

# KVG-Revision und FMH-Politik

B. Dejung

**Veränderte politische Rahmenbedingungen müssten den Ärzten nahelegen, sich aktiv am Gesetzgebungsprozess der KVG-Revision zu beteiligen. Unser Ziel muss bleiben, in einer Zeit wirtschaftlicher Stagnation als freie Ärzteschaft zu überleben.**

Schneller als gedacht liegen die Themen der KVG-Revision wieder auf dem Tisch. Schon im Juni soll das erste Paket der in vier Vorlagen aufgeteilten Revision dem Parlament vorgelegt werden. Neben einer Erhöhung des Selbstbehaltes um 20%, der letztes Jahr vorgeschlagenen Prämienverbilligung, der Verlängerung verschiedener Massnahmen (Spitalfinanzierung, Pflorgetarife, Risikoausgleich) enthält dieses erste Paket auch die uns betreffende Vertragsfreiheit zwischen Leistungserbringern und Kassen.

## **Plafonierung der Leistungserbringer unverzichtbar**

Nun könnten wir uns auf den Standpunkt stellen, eine solche Vertragsfreiheit passe uns grundsätzlich nicht, und uns darauf beschränken, wiederum auf ein Referendum hinzuarbeiten. Es gibt aber eine Reihe von Argumenten, welche dieses Vorgehen als eher nicht opportun erscheinen lassen. Erstens hätten wir wohl weniger Mitstreiter als das letzte Mal. Die Erhöhung des Selbstbehaltes um 20% bei fixer Obergrenze wird wohl die Linke nicht dazu bewegen, den Referendumpartner zu spielen. Es besteht auch ein breiter Konsens darüber, dass wir auf den meisten Fachgebieten heute genug Leistungserbringer haben. Alle GesundheitsökonomInnen bestätigen heute den Zusammenhang zwischen der Zunahme der Leistungserbringer und dem Anwachsen der Gesundheitskosten. Die meisten Politiker sehen das auch so. Da der Zulassungsstopp für Jungärzte im Juli 2005 endet (eine Überführung dieser Regelung ins Gesetz ist sicher nicht diskutabel) und da die EU in wenigen Wochen bis zur russischen Grenze reichen wird, hat die Politik gar keine Wahl, rasch ein restriktives System zu etablieren. Auch wenn die volle Personenfreizügigkeit noch sieben Jahre hinausgeschoben werden dürfte, so funktionieren viele

Kliniken unseres Landes schon heute nur noch mit Assistenten und Unterassistenten aus dem EU-Raum. Viele dieser Ärzte träumen von einer Niederlassung in unserem Land, wo die Verhältnisse im Vergleich zu ihren Herkunftsländern geradezu paradiesisch sind. Im Grunde gibt es nur zwei Möglichkeiten einer Plafonierung unseres Systems: die Aufhebung des Vertragszwanges oder staatliche Zulassungsbeschränkungen. Unser nördliches Nachbarland und andere EU-Staaten haben die zweite Version gewählt.

Wenn wir die politische Landschaft in unserem Land betrachten, so hat wohl in unseren Räten das System der Vertragsfreiheit eher die Chance, Gesetzestext zu werden und im Volk (bei einer Referendumsabstimmung) wahrscheinlich auch. Wenn dies aber so ist, drängt sich eine grundsätzliche Änderung der FMH-Politik auf. Es genügt nicht mehr, passiv abzuwarten und am Schluss auszurufen: «Dies ist ein schlechtes Gesetz!» Es sind ab sofort alle Kanäle auszunutzen, den Gesetzestext so zu beeinflussen, dass unser Gesundheitswesen nicht schwerwiegend beschädigt wird. Nach unseren Erfahrungen sind die Politiker dankbar dafür, wenn sie sich von Fachleuten beraten lassen können (sofern diese nicht nur ihre kurzfristigen Interessen im Auge haben). Was sind also unverzichtbare flankierende Massnahmen bei Lockerung des Vertragszwanges?

## **Ziele einer aktiven FMH-Politik**

Erstens müssen wir nochmals flächendeckend alle Akteure vom Faktum überzeugen, dass die einseitige Zuteilung der Kompetenz an die Krankenkassen, Verträge anzubieten, die Qualität unseres Gesundheitswesens massiv zerrütten würde. Die Kassen können nur nach ökonomischen Kriterien über ein Vertragsangebot entscheiden. Es würden also die Ärzte, die teure Patienten betreuen (chronisch Kranke, Polymorbide, komplexe neurologische Krankheiten, AIDS-Patienten, Psychosen, chronische Schmerzpatienten usw.) Gefahr laufen, ihre Verträge für den Grundversicherungsbereich zu verlieren. Und ihre Patienten müssten sich mit ungeeigneten Behandlungen abfinden. Es ist im übrigen

Korrespondenz:  
Dr. med. Beat Dejung  
Theaterstrasse 1  
CH-8400 Winterthur

absolut undenkbar, dass Krankenkassen ein sinnvolles Qualitätsmanagement organisieren könnten. Dazu fehlt ihnen schlicht das medizinische Wissen.

Das Gesetz muss vorsehen, dass der Entzug eines bestehenden Vertrages von den Kassen begründet werden muss. Es müsste ein Rechtsweg eingerichtet werden, im abgelehnten Vertragsentwurf war dies eine paritätische Kommission und in letzter Instanz das Eidgenössische Verwaltungsgericht. Dieser Rechtsweg müsste (wie unser Präsident in der Ärztekammer richtig bemerkte) mit aufschiebender Wirkung ausgestattet sein. Im alten Revisionsentwurf wären die Kantone verpflichtet gewesen, die Höchstzahl der Leistungserbringer in jeder Sparte festzulegen. Sollte diese Bestimmung übernommen werden, so müsste vom Jetztzustand beim Inkrafttreten des Gesetzes ausgegangen werden. Es muss gefordert werden, dass ein junger Arzt, der eine Praxis übernimmt, automatisch für drei oder vier Jahre einen Vertrag erhält. Im Falle einer Praxisübergabe wäre eine Überlappungszeit mit zwei Verträgen zu ermöglichen. Dieser Forderungskatalog ist wahrscheinlich ergänzungsbedürftig. Die Politprofis der FMH müssten die nötigen weiteren Vorschläge in ihr Lobbying einbringen.

Die Aufhebung des Vertragszwanges hätte auch zwei bemerkenswerte Vorteile. Die Ärzte wären ihre Sündenbockrolle als Kostentreiber im Gesundheitswesen definitiv los. Und was wichtiger wäre: Es bestünde erstmals die Möglichkeit, unsere kriminellen Kollegen (als Ombudsmann im ärztereichsten Kanton gestatte ich mir dieses drastische Wort) aus der Grundversicherung auszuschliessen. Bis heute werden sie, durch unser hochentwickeltes Rechtssystem geschützt, kaum je zur Verantwortung gezogen. Die Möglichkeit eines Ausschlusses würde generalpräventiv wirken, und es ist unbestreitbar, dass dies tendenziell kostenbremsend wirken würde.

### EBM zur Qualitätsverbesserung

Nun hat der Vizepräsident der FMH, Nationalrat Yves Guisan, dafür plädiert, den Art. 32 des KVG besser umzusetzen und dabei nicht nur die Wirtschaftlichkeit zu berücksichtigen, sondern auch die medizinische Qualität. Lösungen sollten im Felde der «Evidence-based Medicine» angestrebt werden. Dem kann man nur zustimmen. Allerdings werden die Ärzte Therapieformen nicht so ohne weiteres verlassen, wenn sich die wissenschaftlichen Indizien von deren Unwirksamkeit verdichten. Die Ärzte werden darin von grossen

Gruppen ihrer Patienten bestärkt werden, die ihren Hang zu magischen Praktiken geschützt wissen wollen. Eigentlich gibt es nur zwei Möglichkeiten, eine evidenzbasierte Medizin zu verwirklichen. Die Politik könnte erstens der FMH und diese den Fachgesellschaften den Auftrag erteilen, innerhalb von zehn bis 15 Jahren mittels Studien Evidenzen in den Hauptbereichen diagnostischer und therapeutischer Tätigkeiten zu erarbeiten. Nicht evidente Methoden wären schliesslich dem Zusatzversicherungsbereich zuzuweisen. Dieses Programm allerdings wäre langwierig, und seine Resultate würden auf heftigen Widerstand stossen.

Zweitens aber könnte die Präferenz für evidenzbasierte Methoden ein Zuweisungskriterium in Ärztenetzen werden. Der Erwerb von Kenntnissen solcher Evidenzen wäre eine Daueraufgabe in den Qualitätszirkeln solcher Netze. Eine Kombination beider Strategien würde die Medizin wissenschaftlicher machen und hätte zweifellos einen Kosteneindämmungseffekt.

### Managed Care als Zukunftsoption

Die Frage von Managed Care (und der monetarischen Spitalfinanzierung und allenfalls der Planung der Hochleistungsmedizin) ist späteren Revisionen vorbehalten. Man wird sich dann zumal die Frage stellen müssen, ob es wirklich für unsere Patienten unzumutbar ist, dass bei freier Wahl des Hausarztes das Ärzteshopping bei Spezialisten etwas mehr Prämienkosten als in der Grundversicherung erheischt. Man höre sich diesbezüglich einmal in der eigenen Verwandtschaft um. Man wird dann auch Unterscheidungen wahrnehmen müssen zwischen einer vollen und einer gewissen Budgetverantwortung, also zwischen einem Capitation-System und einem vertraglich vereinbarten Budgetziel mit Bonus-Malus-Elementen. Auch wenn randomisierte Studien hier selbstverständlich nie vorliegen werden und ein gewisser Selektionseffekt immer spielt, haben doch alle mir bekannten Hausarztssysteme einen gewissen Kosteneindämmungseffekt, etwa 20%, was auch von einer OECD-Studie bestätigt wird. Und sodann ist mir als ehemaligem Präsidenten der Bezirksärztesgesellschaft Winterthur nie zu Ohren gekommen, dass Hausarztpatienten bei uns irgendwann ungenügend behandelt worden wären (was die Skeptiker freilich kaum umstimmen dürfte).

Bleiben wir uns bewusst, dass wir auf einem Kontinent leben, dessen Industrie in die Schwellenländer abwandert. Eine Vollbeschäftigung wie in den vergangenen Jahrzehnten wird es nie

mehr geben. Unsere Fiskalquote (je nach Berechnungsart tragen wir zu ihr bei) ist in den vergangenen Jahrzehnten stetig angestiegen. Unser wirtschaftliches Wohlergehen ist davon abhängig, dass wir diese Entwicklung stoppen. Eine Medikalisierung sozialer Probleme ist schwierig zu bremsen. Der wissenschaftlich-technische Fortschritt wird weitergehen und schon bald eine Rationierungsdiskussion unumgänglich

machen. Wir haben allen Grund, uns mit dem Kosteneindämmungsziel der Politik zu identifizieren. Unser Ziel ist, eine weitmöglichst freie und unabhängige Ärzteschaft zu bleiben. Wir haben uns zu fragen, ob hiezu ein Klammern am Ist-Zustand die beste Strategie ist. Oder ob wir nicht doch erfolgreicher wären, wenn wir uns konstruktiv in die eidgenössische Politik einschalten würden.

### Sparen bewirkt Stigmatisierung

Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich hat entschieden: Auch die Psychiatrie muss sparen. Kaum ein Wort des Bedauerns, noch weniger des Verständnisses für die Einschränkungen, denen nun Patienten und ihre Angehörigen ausgesetzt sind!

Hier wird auch aus schweizerischer Sicht ein falsches Signal gesetzt, und zwar ein Sparsignal, das auch in anderen Kantonen gehört werden könnte. Obwohl die Bedürfnisse der Patienten nach einer qualitativ angemessenen psychiatrischen Behandlung zunehmen und psychiatrische Krankheitsbilder immer häufiger festgestellt werden müssen, werden gerade in diesem Bereiche der Medizin massiv Leistungen abgebaut. Besonders

bedenklich erscheint die Gleichgültigkeit, mit der derartige Sparmassnahmen vorgeschlagen werden. Psychiatrische Patienten und ihre Angehörigen werden eben kaum von einer starken Lobby unterstützt, und die wachsenden Belastungen der psychiatrisch tätigen Fachleute werden einmal mehr ohne Rücksicht in Kauf genommen. Die Vermutung, dass die eingesparten Gelder an anderer Stelle (Sozialämter, Gerichte, Invalidenversicherung) trotzdem wieder ausgegeben werden müssen, ist dabei nicht aus der Luft gegriffen.

*Dr. med. Hans Kurt, Präsident Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP und FMPP*

## Entscheidung der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich zur Psychiatrieversorgung

### Stellungnahme der Schweizerischen Vereinigung psychiatrischer Chefärzte SVPC

*G. Ebner, Präsident SVPC*

Wir sind irritiert und besorgt über den Entscheid der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich zur Schliessung der Klinik Hohenegg, zur Reduktion des alterspsychiatrischen Angebotes in Winterthur und über deren allgemeine Stellungnahmen zur zukünftigen psychiatrischen Versorgung im Kanton. Wir haben die begründete Sorge, dass diese Massnahmen zu einer spürbaren Qualitätseinbusse in der Behandlung psychisch Kranker und zu einer weiteren Überlastung derjenigen führen werden, die trotz aller Widrigkeiten weiterhin bereit sind, in der Psychiatrie zu arbeiten. Sie verhindern, dass die Psychiatrie einen gegenüber der somatischen Medizin bestehenden Nachholbedarf realisieren kann. Dies verkennt zum einen die volkswirtschaft-

lichen Auswirkungen schwerer und anhaltender psychischer Erkrankungen und richtet sich, wie bereits häufig in der Vergangenheit, wiederum gegen die schwächsten Mitglieder unserer Gesellschaft, Alte, psychisch Kranke und deren Angehörige. Diese Entscheide berücksichtigen zudem nicht, dass die ambulanten und teilstationären Angebote der öffentlich subventionierten psychiatrischen Versorgung bisher nicht in ausreichendem Mass ausgebaut worden sind, um den raschen Wegfall von Spitalbetten zu kompensieren, und dass eine weitere Bedarfsanpassung der gemeindenahen (ambulanten) psychiatrischen Versorgung nun selbst an diesen Massnahmen zu scheitern droht.

#### Korrespondenz:

Dr. med. Gerhard Ebner  
Psychiatriezentrum Breitenau  
Breitenaustrasse 24  
CH-8200 Schaffhausen  
Tel. 052 632 12 24  
Fax 052 632 11 29

#### E-Mail:

gerhard.ebner@breitenau.ch

1. Nach einem zeitweisen Rückgang der Belegung in den meisten Schweizer psychiatrischen Kliniken im Jahre 2003 (im allgemeinen aber immer noch mit Belegungsraten um 90%) hat sich diese wie in früheren Jahren nun wieder auf einem Niveau von weit über 90% eingestellt. Die Schliessung einer Klinik wird so nicht nur «eine höhere Bettenauslastung» der übrigen stationären Angebote zur Folge haben, und diese wird damit «mehr Druck aushalten müssen» (Gesundheitsdirektorin Diener am 7. April 2004 im Tages-Anzeiger), nein, es wird vermehrt zur Einrichtung von Notbetten kommen, zu extrem überlastetem Personal und zu überstürzten Entlassungen führen. Dies alles ist verbunden mit einer vermehrten Unruhe in den verbleibenden Einrichtungen mit all den für die Behandlung psychisch Kranker schädlichen Folgen, die wir bestens aus den Erfahrungen der Vergangenheit kennen. Hierbei ist zu bedenken, dass dies einem therapeutisch wirksamen Milieu diametral zuwiderläuft – einem zentralen Instrument unserer täglichen Arbeit.
2. In diesem Zusammenhang interessieren für die weitere Diskussion die Grundlagen, auf welchen das Gutachten des Institutes für Suchtfragen beruht, das gemäss Medienmitteilung davon ausgeht, dass 300, ja 600 Betten im Kanton Zürich geschlossen werden können.
3. Entscheidet man sich aus politischen (Spar-) Gründen dennoch in dieser Situation, psychiatrische Betten abzubauen, so ist dieser Entscheid in eine Gesamtplanung einzubauen; der ohne den Nachweis versorgungsplanerischer Grundlagen geäusserte Verweis, dass ja bereits ein vermehrtes ambulantes und teilstationäres Angebot geschaffen wurde, reicht hierbei in dieser Form nicht aus. Aufgrund internationaler Erfahrungen wissen wir, dass in jedem Fall parallel zu Schliessungsentscheiden ein komplementäres Angebot im ambulanten und teilstationären Bereich aufzubauen ist, da andernfalls eine deutliche Reduktion der Versorgungsqualität in Kauf genommen werden muss. Dass es dabei in dieser Phase übergangsweise zu höheren Kosten kommen kann, ist zur Erreichung einer langfristigen, kostengünstigeren Versorgungslage einzuplanen.
4. Bedenklich finden wir ferner folgende Äusserungen von Frau Gesundheitsdirektorin Diener: «Zudem wird es einen Leistungsabbau geben, d.h. weniger Therapien, nicht mehr die neuesten Medikamente usw., denn

man kann nicht alles dem Personal aufbürden» (Tages-Anzeiger, 7. April 2004). Diese Äusserung ist gerade aus Sicht der psychiatrischen Behandlungsrealität nur schwer nachvollziehbar. Zum einen verkennt sie, dass gerade der Anteil strukturierter Therapien die Belastungen des in der Psychiatrie tätigen Pflegepersonals, welches den zahlenmässig grössten Anteil der in der stationären Psychiatrie tätigen Mitarbeitergruppen ausmacht, erheblich reduziert, zum anderen beruht sie auf einer krassen Fehleinschätzung des möglichen Sparpotentials, das im Bereich der stationären psychiatrischen Behandlung durch den Einsatz älterer Medikamente zu realisieren ist. Diese setzen wir nicht deshalb ein, weil sie neuer und teurer sind, sondern weil sie insbesondere die von den Kranken gefürchteten und sie stigmatisierende Bewegungsstörungen in weit geringerem Masse verursachen als die alten, aber dafür billigeren Medikamente. Die «neueren» Medikamente stossen deshalb bei den Kranken auch auf hohe Akzeptanz, was für die Compliance (Zustimmung zur Einnahme) entscheidend ist.

Der Verzicht auf Therapien – und hier lässt der Entscheid zur Schliessung der Klinik Hohenegg einiges für die Zukunft befürchten – dürfte auch heissen weniger Psychotherapien, die in der Psychiatrie zentral für die Behandlung sind. Eine Konzentration auf die medikamentöse Behandlung wäre für die Psychiatrie aber fatal und widerspräche auch den Forschungsergebnissen, die unisono eine integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung empfehlen. Der mit dem Argument «nicht alles dem Personal aufbürden» begründete Abbau wird daher überwiegend und in erster Linie zu einer nur schwer vertretbaren Mehrbelastung des Psychiatriepersonals führen.

Um so mehr gibt es zu denken, dass gerade eine Klinik, die über die Kantonsgrenzen hinweg einen guten Ruf für ihr spezifisches psychotherapeutisches Angebot genießt, nun geschlossen werden soll.

5. Der Entscheid, in der Alterspsychiatrie Betten abzubauen, erscheint ebenfalls kurzfristig. Die Alterspsychiatrie wird ein überdurchschnittlich wichtiger Anteil der Psychiatrie der Zukunft sein. Bereits heute liegen uns vielfältige Hinweise vor, dass in den Alters- und Pflegeheimen ein hoher – zum Teil nicht erkannter und häufig nicht richtig behandelte – Anteil von psychisch Kranken lebt (bis 85%), was die Studienlage bestätigt.

Alterspsychiatrische Abteilungen sind gerade hier wichtig, um diese Kranken adäquat behandeln zu können, Know-how an Alters- und Pflegeheime zu vermitteln und ihnen zumindest phasenweise auch Last abnehmen zu können. Die Belastung der im Arbeitsleben stehenden Bevölkerung durch psychische Erkrankungen im Alter wird in einem Ausmass zunehmen, welches in seinen sozialpolitischen und ökonomischen Auswirkungen noch nicht annähernd erfasst ist. Dies sind nicht etwa Mutmassungen, sondern durch die demographische Entwicklung der Bevölkerung bereits jetzt für den Zeitraum der nächsten Jahrzehnte absehbare Szenarien. So halten auch die Berichte der Planung der Kantonalen Psychiatrischen Dienste BL sowie des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums fest, dass im Bereich der Alterspsychiatrie bereits heute eine eklatante Unterversorgung besteht.

Wir Chefärztinnen und Chefärzte sind uns der Bedeutung ökonomischen Denkens und Handelns bewusst, ferner ist uns auch bewusst, dass sich wohl jede Institution, die von Sparmassnahmen betroffen ist, wehren wird. Deshalb sprechen wir uns auch nicht per se gegen Bettenschliessungen aus, betonen aber die Rahmenbedingungen (siehe 1.), unter denen dies zu geschehen hat. Mit aller Vehemenz sprechen wir uns aber gegen einen Qualitätsabbau bei der psychiatrischen Behandlung aus, nachdem gerade die Psychiatrie jahrzehntelang dafür kämpfen musste, um auch nur annähernd vergleichbare Bedingungen in der Behandlung zu erhalten wie die somatische Medizin.

Ferner fällt auf, dass gerade diejenigen Politikerinnen und Politiker, die «weniger Staat», «tiefere Steuern» fordern, im wirtschaftlichen Bereich das Sagen haben, wo es für Menschen mit leichten Behinderungen und verminderter Belastbarkeit kaum noch Platz hat. Eine offene Psychiatrie, eine offene Gesellschaft, die weniger Psychiatriebetten fordert, hat auch alles Denkbare zu unternehmen, damit diejenigen Kranken, die Hilfe benötigen, die aus dem Arbeitsprozess herausfallen, würdig behandelt werden, weiter einer sinnstiftenden Tätigkeit nachgehen können und nicht auch noch als «Scheininvaliden» beschimpft werden.

Hoffen wir so, dass der Entscheid von Zürich in dieser Form nicht auch für die Schweizer Psychiatrie, die nach wie vor international einen exzellenten Ruf genießt, wegleitend sein wird.

Eines ist aber auch klar: Schliesst man somatische Spitäler, so proben ganze Gemeinden den Aufstand. Schliesst man psychiatrische Institutionen, so werden sich kaum Kranke und Angehörige finden, die gegen diese Schliessung ankämpfen; im Zentrum der aktuellen Diskussion steht nicht umsonst auch der Personalabbau und nicht der Qualitätsabbau für die psychiatrische Versorgung des Kantons. Aus anderen Ländern wissen wir, dass die Schliessung einer psychiatrischen Klinik weniger Menschen mobilisiert als die Eröffnung einer solchen.

So gesehen kann die psychiatrische Versorgung auch nicht von der jahrhundertealten Stigmatisierung und Diskriminierung psychischen Leides losgelöst betrachtet werden.