

Urs P. Gasche antwortet Dr. Hans Niederer

U. P. Gasche

In der Weltwoche hatte ich knapp zusammengefasst vorgeschlagen, wie die Kostenspirale im Gesundheitswesen zu stoppen wäre. Was Ärzte und Spitäler angeht, sind Sie nicht mit mir einverstanden. In einem offenen Brief [1] verteidigen Sie das heutige Honorarsystem, an dem auch die neue Tarifstruktur TARMED leider nicht viel ändert: Ärzte können weiterhin Einzelleistungen verrechnen. Das kann zur Mengenausweitung verführen, denn je mehr Leistungen Ärzte erbringen, desto mehr verdienen sie. Dieses Problem sehen Sie auch, erklären jedoch, dass höchstens zehn Prozent «schwarze Schafe» diese falschen finanziellen Anreize zu ihrem eigenen Vorteil ausnützen. Die meisten Ärzte würden die Patienten heute unabhängig von ihrem Verdienst behandeln.

Im gleichen Atemzug allerdings prophezeien Sie, dass die meisten Ärzte ihre Patienten schlechter behandeln, sobald sie anders entlohnt werden. Falls die Ärzte nämlich nicht mehr an jeder Einzelleistung verdienen können, sondern zum Beispiel nur noch eine Pauschale pro Patient mit einer bestimmten Diagnose erhielten, dann würden auch Sie selbst sich «gezwungen» fühlen, eine «qualitativ minderwertige Medizin anzubieten» und «eine zu grosse Zahl von Patienten zu versorgen». Gleichzeitig sagen Sie, dass deutsche Ärzte einfach «länger Ferien» machen, seit sie Fallkostenpauschalen erhalten.

Ähnliches befürchten Sie in Spitälern, falls auch diese mit diagnosebezogenen Fallpauschalen entschädigt würden. Sie sind überzeugt, dass die meisten Ärzte ihr Handeln solchen veränderten finanziellen Anreizen sofort anpassen – unabhängig vom Hippokratischen Eid. Patienten für Venenoperationen würden bald keine Chirurgen mehr finden, schreiben Sie. Und «noch verheerendere Verhältnisse» würden Patienten mit einer Blinddarmentzündung drohen. Was Sie damit meinen, ist mir nicht klar. Ich glaube nicht, dass ein Arzt einen Patienten mit eitrigem Blinddarm sterben lässt, nur weil das Honorar zu wenig lockt.

Auf alle Fälle sind Sie grundsätzlich doch überzeugt, dass viele Ärzte als Unternehmer ihr Einkommen ständig zu optimieren suchen – sogar zum Nachteil von Patienten. Trifft dies zu, so muss doch auch die heute übliche Entschädigung jeder Einzelleistung gravierende Folgen haben: Heute verdienen Ärzte mehr, wenn sie

besonders aufwendig behandeln und unnötig untersuchen oder operieren. Und tatsächlich: Viele Ärzte schlagen Untersuchungen, Medikamente und Operationen vor, die sie – bei gleicher Diagnose – sich selber oder ihren Angehörigen nie zumuten würden. Chirurgen verdienen an Privat- und Halbprivatversicherten doppelt oder dreimal so viel. Bei diesen greifen diese Ärzte zum Beispiel bei Gallensteinproblemen andert-halbmal so oft zum Messer. Im Vergleich zu Allgemeinversicherten operieren sie ihnen auch viel häufiger den Blinddarm, die Mandeln oder die Gebärmutter heraus. Bei Privatpatientinnen entfernen Ärzte jede dritte Gebärmutter offensichtlich unnötig.

Zu diesen Zahlen [2–5] sagte FMH-Präsident Brunner vor sechs Jahren: «Der Unterschied zwischen den Privatpatientinnen und den Allgemeinversicherten zeigt, dass da etwas nicht in Ordnung ist.» Chirurgen können einwenden, dass diese Zahlen zehn Jahre alt sind. Doch den Beweis dafür, dass die Situation heute besser ist, haben sie nicht angetreten. Die meisten Indizien sprechen dagegen. Die «Mengenausweitung» trage an der heutigen Kostenexplosion die Hauptschuld, sagt Hans Heinrich Brunner. Doch als FMH-Präsident vertritt er mit der TARMED weiterhin ein Honorarsystem, das die Mengenausweitung finanziell belohnt.

Der Vorschlag, dass Spitäler (für Privat- und Halbprivatpatienten) und Arztpraxen endlich nicht mehr nach der Menge der Einzelleistungen bezahlt werden sollen, sondern generell nach diagnosebezogenen Fallkosten (DRGs), stammt nicht, wie Sie meinen, von Medienleuten, sondern von Universitäten und Ärzten. In der Schweiz wurde schon vor mehr als zehn Jahren eine «Arbeitsgemeinschaft DRG» gegründet – mit dabei der heutige FMH-Präsident Brunner und Präventivmediziner Felix Gutzwiller – und seit 2002 liegen konkrete Vorschläge zur Rechnungsstellung auf der Basis von Fallpauschalen vor [6]. In den USA rechnen alle Spitäler mit der Krankenversicherung schon seit fast zwanzig Jahren mit Fallpauschalen ab. Die von Ihnen erwähnten Anfangsprobleme hat das System längst überwunden. Die Fallpauschalen führten zu viel kürzeren Aufenthalten in Akutbetten und zum Verzicht auf Maximal- bzw. Überbehandlung. Beides hat erwiesenermassen keinen Einfluss auf die Lebenserwartung der amerikanischen Patienten.

1 Niederer W. Offener Brief an Herrn Urs P. Gasche. Schweiz Ärztezeitung 2002;83(50):2783-4.

2 Bundesamt für Statistik: Gesundheitsbefragung von 10 792 Personen zwischen 15 und 74 Jahren aus den Jahren 1992/93.

3 Domenighetti G, Casabianca A, Gutzwiller F, Martinoli S. Revisiting the most informed consumer of surgical services. The physician-patient. Int J Technol Assess Health Care 1993;9(4):505-13.

4 Ammann J, Marti M-C. Schweizer Chirurgie: Verschwendung von 6,3 Milliarden? Schweiz Ärztezeitung 1996;77(45):1839-40.

5 Domenighetti G, Gutzwiller F. Replik. Schweiz Ärztezeitung 1996;77(51):2096.

6 Prinzipien und Regeln der Finanzierung und Rechnungsstellung mittels APDRG, 2002. http://www.hospvd.ch/public/ise/de/apdrg/o_tar_apdrg2002_de.pdf.

Korrespondenz:
Urs P. Gasche
Rehweg 3
CH-8044 Zürich

Den Erfolg dieser Fallpauschalen bezweifeln Sie mit dem etwas seltsamen Argument, dass in den USA 15 Prozent der Bevölkerung keine Krankenkasse haben. Auch ich halte dies für äusserst unbefriedigend, trifft es doch vor allem die sozial Schwächsten. Doch die mangelnde Versicherungsdeckung hat nichts mit den Fallpauschalen zu tun.

Ein besonderes Anliegen ist Ihnen die Qualität unserer Gesundheitsversorgung. Um so mehr sollten Sie sich für Fallpauschalen einsetzen. Denn erst eine Buchführung nach den dafür vorgesehenen rund 650 verschiedenen, sehr differenzierten Diagnosen erlaubt Behandlungs- und Qualitätsvergleiche zwischen den vielen Spitälern und auch zwischen den Arztpraxen. Erst dann wird ersichtlich, welche Behandlung bei welcher Diagnose bei den meisten Patientinnen und Patienten am schnellsten zum Erfolg führt. Erst dann sind unterschiedliche Behandlungsmethoden nicht mehr eine Glaubensfrage, sondern können aufgrund von Zahlen und Fakten diskutiert werden.

Falls diese Argumente Sie nicht überzeugen, so lade ich Sie ein, den Patientinnen, Prämien- und Steuerzahlern folgende Fragen zu beantworten:

- Warum müssen die Schweizer mehr Geld pro Kopf für die Gesundheit ausgeben als alle andern Europäer?
- Warum müssen die Schweden einen Drittel weniger zahlen und werden trotzdem ebenso alt wie die Schweizer?
- Warum haben die Japaner eine höhere Lebenserwartung als die Schweizer und brauchen – kaufkraftbereinigt – fast ein Viertel weniger Geld für die Gesundheit?
- Warum braucht es in der Schweiz – weltweit – am meisten Akutbetten pro 100 000 Einwohner?
- Warum benötigen die Schweizer heute fast doppelt so viele Ärzte pro 100 000 Einwohner wie noch vor 25 Jahren?
- Wozu braucht es in der Schweiz mehr Transplantationszentren und mehr Hightech-Geräte pro Einwohner als in anderen Ländern?

Bei diesen Fragen geht es nicht nur um die Kosten, sondern auch um die Qualität. Jüngste amerikanische Vergleiche bestätigen, dass Operationen dort am erfolgreichsten sind und dort am wenigsten Komplikationen verursachen, wo sowohl das Spitalpersonal als auch die Chirurgen auf bestimmte Operationen spezialisiert sind und sie routinemässig durchführen. Die teure

Verzettelung in der Schweiz geschieht zum Schaden von Patienten. Das gleiche gilt für das ärztliche Überangebot. Ein Beispiel: In Basel gibt es dreimal mehr Hals-Nasen-Ohren-Spezialisten pro 100 000 Einwohner als im Kanton Graubünden. Das hat zur Folge, dass 40 Prozent aller Erwachsenen in Basel die Mandeln operiert haben, aber nur 25 Prozent der Bündner [2–5]. Einen medizinischen Grund für diesen Unterschied kann niemand angeben.

Ein anderes Beispiel: Im Kanton Graubünden gibt es doppelt so viele Orthopäden mit einer eigenen Praxis wie im Kanton Wallis. Das hat zur Folge, dass pro 100 000 Einwohner fast doppelt so viele Bündner ein künstliches Hüftgelenk haben wie Walliser. Einen medizinischen Grund, weshalb viel mehr Bündnerinnen und Bündner eine Hüftoperation nötig haben, kennt ebenfalls niemand. Und noch ein Beispiel: Der Anteil der Frauen ohne Gebärmutter ist in der Schweiz doppelt so hoch wie in Frankreich [7]. Ein medizinischer Nutzen ist nicht ersichtlich.

Die Ärzte sind erklärungspflichtig. Sie müssen den nachhaltigen Nutzen solcher massiven Eingriffe beweisen. Das gleiche gilt für die sehr unterschiedliche Abgabe von Medikamenten oder etwa das sehr unterschiedliche Verschreiben von Kuraufenthalten. Erfreulicherweise fragen sich immer mehr Ärzte, ob das teuerste Gesundheitssystem wirklich das beste ist. Etliche Fachgesellschaften befassen sich häufiger als früher mit Fragen der Qualität. Allerdings darf nicht der kleinste gemeinsame Nenner zur Norm werden. Patienten sind an möglichst hohen Standards interessiert, denn sie sind die leidtragenden Opfer mangelnder Qualität. Deshalb wünschen die Patienten und ihre Vertreter auch volle Transparenz mit Qualitätskriterien, die sie verstehen und vergleichen können.

Bei der Kostendiskussion gehe ich davon aus, dass alle Beteiligten ihre eigenen Sparmöglichkeiten am besten kennen. Deshalb erwarte ich von den Ärzten, aber auch von den Kassen und den Spitälern, dass sie zuerst ihr eigenes Handeln kritisch durchleuchten. Und ich glaube, wie Sie, dass die meisten Menschen auf finanzielle Anreize reagieren. Deshalb spielen das Abgeltungssystem für Ärzte, Spitäler, Apotheker, Pharmafirmen und Medizinprodukte sowie die finanzielle Beteiligung der Versicherten eine so wichtige Rolle. Dass die nötigen radikalen Änderungen nur schrittweise möglich sind, ist auch mir klar. Für meine Vorschläge in der Weltwoche hatte ich 112 Zeilen zur Verfügung, so dass kein Platz für Differenzierungen blieb. Ihre Reaktion war deshalb verständlich.

7 Domenighetti G, Bisig B, Zaccheo A, Gutzwiller F. *Consommation chirurgicale en Suisse et comparaison avec la France*. Lausanne: Editions Réalités sociales; 1996.