

Vollständige Rede am 2. Consano Symposium vom 27.04.2006
Autor: Dr. med. Michel Romanens

Sehr geehrte Anwesende,

Vor ziemlich genau einem Jahr fand an diesem Ort das 1. Consano Symposium statt. Unser damaliges Hauptthema galt dem Konflikt des Arztes zwischen Kosten und Kostennotwendigkeit, das heisst, optimaler Grundversorgung, Behandlung und Prävention von Krankheiten bei seinen Patientinnen und Patienten. Dia 1

Schon damals haben wir und andere davor gewarnt, dass die teuren, sprich chronisch-kranken Patienten, durch die Kostendiskussion eine medizinische Unterversorgung erleiden könnten. Dies vor allem auch durch den Kostendruck, welcher durch das nivellierende Kontrollinstrument der santésuisse, dem Kostenindex basierend auf der statistischen Methode, erzeugt wird.

Damals kamen auch zwei Rechtsgutachten zur Sprache, welche gesetzesverletzende Probleme des Kostenindex aufzeigten. Dr. Ueli Kieser bemängelte folgende Punkte:

Ungenügender Abdeckungsgrad
Fehlende Uebereinstimmung mit Praxisdaten
Zeitliche Zuordnung
Fehlerhafte Erhebung der Datenbestände
Auswirkungen der Wahlfranchise Dia 2

Als einziges Beispiel, welches diese Tatbestände illustrieren möge, erwähne ich eine Beobachtung, welche im Schlussbericht zur „ärztlichen Versorgung“ in der Schweiz, einer gemeinsamen Arbeit der santésuisse, dem schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, dem BAG und der Schweiz. Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren im Schlussbericht des Hauptautors, Samuel Bärtschi, am 27. Oktober 2005 kommuniziert wurde: „Beim Vergleich der von den Ärzten im Jahr 2002 erbrachten Bruttoleistungen (inkl. selbstdispensierter Medikamente) des Datenpools (5425 Mio. CHF) mit denjenigen des BFS (8240 Mio. CHF) zeigt sich, dass der im Datenpool erfasste Anteil der ärztlichen Leistungen 66% beträgt.“ Dia 3

Dass die Art von Bemessung ärztlicher Leistung durch die Daten aus dem Datenpool der santésuisse weitgehend unbrauchbar ist, bezweifelt eigentlich ausser der santésuisse und den Versicherungsgerichten niemand ernstlich. Dass aber auf Grund dieser Wirtschaftlichkeitsverfahren, welche auf der statistischen Methode basieren gemäss versicherungsgerichtlicher Praxis Ärztinnen und Ärzte abgeurteilt werden können, weil die Zahlen der santésuisse als Beweismittel für Überarztung vor Gericht Geltung erhalten haben und haben werden, ist ein Skandal.

Entsprechend wies im 2. Rechtsgutachten, welches am 1. Consano-Symposium vorgestellt wurde, Frau Monika Gattiker vom Büro Poledna nach, dass das eidgenössische Versicherungsgericht es unterlassen habe, wie sie im letzten Punkt ersehen, die Verfassungsmässigkeit seiner Praxis zu überprüfen. Dies gilt besonders für die veranlassten Kosten, beispielsweise von Medikamentenkosten in der Apotheke. Dia 4

In der Zwischenzeit ist der Unmut unter den Ärztinnen und Ärzten eskaliert, es kam am 1. April 2006 zur ersten Grossdemonstration der Grundversorger in Bern. Am 3. April 2006 titelte die NZZ in einem Editorial: „Wovon sie reden und worüber sie schweigen“: Dia 5

Zum Beispiel über Interessenskonflikten zwischen medizinischen Grundversorger gegen Spezialisten. Wovon aber reden sie nicht oder zumindest nur sehr zaghaft? Von der Bildung von Ärztenetzwerken, dem Ende des Einzelkämpfertums, von der Aufhebung des Kontrahierungszwangs zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern. Schliesslich sprechen sie auch nicht davon, welchen Anteil an ihrer Unzufriedenheit die Politik hat und welcher hausgemacht ist. Dia 6

Im heutigen Symposium haben wir versucht, auf diese Dinge einzugehen: wo hüllt sich die Aerzteschaft noch zu häufig in Schweigen ?

Ich komme nochmals zurück auf die Wirtschaftlichkeitsverfahren. Obwohl diese von vielen Ärztinnen und Ärzten, vor allem von jüngeren Grundversorgern oder Ärztinnen und Ärzten mit speziell teuren, sprich: chronisch-kranken Patienten besonders gefürchtet werden, ist dieses Problem am 1. April 2006 in Bern nicht thematisiert worden. Warum ?

Die Antwort ist einfach: die Ärztinnen und Ärzten haben es versäumt, eigene Wirtschaftlichkeitsverfahren in den Kontext ihrer Arbeit zu stellen und daraus die berühmten WZW-Kriterien abzuleiten, als da sind: Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit, Wirksamkeit. Die Wirtschaftlichkeitsverfahren werden deshalb den anderen überlassen, das Resultat ist ein Desaster.

Was die santésuisse damit in letzter Zeit angestellt hat, dürfte wohl allen hier versammelten bekannt sein. 20% der Grundversorger seien Abzocker, schrieb der Sonntags-Blick am 15. April 2006, es war der Ostersonntag. Unser oberster Arzt wehrte sich mit dem Hinweis, dass wir bei den Wirtschaftlichkeitsverfahren mehr berücksichtigt werden sollten. Dia 7

Glücklicherweise sprach dann aber unser Vizepräsident und Nationalrat Ives Guisan im Blick vom 18. April 2006 mehr Klartext: «Wenn ich als Arzt viele Chronischkranke betreue, die hohe Kosten verursachen, werde ich als Abzocker hingestellt. Das ist nicht akzeptabel!», Unterstützt wird Guisan vom Arzt und SP-Nationalrat Paul Günter (62): «Nach der Logik von Santésuisse fährt der Arzt am besten, der möglichst viele gesunde Patienten hat. Diese Bürolisten haben von Medizin keine Ahnung.» und weiter schreibt der Blick: Tatsächlich betrug die Dia 8

Kostensteigerung bei den Ärzten zwischen 1998 und 2004 17 Prozent – nur wenig mehr als der Anstieg des Bruttoinlandprodukts.

Dieses ganze Gerede um die schwarzen Schafe zielt leider am Problem vorbei. Worum geht es eigentlich ? Es geht ja eigentlich darum, dass wir Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung die finanziellen Mittel erhalten, um unsere Patientinnen und Patienten im ambulanten Setting, welches nachweislich kostengünstiger ist, zu behalten, um ihnen die Gesundheit möglichst lange zu erhalten (sprich Prävention) und die Erkrankten möglichst kosteneffizient zu behandeln. Kurzum: eine anständige und ethisch vertretbare Medizin muss finanzierbar bleiben.

Ich darf Ihnen ein Beispiel nennen: Prof. Andreas Stuck schrieb am 09. April 2006 in der NZZ vom Sonntag: Die Kosten für die Langzeitpflege werden von derzeit 6,5 Milliarden Franken pro Jahr auf über 15 Milliarden 2030 ansteigen. So der Befund einer Studie des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, die vergangene Woche veröffentlicht wurde. Dieser Betrag ist gleich hoch wie die gesamten Ausgaben des Bundes im Jahre 1977. Dia 9

“...wir haben in einem Forschungsprojekt die Wirksamkeit von präventiven Hausbesuchen untersucht. Dieses Pionierprojekt zeigte, dass mit strukturierten präventiven Hausbesuchen ein wesentlicher Teil der Heimeinweisungen vermieden werden kann. Eine Analyse aller internationalen Studien im Gebiet der geriatrischen Forschung belegt, dass präventive Verfahren, etwa fachkompetente geriatrische Hausbesuche, die Selbständigkeit im Alter fördern und Heimeinweisungen um einen Drittel reduzieren können. Dia 10

“...Wenn wir heute nur 1 Prozent der aktuellen Kosten der Langzeitpflege, also rund 65 Millionen Franken pro Jahr, in die Gesundheitsförderung und Prävention im Alter investierten, so wären wir in der Lage, allen älteren Schweizerinnen und Schweizern massgeschneiderte präventive Verfahren anzubieten. Eine Investition ist allerdings erforderlich, denn die Finanzierung unseres Gesundheitssystems ist auf gute Diagnosen und Therapien und nicht auf umfassende Prävention ausgerichtet. Dia 11

Sehr geehrte Damen und Herren. Wir kommen nicht darum herum. Wenn wir anständige Lösungen für die Anforderungen der medizinischen Grundversorgung basierend auf Hausarztmodellen anbieten wollen, sind folgende Prämissen eine *conditio sine qua non*: Dia 12

Wir müssen unsere Kosten gegenüber der Öffentlichkeit verantworten, wir müssen belegen, dass jeder investierte Franken im Sinne eines return for investment der Gesundheit der Bevölkerung zu Gute kommt und dass wir über die Möglichkeiten verfügen, zumindest für die wichtigsten Volkskrankheiten wie Krebs, Herzinfarkt, Hirnschlag, Osteoporose, Depressionen und chronische Schmerzzustände alles tun, gerade auch im Bereich der Prävention, um die Folgekosten einer Unterversorgung

dieser Krankheiten, was heute leider faktisch zu häufig der Fall ist, zu vermeiden.

Die Erarbeitung solcher Bemessungstools nicht nur betreffend veranlasste Kosten sondern auch betreffend der Qualität ärztlicher Präventionsaktivitäten und Heilungsprozesse ist ohne Finanzierung nicht möglich und war Gegenstand des Vortrags von Dr. Erich Steinmann.

Aber: wir müssen dringend Finanzquellen suchen, welche es gestatten, wissenschaftlich validierte Messinstrumente zu entwickeln und damit unsere Tätigkeit als Ärztinnen und Ärzte laufend zu überprüfen. Vielleicht sollten wir uns überlegen, ob wir uns die Entwicklung effizienter Bemessungsverfahren nicht selber finanzieren sollten. Wenn 15'000 Grundversorger pro Jahr 300 Franken daran zahlen würden, könnten pro Jahr knapp 500'000 Franken für diese Aufgabe bereitgestellt werden. Die FMH sollte hier einiges aktiver werden.

Erst wenn wir über diese Messinstrumente verfügen, können wir den Risikoausgleich für teure, also chronisch-krankte Patienten erzeugen und sind damit gewappnet, in den Zeiten ohne Kontrahierungszwang, die garantiert kommen werden, der gefährliche statistische Methode der santésuisse ein valides und validiertes Instrument entgegenzustellen.

Wir hoffen, dass wir mit unserem 2. Consano-Symposium einen weiteren Beitrag zur Lösung anstehender Probleme im Primary Care geleistet haben und danken Ihnen für Ihre Teilnahme und rege Diskussion. Nochmaliger Dank auch an die Referentinnen und Referenten sowie an unsere ausgezeichnete Moderatorin, Alenka Ambroz. Dia 13

Last but not least danke ich den Sponsoren dieser Tagung und hoffe, Sie in einem Jahr am gleichen Ort zusammen mit Dr. Cyrill Jeger für unser 3. Consano-Symposium begrüßen zu dürfen. Dia 14

