



DachVerband

Hofwiesenstrasse 3
Postgebäude Schaffhauserplatz
Postfach, 8042 Zürich

Schweizerischer Patientenstellen DVSP

Tel. 044 361 92 56
Fax 044 361 94 34
Postcheck 80-38017-7 www.patientenstelle.ch
info@patientenstelle.ch

Es gilt das gesprochene Wort!

Consano-Symposium – Olten - 20.09.07

Chronisch kranke Patientinnen und Patienten verursachen die grössten Kosten! Wie kann dies politisch bewältigt werden?

Bereits der Titel meines Referats provoziert und trifft gleichzeitig den Kern der Sache! Einerseits weil er den chronisch kranken Menschen als Kostenfaktor erfasst, andererseits weil nie Lösungen nur von der Politik erwartet werden können. (oft a. n. erwünscht sind!)

Hingegen zeigt die Aussage natürlich den Zeitgeist: Mit der Kostenbrille blicken wir mit sorgengefalteter Stirn auf die teuren chronisch kranken Menschen. Jeden Tag lesen und hören wir in den Medien, wie teuer unser Gesundheitswesen ist, wie steil die Kosten stetig ansteigen und dass jedes Jahr die Krankenkassenprämien mehr oder weniger steigen. Meist als Legitimation für die Rationierungsdebatte! Bis heute weiss ich nicht, was mit dieser Debatte bezweckt wird.

Geht es, ketzerisch gefragt, darum, die Rationierung zu legitimieren? Denn noch habe ich nicht erlebt, dass aufgrund der Rationierungsdebatte in Pflegeheimen mehr diplomiertes Pflegepersonal oder zusätzliche Physiotherapie für die 80jährige halbseitig gelähmte Frau M. zur Verfügung gestellt wurde.

Ein anderes Beispiel: Einerseits veranstalten wir internationale Transplantationstage und rufen zur Organspende auf, andererseits beklagen wir die hohen Kosten, die dadurch entstehen. Was also wollen wir?

Der Titel suggeriert den betroffenen Personen auch Schuldgefühle: Sie liegen der Gesellschaft auf der Tasche und mit der Einteilung in eine bestimmte Gruppe spielen wir sie gegen andere Risikogruppen aus.

Meine These lautet wie folgt:

Effizient und erfolgreich sparen können wir nur, wenn wir auf die Qualität der medizinischen Leistungen setzen. Dazu braucht es entsprechende Voraussetzungen und Rahmenbedingungen.

Eine Vorbemerkung: Mein Referat ist viel zu lang, also erzähle ich Ihnen nicht alles was ich vorhatte.

Im ersten Teil zitiere ich aus den jeweiligen Themen nur Kernaussagen, meine Ausführungen konzentrieren sich auf den zweiten Teil.

Ablauf:

1. Gesellschaftliche Rahmenbedingungen
2. Mündige und aufgeklärte Patientin
3. Reflektierende Ärztin
4. Vertrauensverhältnis zwischen Patientin und Ärztin
5. Arbeitsumfeld der Grundversorgerin des Grundversorgers



-
6. Politisch gesetzte Rahmenbedingungen
 7. Lösungsvorschläge
 8. Fazit & Ausblick

1. Gesellschaftliche Rahmenbedingungen

Die Medikalisierung, die wirtschaftlichen Interessen der verschiedenen Akteure, die teils aggressive Werbung der Pharmaindustrie und die Rationierungsdiskussion beeinflussen die Patientinnen und Patienten massgeblich und prägen ein Klima, das tendenziell das Misstrauen in die Ärztin-Patientin-Beziehung einschleichen lässt.

2. Mündige und aufgeklärte Patientin

Patientinnen und Patienten können nur dann eine Wahl bei der Gesundheitsversorgung treffen, wenn sie umfassend informiert und aufgeklärt sind.

3. Reflektierende Ärztin

Während die einen Patienten gut informiert sind, sich kritisch mit der Krankheit auseinandersetzen und sich aktiv im Behandlungsplan einbringen, gibt es Desinteressierte, mit unrealistischen Anspruchshaltungen und überhöhten Erwartungen.

Es ist nun Aufgabe des Arztes, damit umzugehen und den kranken Menschen dort abzuholen, wo er steht und ihn in die Behandlung mit einzubeziehen und zu begleiten.

4. Vertrauensverhältnis zwischen Patientin und Ärztin

Bei einer Behandlung müssen mindestens zwei Menschen in einem Teamwork auf der Vertrauensbasis zusammenkommen:
Die Ärztin und die Patientin

Fazit des ersten Teils:

Das Bewusstsein für die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen in denen eine medizinische Behandlung stattfindet, ist gegeben. Die Basis für eine vertrauensvolle Beziehung ist gelegt, die Compliance der Patientin kann erwartet werden, ebenso wie die „gute“ Ärztin erwartet werden kann. Jetzt stellt sich die Frage, wie das Umfeld gestaltet werden muss, damit die Rahmenbedingungen für die qualitativ hochstehende Behandlung gegeben sind.

5. Arbeitsumfeld der Grundversorgerin oder des Grundversorgers

Die Grundversorgerin, der Grundversorger kann diesem Anspruch gerecht werden. Wir gehen davon aus, dass sie die Bezugsperson der Patientin ist, die gut vernetzt mit anderen Diensten interdisziplinär zusammenarbeitet. Als Beispiel ist die Schmerzpatientin zu erwähnen, bei deren Behandlung der interdisziplinäre Ansatz steht.



Sämtliche Dienste müssen in die Behandlung einbezogen werden. Die Kommunikation muss funktionieren, zuweisende Ärztinnen und Ärzte müssen aktiv Zwischeninformationen über ihre Patientinnen und Patienten erhalten und schliesslich müssen beim Spitalaustritt sämtliche nachbetreuenden Dienste mit umfassender Information versorgt werden. Die gegenseitigen Bedürfnisse müssen periodisch ermittelt werden, indem regelmässig Aussprachen stattfinden.

6. Politisch gesetzte Rahmenbedingungen

Wir haben 26 Gesundheitssysteme in der Schweiz und die Grundversorgung für alle ist im KVG geregelt. Die Rahmenbedingungen sind also gesetzt. Diese müssen wir ändern, um Veränderungen bewirken zu können.

Zum Beispiel sollte die Entlohnung der ärztlichen Tätigkeit nicht in Relation zur Krankheitsbehandlung stehen, sondern abhängig von Gesundheitsförderung und optimaler Behandlungskette sein.

Wichtig dabei ist:

Medizinischer Sachverstand muss den ökonomischen Interessen der Krankenversicherungen entgegengestellt werden.

Noch drei Beispiele, die beliebig erweitert werden könnten, zum KVG, als Basis der Grundversorgung:

1. Die Kriterien des KVGs sollten mit human auf hzwz erweitert werden.
2. Die Qualifizierung der Leistungserbringerinnen und Erbringer muss gesetzlich verankert werden.
3. Im Risikoausgleich sollte der Morbiditätsfaktor abgebildet werden, insbesondere auch damit die Risikoselektion der Kassen unter der letztlich die Patientinnen und Patienten zu Leiden haben, ein Ende hat.

7. Lösungsvorschläge

Die Zukunft (die Vergangenheit übrigens auch!) liegt in der ganzheitlichen Medizin, die nur interdisziplinär in Netzwerken und in Zusammenarbeit stattfinden kann.

Dabei können Hausärztinnen und Hausärzte eine Gatekeeper-Funktion übernehmen. Die Veränderungen in diesem Bereich zeigen sich darin, dass die strikte Aufgabenteilung der verschiedenen Leistungserbringer im Gesundheitswesen Hausärzte, Spezialärztinnen, Spitäler, Spitex, Gesundheitszentren, Heime, Kur- und Rehabilitationsinstitutionen usw. zunehmend zerfließt. Die Zukunft liegt demnach im Aufbau vernetzter Strukturen.

Ich stelle Ihnen nun fünf Lösungsvorschläge vor:

A. Struktur & Forschung

Zuerst gilt es die Strukturfragen zu klären. Nebst der Stärkung der Hausarztmedizin als Ganzes muss auch die Grundlagenforschung gefördert werden. Diese erhält nun mit dem Lehrstuhl für Hausarztmedizin an der Universität Zürich enormen Support. Es sollte EBM praktiziert werden, die



sich an in Studien belegten Erkenntnissen orientiert. An krankheitsspezifischen Daten, die in der Hausarztpraxis erhoben werden, kann die Forschungstätigkeit in der Grundversorgungsmedizin gefördert werden. Davon verspreche ich mir beispielsweise einen adäquateren Einsatz von Antibiotika.

B. Managed care-Modelle

Den Grundversorgern kommt eine Schlüsselrolle in der Steuerung von Behandlungsprozessen zu. Deshalb muss es sich bei der Grundversorgung um ausgebildete Fachkräfte mit entsprechender Qualifikation handeln. Managed-Care-Modelle sollten insbesondere für kranke Patienten attraktiv sein und nicht zur Selektion von „gesunden Patientinnen und gute Risiken“ beitragen.

Die unschöne Haltung, teure Patientinnen abzuschieben und günstige Patientinnen anzuwerben, muss energisch bekämpft werden. Die Zeit der billig Kassen sollte vorbei sein.

C. Behandlungskette als strukturierte und qualitätsgesicherte Behandlung

Für die Behandlung von chronisch kranken Menschen mit besonders komplexen Krankheitsbildern beziehungsweise Verletzungen und/oder Behinderungen stelle ich mir vor, dass diese ebenso wie die Ärzteschaft bereits sehr früh in sogenannte Disease-Management-Programme einbezogen werden, die sich als Behandlungskette im Sinne von strukturierter und qualitätsgesicherter Versorgung präsentieren.

Beispiele aus Deutschland zeigen, dass bei Diabetes-Patientinnen und Patienten mit dieser Behandlungsform eine deutliche Besserungen erzielt werden konnte und natürlich können dadurch beachtliche Kosteneinsparungen erzielt werden, in dem viele Folgeerkrankungen vermieden werden.

Diese Form von Behandlung müsste in schweizweit geregelten Verträgen sichergestellt werden.

D. Die Abgeltung anhand Krankheitsspezifischer Daten

Die gerechtere Abgeltung der ärztlichen Tätigkeit kann mit krankheitsspezifischen Daten, die in der Hausarztpraxis erfasst werden, hergestellt werden. Entsprechende Verträge müssten natürlich schweizweit gelten.

E. Qualitätszirkel von Ärzten und Apotheken

Das Friburger-Modell des Qualitätszirkels von Ärzten und Apotheken zeigt ein beachtliches Resultat: Effizientere und sicherere Medikamentenverschreibungspraxis höhere Medikamentensicherheit, besserer Schutz gegen Medikamentenkampagnen und natürlich grosse Einsparnisse. Will man der Publikation zum Friburger-Modell glauben, machen diese bis zu 20% tiefere Medikamentenkosten oder pro Arzt rund 127 000 Franken pro Jahr aus.

Aus mir unerklärlichen Gründen haben diese Qualitätszirkel den Durchbruch noch nicht geschafft. Gerade im Kanton Zürich wo wir bereits zum dritten Mal über die Selbstdispensation abstimmen müssen, wäre eine solche Lösung äusserst wohltuend. Kurz und gut: Eine nationale Lösung, damit die Verhandlungen nicht jedes Mal neu geführt werden müssen, wäre doch mehr als angezeigt.

8. Fazit & Ausblick

Es muss unser Ziel sein und bleiben, eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung und einen



chancengleichen Zugang für alle zu sichern. Dabei muss dem langfristigen Nutzen-Kosten-Verhältnis besonderes Augenmerk geschenkt werden und schliesslich sollte der Qualität in Diagnostik, Therapie und kontinuierlicher Betreuung für die ganze Abklärungs- und Behandlungskette der Patientinnen und Patienten absolute Priorität eingeräumt werden.

Das Gesundheitswesen ist im Umbruch wie vielleicht noch nie zuvor. Unterstützt werden müssen die Veränderungen durch Eigeninitiative aller Akteurinnen und Akteure gemeinsam von Spitälern und Praktikern. Erfolgt das nicht, wird die stärkere Regulierung von dritter Seite nicht zu verhindern sein.

Wenn wir eine humane und kostengünstigere Medizin wollen, kann es nicht sein, dass nur der bestimmt, der bezahlt. Denn solange wir die medizinischen Leistungen primär aus dem Blick der Finanzen betrachten und den Menschen mit dem Blick auf den Kostenfaktor, wird die Behandlung von chronisch kranken Patientinnen und Patienten teuer bleiben.

Mit einer vernünftigen Behandlung und Betreuung lassen sich Kosten sparen! Doch die Gefahr kurzfristig das Günstigere zu wählen um damit längerfristig Kosten zu generieren, ist zu gross!

Vieles im Gesundheitswesen läuft gut, einiges nicht. Ich möchte deshalb meine Ausführungen verstanden wissen als Aufruf zur Auseinandersetzung und Diskussion mit der Absicht rasch und gemeinsam Lösungen im Interesse der chronisch kranken Menschen zu finden und Fehler auszubügeln. Denn nur wenn wir Fehler eingestehen, können wir korrigierend einwirken und uns entwickeln. Das gilt für Patientinnen, Ärzte, Politikerinnen, Patientenvertreter, usw.

In diesem Sinn überlasse ich das Schlusswort Eugen Bleuler:

**„Ich stecke selbst in den Fehlern, die ich rüge, mitten drin!“
Eugen Bleuler, Zürich 1919**

Eugen Bleuler machte diese Aussage in seiner Schrift von 1919 über „Das autistische undisziplinierte Denken in Medizin und deren Überwindung!“

Erika Ziltener, Zürich 20.09.07