

Courrier au BMS



Flieg, flieg, Vogel, flieg

Zur Diskussion um Managed Care

Die Diskussion um die von National- und Ständerat im Rahmen der Teilrevision des KVG beschlossene Managed-Care-Vorlage und das von Teilen der FMH angestrebte Referendum dagegen läuft in der SÄZ auf Hochtouren. Trotzdem melde auch ich mich noch zu Wort. Ich tue dies einerseits als langjährig Aktiver in Managed-Care-Systemen (der mithin – im Gegensatz zu vielen Verächtern der Vorlage – weiss, wovon er spricht, insbesondere in den letzten fünfeinhalb Jahren als Geschäftsführer der Ärztenetz Nordwest AG), andererseits aber als Besucher des begeisterten Kongresses «Patientensicherheit – avanti!» der Schweizerischen Stiftung für Patientensicherheit, der vom 28. bis 30. November 2011 in Basel stattfand. An diesem Kongress fiel unter vielen anderen das folgende Zitat auf:

«It may be hard for an egg to turn into a bird: it would be a jolly sight harder for a bird to learn to fly while remaining an egg. We are like eggs at present. And you cannot go on indefinitely being just an ordinary, decent egg. We must be hatched or go bad.»

C. S. Lewis: «Mere Christianity» (1952)

Es stammt aus dem Referat von Robert M. Wachter zum Thema «Verantwortlichkeit, Führung, Strategie – die Schlüssel zur Patientensicherheit» und geht zurück auf den irischen Schriftsteller und Literaturwissenschaftler Clive Staples Lewis (1898–1963). Robert M. Wachter, Internmediziner und Klinikleiter aus San Francisco, hat mit diesem Zitat den Nagel auf den Kopf getroffen – hinsichtlich Bemühungen um Patientensicherheit, genauso indessen im Hinblick auf die aktuelle Diskussion um den Managed-Care-Artikel. Wer wollte leugnen, dass unser Gesundheitswesen dringendst konstruktiver, breitabgestützter Lösungen bedürfte? Es ist höchste Zeit, dass nicht wie bis anhin Jahr für Jahr weiter gewurstelt wird (die Prämien steigen und steigen, immer grössere Teile der Bevölkerung können sie sich nicht mehr leisten, das Schweizer Gesundheitswesen wird Jahr für Jahr teurer, begründet das mit der besten Qualität weltweit – ohne freilich den Beweis

für diese kecke Behauptung antreten zu wollen ...).

Niemand behauptet, die Managed-Care-Vorlage biete hier des Rätsels Lösung schlechthin, zuletzt die Befürworter derselben. Aber ebenso wenig ist zu bestreiten, dass die Umsetzung der Vorlage mit allen ihren guten und auch den problematischeren Teilen absolut in die richtige Richtung geht, weil sie endlich in der sattsam bekannten verfahrenen Situation des Schweizerischen Gesundheitswesens so etwas wie einen (behutsamen) Befreiungsschlag ermöglicht.

Wenn nun immer noch eine Vielzahl von Schweizer Ärztinnen und Ärzten krampfhaft am unbefriedigenden Status quo festzuhalten versucht, so muss mit Nachdruck an das erwähnte Zitat von C. S. Lewis erinnert werden: Wir können nicht unendlich lange «gewöhnliche, nette Eier» bleiben! Wir stehen immer dringender vor der Entscheidung, aus den Eierschalen zu schlüpfen (und endlich das Fliegen zu erlernen) – oder ein mehr und mehr faulendes Ei zu bleiben. Bestünde eine Mehrheit der Schweizerischen Ärzteschaft tatsächlich aus «faulen Eiern»?

Noch besteht die Möglichkeit, sich anders zu entscheiden: Das Referendum *muss nicht unterschrieben* werden und, käme es doch zustande, *müsste* es an der Urne *nicht angenommen* werden. Flieg, Vogel, flieg! Oder, wie Johann Sebastian Bach in seiner zur Jahreszeit passenden Kantate «Nun komm der Heiden Heiland», BWV 36, im Eingangschor erklingen lässt: «Schwingt freudig euch empor!»

Dr. med. Florian Suter, Bubendorf



Erlebte Managed-Care-Erfahrung

Die FMH sowie die Befürworter des Referendums begründen ihre aktuellen Aktivitäten mit dem Resultat der Urabstimmung. Dies ist demokratisch zwar richtig, jedoch war die Frage falsch gestellt. Das Resultat erzeugte einen polarisierenden Schwarz-Weiss-Kontrast, schuf Fronten. Interessant wäre jetzt immerhin die Offenlegung, welche Ärztegruppierungen wie gestimmt haben! Positionen würden erkennbar als Hintergrund für eine Auseinandersetzung mit Begründungen, nicht mit Meinungen.

Als Kardiologe bin ich wesentlich am Aufbau und der Ausgestaltung eines integrierten Netzwerkes beteiligt. Weshalb tue ich dies als Spezialist? Weil es meine grundsätzliche Überzeugung ist, dass nur ein durch Erfahrung begründetes und selbstreflektiertes Tun uns Freiheiten erhält und schafft. Dies erlebe ich in unserem stringenten Netzwerk basisnahe, urdemokratisch. Es ergeben sich neue Perspektiven, die uns nicht nur ökonomischen, sondern insbesondere auch medizinischen Handlungsspielraum verschaffen.

Könnte es sein, dass unabhängige Netzwerke das traditionelle Medizinalsystem, insbesondere bei seinem Hang zur Ideologisierung, verunsichern? Ausschliesslichkeitsansprüche sind ein Merkmal dieses Denkens. Zielt das Referendum auf eine Disziplinierung der «erwachenden» Netzwerke?

Das Scheitern der MC-Vorlage wäre ein Pyrrhussieg: Verwaltungs-Technokraten würden in Sachen Managed Care den ÄrztInnen das Heft aus der Hand nehmen, das Resultat hinsichtlich des ärztlichen Spielraums lässt sich unschwer abschätzen. Dringend notwendige Festsetzungen wie der Risikoausgleich unter den Krankenkassen sowie die «Gewaltentrennung» von Versicherung und medizinischem Leistungsangebot wären für längere Zeit oder definitiv von der politischen Agenda gestrichen. Aus meiner Perspektive geht es damit um nicht weniger als um die Frage, welche Gestaltungsmöglichkeit wir den niedergelassenen heutigen und künftigen KollegInnen noch zugestehen wollen. Daran müssten auch Spital- und SpezialärztInnen ein wesentliches Interesse haben.

Dr. med. Werner Eugster, Verwaltungsrats- und Geschäftsleitungs-Mitglied xundart AG, Wil



Drei gesundheitspolitische Fehlentwicklungen, die vierte Gefahr

Der Vizepräsident der FMH Dr. Gähler [1] nennt uns drei gesundheitspolitische Fehlentwicklungen im ambulanten Bereich. Eine vierte Fehlentwicklung bahnt sich an. Das elektronische Patientendossier ist in Vorbereitung. Die Vernehmlassung zu diesem Thema ist angelaufen. Wer die verschiedenen Unterlagen liest, stellt fest, dass ein Kernstück

die Zertifizierung sein soll. Formuliert ist, dass die Arztpraxis für die Führung elektronischer Patientendossiers zertifiziert werden müsse – als Kosten werden CHF 9000.– bis 15000.– veranschlagt. Alle drei Jahre müsse rezertifiziert werden – veranschlagte Kosten CHF 8000.– Die Ausführungen in den unten erwähnten Berichten wecken die Befürchtung, dass die alltäglichen Abläufe und Schwierigkeiten in einer durchschnittlichen ambulanten Praxis nicht bekannt sind. Festgehalten wird für die Einführung des elektronischen Patientendossiers, dass ein Prinzip für die Patienten gelten solle. Da nicht explizit die Rede ist von Freiwilligkeit für die Leistungserbringer, muss davon ausgegangen werden, dass jede Arztpraxis sicher zertifizieren lassen muss – hier gilt dann nicht das Prinzip der Freiwilligkeit. Beschrieben wird als Vorteil des elektronischen Patientendossiers: Es resultiere ein «Wert der Arbeitserleichterung» und ein «Gefühl der höheren Professionalität in den Arztpraxen». Für die erste Behauptung der Arbeitserleichterung muss der Nachweis erst erbracht werden. Realität ist doch, dass die Computer Chronophagen sind – nach einem Zitat von Bill Gates (Gründer Microsoft) ist das Kostbarste für den Menschen die Zeit. Für die IT (information technologies) geht aber viel Zeit – und auch viel Geld – verloren. Die zweite Behauptung ist falsch. Wir Ärztinnen und Ärzte brauchen kein gutes Gefühl der höheren Professionalität. Unsere Professionalität wird gewährleistet durch die saubere und konsequente Aus-, Weiter- und Fortbildung. Wir kümmern uns mit vielen Instrumenten um eine hohe Qualität der ärztlichen Tätigkeit. Das Führen elektronischer Patientendossiers ist für eine Arztpraxis eine zusätzliche Belastung. Langfristig ist es natürlich hilfreich, wenn pro Patient in der Schweiz nur noch ein Dossier existiert, auf welches aus Praxen, Spitälern usw. zugegriffen werden kann. Die Zertifizierung des elektronischen Patientendossiers soll durch die Entwickler und Betreiber erfolgen, nicht durch die Nutzer. Der Beitrag der Ärztinnen und Ärzte wird sein, die Mehrarbeit auf sich zu nehmen. Die Mehrkosten wären hingegen nicht tragbar – insbesondere nicht für die einkommensschwächsten Pädiatrie- und Psychiatrie-Praxen. Die Zertifizierung von IT-Produkten ist nicht eine ärztliche Angelegenheit. Die Zertifizierung im ärztlichen Bereich ist bestenfalls in der Aus-/Weiter-/Fortbildung implementiert. Den Ärztinnen und Ärzten wird bereits genug der kostbaren Zeit geraubt für nicht-produktive Aufgaben. Die tatsächliche Gefahr ist, dass den Ärztinnen und Ärzten immer weniger Zeit bleibt für den direkten Patientenkontakt. Wer dies heute schon feststellt und deutlich beklagt, sind die Patientinnen und Patienten.

Dr. med. Peter Buess-Siegrist, Allschwil

- 1 Gähler E. Antworten auf drei gesundheitspolitische Fehlentwicklungen im ambulanten Bereich. Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(46):1771.

Quellenangaben: Links mit weiterführenden Informationen zum Thema finden sich in der Online-Ausgabe.



Auch weiter gefasste Palliation ist wichtig

«Palliativmedizin darf nicht in eine Ecke verbannt werden, weit weg von der «Medizin, die heilt»[1]

Mit Interesse habe ich den Hinweis auf die Wichtigkeit der Palliativmedizin gelesen. Im Zusammenhang mit dem Buch von GD. Borasio wird vor allem zur Situation von Patienten mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung gesprochen. In der Medizin gibt es auch noch eine andere Art Palliation, deren Ziel nicht den Erhalt oder die Heilung oder die Wiederherstellung der Gesundheit betrifft, sondern die bestmögliche Anpassung an die gegebenen Verhältnisse, ohne die zugrunde liegende Erkrankung heilen zu können, auch wenn keine Todesnähe besteht. Diese weiter gefasste Palliation ist ebenso «Medizin, die nicht heilt», die aber auch nicht in eine Ecke verbannt werden darf. Sie begleitet Patienten mit chronischen Krankheiten oder Behinderungen vieler Art, die bei den Betroffenen und ihren Angehörigen viel Leid bewirken.

Dr. med. Ruedi Zollinger, St. Gallen

- 1 Martin J. Palliativmedizin darf nicht in eine Ecke verbannt werden, weit weg von der «Medizin, die heilt». Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(47):1846.



Wir leben nicht in der besten der Welten ...

Kommentar zu Werner Bauer [1]

Vielen Dank für diesen interessanten Artikel, den ich sehr genossen habe. Wie Sie richtig bemerken, gab es den Begriff evidence based

medicine damals noch nicht, doch gibt es nicht wenige Beispiele in der alten Medizineliteratur, die man als evidence based bezeichnen könnte. Als Beispiel möchte ich den zu seiner Zeit sehr berühmten Arzt Isaak Israheli (in Europa als Isaac Judaeus bekannt) zitieren, der im 9. Jahrhundert im islamischen Reich in Nordafrika lebte und unter anderem ein Kompendium verfasste mit dem Titel «Fünzig (ethische) Richtlinien für Ärzte». Nummer 37 lautet: Versuche nicht, sehr schwierige Krankheiten zu behandeln, die du nicht heilen kannst, du würdest nur den Kranken quälen und dein Geld vergeuden. Mit anderen Worten, wenn es keine wirksame Therapie gibt, tu lieber nichts, du würdest nur den Patienten unnötig plagen, und sogar der Kosten-Nutzen-Faktor wird berücksichtigt. Ähnliche Empfehlungen gibt es bereits im medizinischen Smith Papyrus aus Ägypten ca. 1600 Jahre vor unserer Zeitrechnung.

Dr. med. Peter Joel Hurwitz, Sissach

- 1 Bauer W. Wir leben nicht in der besten der Welten, aber gewiss auch nicht in der schlechtesten. Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(49):1936.



Das klägliche Versagen der FMH

Der TARMED hat auf dem Gebiet der ganzen Schweiz Gültigkeit – das heisst, es ist – wem auch immer – gelungen, für die ambulante Versorgung im Gesundheitswesen eine einheitliche Tarifstruktur festzulegen, was sich unterscheidet, ist lediglich Höhe bzw. der Wert des Taxpunkts ... so weit, so gut. Um dieses Tarifeinerlei mit kleinen Variationen «einfach» zu bearbeiten, stellt nun eine neu dafür entstandene «Industrie» zig verschiedene Software-Varianten zur Verfügung, welche ihrerseits zig tausend Franken in Anschaffung und Unterhalt verschlingen. Dies in einem Land und auf Computern, die zu 99% mit maximal drei verschiedenen Basis-Betriebssystemen auskommen. Die sehr geistreichen, hoch anspruchsvollen – und oft auch komplizierten – Leserbriefe in der Ärztezeitung werden auf wesentlich weniger Programmen verfasst als die simplen TARMED-Rechnungen ihrer Verfasser – hier hat die FMH kläglich versagt!

Dr. med. Reto Gross, Altstätten

1. Finanzielle Auswirkungen http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/10357/10360/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,lnp6I0NTU042I2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCKdnt-2f2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--
2. Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG)
http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/10357/10360/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,lnp6I0NTU042I2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCKdnt8fWym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--
3. Erläuternder Bericht zum Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG)
http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/10357/10360/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,lnp6I0NTU042I2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCKdnt8f2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--
4. Regulierungsfolgenabschätzung zum Vorentwurf des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/10357/10360/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,lnp6I0NTU042I2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCKdnt8fWym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--