



Achtung, Zuckerschok

Jean-Martin Büttners Lob auf das Schweizer Gesundheitssystem.
Seite 2



Verdacht auf Vorrat

WZW-Verfahren haben negative Folgen für Patienten und Ärzte.
Seite 3



Die richtigen Vorbilder?

Der Blick in Ausland zeigt: Ausgabenbegrenzungen sind nicht zielführend.
Seite 4

POLITIK+PATIENT

14. Jahrgang
Herausgeberin: Verband Deutschschweizer Ärztgesellschaften VEDAG
Politik + Patient ist eine Beilage der Schweizerischen Ärztezeitung
Verantwortlich für die Redaktion:
Marco Tackenberg, Markus Gubler, Simone Keller, forum | pr
Layout: Claudia Bernet, Bern
Druck: Stämpfli AG

Wirtschaftlichkeitsverfahren

Ein guter Arzt

Ein älterer Hausarzt ist rund um die Uhr für seine Patienten da. Er betreut sie in Pflegeheimen und macht Hausbesuche. Dadurch verhindert er teure Hospitalisierungen. Die Folgen für ihn: Er gerät in die Mühlen eines Wirtschaftlichkeitsverfahrens und wird verurteilt, über eine halbe Million Franken an die Krankenkassen zu zahlen.



Werner Kaiser: «Ich bin ein Hausarzt, der 35 Jahre lang das Gefühl hatte, eine gute, sinnvolle und kostensparende Tätigkeit zu machen.»

Bild: Marco Zanoni

Wie stellen wir uns eine gute Hausärztin, einen guten Hausarzt vor? Vielleicht so, wie es ihn oder sie heute nur noch selten gibt. Also einer, der an sieben Tagen der Woche rund um die Uhr für seine Patienten da ist. Einer, der seinen Patienten – und sie ihm – über

Jahre und Jahrzehnte hinweg treu bleibt. Einer, der die Patienten auch im Pflegeheim weiter betreut. Einer auch, der Sterbebegleitungen macht.

Fortsetzung auf Seite 2

Ruinöser Amtstarif

Letzten Oktober griff der Bundesrat in den Ärztetarif TARMED ein. Anfang dieses Jahres wurde die behördlich verfügte Tarifänderung wirksam. Sie soll bei ambulant erbrachten Behandlungen 470 Millionen Franken einsparen. Vor allem kleinere medizinische Fachdisziplinen trifft das Spardiktat des Amtstarifs mit voller Härte. Ein Kinderchirurg aus Zürich berichtet: «Für das Entfernen eines Blutschwammes – ein gutartiger Tumor, der im Säuglings- oder Kleinkindalter häufig vorkommt – können wir noch 200 Franken verrechnen. Dieser Betrag reicht bei Weitem nicht aus, um die Arbeit des Chirurgen, einer nichtärztlichen Assistenz, einer Operationsfachfrau sowie die weiteren Kosten für Infrastruktur, Miete, Amortisation usw. zu decken.» Ein Beispiel unter vielen. Doch der Trend, so der Kinderchirurg, sei eindeutig: «Spitäler mit Leistungsauftrag sind zu einer Querfinanzierung von Leistungen gezwungen und Kinderchirurgen in der Praxis geraten in die roten Zahlen».

Der Amtstarif schwächt nicht nur die ambulante Gesundheitsversorgung, er untergräbt auch die aktuelle gesundheitspolitische Forderung «ambulant vor stationär». Für die Ärzteschaft steht fest: Nur mit einem partnerschaftlich entwickelten und betriebswirtschaftlich gerechneten Tarif lassen sich die politischen Vorgaben umsetzen. Die gute Nachricht: Die Ärzteschaft hat in den vergangenen Monaten gemeinsam mit Experten eine neue Tarifstruktur erarbeitet. Bereits laufen die Verhandlungen mit den Tarifpartnern. Ende 2018 soll die neue Tarifstruktur gemeinsam beim Bundesrat eingereicht werden.

Werner Kaiser aus Biel ist so ein Hausarzt. Während 35 Jahren ging er mit seiner eigenen Praxis einer – wie er meinte – guten, sinnvollen und kostensparenden Tätigkeit nach. «Es ist erstaunlich», so Kaiser, «was einem im Alter von 70 Jahren noch passieren kann.» Schaut man seine Praxis näher an, so wird ersichtlich, dass der Facharzt für Allgemeinmedizin überdurchschnittlich viele alte Patienten, die an mehreren Krankheiten gleichzeitig leiden, behandelt. Diese polymorbiden Patienten bedürfen einer ständigen Betreuung und regelmässiger Kontrollen des Gesundheitszustandes.

2014 und 2015 geriet Kaiser in die Mühlen eines sogenannten Wirtschaftlichkeitsverfahrens durch die Krankenkassen. Im Juni 2018 verurteilte ihn ein Schiedsgericht im Kanton Bern zur Rückzahlung von insgesamt 570'000 Franken an 31 Krankenkassen. Der Vorwurf: Er habe seine Patienten überbetreut und damit zu viele Kosten verursacht.

Hausbesuche verhindern Hospitalisierungen

Politik+Patient sprach mit Werner Kaiser und hat auch Einblick in die Gerichtsakten. Obwohl es wissenschaftlich erwiesen ist, dass Hausbesuche bei älteren Menschen die Einweisung in ein Spital oder ein Pflegeheim verzögern oder verhindern können, werden ihm ausgerechnet diese Hausbesuche im Urteil als «unwirtschaftlich» vorgeworfen. Bei einem Wirtschaftlichkeitsverfahren werden die Kosten einer bestimmten Arztpraxis mit den durchschnittlichen Kosten einer Gruppe von anderen Arztpraxen verglichen. Weichen die Kosten dieser Praxis erheblich von den Kosten der Vergleichsgruppe ab, so gehen die Gerichte von einer Überarztung aus – es sei denn, die Praxis könne Besonderheiten geltend machen.

Politik+Patient hat die Daten von Werner Kaiser mit einem Experten¹ geprüft, der schon zu manchem Wirtschaftlichkeitsverfahren beigezogen wurde. Seine Aussagen zu diesem Fall sind eindeutig: «Herr Kaiser betreut sehr viele Heimpatienten. Keine andere Praxis im Kanton Bern weist derart viele externe Patienten auf. Dies müsste in einem Verfahren als Besonderheit der Praxis anerkannt werden. Herr Kaiser ist ja gerade ein gutes Beispiel für einen kostengünstigen Mediziner. Er arbeitet viel mehr als andere Ärzte. Durch seine hohe Verfügbarkeit vermeidet er unnötige Hospitalisierungen und verhindert damit die wirklich hohen Kosten. Die Krankenkassen und das Gericht haben nur angeschaut, welche Kosten er verursacht hat. Aber all die Kosten, die dank seiner Tätigkeit als Arzt nicht anfallen, werden in die Rechnung nicht einbezogen.»

Empörende Sprache des Gerichts

Die vielen Heimpatienten, die im Vergleich zu Gleich-

altrigen höhere Kosten verursachen, werden Kaiser nun zum Verhängnis. Diese Patienten können meist nicht mehr ohne Weiteres zu ihrem Hausarzt in die Praxis. Sie sind darauf angewiesen, dass der behandelnde Arzt zu ihnen kommt. Kaiser dazu: «Heimpatienten brauchen sehr viel Zeit. Gerade wenn sie kurz vor dem Tod stehen. Da führe ich sehr viele Gespräche mit den Patienten, aber auch mit den Angehörigen und dem Pflegepersonal.» In der Sprache des zuständigen Richters wird der Sachverhalt dann in empörender Weise kommentiert: Werner Kaiser «animiere» seine Patienten, «jederzeit bei ihm Leistungen einzufordern». Wer solche «Komfortleistungen» für seine Patienten erbringe, handle unwirtschaftlich.

Schlechte Methode, fehlerhaft angewendet

Statt die Patientendossiers aus der Praxis von Herrn Kaiser durch einen geschulten Hausarzt prüfen zu lassen, beschränkt sich das Gericht auf eine statistische Methode, die – wie heute weitherum anerkannt ist – grobe Mängel aufweist. Was es bräuchte, wäre eine Einzelfallprüfung durch einen sachverständigen Arzt. Werner Kaiser würde dies begrüssen. Denn das Hauptproblem mit der angewendeten statistischen Methode liegt darin, dass ausgerechnet die Erkrankungen des Patienten nicht berücksichtigt werden. Vereinfacht gesagt folgt die Methode dem Grundsatz «Alt gleich teuer, Jung gleich günstig». Die Methode berücksichtigt zwar das Durchschnittsalter der Patienten, nicht aber, wie krank die Patienten des betreffenden Arztes effektiv sind. Eigentlich haben die Krankenkassen diesen Sachverhalt anerkannt. Darum wurde die Methode überarbeitet. Aber beim Urteil von Werner Kaiser kam vollumfänglich die viel zu grobe Methode zum Zuge. Dabei weiss man, dass die konkrete Erkrankung eines Patienten den grössten Einfluss auf die Kosten hat. Die bei Kaiser angewendete statistische Methode ist damit nicht nur schlecht, sie wurde obendrein noch schlampig angewendet. Betrachtet man die Gruppe der Ärzte in Biel, mit welchen Werner Kaiser verglichen wurde, dann fallen erhebliche Fehler in den Daten auf: So ist der eine Arzt Anfang 2014 verstorben, der andere seit Mitte 2013 im Ruhestand und ein Dritter gar nicht als Hausarzt tätig. Aber auch diese Einwände vermochten das Gericht nicht zu beeindrucken.

Durch das Urteil des Schiedsgerichts ist der Arzt in eine existenzielle Notlage geraten. Sowohl sein Anwalt wie der angefragte Experte haben Werner Kaiser nun geraten, den Fall ans Bundesgericht weiterzuziehen.

¹ Name der Redaktion bekannt

Achtung, Zuckerschok

Wer ein Spital in Kairo gesehen hat, in Dakar von einem kranken Kind hörte, in Paris eine Mittelohrentzündung bekam, in New York ambulant behandelt werden musste oder weiss, wie das englische Gesundheitssystem wirklich funktioniert – der wird zugeben: Unsere Gesundheit und erst recht unsere Krankheit kosten eine Menge. Aber für diese Kosten bekommt man auch viel.

Es ist nötig, unsere Ärzte und das Spitalpersonal zu kritisieren. So wie es der «Beobachter» gerade wieder getan hat, der die überhöhten Rechnungen thematisiert («für Operationen fordern sie bis zu 4000 Franken pro Stunde»).

Dennoch mag ich für einmal nicht in diese Kritik einstimmen. Das hat einen persönlichen Grund: Ich kann mich an keinen einzigen Fall erinnern, bei dem es mir schlecht ergangen ist mit denen, die mich warten oder reparieren mussten. Und je älter man wird, desto öfter muss man in die Garage. Und jetzt die Warnung: Wenn Sie keinen Zuckerschok vertragen, hören Sie auf zu lesen. Denn es folgt ein Lob auf alle.

Die paarmal, bei denen ich operiert wurde und nach dem Erwachen meiner Heilung entgegendämmerte, fiel mir auf, das war im Zürcher Triemli-Spital, dass keine einzige Person unfreundlich war, dass die Ärzte erklärten, ohne zu dozieren, dass die Pflegerinnen auch am nächsten Tag noch aufgestellt wirkten, obwohl sie in Schichten arbeiten.

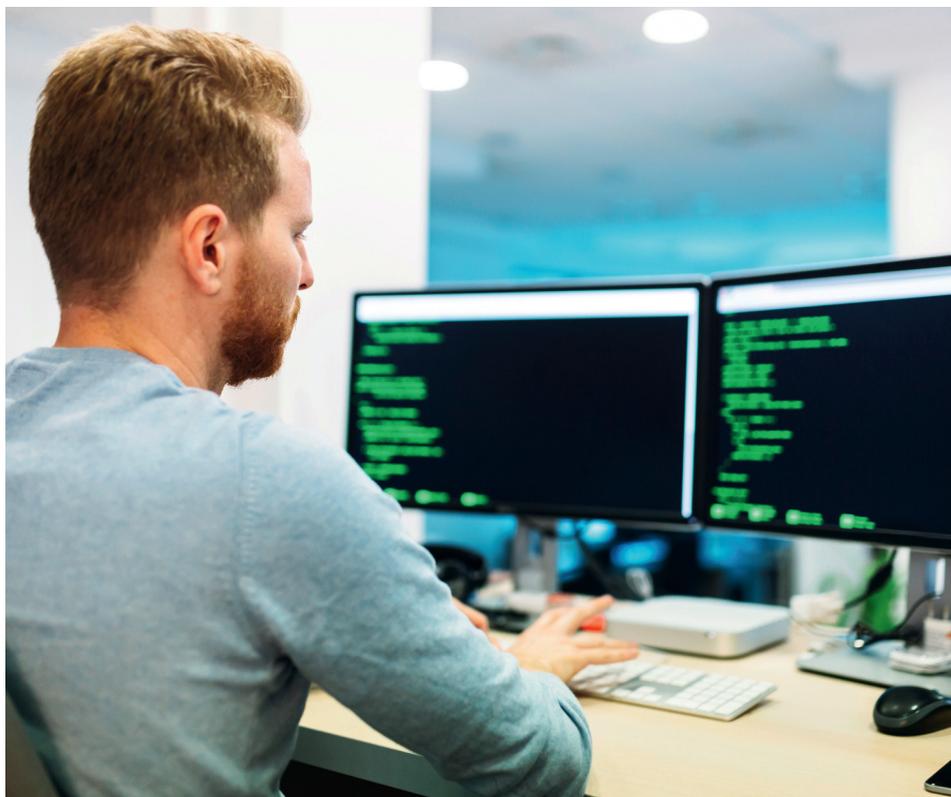
So, wie ich unser Gesundheitssystem an mir selber erlebte, fühlte es sich an wie eine Beziehung. Darum hier meine Dankbarkeit jenen gegenüber, denen keiner dankt, solange er sie nicht braucht, und die er selten lobt, wenn er sie braucht, weil er dann meistens in einem Zustand ist, wo er nicht loben kann. Und nachher zu loben vergisst, wenn es wieder geht – und er auch.



Jean-Martin Büttner
(1959) ist Reporter beim
«Tages-Anzeiger»

Verdacht auf Vorrat

Um Überbehandlungen zu ahnden, müssen die Krankenkassen Arztrechnungen prüfen. Dazu setzen sie einen Algorithmus ein, der nach Auffälligkeiten sucht. Ärzte kritisieren dieses Vorgehen, weil sie zu Unrecht unter Verdacht geraten.



Ist ein Arzt erst einmal im Visier der Ermittler, kann er sich nur mit viel Aufwand rechtfertigen. Die Kosten, den Arbeitsausfall und den allfälligen Imageschaden muss er selber tragen, auch wenn er zu Unrecht verdächtigt wurde.

Bild: iStockphoto

Patienten können mithelfen, die Gesundheitskosten in den Griff zu bekommen: Bevor sie eine Arztrechnung bezahlen oder an die Krankenkasse weiterleiten, sollten sie sie prüfen. Denn der Patient weiss am besten, wie er tatsächlich behandelt wurde. Das scheint ein einfaches Mittel zu sein, um fehlerhafte Rechnungen zu finden. Allerdings haben viele Patienten Mühe, die Liste der erbrachten Leistungen auf der Arztrechnung nachzuvollziehen. Die Positionen, welche die medizinischen Leistungen aufführen, enthalten viele Fremdwörter, und die Angaben sind so stark verkürzt, dass sie nicht einfach nachzuvollziehen sind. Viele Patienten würden es wohl bevorzugen, wenn ein Profi die Rechnungskontrolle übernehmen würde – zum Beispiel ein Vertreter der Krankenkasse.

Algorithmen sind schlechte Ermittler

Das ist bereits der Fall. Von Rechts wegen überprüft Santésuisse, der Branchenverband der schweizerischen Krankenversicherer, die Daten der Leistungserbringer. Die grossen Krankenkassen haben zusätzlich eigene Ermittler angestellt. Um die Nadel im Heuhaufen

sämtlicher Arzt- und Spitalrechnungen zu finden, nutzen sie einen Algorithmus und die Gesetze der Statistik: Genauer überprüft werden jene Ärzte, die während eines Jahres pro Patient im Durchschnitt rund 30 Prozent mehr Leistungen ausweisen als die Vergleichsgruppe, oder bei einzelnen Positionen überdurchschnittlich hohe Zahlen ausweisen. Der Algorithmus geht automatisch davon aus, dass in diesen Fällen der Patient überbehandelt wurde. Dass der Arzt also die sogenannten WZW-Kriterien nicht eingehalten hat, die eine Behandlung erfüllen muss: Sie muss wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Das Problem: Es gibt gute Gründe, weswegen ein Arzt oder eine Ärztin höhere Kosten als der Durchschnitt auslöst.

Wie hohe Rechnungen entstehen

Die Krankenkassen berücksichtigten bisher in ihren Berechnungen das Durchschnittsalter und das Geschlecht der Patienten, denn ältere Menschen und Frauen verursachen tendenziell höhere Kosten als junge Menschen und Männer. Um die Kostenstruktur einer Praxis realistisch abbilden zu können, werden –

allerdings erst seit kurzem – weitere Variablen in die Berechnung miteinbezogen, zum Beispiel die Krankheitsbilder: Die Behandlung von zwei Rheumapatienten kann recht unterschiedliche Massnahmen und Medikamente erfordern. Beim ersten Patienten werden modernste Mittel eingesetzt, während beim zweiten die althergebrachten Medikamente sinnvoll sind.

Das Kernproblem ist aber, dass die Morbidität unberücksichtigt bleibt: Betreut ein Arzt viele schwerst- kranke, chronischkranke oder multimorbide Patienten, werden seine Rechnungen überdurchschnittlich hoch ausfallen. Auch der Standort der Praxis und die Anzahl der Selbstzahler aufgrund einer hohen Franchise beeinflussen die Rechnungsstatistik einer Arztpraxis.

Besonders gefährdet, kostenauffällig zu werden, waren bisher Ärzte mit unterdurchschnittlich wenig Patienten, die jedoch teure Behandlungen brauchen. Häufig trifft dies auf ältere Ärzte zu (cf. Artikel Seite 1), die ihre Patienten über Jahre oder Jahrzehnte behandelt haben und mit ihnen alt geworden sind. Die neue Vereinbarung zwischen Santésuisse und FMH mit den zusätzlichen Variablen dürfte die Situation künftig ein wenig entlasten.

Verdeckte Rationierung als Folge

Ist ein Arzt erst einmal im Visier der Ermittler, kann er sich nur mit viel Aufwand rechtfertigen. Die Kosten, den Arbeitsausfall und den allfälligen Imageschaden muss er selber tragen, auch wenn sich herausstellt, dass er zu Unrecht verdächtigt wurde. Noch schlimmer ist, dass das Vorgehen der Krankenversicherer sich auf die Behandlung der Patienten auswirken kann. So ist es vorstellbar, dass ein Arzt seinem Patienten ein günstigeres, aber weniger wirksames Medikament abgibt, um die Kosten tief zu halten. Komplexe Fälle verweist er vielleicht direkt an den teureren Spezialisten. All dies ist weder im Sinn der Patienten noch der Prämienzahler.

Eine ganze Branche unter Generalverdacht

Gemäss Dachverband Santésuisse gibt es in der Schweiz rund 2200 Ärzte, deren Rechnungen statistisch auffallen. Die meisten davon haben sich nichts zu Schulden kommen lassen: 2016 mussten sich nur gerade 98 Mediziner, das sind 0,27 Prozent aller berufstätigen Ärzte in der Schweiz, vor dem Strafgericht verantworten.

Es ist unbestritten, dass die schwarzen Schafe unter den Ärzten, die zu viele Leistungen abrechnen, überprüft und sanktioniert werden sollen. Die FMH selber schliesst Betrüger, die eindeutig gegen die Standesordnung verstossen, aus dem Berufsverband aus. Eine ganze Branche unter Generalverdacht zu stellen nützt aber niemandem. Im Gegenteil: Indem sie junge Ärzte auf diese Weise verunsichern, tragen die Krankenversicherer sogar zum aktuellen Ärztemangel bei.

Die richtigen Vorbilder?

Die Globalbudgets anderer Länder sollen zum Vorbild für die Schweiz werden. Dabei zeigt gerade der Blick ins Ausland, warum Ausgabenbegrenzungen nicht zielführend sind.

Trotz hoher Zufriedenheit der Schweizer Bevölkerung mit der Gesundheitsversorgung stehen die jährlich steigenden Kosten in der Kritik. Man ist sich einig: Das Kostenwachstum muss eingeschränkt werden. Eine vom Eidgenössischen Departement des Inneren beauftragte Expertengruppe schlägt hierzu eine Reihe von Massnahmen vor. Im Fokus steht eine «verbindliche Zielvorgabe hinsichtlich Kostenwachstum mit entsprechenden Sanktionen»; zu Deutsch: ein Globalbudget.

Die Verfasser der Expertise wissen um die Brisanz des Vorschlags. Globalbudgets im Ausland sollen als Vergleich dienen und den Vorschlag legitimieren. Der Vergleich hinkt. Denn obwohl darum bemüht, Länder mit einem ähnlichen System zu finden, sind die Unterschiede gewaltig.

Einigkeit und Recht und – Globalbudget

Deutschland kennt ein Globalbudget; allerdings nicht im Sinne einer festen Ausgabenbegrenzung über alle Versorgungsbereiche hinweg. Stattdessen ist das System nach Ausgabenbereichen strukturiert. Jedem Bereich steht die um den Prozentsatz der «Grundlohnsummensteigerung» erweiterte Geldmenge des

Vorjahres zur Verfügung. Die vermeintlich einfache Lösung scheitert an der komplexen Wirklichkeit. Zahlreiche Korrekturmechanismen mussten schon eingeführt werden. Denn: Faktoren wie Demographie, wandelnde Morbidität oder medizinischer Fortschritt waren nicht berücksichtigt worden. Gemäss Jurist Rainer Hess, der seit bald vier Jahrzehnten im deutschen Gesundheitssystem tätig ist, habe sich in Deutschland seit Einführung der Ausgabenbegrenzung eine grauenhafte Kultur entwickelt: «Der Arzt guckt durch die ökonomische Brille – viel schlimmer, als dies je zuvor der Fall war. Patienten müssen teils zu wildfremden Ärzten. Auch Terminverschiebungen ins Folgequartal sind ein gängiger Mechanismus in solchen Systemen.»

Budget global en France: fraternité, égalité – sans liberté

Auch in Frankreich besteht eine Ausgabenobergrenze für die Gesundheitsversorgung. Die sogenannte ONDAM (Objectif national des dépenses de l'assurance-maladie) legt das Parlament fest. Das Gesundheitsministerium verteilt dann die budgetierten Ausgaben auf die einzelnen Bereiche. Jeder Akteur hat ein Aus-

gabenlimit. Allerdings sind diese Obergrenzen nicht verbindlich; so wurden sie denn regelmässig überschritten. Auch in Frankreich waren daher Korrekturmechanismen nötig. Allerdings nicht ohne einen hohen Preis. Angestellte des Gesundheitssektors müssen in weniger Zeit mehr leisten, darunter leidet die Qualität. Oft bleibt keine Zeit zur Patientenaufklärung oder zum Austausch im Team. In einer Umfrage von 2013 gaben über 60 % der Ärzteschaft an, sich oft oder ständig beeilen zu müssen. Zudem werden Teamstrukturen aufgelöst, um das Personal mobiler einsetzen zu können. Dies führt zu Demotivation, häufigen Absenzen und Burnouts. Seit einigen Jahren ist das Budgetwachstum auf 2 % beschränkt, obwohl sogar die Regierung zugibt, dass das Gesundheitswesen ohne Beschränkung um 4,5 % wachsen würde.

Niedrige Kosten in den Niederlanden?

Der dritte Vergleich zeigt noch einmal ein ganz anderes System: Die Niederlande. Die Gesundheitsauslagen sind Teil des staatlichen Budgets und unterliegen Ausgabenzielen. Diese werden von der Regierung festgesetzt. Das Kostenwachstum flacht allerdings erst ab, seit pauschale Kürzungen bei allen Leistungserbringern im Falle der Nichteinhaltung der Ziele drohen. Die Wachstumsreduktion beruht aber lediglich auf einem Rückgang erbrachter Leistungen; die Preise blieben gleich und damit die Margen der Leistungserbringer. Die Leidtragenden sind die Patienten, weil ihnen medizinisch nötige Behandlungen vorenthalten werden. Da medizinische Bedürfnisse einer alternden Bevölkerung eher zunehmen, kann dieses Vorgehen gar nicht nachhaltig sein.

Die weitaus grösste Einsparung im holländischen Gesundheitswesen gelingt aber über Arzneimittel. Seit 2005 vergüten Versicherer nur noch das günstigste Generikum eines Arzneimittels. Eine solche Einsparung irritiert. Generika können Wirkungsunterschiede aufweisen; das preisgünstigste Produkt ist nicht immer das geeignetste.

Keine Vorbilder

Der Vergleich mit dem Ausland zeigt vor allem eins: Globalbudgets mögen das Kostenwachstum zwar senken, bringen aber erhebliche Probleme mit sich. Angestellte im Gesundheitssektor wie auch Patientinnen und Patienten bezahlen dafür einen hohen Preis. Die Vorbilder Deutschland, Frankreich und Niederlande zeigen nicht, was die Schweiz übernehmen sollte, sondern wovon sie besser die Finger lässt.



Dieses Gesetz hat bestimmt keine Fans: In Holland vergüten Versicherungen nur das günstigste Generikum eines Arzneimittels – und dies, obwohl Generika Wirkungsunterschiede aufweisen können.

Bild: iStockphoto

Umfangreiches Archiv

Lesen Sie weitere Artikel online auf
www.politikundpatient.ch