

Briefe an die SÄZ



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



Offener Brief an den Präsidenten der FMH, Herrn Kollegen Dr. med. Jacques de Haller

Sehr geehrter Herr Kollege

Mit diesem offenen Brief fordern wir Sie auf, alles zu unternehmen, damit die Ärztekammer Mitte Mai eine Urabstimmung unter fairen Bedingungen über die Haltung der Ärzteschaft zur Managed Care-Vorlage beschliesst. (Wir betonen: nicht zu Managed Care selbst, sondern zur Vorlage des Parlaments.) Mit fairen Bedingungen meinen wir, dass im Vorfeld einer allfälligen Abstimmung beide Seiten in ausgewogenem Mass Gelegenheit erhalten, in der SÄZ ihre Argumente darzulegen.

Der Anlass zu dieser Forderung ergibt sich, weil wir bei unserem Bemühen, die Parlamentarier auf die Pferdefüsse der Vorlage aufmerksam zu machen, auf die klassische Antwort stossen:

Ihre Argumente und Ihre Skepsis gegenüber dem Managed Care-Modell des Parlamentes kann ich verstehen. Aber andererseits unterstützen Ärzteorganisationen wie FMH die Vorlage mit der obligatorischen Übernahme der Budgetmitverantwortung. Es ist für uns Parlamentarier dann schwierig, die Haltung der Leistungserbringer einzuordnen.

Die Haltung der Ärzteschaft ist also wichtig, aber weder Sie noch wir wissen, wie eine Urabstimmung ausfallen wird. Und immerhin geht es um eine bedeutsame Frage: Bundesrat Burkhalter und die Kommissionspräsidenten betonen noch und noch, man wolle nun einen Paradigma-Wechsel hin zum Managed Care-Vertrag und wolle erzwingen, dass 70% der Versicherten dem Vertrag beitreten.

In der Hoffnung, dass Sie zu einem solchen Vorgehen Hand bieten (Voltaire würde sich im Grab befriedigt räuspern), grüssen wir Sie freundlich.

*Der Vorstand des Vereins für freie Arztwahl:
Dres. med. D. Bracher, Gümligen, S. Colombo
Remund, Kehrsatz, W. Deuel, St. Gallen,
R. Haldemann, Richterswil, R. Schönenberger,
St. Gallen, W. Schwizer, St. Gallen, E. Staub,
St. Gallen, A. Zehntner, St. Gallen,
lic. oec. F. Schönenberger, St. Gallen, und für die
«antenne romande» D. Châtelain, Genève,
F. Emery Montant, Genève*

Antwort

Der Standpunkt der FMH zur Frage der integrierten Versorgungsnetze (Managed Care) ist bekannt und wurde immer klar kommuniziert. Dieser Standpunkt wurde von der Ärztekammer und später auch von der Delegiertenversammlung regelmässig bestätigt; die Entscheidungsprozesse wurden somit eingehalten.

Die aktuelle Managed-Care-Vorlage nimmt eine grosse Anzahl der Anliegen der Ärzteschaft auf, so u.a., dass integrierte Versorgung zwingend auf einem Vertrag zwischen dem Ärztenetzwerk und dem Versicherer basiert; ebenso sieht die Vorlage die Beibehaltung des Kontrahierungszwangs sowie die freie Wahl für alle Beteiligten vor.

Frühestens Ende Juni wird das Parlament die KVG-Revision zu den integrierten Versor-

gungsnetzen definitiv verabschieden; die derzeitige Vorlage ist erst provisorisch. Die Budgetmitverantwortung steht leider fest (wir haben sie vergeblich bekämpft), aber die Unabhängigkeit der Netzwerke, die Höhe der Kostenbeteiligung sowie die Pflicht der Versicherer, integrierte Versorgungsnetzwerke anzubieten, sind nach wie vor Gegenstand der laufenden Beratungen. Deshalb macht unseres Erachtens eine Urabstimmung über eine provisorische Vorlage, deren zentrale Aspekte noch offen sind, kaum Sinn und würde letztlich nichts bringen.

Zentralvorstand der 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 erlaben, wie wir das von anderen Regulationsgesetzen kennen. Da verhindert auch die schöne Bemäntelung vom «Einstehen 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 dürrig sind. Das hat zu einer ausgeprägten Zweiklassengesellschaft 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 Wirtschaftsmethoden übernommen haben. Auch die bisher weltweit grösste Wirtschaftskrise hat ihren Ursprung im neoliberalen US-Wirtschaftssystem, das seit den 70er Jahren auch bei uns Einzug gehalten hat.

Seither löst unter dem Vorwand des Kostenparens («Politik der leeren Kassen») vor allem im Gesundheits- und Bildungswesen eine Reform die andere ab, verschlingt Millionen von Steuergeldern, während es den «Patienten» immer schlechter geht und kein Therapie-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 Hausärztemangels!) vom Staat eingeschränkt werden. Warum wird trotzdem immer noch an diesen erfolglosen Rezepten festgehalten? Der hippokratische Eid verbietet jedem Arzt, einen Patienten mit Medikamenten zu behandeln, die ihm schaden. Bis jetzt ist unser Gesundheits- und Bildungswesen noch nicht so weit heruntergewirtschaftet, dass es von einem globalen Konzern übernommen werden müsste, wie das in den angelsächsischen Ländern und unseren Nachbarstaaten bereits der Fall ist. Die Konzerne wären bereit, denn auf dem noch weit-

gehend staatlich kontrollierten Gesundheitsmarkt werden laut Weltbank weltweit jährlich 3500 Milliarden US-Dollar und auf dem Bildungsmarkt 2200 Milliarden umgesetzt. Wollen 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 euphemistischer Ausdruck, um von der wenig geliebten Manager-Nähe wegzukommen. Es war wohl eine Frage der Zeit, bis es irgendeinem Bürokraten in den Sinn kommen sollte, unsere Tätigkeit in der Einzelpraxis als *fragmentierte* Versorgung zu bezeichnen (siehe Begleitbrief von B. Cueni zum diesjährigen Büchlein «Gesundheitswesen Schweiz 2011»). Die nächste Stufe der Frechheit wird wohl sein, unsere Tätigkeit als *desintegrierte* Versorgung zu bezeichnen!

Dr. med. F. Tapernoux, Rütli

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



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

Zugegeben: Ich habe den fünfseitigen Beitrag nicht gelesen. Wie der Grossteil Ihrer Leserschaft, werte Redaktion, lese ich die SÄZ nach einem arbeitsreichen Tag in der Hoffnung, wichtige Meldungen aus der Gesundheitslandschaft Schweiz nicht zu verpassen. Dankbar bin ich für Beiträge, welche einen allgemein wichtigen Sachverhalt in verständlicher Form darstellen. Diese Qualität hatte der besagte Beitrag nicht – das bemerkte ich bereits beim Überfliegen der Titel und Texte. Immerhin haben gewisse Passagen den Charme dadaistischer 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 Minimum erreicht, d.h. die Rentabilität am grössten 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-Profitabilitätsanalysen 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 erklären? Gibt es dafür medizinische Gründe? Liegt es an der deutschen Gründlichkeit? Ist die Einführung der DRG der Hauptgrund? Machen Fallpauschalen invasiver? Kann ein habitierender 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 Vorstellung 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 Bedrohung reagieren. Dadurch entsteht bei der ohnmächtigen, dem Aggressor ausgelieferten Person die Hoffnung, durch eigenes Wohlverhalten den Entführer usw. günstig stimmen und so die Gefahr verringern zu können. Damit kann das Erleben völliger Ohnmacht, wie es für überwältigende Gefahren typisch ist, vermindert werden, was wichtig für das psychische Überleben in einer grossen Gefahr ist. Der Nachteil besteht wie bei allen frühen Abwehrmechanismen (Spaltung, Projektion

usw.) darin, dass der Bezug zur Realität vermindert 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.