

Courrier au BMS



An Herrn Jacques de Haller

Lieber Herr Kollege de Haller
Zwei persönliche Botschaften an Sie als Reaktion auf die Briefe in der SÄZ:

- Ich danke Ihnen für Ihr grosses Engagement in der FMH und für unseren Beruf (und damit für die Patientinnen und Patienten) (ich bin Hausarzt) und ich hoffe, Sie halten es in diesem «Verein» noch lange aus (kennen Sie das Lied von Mani Matter «Mir hei e Verein?»). Und ich danke Ihnen, dass Sie dieses Engagement auch ins Bundeshaus tragen wollen. Das finde ich im grossen Mass nötig, hätte aber selber nie die «Kapazitäten» dafür. Und ich danke Ihnen, dass Sie auch das im Sinne unserer Patientinnen und Patienten tun wollen: dazu ist die SP m. E. wohl die einzige in Frage kommende Partei (nebst den Grünen).
- Um die postulierte Urabstimmung zum DRG-Moratorium möchte auch ich Sie bitten.

Freundliche Grüsse und beste Wünsche für die Wahlen und ein allfälliges folgendes politisches Wirken!

Dr. med. Hans Ueli Gerber, Muttenz



Lettre ouverte au président de la FMH, Docteur Jacques de Haller

Monsieur et Cher Confrère,
par cette lettre ouverte nous vous invitons à vous engager pour que la Chambre Médicale du mois de mai décide d'un vote de la base dans des conditions loyales. *Non pas sur Managed Care en soi* (c'est nous qui soulignons), mais sur la proposition de loi Managed Care. Nous entendons par conditions loyales que préalablement à un vote éventuel les deux parties reçoivent la possibilité de présenter leurs arguments de façon équilibrée dans le bulletin.

La raison de cette demande ressort du fait

qu'à nos efforts de rendre les membres du parlement attentifs aux dangers de la proposition de loi, on nous répond inévitablement: *Je comprends vos arguments et votre scepticisme vis-à-vis du modèle Managed Care du parlement. Or, des organisations comme la FMH soutiennent la proposition avec coresponsabilité budgétaire obligatoire. De ce fait il est difficile pour nous parlementaires de comprendre quelle est la position des fournisseurs de prestations.*

Donc, la position du corps médical est importante, mais ni vous ni nous ne savons quel sera le résultat d'un vote de base. Et pourtant la question revêt une grande importance: Monsieur le Conseiller Fédéral Burkhalter ainsi que les présidents des commissions ne se lassent pas de répéter qu'ils recherchent un changement de paradigme et qu'ils veulent que le 70% des assurés souscrive à ce contrat. Dans l'espoir que vous nous accordiez cette demande (Voltaire pourrait ainsi ronronner d'aise dans son tombeau) nous vous prions d'agréer, Monsieur et Cher Confrère, nos salutations les plus cordiales.

Le comité de l'association pour le libre choix du médecin:

*Drs méd., D. Bracher, Gümligen,
S. Colombo Remund, Kehrsatz, W. Deuel,
St-Gall, R. Haldemann, Richterswil,
R. Schönenberger, St-Gall, W. Schwizer,
St-Gall, E. Staub, St-Gall, A. Zehntner,
St-Gall, lic. oec. F. Schönenberger, St-Gall et
pour l'«antenne romande» D. Châtelain,
Genève, F. Emery Montant, Genève*

Réponse

La position de la FMH sur la question des réseaux de soins intégrés (Managed care) est connue et a toujours été communiquée de façon claire. Cette position a été régulièrement confirmée par la Chambre médicale puis par l'Assemblée des délégués, et les processus de décision ont ainsi été respectés.

Le projet de loi actuel reprend un nombre très important des demandes du corps médical au sujet du Managed care, comme l'existence obligatoire d'un contrat entre le groupe de médecins et l'assureur, le maintien de l'obligation de contracter, le libre choix pour l'ensemble des partenaires et acteurs, entre autres.

Ce n'est qu'à fin juin au plus tôt que la révision de la LAMal sur les réseaux de soins intégrés sera définitivement adoptée par le Parle-

ment, et le texte actuel n'est que provisoire. La coresponsabilité budgétaire est acquise, malheureusement (nous l'avons combattue en vain), mais l'indépendance des réseaux, le taux de la participation aux coûts, l'obligation pour les assureurs de proposer des réseaux, sont encore en discussion. Nous pensons que décider d'une votation décentralisée sur un texte provisoire dont des éléments centraux sont encore ouverts ne ferait guère de sens, et finalement n'apporterait rien.

Comité central de la FMH



Präventionsgesetz: modern times [1]

Gesetz gegen freie Arzt-Patienten-Beziehung

Beim Lesen dieses Editorials, das ein Gesetz zur sogenannten Verbesserung der unbestritten notwendigen und effizienten Prävention in der Medizin verherrlicht, befällt mich ein mulmiges Gefühl. Wahrscheinlich bin ich hoffnungslos veraltet und entspreche nicht mehr den «modern times». Ich habe immer angenommen, dass es ärztliche Pflicht ist, das immense Wissen um präventive Massnahmen durch Ratschläge, Belehrungen und Abschreckung direkt auf den Patienten einwirken zu lassen. Was soll da ein Gesetz? Gesetze bessern keine Patienten. Wenn ein Patient von seinem Haus- oder Spezialarzt überzeugt werden kann, nicht mehr zu rauchen, gesünder zu essen, abzuspecken, mehr zu trinken, Unfallgefahren zu meiden und so weiter, profitiert er davon, und die Prävention greift. Falls er alle Ratschläge in den Wind schlägt und sich weiter ungesund verhält, ist in einer kleinen Zahl der Fälle der Arzt zu wenig überzeugend, zum grösseren Teil ist der Patient selber schuld und hat die Folgen zu tragen. Leider muss auch die Krankenkasse die Folgen tragen, weshalb die regulatorische Gesetzestätigkeit vielleicht gerechtfertigt erscheinen mag. Aber Sanktionen gegen Renitente sind in dem Gesetz sicher nicht vorgesehen. Es geht, wie erwähnt, um «nationale Gesundheitsziele» und wohl vor allem um die «Finanzierung der Präventionstätigkeiten». Ich sehe schon eine Meute von Präventionsberatern entstehen und sich am

Finanzierungstopf erleben, wie wir das von anderen Regulationsgesetzen kennen. Da verhin- dert auch die schöne Bemäntelung vom «Ein- stehen für die Schwächeren» die Abkehr von der freien Arzt-Patienten-Beziehung nicht.

Dr. med. Wolf Zimmerli, Oberdiessbach

- 1 Weil B. Präventionsgesetz: modern times. Schweiz. Ärztezeitung. 2011;92(9):303.



Mit US-Rezepten unser Gesundheitswesen kurieren?

«Managed Care», «Fallpauschalen», «New Public Management» sind Rezepte aus Amerika, wo die Wirtschaft fast alle Lebensbereiche dominiert und die staatlichen Sozialnetze dürftig sind. Das hat zu einer ausgeprägten Zwei- klassengesellschaft geführt, wie man sie in Europa nicht kennt. Dass diese Rezepte völlig versagt haben, zeigt sich vor allem in dem sehr teuren, aber desolaten Gesundheitssystem (lange Wartelisten, Millionen von Bürgern ohne Krankenkasse) und dem tiefen Niveau des Bildungswesens. Dieser Niedergang des öffentlichen Sektors kann seit Jahrzehnten in allen angelsächsischen Ländern beobachtet werden, die die amerikanischen Wirtschafts- methoden übernommen haben. Auch die bisher weltweit grösste Wirtschaftskrise hat ihren Ursprung im neoliberalen US-Wirtschafts- system, das seit den 70er Jahren auch bei uns Einzug gehalten hat.

Seither löst unter dem Vorwand des Kosten- sparens («Politik der leeren Kassen») vor allem im Gesundheits- und Bildungswesen eine Re- form die andere ab, verschlingt Millionen von Steuergeldern, während es den «Pati- enten» immer schlechter geht und kein Thera- pie-Ende absehbar ist. Es geht sogar so weit, dass dem hochgelobten, aber unbeliebten «Managed Care»-Modell mit «sozialistischen» Zwangsmassnahmen (erhöhter Selbstbehalt) zum Durchbruch verholfen werden soll. Dabei soll die Freiheit des Bürgers bei der Arztwahl und der freie Arztberuf (trotz Hausärzteman- gels!) vom Staat eingeschränkt werden. Warum wird trotzdem immer noch an diesen erfolg- losen Rezepten festgehalten? Der hippokra- tische Eid verbietet jedem Arzt, einen Pati- enten mit Medikamenten zu behandeln, die ihm schaden. Bis jetzt ist unser Gesundheits- und Bildungswesen noch nicht so weit herunterge- wirtschaftet, dass es von einem globalen Kon- zern übernommen werden müsste, wie das in den angelsächsischen Ländern und unseren Nachbarstaaten bereits der Fall ist. Die Kon- zerne wären bereit, denn auf dem noch weit- gehend staatlich kontrollierten Gesundheits-

markt werden laut Weltbank weltweit jährlich 3500 Milliarden US-Dollar und auf dem Bil- dungsmarkt 2200 Milliarden umgesetzt. Wol- len wir es so weit kommen lassen?

P. Aebersold, Zürich



«Schöne Neue Medizin-Welt»

Anmerkung zum Begleitbrief des Büchleins «Gesundheitswesen Schweiz 2011» [1]

Neuerdings bezeichnet man Managed Care als «integrierte Versorgung», ein euphemisti- scher Ausdruck, um von der wenig geliebten Manager-Nähe wegzukommen. Es war wohl eine Frage der Zeit, bis es irgendeinem Büro- kraten in den Sinn kommen sollte, unsere Tätigkeit in der Einzelpraxis als *fragmentierte* Versorgung zu bezeichnen (siehe Begleitbrief von B. Cueni zum diesjährigen Büchlein «Ge- sundheitswesen Schweiz 2011»). Die nächste Stufe der Frechheit wird wohl sein, unsere Tätigkeit als *desintegrierte* Versorgung zu be- zeichnen!

Dr. med. F. Tapernoux, Rütli

- 1 Interpharma (Hrsg.). Gesundheitswesen Schweiz. Ausgabe 2011. 30. Auflage. Basel, 2011.



DRG-Profabilitätsanalysen als Management-Tool zur Steuerung der Spitalfinanzen [1]

Zugegeben: Ich habe den fünfseitigen Beitrag nicht gelesen. Wie der Grossteil Ihrer Lesers- chaft, werte Redaktion, lese ich die SÄZ nach einem arbeitsreichen Tag in der Hoffnung, wichtige Meldungen aus der Gesundheits- landschaft Schweiz nicht zu verpassen. Dank- bar bin ich für Beiträge, welche einen allge- mein wichtigen Sachverhalt in verständlicher Form darstellen. Diese Qualität hatte der be- sagte Beitrag nicht – das bemerkte ich bereits beim Überfliegen der Titel und Texte. Immer- hin haben gewisse Passagen den Charme da- daistischer Gedichte: «Werden die Breakeven Basisfallwerte in Abhängigkeit ihrer CMcorr dargestellt, so erhält man die Rentabilitäts- U-Kurve defizitärer DRGs, die besagt, dass ein zu kleiner oder zu grosser Case Mix den Breakeven Basisfallwert erhöht. Somit gibt es

einen «idealen Case Mix» für defizitäre DRGs, bei dem der Breakeven Basisfallwert ein Mini- mum erreicht, d.h. die Rentabilität am gröss- ten wird, respektive der Verlust am kleinsten. Dieser Wert liegt im GZO bei ~60.»

Dr. med. Felix Schürch, Zürich

- 1 Zaugg M, Gripp M, Peter F, Cooper D, Gattiker A. DRG-Profabilitätsanalysen als Management- Tool zur Steuerung der Spitalfinanzen. Schweiz. Ärztezeitung. 2011;92(11):417–21.



Dreimal mehr als in der Schweiz

«In Deutschland wird dreimal mehr coronar angiografiert als in der Schweiz.»

Mit dieser Feststellung erstaunte Professor Eike Walter aus Donau-Eschingen anlässlich des 18. Ärzteforums in Davos am 14. 3. 2011. Wie lässt sich ein derartiger Unterschied er- klären? Gibt es dafür medizinische Gründe? Liegt es an der deutschen Gründlichkeit? Ist die Einführung der DRG der Hauptgrund? Machen Fallpauschalen invasiver? Kann ein habilitierender Kollege Antwort geben?

Dr. med. Beat Meister, Hochdorf



Zum Artikel

«Das Stockholm-Syndrom» [1]

Für das Verständnis des Stockholm-Syndroms spielt der Abwehrmechanismus (besser gefällt mir der englische Ausdruck von Anna Freud «the mechanisms of self-defence») der *Identifikation mit dem Aggressor* eine grosse Rolle. So wie das ängstliche Kleinkind, das die Vor- stellung einer bösen Mutter nicht erträgt, sich sozusagen auf präverbaler Stufe sagt, «nicht die Mutter ist böse, ich bin es» [2], können auch Erwachsene auf eine massive Bedro- hung reagieren. Dadurch entsteht bei der ohnmächtigen, dem Aggressor ausgelieferten Person die Hoffnung, durch eigenes Wohlver- halten den Entführer usw. günstig stimmen und so die Gefahr verringern zu können. Da- mit kann das Erleben völliger Ohnmacht, wie es für überwältigende Gefahren typisch ist, vermindert werden, was wichtig für das psy- chische Überleben in einer grossen Gefahr ist. Der Nachteil besteht wie bei allen frühen Abwehrmechanismen (Spaltung, Projektion usw.) darin, dass der Bezug zur Realität ver-

mindert wird. Ehemalige Geiseln brauchen darum die Unterstützung ihrer Umgebung und unter Umständen auch psychotherapeutische Hilfe, um nach Überwindung der Gefahr ihr Erleben und Handeln richtig einordnen zu können. Sie haben in einer abnormen Situation richtig reagiert. Problematisch wird es, wenn die Abwehrmechanismen, die dazu

dienten, in der Gefahr psychisch zu überleben, sich verfestigen und auch dann noch starr angewendet werden, wenn sich die Situation normalisiert hat und keine massive Bedrohung mehr besteht.

Dr. med. Monika Diethelm-Knoepfel, Uzwil

- 1 Danieli E. Das Stockholm-Syndrom. Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(9):345.
- 2 Knoepfel H.K. Einführung in die analytische Psychotherapie. München: Urban & Fischer; 1984. S. 27.