

Wenn Journalisten zu Experten werden

oder warum die Politik keine tragfähigen Lösungen für das Gesundheitswesen findet

Stellungnahme zum Text von Urs P. Gasche [1]

D. Schlossberg

Herr Gasche verfiicht das Konzept von diagnosebezogenen Fallpauschalen zur Kosteneindämmung im Gesundheitswesen.

Es besteht kein Zweifel, dass ein solcher Vorschlag nur von Experten kommen kann, die keine Ahnung haben, wie der medizinische Praxisalltag aussieht. Dieses Manko ist es denn auch, das in den abstrakt statistisch vergleichenden Faktensammlungen durchschlägt – Faktensammlungen, die per se besehen politischen Exponenten, die ebenso weit entfernt von den Realitäten mehrheitsfähige Lösungen in den Räten zum Durchbruch verhelfen wollen, eindrücklich erscheinen mögen. In diesem Beitrag zu dieser Debatte wird versucht darzulegen, wo die unüberwindlichen Fallstricke für diese sogenannten Experten liegen, und gleichzeitig ein Plädoyer dafür gehalten, Experten aus der Praxis einzubeziehen, die der Dialektik des Individuell-Konkreten und Generell-Abstrakten gewachsen sind.

Die Diagnose in der Arztpraxis

Patient X. V. sucht den Hausarzt wegen Schmerzen im Vorfuss auf. Ein Trauma liegt nicht vor. Die Anamnese ist bland, Gichtschübe erlitt X. V. bisher keine, der Alkoholkonsum ist gering. Der Fuss präsentiert sich äusserlich bland, es besteht eine exquisite Druckdolenz des fast gesamten Vorfusses. Alle weiteren klinischen Untersuchungsbefunde wie Durchblutungssituation, Nervenfunktion usw. fallen normal aus. Ein Röntgenbild wird trotz fehlenden Traumas erstellt und zeigt intakte ossäre Verhältnisse und keine arthrotischen Gelenkveränderungen. Auf Drängen des Patienten wird er dem orthopädischen Chirurgen vorgestellt, der schliesslich zur Diagnose «unklare Vorfusschmerzen links» gelangt.

Diagnosen können vielfach in der ambulanten Praxis trotz regelrechter Abklärung nicht gestellt werden. Oft erübrigen sich derart ausgedehnte Untersuchungen, wie sie bei obigem

Patienten durchaus hätten durchgeführt werden können, durch Abwarten des Spontanverlaufs unter Verschreibung einer suffizienten Analgesie. Drei Tage später ist der Patient geheilt – zwar ohne Diagnose.

Wenn sich jemand mit einem Schmerzsyndrom, unspezifischem Schwindel, allgemeinem Unwohlsein, verstärkter Müdigkeit oder Arbeitsversäumnis, um nur einige der häufigen Beweggründe, eine Arztpraxis aufzusuchen, vorstellt, so überlegt sich dieser Patient nicht, ob er an einer Krankheit leidet, die einer Diagnose zugeordnet werden kann. Oft ist dies, wie oben ausgeführt, nicht möglich und nicht sinnvoll; eine Diagnose zu erzwingen würde zu vieler Ressourcen bedürfen, die Kosten stünden in keiner Relation zum Ertrag. Kommt dazu, dass es in meiner Erfahrung durchaus Fälle gibt, die schliesslich, überwiesen an ein Referenzzentrum, nach einjähriger Abklärung und Kosten von 50 000 Franken die lapidare Diagnose «Fieber ungeklärter Ätiologie» im abschliessenden Bericht mit Rücküberweisung an den Hausarzt ausweisen. Oft wird also glücklicherweise der praktischen Vernunft folgend keine Diagnose erzwungen, sondern eine symptomatische Therapie eingeleitet, die sich in vielen Fällen durch den günstigen Spontanverlauf rechtfertigt. Weitergehende Abklärungen, die kostentreibend wirken, unterbleiben in all diesen Fällen, eine Diagnose wird nie gestellt. Vergleichbar sind die Fälle auch nicht, da keine einheitlichen Standards zur Anwendung kommen; vieles hängt von der Empirie des behandelnden Arztes ab. Hier tut sich eben trotz aller Bemühungen um die Standards einer exakten Wissenschaft eine Kluft zwischen Mediziner und Arzt auf: während der Mediziner Guidelines nachlebt, bemüht der Arzt oftmals auch die Intuition und bringt Empathie in eine Beziehung ein. Medizin als Wissenschaft oder Kunst, sie hat Elemente von beidem. Die grosse Herausforderung ist die, jene Patienten und Syndrome herauszufiltern, die der erweiterten Abklärung bedürfen.

1 Gasche UP. Urs P. Gasche antwortet Dr. Hans Niederer. Schweiz Ärztezeitung 2003; 84(7):322-3.

Korrespondenz:
Dr. med. Daniel Schlossberg
Bachmattstrasse 53
CH-8048 Zürich

Die Diagnose unter ihresgleichen

Patienten mit gleicher Artdiagnose können enorm unterschiedliche Fallkosten verursachen. Das hängt von vielen Begleitfaktoren wie Komorbidität, Aetas und daneben dem genuinen Konzept der Artdiagnose selber ab. In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu wissen, dass nosologische Entitäten und Krankheitssyndrome einander nicht eindeutig zugeordnet werden können. So kann ein nephritisches Syndrom prognostisch verschiedene Ursachen haben, umgekehrt eine ganz bestimmte Nierenerkrankung unter dem Bild eines nephritischen oder nephrotischen Syndroms oder einer progredienten Niereninsuffizienz präsentieren.

Ein operativ versorgtes Herzklappenventium jedwelcher Genese wird unterschiedliche Folgekosten verursachen, je nachdem ob etwa einer Bioprothese oder einem mechanischen Klappenersatz der Vorzug gegeben wurde. Ein Patient mit Lungenembolien wird je nach zugrundeliegender Ursache 3–6 Monate oral antikoaguliert oder vielleicht benötigt er diese Therapie auch lebenslänglich. Die Folgekosten sind nicht vergleichbar. Die Versorgung von Beinulzera im Rahmen einer chronisch-venösen Insuffizienz kann u.U. nach 6 Wochen Behandlungsdauer abgeschlossen sein, oder aber Jahre, allenfalls bis hin zum Tod des Patienten, dauern. Die zu wählenden Therapiemodalitäten sind empirisch und müssen sehr individualisiert abgestimmt werden. Leidet etwa ein Patient bei jedem Verbandwechsel unter heftigen Schmerzen, die trotz Prämedikation nicht beherrschbar sind, so müssen u.U. teurere Verbandmaterialien, die Vorteile bei der Ablösung von der Wundfläche bieten, zum Einsatz gelangen. Ich gehe nicht davon aus, dass sich die Hersteller von Verbrauchsmaterialien mit Fallpauschalen für ihre Produkte abfinden würden.

Die medizinische Versorgung im Würgegriff von Industrie und Staat

Wir wollen uns hier auf die ambulante Grundversorgung beschränken, die Rahmenbedingungen für die Produktion medizinischer Leistungen in stationären Einrichtungen sind zu different, als dass sie hier abgehandelt werden könnten.

Zwei Kostenelemente geraten hier in den Brennpunkt: zum einen müssen Verbrauchsgüter eingekauft werden, der Markt ist für Kleinstmengen-einkäufer weitgehend monopolisiert, die Preise kaum beeinflussbar. Zum zweiten übt der Staat immer weitergehende Kontrollfunk-

tionen direkt oder indirekt aus, die allesamt auf der Kostenseite durchschlagen.

Der Produktionsstandort – Arztpraxis in städtischer Agglomeration oder abgelegen etwa in Samnaun – generiert sehr unterschiedliche Kosten. Fallpauschalen könnten so, wenn überhaupt, höchstens auf dem Sockel einer technischen Pauschale implementiert werden, letztere würde die Fallkosten schliesslich determinieren.

Was ist nötig in der Medizin?

Ich bin auch sehr dafür, nicht indizierte Massnahmen zu vermeiden.

Ein 84-jähriger Patient sucht von sich aus den Gefässspezialisten wegen Beinschmerzen auf, er vermutet seine Krampfader als Schmerzursache. Der Spezialist entfernt die Varizen ohne vorausgehende Rücksprache mit dem Hausarzt, der den Patienten bestens kennt und sofort gewusst hätte, dass er an einem lumbospondylogenen Schmerzsyndrom leidet. Er hätte den unnötigen Eingriff verhindern können, auch die Folgebehandlung der nach der Operation exazerbierten Beinschmerzen wäre in diesem Umfang vermeidbar gewesen. Andererseits mag es durchaus Patienten geben, die auch in höherem Alter von einer chirurgischen Sanierung der Varikose profitieren können. Was nötig ist oder nicht, ist also weder schwarz noch weiss. Es gilt ein Kontinuum aller Grautöne zu berücksichtigen. Hier kann nur ein gutes Zusammenwirken der verschiedenen Akteure nutzbringend sein, Verbesserungspotential ist vorhanden.

Fallpauschalen und das zitierte Ausland

Gerade das Beispiel der Vereinigten Staaten von Amerika zeigt sehr eindrücklich, dass Fallpauschalen keinen Beitrag zur Kontrolle der Gesundheitskosten implizieren. Das amerikanische Gesundheitswesen ist das pro Kopf teuerste der Welt und schliesst nach defensiven Schätzungen 15 %, nach wahrscheinlich realistischeren bis zu 40 % der Bevölkerung des Landes an der Partizipation aus. Es ist klar, dass in einem Land, in dem die Juristen an allen Ecken lauern, um Haftpflichtprozesse beim Aufspüren von Behandlungsfehlern anzustrengen, besonders umfangreiche Abklärungen, Dokumentierungen und komplexe Therapieentscheide zur Disposition stehen. Entsprechend sind es diese sozioökonomischen und gesellschaftspolitischen Faktoren sowie Lebensstilfragen und -trends, die darüber entscheiden, wie hoch Fallpauschalen zu stehen kommen. Mit

der Veramerikanisierung europäischer Länder, wie sie vor allem in den neunziger Jahren des letzten Jahrhunderts stattfand, wurden auch die Messlatten im Gesundheitswesen neu gesetzt.

Das Einmaleins einer Volkswirtschaft

Herr Gasche fragt zu Recht, wieso die Schweizer mehr als alle anderen Europäer pro Kopf für die Gesundheit ausgeben müssen? Wieso kostet vergleichbares Wohneigentum ein Mehrfaches als im benachbarten Ausland, warum verdienen Arbeitnehmer in der Schweiz branchenübergreifend in vergleichbarer Position deutlich mehr als unsere ausländischen Berufskollegen? Davon versteht Herr Gasche ja sicher viel mehr als ich, darum müsste ich ob seiner Fragen erstaunt sein. Oder doch nicht? Man nennt das doch auch Demagogie ...

Am Beispiel Schwedens koppelt Herr Gasche Lebenserwartung mit Gesundheitskosten: die gleiche durchschnittliche Lebenserwartung ist dort ein Drittel billiger zu haben. Dieser Link ist mir in dieser Form neu. Hingegen ist gut bekannt, dass die Reichen durchschnittlich älter werden als die Armen eines Landes. Nun muss man wissen, dass Schweden einen stattlichen Teil seiner Ärzte über viele Jahre ins benachbarte skandinavische Ausland exportiert hat, Ärzte, die nun unter veränderten Rahmenbedingungen etwa in Norwegen nach Schweden zurückkehren. Ein billigeres Gesundheitswesen als das unsere ist auch das englische. Nur dass ein Gerichtsentscheid der EU die Briten nun dazu gezwungen hat, 22 Milliarden Franken ins Gesundheitssystem zu investieren. Immerhin betrug die Warteliste für einen Hüftgelenkersatz vorher 1,5 bis 2,5 Jahre für Allgemeinpatienten, einen Tag für Privatpatienten. Und es kam vor, dass das Aufgebot zur aortokoronaren Bypassoperation 1 Jahr nach Ableben des Erkrankten eintraf. Bezüglich der Frage, welche Akutbettenzahl die richtige ist, muss man sich nur die eine Frage beantworten: Wenn ich in Promontogno im Bergell lebte, wohin dürfte die Reise gehen im Fall einer hospitalisationsbedürftigen Akuterkrankung? Es ist übrigens die gleiche Frage, ob man der Gemeinde Tschlin noch einen Postautoanschluss gewähren will, also wie der «service publique» zu gestalten sei. So oder so hat der abgelegene Bergler im Fall einer akut lebensbedrohlichen Erkrankung nicht dieselben Heilungschancen wie ein Städter in gut erschlossener Infrastruktur. Es ist in meiner Praxistätigkeit immer wieder vorgekommen, dass Patienten wegen eines Aufnahmestopps im zu-

ständigen Akutspital in ein entlegeneres Spital eingewiesen werden mussten. Infolge mangelnder Koordination trotz modernster Möglichkeiten zur Vernetzung gestaltet sich die Suche nach einem verfügbaren Spitalbett mitunter schwierig. Von Überkapazitäten zumindest im Einzugsgebiet, das ich überblicke, kann nicht die Rede sein.

Quo vadis?

Warum also werden die Japaner älter als wir und brauchen erst noch kaufkraftbereinigt ein Viertel weniger Geld für die Gesundheit? Es lassen sich andere Beispiele finden: In Kenia nähert man sich wieder einer Lebenserwartung von durchschnittlich um 50 Jahre, nachdem in den beiden letzten Dezennien des abgelaufenen Jahrhunderts dieselbe stetig stieg. Das Gesundheitswesen ist viel billiger als das unsere. Es kann hier nicht darum gehen, die volkswirtschaftlichen, epidemiologischen und politischen Hintergründe dieses eigentlichen Gesundheitsdebakels in vielen Ländern Schwarzafrikas abzuhandeln. Es soll nur die etwas einfältige Gleichung «billiger» = «erst noch besser» relativiert werden.

Kommen wir abschliessend auf die Schweiz zurück: Interessanterweise steigen ja die Krankenkassenprämien doppelt so stark an wie die eigentlichen Erkranktenkosten sensu strictu. Und dies bei de facto fehlendem Teuerungsausgleich des ambulanten Tarifs seit Ende der 80er Jahre. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass offenbar ganz andere Faktoren kostentreibend wirken, als wir vermuten. Natürlich muss auch der medizinische Fortschritt, oder was wir dafür halten, einen Impact auf die Kosten haben. Wenn wir jede TIA (transiente ischämische Attacke) heute tatsächlich so behandeln würden, wie es die Empfehlungen der Fachexperten nahelegen, so hätte dies eine geschätzte Verteuerung des Gesundheitswesens zur Folge, die direkt prämienvirksam wäre. Dies ergibt sich aus der demographischen Entwicklung unserer Gesellschaft.

Was wir brauchen sind also nicht Fallpauschalen, sondern einen gesellschaftlichen Diskurs, welche Medizin in diesem Land allen Bürgern gleichermaßen zuteil werden soll. Wir sprechen davon, ob wir bis zu einem gewissen Grad auch die menschliche Natur, die endlich ist, zu akzeptieren bereit sind. Solange solche Fragen nicht geklärt sind, werden wir das Machbare und das Wünschbare nicht wirklich trennen können. Jede Studie mit sogenannten harten Endpunkten weist ja im positiven Fall einen

positiven Effekt einer bestimmten kostenwirksamen medizinischen Intervention nach, die eine Hospitalisation, einen Krankheits- und/oder einen Todesfall verhütet. Aber sterben müssen wir eben dennoch alle einmal. Und da erhebt sich dann rasch die Frage, woran zu sterben noch gestattet sei. In jedem Fall bleibt der behandelnde Arzt zuallererst seinen Patienten verpflichtet, die zu Fragen von Leben und Tod sehr verschieden eingestellt sein können. Es darf nicht sein, dass in einem Land, in dem es den Menschen materiell derart gutgeht, dass Geld über Sein oder Nichtsein entscheidet. Genau dies geschähe mit der Einführung von Fallpauschalen. Doch wie bereits dargelegt scheiterte diese bereits an unerfüllbaren Prämissen einer kategorisierten Medizin.

Abschliessend möchte ich eindringlich davor warnen, dass wir uns eine Zwangsjacke anlegen.

So wie diese den psychisch Kranken nicht heilt und allenfalls geeignet ist, in einer Notfallsituation im Moment die Lage zu entschärfen, so wenig kann ein medizinisches System der Zwänge Zukunft haben, geschweige denn die notorisch steigenden Gesundheitskosten beseitigen. Was jede(r) von uns braucht, wenn sie/er krank wird, ist eine ärztliche Fachperson ihres/seines Vertrauens, die nach bestem Wissen und Gewissen die individuellen gesundheitsbezogenen Interessen der betroffenen Person wahrnimmt. Fallpauschalen sind kein Instrument zur Regulierung der Kosten, sie werden aus den dargelegten Gründen die Medizin nicht billiger, aber qualitativ minderwertiger machen.