

Briefe an die SÄZ



Erklärungsbedürftige Aussagen

Der Vergleich zwischen der Rechnungsstellerstatistik von *santésuisse* und dem Praxisspiegel der Trustcenter in der SÄZ Nr. 35 [1] hat mehr Fragen aufgeworfen als Antworten gegeben. Leider werden im Artikel Schlüsse bezüglich der Genauigkeit und der Vergleichbarkeit der beiden Verfahren gezogen, die so nicht stimmen.

Zuallererst muss unterstrichen werden, dass im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen von *santésuisse* nur selten Gerichtsverfahren gegen Ärzte wegen «Überarztung» eingeleitet werden. Erst wenn die hohen Kosten pro Patient eines Arztes nicht gesetzeskonform begründet werden können und alle Bemühungen gescheitert sind, diese auf das Niveau seiner Kollegen zu bringen, wird diese letzte Massnahme ergriffen.

Grundsätzlich läuft die Wirtschaftlichkeitsprüfung folgendermassen ab: Mittels der Rechnungsstellerstatistik und der ANOVA-Methode (ANOVA = Analysis of Variance, Varianzanalyse) werden die rein statistisch «auffälligen» Ärzte identifiziert. Dies ist der Fall, wenn die Durchschnittskosten pro behandelte Person mind. 30% über den Kosten der Referenzgruppe liegen. Sind die höheren Kosten in der Einzelfallbetreuung von den *santésuisse*-Experten (darunter auch Ärzte) nachvollziehbar, erfolgen keine weiteren Schritte. Lassen sich die erhöhten Durchschnittskosten pro Patient in der Beurteilung nicht erklären, erhält der betroffene Arzt einen Informationsbrief und eine Einladung zur Stellungnahme. Sind die Begründungen des Arztes für seine Kosten im Sinne anerkannter Praxisbesonderheiten nachvollziehbar, erfolgen wiederum keine weiteren Schritte. Andernfalls beobachtet *santésuisse* im darauffolgenden Statistikjahr die Kostenentwicklung. Die Erfahrung zeigt, dass viele Ärzte nach der Beobachtungsphase wirtschaftlicher handeln. Kann jedoch ein Arzt seine überhöhten Kosten nicht hinreichend begründen oder senken, sucht *santésuisse* mit ihm das Gespräch. Gemeinsam wird nach Ursachen für die überdurchschnittlich hohen Kosten gesucht und Lösungen werden erarbeitet, um die Wirtschaftlichkeit der Behandlungen zu verbessern. Im Rahmen einer Zielvereinbarung kann ausgehandelt werden, bis wann und mit

welchen Massnahmen der Arzt die Durchschnittskosten pro Patient auf das Niveau der Vergleichsgruppe seiner Kollegen anpassen wird. Kann trotzdem keine Einigung erzielt werden, so ruft *santésuisse* dort, wo dies vertraglich geregelt ist, die Paritätische Kommission zwecks Durchführung einer Schlichtung an. Ärzte- und Versicherervertreter beurteilen die Fälle dann gemeinsam. Erst wenn auch im Schlichtungsverfahren keine Einigung erzielt werden kann, prüft *santésuisse* als letzte Massnahme die Fortführung des Verfahrens auf dem Rechtsweg.

Was die Rechnungsstellerstatistik und die ANOVA-Methode im Allgemeinen betrifft, verpflichtet *santésuisse* den Autoren des Artikels bei, dass die Morbidität des Patientenkollektivs als Determinante der Arztkosten berücksichtigt werden muss. Im Rahmen der Verfeinerung des Risikoausgleichs wird genau dies angestrebt – der politische Entscheidungsprozess ist derzeit im Gange. Letztendlich ist aber *santésuisse* auch bei einer Berücksichtigung der Morbidität des Patientenkollektivs darauf angewiesen, dass die Ärzteschaft möglichst fundierte Datensets für die Wirtschaftlichkeitsprüfung zur Verfügung stellt. Darum gilt: Je grösser die Kooperationsbereitschaft der Ärzte, desto besser die Daten- und Screeningqualität. Ärzte, welche unter dem Vorwand des Datenschutzes keine Transparenz schaffen, tun weder sich noch ihren Patienten einen Gefallen. Sie strapazieren bloss die Solidarität der sozialen Krankenversicherung.

Fabian Baer, *santésuisse*

- 1 Schwenkglas M, Romanens M. Vergleichbarkeit der von Schweizer Ärztinnen und Ärzten verursachten Behandlungskosten in der Grundversorgung. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(35): 1342–6.



Quota capitaria? La fine della medicina

Durante le mie vacanze in Italia, mi piace visitare quegli incantevoli borghi ricchi di arte che caratterizzano il paesaggio della vicina penisola.

La curiosità professionale mi spinge a fermarmi davanti alle porte dove campeggia una targa con la scritta «studio medico».

Quando si tratta di uno studio di medicina generale, quello per intenderci che fa parte del Servizio Sanitario Nazionale o meglio della ASL Azienda Sanitaria Locale, e che è deputato alla assistenza medica di base, non posso che reagire sempre con un misto di sorpresa e di invidia alla lettura degli orari di apertura riservati alle consultazioni per i pazienti.

Un esempio? *Il medico riceve il lunedì dalle 8 alle 11, martedì dalle 10 alle 12, mercoledì dalle 8 alle 10 e dalle 15 alle 18, giovedì riposo, venerdì dalle 8 alle 10, sabato e domenica chiuso.*

La veridicità di questi orari è confermata da cifre ufficiali che riferiscono che uno studio di quello che una volta si chiamava «medico della mutua» è aperto mediamente non più di tredici ore per settimana.

In cambio di questo impegno un medico massimalista italiano percepisce uno stipendio di 8000 euro al mese. Non male in piccoli paesi dove il costo della vita non è certo paragonabile al nostro e considerando che il medico può aumentare le sue entrate con attività accessorie.

Nessuna meraviglia, quindi, se il medico cerchi di ridurre al minimo il tempo che dedica ai suoi pazienti, e che cerchi invece di arrotondare le sue entrate con altre attività oppure semplicemente godersi la vita.

Il risultato è un bassissimo livello di soddisfazione degli assistiti italiani, la frustrazione di questi medici che sono considerati poco più che passacarte, compilatori di ricette e di richieste di *impegnative* per esami e visite specialistiche con tempi di attesa biblici per chi ha la sfortuna di cadere ammalato.

Insomma una classica medicina a due velocità, dove chi può pagare in proprio riceve una assistenza medica adeguata, gli altri si mettono in fila alla equivalente italiana di una HMO, sperando di aver indovinato l'orario di apertura.

L'alternativa è fare ricorso al servizio di guardia medica assicurato per lo più da medici neolaureati con scarsa o nessuna esperienza, oppure il Pronto Soccorso ospedaliero con la prospettiva di ore di attesa e di ricovero in qualche barella in corridoio per «accertamenti».

Ora mi chiedo; i discorsi e gli scenari che si fanno da noi sul managed care, in cui fa capolino anche la magica formula della quota capitaria, vogliono forse ispirarsi al modello italiano?

Dr. med. Vincenzo Liguori, Lugano



Immer «ärztlichere» Zeiten?

Dr. A. Geiger [1] könnte sich ebenso gut daran stossen, dass es unabänderlich und, wenn schon, «fundamental» ist, dass der Mensch nun einmal zwei Arme, zwei Beine usw. habe, und dass diese Gegebenheit bis auf weiteres keine «antiquierte» sei. Als Mediziner wird man ja mit Vorteil auch akzeptieren, dass es nebst dem Somatischen auch die Psyche, das Psychisch-Geistige gebe und auch dieses üblicherweise einen bestimmten, gegebenen Aufbau habe, ob man erstens diesen als «sittlich» bezeichne oder nicht, und zweitens von «Ego», «Es» und «Über-Ich» oder von «Keller», «Parterre» und (geistiger) «Oberstube» ausgehe. Der Unterschied besteht darin, dass die Psyche, die bekanntlich trotzdem gesundheitlich darniederliegen, «bettlägerig», gebrechlich, aus dem Lot oder den Fugen geraten sein, auf Abwege gelangen kann usw., nicht so einfach darstellbar ist. Soll man das nicht so leicht Darstellbare, «Unsichtbare» deswegen für nicht existent erklären? Das wäre weder «ärztlich» noch «mutig» (nichts ist leichter zu ignorieren als etwas zwar Gegebenes, jedoch nicht Visualisierbares). Wenn schon, ist doch Prof. O. Höffe [2] mutig, der sich bemüht, der «Bran-

dung» etwas entgegenzustellen, etwas von Modeerscheinungen und Zeit-Trends möglichst Unabhängiges und Besseres, das mehr Zukunft hat; während bekanntlich der Zeitgeist sich auch abwegig entwickeln, verflachen, unseriös werden und bei jeder Gelegenheit wieder ins Gegenteil umschlagen kann. Die Gesellschaft kann tendenziell irgendwohin driften, was man Zeitgeist nennt.

Dr. A. Geiger scheint Hippokrates (Arzt!) ebenso wie nun auch Prof. Höffe mit Moses zu vergleichen, der ja auf seine Gebotstafeln auch hätte schreiben können, es bringe einem keine Vorteile, wenn man etwas tue, das einem mehr schade als nütze und z.B. den genannten, gegebenen und schliesslich physiologischen Aufbau der Psyche oder des Psychisch-Geistigen gefährde. Nur hat sich Moses vielleicht gedacht, der Mensch lasse sich aus Leichtsinne verführen und überlege sich wenig, ob etwas, wonach ihn gelüste, dem physiologischen und wertvollen Aufbau der Psyche Schaden zufügen, dem Gewissen abträglich sein usw. könnte. Wenn es Moses darum ging, dass der Mensch seiner Psyche und deren Aufbau Sorge trage und, um diesen nicht zu gefährden, zu seinem eigenen Vorteil dieses und jenes unterlassen möge, kann das nicht unärztlich genannt werden, wie Dr. A. Geiger nahelegt. Nicht einmal, wenn Moses überlegt hätte, der Mensch sei nicht einfach «für nichts», da, so dass es auch niemanden be-

trübe, wenn er sich selbst Schaden zufüge und dadurch Nachteile einhandle. Offenbar betrübte es wenigstens Moses. Wieso sollte das «unärztlich» sein? Als er übrigens die Erfahrung machte, dass niemand sich um seine Tafeln mit «Richtlinien» kümmerte, zertrümmerte er sie bekanntlich. Dr. A. Geiger kann sie also vergessen. Womit die Sache mit dem nicht so leicht (wie das augenscheinliche Somatische) Visualisierbaren/Feststellbaren, jedoch ebenso Existenten, das auszublenden ja auch wenig Sinn ergibt, nicht aus der Welt geschafft ist – ob der Zeitgeist es wahrhaben möchte oder nicht. Die Auflage im goetheschen Bonmot «Es gibt mehr Ding am Himmel und auf Erden, als eure Schulweisheit sich träumen lässt» scheint ihre Gültigkeit noch längst nicht verloren zu haben. Oder diejenige: Das Psychische, der psychisch-geistige Aufbau ist existenter, als man vielleicht anzunehmen versucht ist und gerne hätte.

P. Süssstrunk, Mediziner, Seewis

- 1 Geiger-Jakob A. Zum Artikel «Philosophische Ethik: Fahne im Wind oder Fels in der Brandung?» Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(34):1279.
- 2 Höffe O. «Philosophische Ethik: Fahne im Wind oder Fels in der Brandung?» Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(32):1199–1202.