

Referat Susanne Hochuli, Präsidentin SPO

„Mindestfallzahlen sind gut – eine Maximalzahl an Spitälern wäre besser“

30. August 2018 / 7. Tagung der Einkaufsgemeinschaft HSK

Tagungsthema: „Mindestfallzahlen – Retten sie Leben?“

(Handout, es gilt das gesprochene Wort)

Sehr geehrte Damen und Herren

Ich kann es kurz machen, denn der Titel meines Referats ist Programm. Ja, Mindestfallzahlen sind gut, eine Maximalzahl an Spitälern wäre besser; also lassen Sie uns statt über Mindestfallzahlen über die Anzahl der Spitäler diskutieren. Da dies nicht das Tagungsthema ist, wir reden ja über „Mindestfallzahlen – retten sie Leben?“, danke ich Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und wünsche weiterhin spannende Referate, erfolgreiches Networking und eine ergiebige Podiumsdiskussion.

Nein, natürlich mache ich es mir und Ihnen nicht so einfach, obwohl es so einfach wäre, würden wir über das Richtige nicht nur diskutieren, sondern es auch umsetzen.

Damit Botschaften verständlich vermittelt und dadurch nachhaltig aufgenommen werden können, muss der Empfänger definiert sein.

Sehr geehrte Damen und Herren, ich spreche Sie nicht als Vertreterinnen und Vertreter von Krankenkassen, Spitälern, Spitex-Organisationen, Pflegeheimen, Verbänden und Vereinigungen an. Ich spreche Sie auch nicht als Politikerin oder Politiker an - und weder als tätiger Nutzniesser (also Verdienender im Gesundheitswesen) noch als Mandatsträgerin (und damit auch Verdienende im Gesundheitswesen).

Ich spreche Sie in Ihren anderen Rollen in Bezug auf das Gesundheitssystem an. An erster Stelle – vom ersten bis zum letzten unserer Lebensstage - sind wir Prämienzahlerinnen und Prämienzahler. Und im Vergleich mit anderen OECD- Ländern greifen wir für die Gesundheit am tiefsten in unseren Hosensack als Out-Of-Pocket-Zahlende.

Die meisten in diesem Saal sind wohl auch Steuerzahlende. Dadurch, als Prämien- und Steuerzahlende, wären wir alle die Auftraggeber im Gesundheitswesen. Denn wer zahlt, befiehlt. Nur haben wir eigentlich gar nichts zu sagen zu diesem 80 Milliarden Franken schweren Koloss Gesundheitswesen.

Im Gegenteil: Wir finanzieren Dinge mit, die wir als gesunde Auftraggebende nicht gutheissen können. Und wir schlucken Jahr für Jahr, dass die Krankenkassenprämien ansteigen. Stellen Sie sich vor, Ihre Steuern würden sich Jahr für Jahr erhöhen. Würden Sie das einfach so hinnehmen? Wahrscheinlich nicht!

Sehr geehrte Damen und Herren, ich hoffe, Sie sind mit mir einverstanden, dass wir immer die Zahlenden des Gesundheitssystems sind. Patientin und Patient sind wir nur punktuell, obwohl wir

uns vermutlich einig sind, dass der Übergang von gesund zu krank und von krank zu gesund fliegend ist:

Viele Menschen werden für kurze oder lange Zeit zur Patientin oder zum Patienten, einige sind es selten, einige häufiger, einige immer. Einige haben Bagatellen, einige sind für kurze Zeit schwer krank, einige sind chronisch schwer krank. Und für diese Menschen haben wir das Gesundheitssystem entwickelt, diesen Menschen sollte jeder Fortschritt nutzen. Sollte er! Denn, auch darin sind wir uns wohl einig: Der kranke Mensch sollte im Zentrum des Gesundheitssystems stehen, – ohne ihn gäbe es den 80 Milliarden Franken schweren Koloss Gesundheitssystem nicht. Der kranke Mensch sollte im Zentrum stehen, tut er aber meistens nicht.

Sehr oft aber wird er ins Zentrum abstruser Diskussionen gestellt; dann nämlich, wenn der Patient, die Patientin dazu dienen, den eigenen Argumenten das fehlende Gewicht zu verleihen.

Ein Beispiel: Mindestfallzahlen würden den Patientinnen und Patienten schaden, weil Mindestfallzahlen gerade in kleinen und mittleren Spitälern zu einer schlechten Indikationsqualität führen könnten. Das heisst, Operationen würden durchgeführt, damit die Mindestfallzahl erreicht werden könnte – obwohl es Alternativen gäbe, die für den betroffenen Menschen besser wären, da sie einen kleineren oder gar keinen Eingriff in seine Integrität bedeuten würden.

(Beispiel: uralte Patientin mit kleinem Brustkrebs, da könnte man biopsieren, wenn die Hormonrezeptoren positiv sind eine Antihormonelle Therapie durchführen und beobachten).

Ja, da müsste ich mich als Präsidentin der SPO vehement gegen Mindestfallzahlen einsetzen. Aber ich frage Sie: Was für eine Geisteshaltung steht hinter einem solchen Tun?

Im Grundlagenpapier „Diagnose und Indikation als Schlüsseldimensionen der Qualität“ der FMH habe ich gelesen, dass die Indikation einen Sonderstatus in der ärztlichen Tätigkeit einnehme, weil sie nicht ausschliesslich naturwissenschaftlich zu begründen und durchzuführen sei: Ethische Überlegungen könnten bzw. sollten explizit miteinfließen.

Mit Verlaub, wo bleibt die Ethik, wenn die Indikationsqualität zugunsten genügender Fallzahlen zur Indikationsquantität mutiert?

Einen weiteren schönen Passus aus dem Grundlagenpapier der FMH möchte ich Ihnen nicht vorenthalten und zitiere:

„Die Indikationsqualität umfasst die Angemessenheit und Notwendigkeit medizinischer Interventionen. Eine Intervention ist dann angemessen, wenn der medizinische Nutzen für den Patienten grösser ist als das Risiko. Notwendig ist sie, wenn sie den Patienten auf jeden Fall aus wissenschaftlichen und soziaethischen Gründen empfohlen und angeboten werden sollte.“ Zitat Ende

Und trotz dieser Aussage und auch ohne Mindestfallzahlen werden – nur als Beispiel – erwiesenermassen jährlich 16'000 unnötige Knieoperationen für die schlappe Summe von 70 Millionen Franken gemacht.

Warum wehrt sich hier niemand mit dem Argument, das schade den Betroffenen?

Ich war während mehrerer Jahren Vizepräsidentin des Beschlussorgans HSM, Hochspezialisierte Medizin, und habe dort das Grauen gelernt: In der Schweiz werden noch immer Gelegenheitsoperationen durchgeführt, mit grossem Risiko für den Patienten oder die Patientin. Ich zitiere aus einer Replik im Bulletin des médecins suisses (Sie finden den Quellenverweis auf dem Handout) - ein kleines Beispiel: „*Es lohnt sich, einmal auf der Website des Bundesamts für Gesundheit (BAG) nach «Qualitätsindikatoren» zu suchen. () Nach kurzem Surfen wird klar, dass die Unterschiede der operativen Volumina wie auch der postoperativen Sterberaten eklatant sind. Bei «Pankreasresektionen insgesamt» sieht man für das Jahr 2016 – das aktuellste auf der BAG-Webseite – dass insgesamt 53 verschiedene Schweizer Spitäler solche Eingriffe durchgeführt haben. Davon haben 25 Spitäler im Jahre 2016 weniger als 5 Pankreasresektionen und 18 Spitäler gar nur eine einzige Pankreasresektion durchgeführt. Dies kann nicht in einer optimalen Patientenversorgung resultieren, was sich dann auch in den dramatisch unterschiedlichen Raten postoperativer Mortalität widerspiegelt, welche von 0% bis über 20% reichen!*“ Zitat Ende

Nun, wir als Prämien- und Steuerzahlende finanzieren also

- erstens total unnötige Eingriffe
- als auch zweitens Eingriffe an Patientinnen und Patienten, die kurz gesagt grobfahrlässig sind und einer Körperverletzung gleichkommen.

Ich muss sagen, unnötige wie auch grobfahrlässige Eingriffe an Menschen machen mich als Präsidentin der SPO wütend – und als Prämien- und Steuerzahlerin macht mich wütend, dass ich all dies ungefragt zu finanzieren habe.

Und seien wir doch ehrlich, es lässt uns als Zahlende und womöglich Betroffene ziemlich hilflos zurück, dass wir für die 80 Milliarden, die unser Gesundheitssystem kostet,

- keine nachweisliche Überprüfung der Indikationsqualität bekommen,
- dass wir über keine bis sehr wenige Register verfügen, die Angaben zur Indikations-, Prozess- und Ergebnisqualität erfassen
- beziehungsweise: wenn die Prozess- und Ergebnisqualität erfasst werden, dann ausschliesslich aus ärztlicher Sicht.

Die Nutzenbewertung der Patienten fehlt in den Registern – dabei sollte der Betroffene und seine Lebensqualität im Zentrum stehen. Der Patient, die Patientin werden ja auch sonst immer für die passende Argumentation bemüht.

Ich bin überzeugt, bei folgenden zwei Punkten finden wir Einigkeit ohne den Patienten oder die Patientin bemühen zu müssen:

1. Der Operateur ist nur ein Faktor für ein optimales Resultat. Das gesamte Team, Anästhesist, technische Fachpersonen, das Ärzte- und Pflegeteam prägen den Behandlungserfolg entscheidend mit.

Im Bulletin des médecins suisses habe ich dazu einen guten Satz gefunden: „*Ein «Hochvolumen-Chirurg» in einem «Niedrig-Volumenspital» hat in der Tat nicht die gleich guten*

postoperativen Resultate, wie wenn derselbe Chirurg an einem grossen medizinischen Zentrum tätig ist.“ Zitat Ende

Denken wir dazu noch an die Diskussionen rund um den Fachkräftemangel, müsste es allen einleuchten, dass nicht mehr alles überall angeboten werden kann.

2. Der medizinische und der technische Fortschritt haben dazu geführt, dass aus wochenlangen Spitalaufenthalten eine mittlere Aufenthaltsdauer von durchschnittlich 5.5 Tagen resultiert - gemäss den Obsan-Zahlen 2015.

Viele, auch komplexe Eingriffe können ambulant erbracht werden, was für den Patienten wie auch für mich als Zahlerin sinnvoll ist, sobald EFAS eingeführt sein wird.

Der technische Fortschritt hat überall zu einem Strukturwandel und oder zu sinkenden Produktionskosten geführt – ausser im Gesundheitsbereich. Nehmen wir als Beispiel die Landwirtschaft: Eine Agrarreform hat die andere abgelöst, die Produktionskosten sind massiv gesunken und die Anzahl Betriebe wurde so stark dezimiert, dass man schon fast von Homöopathie reden kann.

Nehmen wir den Bildungsbereich: Früher stand in jeder Gemeinde ein Schulhäuschen, was Sinn machte: Der öffentliche Verkehr war nicht in seiner jetzigen Güte ausgebaut, die Schulwege mussten auf die Gehfähigkeit der Kinder angepasst sein. Genauso wie früher die Erreichbarkeit der Spitäler auf die Transportmöglichkeiten aus abgelegenen Talschaften abgestimmt sein musste. Bei den Schulstandorten hat der Strukturwandel massive Spuren hinterlassen und ist noch längst nicht zu Ende. Auch gegen den Widerstand der Bevölkerung werden aus Kosten- und vor allem auch aus Qualitätsgründen weiterhin Schulstandorte zusammengelegt.

Ich zum Beispiel habe noch die Bezirksschule in Reitnau besucht, einem damals 900-Seelendorf, welches das einzige im Aargau war, in dem über 50 Prozent der Kinder in die Bezirks- also in die oberste Schulstufe überwiesen wurden. Nicht weil wir so wahnsinnig klug gewesen wären, nein, man wollte die Schule retten, deren Qualität sehr zu wünschen übrig liess. Nun, Sie werden sagen, auch aus mir sei noch etwas Richtiges geworden trotz schlechter Unterrichtsqualität. Ich würde sagen, hätten die Lehrer statt Mathematik zu pauken, Operationen durchgeführt, wäre das halbe Dorf ausgestorben.

Spass beiseite: Trotz Widerstand der Bevölkerung ist es gelungen, im Bildungsbereich den nötigen Strukturwandel zu vollziehen. Hand aufs Herz: Uns allen müsste die Schule im Dorf viel näherstehen als das Spitäli in jedem Täli; verbringen wir und unsere Angehörige nämlich zu hundert Prozent viel Zeit in der Schule, während es immer wieder Menschen gibt, die erst in ihren letzten Lebensjahren ein Spital von innen sehen.

Und doch argumentieren alle, dass die Bevölkerung sich gegen die Schliessung von Spitälern stellt. Das mag sie ja auch tun, genauso wie sie es bei der Aufhebung von Schulstandorten tut. Aber anscheinend sind die Bildungspolitikerinnen mutiger und erfolgreicher als die Gesundheitspolitiker – oder, was der Wahrheit näherkommt: Vermutlich hat sich in der Bildungspolitik im Gegensatz zum Gesundheitsbereich keine so starke Lobby gebildet, die ums Verrecken (im wahrsten Sinn des

Wortes) jeden Standort erhalten will, weil daran noch immer gut verdient werden kann. Sei das von Privaten oder der öffentlichen Hand, die oft auch mit der volkswirtschaftlichen Fahne wedelt.

Wir, Sie und ich, als Prämien- und Steuerzahlende finanzieren brav die etwa 280 Spitalstandorte und vergessen dabei, dass gesellschaftspolitisch Bedenkliches passiert:

Bildung ist die Basis für ein eigenverantwortliches Leben und wir wissen:

1. Gebildete Menschen sind in der Eigenwahrnehmung gesünder.
2. Gebildete Menschen entwickeln Gesundheits- und daraus Patientenkompetenz und wissen sich im Gesundheitssystem zu behaupten.
3. Gebildete Menschen haben die besseren Chancen, in unserer immer komplexer werdenden (Arbeits-)Welt ihren Platz zu finden und zu behalten und dadurch das Sozialsystem nicht zu belasten.

Wir wissen aber auch, dass heute die Gesundheitsausgaben steigen, die Bildungsausgaben hingegen stagnieren oder sogar sinken trotz steigender Anzahl Kinder. Das sollte uns zu denken geben. Fächer, welche Lebenskompetenz und damit auch Gesundheitskompetenz vermitteln, sind längst aus dem Stundenplan gestrichen worden.

Überspitzt gesagt: Die letzten zwei Lebensjahre von uns, sofern die Aussage stimmt, dass sie hauptverantwortlich sein sollten für den Anstieg der Gesundheitskosten, die letzten zwei Lebensjahren von uns beginnen also die wichtigen Ausbildungsjahre der nach uns kommenden Generationen zu kannibalisieren und hinterlassen ihre Spuren in anderen Politikbereichen: Sozialsystem, Umwelt, Kultur.

Derweil sind wir daran, weiterhin etwa 20 Milliarden Franken in die unnötige stationäre Infrastruktur von Spitälern zu stecken, obwohl wir die Zahlen auf dem Tisch haben, dass dies blödsinnig ist:

Vor einem Monat äusserte sich der Zürcher Spitalverbandspräsident Christian Schär im Tagesanzeiger: *„Ich schätze, dass wir in der Schweiz die stationären Kapazitäten um rund 20 bis 30 Prozent abbauen müssen – während auf der anderen Seite ambulante Infrastrukturen aufzubauen sind.“* Denn nach einer langen Phase steigender Fallzahlen verzeichneten die Zürcher Spitäler 2017 insgesamt erstmals einen Rückgang.

Statt nun zuzuschauen, wie sich marode Spitäler zuerst mit dem Bolzen von Fallzahlen über Wasser zu halten versuchen, um danach doch unterzugehen, wäre es klüger, man würde das vorhandene Wissen und die Erfahrungen aus anderen Politikbereichen nutzen, um antizipierend zu agieren statt später nur noch hilflos reagieren zu können:

Die Schweiz sollte in etwa 5 bis 6 Versorgungsregionen eingeteilt werden, jede Region umfasst ca. 1.5 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner und ist Sitz eines Universitätsspitals. Die wohnortnahe ambulante Grundversorgung sowie eine vernünftig erreichbare stationäre Grundversorgung und der Zugang zu spitzenmedizinischen Leistungen sind nach dem Subsidiaritätsprinzip sichergestellt.

Das heisst:

- Häufige, ambulant zu behandelnde Gesundheitsprobleme werden in Gesundheitsstationen behandelt;
- Regionalspitäler decken die «stationäre Medizin des Häufigen» ab. Universitätsspitäler befassen sich einerseits mit der «Medizin des Seltenen» und stellen andererseits die «Spitzenmedizin» sicher.
- Das Gesundheitssystem wird nicht mehr isoliert gedacht, sondern vernetzt mit der Bildungs- und Sozialpolitik, damit die Menschen möglichst lange ohne Abhängigkeit des Gesundheitssystems leben können.

Aus einem krankhaften Wettbewerb, der gar keiner ist, würde dadurch eine sinnvolle Zusammenarbeit erfolgen. Ich zitiere nochmals aus der Replik im Bulletin des médecins suisses: Dort nämlich wird mit Blick auf die Onkologie festgehalten, dass die Entwicklung von Versorgungsnetzwerken in der Schweiz von kardinaler Bedeutung sei. Zitat: *„Die rasch steigende Fülle von onkologischen Patienten können wir medizinisch nur optimal versorgen, wenn kleine und grosse Spitäler, periphere und Zentrumsspitäler bestmöglich zusammenarbeiten!“*

Sehr geehrte Damen und Herren, diesen Satz erachte ich als wichtig und richtig in Bezug auf das gesamte Gesundheitssystem, wenn wir verhindern wollen, dass dies uns als Prämien- und Steuerzahlende sowie als Patientin und Patienten mehr kostet als es tatsächlich wert ist und dazu noch anderen genau so wichtigen Politikbereichen das Wasser abgräbt.

Ich bin überzeugt, eine Maximalzahl an Spitälern rettet nicht nur Leben, sondern unseren gesellschaftlichen Zusammenhalt, der schlussendlich sozialer Frieden bedeutet.

Weiterführende Informationen

- Diagnose und Indikation als Schlüsseldimensionen der Qualität – FMH
https://www.fmh.ch/files/pdf8/GLP_Diagnose_und_Indikation_als_Schlüsseldimension_der_Qualität_SAEZ_Nr._41_20122.pdf
- Bulletin des médecins suisses
 Replik auf den Beitrag von Radu Tutuian und Werner Inauen [1]
<https://doi.org/10.4414/bms.2018.06676>