondern über Gratisimpfungen, sogar der Adoleszenten, – wie in allen andern Ländern auch.

Dr. med. Markus Gassner, Grabs

Schweiz initiiert und geleitet. Für «Health Maintenance» und «Managed Care» braucht es in erster Linie Grundlagen des Medical Decision Making, d.h. genaue Kenntnisse und Überlegungen über den natürlichen Verlauf von Krankheiten, über echte und scheinbare Erfolge und über die klinische Relevanz von Diagnostik und Therapie-Optionen. Immer mit der Frage, was für Probleme schaffe ich (z.B. Überdiagnose und Überbehandlung), und kann ein realer Gewinn für den Patienten erzielt werden [2]? Die vorhandene Evidenz und deren kritische Analyse hilft uns in der Beurteilung, wie weit gängige Empfehlungen überhaupt Gültigkeit haben oder beim betreffenden Patienten besser ignoriert werden. Nicht abstrakte Normen und Durchschnittswerte, sondern eine grosse Variabilität machen die konkrete klinische Phänomenologie aus. Die Natur macht «Fehler». Ein Untersuchungsergebnis unterscheidet nicht zwischen pathologisch und normal, häufig ist es falsch positiv oder falsch negativ. Und eine richtig positive Pathologie unterscheidet nicht zwischen gesund und krank, einmal ist die identische Pathologie klinisch gutartig, ein andermal bösartig. Pathologien (mit ihren ICD-Diagnosen) sind fehlerhafte Surrogate für Krankheit, also ist eine unreflektierte Medizin der (Pathologie-) Kontrolle nicht nur endlos kostentreibend, sondern auch krankheitsfördernd. Ein Hausarzt betreibt Managed Care, wenn er seine Patienten durch den medizinischen Dschungel führt und durch seine persönliche Erfahrung und Überzeugungskraft vor Überdiagnose und Übertherapie bewahrt. Er kann diese Fähigkeit wahrscheinlich nur entwickeln durch die Kunst der genauen Anamnese, die einen Einblick in die gesunden und regenerativen Funktionen des Patienten erlaubt – und seine Angst vor unkontrollierten Pathologien korrigiert. Es braucht neben einem genaueren Wissen über die Natural History von Krankheitserscheinungen das eigene Erkennen und Verstehen, weil der Patient nie ganz dem Durchschnitt entspricht. Und die Fähigkeit, den Anblick von Leiden auszuhalten – und zu trösten, statt in nachteiligen Interventionsmus zu flüchten. Es ist schön zu sehen, dass sich die Erkenntnis von Kollege Sonntag mit meiner deckt: Ärzte brauchen Zeit in der Sprechstunde – um zu forschen und zu verstehen und um die jeweils gute Lösung zu finden. Managed Care soll keinen Zwang ausüben.

*Dr. med. Johannes G. Schmidt,
Stiftung Paracelsus heute, Einsiedeln*

- 1 Sonntag M. Jenseits von Managed Care. Schweiz Ärztezeitung. 2012; 93(19):729–30.
- 2 Schmidt JG. Früherkennung und Umgang mit Risikofaktoren. In: Kochen MM (Hrsg.). Allgemeinmedizin und Familienmedizin (Lehrbuch Duale Reihe, 3. Aufl.). Thieme Verlag, 2006; 25–38.



Triplik auf die Duplik von Dr. med. Christoph Bovet

Ihre Duplik [1] veranlasst uns zu Klarstellungen und Präzisierungen:

Unsere Vorstandsmitglieder Lukas Guidon und René Mégroz sind seit Beginn Mitglieder des HAWA (Hausärztevereins Winterthur und Andelfingen), eben einem solchen Netzwerk, welches notabene teilweise mit Budgetverantwortung ausgestattet ist. Herr Kollege Raas kann da nicht Teilnehmer sein, weil es in den Gründungszeiten nicht gelang, die Psychiatrie als Leistung der Grundversorgung zu integrieren. Die intensive Auseinandersetzung mit der Managed-Care-Idee während dieser rund fünfzehn Jahre (teilweise mit Publikationen) führte eben genau zur Einschätzung in unserem Leserbrief. Die verunglimpfende Äusserung, wir hätten keine Ahnung, entbehrt somit jeglicher Grundlage. Solche Feststellungen halten wir auch deshalb stets für problematisch, da sie ja differentialdiagnostisch auch auf einen selbst zutreffen könnten.

Zusammengefasst möchten wir gerne festhalten: Die Komplizenschaft, ein unsoziales und antiliberales Gesundheitssystem zu unterstützen, lehnen wir ab. Unser Engagement gilt einer Gesundheitspolitik, die einer unabhängigen und liberalen Ärzteschaft weiterhin ermöglicht, eine soziale und verantwortbare Medizin zu betreiben. Unsere Vorschläge finden Sie auf www.fmgs.ch. Ein konstruktiver Dialog kann das schweizerische Gesundheitssystem massgeblich weiter entwickeln und damit tatsächlich Verantwortung für die anstehenden Fragen übernehmen. Die aktuelle Managed-Care-Vorlage verunmöglicht das.

Ökonomische Verantwortung im Kollektiv als Mediziner zu übernehmen, ist ein Unsinn und darf schon gar nicht über eine Zwangsvorlage gelöst werden. Wir beklagen, dass zunehmend Mediziner als Funktionäre für Kassen und Staat identifiziert und gefangen sind sowie selber zur Instrumentalisierung der Medizin greifen. Wir nehmen deshalb die Entwicklungen von Managed Care wie die Entwicklungen von DRG und weiteren Sparmassnahmen, z.B. in der Geriatrie, mit höchster Sorge wahr.

*Dr. med. René Mégroz, Winterthur
Dr. med. Lukas Guidon, Winterthur
Marcel I. Raas, Winterthur
Vorstand freiberufliche medizinische
GrundversorgerInnen Schweiz FMGS*

- 1 Bovet C. Duplik Referendum gegen Managed-Care-Vorlage. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(18): 671.



Budgetmedizin – was ist die Alternative?

Sehr geehrter Herr Kollege Haldemann, Es ist gut, dass Sie sich die Mühe nehmen [1], die Studie zu Kosteneinsparungen von Ärztenetzen von Beck, Kunz et al. [2] kritisch zu prüfen. Leider merkt man schnell, dass es Ihnen weniger um eine ausgewogene Wertung geht als darum, ihre politischen Ansichten zur integrierten Versorgung unter die Leute zu bringen. Das ist schade.

Es ist auch schade, dass sie Ärztenetze und Integrierte Versorgung auf «Budgetmedizin» reduzieren. Ich vermute, dass Sie nie erlebt haben, welche Arbeit die Netze leisten und lade Sie freundlich ein, einmal an einem Qualitätszirkel oder an unserer ganztägigen Retraite teilzunehmen, um sich davon zu überzeugen. Sie könnten sehen, dass gerade dort jene kosten- und selbstbewussten Hausärzte gedeihen, auf die Sie vertrauen und die für unser Gesundheitswesen in der Tat von zentraler Bedeutung sind.

Und es ist erst recht schade, dass Sie Ihre ganze Kritikfähigkeit vergessen, wenn es um Alternativen geht: «Für Effizienzsteigerungen in der hausärztlichen Versorgung braucht es gesunden Wettbewerb ...» Welche Evidenz gibt es denn für diese Behauptung? Viel eher gibt es zahllose Indizien, dass der «gesunde Wettbewerb» zu technischem Wettrüsten, unsinnigen Angeboten der Medizin und Ausbeutung der Patienten führt. Gut, dass Sie wenigstens bei der dann notwendigen Rationierung mithelfen wollen. Und besonders interessant wären die von Ihnen erwähnten «neuen Lösungsansätze» gewesen, die nach Ablehnung der MC-Vorlage alles besser machen werden. Da ist mir der Spatz in der Hand sehr viel lieber ...

*Dr. med. Hansueli Schläpfer,
Leiter Ärztenetz säntiMed, Herisau*

- 1 Haldemann R. Bringt Budgetmedizin doch keine Einsparungen? Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(17): 636–7.
- 2 Beck K., Kunze U. et al. Steigern Schweizer Ärztenetze die Effizienz im Gesundheitswesen? Eine Analyse auf mittlere Frist. Forschungsbericht des CSS Institut für Empirische Gesundheitsökonomie; 2011 (www.css-institut.ch)



Replik auf den Leserbrief von H. Schläpfer

Sehr geehrter Herr Kollege Schläpfer Aufgrund des publizierten statistischen Zah-