

Primary Care: die Basis!

Der Hausarzt und die Hausärztin bilden das kosteneffiziente Fundament unseres Gesundheitswesens. Sie sind mitverantwortlich für die Prävention vermeidbarer Krankheiten und weit und breit die einzigen, die diese Aufgabe in Zukunft noch effizienter angehen können. Die Lösungsaktivitäten der Gesundheitspolitiker und der Krankenkassen stressen die Grundversorgung mit der angedrohten Durchsetzung einer kleinkarierten Kassenarzt-Medizin. Die Hausarzt-Medizin von morgen sieht anders aus, als sich dies gewisse Funktionäre in der Schweiz heute vorstellen.

Les médecins de premier recours constituent la base de la rentabilité des coûts de notre système de santé publique. Ils sont coresponsables de la prévention de maladies et, de loin, des seuls qui puissent s'acquitter de cette tâche en optimisant encore mieux les coûts. Les solutions élaborées par les politiciens de la santé et les caisses maladie stressent la médecine de premier recours en faisant peser sur elle la menace de se voir imposer un système tracassier de médecins de caisse. La médecine de premier recours de demain a une autre fonction que celle que lui attribuent certains fonctionnaires en Suisse.

Michel Romanens
Vizepräsident Consano¹

Kosteneffizienz

Patienten und Patientinnen erwarten, dass sie nach bestem Wissen und mit allen verfügbaren Mitteln beraten und geschützt werden vor Krankheit und vorzeitigem Tod. Ärzte und Ärztinnen können diese äusserst verantwortungsvolle und volkswirtschaftlich kaum zu unterschätzende Aufgabe nur dann in vollem Umfang erfüllen, wenn sie über die nötigen, auch finanziellen, Mittel verfügen. Sie wissen: Behandlung hoher Risiken (Diabetes, HIV, Multiple Sklerose, koronare Herzkrankheit) ist teuer. Je besser die Behandlung von hohem Risiko, desto weniger entstehen noch teurere Behandlungskosten (gerade auch im stationären Bereich); dies ist kosteneffizient.

Zerstörung von Vertrauenswerten durch Rationierung

Grundpfeiler der medizinischen Grundversorgung ist die «vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patient». Die Zerstörung von Vertrauen tritt dann auf, wenn der Arzt oder die Ärztin bei der Behandlung von Leiden und Krankheitsrisiken wegen der Androhung von Rückzahlungsforderungen durch die santésuisse die Patienten unterversorgt (Rationierung). Wegen der Androhung von Rückzahlungen an die santésuisse ist die Rationierung in der Grundversorgung in der Schweiz verbreitet.

Fahndungsmethode und Nivellierung: die Kassenarzt-Medizin

Die Bewertung ärztlicher Leistung erfolgt nach dem Prinzip «billig gleich gut, teuer gleich schlecht». Die von santésuisse ver-

wendete Fahndungsmethode indexiert einerseits den Gesamtumsatz und andererseits die durchschnittlichen Kosten pro Patient und Jahr eines Arztes anhand einer Vergleichsgruppe von Ärzten. Ersteres führt zur Erfassung von umsatzstarken ÄrztInnen, meist Spezialisten oder Praktiker mit hohen Medikamentenkosten, Quantité négligeable. Die weitaus meisten Index-Überschreitungen erfolgen bei HausärztInnen mit relativ niedrigem Einkommen aber relativ teuren Patienten wie HIV, Diabetes etc. Die Indexüberschreitungen führen aufgrund der aktuellen Praxis der Versicherungsgerichte direkt zur Verurteilung, Widerstand ist zwecklos. Die Indexüberschreitungen werden in Zukunft verschärft, da auch geltend für verursachte Kosten in der Praxis selbst oder jedwede Form veranlasseter Kosten. Die Aufhebung des Vertragszwanges führt zur Nivellierung ärztlicher Tätigkeit auf primitivem Niveau und zum Arzt als Kassenfunktionär unter der vollumfänglichen Kontrolle der santésuisse.

Die 10 Behauptungen der santésuisse

- Die Fahndungsmethode der santésuisse ist ein taugliches Mittel zur Erfassung von Überarztung.
- Weil die Versicherungsgerichte die Fahndungsmethode der santésuisse rechtlich absichern, ist die Fahndungsmethode auch rechtlich korrekt.
- Überarztende ÄrztInnen fügen den Krankenkassen finanziellen Schaden zu, dies wird mit Rückzahlungsforderungen bestraft, es handle sich eben um unwirtschaftliche ÄrztInnen.
- Durch die Aufhebung des Kontrahierungszwanges wird die Überarztung abgeschafft.
- Durch die Aufhebung des Kontrahierungszwanges wird die Grundversorgung billiger.

¹ Verein für eine faire und soziale Medizin in der Schweiz; <http://www.consano.ch>

- Weniger teure Ärzte werden eine billigere, aber bessere Medizin machen.
- Netzwerke führen zu Einsparungen bei apparativen Einrichtungen.
- Netzwerke führen zu geringeren Personalkosten (Sekretärinnen etc.).
- Netzwerke führen nicht zur Zweiklassen-Medizin.
- Durch die Befolgung aller Massnahmen können 2,5 Mia. Franken pro Jahr gespart werden, die Prämien gehen um 20% runter.

Die «Wahrheit»

Keine dieser 10 Behauptungen ist wahr. Weder ist die Fahndungsmethode korrekt noch bedeutet eine Absicherung durch Versicherungsgerichte, dass die Rechtsprechung zum Beispiel vor dem Europäischen Gerichtshof akzeptiert würde. Die Fahndungsmethode erfasst vorab Tausende engagierter Ärzte, welche sich um das Wohlergehen der ihnen vertrauenden PatientInnen im täglichen Einsatz kümmern. Viele dieser Ärzte machen die Faust im Sack, weil sie keinen Weg sehen, sich zu wehren. Sie machen die Faust im Sack, weil sie – entgegen unserer ärztlichen Verpflichtung (Hippokrates) – gezwungen sind, scheinbare Überarztung in Rationierung umzukehren, teure Patienten an medizinische Ambulatorien zur medikamentösen Therapie weiter zu weisen (dies ist wahrscheinlich mit ein wichtiger Grund, warum die Spitalambulatorien mit 70% den höchsten Kostenzuwachs zwischen 1996–2001 aufwiesen; zum Vergleich: Spitäler stationär + 20%, ambulante Medizin + 22%). Die Typisierung von Ärzten als «unwirtschaftlich» wird von anderen KollegInnen natürlich wahrgenommen, ist damit diffamierend (rechtlich: Verleumdung) und nötigt die bedrohten bzw. sich potentiell bedroht fühlenden ÄrztInnen zu einer billigen, rationierenden Medizin «contre cœur» (rechtlich: Nötigung).

Grundversorgung gefährdet

Das jetzt schon für die Grundversorgung weitgehend unkontrolliert und letztlich auch für Patienten gesundheitsschädigend funktionierende Aburteilungssystem der santésuisse wird durch die Aufhebung des Vertragszwanges und die breite Einführung von Managed-care-Modellen mit Globalbudgets pro Arzt (Capitation-Modell) zu einer weiteren Verschärfung der mangelnden Grundversorgung führen. Die vorgeschlagenen Sparmöglichkeiten und Modelle sind nicht wissenschaftlich getestet, wurden bisher im Rahmen von HMO von Patienten kaum akzeptiert und stammen aus der Küche des New Public Management, welches selbst weder eine gesellschaftspolitische noch wissenschaftliche Grundlage hat. Mit anderen Worten: Die santésuisse behauptet einfach Dinge, welche jeder Grundlage entbehren, sie betreibt Verleumdung und Nötigung von ÄrztInnen in der Schweiz mit System- und Flächenwirkung. Die Folgen einer Annahme der von santésuisse und manchen GesundheitspolitikerInnen (Kommission Ineichen) propagierten Szenarien für die medizinische Grundversorgung in der Schweiz werden katastrophal sein.

Wie weiter?

Die gegenwärtige Gesundheitspolitik ist gelähmt durch Schuldzuweisungen (die ÄrztInnen sind unwirtschaftlich, die Patienten wollen Luxusmedizin, das Gesundheitswesen ist zu teuer, das Kosten-Nutzen-Verhältnis ist schon längst überschritten, es gibt zuviel Spitäler, wir brauchen Zweiklassen-Medizin in der Spitalpflege) und durch untaugliche Lösungsvorschläge (weniger ÄrztInnen im «Primary Care», höhere Franchisen, höhere Prämien für Raucher, Spitalschliessungen, Universitätsschliessungen). Diese «weniger ist mehr»-Mentalität ist falsch, rückwärts gewandt und gefährlich. Durch Schuldzuweisung und Bestrafung wird das Problem Gesundheitspolitik kompliziert, schafft Unwillen und Widerstand. Die Hauptakteure im Gesund-

heitswesen (Ärzte, Patienten) sollen zu Verlierern werden.

Ein professionell geführtes Gesundheitswesen in der Schweiz sollte von den Hauptakteuren im Gesundheitswesen, das sind die ÄrztInnen und ihre PatientInnen, formuliert werden. Ein erster Schritt in diese Richtung ist bereits getan: die Verbindung der Schweizer ÄrztInnen FMH hat an der letzten Versammlung im Juni 2004 beschlossen, dass der «Zentralvorstand ein Konzept für eine Gesundheitspolitik aus ärztlicher Sicht» erstellen soll.

Gesundheitswesen morgen

Wenn wir uns überlegen, wie die Gesundheitsversorgung vor 50 Jahren ausgesehen hat, können wir uns leicht vorstellen, dass unsere Phantasie kaum ausreicht, wie die Gesundheitsversorgung in 10 Jahren aussehen wird. Heute wird aber entschieden, ob die potenten Strukturen des Primary Care dieser Zukunft in der Schweiz gewachsen sein werden oder nicht.

Folgende wahrscheinliche Projektionen und daraus abzuleitende Folgerungen können aber schon heute gemacht werden:

a) Die verbesserte Kontrolle von Gesundheitsnoxen wie Bewegungsmangel, Adipositas, metabolisches Syndrom, Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie, übermässiger Alkoholkonsum, Nikotinabusus, Luftverschmutzung, genetische Disposition und Depression wird über die Morbiditäts-Inzidenz und damit auch über die Kosten bzw. die Hospitalisationsraten entscheiden. Hier muss der Hebel angesetzt werden. Nur der Primary Care hat das Potential, dies breitflächig und effizient zu tun.

b) Obwohl die Mortalität ähnlich wie in anderen europäischen Ländern alters- und geschlechtskorreliert immer niedriger wird, ist der wahre Kostentreiber die Morbidität. Vergleiche zwischen der Effizienz des Schweizerischen Gesundheitswesens, den Kosten des Gesundheitswesens und der Mortalität in der Schweiz mit anderen Staaten lassen die Morbidi-

täts-Inzidenz ausser Acht und können für die Kosteneffizienz des schweizerischen Gesundheitswesens nicht verwendet werden.

c) Die Prävention von Morbidität ist heute schon mit hoher Effizienz möglich. Praktisch sämtliche Gesundheitsnoxen und damit auch die Morbiditäts-Inzidenz sind beeinflussbar.

d) Die Evidenz-basierte Medizin beweist, dass konsequente Intervention im Primary und Secondary Care die Morbidität und sogar die Mortalität senkt.

e) Der Primary Care ist der Ort, wo Evidenz-basierte Medizin in die Realität umgesetzt wird (Real Life Medicine). Real Life Medicine ist das Forschungsgebiet der Zukunft! Hier muss erfasst werden, warum Guidelines nicht umgesetzt werden, wo Interaktionsprobleme bestehen; es braucht wissenschaftliche Begleitprogramme, welche den ÄrztInnen helfen, Probleme in der Verhinderung von Krankheiten und Invalidität zu erfassen und damit die Effizienz des Primary Care zu erhöhen.

f) Es braucht eine Win-win-Situation zwischen Ärzten und Patienten: Nikotinabusus wird nicht bestraft (Helsana), sondern dauerhafter Nikotinstop wird belohnt! Die Performance im Primary Care ist messbar: Erkrankungs- und Hospitalisationsraten als Folge von ungenügend beeinflussten Gesundheitsnoxen. ÄrztInnen werden nicht angemahnt, Kosten zu

sparen, sondern Krankheiten zu verhindern. Damit definiert sich der gute Arzt und die gute Ärztin über eine kosteneffiziente Erhaltung von Gesundheit. Überdurchschnittlich gute ÄrztInnen werden mit einer Prämie belohnt! Das Messinstrument: Cox-Regressions-Analyse unter Berücksichtigung von demographischen und sozioökonomischen Daten.

g) Der Primary Care wird unterstützt durch bezahlte Gratisprogramme, welche von AssistentInnen geleitet werden (Bewegungstherapeuten, Psychologen, Rauchentwöhnungs-Experten), z.B. Allez-hop gratis für 6 Wochen pro Jahr etc.

h) Schaffung einer neuen und handlungsfähigen schweizerischen Präventionsstiftung: Diese wird alimentiert von einem progressiv einkommensabhängigen Prozentsatz von Ärztteeinkommen (50 Mio. Franken pro Jahr, auch freiwillige Beiträge könnten beschlossen werden), Beiträgen aus der pharmazeutischen Industrie, dem Staat, den Kantonen etc. Jährlicher Umsatz der Stiftung von mindestens 2 Mia. Franken. Steuerung durch eine paritätische Kommission des FMH-Vorstandes und des BAG. Aufgaben: finanzielle Unterstützung von Gesunderhaltungs-Programmen, finanzielle Belohnung von PatientInnen, welche sich regelmässig bewegen und den Nikotinabusus definitiv aufgegeben haben, Finanzierung von Studien im Primary Care: Entwick-

lung eines Messinstruments zur Qualitätsprüfung der Grundversorgung, Unterstützung von weiteren Studien, welche insbesondere potentielle Probleme in der Real Life Medicine untersuchen: Medikamenten-Interaktionen, warum Guideline-Ziele nicht erreicht werden. Förderung von Projekten, welche der Effizienz-Erhöhung zur Gesunderhaltung dienen.

Fazit

Gesundheit ist erhaltbar. Die Politik «billiger Arzt gleich guter Arzt» ist Ausdruck einer bürokratischen Phantasielosigkeit gegenüber den Herausforderungen an den Primary Care in der Zukunft. Nur gemeinsam können die Probleme im Gesundheitswesen von morgen gelöst werden. Der Primary Care ist nicht ab-, sondern aufzuwerten. Qualitätskontrolle ja, isolierte Kostenkontrolle nein. Managed Care ist ein guter Ausdruck, wenn damit kosteneffiziente Grundversorgung gemeint ist. Managed Care mit Kapitationsmodellen zu vermengen kann nicht die Antwort an eine sich weiter differenzierende und in ihrer Qualität wachsende medizinische Grundversorgung sein.

Dr. med. Michel Romanens
Belchenstrasse 18
CH-4600 Olten
info@kardiolab.ch