Verein Ethik und Medizin Schweiz
Ziegelfeldstrasse 1
CH-4600 Olten

Tel: 062 212 44 10
Fax: 062 212 44 30

www.vems.ch

Olten, 21. Juni 2012

Prof. Thomas Rosemann
Institut für Hausarztmedizin
Sonneggstrasse 6, Stock E
8091 Zürich

Offener Brief betreffend Ihr Interview in der SF.TV Sendung 10vor10 vom 18.06.2012

Sehr geehrter Herr Prof. Rosemann

In meiner Funktion als Kardiologe und Präsident des Vereins Ethik und Medizin Schweiz (VEMS) nehme ich Bezug auf Ihre Aussage in der Nachrichtensendung 10vor10 vom 18. Juni dieses Jahres[1]. Sie haben gesagt, Kardiologen hätten Anreize, unnötige Untersuchungen durchzuführen, und suggeriert, dass sie dies, wenn die Praxis nicht voll sei, oftmals auch täten, um mehr Geld zu verdienen. Wenn auch relativiert mit zweimal einem «Vielleicht», so handelt es sich bei Ihrer Aussage doch um eine ziemlich dreiste Unterstellung, die jeglicher wissenschaftlichen Basis entbehrt.

Ihre Äusserung ist insofern interessant, als sie exemplarisch das Problem der politisch motivierten Aussagen aufzeigt. Ich gehe davon aus, dass Sie Ihre Aussage nicht mit einer Studie untermauern können, sondern anekdotisch eine Vermutung geäussert haben. Es ist bedenklich, zu behaupten, eine Abklärung erfolge im Wissen, dass diese unnötig sei. Häufig ist ja die Objektivierung ein Abklärungsgrund, um das gestörte Vertrauen der Patienten in ihren Körper wieder herzustellen, auch wenn der Arzt weitgehend sicher ist, dass sie keinen pathologischen Befund bringen wird. Wie häufig Untersuchungen aus rein finanzieller Überlegung durchgeführt werden, ist somit offen und Gegenstand der WZW-Verfahren. Zudem existieren keine Quantifizierungen von Überarztung in der Kardiologie, das heisst, wir wissen nicht, ob dieses sicher existierende Problem im Kern ein Randphänomen oder ein wesentlicher Kostentreiber im Gesundheitswesen ist. Ihre Aussage am Fernsehen war jedoch dazu angetan, genau Letzteres herauszuhören. Das ist schade, denn mit Halbwahrheiten können wir keine guten Resultate bei der adäquaten Ressourcen-Allokation erzielen.

Ihre Aussage lenkt von einem viel wesentlicheren und gut erforschten Problem ab, welches Ihnen geläufig sein dürfte: Gemäss Medizinalberufegesetz und Obligationenrecht sind wir Ärzte verpflichtet, ausschliesslich die Interessen unserer Patientinnen und Patienten zu verfolgen und deren Auftrag nach bestem Wissen und Gewissen auszuführen. Geheimverträge mit Krankenkassen, wie viele Hausärzte sie eingegangen sind, enthalten Vereinbarungen, die eindeutige Anreize schaffen, die Weiterverweisung an den Spezialisten hinauszuzögern oder die Behandlung durch den Spezialisten ganz zu vermeiden. Denn verhält sich ein Netzwerkarzt so, winkt ihm ein Gewinn, andernfalls droht ihm eine Strafe. Diese Geheimverträge, die in ihnen formulierten Regelungen der Budgetmitverantwortung und die in der Folge nicht durchgeführten Weiterweisungen durch Hausärzte[2] mit ihren bedenkenswerten ökonomischen Implikationen werden in einem Gutachten des Ökonomen Mathias Binswanger,

[1] www.videoportal.sf.tv/video?id=056a574a-cee9-43e0-86ca-056eda732e9f
2 http://physicianprofiling.ch/TrottmannZweifelBeck2011.pdf

erstellt im Auftrag des VEMS[3], untersucht, die rechtlichen Bedenken in einem weiteren VEMS-Gutachten des Versicherungsrechtlers PD Dr. Ueli Kieser[4]. Aus diesen Dokumenten ist klar ersichtlich, dass Hausärztinnen und Hausärzte sich unter einen ökonomischen Druck setzen, welcher direkt die Patientensicherheit berührt. Wir müssen uns doch im Klaren darüber sein, dass die Gesetzeslage keine Budgetmitverantwortung toleriert und dass die Einführung einer solchen Budgetmitverantwortung zumindest insofern evidenzbasiert erfolgen müsste, als Studien die Gleichwertigkeit oder noch besser die qualitative Überlegenheit dieses ungesetzlichen Paradigmenwechsels dokumentieren sollten. Solange diese Studien nicht vorliegen, ist dieser ja bereits seit über 15 Jahren in der ganzen Schweiz vollzogene ungesetzliche Paradigmenwechsel mit erheblichen Bedenken zu betrachten. Es ist unverständlich, warum solche Studien nicht existieren. Ich möchte Ihnen deshalb folgende Studie beliebt machen:

Arbeitstitel: Erfassung des Problems der Überweisungen unter ökonomischem Druck auf den Hausarzt
Die Qualität der Überweisungen lässt sich messen an den richtigerweise überwiesenen (true positive), den fälschlicherweise überwiesenen (false positive), den richtigerweise nicht überwiesenen (true negative) und den fälschlicherweise nicht überwiesenen Patienten (false negative). Daraus lassen sich die Sensitivität und die Spezifität des Arztes für die korrekte Überweisung/korrekte Nichtüberweisung berechnen, also z.B. 75% und 75%, siehe dazu unseren Bayeskernel im Internet[5]. Gibt man das in die bayes theorem Formel ein, steigt die Wahrscheinlichkeit der korrekten Beurteilung von 50% auf ca. 80%. Dies wäre also ein eher guter Arzt betreffend Weiterweisungs-Triage. Da es Probleme mit der Vortest-Wahrscheinlichkeit geben kann, wäre es auch denkbar, in einer ersten Studie einfach die Daten der Vierfeldertafel zu kennen und prädefinierte Unterscheide (sample size calculations) mittels Chi2-Test auf die Signifikanz zu überprüfen. Für diese Studie müssen nun die Kriterien definiert werden, was als richtige oder falsche bzw. falsch unterlassene Überweisung gilt, und dies müsste für folgende drei Gruppen in einer genügend grossen Zahl von behandelten Patienten mit verschiedenen Morbiditätsgraden erfasst werden: Gruppe A ist normal versichert, Gruppe B ist im Netzwerk ohne und Gruppe C ist im Netzwerk mit Budgetmitverantwortung versichert. Dann wäre interessant zu beobachten, ob der gleiche Arzt je nach Versicherungsmodell ein besserer oder ein weniger guter Weiterweisungsarzt ist. Gerne stellt der VEMS Ihnen bei der weiteren Ausarbeitung des Studienkonzepts sein Wissen zur Verfügung.

Selbstverständlich kann eine solche Forschung nur mit adäquaten Chart-Reviews und direkten Patientenbefragungen (strukturiert und unstrukturiert) sowie mit Hilfe eines unabhängigen Beurteilungs-Boards den heutigen wissenschaftlichen Standards an die Qualität einer Studie genügen. Es dürfte auch Ihnen bekannt sein, dass in Public Health Studien viel zu häufig die Standards der „good epidemiological practice“ nicht genügend berücksichtigt[6] sind. Ein Beispiel hierfür ist die Studie von A. Busato zur geographischen Variation bei der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen[7]: Diese Studie wurde in der gleichen 10vor10 Sendung erwähnt, entspricht jedoch nur in ungenügender Weise den Anforderungen an die international geltenden Richtlinien für die „good epidemiological practice“, wie aus den angefügten Kommentaren zu sehen ist. (Eine Antwort von Herrn Prof. Busato auf diese Anmerkungen ist bis heute nicht eingetroffen.) Zu guter Letzt empfehle ich, dass Ihr Institut die Charta der öffentlichen Statistik der Schweiz mit unterzeichnet[8].

Es ist davon auszugehen, dass mit ethisch und wissenschaftlich korrekten Aussagen der Zukunft unseres Gesundheitswesens mehr gedient ist als mit Aussagen, wie Sie sie am Fernsehen gemacht haben. Dass Sie

3 http://physicianprofiling.ch/InfoGutachtenBinswanger052012.pdf
4 http://physicianprofiling.ch/InfoGGeheimvertraege052012.pdf
5 http://www.kardiolab.ch/BayesKernel.html
6 http://physicianprofiling.ch/PHYPublicHealthStellungsnahmeCassis.pdf
7 http://physicianprofiling.ch/GeographicVariationABusato2011.pdf
8 http://www.stat.ch/index.php/de/stat/ethikrat.html

diese Aussagen nicht als Privatmann, sondern als Institutsvorsteher gemacht haben, stimmt bedenklich. Wird sind der Meinung, dass gerade im Umgang mit den Medien ethisch korrekte Verlautbarungen aus Institutionen erwünscht und notwendig sind.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Michel Romanens
Präsident Verein Ethik und Medizin Schweiz

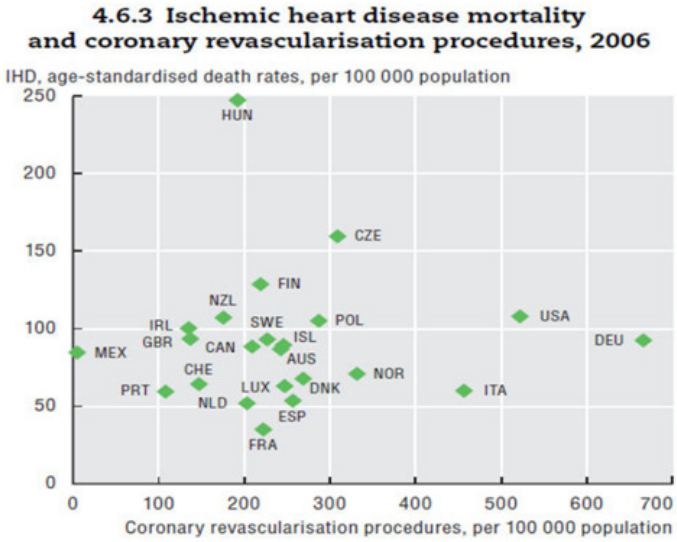
Prof. Dr. med. Dr. (PhD) Thomas Rosemann
Institutsdirektor
Institut für Hausarztmedizin
Universitätsspital Zürich, Pestalozzistr. 24
8091 Zürich

Zürich, 21.06.2012

Sehr geehrter Herr Romanens,

vielen Dank für Ihr ausführliches Schreiben. Lassen Sie mich dazu folgendes sagen:

1. Wie von Ihnen erwähnt habe ich die Aussage mehrmals relativiert. Die Medien haben gerne einfache und etwas provokante Äusserungen und wie eine differenzierte Aussage verzerrt wird in dem man nur Fragmente herausgreift, ist Ihnen sicher auch geläufig.
2. Im Rahmen meiner medizinischen Laufbahn durfte ich wissenschaftlich in Deutschland, USA und Holland tätig sein. In keinem dieser Länder – obgleich in ihren Gesundheitssystemen völlig unterschiedlich - wurde je in Abrede gestellt, dass es jeweils eine Unter- Fehl- und Überversorgung gibt. Worin sie sich unterscheiden ist lediglich das Ausmass. Exzessiv dokumentiert und beschrieben haben diese in den letzten Jahren die Deutschen, wo ein Sachverständigenrat der Bundesregierung eine Vielzahl entsprechender Gutachten erstellt hat http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=2
3. In einem Fernsehinterview kann man schlecht Referenzen zu wissenschaftlichen Publikationen aufzählen. Wenn Sie gerne ein Beispiel aus der Kardiologie für Überversorgung haben möchten, dann sei hier z.B. OECD Daten verwiesen, die den (fehlenden) Zusammenhang zwischen kardiovaskulärer Mortalität und durchgeführten Coronarangiographien dokumentieren. Deutschland führte als Spitzenreiter 2006 demnach 550 „Coros“ pro 100.000 Einwohner durch, die Holländer 140 pro 100.000 Einwohner. Die Holländer haben eine kardiovaskuläre Mortalität die nur halb so hoch ist. (OECD Health Data 2006).Mann möchte doch annehmen – das bei wohl zu vernachlässigenden genetischer Unterschiede und Risikokonstellationen – es einen epidemiologischen Impact dieses Procedere auf die krankheitsspezifische Mortalität gibt. Es sei den man zieht den kausalen Zusammenhang zwischen Coro und Mortalität in Zweifel (worauf die neuere Aktenlage hindeutet) und/ oder man unterstellt zusätzliche Determinanten der ärztlichen Indikationsstellung.



4. Ihnen fehlt die Kausalität oder Sie hätten gerne aktuellere Daten – akzeptiert, aber die Graphik war zu schön und nahm die aktuelle Diskussion der Kardiologie über die Sinnhaftigkeit des undifferenzierten „Stentens“ aus epidemiologischer Sicht schon etwas vorweg – wie so oft, siehe ACCORD und Majumar SR et al., Qual Saf H Care 2007; 16:6-11. Es sei dazu auf zwei druckfrische Arbeiten verwiesen: Overuse of stents in cardiology. Rogers L. -Eur Heart J. 2012 Mar;33(5):552-3. , ein wunderschönes Editorial und die Originalarbeit von Cram et al., die zeigte, dass es Spitäler gibt in denen 80% der Coros (!) mit „unklarer“ Indikation durchgeführt werden. Indications for percutaneous coronary interventions performed in US hospitals: a report from the NCDR®. Cram P, House JA, Messenger JC, Piana RN, Horwitz PA, Spertus JA. Am Heart J. 2012 Feb;163(2):214-21.e1.
80% Koronarangiographien ohne adäquate Indikation – sicher spielt Geld hier keine Rolle.
5. Natürlich hätte man jedes beliebige Fach als Beispiel auswählen können, ich habe die Kardiologie gewählt weil meine Frau Kardiologin ist und hier in eigener Praxis in Zürich praktiziert. Damit stehe ich wohl nicht im Verdacht Vorbehalte gegen die Kardiologie zu haben. Vielleicht wäre es aber zu überlegen dies zum Anlass zu nehmen, die nicht indizierten Ergometrien, Herzechos, etc. des Praxisvorgängers einmal gezielt zu erfassen, auszuwerten und zu publizieren. Vielleicht ist uns aber auch nur die Evidenz entgangen für jährliche Check-Ups bei 40 – jährigen Risikofaktorlosen mit Ergometrien und Herzechos. Zudem ist dies sicher ein Schweiz weiter

Einzelfall. Oder wir schauen uns auch noch die anderen drei Praxen von Kollegen an, die ebenfalls grad eine Praxis übernommen haben….

6. Sie verzeihen mir bitte den Hauch von Zynismus, aber ein bisserl befremdet mich fast Ihre Kritik ob ihrer Realitätsferne: Wenn Sie einmal die Literatur bemühen, dann werden Sie unzählige wissenschaftliche Publikationen zur Überversorgung finden: So sei etwa auf die Publikation von Carey T et al., N Engl J Med 1995;333:913-917 verwiesen. Hier können Sie sehr schön sehen, wie bei derselben Erkrankung und demselben Ergebnis die diagnostischen und therapeutischen „Anstrengungen" differieren. Wie lässt sich erklären, dass Orthopäden bei Rückenschmerzen signifikant mehr Bildgebung, insbesondere MRI und CTs als etwa der Hausarzt benötigen? Und der HMO-Arzt der gar nix daran verdient am wenigsten Diagnostik und Therapie veranlasst? Die Patienten unterscheiden sich wohlgemerkt nicht in der Schwere der Erkrankung – und im Ergebniss!

7. Ein weiteres wunderschönes, plakatives Beispiel: die beiden aufsehenerregenden Arbeiten im New England Journal, die gezeigt haben, dass Arthroskopien und „Knorpelshaving" bei Kniegelenksarthrosen nicht besser sind als (die viel billigere) Shame-OP oder gar die rein konservative, medikamentöse Therapie. Wissen Sie wie viele solcher Eingriffe heute noch in der Schweiz durchgeführt werden, obwohl es ihnen an jeglicher Evidenz mangelt? (Kirkley at al. N Engl J Med. 2008 Sep 11;359(11):1097-107 und Moseley et al.; N Engl J Med.(2002);11;347(2):81-8). Dies ist nicht nur gesundheitsökonomischer Wahnsinn, es ist v.a. ethisch ein Skandal, wenn ich einen Patienten operiere obwohl es eine eisenharte Evidenz gibt, die zeigt der Outcome (Funktion und Schmerz) ist völlig identisch zur konservativen Therapie

8. Die Reihenfolge liese sich beliebig fortsetzen. Ich denke niemand ist daran interessiert diese Diskussion eskalieren zu lassen. Wenn Sie möchten erstellen wir allerdings gerne ein systematisches Review dazu. Wir haben eine Mitarbeiterin im Institut die bis vor kurzem für das NICE ausschliesslich Evidenz in Form von Metaanalysen und Reviews zusammengetragen hat um eben evidenzbasierte Empfehlungen zu ermöglichen und „Overuse" zu reduzieren.

Nun mögen Sie einwenden, Ärzte und Spitäler in USA, Holland, England, Deutschland und weiss Gott wo sind anders als Schweizer Ärzte und Spitäler. Man mag dem wenig entgegnen, denn diese Zahlen fehlen in der Tat aus der Schweiz – die Arbeiten meines Mitarbeiters Prof. Busato mögen Sie ja nicht gelten lassen. Und Forschungsgelder für eine Versorgungsforschung, die solche Zusammenhänge untersucht fehlt – wohl weil niemand an der entsprechenden Transparenz interessiert ist. Ich schliesse mich dem gerne an, entschuldige mich für meine Äusserung und ziehe diese zurück. Ich bin mir sicher dass ein Arzt -egal welcher Spezialität- mit 600.000.- CHF Praxisdarlehen, Miet- und Personalkosten von 30.000.- CHF pro Monat und 3 Zuweisungen pro Tag nur das an Diagnostik und Therapie macht, was zwingend nötig und evidenzbasiert ist. Ich bin felsenfest überzeugt für sämtliche Coros in Schweizer Spitälern findet sich ein eindeutiger Ischämienachweis und/oder eine andere harte Indikation. Ich bin ebenso überzeugt, es gibt keine nichtindizierte Bildgebung bei unkomplizierten Kreuzschmerzen (also innerhalb der ersten sechs
Wochen http://www.degam.de/leitlinien/LL_Kreuz_Internet.pdf), keine nichtindizierten Knorpelshavings. Möglich ist dies vor allem durch verständnisvolle Banken, denn wenn bei dem vorher zitierten Arzt die Zinszahlungen ausbleiben und die MPA kündigt weil der Lohn ausbleibt, genügt ein Hinweis auf die Evidenz und die Ethik und schon sind alle Forderungen vom Tisch.

Ich darf mich nochmals für meinen Zynismus entschuldigen, aber dass man angesichts der internationalen Diskussion über die Effekte von finanziellen Incentives (z.B. als prominentestes Beispiel das „pay for perfomance" Programm) und den im ambulanten (Campbell et al. N Engl J Med. 2009 Jul 23;361(4):368-78.) wie im stationären Setting (Lindenauer et al. N Engl J Med. 2007 Feb 1;356(5):486-96.) bewiesenen Auswirkungen ernsthaft diskutiert, ob finanzielle Überlegungen einen Effekt auf die durchgeführten Prozeduren haben, erscheint mir fast – mit Verlaub und Respekt - ein bisserl weltfremd. Die Umkehrung würde wie ausgeführt bedeuten, dass Alles was in der Medizin passiert nur veranlasst und durch geführt wird, weil es nach bestem Wissen und Gewissen dem Patienten nutzt. Vielleicht habe ich aber auch nur ein zu schlechtes Bild vom homo oeconomicus (Alexander Dietz: Der homo oeconomicus. Theologische und wirtschaftsethische Perspektiven auf ein ökonomisches Modell. Gütersloher Verlags-Haus, Gütersloh 2005, ISBN 3-579-05310-8)

Ich danke Ihnen nochmals für die umfangreiche Auseinandersetzung mit meinem kurzen und unbedeutendem Statement und für Ihr Verständnis für meine „Gegendarstellung". Ich hoffe das Augenzwinkern war zwischen den Zeilen zu erkennen.

Freundliche Grüsse,

Thomas Rosemann

Verein Ethik und Medizin Schweiz
Ziegelfeldstrasse 1
CH-4600 Olten

Tel: 062 212 44 10
Fax: 062 212 44 30

www.vems.ch

Olten, 22. Juni 2012

Prof. Dr. med. Dr. PhD Thomas Rosemann
Institut für Hausarztmedizin
Sonneggstrasse 6, Stock E
8091 Zürich

Replik betreffend „Offener Brief betreffend Ihr Interview in der SF.TV Sendung 1

Sehr geehrter Herr Prof. Rosemann

Zunächst möchte ich Ihnen dafür danken, dass Sie sich die Zeit genommen haben, mir Ihre Ausführungen und Literaturhinweise zu überlassen.
Sie führen dabei eine Reihe von wissenschaftlichen Arbeiten auf, welche darauf ausgelegt wurden, den Missbrauch des Geschäfts Medizin zu belegen. Ihre weiteren Zitate weisen darauf hin, dass Sie den Ausführungen des SACHVERSTÄNDIGENRAT zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen zu befürworten scheinen, insbesondere der Forderung nach selektiven Verträgen mit der Aerzteschaft, die ja eben auch von der SVP gefordert wird und in einem früheren Beitrag als unethische Forderung dargestellt wurde[9].
Gleichzeitig bestätigen Sie interessanter Weise meine Beurteilung betreffend einiger Public Health Studien, wonach wegen nicht erfassten „confounding variables“ die Qualität dieser Arbeiten leidet (ich zitierte die Arbeit von A. Busato) und dass Geld und Interesse fehlen würden, diese Beobachtungen mit besseren Analysen zu validieren.
Das Problem lässt sich eigentlich am besten mit dem angelsächsischen Begriff „dysfunctional doctors“ umschreiben. Als Mitglieder der nationalen Arbeitsgruppe der FMH zu den WZW-Verfahren mache ich mir natürlich zusammen mit den Versicherern auch unsere Gedanken darüber, wie unnötige und den Patienten gefährdende ärztliche Massnahmen vermieden bzw. überhaupt einmal erst erfasst werden können[10] und das Problem der Stentomanie haben wir an anderen Stellen beschrieben[11,12]. Im folgenden jedoch weiter nur die Meinung des VEMS, den ich vertrete. Tatsache ist, dass gut gemeinte politische Eingriffe in die Arzttätigkeit das Dysfunktionalitätsproblem noch erhöht (nicht sachgerechte Wirtschaftlichkeitsverfahren, Budgetmitverantwortung, Fallpauschalen mit Mengenausweiung), ich hatte dies ja teilsweise schon in meinen früheren Referenzen aufgeführt.
Das Problem dieser Konzepte ist eben gerade, dass sie zu billig sind um wirkliche Dysfunktionalität auf professionellem Niveau zu erfassen. Sie regen sich darüber auf, dass Dinge getan werden, die unnötig sind. Wenn Sie das wirklich beurteilen können, dann fordern Sie doch diesen oder jenen Arzt zur Rechenschaft. Doch wie? Wir Aerzte wissen doch genau, wo eindeutige Dysfunktionalität stattfand, doch wir schweigen und verlegen uns lieber auf pauschalisierende Angriffe auf die ganze Aerzteschaft, wie Sie dies ja in der Sendung 10vor10 vorgeführt haben.
Die Bioethik in der Medizin hat lange einen Mangel an Ressourcen postuliert. Kostenkontroll-Instrumente wie Wirtschaftlichkeitsverfahren, QALY oder Budgetmitverantwortung werden mit dem Schlagwort der "distributiven Gerechtigkeit" gerade auch in der Schweiz als einzig gangbarer Weg der Kostenkontrolle durchgesetzt. In den USA kommt man jedoch weg von der ja immer noch unbewiesenen Hypothese des Ressourcenmangels[13] und bewegt sich hin zur Bioethik der "Waste Avoidance"[14]. Diese Sichtweise entspricht auch den expliziten Äusserungen des BAG, wonach noch Raum besteht für Rationalisierungen. Der Knackpunkt: Rationalisierung muss auf höchstem professionellem Niveau erfolgen. Dieses Ziel kann ohne Selbstkontrollen unter Verwendung

[9] http://physicianprofiling.ch/HealthEconimicsSelectiveContractingisBadHurstSMW2004.pdf
[10] https://sites.google.com/site/physicianprofiling2012/
[11] https://sites.google.com/site/stentomania/
[12] https://sites.google.com/site/pfoandtee/
[13] http://physicianprofiling.ch/QALYHarrisJME1987.pdf
[14] http://physicianprofiling.ch/RationingVersusWasteAvoidanceNEJM052012.pdf

von "Appropriateness Criteria" nicht erreicht werden. Was in der Schweiz fehlt, sind eine Systematik ärztlicher Dysfunktion einerseits und Instanzen zur Erfassung dieser Dysfunktionen andererseits.
Der Verein Ethik und Medizin Schweiz hat zu diesem Zweck das Projekt Dysfunction Assessment ins Leben gerufen. Auf www.vems.ch/dysfunction-assessment haben wir eine Auflistung möglicher ärztlicher Dysfunktionen aufgeschaltet. Diese Tabelle kann von interessierten Kolleginnen und Kollegen bearbeitet und kommentiert werden. Unser Vorschlag, wie ein System zur Erfassung dieser Dysfunktionen aussehen könnte, findet sich im gleichen Dokument. Erster Pfeiler: ein Dysfunction Board als Institution der FMH mit Sanktionsrecht. Auffällige Ärzte sollen dem Board gemeldet werden, durch Patientinnen und Patienten, aber auch durch die Ärzte selbst. Das Board trifft dann aufgrund des institutionalisierten Vorgehens entsprechende Abklärungen. Zweiter Pfeiler: ein Peer Review System. Es braucht bei der Indikationsstellung für Abklärungen, Behandlungen und Eingriffe mit hoher Kostenfolge ein externes und freiwilliges System, in welchem beispielsweise Spitäler untereinander die Richtigkeit von Entscheiden anhand zufälliger Reviews („Audits“) kontrollieren. Im US-Staat Maryland hat ein Team um Dr. Sam Goldberg, Dr. Roger Leonard und Dr. Marc Mugmon bei der Legislative und den Aufsichtsbehörden hartnäckig für ein System externer peer reviewers geworben, um so stichprobenartige externe Beurteilungen aller Koronareingriffe im Staat Maryland zu erhalten. Die Notwendigkeit eines solchen Systems ist also auch anderswo erkannt. Dritter Pfeiler: eine qualitativ hochstehende Institutionalisierung der „second opinion“. Diese Arbeit können nur finanziell und institutionell von Kassen, Spitälern oder sonstigen Interessensvertretern unabhängige Fachpersonen leisten, welche hierfür speziell bezeichnet werden, z.B. von Fachgesellschaften.
Wir sind überzeugt, dass dieses System der Selbstkontrolle viel genauer und letztlich kosteneffizienter arbeitet als die zahlreichen Public Health Studien, welche mit pauschalisierenden Mittelwertvergleichen arbeiten und betreffend der korrekten Erfassung echter Dysfunktionalität völlig unbrauchbar sind. Die Existenz des Systems Selbstkontrolle wird zudem einen wirksamen präventiven Effekt haben[15].
Es erstaunt doch sehr, dass Sie als Ordinarius für Hausarztmedizin es so einfach zur Kenntnis nehmen können, dass in Ihrem Forschungsgebiet offensichtlich kein Interesse an Transparenz besteht. Hier ist die Frage, wozu sie denn forschen und lehren, wenn nicht, um Transparenz zu schaffen, mehr als eine rhetorische Floskel: es ist eine Gewissensfrage. Es ist auch interessant, dass Sie sich zum Fragekomplex betreffend hausärztliche Dysfunktionalität als Folge von Budgetmitverantwortung und unserem Studienvorschlag mit keinem Wort geäussert haben. Wir sind der Meinung, dass die massenhafte Verbreitung illegaler Verträge zwischen Kassen und Hausärzten und deren Netzwerken einer gehörigen juristischen und wissenschaftlichen Überprüfung bedürfen, um die Qualität und Sicherheit in der ambulanten medizinischen Betreuung weiter zu verbessern bzw. Fehlentwicklungen in Form der impliziten Rationierung zu elimieren[16]. Ich hoffe nicht, dass Sie zu jenen gehören, die Budgetmitverantwortung oder Aufhebung des Kontrahierungszwanges als Heilmittel für die korrekte Resourcen-Allokation verstehen und auch daran interessiert sind an Konzepten zu arbeiten, welche nicht pauschalisierend sondern genau hinschauend in der täglichen Arzt-Patienten Interaktion greifen und revalidieren bzw. sanktionieren. Und noch dies: verfolgen wir die Cholesterindebatte, stelle ich fest, dass die Hausärzte die Prävention für späteren Coronareingriffen wahrscheinlich aus Kostengründen gerade in der so wichtigen Primärprävention zu wenig ernst nehmen[17]. Anstatt pauschalisierend KollegInnen an den Pranger zu stellen, schlage ich vor, dass Sie mehr darüber forschen, wie wir die Leute dank Primärprävention und „compression of morbidity“ gesund halten können und wie künftig die Hausarztmedizin genügend Geld erhält, diese Arbeit funktional korrekt zu leisten.

Mit freundlichen Grüßen

Michel Romanens

[15] http://www.vems.ch/dysfunction-assessment
[16] http://physicianprofiling.ch/RationingDeterminantsEuropeAndSwitzerlandHurst2006.pdf
[17] http://www.kardio.ch/pdf/2011/2011-12/2011-12-062.PDF