

Medizin zwischen Mangel und Möglichkeiten: Forum der Zukunft an der BETAKLI 2002

Podiumsdiskussion mit Ch. Beerli¹, F. Follath², M. Manser³, J. Reinhart⁴, J. Schlup⁵, O. Zutter⁶ (Gesprächsleiter), Plenum der BETAKLI

Bei weiterhin überdurchschnittlich steigenden Gesundheitskosten sucht man in dieser Gesprächsrunde nach Lösungsansätzen, wie die kostenwirksamen Faktoren des Gesundheitswesens beeinflusst werden könnten: durch die Zahl der ÄrztInnen, die Grösse des Leistungskatalogs, die Medikamentenpreise, das Patientenverhalten?

Les coûts de la santé continuant d'augmenter au-delà de la moyenne, les participants à ce débat discutent de solutions pour influencer les facteurs responsables de cette évolution: le nombre des médecins, le volume du catalogue des prestations, le prix des médicaments, le comportement des malades?

Bruno Kissling

Aufruf zu gemeinsamer Suche nach sinnvollen Lösungen

Die Diskussion unter der Leitung von O. Zutter war lebhaft und engagiert. Man konnte aber keine wirklich neuen Aspekte zum Thema hören. Der Aufruf von Ch. Beerli an die Ärzteschaft zur Zusammenarbeit an einer schnellstmöglichen Suche nach mutigen Lösungen zur Zügelung des Gesundheitswesens wurde von über 300 ÄrztInnen gehört. Der Präsident der Berner Ärztesgesellschaft, J. Schlup, hat die Einladung angenommen. Die Ärzte sind bereit zur Zusammenarbeit mit allen Partnern des Gesundheitswesens, hält er fest.

Zu einer Subito-Lösung dürfte es aber nicht kommen, denn dem rationalen, auf Evidence Based Medicine (EBM) gestützten medizinischen Wissen und dem auf WZW-Kriterien basierenden Leistungskatalog steht ein hoher, emotional geprägter Nachfragedruck der Bevölkerung gegenüber. Dieses Spannungsfeld stellt nicht nur für die PolitikerInnen eine kaum lösbare Herausforderung dar,

sondern auch für uns ÄrztInnen – trotz unseres besten Willens und medizinischen Wissens und trotz einer zunehmend besseren Kommunikation und Kooperation zwischen HausärztInnen und SpitalärztInnen.

Neben den (nur teilweise) im Einflussbereich der Ärzte liegenden diagnostischen und therapeutischen Innovationen und der demographischen Entwicklung spielen auch gesellschaftspolitische, vor allem sozioökonomische Faktoren eine ganz wesentliche Rolle für die unbremssbare Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. Diese zu beeinflussen, dürfte auch unter vereinten Anstrengungen viel Zeit erfordern.

Nachfolgend seien einige wichtige Statements zusammengefasst.

Die (Ohn)macht des Wissens und der Konkurrenz

Ch. Beerli, Ständerätin, betont, dass die Schweiz ein sehr gut funktionierendes Gesundheitswesen habe, dass es eine hohe Lebensqualität mit generiere, dass es zudem ein grosser Arbeitgeber sei – 380 000 Menschen leben direkt oder indirekt davon. Aber es sei zu teuer – und zwar in den Augen aller, der Versicherer, der Administration, der Politiker und auch der Versicherten, die sich als Patienten zwar immer das Beste wünschen, die Versicherungsprämien aber kaum mehr bezahlen können oder wollen. Diese Situation bewirke, dass unverzüglich gehandelt werden müsse, wenn nicht eine Staatsmedizin oder eine Einheitskasse heraufbeschworen werden soll.

Durch eine Neuregelung der Spitalfinanzierung sollen künftig die Leistungen der Spitäler finanziert werden und nicht mehr, wie heute, die Spitäler als Institutionen. Die Prämien bräuchten eine festgelegte Obergrenze, diese solle aber nicht lohngelunden sein, weil dadurch eine Abnahme der Eigenverantwortung begünstigt würde.

Ch. Beerli ist gegen eine Zulassungsbeschränkung der Ärzte, in der Aufhebung des Kontrahierungszwangs sieht sie aber einen potentiellen wettbewerbsorientierten Lösungsansatz. Sie erwartet von uns ÄrztInnen, dass wir mit unserem Wissen einen auf EBM basierenden, den WZW-Kriterien genügenden Leistungskatalog definieren und durchsetzen, dass wir das Richtige beim Richtigen tun, dass wir uns in sich gegenseitig konkur-

¹ Ständerätin

² Chefarzt Departement Innere Medizin, Universitätsspital Zürich

³ Vorsitzender Konzernleitung Helsana

⁴ Leiter Pharma und Entwicklung Novartis

⁵ Präsident Berner Ärztesgesellschaft

⁶ Redaktor «Berner Zeitung»

Korrespondenz:

Dr. med. Bruno Kissling
Elfenauweg 6
CH-3006 Bern

6 kissling@primary-care.ch

rierende Netzwerke organisieren, unsere PatientInnen durch die ganze Behandlungskette begleiten und die volle Kostenverantwortung übernehmen.

Rationalisierung durch Netzwerke und Anreize zur Eigenverantwortung

M. Manser, Helsana, sieht sich vor allem mit der schwindenden Zahlungsbereitschaft und -fähigkeit der Versicherten konfrontiert. Die Kostenentwicklung sei sicher multifaktoriell verursacht, doch sieht er durchaus auch Möglichkeiten, dass der angebotsgesteuerte Gesundheitsmarkt durch einen Ausbau von geeigneten Rationalisierungsmassnahmen kontrolliert werden könnte – insbesondere durch die Steuerung des Zugangs zum Gesundheitswesen und die Reduktion der Anbieter. Durch die Aufhebung des Kontrahierungszwangs könnte der notwendige Wettbewerb ermöglicht werden, dessen Regeln durch die in integrierte Netzwerke organisierten ÄrztInnen mitbestimmt werden könnten. Die Medikamentenpreise seien dem Niveau des europäischen Auslandes anzugleichen. Die monistische Spitalfinanzierung sei anzustreben. Um eine Rationierung, ein Globalbudget oder eine Verstaatlichung der Krankenkassen zu vermeiden, müssten die Anreize so gestaltet werden, dass ein sorgsamer Umgang mit den Ressourcen belohnt würde. Anstelle von Maximalforderungen sollte die Eigenverantwortung gefördert werden.

Medikamente sind ihr Geld wert

J. Reinhart, Novartis, weist auf den realen Gegenwert hin, welcher sich aus den zugegebenen sehr teuren Medikamenten ergebe. Diese leisten einen bedeutenden Beitrag zur hohen Lebensqualität und Senkung der Sterblichkeit bei vielen Krankheiten. Die Preise seien aus den hohen Kosten zu erklären, die sich für ein einziges Medikament von der Forschung bis zur Erfüllung der sehr hoch angesetzten Neuzulassungsanforderungen auf 800 Millionen bis 1 Milliarde Franken belaufen.

Er möchte in dieser Diskussion nicht nur zur Medikamentenfrage Stellung nehmen. Er befürchtet, dass durch eine Aufhebung des Kontrahierungszwangs gerade die hoch qualifizierten Leute vom Arztberuf abgehalten werden könnten, dass damit die Qualität ab-

sinken könnte. Den obligatorischen Leistungskatalog hingegen würde er auf das wirklich Notwendige beschränken.

Ein Ärztemangel steht vor der Tür

J. Schlup, Berner Ärztegesellschaft, sieht die Ursache für die zunehmenden Kosten weniger bei den ÄrztInnen (Kostenanteil am Gesundheitswesen 14%) als im sehr grosszügig ausgebauten Leistungskatalog, im medizinischen Fortschritt und in den Folgen des sozioökonomischen Wandels der Gesellschaft. Damit meint er die Zunahme der Einzelhaushalte und die Vereinsamung (fehlende Möglichkeiten für familiäre Hilfeleistungen), die hohe Scheidungsrate mit ihren persönlichen und wirtschaftlichen Folgen sowie die schlechte allgemeine Wirtschaftslage (Stellenverlust).

Die Massnahmen zur Ärztereduktion sowie die Reallohnbusse der Ärzteschaft (30% in den letzten 30 Jahren) wirken sich verunsichernd (Lebensplanung) auf die künftigen Ärztegenerationen aus. Bereits jetzt zeige sich ein latenter Ärztemangel, wie an der grossen Zahl von ausländischen AssistenzärztInnen in den Spitälern leicht ersichtlich sei. Bei einem 15 bis 20 Jahre dauernden Ausbildungszyklus müsse bald mit einem nachhaltigen Ärztemangel in allen ärztlichen Tätigkeitsfeldern gerechnet werden. Praxisübergaben seien bereits heute, vorerst noch auf dem Land, zunehmend schwierig.

Aus einer Aufhebung des Kontrahierungszwangs dürften letztlich mehr negative als positive Folgen resultieren; vor allem könnte sich daraus ein Nachteil für polymorbide, chronisch kranke PatientInnen ergeben, da sich die ÄrztInnen die Behandlung dieser PatientInnen wegen möglicher negativer Auswirkungen auf ihre Statistik bzw. ihre Kontrahierung nicht mehr «leisten» könnten.

Die Arzt-Patienten-Beziehung kann nicht ökonomisch gesteuert werden

F. Follath, Universitätsspital Zürich, erwähnt, dass die Medizin immer mehr Möglichkeiten habe, die von der Bevölkerung durchaus begrüsst würden; dass aber niemand wisse, zu welchem Ziel das Gesundheitswesen als Ganzes gesteuert werden soll. Den Vorschlag zur gemeinsamen Lösungssuche nimmt er sehr positiv auf. Auch er stelle fest, dass sich

gerade die besten ÄrztInnen durch die drohenden Massnahmen zur Reduktion der Ärzteschaft verunsichern liessen. Die Zulassungsbeschränkung für Jungärzte sei nach einer so langen und kostspieligen Ausbildung schlicht unfair. Die Idee des Wettbewerbs unter sich konkurrierenden integrierten Netzwerken kann er nicht unterstützen, denn die Tätigkeit des Arztes lasse sich nicht auf einen ökonomischen Aspekt reduzieren. Dahinter stehe eine sensible Arzt-Patienten-Beziehung, die auf den Arzt persönlich und nicht auf ein Netzwerk ausgerichtet sei. Zudem seien bereits jetzt alle Ärzte in ein privates Netz mit den nötigen, von ihnen ausgewählten Spezialisten eingebunden. Als interessantes Detail erwähnt er, dass der grösste Teil der Krankheitskosten für Abklärungen und Behandlungen im letzten Lebensjahr anfalle; es gebe einfach Umstände, die schlecht beeinflusst werden können.

Einige Statements aus dem Plenum

B. Gafner hält fest, dass die Hausärzte ihre PatientInnen bereits heute – auch ohne integrierte Netzwerke – durch die ganze Behandlungskette begleiten und ganzheitlich betreuen.

Th. Schweizer wendet sich an Ch. Beerli. Die intensive und respektvolle Kommunikation zwischen HausärztInnen und SpezialistInnen an dieser BETAKLI zeige, dass die Ärzteschaft trotz Evidence Based Medicine und WZW-Richtlinien keine genügend stark fundierten Antworten auf die fast elementar daher kommende Nachfragegewalt der PatientInnen bereit habe. Dieser Nachfragedruck könne auch durch eine Elimination von Ärzten nicht gelöst werden. Eine valable Lösung sei nicht denkbar, ohne dass die Bevölkerung gleichzeitig auch vermehrt über die Sinnfrage nachdenke.

H. W. Leibundgut betont, dass alle Ärzte ihr Netzwerk hätten, dass ihnen in einem System mit so vielen Unbekannten eine Übernahme der vollen Budgetverantwortung nicht zumutbar sei.

H. Matti lehnt die Rolle ab, dass die Ärzte zu «Umerziehern» der PatientInnen gemacht werden sollen; dies sei schon deshalb nicht möglich, weil die Patienten ihr «Recht» zu einer zunehmend höheren Nachfrage aus den immer steigenden Prämien rechtfertigen.

M. Marchev wiederholt, dass ein Ärztemangel vorprogrammiert sei, einerseits infolge

demographischer Umstände, indem in wenigen Jahren die geburtenstarken Jahrgänge von den geburtenschwachen Jahrgängen der nach 1965 Geborenen betreut und gepflegt werden müssen; andererseits durch die zunehmende Feminisierung der Ärzteschaft und der damit verbundenen Zunahme der Teilzeittätigkeit.

E. Lobsiger hätte aufgrund seiner Erfahrungen mit der SUVA, bei welcher er immer kompetente Gesprächspartner antreffe, nichts gegen eine Staatsmedizin einzuwenden. Diese wäre ihm viel lieber als ein anhaltender Konkurrenzkampf.

B. Bühler weist darauf hin, dass die Vertretung von Partikularinteressen – die Ärzte beurteilen die Situation aus dem Blickwinkel der Pflege, die Versicherer aus der Optik der Kosten – nicht einer Schwarzpeter-Schuldzuweisungstaktik gleichzusetzen sei.

Das Gesundheitswesen als Bioindikator

Aufgrund seiner Eindrücke an dieser Podiumsdiskussion erlaubt sich der Autor eine Schlussbemerkung. Die Entwicklungen in allen – ethischen, philosophischen, psychologischen, politischen, wissenschaftlichen, medizinischen, sozialen und ökonomischen – Bereichen unserer Gesellschaft scheinen sich mit all ihren positiven und negativen Aspekten auf das Gesundheitswesen auszuwirken und in ihm widerzuspiegeln. Somit könnte das Gesundheitswesen als Bioindikator für die Befindlichkeit unserer Gesellschaft betrachtet werden. Einen Bioindikator zu manipulieren, dürfte aber kaum eine valable Methode sein, um das dahinter liegende Ökosystem zu beeinflussen – gesunden zu lassen.

Alle an dieser Podiumsdiskussion erwähnten Massnahmen, welche letztlich immer auf Partikularinteressen beruhen dürften, blieben somit hilflose Eingriffe an diesem Bioindikator. Erst durch den Prozess einer umfassenden gesellschaftspolitischen Reflexion, an welcher sich unter Federführung von Politik und Ärzteschaft alle Partner des Gesundheitswesens sowie die ganze Bevölkerung aktiv beteiligen würden, könnte ein Gesundheitswesen geschaffen werden, das den Bedürfnissen aller gerecht würde – zur gewünschten Qualität und zu entsprechend optimalem Preis.

Haben sich Politik, Versicherer und Ärzteschaft an der BETAKLI 2002 dazu die Hand gereicht?