Welches Gesundheitssystem wollen wir? Welches benötigen wir? Wie können wir es realisieren?

Spitzenmedizin in der Schweiz und ihre Finanzierung – für einmal die Perspektive aus einem nichtuniversitären Kanton*

Die Diskussion um die Spitzenmedizin und die Frage der Herztransplantation in der Schweiz ist sicher eine ausserordentlich wichtige. Sie geht jedoch an den tatsächlichen Problemen vorbei, da sich unser Gesundheitssystem auf ein kantonales Versorgungskonzept gründet, das Spitzenmedizin auch in verschiedenen nichtuniversitären Kantonen vorsieht. Die Frage, ob es zukünftig zwei oder fünf schweizerische spitzenmedizinische Zentren geben wird, ist ebenfalls von der Realität völlig abgelöst. Im folgenden möchte ich einige Thesen vertreten, die die Diskussion auf das aktuelle Problem richten sollen.

Ulrich W. Buettner

Kostenreduktion

Die andauernde Diskussion um Kostenreduktion im Gesundheitssystem nimmt groteske Formen an. Die Schuldzuweisungen zwischen Politikern und Ärzten im allgemeinen, Klinikern und Praktikern, Ärzten und Pharmaindustrie werden permanent gepflegt, und die Politik lässt sich instrumentalisieren. Versorgungsmodelle mit Gatekeepern, Ärztenetzwerken, die Versorgung mit Generika oder Auslandsimporten und die Diskussion um einen effizienten Risikoausgleich sind die dominierenden Themen. Es hat sich an unserem Gesundheitssystem seit Einführung des KVG nichts Grundlegendes geändert, allenfalls das Ausmass der Nervosität aller Beteiligten vor der alljährlichen Bekanntgabe der neuen Krankenkassenprämien.

Unser Gesundheitssystem besteht aus vielen Komponenten, die z.T. eng verflochten und gesamtwirtschaftlich bedeutsam sind. Pharma-, Medizingeräte- und Zulieferindustrie, Apotheker und Drogisten, Therapeuten, Komplementärmediziner, Ärzte, Behinderten- und Geriatriezentren, öffentlich-rechtliche Kliniken, Privatkliniken, Wellnessindustrie und Forschungsinstitutionen beanspruchen jeweils einen Teil des Finanzkuchens. Einige Player im Gesundheitssystem profitieren von oder leiden unter Reglementierungen ihrer Tätigkeit, wie zum Beispiel Ärzte und Apotheker. Keiner der Beteiligten hat ein Interesse an einem generellen, alle betreffenden Rückgang der Gesundheitskosten, da dies ihre jeweilige wirtschaftliche Lage beeinflussen würde. In der Vergangenheit sind schon zahlreiche Gesundheitspolitiker an der anspruchsvollen Aufgabe, die Gesamtkosten zu senken, gescheitert.

Mir scheint die wichtigste Aufgabe darin zu bestehen, eine seriöse Bestandsaufnahme der Leistungen vorzunehmen und diese nach zu erstellenden Kriterien zunächst den verschiedenen Versorgungssystemen zuzuordnen, z.B. Akut- und Notfallversorgung, stationäre und ambulante ärztliche Behandlung, gesundheitliche Vorsorgemassnahmen und Gesundheitsschutz, Hilfsmittelversorgung im Rahmen von Alterserkrankungen, Behindertenversorgung, Definition von Leistungen im Wellnessbereich und in der Komplementärmedizin.

Der vordergründig einfachste Weg scheint in einer weitgehenden Liberalisierung des Gesundheitsmarktes zu bestehen, wobei jeder Mitspieler Marktpreise erhält und bezahlt, und zwar Preise, die nicht staatlich subventioniert werden.

Was ist die Folge?

Ausbildung und Qualitätskontrolle und die sozialstaatlichen Aspekte mit einer flächendeckenden medizinischen Versorgung müssten vollständig neu überdacht werden. Es ist offensichtlich, dass dieser Weg unrealistisch ist, da er alle Errungenschaften der modernen Medizin aufs

* Résumé en français voir p. 112.

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Ulrich W. Buettner
Neurologische Klinik
Kantonsspital
CH-5001 Aarau

Spiel setzen würde und einem Neuanfang mit offenem Ausgang entspräche.

Was ist die Alternative?

Einige bekannte Rezepte scheinen mir umsetzbar zu sein und müssten auch konsequent in die Wege geleitet werden, allerdings unter Erhaltung der *Einklassenmedizin*:

a) Neufestlegung des Pflichtenkatalogs der Grundversicherung.
b) Analyse der Ursachen der kantonal unterschiedlichen Versicherungsprämien und weitgehende Beseitigung dieses Zustandes, gegebenenfalls über einen Risikoausgleich oder Schaffung einer schweizerischen Einheitsgrundversicherung.
c) Konsequente Kostenanalyse und Hinterfragung medizinisch-diagnostischer und -therapeutischer Leistungen, medizinisch-technischer Leistungen und Pharmakosten zu Lasten der Grundversicherung (Beispiel TARMED).
d) Stationäre Behandlungen sollten über ein Pfadcontrolling, das kostentransparent und qualitätskontrolliert ist, abgerechnet werden (ein Swiss-DRG verwässert jegliche realistische leistungsbezogene Abrechnung der Klinikkosten). Diese Massnahmen würden die immer noch weitgehend realisierte Einklassenmedizin nicht in Frage stellen. (Unter Einklassenmedizin verstehe ich, dass jeder Grundversicherte zu Lasten der Grundversicherung tatsächlich alle notwendigen diagnostischen und therapeutischen, auch rehabilitativen Leistungen erhält, auch wenn sie aufwendig und teuer sind.)
e) Abschluss der Diskussion über die Abschaffung des Kontrahierungszwanges. Dieses Thema kann sehr kontrovers behandelt werden. Solange jedoch eine staatlich verordnete Grundversicherung und eine staatlich anerkannte Ausbildung als Arzt mit Berufsausübungsgenehmigung existieren, kann die Aufhebung des Kontrahierungszwanges eigentlich nur den privaten Versicherungsbereich betreffen.

Gewährleistung von Spitzenmedizin für jeden Grundversicherten

Zunächst sollte Spitzenmedizin wieder umdefiniert und die heillose Identifikation mit Transplantationsmedizin verlassen werden. Spitzenmedizin lässt sich nicht mit einer Therapie oder diagnostischen Massnahme belegen, sondern ist Ausdruck einer hervorragenden medizinischen Qualität, unabhängig von den damit verbundenen Kosten. Statt Spitzenmedizin könnte allenfalls von besonders aufwendiger oder teurer Medizin gesprochen werden. Diese Leistungen müssten in bezug auf die Kosten über einen Risikoausgleich der Krankenversicherer gewährleistet werden. Im übrigen ist es wichtig zu erkennen, dass eine sogenannte spitzenmedizinische Leistung selten für sich allein, sondern im Verbund in der Regel sich selbst entwickelnder Arbeitsgruppen und Netzwerke entsteht. Es ist ein grundsätzliches Missverständnis, wenn von manchen Politikern angenommen wird, dass sie durch dirigistische Massnahmen mehr erreichen

La médecine de pointe en Suisse

Intervention d'un canton sans faculté de médecine

L'auteur du présent article plaide pour une réduction des coûts de la santé moyennant une redéfinition des prestations obligatoirement prises en charge par l'assurance de base dans le cadre d'une médecine à vitesse unique. Pour ce faire, il conviendrait de procéder à une analyse en répertoriant les prestations fournies dans les différents systèmes de soins (soins aigus, soins d'urgence, traitements hospitaliers ou ambulatoires), en tenant compte des mesures préventives, en définissant les prestations de médecine complémentaire, etc. Les prestations médicales diagnostiques et thérapeutiques doivent systématiquement être vérifiées et la facturation des soins hospitaliers doit avoir lieu au moyen d'un contrôle des processus dans le respect de la transparence des coûts et des critères de qualité.

Au vu de ce qui précède, la médecine de pointe devrait être comprise comme l'expression d'une qualité médicale exceptionnelle, indépendamment des coûts qu'elle génère. Cette médecine particulièrement complexe et coûteuse devrait être financée par les assureurs via la compensation des risques. Cette médecine devrait pouvoir se développer en dehors des mesures restrictives et dirigistes car elles entraînent, selon l'auteur, des pertes inévitables en matière de qualité. Par ailleurs, il est d'avis que l'on ne parviendra à maintenir le niveau élevé de la médecine qu'en créant des conditions optimales pour la relève.

Spitzenmedizin soll auch an nichtuniversitären Zentren möglich sein.

können, als einen mehr oder minder guten Nährboden für fruchtbare wissenschaftliche Arbeit zu bereiten. Die administrative Verordnung von Spitzenmedizin, die bestimmten Orten vorbehalten bleiben sollte, ist ein schwerwiegender Fehler, der gravierendes Unverständnis über das Wesen wissenschaftlichen Arbeitens und eine Spitzenleistung in der Medizin verrät. Eine Kostenersparnis ohne Qualitätsverlust ist durch derartige dirigistische Massnahmen nicht vorstellbar. Die Schweiz sollte stolz darauf sein, verschiedene Zentren wissenschaftlicher Aktivität auf hohem Niveau zu besitzen. Auch in der Wissenschaft herrschen Marktgesetze, die ansonsten immer hoch gelobt werden, jedoch ausgerechnet hier ausser Kraft gesetzt werden sollen. Gegen eine Vernetzung und Schaffung überregional angesiedelter Forschungsvorhaben spricht dagegen nichts.

Medizinische Nachwuchsförderung

Angesichts der Personenfreizügigkeit und angesichts des Ärzteniederlassungsstopps, der noch etwa zwei Jahre Gültigkeit haben wird, muss man sich fragen, wie mittel- und langfristig die medizinische Versorgung der Bevölkerung abgesichert werden kann. Angenommen, die grosse Mehrheit der Schweizer Bevölkerung befürwortet die qualitative und quantitative medizinische Versorgung, wie sie aktuell existiert, so ergibt sich an verschiedenen Fronten Handlungsbedarf.

Es ist unstreitig, dass aktuell an vielen Orten in der Schweiz ein Mangel an Allgemein- und Spezialärzten vorliegt. Dieser Mangel wird momentan in Kauf genommen, da ein Niederlassungsstopp als Instrument zur Kosteneindämmung verfügt worden ist. Ob der Niederlassungsstopp tatsächlich den erwünschten Effekt erbracht hat, bleibt vorerst offen und wohl auch für die Zukunft unbeweisbar. Tatsache ist jedoch, dass zur Zeit zahlreiche besetzbare Praxisstellen nicht besetzt werden können, weil sich kein Nachfolger findet, obwohl derartige Niederlassungen dem Ärztestopp nicht unterstehen. Was heisst das für die Zukunft? Die Schweiz wird sich darauf einstellen müssen, dass der Arztberuf in der Schweiz zunehmend von Ausländern ausgeübt werden wird, da für zahlreiche Ausländer, nicht nur aus Deutschland, die Tätigkeit in der Schweiz attraktiv ist. Schweizer Nachwuchs ist zahlenmässig dem Bedarf offensichtlich nicht gewachsen, weder in den Kliniken noch in den Praxen.

Woran liegt dies?

Dies liegt möglicherweise an der mangelnden Ausbildungskapazität der Universitäten, aber auch an den beschränkten Weiterbildungsmöglichkeiten an den Kliniken. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass Weiterbildung zu Ärzten, die eine Praxis führen dürfen, eine Domäne ganz überwiegend der Kliniken ist, die eine entsprechende Weiterbildungsermächtigung besitzen. In der Regel handelt es sich hierbei um öffentliche Spitäler. Die Weiterbildungsermächtigung ist gekoppelt an eine entsprechende Qualifikation des Chefarztes und gegebenenfalls seiner Mitarbeiter. Hier treffen sich aktuell ungünstige Determinanten für eine gute und effiziente Weiterbildung, nämlich einerseits eine restriktive Politik der Standesorganisationen, um eine stärkere Konkurrenzierung auf dem Markt zu verhindern, und auf der anderen Seite die Bestrebungen der Kantone und ihrer Exponenten, Spitalpolitik als Sparpolitik zu verstehen und durch effektive Reduktion der Arztstellen (keine ausreichende Kompensation von Arbeitszeitreglementierungen – Arbeitsgesetz und GAV) die Weiterbildungsstellen zu vermindern. Gravierender noch sind die Modelle, die mit Hilfe von Privatisierungskonzepten grundsätzlich weiterbildungsfeindlich sind, indem Stellen sogenannter Spitalärzte (Spezialärzte ohne Oberarztfunktion) zur Verstärkung des Kaders von Oberärzten und leitenden Ärzten auf Kosten der Weiterbildungsassistenten geschaffen werden sollen. Im Zusammenhang mit der neu zu definierenden Spitzenmedizin müssen auch die verschiedenen kantonalen Umstrukturierungspläne kritisch beleuchtet werden. Spitalland-

schaften tönen vielleicht gut, doch was verbirgt sich dahinter?

Bisherige Konzepte mit intern durchaus hierarchisch strukturierten Kliniken und auch einer bewusst eingeführten externen Zuweisungshierarchie, z.B. Regionalspital, Kantonsspital, Zentrumsspital und Universitätsspital, mit klaren Kompetenzen werden zugunsten neuer «Spitallandschaften» aufgeweicht, ein Prozess, der übrigens grösstenteils unter Ausschluss des Einflusses der Chefärzte erfolgt, die durch die neuen Strukturen weitgehend depotenziert worden sind. Ihre Kompetenz auch in der Modelldiskussion wird kaum genutzt, weder spitalintern in den neuen AG-Strukturen noch beratend in den politischen Gremien. Es kann vorausgesagt werden, dass die aktuellen Entwicklungen zu einem Verlust an ärztlicher Spitzenkompetenz in den Kantonen führen werden, ohne dass ich Ersatz hierfür andernorts ausmachen kann. Spitallandschaften führen zu einer Stratifizierung der Versorgung und zu einer Herunterregelung der medizinischen Spitzenkompetenz, die letztlich den Patienten treffen wird, da sie kantonal nicht mehr für alle verfügbar sein wird.

Zusammenfassung

Es ergeben sich durchaus Möglichkeiten, durch Kostenanalysen zu rationalen *Sparmöglichkeiten* zu gelangen, gegebenenfalls unter Zugrundelegung des Verursacherprinzips. Die Solidargemeinschaft der Versicherten sollte allerdings nicht leichtfertig aufgeweicht werden.

Was die *sogenannte Spitzenmedizin* angeht, so sollte diese unselige Diskussion, die offensichtlich von Gesundheitspolitikern gerne geführt wird, aufgegeben werden. Statt dessen sollte man sich der gewachsenen Kompetenz der Spitzenmediziner (im allgemeineren Sinne) erinnern und nicht die Partikularinteressen der Chefärzte als Hinderungsgrund betonen. Es braucht wesentlich mehr Ärztekompetenz in den Entscheidungsgremien als bisher.

Schliesslich muss dringlich das Problem der *medizinischen Nachwuchsförderung* an die Hand genommen werden, dies natürlich auf der universitären Ebene und auch auf der Ebene der Kantonsspitäler, die unbedingt gestärkt werden müssen, um nicht zu Einrichtungen ausschliesslich der Grundversorgung heruntergestuft zu werden.

Eine andere Spitzenmedizin?

H. Marty

In einer Zeit, da bei knapperen Ressourcen die Kosten im Gesundheitswesen beunruhigend steigen, ist der Begriff der Spitzenmedizin zu einem vieldiskutierten Schlagwort geworden. Prof. Lüscher vom Universitätsspital Zürich hat vor kurzem in der «Neuen Zürcher Zeitung» den unscharfen und damit wenig aussagekräftigen Begriff so definiert, dass Spitzenmedizin zunächst einmal gute Medizin sei, die aber innovativ sein müsse und damit internationale Beachtung finde [1]. Damit ist jene hochspezialisierte, materiell und personell aufwendige und mit Forschung verbundene Medizin gemeint, um deren Konzentration es in der aktuellen, heftig geführten Diskussion geht.

Doch lässt sich Spitzenmedizin, gerade im Hinblick auf die Qualität, nicht auch anders definieren? Macht nicht auch der Grundversorger*, der am gleichen Sprechstundentag das Exanthem beim febrilen Kleinkind als Meningokokkensepsis erkennt und den entlassenen Kadermann mit Suizidgedanken kompetent betreut, auf seine Weise Spitzenmedizin? Genau so wie der Chefarzt am abgelegenen Kleinspital, der die akute Niereninsuffizienz ebensogut zu beurteilen und mit seinen beschränkten Mitteln zu behandeln versteht wie die chronische Polyarthritis und der in diesem Sinne auch ein Grundversorger ist, diesmal im stationären Bereich? Diese unspektakuläre «Spitzenmedizin» bildet die tragende Basis unseres qualitativ hochstehenden Gesundheitswesens.

Doch sie ist in zweierlei Hinsicht gefährdet: einerseits wird es für Ärzte in Ausbildung angesichts der immer weiter vorangetriebenen Aufsplitterung der klinischen Fächer zunehmend schwierig, sich die nötige Fachkompetenz und das Selbstvertrauen zu holen, um die vielfältigen Probleme in der Grundversorgung selbständig und entscheidungsfreudig zu meistern; nicht zuletzt auch deshalb, weil es wegen der fortgeschrittenen Spezialisierung immer weniger kompetente Ausbildner dafür gibt. Bei dem grossen und immer verfügbaren Angebot an Hilfsuntersuchungen und Spezialisten lernt der heutige Arzt in seiner Aus- und Weiterbildung

* Die Gleichstellung von Frau und Mann ist für den Autor eine Selbstverständlichkeit. Der besseren Lesbarkeit wegen wird im Text nur die männliche Form verwendet.

1 Lüscher TF. Was ist eigentlich Spitzenmedizin? Neue Zürcher Zeitung, 5. September 2005.

Korrespondenz:
Dr. med. Hans Marty
Im Gruebenacher 4
CH-3303 Jegenstorf

hansmarty@freesurf.ch

kaum mehr, dass sich eine Vielzahl alltäglicher Probleme auch ohne Einsatz dieser Mittel adäquat und kostengünstig lösen lässt. Andererseits mangelt es jungen Kollegen aus verschiedenen Gründen (Stichworte Arbeits- und Notfallbelastung, Praxiseröffnungsstop, Verunsicherung betreffend wirtschaftlicher Zukunft) zunehmend an Motivation, sich der Grundversorgung in Praxis und kleinem Spital zuzuwenden.

Damit ist aber ein tragender Pfeiler unseres Gesundheitssystems in hohem Grad gefährdet, wie die Berichte betreffend Nachfolgeschwierigkeiten in Grundversorgerpraxen belegen (als Beispiel sei genannt: [2]). Grund genug also, auch diesen Zweig der Medizin mit demselben Engagement wie die hochspezialisierte Medizin zu fördern, wie es vor kurzem Etzel Gysling in der «pharma-kritik» postuliert hat [3]. Er schlägt vor, im Rahmen einer neu zu gründenden oder einer bestehenden Fakultät eine Einrichtung zu schaffen, die sich zu einer der besten Ausbildungsstätten für Hausarztmedizin fortentwickeln sollte. Die Förderung der Grundversorgungsmedizin zugunsten einer breiten Bevölkerung ist eine zwar unspektakuläre, aber deswegen nicht weniger dankbare und attraktive Aufgabe für eine medizinische Fakultät bzw. ein Universitätsspital. Bei den beschränkten Mitteln im tertiären Bildungssektor würde dies zwar für das betreffende Universitätsspital wahrscheinlich bedeuten, auf die Förderung einzelner Bereiche der Spitzenmedizin zu verzichten, was längerfristig im Sinne einer Konzentration der Kräfte ohnehin notwendig werden dürfte. Warum also kann nicht beispielsweise der finanziell nach wie vor stark belastete Kanton Bern (allenfalls zusammen mit Basel) auf einzelne Bereiche der Spitzenmedizin verzichten und so die vergleichsweise bescheidenen Mittel freistellen, um die Grundversorgungsmedizin zum Schwerpunkt zu machen? Dank dem Ausbau bestehender Angebote wie der fakultären Instanz für Allgemeinmedizin und der Schaffung innovativer Lernmöglichkeiten könnte die Medizinische Fakultät der Universität Bern so zur besten Ausbildungsstätte für Allgemeinmedizin werden. Mit der Unterstützung durch Politiker und Versicherer wäre damit langfristig ein entscheidender Beitrag geleistet, dass eine qualitativ hochstehende «Spitzenmedizin der Grundversorgung» zu tragbaren Kosten aufrechterhalten werden kann.

La médecine de premier recours comme médecine de pointe

En règle générale, l'on considère la médecine de pointe comme étant hautement spécialisée et complexe tant sur le plan du matériel employé que du personnel qu'elle requiert. L'auteur du présent article incite à la réflexion en qualifiant l'activité du médecin généraliste, qui couvre un vaste champ médical, de médecine de pointe. Selon lui, cette «médecine de pointe» n'a certes rien de spectaculaire, mais elle est à la base de notre système de santé de qualité élevée.

A l'heure actuelle, ce pilier de notre système de santé est menacé. Par conséquent, l'auteur estime qu'il serait souhaitable de mieux intégrer la médecine de premier recours dans les programmes d'études universitaires et, si cela devait s'avérer nécessaire, même au détriment des domaines jusqu'à présent traditionnellement attribués à la médecine de pointe.

2 Weber J. Vom Sterben der Landarztpraxen. Geriatrie Praxis 2005; 2:65-6.

3 Gysling E. Zeit für eine neue Fakultät. pharma-kritik 2004; 26(20):77-8.