

«Ein wenig hier und ein wenig dort zu sparen ist der falsche Weg»

Erika Ziltener, die Präsidentin des Dachverbandes Schweizerischer Patientenstellen, hält den Begriff «Rationierung» im Gesundheitswesen für unangebracht. Die Mittel seien nicht knapp – sie würden nur falsch eingesetzt. Die Patientenvertreterin fordert ein nutzen- und qualitätsorientiertes Gesundheitswesen. Sparbemühungen seien dann berechtigt, wenn sie sich auf überflüssige oder wenig wirksame Leistungen konzentrierten.

Was verstehen Sie persönlich unter «Rationierung» im Gesundheitswesen?

Ich halte diesen Begriff im Zusammenhang mit dem Gesundheitswesen für verfehlt. Rationierung bedeutet, dass die Bevölkerung eingeschränkten Zugang zu bestimmten Gütern hat, weil diese schlichtweg nicht in genügendem Mass vorhanden sind. Es ist heute aber nicht so, dass die Mittel für unser Gesundheitswesen so knapp sind, dass wir unmöglich vom Streichen von Leistungen absehen können. Die Mittelzuteilung in unserem Gesundheitswesen ist weiterhin eine Willensentscheidung. Allenfalls kann man in der Organtransplantation von Rationierung sprechen, weil Spenderherzen oder -nieren tatsächlich zu knapp sind. Wenn die Politik aber notwendige Leistungen aus der Grundversicherung nimmt, dann würde ich von Zweiklassenmedizin sprechen statt von Rationierung.

Kennen Sie aus Ihrer Praxis bereits Beispiele für eine solche Zweiklassenmedizin?

In der Langzeitpflege und in der Psychiatrie sind die personellen und zeitlichen Ressourcen eindeutig zu knapp. Spitalinfektionen gibt es auch deshalb, weil wegen des Zeitdrucks die Hygiene oftmals vergessen geht. Auffällig ist auch, dass die Krankenversicherer in bestimmten Bereichen häufiger als früher Leistungsverweigerungen aussprechen, zum Beispiel in der Psychiatrie-Spitex.

«Die Mittelzuteilung in unserem Gesundheitswesen ist falsch.»

Wo sehen Sie die Hauptgründe dafür?

Es wird am falschen Ort und willkürlich gespart. Ich bin hier auch von den Spitalern und den Pflegeheimen enttäuscht. Sie ergeben sich einfach dem Spardruck, statt entschlossen für mehr Personal zu kämpfen.

Die meisten GesundheitsökonomInnen sehen den Spardruck bei den notwendigen Leistungen als Folge davon, dass überflüssige Behandlungen munter weiterfinanziert werden. Teilen Sie diese Auffassung?

Absolut. Die Mittelzuteilung in unserem Gesundheitswesen ist falsch. Es ist wichtig, die Kosten im Auge zu behalten, aber bitte am richtigen Ort. Für mich ein viel versprechender Ansatz ist die Evidence Based Medicine. Das heisst, wir müssen jene Behandlungen fördern und bezahlen, die einen Nutzen bringen – oder die unnötige Kosten sparen. Ich denke da an Spitex-Leistungen, die einen Heimeintritt um Monate oder Jahre hinausschieben können. Ich denke da auch an die Hausarztmedizin. Sie ist eine grosse Chance für ein günstigeres Gesundheitswesen in besserer Qualität. Wer selbstständig zum falschen Spezialisten geht, verursacht hohe Kosten und erhält unter Umständen nicht einmal die richtige Behandlung. Generell finde ich: Die Sparbemühungen müssen systematisch bei Therapien oder Medikamenten ansetzen, die keinen erwiesenen Nutzen haben. Ein wenig hier und ein wenig dort zu streichen, ist der falsche Weg.

«Die Patienten schliesse ich nicht von der Verantwortung aus.»

Welche politischen Schritte braucht es dazu?

Heute versteift sich die Politik zu sehr auf die Kostenfrage und vergisst, auch den Nutzen mit einzubeziehen. Die Evidence Based Medicine erhält von der Politik unverständlicherweise kaum Unterstützung. Sonst wäre eine Behandlung wie die Hormonersatz-Therapie, die nachweislich meistens mehr schadet als nützt, längst nicht mehr uneingeschränkt im Leistungskatalog. Ausserdem ist es an der Zeit, den Qualitäts-Artikel im KVG endlich umzusetzen. Es ist wichtig, Qualitätsmessungen zu fördern – auch mit finanziellen Anreizen. Die Patienten schliesse ich nicht von der Verantwortung aus: Ein Zwang, für die Abrechnung in der Grundversicherung einen Arzt mit Qualitäts-Zertifikat aufzusuchen, ist für mich durchaus denkbar.

Welche Rolle spielt die Medikalisierung der Gesellschaft und des Gesundheitswesens bei der falschen Zuteilung der Mittel?

Eine bedeutende Rolle. Einem Patienten ein Medikament zu verschreiben, geht schnell und ist lukrativer als das zeitaufwändige, aber schlecht bezahlte persönliche Gespräch. Auch hier kann die Evidence Based Medicine eine wichtige Rolle spielen. Wenn ein Arzneimittel oder eine Operation den grössten Heilerfolg versprechen, soll die Patientin sie erhalten. Wenn eine andere Therapie oder Betreuung genauso wirkungsvoll ist, soll sie zum Zuge kommen – auch wenn sie weniger Verdienst bringt.



Dazu bräuchte es aber ein anderes Tarifsystem.

Unbedingt. Ein Arzt soll dann am besten verdienen, wenn er das richtige tut – und wenn es für einmal gar nichts ist. Die HMO- und Hausarztmodelle arbeiten heute schon zum Teil so.

Was erwarten Sie aus Patientensicht von den Leistungserbringern, um Rationierungen – oder eine Zweiklassenmedizin – zu verhindern?

Ich erwarte von den Leistungserbringern ein qualitäts- und nutzenorientiertes Handeln. Damit sich das durchsetzt, müssen wir, wie gesagt, vom Einzelleistungstarif wegkommen. Ein gutes Tarifsystem belohnt jene Ärzte, die das tun, was für ihre Patienten am besten ist. Ich bin ausserdem der Meinung, dass das Gespräch und die persönliche Betreuung einen viel zu geringen Stellenwert hat – auch im Tarifsystem. Ein gutes Beispiel dafür ist die Mammographie. Statt die Patientinnen über Risiken und Früherkennung aufzuklären, werden massenhaft Screenings durchgeführt, die ausser Angst wenig bringen. So bleibt die Patientin schön am Gängelband, statt mündig zu werden.

Was erwarten Sie von den Krankenversicherern?

Ich erwarte, dass sie ihren Wettbewerb untereinander nicht in falschen Bereichen austragen. Die Risikoselektion zum Beispiel halte ich für höchst problematisch. Ich finde es auch bedauerlich, dass manche Krankenversicherer zwar sehr lobenswerte Projekte, zum Beispiel im Qualitätsbereich, durchziehen, diese aber dann nur den eigenen Versicherten zugute kommen. Eine engere Zusammenarbeit wäre sehr im Interesse der Patienten. Heute können sie oft nur von den Vorteilen eines Versicherers profitieren, wenn sie von den anderen ausgeschlossen bleiben. Ich habe auch Mühe mit der zunehmend härteren Gangart im Leistungsbereich. Die Entscheide, ob eine Behandlung übernommen wird, sind manchmal willkürlich. Dies nicht zuletzt, weil einige Krankenversicherer ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bei den Entscheiden im Leistungsbereich eine Sparvorlage vorgeben. Das hängt auch damit zusammen, dass das Gesetz einfach zu viel Spielraum lässt.

«Ein Arzt soll dann am besten verdienen, wenn er das Richtige tut – und wenn es für einmal gar nichts ist.»

Das ist aber nicht in erster Linie die Schuld der Krankenversicherer. Nötig wäre ein klarer formulierter Leistungskatalog.

Der Umgang mit Spielräumen ist sicher schwierig. Ich erwarte, dass Gesetzgeber und Krankenversicherer den Nutzen einer Behandlung genauso in den Vordergrund stellen wie die Kosten. Ganz allgemein wünsche ich mir von allen Akteuren des Gesundheitswesens mehr Empfänglichkeit für übergeordnete Interessen. Aus meiner Sicht werden heute zu stark in einem Gegeneinander die eigenen Interessen verfolgt.

INTERVIEW: PETER KRAFT

«So bleiben die Patienten schön am Gängelband, statt mündig zu werden.»



Foto: Peter Kraft