Courrier au BMS

Zum Artikel: Managed Care statt Kontrahierungsstreit [1]

med-swiss.net fordert nichts Geringeres als einen neuen Artikel im Krankenversicherungsgesetz, der sich an den politischen Bedürfnissen dieses Dachverbandes orientiert. Dabei wird impliziert, dass Qualität nur von Netzwerken dieses Dachverbandes erreicht werden kann. Der Ansatz ist aus mehreren Gründen fehlerhaft und gesundheitspolitisch unerwünscht:

– Es ist bis heute nicht gelungen, die angesprochene Qualität zu messen. Soweit dies überhaupt versucht wurde, blieb es bei peinlichen Ratings des Kundenwohlfühlfaktors und ähnlichen Missverständnissen. Stattdessen wäre es sachdienlicher, einzusehen, dass hausärztliche Leistung aufgrund der Komplexität und Heterogenität des Schaffensbereichs schlechterdings nicht messbar ist. Als Qualitätsfaktoren sind ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung, wie sie heute implementiert sind, absolut hinreichend und wesentlich verlässlicher (nebenbei bemerkt ist eigentlich dies bereits völlig übertrieben für eine Bevölkerung, von der zwei Drittel sich mit abstruser Globulimedizin auf Grundversicherung zu behandeln lassen wünschen ...).
– Der neurotischen Suche nach «Qualität» fallen die eigentlich wesentlichen und drängenden Problemstellungen der Grundversorgermedizin zum Opfer. Wir sehen – die zumindest, die willens sind – in unserer täglichen Arbeit, dass wir in der Grundversorgermedizin weit davon entfernt sind, ein Qualitätsproblem zu haben. Aber wir haben ein riesiges Nachwuchsproblem aufgrund der maroden Bedingungen für unsere Arbeit. Statt tonnenweise Energie in nebulöse Qualitätsbegriffe zu verschwenden, täte auch med-swiss.net also besser daran, mit Volldampf an der Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Grundversorger zu arbeiten.
– Der grundsätzlich zu befürwortende Gatekeeping-Spareffekt liesse sich sehr schlank und ohne jede Vereinsmeierei erreichen. Es handelt sich um einen rein politischen Entscheid, ob in einer Grundversicherung der Zugang zum System über einen Grundversorger kanalisiert werden soll oder eben nicht. Entsprechend ist es die verdammte Pflicht der Politik, dies wegen des Spareffekts zu befürworten oder wegen der Höhergewichtung der Wahlfreiheit der Patienten abzulehnen.
– Jede Budgetverantwortung von Netzwerken muss zwangsläufig zur Leistungsrationierung führen. Nicht dass diese Rationierung nicht wünschenswert wäre. Diese durchzusetzen ist aber wiederum eine ureigene Aufgabe der Politik. Rationierung in die Hände von profitorientierten Netzwerken zu legen, deren Bilanzoptimierung in der Leistungskürzung gegenüber Versicherungsnehmern gründet, ist in hohem Masse unethisch. Abgesehen davon, dass genau dies geeignet wäre, den angestrebten Qualitätsgedanken zu verhöhnen.

Die sechs Seuzacher Hausärzte:
Hansjakob Nüesch, Andreas Demarmels,
Dieter Schulthess, Lorenz Friedrich,
Hans-Jürgen Poths, Pia Sgarbi

1 Pfister M. Managed Care statt Kontrahierungsstreit. Schweiz Ärztezeitung. 2009; 90(32):1198-99.

Zum Leserbrief von Herrn Prof. Killer: Keine Ökonomie am Krankenbett

Ich bin Dir, lieber Professor Hanspeter Killer, herzlich dankbar für Deinen engagierten Leserbrief [1], in welchem Du kurz zusammengefasst darauf hinweist, dass wir mit der zunehmenden Ökonomisierung einer unserem Beruf eng anhaftenden Forderung verlustig gehen könnten, nämlich des persönlichen Engagements für den Patienten. Die Zeilen können nicht treffender geschrieben sein. Es grenzt an eine Niedertracht, den Patienten zum Kunden zu stempeln, der etwas von uns Ärzten «will». Es ist eine Ausnahme und nicht die Regel, wenn ein Patient die Arzt-Patienten-Bezieung als Verkäufer-Käufer-Relation versteht. Dennoch werden wir von Politik und Wirtschaft in dieses Schema gepresst. Wir Ärzte werden zu «Leistungserbringern» degradiert, noch lieber wäre es gewissen Exponenten in unserem Gesundheitswesen, wenn wir als «Leistungsverursacher» gestempelt würden. Ärzte und Spitäler müssen als ewige Prügelknaben der Tagespresse den Kopf hinhalten, wenn es darum geht, die Ursache der imaginären – und noch immer nicht nachgewiesenen – Kosten*explosion* im Gesundheitswesen zu erklären. Statt Kostenexplosion sollte man von Prämienexplosion sprechen, denn das entspricht der Tatsache, die man mit Zahlen und Fakten belegen kann, und diese spürt der Patient jeden Monat. Eigenartige Berufsgattungen wie z. B. Gesundheitsökonomen werden nichts unversucht lassen, dem Laien die Prämienexplosion als Kostenexplosion im Gesundheitswesen zu verkaufen. Prof. Schöni hat kürzlich in seinem Brief [2] an die SÄZ («Dummheit ist auch eine natürliche Begabung») in zurückhaltenden Worten darauf hingewiesen, dass die Prämiengelder für Krankenkassen-Paläste an bestsituierten Verkaufslagen in der Schweiz zweckentfremdet werden. Es würde sich lohnen, diesen Zweigen einmal ein «Qualitätsmanagement», «Leistungsnachweise» und so weiter aufzuerlegen und so eine Rechtfertigung zu verlangen. Empörend ist in diesem Zusammenhang, dass die an der Börse verlorenen saftigen Gewinne der Krankenkassen von einstmals jetzt mit einer Prämienerhöhung wettgemacht werden sollen.

Der Irrsinn mit «Wettbewerb», Liberalismus, Marktwirtschaftsprinzipien und dergleichen hat 1995 begonnen, als der mittlerweile selige alt Bundesrat Delamuraz in einem Handstreich die WTO-Verträge unterschrieb. Mit dieser Unterschrift wurde die öffentliche Hand beauftragt, sich aus der Finanzierung des Gesundheitswesens schrittweise zu verabschieden und dieses dem «freien Markt» auszuliefern. In der Staatskunde, ganz am Anfang, habe ich einmal gelernt, dass Bund und Gemeinden Steuern erheben, um unter anderem die Gesundheit der Bevölkerung zu sichern. Davon scheint sich die öffentliche Hand nach den WTO-Verträgen progredient zu verabschieden.

Aber, wie Du richtig in Deinem Brief an die Adresse einer sogenannten Expertin schreibst, es gibt nichts anderes: Unser Beruf zeichnet sich dadurch aus, dass wir den Patienten als einen Mitmenschen definieren, der durch Krankheit, Unfall oder was auch immer in seiner Integrität in Not geraten ist. Entsprechend gelten unsere alten, aber nicht minder antiquierten Regeln des ärztlichen Handelns, worin das Engagement für den Patienten eine zentrale Rolle einnimmt. Das werden und

wollen Ökonomen, die uns Ärzten Begriffe wie «Gesundheit», «Krankheit», «Behandlung» erklären wollen, nie verstehen, weil Engagement, Empathie für den Patienten nicht messbar sind. Wie oben erwähnt habe ich schon Mühe mit Berufsbezeichnungen wie «Gesundheitsökonom», da ich auch keine Haie kenne, die sich von Plankton ernähren.

PD Dr. David Holzmann, Zürich

1 Killer HE. Keine Ökonomie am Krankenbett. Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(32):1200.

2 Schöni MH. Dummheit ist auch eine natürliche Begabung. Schweiz Ärztezeitung. 2009; 90(30/31):1162.

4 Jahre Gefängnis für Sterbehilfe

Im Frühsommer dieses Jahres hat das Bundesgericht ein Urteil bestätigt, wonach der Zürcher Psychiater Peter Baumann wegen eventualvorsätzlicher Tötung für vier Jahre ins Gefängnis muss. Baumann, früheres Vorstandsmitglied von Exit, hat sich schon seit Jahren für die Sterbehilfe bei schwer psychisch Kranken eingesetzt. Im Fall, für den er nun verurteilt wurde, hat er im Jahr 2001 einen sterbewilligen psychisch Kranken mit einer Lachgasmethode beim Suizid assistiert. Zur Verurteilung kam es, weil das Gericht Baumann für schuldig befand, die Urteilsfähigkeit des Sterbewilligen nicht genügend abgeklärt zu haben und einen nicht Urteilsfähigen getötet zu haben. Obwohl zwei Gutachter die Urteilsunfähigkeit des Sterbewilligen unterschiedlich beurteilten (die Beurteilung erfolgte logischerweise post mortem), folgte das Gericht lediglich der Argumentation desjenigen Gutachters, der die Urteilsfähigkeit negierte, und verletzte damit – so meine ich – die juristische Grundregel, im Zweifelsfalle für den Angeklagten zu entscheiden.

Als Arzt kann man in guten Treuen bezüglich Sterbehilfe geteilter Meinung sein, und sicherlich ist die Sterbehilfe bei psychisch Kranken ein kontrovers zu diskutierendes Problem. Aber die weitverbreitete Meinung, dass schwer psychisch Kranke tendentiell urteilsunfähig seien, und chronisch psychisches Leiden weniger schwer einzuschätzen sei als das Leiden eines terminal krebskranken Sterbewilligen, sind tief eingeschliffene Vorurteile, und vor diesem Hintergrund hat die Verurteilung Baumanns schon stark den Eindruck erweckt, dass hier ein Urteil gefällt wurde, welches abschreckenden Charakter haben soll.

Ich selber engagiere mich nicht in der Sterbehilfe, kenne aber Peter Baumann beruflich seit fast 20 Jahren. Ich habe sein Engagement immer als Einstehen für die Selbstbestimmung und Würde des Menschen (auch des psychisch kranken) bis zu seinem Tod verstanden. Dieses Urteil, welches ihn der schweren kriminellen Tat einer eventualvorsätzlichen Tötung für schuldig spricht, ist für mich empörend und skandalös und widerspricht meinem Rechtsempfinden vollkommen.

Die Sterbehilfediskussion sollte meines Erachtens in erster Linie eine ethische Diskussion sein und nicht eine, die mit Gerichtsurteilen geführt wird.

Dr. med. P. Gasser, Solothurn

Leistungsabbau der Post und Arztpraxen

Ein Kommentar zur PR-Seite der Post in der Ärztezeitung vom 12. 8. 2009

Das hehre Ziel, Ärzten einen «effizienteren und kostengünstigeren» Praxisalltag zu ermöglichen, beflügelt die Post zu unglaublichen Dienstleistungspaket-Höhenflügen. Dabei würde es genügen, wenn sie ihre *Kernkompetenz* sauber wahrnehmen würde: Briefe und übrige *Postsendungen vormittags in die Praxis zuzustellen* und so den Patientinnen und den Ärztinnen viel Mehraufwand zu ersparen. Dazu würde zum Beispiel ebenso ein befriedigend funktionierendes Poststellennetz gehören. E-Health, ein wesentliches Thema heute, gehört nicht zum Auftrag der Post. Es ärgert und befremdet, wie vom Briefkasten bis zur Zustellung überall Basisleistungen der Post abgebaut werden, um dann zu versuchen, sich auf andern, oft nur ein kleines Kundenfragment betreffenden Gebieten der Dienstleistung zu tummeln und zu profilieren.

Dr. med. Kaspar Zürcher, internistischer Hausarzt in Bern

Communications

physioswiss

L'Association suisse de physiothérapie physioswiss approuve clairement la proposition de financement additionnel de l'AI. physioswiss conseille à la population suisse de voter en faveur de ce financement. physioswiss représente les intérêts de plus de 7800 physiothérapeutes indépendants et salariés. Il pourrait arriver à chacun, du fait d'un problème de santé physique ou psychique, de devenir bénéficiaire de l'AI.

Journalistenpreis

Bildgebung in der medizinischen Diagnostik

Ausgezeichnet wird ein Beitrag, der sich zugleich kritisch, allgemeinverständlich und objektiv mit dem Thema «Bildgebung in der medizinischen Diagnostik» auseinandersetzt. Der Preis ist mit 10 000 Euro dotiert und wird von GE Healthcare gestiftet. Vergeben wird er im Rahmen der MEDICA.

Der Journalistenpreis würdigt herausragende journalistische Arbeiten, in denen die Bedeutung bildgebender Verfahren für die medizinische Diagnostik thematisiert und einer breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht wird. Die Schwerpunkte der Berichterstattung sollen auf einem oder mehreren der folgenden Themenkomplexe liegen: Molekulare Bildgebung; Bildgebende Diagnostik; Kontrastmitteldiagnostik; Bildgestützte Interventionen; Bildgenerierung und Bildverarbeitung. Die Beiträge müssen in einem deutschsprachigen Medium, das sich an medizinische Laien richtet (Zeitung/Zeitschrift, Hörfunk, Fernsehen), im Zeitraum vom 1. September 2008 bis 31. August 2009 erschienen sein.

Bewerbungen können noch bis zum 30. September 2009 eingereicht werden bei der Vereinigung der Deutschen Medizinischen Fach- und Standespresse e.V., Chemnitzer Straße 21, D-70597 Stuttgart-Degerloch, Tel. 0049 711 720 712–10, Fax 0049 711 720 712–29. E-Mail: presse@medizinjournalisten.de

Ausführliche Informationen:
www.medizinjournalisten.de;
www.gehealthcare.com/journalistenpreis