

Courrier au BMS



Offener Brief an den Vertrauensarzt der Progrès Versicherungen

Lieber Daniel Winizki

Mit Ihrem Offenen Brief an den Vertrauensarzt der Progrès [1] haben Sie mir aus dem Herzen gesprochen, mache ich doch ähnliche Erfahrungen mit dem betreffenden Kollegen in meinem Fachgebiet.

Stein des Anstosses ist bei mir die absolut eng ausgelegte Limitatio für das Gestagen-IUP Mirena, die lautet: «zugelassen bei idiopathischen Blutungsstörungen und zum Endometriumschutz bei Östrogentherapie.»

Nun ist es aber so, dass die weitaus häufigere Ursache für anämisierende Blutungen ein Uterus myomatosus ist. Und gelegentlich führt eine Adenomyosis uteri zu so starker Dysmenorrhoe (mit AUF), dass eine Hysterektomie ins Auge gefasst werden muss. Hier hilft eine Mirena ausgezeichnet zu einem Preis von nicht einmal Fr. 450.–, verglichen mit den 20mal höheren Kosten der Operation. Wenn aber die Mirena schon gelegt und die Patientin zufrieden ist, kann sich die Progrès bequem die Kosten für das eine und auch das andere sparen, indem sie sich hinter der eng ausgelegten Limitatio verschanzelt! Ich habe deshalb begonnen, erst eine Kostengut-sprache einzuholen. Ausserdem habe ich mich auch an das BAG gewendet mit der Frage, ob die Limitatio nicht ausgeweitet werden könnte. Leider wurde mir aber beschieden, dass «das BAG in solchen Fällen grundsätzlich nicht aktiv würde» (wobei das Grundsätzliche daran einem gesunden Menschenverstand wie dem meinen einiges Kopfzerbrechen bereitet).

Medizin in den Zeiten der Kostenexplosion bedeutet, dass das Einsparen von Kosten auf dem Rücken von Ärzten (TARMED-Punktwert) und Patienten (Nichtgewähren von sinnvollen, weil günstigeren Leistungen) gemacht wird, während sich der Bund vornehm «grundsätzlicher» Zurückhaltung übt und die Kassen professionelle

Haarspalter und Paragraphenreiter beschäftigen, nicht die Medizin muss besser und billiger werden, sondern hier Kässeli geschont und dort Arbeit abgeschaufelt werden.

Dr. med. M. Haag-Gelpke, Zürich

- 1 Winizki D. Offener Brief an den Vertrauensarzt der Progrès Versicherungen. Schweiz Ärztezeitung. 2006;87(50):2171.



Ein Schweizer im Flachland

Herrn Kollege Arnolds Definition Hollands ist unrichtig [1]. Holland umfasste früher das Gebiet der Sieben Vereinigten Provinzen. Heute umfasst es in der Umgangssprache das Gesamtgebiet des Königreiches der Niederlande, deren zwei Küstenprovinzen den Namen Holland tragen. Das von Arnold als Holland bezeichnete Gebiet liegt in der Provinz Nordholland.

Lustig ist Arnolds «Pathognomie» des Holländers. Sehr richtig hat er *Offenheit* der Holländer und deren *gegenseitigen Respekt* beobachtet und positiv gewertet. Mir als klinischem Wissenschaftler und immer noch Auslandschweizer ist die *konstitutionell festgelegte Toleranz Fremdlingen gegenüber* über mehr als 50 Jahre sehr zugute gekommen. Sie war einer der wichtigsten Gründe, dass die Niederlande meine Wahlheimat geworden ist.

Interessant ist schliesslich, dass es offenbar auch Herrn Kollegen Arnold trotz Schulung auch seiner Kinder in der holländischen Sprache nicht gelungen ist, sich den für das Holländische so typischen Buchstaben *IJ* (gross) resp. *ij* (klein) zu eigen zu machen. Oder hat vielleicht der Sprachredaktor beim Lesen van *IJ*sselmeer eingegriffen?

Prof. Dr. E. A. Loeliger, Oegstgeest, Niederlande

- 1 Arnold MP. Ein Schweizer im Flachland. Schweiz Ärztezeitung. 2006;87(50):2179-81.



Altersgedanken zu Tod und Sterben

Vorerst einmal ein grosses Lob für diesen ausgezeichneten, ganz persönlich gehaltenen Artikel [1]. Ich habe seinerzeit (1956), wie der Autor auch, an der Medizinischen Fakultät der Universität Bern das Staatsexamen abgelegt.

Prof. Ciompi schreibt: «Vorauszuschicken ist, dass Gedanken zu Tod und Sterben wohl kaum anders als stark subjektiv gefärbt sein können» und «evolutionär gesehen gilt der Tod als überaus sinnvolle und geradezu geniale Erfindung.» Ähnlich schreibt der Freiburger Biologe, Professor Hans Mohr, dass «ohne das Sterben der Individuen es keine Evolution des Lebens auf dieser Erde gegeben hätte. Wenn wir so die Evolution des Lebens als ein in der Bilanz positives Ergebnis, als die ›reale Schöpfung‹, ansehen, akzeptieren wir damit auch unsern Tod als einen positiven und kreativen Faktor [2].»

Dazu nun meine Stellungnahme. Neben meiner damaligen Ausbildung zum Spezialarzt für Innere Medizin (Praxiseröffnung 1968 in Zürich bis Praxisaufgabe 2000) bildete ich mich auch jahrelang zum orthodoxen Freud'schen Psychoanalytiker aus und war mehrere Jahre lang ausserordentliches Mitglied der «Schweizerischen Gesellschaft für Psychoanalyse».

1988 trat ich aus dieser Gesellschaft aus. In meinem damaligen Austrittsschreiben erwähnte ich, «dass ich den Glauben an den lebendigen Gott in Jesus Christus gefunden hätte und die Wahrheit der Psychoanalyse für mich dadurch zu einer relativen geworden ist. Den Sinn meines Lebens kann ich nur darin finden, wenn ich einen direkten Kontakt zu meinem Schöpfer finde, der sich in Jesus Christus von Nazareth vor 2000 Jahren materialisiert hat und der infolge seiner Auferstehung von den Toten auch heute für mich erfahrbar ist ... Den Begriff der Sünde, d.h. der ›Zielverfehlung‹ (griechischs hamarthia) gegenüber Gott gibt es im psychoanalytischen Vokabular nicht. Das Ich ist hier die höchste Instanz. Auch einen transzendenten Massstab gibt es nicht. Es ist aber gerade die Botschaft des Evangeliums, dass ich mich weder selber erlösen noch in meiner Individualität den letzten Sinn meines Lebens finden kann.»

Im Artikel von Professor Ciompi steht: «Doch lassen wir die ungewisse Zukunft und wenden uns der Realität zu: Der gewisse Tod und damit das ›Verschwinden ins Nichts‹ ... (was ist eigentlich an diesem Verschwinden so furchtbar?)...

und ... vor dem Eingehen in solch ein ›Nichts‹ verspüre ich keinerlei Angst.»

Die Bibel, das Wort Gottes, ist diesbezüglich viel krasser! Wir lesen: «Es ist dem Menschen bestimmt, einmal zu sterben, danach das Gericht.» (Hebräerbrief, Kap. 9, Vers 27). Wir lösen uns nicht im ›Nichts‹ auf, sondern Gottes Urteilspruch über uns heisst: «Wer mein Wort hört und glaubt dem, der mich (Jesus Christus) gesandt hat, der hat das ewige Leben und kommt nicht in das Gericht, sondern er ist vom Tode zum Leben hindurchgedrungen» (Johannesevangelium Kap. 5, Vers 24).

Wer nicht glaubt, der ist schon gerichtet, weil er das Gnadenangebot Gottes in Jesus Christus (das Evangelium, griechisch = gute Nachricht) abgelehnt hat. Er wird nicht im ›Nichts‹ sein, sondern abgetrennt von Gott.

Im biblischen ›Jargon‹ heisst das «ewiger Tod»; damit ist aber meine Existenz nicht ausgelöscht. Es ist die Situation des endgültigen Abgetrenntseins von Gott. Gott aber möchte, «dass allen Menschen geholfen werde und sie zur Erkenntnis der Wahrheit kommen.» (1. Brief an Timotheus, Kap. 2, V 4) Welchen Weg wir gehen wollen, diese Wahlentscheidung hat Gott uns als freie Wesen überlassen: «Ich habe euch (ewiges) Leben und (ewigen) Tod, Segen und Fluch vorgelegt, dass du das Leben erwählst.» (5. Buch Mose, Kap. 30, Vers 19).

Dr. med. Markus Bourquin, Uitikon

- 1 Ciompi L. Altersgedanken zu Tod und Sterben. Schweiz Ärztezeitung. 2006;87(51):2219-21.
- 2 Gitt Werner, «Schuf Gott durch Evolution?», Taschenbuch Wissenschaft 2005, S 39.



Der neue Popanz

Den einen haben wir schon, den Qualitätsbeauftragten. Auch wenn man wollte, man bringt ihn nicht mehr los. Er überwacht Strukturen, die für seine Arbeit geeignet sind und lässt schwieriger zu handhabende Sparten weg. Die Regelkonformität wird von Peers, die zu Hause nach den gleichen Vorgaben arbeiten, geprüft und von einem selbstgebastelten Gremium zertifiziert. Die Qualitätsbranche mit ihren Angeboten ist zu einem lukrativen Geschäftszweig geworden. Es wurde auch schon die Vermutung geäussert, die Tätigkeit der Prüfungsgremien und ihre Sichtweise seien der Kreativität nicht förderlich. Zugegeben,

diese Überlegungen sind nicht neu und simplifizieren und doch haben sie etwas für sich.

«Nichtqualität muss frühzeitig erkannt und *planmässig eliminiert* werden». Was halten Sie von einem solchen Satz? Er war kürzlich an einem Symposium in Luzern zu hören.

Hier geht es nun um den andern Popanz, den Risikomanager, eine Art betriebseigenen Jongleur. Er kommt wie vieles Derartiges, semantisch Fragwürdiges, aus den USA. Er soll natürlich nicht Risiken managen, sondern den fatalen Ausgang der Risiken verhindern. Als diesbezüglicher Fachmann wird er wissen, dass Risiken, auch wenn mit Wagnissen verbunden, Chancen bedeuten können. Wie eine Umfrage ergeben hat, weiss man vielerorts (auch unter Ärzten) noch nicht einmal um seine Existenz. Das verhindert nicht, dass man ihn an einzelnen Spitälern für unabdingbar hält und dass er in grösseren Häusern bereits Einzug gehalten hat. Man hält nun zu zweit oder zu dritt nach Kandidaten Ausschau. Zwar würde bei der weitgehenden Austauschbarkeit von Risikochecklisten und der eigentlich fehlenden Risikoflut ein einziger Amtsinhaber vielleicht sogar für sechs oder zehn Spitäler genügen.

Aus Risikogründen sucht man den Manager nicht selber, sondern betreut dazu eine Agentur, die, wiederum aus Risikogründen, gleich mitewalutiert. Die Sachkompetenz dieser Büros ist, wie aus den vollmundigen Inseratetexten zu schliessen ist, oft dürftig. Der Jargon, den sie verwenden, richtet sich ausgesprochen an Wunderkinder. Es muss nämlich ein Arzt mit hoher Fachkompetenz her, ein Arzt, der eine mehrjährige klinische Erfahrung mitbringt, selbstverständlich nachweisbare Projektleiterfähigkeiten hat sowie auch Führungserfahrung auf Kaderebene samt ausgeprägter Kommunikations- und Koordinationsfähigkeit. Juristische Kenntnisse und zielsicheres Troubleshooting sind vorausgesetzt. Was dieser Manager schliesslich im Betrieb zu tun hat, sollte er aufgrund seiner Erfahrung eigentlich selber wissen, andernfalls hilft ihm das Anforderungsprofil weiter. Wird er mit dunkler Brille durch die Korridore wandeln, nach Dingen suchen, die nicht passieren sollten, und dies Tag für Tag? Wird er nach Risiken suchen, denen man bis heute nicht erfolgreich begegnen konnte, und wird er sich fragen, wie man so lange ohne ihn existieren konnte? Was er beim gegenwärtig schon allenthalben erreichten hohen Stand der Spitalkultur noch zu verhindern gedenkt, ist in den meisten Fällen bereits verhindert oder zumindest durch Versicherungen gedeckt. Was sich nicht immer verhindern, aber auch nicht versichern lässt, das ist der gute Ruf des Hauses, den es zu erhalten gilt. Diese schwierige Aufgabe steht nicht *expressis verbis*

in seinem Tätigkeitskatalog. Und wohlgermerkt, er beschäftigt sich nicht etwa mit den Risiken der Patienten, die Hilfe suchen und brauchen, sondern mit den meist auf juristischem Gebiet angesiedelten Risiken des Betriebs. Die Patienten müssen ihre Risiken auf andere Art zu minimieren versuchen.

Übrigens: Der Tausendsassa, der da gesucht wird, ist mindestens seine 3- bis 4-, ja 500 000 Franken wert, jedenfalls mehr wert als das beige stellte Personal inklusive Kader. Mit den Kosten, die die Suche nach ihm verursacht (hat), und den Kosten, die er zu generieren vermag, dürfte das Spitalbudget voraussehbar erheblich belastet werden. Ja so belastet, dass man sich gar überlegen könnte, ob man nicht auf diese halt doch weitgehend modische Anschaffung verzichten wolle. Vielleicht könnte man auch versuchen, sich wo immer möglich auf die Fähigkeiten, Qualitäten und die Risikofurcht der Mitarbeiterinnen und der Mitarbeiter zu besinnen. Man würde dann zumindest der Gefahr entgehen, diese Mitarbeitenden durch übertriebenes, letztlich kaum rentierendes Übermanagement zu diskreditieren und zu verunsichern.

Dr. med. Kurt Bösch, Rorschacherberg



Weshalb keine Einheitskrankenkasse?

Eine sogenannte soziale Einheitskrankenkasse, eigentlich die Einführung der Staatsmedizin, hätte nebst den bekannten Gegenargumenten wie fehlender Wettbewerb, massive Prämienanstiege in Landkantonen, ungehemmte Umverteilung und Desolidarisierung mit Förderung der Zweiklassenmedizin weitere, vordergründig weniger evidente, aber umso schwerwiegendere Nachteile.

Das Kostenbewusstsein der Prämienzahler würde noch weiter geschwächt, jede Schranke gegen die ungehemmte Konsumation medizinischer Leistungen würde dahinfliegen. Unweigerlich müssten deshalb Globalbudgets erstellt werden. Diese würden die Umsetzung des medizinischen Fortschritts behindern und die Behandlungsqualität senken.

Globalbudgets würden den Leistungskatalog unangetastet lassen und es käme infolgedessen zu einem undifferenzierten Spardruck. Globalbudgets in Teilbereichen führen lediglich zu Kostenverlagerungen, nicht zu effektiven Einsparungen. Die administrative Umsetzung würde eine zentralistische Organisation erfordern (über

19 000 Praxen in der Schweiz). Schliesslich würde es sich um eine Rationierungsform handeln, bei der die Durchführung den Ärzten zugeschoben wird.

Das angestrebte System wäre auch medizinisch nicht gerechter, würde aber jegliche Sparanreize massiv schwächen und neue Probleme, vor allem für die Patienten, schaffen. Die heute bereits entstehende Zweiklassenmedizin würde durch eine Einheitskasse verschärft. Unverantwortliche Ungerechtigkeiten wären die Folge. Da jegliche Anreize zur Kosteneindämmung verloren gingen, würde die Monopolkasse unter Spardruck die Tarife drastisch senken. Viele gute Ärzte, namentlich im operativen Bereich, würden sich aus der Grundversicherung abmelden und nur noch mit Privatversicherungen und mit Privatspitälern zusammenarbeiten. Dies liegt gewiss nicht im Interesse der Klientel der linksgrünen Initianten.

Zu den einkommensabhängigen Prämien: In einer Zeit, wo aufgrund von Lohnexzessen einiger weniger der Neid, eine gut schweizerische Eigenschaft, fleissig geschürt wird, könnte es verlockend sein, einkommensabhängige Prämien, also eine Reichtumssteuer, zu fordern. Da neben den Krankenkassenprämien schon heute Steuergelder zur Finanzierung der medizinischen Versorgung beitragen und die Prämienverbilligungen ebenfalls aus Steuern bezahlt werden, wird bereits ein beträchtlicher Betrag mit der Steuerrechnung an die Gesundheitsversorgung bezahlt. Die Belastung orientiert sich also schon heute an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit.

Fixe Prozentsätze bei einkommensabhängigen Prämien hätten eine grotesk hohe Belastung der hohen Einkommen, gleichbedeutend mit einer massiven Reichtumssteuer, zur Folge. Dies würde zu einer totalen Desolidarisierung führen. Ausweichmöglichkeiten gibt es genug. Mehr zahlen als heute müsste der Mittelstand, also Leute mit einem Bruttoeinkommen zwischen 80 000 und 120 000 Franken, weshalb für Familien wieder differenzierte Lösungen zu finden wären.

Das Schweizer Stimmvolk hat einer vergleichbaren Vorlage, welche die Abschaffung der einkommens- und vermögensunabhängigen Kopfprämie forderte, im Mai 2003 mit nur 27 % JA-Stimmen eine deutliche Abfuhr erteilt. Ich bitte Sie, die vorliegende Initiative, die bei Annahme in erster Linie für die Patienten – und das sind wir alle gelegentlich –, aber auch für den Mittelstand gravierende Folgen hätte, entschieden abzulehnen.

*PD Dr. med. Jean Henri Dunant,
Nationalrat, Basel*



Besinnlichkeits-«Overdose» oder ein anderer Jahresrückblick

Die hoffentlich ehrenwerten Ökonomen, die gelegentlich den Eindruck machen, gegenüber dem Medizinerstand etwas wie einen Autoritätskonflikt empfinden zu müssen oder dürfen, könnten ja vielleicht etwas aus der scheinbar übertriebenen «Dankbarkeit des Krankenhauspatienten» von F. Treves lernen [1].

Wenn eben das höchste Gut nichts Finanzielles, sondern Gesundheit ist, hat zumindest dieser Patient dies verstanden und «am eigenen Leib erfahren:» Hunger und Schlafen ohne Bett bedeuten wenig, wenn man immerhin das höchste Gut hat, denn dieses ermöglicht einem erst, wie die Katze beim Fallen auf den Beinen zu landen. So, auf beiden Beinen gelandet, nachdem wieder gesund, konnte der Protagonist dem Hunger etc. trotzen; was für ein fast schon göttliches Gut muss also Gesundheit sein, die dem Ökonomen offenbar als Selbstverständlichkeit vorkommt, als etwas, dessen Wert er irgendwie nicht verstehen, geschweige nachempfinden kann. Mit finanziellem Entgelt nur gerade symbolisch aufwiegar?

Früher gab es den Ausdruck Schmerzensgeld: Fügte jemand einem anderen Schmerz zu oder tat ihm sonst etwas zuleide, etwa den Trennungsschmerz, den ein Treuloser seiner zuvor willkommenen Geliebten zumutete, so bedeutete ein finanzieller Betrag wenigstens eine ernstgemeinte Bitte um Entschuldigung und konnte immerhin einen zugefügten Schmerz zwar nicht beheben, aber um das bisschen erträglicher und «annehbarer» werden lassen, das es erleichterte, ihn zu überwinden. Ein Trostpreis kann trösten. Wird man von einer Prostituierten «angemacht», ist es vielleicht nicht nur eine lästige Zumutung und zeigt nicht nur die Respektlosigkeit der Dame, sondern sie möchte vielleicht, wenn ihr schon ein Geschäft entgeht, dass man sie wenigstens als Mensch wahrnimmt und sich z. B. zu einem «nein, aber danke trotzdem» herablässt, statt sie einfach unbeachtet zu lassen, als würde sie nicht einmal leben.

P. Süssstrunk, Mediziner, Seewis Dorf

1 Steinke W. Geld macht glücklich! Ein «case report» von Sir Frederick Treves. Schweiz Ärztezeitung. 2006;87(51):2239-41.