

Welche Überraschung: Die Krankenversicherer sind anderer Meinung als die Ärzteschaft ... Zeugnis davon legen diese beiden Leserbriefe ab, die uns erreicht haben und die wir unserer werten Leserschaft aus Gründen der Offenheit nicht vorenthalten wollen.

O surprise: les assureurs-maladie ne sont pas du même avis que le corps médical ... Preuve en est donnée par ces deux lettres de lecteurs, que nous avons reçues et que nous publions ci-après, témoignant ainsi de notre esprit d'ouverture.



### Elektronische Abrechnung unter TARMED

Die Autoren des Beitrages zur «Elektronischen Abrechnung unter TARMED» [1] beleuchten die gesetzlichen und vertraglichen Hintergründe, um gegenüber der Öffentlichkeit plausibel zu machen, dass die Einrichtung der TrustCenter eine lohnende Sache sei. Lohnend für wen? Die These der Autoren: Die Krankenversicherer könnten 20 Mio. Franken jährlich einsparen, wenn sie die elektronischen Daten für die Rechnungskontrolle und -abwicklung über die ärzteigenen TrustCenter beziehen würden.

Die Krankenversicherer halten dazu fest:

1. Die Elektronische Abrechnung im Sinne der TARMED-Verträge bedeutet, dass die Abrechnung beim Krankenversicherer elektronisch eintrifft, nicht beim TrustCenter. Die TrustCenter sind nicht TARMED-Vertragspartner, sondern ausschliesslich Dienstleister der Ärzte.
2. Die Krankenversicherer müssen die Rechnung selbstverständlich nicht beim TrustCenter mit zusätzlichen Kosten «abholen». Der Leistungserbringer ist gemäss KVG verpflichtet, dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung zuzustellen. Die Zustellung der Rechnung ist eine Bringschuld – im «tiers payant» gegenüber dem Versicherer, im «tiers garant» gegenüber dem Versicherten. Im zweiten Fall stellt der Arzt dem Versicherer eine elektronische Kopie zur Verfügung, sobald die versicherte Person Rückforderungsansprüche beim Versicherer geltend macht. Zusätzliche Kosten für diese Dienstleistung sind in keiner Art und Weise gerechtfertigt, sondern führen im Gegenteil zu einer Mehrbelastung der Prämienzahler. Dies entspricht nicht den geltenden Vereinbarungen der TARMED-Verträge.
3. Für die Aufwendungen zugunsten der elektronischen Rechnungsstellung wird der Arzt über die technische Leistung im TARMED bezahlt. Der Vizedirektor des Bundesamtes für Gesundheit, Dr. Hans Heinrich Brunner,

hat dies in seinem Schreiben vom 8. Februar 2005 explizit festgehalten. Weiter folgerte er: «die Berechtigung, eine separate Gebühr für die elektronische Abrechnung und Lieferung zu verlangen, kann folglich nicht bestehen.»

4. Die TrustCenter der Ärzte erwarten, dass die Krankenversicherer pro elektronische Rechnung Fr. 2.– bezahlen. Sie wollen sich damit an den Einsparungen der Krankenversicherer bei den administrativen Aufwänden beteiligen. Solche Einsparungen müssen aber in jedem Fall immer den Prämienzahlenden zugute kommen und nicht als Quersubventionierung von eigenen Dienstleistungen (wie zum Beispiel statistische Auswertungen der eigenen Daten der TrustCenter) benutzt werden.
5. Wir behaupten, dass bei einer effizienten, durchgängigen Prozessgestaltung und ohne zusätzlichen Verdienst auf seiten der Ärzteschaft die Einsparungen noch viel höher wären als die von den Autoren monierten 20 Millionen Franken. Die Krankenversicherer rufen deshalb die Ärztinnen und Ärzte auf, ihrerseits entsprechende Massnahmen einzuleiten, damit die Einsparungen dank des elektronischen Datenverkehrs generiert werden und voll und ganz den Prämienpflichtigen zukommen.
6. Die FMH hat sich bedauerlicherweise Ende 2004 aus dem Forum Datenaustausch verabschiedet. Die Begründung dafür war, dass die hängigen Probleme im Zusammenhang mit der elektronischen Abrechnung gelöst seien. Dies trifft auf die Standards für den elektronischen Datenaustausch und das einheitliche Rechnungsformular zu – keinesfalls aber für den (kostengünstigen) Transport der elektronischen Rechnung vom Arzt zum Versicherer.
7. Last, not least: Jede Ärztin und jeder Arzt, welche/r in der Lage ist, die elektronische Rechnung an den Versicherer zu übermitteln, ist, wie es im TARMED-Rahmenvertrag

vereinbart wurde, von den TARMED-Limitationen befreit – alle anderen jedoch nicht.

*santésuisse*

*Dr. Juerg B. Reust, Projektmanager TARMED*

1 de Haller J, Haefeli A, Muggli F. Elektronische Abrechnung unter TARMED. Schweiz Ärztezeitung 2005;86(19):1125-7.



### Wer wissen will, was gilt, weiss es

Die PR-Frau Heidi Mühlemann beklagt sich in einem Artikel in der Schweizerischen Ärztezeitung vom 13. April 2005 («Was gilt, weiss keiner») [1] über die fehlenden Anweisungen an die Ärzte bezüglich Weitergabe von Boni und Rabatten. Speziell wird auf die Unsicherheit bezüglich Art. 33 HMG hingewiesen. Zudem wird das Problem erwähnt, dass sich ein Rabatt bzw. ein Bonus auf mehrere Patienten bzw. mehrere Krankenkassen beziehen kann.

Verbunden mit dem Inkrafttreten des KVG am 1. Januar 1996 war die Gründung einer sogenannten «gemeinsamen Einrichtung» gemäss Art. 18 Abs. 1 KVG. Die gemeinsame Einrichtung KVG ist als flexibles und offenes Instrument konzipiert (Botschaft des Bundesrates über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991). Währenddem der Risikoausgleich und die internationalen Verpflichtungen der Schweiz im Bereich der Krankenversicherung bereits initial der Stiftung «Gemeinsame Einrichtung KVG» zugewiesen waren, kam nachträglich die Umverteilung der Reserven bei der Einschränkung des örtlichen Tätigkeitsbereiches eines Krankenversicherers hinzu.

Das damalige BSV hat das Problem erkannt, dass sich eine dem Arzt gemäss Art. 56 Abs. 3 KVG gewährte Vergünstigung auf eine Vielzahl von Patienten und damit von Krankenversicherern beziehen kann. Eine direkte Weitergabe von Rabatten und Boni an Versicherte bzw. Versicherer ist in diesen Fällen nicht oder nur mit einem unverhältnismässigen Aufwand realisierbar. Das BAG hat deshalb die Gemeinsame Einrichtung KVG bereits im Jahre 1999 beauftragt, kollektive Vergünstigungen entgegenzunehmen und für die adäquate Verwendung zu sorgen. Die Gemeinsame Einrichtung KVG hat dazu ein

separates Konto eingerichtet (siehe unten), und der Stiftungsrat hat ein Reglement über die Verwendung der eingegangenen Mittel erlassen. Im Vordergrund steht dabei die periodische Auszahlung an die Krankenversicherer gemäss deren umsatzmässigen Beteiligung am Risikoausgleich. Leider entsprechen die Zahlungen auf dieses Konto nicht einem «dürftigen Rinnsal», wie Heidi Mühlemann schreibt, sondern in den sechs Jahren des Bestehens ist noch keine einzige Zahlung eingetroffen.

Das BSV hat am 11. Juli 2002 eine «Empfehlung betreffend die Weitergabe der beim Einkauf verwendungsfertiger Arzneimittel erhaltenen Vergünstigungen im ambulanten Bereich» an eine Vielzahl von Organisationen (darunter diejenigen des Gesundheitswesens) gerichtet. Diese Empfehlung beinhaltet die Weitergabe von Vergünstigungen, welche nicht einem Einzelfall zugeordnet werden können. Dabei wird auf die Entgegennahme der kollektiven Vergünstigungen durch die Gemeinsame Einrichtung KVG hingewiesen, und das spezielle Konto\* ist erwähnt. Am 20. Dezember 2002 versandte das BSV eine ergänzende «Empfehlung betreffend den Umgang mit und die Weitergabe von geldwerten Vorteilen, insbesondere im Zusammenhang mit Weiter- und Fortbildungen» an die Organisationen des Gesundheitswesens. Diese enthält eine Konkretisierung von Art. 33 HMG in Verbindung mit Art. 56 Abs. 3 KVG. Die Empfehlung des BSV wurde auch in der Schweizerischen Ärztezeitung publiziert [2].

Es ist damit den Ärzten bekannt, wie Art. 33 HMG in Verbindung mit Art. 56 Abs. 3 KVG umzusetzen ist. Bei der fehlenden Weitergabe von Vergünstigungen durch Ärztinnen bzw. Ärzte liegt also kein Wissensdefizit vor, sondern ein Vollzugsdefizit.

*Rolf Sutter, Gemeinsame Einrichtung KVG,  
Solothurn*

\* Konto der Gemeinsamen Einrichtung KVG zur Überweisung kollektiver Vergünstigungen im Sinne von Art. 56 Abs. 3 KVG: Regiobank Solothurn, Clearing-Nummer 6470, PC-Konto 30-38168-4, Kontonummer 16 0.009.518.04.

- 1 Mühlemann H. Was gilt, weiss keiner. Schweiz Ärztezeitung 2005;86(15):890-1.
- 2 Britt F. Empfehlung betreffend die Weitergabe der beim Einkauf verwendungsfertiger Arzneimittel erhaltenen Vergünstigungen im ambulanten Bereich. Schweiz Ärztezeitung 2002;83(32/33):1700-4.



### Révision déchirante

Il y a quelques mois, j'ai ajouté mon grain de sel au débat dans le BMS sur les médecines complémentaires. Je n'émettais pas de jugement, mais je voulais simplement faire réfléchir en usant du paradoxe. L'âpreté générale du débat me pousse à me demander si je ne me fourvoyais pas complètement avec mes considérations «humanistes».

Un «papier mâché» de Christophe Lüthy, intitulé «Complot» (Revue Médicale Suisse, 25.5.05. p. 1467) m'incite à envisager un retournement complet de veste (ou un nouveau paradoxe, selon le degré de lecture).

Lüthy démontre que les «nantis» cherchent à se réserver les avantages des progrès de la médecine et à maintenir la masse dans la soumission. Il cite la propagande que font les caisses-maladie pour les traitements naturels et l'agitation autour du remboursement obligatoire des médecines «complémentaires» comme l'expression de ce complot.

N'est-il pas temps pour la FMH d'abandonner le principe de l'égalité de traitement et de rejoindre les 75 % du peuple que l'on nous dit vouloir des médecines «complémentaires»? Nous pourrions proposer de supprimer le pluriel et la mention «complémentaire»: Dans une nouvelle LAM, la seule médecine assurée obligatoirement serait la médecine actuellement «complémentaire» et le remboursement de la médecine «scientifique» serait laissé aux bons soins des assurances complémentaires facultatives.

Il en résulterait un transfert de charges avantageux pour tous: les assurés de base paieraient des primes plus basses, les services sociaux paieraient moins de subventions aux assurés, les caisses-maladie compenseraient avantageusement la perte de revenus de l'assurance de base par un apport énorme de primes des assurances complémentaires, enfin, nous, médecins, assurés de la solvabilité de nos patients, nous pourrions dans un régime de libre concurrence établir toutes nos notes selon l'antique base privée: «les honoraires sont fonction de l'importance du service rendu, de la notoriété du patient et de celle du médecin».

Est-ce bien là l'avenir de notre profession?

*Dr C. Laperrouza, St.-Aubin-Sauges*



### Komplementärmedizinidebatte

#### bis zum Überdruß ... und das Fazit?

Ob ein *Arzt* mehr oder weniger alternative Praktiken anwendet, ist und bleibt auch weiterhin seine Privatsache, allenfalls eine Gewissensfrage vor seinem eigenen Über-Ich. Ein berufsinterner Glaubenskrieg über diese Frage ist nutzlos und unverbindlich. Der endlose Schlagabtausch führte uns nur an den Rand der Lächerlichkeit.

Der wichtigere und folgenschwerere Streit drehte sich ja um die solidarische *Versicherbarkeit und Finanzierung* des komplementärmedizinischen Konsums. Da stellte sich höchstens die Frage nach der Verhältnismässigkeit: Die Kosten betrügen nur einen Bruchteil der Summe, welche die Steuerzahler zum Beispiel für staatliche Kultur- und Sportförderung akzeptiert haben – wobei sie jeweils nur ganz *subjektiv* angeben könnten, weshalb ihnen solche Ersatzreligionen zur Befriedigung *nicht-rationaler Bedürfnisse* oder für ein umfassendes Wohlbefinden wichtig sind.

Und wie sich erneut gezeigt hat, gilt dasselbe auch für die *Politiker*, für ihre pragmatische Entscheidung, wieviel an solchen Circusspielen dem Volk zu gewähren sei. Um es mit niemandem zu verderben, richten sie sich eben nach den Wünschen der Mehrzahl ihrer Wähler. Hier dienen Wissenschaftlichkeit, Wirksamkeit und Kostennutzen- und Qualitätsargumente nur als Vorwand! Was zählt ist Nachfrage-Angebot-Imagepflege: es muss die *durchschnittliche Solidaritätsbereitschaft einer Mehrheit* aufgespürt werden. Und diese, mit Kosten und Opfern verbunden, kann eben je nach subjektiven Wertvorstellungen, wie es z.B. der Pflichtleistungsdisput bei Badekuren, Transplantationen und Schwangerschaftsabbruch gezeigt hat, ganz unterschiedlich ausfallen.

Alles in allem ein rein politisches Kalkül also, welches die Dispute und Selbstdarstellungen und das kritische und das undisziplinierte Denken einer Splittergruppe (Ärzte = knapp 4 Promille der Bevölkerung!) gar nicht zur Kenntnis zu nehmen brauchte. All unsere Eiferungen haben darum bestenfalls eigene Identitätskrisen aufgezeigt, blieben jedoch ohne jede praktische Konsequenz für das Wohl der Allgemeinheit. Gelernt und neue Einsichten gewonnen haben indessen sicher alle Beteiligten! Gut so.

*H. R. Schwarz, Porto Ronco*



### Verraten und verkauft

Können Sie es mir verübeln, dass ich mir verraten und verkauft vorkomme? Der de facto fristlose Rauswurf der ärztlichen Komplementärmedizin aus der Grundversicherung trifft nicht nur mich, sondern alle meine Patientinnen und Patienten hart.

Das hat man sich um Facharztstitel und Fähigkeitsausweis bemüht. Prüfungen abgelegt und Rezertifizierungen gemacht, um eine hochstehende und einem allgemeinen Bedürfnis entsprechende komplementäre Allgemeinmedizin betreiben zu können. Da haben sich Patientinnen und Patienten bemüht, nach den alternativmedizinischen Vorgaben und Therapieplänen zu leben, was bedeutet, dass sie eben alles parallel und miteinander konsumieren und therapieren können. Beide haben sich für die ganzheitliche Allgemeinmedizin engagiert, im allerbesten Wissen und Gewissen und dank vieler positiver Erfahrungen, dass dies eine zweckmässige, wissenschaftliche und wirtschaftliche Medizin sei. Und jetzt das: Per 1. 7. 05 ist die sanfte Art der Allgemeinmedizin nur noch für Gutbetuchte ohne Risiken, das heisst Zusatzversicherte, möglich. Übrigens zu welchem Tarif und durch welche Ärztinnen und Therapeuten? Und zu welchen Auflagen, unter wessen Aufsicht? Oder kann es sein, wie eine Kassenangestellte gesagt hat, dass die Ärztinnen und Ärzte für Komplementärmedizin gar nicht über die bislang den nichtärztlichen Therapeutinnen vorbehaltene Zusatzversicherung abrechnen dürfen??

Da wären wir also wieder gleich weit wie vor sechs Jahren: Wir mauscheln unsere anerkanntermassen guten und kontrollierten komplementärmedizinischen Leistungen in die Grundversicherungs-, das heisst TARMED-Positionen hinein: Diese Möglichkeit wird von Bundesrat Couchepin nämlich explizit erwähnt und vom BAG nicht verboten – aber bitte schön, was sagen die Kassen dazu? Und wo bleibt da die vielgepriesene Transparenz des TARMED? Oder wir betreiben fröhlich die Zweiklassenmedizin und rechnen womöglich überhöhte Privatversicherungstarife über die Zusatzversicherungen ab? Und was sagen denn die Patientinnen sprich Konsumenten dazu? Sollen sie eine kostengünstige und sanfte Medizin noch zusätzlich bezahlen? (Viele können und dürfen das gar nicht mehr, auch wenn sie wollten!) Und sollen sie via obligatorische Grundversicherung die Krankheitsexzesse von Rauchern/-innen, Alkoholikern/-innen, Fress-, Geschwindigkeits-, Risiko-

und Anderssüchtigen gerne und stillschweigend mitbezahlen? Da kann ich nur hoffen, dass die Kassen zu einer kurzfristigen, unbürokratischen und günstigen Lösung Hand bieten. Denn unsere obersten Politiker haben kläglich versagt.

PS: Allerdings gebührt herzlicher Dank unserem derzeitigen FMH-Präsidenten: Seine Hand ist näher am Puls der Patientinnen und Patienten und ihren Bedürfnissen und damit auch näher bei den Praktikerinnen und Praktikern.

*Dr. med. Claudia Kolb, Dornach*



### Zum Entscheid von Couchepin. Gedanken eines Ungläubigen

Komplementärmedizin wäre eine Ergänzung, Alternativmedizin wäre eigentlich eine Alternative zur wissenschaftlich orientierten Medizin. Dies ist nicht ganz unwichtig. Ist es nämlich eine Ergänzung, dann fallen zusätzliche Kosten an. Ist es eine Alternative, dann braucht der Patient die wissenschaftlich orientierte Medizin nicht. Vielleicht ist dies tatsächlich billiger als eine in diesem Falle falsche Behandlung. Falls der Patient wirklich keine Behandlung braucht, dann ist auch eine billige Behandlung teurer als gar keine. Aber ganz so einfach ist es nicht. Eine alternative medizinische Behandlung kann billiger sein als eine fundierte psychosomatische Intervention der wissenschaftlich orientierten Medizin. Da bei Gläubigen Wunder nicht ausgeschlossen sind, kann die alternative Methode tatsächlich in solchen Fällen Wunder wirken.

Es geht zurzeit um die Streichung von ganzen fünf komplementär- oder alternativmedizinischen Verfahren. Im Hintergrund lauern aber weitere Methoden – es ist die Rede von vielleicht 100–200 Heilmethoden, die alle auch gerne hoffähig gemacht würden. Diese Zahl befindet sich auf einer «nach oben offenen Skala», d. h., es gibt keine Gewähr, dass nicht immer neue Methoden dazustossen werden. Auch auf alle diese Heilmethoden schwören deren Anhänger.

Hätte Bundesrat Couchepin die fünf komplementär- und alternativmedizinischen Verfahren nicht aus dem Katalog der Grundleistungen entfernt, so würden sich auch die Vertreter weiterer Heilmethoden sehr rasch melden und Gleichbehandlung fordern. Einfach hatte es Couchepin tatsächlich nicht.

Um wieviel Geld geht es eigentlich? Man liest Zahlen von etwa 0,2 bis 2% der Gesamtkosten in der Grundversicherung! Bei der heutigen Daten-

erfassungsmanie der Versicherer ist diese Zahl jeder Krankenkasse genau bekannt. Statt eine Zusatzversicherung anzubieten, könnte man das umgekehrte Verfahren anwenden. Man könnte einen entsprechenden Prämienrabatt gewähren. Voraussetzung wäre die gesetzliche Einführung einer Kategorie B des Grundleistungskatalogs der komplementär- oder alternativmedizinischen Verfahren. In dieser Kategorie würde kein rigoroser wissenschaftlicher Nachweis der Wirksamkeit verlangt. Auf diese Kategorie B könnte man gegen einen entsprechenden Rabatt verzichten. Ich zahle brav meine Kirchensteuer. Da ich aber nicht zu den Gläubigen der komplementär- oder alternativmedizinischen Verfahren gehöre, möchte ich hier nicht noch einmal so etwas wie eine Kultussteuer errichten!

*Dr. med. Hugo Wick, Basel*



#### **Fachlinik für Gesundheit und Johanniskraut**

Jetzt, da es keine Krankenschwestern mehr gibt [1], wirken die Spitäler wie ausgestorben. Ob die Bezeichnung «Schwester» ein alter Zopf ist, so wie ja auf einer etwas anderen Ebene an einer Klinik die z.B. 20 Jahre alten, wenn auch soliden und tadellos schliessenden und öffnenden Zimmer- und Gangtüren durch sich zeitgemässer ausnehmende Designermodelle ersetzt werden, gerade um dem möglichen Eindruck der Verstaubung entgegenzuwirken, oder damit nicht das Bezirks- sich vor dem selbstverständlich baulich regelmässig auf den neuesten Stand gebrachten Kantonsspital schämen müsse, darüber kann man geteilter Meinung sein oder behaupten, «Name ist Schall und Rauch» (J. W. Goethe).

Wenn aber «Schwester» für veraltet und für im Vergleich zum Krankenpfleger – der nicht «Bruder» geschweige denn «Schwester» genannt wird – zu wenig logisch erklärt wird, müsste noch vieles umbenannt werden. Und wenn doch gerade kranke Menschen, wie K. Bösch andeutet, mit der Bezeichnung Schwester etwas Positives verbinden, wirkt das kühle, spröde und noch nicht einmal den Appetit beim Essen fördernde «Pflegefachfrau» nicht beschleunigend auf den Heilungsverlauf, geschweige denn kostensenkend, sondern scheint eher dazu angetan, den Patienten in seinem ohnehin schwachen, zaghaften Willen, gesund zu werden, zu demoralisieren und womöglich aufs Krankenbett zurückzuwerfen.

Die Welt der Gesunden, in die er zurückkehren sollte, ist ohnehin schon überladen und befrach-

tet von gefühlsmässig wenig nachvollziehbaren, angeblich zeitgemässen Sprachverunstaltungen (U 2 bedeutet jetzt «you too», und Antoine schreibt sich jetzt Ant 1, nämlich «one»), die vor lauter «neuer Sachlichkeit» oder Verfremdung Menschen frieren und sich erkälten lassen, und da wundert sich der an der Verfremdung vielleicht nicht ganz unschuldige Ökonomie über die Kosten, die allein schon durch Behandlung banaler Erkältungen und Ausfall von Arbeitstagen jährlich entstehen.

Wenn sich am Bett vor dem liegenden Kranken, dessen Allgemeinzustand sich eigentlich bereits in Besserung befand, eine Dame aufpflanzt, auf deren Kleidchen das Schild angeheftet ist «Pflegefachfrau» oder gar «Gesundheits(fach)angestellte», wird der Patient es entweder vorziehen, noch ein paar Tage länger krank zu sein oder auf vorzeitige Spitalentlassung drängen, worauf er zu Hause einen Rückfall erleidet oder sein Organismus verzweifelt mit einer Komplikation antwortet.

Denn schon fast seit seiner Geburt ist für den Patienten im Krankheitsfall bzw. bei Hospitalisierung «Schwester» etwa gleichbedeutend mit «Trost», Ermunterung und Umsorgtwerden auf dem steinigem Weg zur baldigen Wiedergenesung, aber jetzt liegt er im Bett in einem Spital ohne Schwestern («zu spät»), unbehaglich unter der qualifizierten, aber kühlen Aufsicht von Fachdamen und Gesundheitshostessen, fühlt sich verloren und wird betrübt. Seine Ärzte suchen im Fachbuch «Heilpflanzen» vergeblich nach dem Kraut, das gegen banale, also unverständliche Betrübtetheit gewachsen wäre, denn der «Serotonin-Reuptake-Inhibitor» (sic!) wirkt erst nach 14 Tagen und nur bei 60%.

*P. Süssstrunk, Seewis Dorf*

1 Bösch K. Zu spät, Du rettetest die Schwester nicht mehr. Schweiz Ärztezeitung 2005;86(20):1236-8.



#### **Zu spät, Du rettetest die Schwester nicht mehr** Lieber Herr Doktor Bösch

Danke für den Nachruf [1]. (Sie dürfen mir künftig Schwester Monica nachrufen.) Schmunzelnd habe ich Ihre Gedanken gelesen, genossen. Balsam für die Seele einer jener nicht mehr zu rettenden kranken Schwestern. Bei den Neumünster-Diakonissen ausgebildet, gehörte das Häubchenstärken, -falten und -auf-den-Kopf-Klemmen zum Alltag. Ein Häubchenstreik (ca. 1975) beendete diese Epoche. Nicht alle waren

zufrieden. Ein gut 80jähriger Patient im Spital Rüti ZH (welches auch nicht mehr zu retten war) – er kam per Velo von Bäretswil für eine Nierenoperation ins Spital – zeigte sich entsetzt: «E Schwöschter ohni Hübli isch wie e Chue ohni Hörner.» Unterdessen gibt es ja auch zahlreiche hornlose Kühe.

Kaum mehr anzutreffen sind alle die Marthas, Elisabethen und Mariannen. Sie heissen Salome oder Tatjana und haben anderes im Sinne, als zu dienen. Schlicht entsetzt nehme ich immer wieder wahr, wie sehr sich vieles geändert hat – auch das mag am Alter liegen ...

Gerne erinnere ich mich an die Zeiten, als ich als «d Schwöschter vo Rohrbach» mit meinem Döschwo im 24-Stunden-Dienst die entlegenen Höfe im Oberaargau abklapperte. Da und dort zuerst Holz hackte, Feuer machte, um warmes

Wasser für die Körperpflege zu haben. Mich hat es seither nie mehr in ein Akutspital und auch nicht zur Spitex gezogen.

Keine weibliche Form für Bachelor und Master? Lieber Herr Doktor, seien wir doch kreativ und nicht so schüchtern; meine Schwägerin besitzt eine Telefonbeantworterin (das ist kein Witz!), meine Waschmaschine heisst Marie die Zweite. Und wenn ich jetzt dann mit der Computerin fertig bin, geniesse ich ein Bündnerinnenfleischbrötchen und ein Glas Riesling-Silvanerin.

Mit frohem Gruss

*Schwester Monica Wegmann (oder Wegfrau?)*

1 Bösch K. Zu spät, Du rettetest die Schwester nicht mehr. Schweiz Ärztezeitung 2005;86(20):1236-8.