

CONSANO-Symposium vom 27.04.2006

Werden chronische Patienten aus Kostengründen unterversorgt?

Beurteilung der Kosten polymorbider Patienten durch den Vertrauensarzt?

Wie sollen sich die Aerzte verhalten?

Bei der Vorbereitung bin ich davon ausgegangen, dass 2 Sachen interessieren:

- Welche Rolle spielt der VA bei Wirtschaftlichkeitsverfahren?
- Worauf schaut er, wenn er solche Fälle beurteilen muss?
- Wie kann ich mich als Leistungserbringer schützen?

Wenn ich Ihnen Antworten zu geben versuche, dann spreche ich aus meiner Erfahrung mit den von mir beratenen Versicherer und aufgrund von Gesprächen mit VA-Kollegen. Ich bin aber genauso wie Sie behandelnder Arzt: Grundversorger in einer ländlichen Gegend des Kantons Zürich.

Es gibt hier aber keine allgemeingültige Regeln, da an sich jeder Versicherer frei ist. Was ist dann die Rolle von sas? werden Sie sich sofort gefragt haben. sas ist m.W. nur an Pauschalbeanstandungsverfahren beteiligt, dies aufgrund von Durchschnittszahlen.

Index: hier meine 1. Provokation: wenn es Leute gibt mit Index 125, so muss es Leute geben mit Index 75, sonst ginge die Sache nicht auf. Alle Aerzte haben teure Patienten. Meine teuerste Patientin hat auch Kosten von Fr. 33'000.--/2005 verursacht (nur Medi). Es bewirkte dies vor ein paar Jahren auch eine Anfrage der Helsana, deretwegen mich HP Kuhn noch in der SAeZ erwähnt hat (3 Pat aufzählen). Und trotzdem hatte ich noch nie eine Drohung im Haus.

Und ich schliesse meine Provokation 2 an: in der Untergruppe Bezirk Andelfingen des HAWA hatte ich 2004 genau 50% der Kosten des teuersten Kollegen (welcher die gleiche Art Praxis führt und nur 4 Jahre älter ist als ich). Ist er wirklich doppelt so gut? Oder doppelt so seriös? Oder doppelt findiger?

Provokation Nr. 3 an sas: ich bin ein Gegner von reinen Pauschalbeanstandungsverfahren aufgrund von Durchschnittszahlen: in meinen Augen gibt es nur die analytische Methode

Nun zu den polymorbiden Patienten:

Ich behaupte

- wir haben alle polymorbide Patienten, so wie wir alle
- kostengünstige haben (z.B. im NF-D)
- ist es zum Schaden der Polymorbiden, wenn wir auch bei ihnen ev auf das eine oder andere Medi verzichten, auf die eine oder andere mehr oder weniger sinnvolle Untersuchung oder Therapie?
- Mit Ausnahmen sind das Anführen von Polymorbiden Schutzbehauptungen

Wie sollen sich Aerzte verhalten?

- weniger ist manchmal mehr
- bitte keine Briefe an VA (Exkurs über das Rechtliche)
- Kooperation
- Arroganz ist der Beginn des Eigengoals
- Die Mitarbeiter der Versicherer sind nicht prinzipiell hirnlos (so wie die Leistungserbringer nicht prinzipiell im besten Fall nur Kleinkriminelle sind)

Forderungen meinerseits:

- Vollkostenstatistiken anstelle der unvollständigen sas-Statistiken, d.h. inkl. veranlasste Kosten und inkl. stationäre Kosten
- Schwarze Schafe gibt's nicht v.a. bei den Grundversorgern (aber auch)
- Auch Spezialisten können bezüglich wzw angeschaut werden
- Rückforderung veranlasster Kosten ist m.E. fragwürdig, wobei eben aus Sicht des Versicherers kein Unterschied zwischen veranlassten und erbrachten Leistungen besteht

Fazit:

Weder ein faktisches Globalbudget, wie wir es seit TARMED im Grunde genommen haben, noch das Damoklesschwert von Rückforderungen dürfen polymorbide Patienten benachteiligen. Beides soll uns dazu bringen, die vorhandenen Mittel gezielt und optimal einzusetzen. Alles andere wäre ethisch mehr als nur fragwürdig.

Dr.med. Jürg Zollikofer
Allgemeine Medizin FMH
Präsident der Schweizerischen Gesellschaft der Vertrauensärzte
im Zinggen 1
8475 Ossingen
juerg.zollikofer@hin.ch
www.vertrauensaeerzte.ch