

## Kein konstruktiver Beitrag

Kurt Bösch

Sie sind, wie Sie wissen, liebe Kolleginnen und Kollegen, alle Leistungserbringer, einige unter Ihnen sind gar Adopter? Diese Unwörter, die man für uns bereithält, tönen noch scheusslicher, wenn man sie «feminisiert», die Leistungserbringerin oder die Adopterin. Beide stehen noch nicht in meinem Duden, 22. Auflage, 2000 (wenn man diesen bereits veralteten Duden zurückbringt, bekommt man übrigens 7 Franken 40 gutgeschrieben!). Die neuste, 25. Auflage werde ich dann nach der übernächsten Schreibreform erwerben, dann, wenn es vielleicht heissen wird «zu Recht weisen» statt «zurechtweisen».

Dem Autor des Artikels «Fortschritte in der Medizin – ja, aber ...» in der SÄZ Nr. 36 ist es gelungen, den Adopter in mein Sprachbewusstsein zu bringen, der Leistungserbringer war schon drin. Was Wikipedia über ihn, den (eigentlich early) Adopter\*, zu sagen weiss, ist aufschlussreich, erheiternd und wenig schmeichelhaft zugleich. Die von mir konsultierten Wörterbücher wissen zurzeit noch nichts von ihm, auch nichts vom Leistungserbringer, dessen Herkunft schleierhaft ist. Der letztere treibt sich seit weniger als sechs Jahren in der Gesundheits- und Kassenpolitik, aber noch nicht in den gängigen Nachschlagewerken herum.

Sei dem wie ihm sei, den Leser stören diese Neologismen vielleicht nicht und er geht, wie ich selbst, im grossen ganzen mit dem Autor des genannten Artikels einig (so er ihn gelesen hat): In der Medizin gibt es Fortschritte, und die Fortschritte kosten etwas, es braucht aber noch mehr Fortschritte und die werden auch kosten. Man müsste Wege finden, die Kosten in Grenzen zu halten. Der Artikel beschäftigt sich vor allem mit den Unzulänglichkeiten im Gesundheitswesen, mit Kostenfolgen und etwas wenig mit anderen Konsequenzen des Fortschrittes (auch des fehlenden), wie z.B. die notwendige breitflächige und rasche Anwendung bzw. Umsetzung neuer Erkenntnisse oder Möglichkeiten (eben z. B. durch die Adopter).

Der Autor präsentiert in Tabellenform eine Aufstellung der für ihn augenscheinlichen Mängel und Schwächen des Gesundheitssystems. Die Tabelle ist kunterbunt, weder nach Prioritäten gruppiert, noch irgendwie gewichtet, aber immerhin alphabetisch geordnet. Die kaum reflektierte Aufzählung der Mängel und Schwächen kann fast beleidigend empfunden werden, auch

wenn man sie zum Teil der fehlenden Zuständigkeit des Ökonomen zuschreiben darf. Man ist geneigt, bei jeder der 25 Positionen der Tabelle (die Sie, liebe Kollegen, leider sicher nicht mehr zur Hand haben) zu fragen, wie der Autor das nun meint, was er sich geändert wünscht, wieweit er Änderungen für möglich hält, was konkret er sich von den Änderungen verspricht. Die Aufstellung ist aus der Sicht eines Ökonomen zusammengestieft, der in dieser Tabelle dem Gesundheitswesen auch «ungeklärte Ziele» und «Unterversorgung in anderen (?) Gebieten» vorwirft. Aber er weiss offenbar auch um die Mängel in der Bodenrettung, er weiss von dem Zuviel an Leistung und moniert den Zuständigkeitswirrwarr. Er führt auch den ungenügenden Kampf gegen Tabak ins Feld, verliert aber über Alkohol und Übergewicht kein Wort (es sei denn, die gehörten zum Kapitel unterentwickelte Präventivmedizin), er weiss auch von unterentwickelter Palliativmedizin.

Müssen Sie, liebe aktive Kollegen, sich das gefallen lassen? Man könnte empfindlich reagieren auf diesen Beitrag und ihn als Rundumbeschuldigung der säumigen Involvierten und Mitverantwortlichen interpretieren. Als das war er sicher nicht gemeint.

Eine zweite Tabelle zählt Beispiele für die «Fortschritte und Innovationen ausserhalb der traditionellen fachmedizinischen Produktinnovationen» auf. Sie werden im Text allerdings als Reformvorhaben, die nur mit ungeheurem Aufwand an Streit und Zeit realisiert werden können – wenn überhaupt –, beschrieben. Die Tabelle ist nicht mehr alphabetisch geführt und vermischt Erreichtes mit zusätzlich Notwendigem und mit Gewünschtem. Im Text wird darauf hingewiesen, dass eklatante Forschungslücken bestehen im Krankenhausmanagement, in der Pflegewissenschaft, in der Allgemeinmedizin, Ethik, Medizinsoziologie, Versicherungsmedizin, eigentlich überall, wieder eine Rundumbeschuldigung.

Wir meinen, der oben fragmentarisch besprochene Beitrag sei kein Beitrag zu irgendwelchen Lösungen. Si tacuisses...

PS: Der Autor der oben besprochenen Studie publizierte vor einigen Monaten auch die OECD-Zahlen über die Gesundheitskosten. In einem Leserbrief bedeutete ich, dass wir die Zahlen selber lesen könnten, dass aber eine Erklärung für die fast ungläubwürdigen Werte gesucht werden

\* Der Begriff «early adopter» (englisch für: frühzeitiger Anwender) bezeichnet einen Menschen, der die neusten technischen Errungenschaften oder die neusten Varianten von Produkten erwirbt, obwohl diese sehr teuer und oftmals unausgereift sind. Meistens werden Produkte für «early adopter» noch vor der Fertigstellung eines entsprechenden Standards vertrieben, womit sie häufig innerhalb kurzer Zeit praktisch wertlos werden.

Korrespondenz:  
Dr. med. Kurt Bösch  
Schlossbach  
Postfach  
CH-9404 Rorschacherberg

müsste. Der Autor ging damals nicht auf meinen Leserbrief ein und erwähnt meinen Einwand auch in seiner neusten Publikation in der SÄZ Nr. 38, «Schweiz wieder im zweiten und dritten Rang», nicht und präsentiert wiederum Zahlenreihenfolgen aus einer CD der OECD, die er sich für € 80 (früherer Preis, erwähnt er, € 200) erworben hat. Er versucht in keiner Weise, die grossen Differenzen und die eigenartigen Rangfolgen zu erklären und zu analysieren und vielleicht Lehren aufzuzeigen, die daraus gefolgert werden könnten. Er ist offenbar auch überzeugt, dass die BIP-Werte der 25 Länder ohne Zögern verglichen werden können (weil sie von der sakrosankten OECD stammen) und dass die OECD tatsächlich sogar weiss, wie viele CT, MIR im Jahre 2004 z. B. in Mexiko, in Südkorea und in Griechenland vorhanden waren. Die Idee, dass vielleicht die Vergleichbarkeit der Zahlen in Frage gestellt werden könnte, kommt nicht auf. Anschliessend schreibt er: «[...] es gibt Länder mit anerkannt guten Gesundheitssystemen, die pro Kopf nur

die Hälfte oder noch weniger ausgeben als Länder mit vergleichbaren Gesundheitssystemen». Er entdeckt dann, «dass die Qualität der Gesundheitsversorgung von zahlreichen Faktoren abhängt und dass die Höhe der Gesundheitskosten nur einer von vielen und nicht der entscheidende Faktor sei.» Tableau!

PPS. In den letzten Tagen und Wochen haben wir aus den Zeitungen erfahren können, dass die anonyme WHO und die ebenso anonyme OECD uns nicht nur das zweitbeste Gesundheitswesen attribuiert, sondern dieses gleich noch der Ineffizienz und des Ungenügens bezichtigt. Vor diesem Hintergrund gewinnt der obige Artikel an Bedeutung. Die Frage nach den Urhebern der Behauptung, nach dem Wahrheitsgehalt und der Objektivität, nach den Vergleichskriterien, nach den Ursachen, nach den Bewältigungsmöglichkeiten ist vordringlich. Werden wir in dieser Zeitung darüber lesen können? Wer gibt uns Auskunft, aber bitte kompetent?