

Forum



KSK-Statistik, Wirtschaftlichkeitsprüfung

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte im Kanton Zürich, die in ihrer Praxis viele HIV-Kranke betreuen, erhielten kürzlich vom Verband Zürcher Krankenversicherer die Aufforderung, ihre «überhöhten Fallkosten», insbesondere die überhöhten Medikamentenkosten zu begründen, andernfalls ein Verfahren wegen «vermuteter unwirtschaftlicher Praxisführung» eingeleitet würde. Viele der HIV-betreuenden Ärztinnen und Ärzte sind im Qualitätszirkel «HIV-Pract» organisiert. Die Vereinigung HIV-Pract antwortet dem Verband Zürcher Krankenversicherer in einem offenen Brief:

HIV-Pract ist eine Vereinigung von Ärztinnen und Ärzten, die in ihrer Praxis HIV-Patienten und -Patientinnen behandeln. HIV-Pract entstand aus der Erkenntnis, dass es unmöglich ist, HIV-Patienten und -Patientinnen im Alleingang zu betreuen. In enger Zusammenarbeit mit universitären Infektologiezentren sichert HIV-Pract durch regelmässiges Studium der wissenschaftlichen Publikationen, durch Besuche internationaler Aids-Kongresse und durch praxisbezogenen Erfahrungsaustausch die hohe Qualität der Arbeit mit HIV-Patienten und -Patientinnen. Durch permanente Fortbildungsarbeit können Fortschritte in der Erforschung und Behandlung der HIV-Krankheit für die Betroffenen rasch nutzbar gemacht werden. Die heute verfügbaren antiretroviralen Therapien haben die Prognose der HIV-Kranken dramatisch verändert. Waren sie früher von baldiger schwerer Erkrankung und Tod bedroht, können heute die meisten mindestens mittelfristig mit Zuversicht ein lebenswertes Leben.

Antiretrovirale Medikamente sind teuer. Die Jahreskosten betragen 20 000.- bis über 30 000.- Franken. Auch andere Kostenfaktoren liegen bei HIV-Kranken deutlich höher: regelmässige aufwendige Laboruntersuchungen, grösserer Zeitaufwand bei Arztvisiten, spezialärztliche Konsilien und häufigere Hospitalisationen. «Gewöhnliche» Patienten und Patientinnen von Allgemeinärzten sind im Durchschnitt deutlich billiger. Die Medikamentenkosten «gewöhnlicher» Patientinnen und Patienten betragen wenige hundert Franken pro Jahr. Laboruntersuchungen sind seltener geworden. Darum gehören Ärztinnen und Ärzte, die HIV-Kranke behandeln, statistisch zu den «teuren». Dazu ist folgendes zu sagen:

- Ärztinnen und Ärzte behandeln HIV-Infizierte gemäss aktuell geltenden Indikationen und Richtlinien.
- Die kunstgerechte Behandlung von HIV-Betroffenen ist finanziell nicht besonders lohnend. Sie verlangt ein grosses

menschliches und berufliches Engagement und den Einsatz unzähliger Stunden Gratisarbeit.

- Die verordneten antiretroviralen Medikamente sind kassenzulässig. Es ist der ausdrückliche Wille des Gesetzgebers, HIV-Kranken die bestmögliche, heute verfügbare Behandlung zukommen zu lassen.
- Antiretrovirale Medikamente werden ausschliesslich zur Behandlung von HIV-Infektionen angewendet: Es ist für den Krankenkassenverband ein leichtes, diese Medikamente aus der Statistik herauszufiltern. Der Krankenkassenverband handelt unprofessionell, wenn er die HIV-behandelnden Ärztinnen und Ärzte wegen angeblich überhöhter Medikamentenkosten bedrängt.

Es ist unbestritten, dass die Krankenversicherer das Recht und die Pflicht haben, die von ihnen finanzierten Leistungen zu überwachen. Es ist unbestritten, dass die Ärzteschaft vermehrt mit den Versicherungen zusammenarbeiten müssen: Nur gemeinsam können wir die Finanzierungskrise im Gesundheitswesen lösen. Aber nur Kooperation auf sachlicher Basis kann weiterführen, keinesfalls Konfrontationen mit irgendwelchen Sammelstatistiken, die ausser Leerläufen und unguten Gefühlen nichts bringen.

Wenn man zudem daran denkt, dass mit undifferenzierten Sammelstatistiken der präsentierten Art auch (Krankenkassen-)Politik gemacht wird, man mit diesen Zahlen in der KUVG-Debatte herumfuchelt und Swica-Light-Listen erstellt – und, dass aufgrund solcher Zahlen in Zukunft gewisse Ärztinnen und Ärzte von der Kontrahierung ausgeschlossen werden könnten –, so gewinnt der Unfug der Sammelstatistik eine gesundheitspolitisch gefährliche Dimension. Man müsste Kolleginnen und Kollegen Allgemeinpraktikern dringend davon abraten, Patienten und Patientinnen zu behandeln, die eine differenzierte und kostenintensive Betreuung benötigen: zum Beispiel Patienten und Patientinnen mit chronischen Lungenkrankheiten, fortgeschrittenen Herzkrankheiten, solche mit HIV-Infektionen, mit langwierigen Krebserkrankungen, oder Patienten und Patientinnen mit angeborenen Stoffwechselerkrankungen. Um als Hausarzt in der Konkordatsstatistik zu bestehen, beschränke man sich auf die Betreuung gesunder junger Männer.

Dr. med. Alfred Bänziger, Zürich; Dr. med. Reiner Baumann, Zürich; Dr. med. Daniel Beck, Zürich; Dr. med. Markus Frei, Luzern; Dr. med. Thomas Frey, Zürich; Dr. med. Rainer Hurni, Zürich; Dr. med. René Jaccard, Zürich; Dr. med. Martin Keller, Zürich; Dr. med. Daniel Oertle, Zürich; Dr. med. André Seidenberg, Zürich; Dr. med. Daniel Steiner, Zürich; Dr. med. Benjamin Stutz, Zürich; Dr. med. Kaspar von Blarer, Zürich; Dr. med. Marco Zoller, Zürich



Aufhebung des Kontrahierungszwanges – Chancen und Risiko [1]

Offener Antwortbrief

Lieber Brecht

Auch ich sehe Chancen für Managed Care. Doch sehe ich es etwas anders als Du. Uneingeschränkt will ich weiterhin die Interessen meiner Patienten vertreten können. Ich kann nicht zwei Herren dienen.

An der Gesundheit meiner Patienten kann ich nicht finanziell beteiligt sein. Ich trage dazu bei, sie optimal medizinisch-wirtschaftlich zu versorgen. Dazu sind Qualitätssicherung, Forschung in ambulanter Medizin, Vernetzung, Daten und Erfahrungsaustausch dringend nötig, weg vom Einzelkämpfer hin zum Team, zur partnerschaftlichen Mitverantwortung auch des Patienten. Wenn ich gleichzeitig noch die Interessen von Frau Dreifuss und der Allgemeinheit berücksichtigen muss, kommt es zum Konflikt. Der Patient weiss nicht mehr, ob ich ihm helfen darf oder den Finanzen der Allgemeinheit. Es wird zu einem Vertrauensverlust kommen zum Nachteil aller. Ich verstehe mich als Anwalt meiner Patienten und möchte weder ein Erfolgshonorar wie die amerikanischen Anwälte noch die alte chinesische Methode für Ärzte: Kopf ab bei Misserfolg!!!

Einschränkungen können am besten direkt durch die Mitverantwortung, Mitbeteiligung der Patienten, teilweise vertreten durch seine Versicherungen kommen. Ich meine, diesem Interessengegensatz müssen wir uns stellen. Die Auftragslage muss klar sein, wir Ärzte sind für die Patienten da. Die Politiker entscheiden, bis wohin die Allgemeinheit sich an den Gesundheitskosten beteiligen soll. Am besten hätte jeder Mensch sein persönliches limitiertes Budget, dessen Höhe könnte individuell gewählt werden wie bei Teil- oder Vollkasko, wobei eine verbindliche minimale Basis für alle zu definieren wäre. Jedermann entscheidet auch im übrigen sein Risikoverhalten selbst: Nikotin, Drogen, Essverhalten, Freizeitaktivitäten, Gleitschirmfliegen, Bungeejumping usw. Ich meine, wir wären ebenso fähig, unser finanzielles Risiko selbst zu bestimmen.

Herzliche Grüsse

Martin (Rickenbacher, Rheinfelden)

1 Fischer MA. Aufhebung des Kontrahierungszwanges – Chance und Risiko zugleich für die Partner im Gesundheitswesen. Schweiz Ärztezeitung 2001;82(1/2):28.