

# Courrier au BMS



## Welches Signal will die Ärzteschaft senden?

### Zum Beitrag «Mesalliance» von Anna Sax [1]

Ich teile die Meinung von Anna Sax zum Gegenstand der Managed-Care (MC)-Vorlage. Nun aber befürworten zwei Drittel der FMH-Mitglieder das Referendum. Stellt sich also die Frage, welches Signal die Ärzteschaft mit dem Referendum der Politik senden will, damit eine neue MC-Vorlage mehrheitsfähig werde. Darauf aus dem vielstimmigen Chor der Referendumsbefürworter eine klare Antwort zu hören, ist schwierig. Ohne eine konstruktive Antwort aus der Ärzteschaft setzen wir unsere Glaubwürdigkeit als verlässlicher Partner im Gesundheitswesen aufs Spiel. Die Erfahrung der Autorin mit Managed Care dürfte die einer «Kundin» mit niedrigem Risikos sein. Horizontale und vertikale Integration können die Betreuung von Patienten mit komplexen Krankheiten verbessern. In der Onkologie besprechen wir diese Patienten am interdisziplinären Tumor Board. Deshalb unterstütze ich Lösungen, in denen Ärzte und Pflegenden den Behandlungsprozess zum Nutzen des Patienten steuern, und wehre mich gegen Administratoren, die Ärzte und Pflegenden zum Nutzen einer Spital- oder Versicherungs-AG «managen». Nachdenklich stimmte mich deshalb der Brief eines Grundversorgernetzwerkes. Explizit formuliertes Hauptanliegen ist bereits heute, ohne die neue MC-Vorlage, die Kosteneinsparung durch Zusammenarbeit mit den billigsten Spezialisten. Gleichzeitig beteuert die Politik, Primat bei MC sei Qualitätsverbesserung und nicht das Sparen. In einem SÄZ-Artikel fragte ich, ob die Grundversorgernetzwerke instrumentalisiert würden, die Funktion von ANOVA zu übernehmen [2]. Böse Zungen behaupten ja, die Ärzte könnten in jedem Finanzierungssystem ihr Einkommen optimieren, weil sie sich, wie es Frau Sax als Ökonomin erwartet, rational verhalten. Gälte dies auch für Netzwerke, so könnte es, je nach Versicherungsmodell, Konflikte zwischen Netzwerk- und Patienteninteressen geben. Diese Konflikte sind durch geeignete Instrumente zu entschärfen. Auch das ist aber nicht

Gegenstand dieser Vorlage und bleibt mit und ohne Gesetzesrevision ein noch zu lösendes Problem.

*Dr. med. Jürg Nadig, Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Medizinische Onkologie*

- 1 Sax A. Mesalliance. Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(44):1720.
- 2 Nadig J. Grundversorgernetzwerke statt ANOVA? Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(37):1408–9.



## Aus Überzeugung netzwerkunabhängig

### Zum Artikel «Mesalliance»

A. Sax schreibt in ihrem Loblied [1] auf die Managed-Care-Revision: «nur wer ... nach Belieben Spezialistinnen ausprobieren will, wird einen kleinen Aufpreis in Kauf nehmen müssen». Bereits das ist falsch. Ich bin ein aus Überzeugung netzwerkunabhängiger Hausarzt, da es mir völlig klar erscheint, dass es nicht meine Aufgabe sein kann, Leistungsrationierung zu betreiben mittels eines Budgetreizsystems, das mir einen hohen Lohn garantiert, wenn ich den Patienten möglichst nicht behandle. Leistungsrationierungen auszuarbeiten und durchzusetzen, muss der Politik, letztlich dem Souverän, obliegen. Es ist nicht so, dass es mir persönlich an politischer Idee mangelte, wie so etwas zu organisieren wäre. Meine Aufgabe als Hausarzt kann dies indes nicht sein. Ebenso ist es nicht meine Absicht, mit meiner medizinischen Leistung im Hintergrund und Überbau tätige gesundheitsökonomische Kommensalen mitzufinanzieren und meine Zeit mit primären bis tertiären Qualitätszirkeln zu vergeuden. Für meine Patienten aber bedeutet mein netzwerkunabhängiger Status, dass sie, obwohl sie mit medizinischen Problemen immer zuerst zu mir als ihrem Hausarzt gehen, empfindlich mehr bezahlen müssen als der Nachbar, der zu einem meiner Netzwerkcollegen geht und die genau gleiche medizinische Leistung bezieht. Der Aufpreis in der Managed-Care-Revision ist also weder klein noch muss er, wie man dies bereits bei meinen Patienten sieht, dazu dienen, allerhand Spezialisten durchzuprobieren, wie A. Sax schreibt.

Es ist ein Aufpreis, von dem weder der Patient noch das System etwas haben und – das wäre mir noch am ehesten egal – ich als Grundversorger schon gar nicht. Die FMH hat sich als flexibel genug erwiesen, die in der Basis bestehende Meinungsmehrheit gegen Managed Care aufzunehmen und umzusetzen. Bei Hausärzten Schweiz fehlt leider bis heute eine taugliche Erhebung der Meinung der Basis, weshalb die derzeit offiziell verlautbarte Managed-Care-Propaganda der Verbandsführung als voreilig und unangebracht erscheint.

*Dr. med. H. Nüesch, Seuzach*

- 1 Sax A. Mesalliance. Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(44):1720.



## Patienten profitieren – auch immateriell

### Zu «Mesalliance» von A. Sax [1]

Diese Kolumne darf leider kein Leitartikel in der SÄZ sein. Als «Qualitätszirkel-Hausarzt» mit 25 Jahren einschlägiger Erfahrung bestätige ich die Ansicht von Frau Sax, dass die Managed-Care-Vorlage vor allem das Doctor shopping bekämpfen soll und damit die unreflektierte Selbstüberweisung an einen Spezialisten, der ohne Rückfrage beim Hausarzt nochmals von vorne anfängt. Die Gesundheitsökonomin mag mit unnötigen Mehrausgaben im Gesamtsystem argumentieren, ich als Hausarzt meine, die Patientinnen und Patienten profitieren immateriell von meinem Rat angesichts der verwirrend vielen Angebote, aber auch materiell, indem sie weniger Selbstbehalt zahlen. Wer meinen Rat partout nicht will, zahlt «es bitzeli meh» ... was soll da falsch sein?

*Dr. med. Reiner Bernath, Solothurn*

- 1 Sax A. Mesalliance. Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(44):1720.



### Wohltuender Beitrag

#### «Mesalliance» von Anna Sax

Wie wohltuend dieser «Zu guter Letzt»-Artikel von Anna Sax [1], der zeigt, wie sie persönlich ihre ärztliche Betreuung in einer ärztlichen Gruppenpraxis mit ihrer von ihr selbst gewählten Hausärztin seit gut 20 Jahren erlebt.

Ärzte-Netzwerke sind seit vielen Jahren etabliert, und wir Hausärzte versuchen, in Zusammenarbeit mit Spezialärzten in freier Praxis und Spitälern und anderen Leistungserbringern eine gute medizinische Versorgung anzubieten. Das Hausarztmodell auf Basis einer vertraglichen Zusammenarbeit mit den Krankenversicherern ist seit vielen Jahren eine Tatsache. Als Besonderheit kann im Kanton Thurgau in Abhängigkeit des Krankheitsbilds auch ein Spezialarzt die «Erstbetreuung» von solchen Patienten im Hausarztmodell übernehmen. Ich denke da beispielsweise an Psychiater, die psychisch kranke Menschen primär betreuen. Wenn diese Menschen ein somatisches Problem haben, werden sie vom Psychiater einfach an einen Hausarzt überwiesen. Dies ist in den Verträgen mit den Krankenversicherern seit Jahren so geregelt. Das ist doch eine sehr positive Nachricht!

Aber positive Nachrichten sind meist nicht attraktiv. So ging in der Presse leider fast unter, dass sich die Hausärzte Schweiz an ihrer Delegiertenversammlung vom 3. November klar für die Unterstützung der Managed-Care-Vorlage/KVG-Revision und gegen das Referendum ausgesprochen haben. Wahrscheinlich eine weise Entscheidung und Stärkung der Hausarztmedizin – in Zusammenarbeit mit Spezialärzten.

*Dr. med. Roman Buff, Arbon  
Mitglied Ärztenetzwerk Oberthurgau  
Präsident Verband Managed Care Ostschweiz*

1 Sax A. Mesalliance. Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(44):1720.



### «Mesalliance»

Guten Tag Frau Sax

Ich hoffe, es wird genügend Reaktionen auf Ihr unbedarftes «Zu guter Letzt» [1] in der SÄZ geben. Ganz einfach: Ich fühle mich beleidigt, wenn Sie mich als Psychiater als Vertreter der hochspezialisierten Apparatemedizin bezeichnen (trotz fMRI, an dem ich aber nichts verdiene). Denn das tun Sie, wenn Sie alle Gegner der Vorlage in einen Topf werfen. Die Psychiatrie und Psychotherapie gehören zur Grundversorgung! 80% sind keine Zuweisungen von anderen Ärzten, sondern Selbstzuweisungen. Dass dies so bleibt, hat gute Gründe, auch den Umstand, dass das Vertrauen zum Hausarzt, z.B. in schamhaften Belangen und bei persönlicher Bekanntheit, durchaus Grenzen haben kann. Der Beispiele gäbe es genug.

Und dass der direkte Zugang zum Psychiater kostentreibend sein soll, ist ein Witz: Nach TARMED gibt's für den Hausarzt für 5 Minuten Arbeit CHF 15.27, für die psychiatrisch-psychotherapeutische Arbeit CHF 15.41. Wäre ca. 0,9% mehr. Pro Std. also CHF 1.68. Und trotzdem liegt das Psychiater-Einkommen deutlich hinter dem der Hausärzte.

Dann muss man von Kollege Wirthner von MediX lesen, dass die HMO-Ärzte auch «gut mit Patienten reden können». Ist dies die Essenz der Tätigkeit des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie? Ist dies die allgemeine Einstellung der Managed-Care-Kollegen zur Psychiatrie? Eine Zuweisung zum Psychiater wäre eigentlich nicht nötig?

Reden Sie doch mit den Gegnern der Vorlage, bevor Sie sich in Unkenntnis der Fakten äussern.

Übrigens: Meine Familie ist sehr zufrieden mit ihrer Hausärztin und entsprechend Hausarztmodell-versichert.

*Dr. med. Taj H. Zaman, Bern*

1 Sax A. Mesalliance. Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(44):1720.



### Wir können mehr, als Nein sagen!

#### Zum Artikel «Mesalliance» von Anna Sax

Ich danke der Autorin für Ihren klaren, nüchternen und im besten Sinne praxisbezogenen Artikel [1]. Es ist die «medizinische» Lebenspraxis einer ganz normalen Versicherten und gelegentlichen Patientin. Er hebt sich wohltuend ab von der Anrufung aller bösen Geister in der Kampagne des Referendumskomitees gegen die KVG-Revision: «Nein zum Verlust der freien Arztwahl», «Nein zum Managed-Care-Zwang», «Nein zu Marktverzerrung und Qualitätsverlust» sind da die Schlagworte. Warum nur diese Angstmacherei, welche im besten Fall auf Viertelswahrheiten beruht?

Ich gehöre zu jenen unzähligen Ärzten und Ärztinnen, welche seit Jahren daran arbeiten, eine optimal qualifizierte, medizinische Versorgung unserer Patienten zu fördern. Sie funktioniert nur im Team mit Spezialisten Spitälern, Spitex und vielen anderen, nicht zuletzt auch mit den Patienten selbst. Nur mit ihnen zusammen erreichen wir unser Ziel, Zwang hilft da nicht weiter. Wir fühlen uns aber auch verantwortlich, mit dem von den Patienten einbezahlten Prämiengeld sorgfältig umzugehen und sie nicht ohne Beratung jenem Markt auszuliefern, der das Wohl der Patienten und die eigene Rendite nicht immer auseinanderhalten kann oder will.

Natürlich ist mir bekannt, dass die jetzt zur Diskussion stehende Vorlage Kritikpunkte enthält, die wir als Ärzte anders formuliert hätten. Aber es gab noch nie eine Vorlage, welche die Anliegen der Ärzte so weitgehend berücksichtigte und ihre Position gegenüber den Versicherern stärkte wie diese. Und es wird auch keine mehr geben, wenn diese Vorlage abgelehnt wird. Was sagen dann die Neinsager? Sie werden sich auf dem Boden der harten, ökonomischen Realität wiederfinden zusammen mit «Verbündeten», welche wissen, was sie wollen: Einheitskasse, staatliche Vorschriften für «Qualität», verordnete Tarife und mehr. Ist das unsere Alternative? Ich hoffe es nicht und glaube weiter an die Fähigkeit von uns Ärzten und Ärztinnen, dass wir mehr können als Nein sagen.

*Dr. med. Hansueli Schläpfer, Herisau,  
Med. Leiter Ärztenetz säntiMed*

1 Sax A. Mesalliance. Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(44):1720.



### Mesalliance bei Managed und Care [1]

Gemäss Duden bedeutet Mesalliance eine nicht standesgemässe Ehe, im übertragenen Sinne eine unglückliche unebenbürtige Verbindung, Freundschaft. Wie gefährlich eine Mesalliance ist, zeigen Beispiele der Literatur (Romeo und Julia). Mesalliance hat viel mit Liebe und wenig mit Verstand zu tun. Rationelle Ratschläge nützen nichts. Management und Care sind entsprechend zwei unglücklich verliebte Weltanschauungen.

Die reine, rationell berechnende Ökonomie, orientiert an Angebot-Nachfrage sowie Wachstum (wann werden Ökonomen erwachsen?), ist nicht mehr glaubwürdig, und die liebevollen Pflege, das fürsorglich-ethische Handeln pflegender Menschen und vieler Ärzte weltweit, wird für Finanzierungen als nicht messbares Kriterium für medizinisches Handeln abgelehnt. – Welche Liebe ist käuflich? Die wirksame Liebe, nicht Eros, sondern Agape (Αγάπη, caritas) ist pharmakologisch nicht herstellbar, in der Apotheke nicht erhältlich, hat keine TARMED-Position. Sie ist bedeutungslos für Ökonomen und Preisüberwacher, denn sie hat keinen Preis, kann nicht überwacht werden. Trotzdem bleibt sie das wichtigste Medikament. – Am dankbarsten sind ineffizient behandelbare Patienten, für die wir uns trotzdem eingesetzt haben: die «nutzlose» Hilfe bei Machtlosigkeit. Dies gilt bei Einsätzen in der Entwicklungshilfe wie bei sterbenden Menschen.

Managed Care verursacht eine Entsolidarisierung. Jeder Druck über eine Franchise oder Selbstbehalt diskriminiert Kranke. Logisch, wen denn sonst! Hopping bei Ärzten und Krankenkassen? Zweitmeinungen? Qualitätsvergleiche? Equam-zertifizierte Qualität? – Als Hauptkriterium galt ursprünglich die Patientenzufriedenheit, geprüft mit methodologisch fragwürdigen Umfrageaktionen. Arztgehilfinnen halfen beim Ausfüllen der Fragebogen. Wer überprüft die Kriterien, Methoden und Prüfer?

Wenn eine MC-Aktiengesellschaft nach Aktienrecht in regionaler Monopolstellung (deshalb erwachsen) beschliesst, wer unter welchen Bedingungen («Budget» – welches) Hausarzt sein darf, werden Patienten und junge Ärzte zu MC-Verträgen logischerweise gezwungen oder mindestens genötigt [2].

Das Volk darf und soll sich Gedanken machen über seine Hausärzte und deren Werte. Gesunde sollen nach- und vordenken, was

geschieht, wenn sie nächstes Jahr plötzlich krank oder sogar invalid werden.

*Dr. med. Markus Gassner, Grabs*

- 1 Sax A. Mesalliance. Schweiz. Ärztezeitung 2011;92 (44):1720.
- 2 Gassner M. Wer darf Hausarzt sein? Schweiz. Ärztezeitung 2006;87(49):2127.



### Unterstützung der Managed-Care-Vorlage

Der Thurgauer Grundversorger Verein (TGV) hat mit Genugtuung den Entscheid der Delegiertenversammlung des Schweizer Hausärzterverbandes MFE, die Managed-Care-Vorlage zu befürworten und das Referendum aus anderen Ärztekreisen nicht zu unterstützen, zur Kenntnis genommen. Die Mehrheit der Thurgauer Hausärztinnen und Hausärzte – dies hat eine konsultative Abstimmung der Thurgauer Ärztesgesellschaft ergeben – steht hinter der Gesetzesvorlage und lehnt ein Referendum ab. Der TGV und seine Mitglieder sehen in der MC-Vorlage des Parlamentes eindeutig mehr Vor- als Nachteile, sowohl für Patientinnen und Patienten wie auch für Hausärztinnen und Hausärzte. Die relevanten Punkte wie verbesserter Risikoausgleich, Unabhängigkeit der Leistungserbringer von den Kostenträgern und Vertragspflicht zwischen Krankenkassen und Ärztenetzwerken sind in der Vorlage erfüllt. Die Angst vor dem Verlust der freien Arztwahl sowie vor der Budgetmitverantwortung ist übertrieben, wie das Beispiel des Kantons Thurgau zeigt. Hier wird schon seit gut 15 Jahren erfolgreich integrierte Versorgung (auch bekannt als Managed Care) betrieben. Mehr als 30% der Thurgauer Bevölkerung sind in Hausarztmodellen versichert, ohne dass sie deswegen schlechter medizinisch versorgt wären. Beinahe alle hiesigen Grundversorger sind in einem Ärztenetzwerk organisiert, so dass die Thurgauerinnen und Thurgauer auch im Falle einer Annahme des neuen Gesetzes ihren Hausarzt frei wählen können. Ebenso haben die Thurgauer Netzwerke schon seit längerem Managed-Care-Verträge mit Budgetmitverantwortung, was aber nicht dazu geführt hat, dass finanzielle Überlegungen bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten irgendeine Rolle gespielt hätten. Die völlig ungebundene Arztwahl würde bei Annahme der Gesetzesvorlage etwas teurer, aber nur um maximal

500 Franken pro Jahr. Da sich aber die Funktion des Hausarztes als primäre Anlaufstelle bei gesundheitlichen Problemen bewährt hat, erachten wir den höheren Preis für den direkten Zugang zum Spezialisten als keinen allzu grossen und deshalb auch sozial verantwortbaren Nachteil für die Patienten. Insofern können wir die Bedenken der Mehrheit der FMH-Mitglieder, welche in der Urabstimmung für die Unterstützung des Referendums votierten, nicht teilen.

*Dr. med. Michael Siegenthaler,  
Präsident Thurgauer Grundversorger Verein,  
Frauenfeld*



### Rechte auch für Patienten?

Die Aufhebung der freien Arztwahl verstösst gegen die passive Wirtschaftsfreiheit aus der Sicht des Patienten. Gewiss ist die Aufhebung des Vertragszwangs auch mit der Standstill-Klausel des Freizügigkeitsabkommens Schweiz-EG (FZA, v. 21.6.1999), mit der gemäss FZA im Verhältnis Schweiz-EG zu berücksichtigenden Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes in Luxemburg und auch mit dem Allgemeinen Übereinkommen über den Handel mit Dienstleistungen (GATS, v. 15.4.1994) unvereinbar.

*Dr. iur. utr. Udo Adrian Essers, Küsnacht ZH*



### Forschungsprojekt zu Anreizen im DRG-System

Michel Romanens fordert in seinem Artikel «DRG-Begleitforschung: jetzt scharf stellen» [1], wichtige Aspekte der Begleitforschung, insbesondere auch ethischer Art, deutlicher als bisher in den Blick zu nehmen. Er verweist explizit auf die Problematik von Anreizen, die den behandelnden Arzt in ein Dilemma zwischen Patientenwohl und Gewinnorientierung führen können. Da sich unsere aktuellen Forschungsarbeiten gerade diesem Thema zuwenden, möchten wir an dieser Stelle auf unser Projekt «Assessing the Impact of Diagnosis Related Groups (DRGs) on Patient Care and Professional Practice» (IDoC-Projekt) verweisen. Das vom SNF in der Programmlinie

«Sinergia» unterstützte Forschungsprojekt umfasst fünf verschiedene Teilprojekte [2] und wird vom Institut für Biomedizinische Ethik der Universität Zürich koordiniert.

Die von Michel Romanens hervorgehobene ethische Problematik der Anreize steht insbesondere im Fokus von Teilprojekt A, welches sich den durch das DRG-System bedingten Veränderungen in der Gesundheitsversorgung aus der Perspektive von Ärztinnen und Ärzten zuwendet. Neben einer normativen Analyse der ethischen Fragen werden dabei in verschiedenen quantitativen und qualitativen Teilstudien zwischen 2011 und 2013 Ärztinnen und Ärzten nach ihren Wahrnehmungen und Sichtweisen zu folgender Problematik befragt: Das neue Finanzierungssystem schliesst Anreize für medizinisches Gesundheitspersonal ein, sich auf die Hauptdiagnose des Patienten zu konzentrieren. Ebenso werden Anreize für die in Spitälern arbeitenden Ärztinnen und Ärzte gesetzt, Patienten in effizienter Art und Weise zu behandeln. Daraus können Interessenkonflikte bei Ärztinnen und Ärzten entstehen oder verschärft werden – zwischen dem Willen, die bestmögliche gesundheitliche Versorgung der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten, auf der einen Seite und dem Willen, sich gegenüber dem eigenen Spital (oder dem Gesundheitssystem) und seiner Rentabilität loyal zu zeigen auf der anderen Seite. Beeinträchtigte Qualität der Patientenversorgung, weniger gerechter Zugang zu Gesundheitsleistungen, Umverteilung der Leistungserbringung zu ungenügend vorbereiteten Institutionen wie Pflegeheimen und verminderte Arbeitszufriedenheit der Leistungserbringer wurden schon von verschiedenen Fachleuten prognostiziert.

Mit unseren Studien generieren wir in der Schweiz erstmals Daten zu der Frage, welche Interessenkonflikte, eventuelle Einschränkungen der professionellen Autonomie und mögliche Diskrepanzen zwischen den eigenen ethischen Standards und dem Berufsalltag Ärztinnen und Ärzten wahrnehmen. Weitere Teilprojekte bringen rechtliche Aspekte sowie Ansätze aus der Versorgungsforschung, den Pflegewissenschaften und dem Qualitätsmanagement ein. Zudem beabsichtigt das Projekt, Indikatoren und Instrumente zu entwickeln, die dabei helfen können, die Auswirkungen des DRG-Systems auf die Patientenversorgung und die professionelle Praxis zu untersuchen.

Margrit Fässler, Caroline Clarinval,  
Verina Wild, Nikola Biller-Andorno  
Institut für Biomedizinische Ethik,  
Universität Zürich

1 Romanens M. DRG-Begleitforschung: jetzt scharf stellen. Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(42):1622–5.

2 Weitere Informationen unter: [www.ethik.uzh.ch/ibme/forschung/drg.html](http://www.ethik.uzh.ch/ibme/forschung/drg.html)



### Selbstdispensation und Medikamentenverbrauch

An die Kollegen Grete, Müller, Kull [1,2,3]

Sehr geehrter Herr Kollege

Hier eine persönliche Beobachtung, mit der ich schon vor einigen Monaten zur Diskussion über Selbstdispensation und Medikamentenverbrauch beigetragen habe [4].

Bei Selbstdispensation hat der Arzt die bessere Kontrolle über den Medikamentenverbrauch: hatte ich als Landarzt mit kantonal obligater Praxisapotheke wiederholt selber erlebt: In der Krankengeschichte ist die Abgabe, schon wegen der Verrechnung, genauestens festgehalten; und oft drängte sich dann die Frage auf: «Ja, ist die 100er-Packung schon aufgebraucht?» – «Ja, sie ging verloren», oder: «Habe eben auch meiner Schwägerin davon gegeben, die das gleiche Leiden hat ...». Oder der Rest war dann bei Hausbesuchen mit gemeinsamer Inspektion von Küchenschublade und Badezimmerschränklein aufzufinden. Bei mangelhaften Eintragungen durch unerfahrene Praxisvertreter hingegen, wie z.B. lakonisch «Verordnung Physio und NSAR», war die Kontrolle natürlich illusorisch.

In Kantonen mit ausschliesslicher Rezeptierung ist es entsprechend schwieriger, die Wirtschaftlichkeit und Solidarität im Denken der Patienten zu fördern: Auch selber erlebt: «Ein neues Rezept? Scheint doch noch keinen Monat her seit dem letzten?» – «Doch, doch, Sie täuschen sich, Herr Doktor, ich erinnere mich genauestens» – oder in naiver Offenheit: «Ja wissen Sie, Herr Doktor, damals waren grad die Ferien, da habe ich mir vom Apotheker eine kleinere Packung und für den Restbetrag Reise- und Malariatabletten und Sonnencreme geben lassen ...»

Dr. med. H. R. Schwarz, Porto Ronco

- 1 Grete W. Beleidigender Vorwurf. Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(44):1691.
- 2 Müller U. «Kostenexplosion». Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(44):1691.
- 3 Kull HU. Steigert die Selbstdispensation die Gesundheitskosten? Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(44):1691.
- 4 Schwarz HR. Medikamentenkosten bei Selbstdispensation und bei Rezeptierung. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(3):74.



### Schrumpfkopf

Sehr geehrter Herr Taverna

Mir ist der Sinn dieses Artikels [1] nicht ganz klar. Ist die Rubrik vielleicht zur Belustigung da? Mir erscheint sie dazu nicht geeignet. Ich hoffe, dass es sich dabei nicht um ein tatsächliches Szenario handelt. Der Lerneffekt erscheint mir auch nicht gegeben, deshalb dazu Folgendes:

Der behandelnde Arzt erreicht mit seiner «Überweisung» zum Priester keinen Behandlungserfolg. Im Artikel zeigen sich die Folgen der inadäquaten Behandlung: Symptomverschiebung und Doctor hopping und shopping. Denn selbst die Mutter merkt, der Zustand, die inadäquate Sorge um ihr Kind, sich nicht durch die Intervention des Priesters bessert. Was macht sie, wenn sie genug von den unfähigen Ärzten hat? Legt sie selbst Hand an? Folgen sind nicht abzusehen, das Kindeswohl ist gefährdet: Die Gefährdung geht von der Mutter aus, die ihre Umgebung nicht richtig wahrnimmt (schizophreniforme Störung, Wochenbettpsychose o.ä.). Was das für das Kind bedeuten kann, dürfen Sie sich selbst ausmalen. Also lieber mal etwas im Sinne des Patienten, aber zunächst gegen seinen Willen unternehmen: Machen Sie eine Gefährdungsmeldung beim Regierungsrat resp. bei der Vormundschaftsbehörde! Das ist die adäquate Behandlung und nicht die Teufelsaustreibung, die sich in keiner Guideline zur Behandlung irgendeiner psychischen Störung findet. Also, nur Mut, auch Unbequemes zu tun, im Sinne des Kindeswohls, aber auch im Sinne der Kindermutter, ihr Leiden und ihre Sorge zu behandeln!

Dr. med. Susanne Hausmann, Bern

- 1 Taverna E. Schrumpfkopf. Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(44):1718–9.