

Courrier au BMS

Duplik

Kostenexplosions-Klagen zum Zweiten

Brief zu: Streckeisen P. Ökonomisches Lamento. Schweiz
Ärztezeitung. 2017;98(25):811.

Zur persönlichen Bemerkung vorneweg: Ich erhalte jede Woche rund fünf Anfragen für Interviews und Auskünfte, vor allem von Studentinnen und Studenten von Fachhochschulen (auch jener von Herr Streckeisen), z.B. nach Literaturangaben für Seminar- und Diplomarbeiten. Als seit über 20 Jahren selbstständiger Gesundheitsökonom sah ich mich daher gezwungen, klare Kriterien zu formulieren. Antwort bekommen nur noch Absender von Schulen, bei denen ich einen Lehrauftrag habe und die Anfrage nicht mit der Aufgabestellung verbundene Lerneffekte umgehen will. Auftragsforscher werden analog behandelt.

Wenn der Autor mit Herrn Prof. Sommer schon ein Interview führen konnte, dann hätte er die Dissertation von Jürg H. Sommer (*Das Ringen um Soziale Sicherheit in der Schweiz*, Rüegger-Verlag, Diessenhofen, 1978) lesen können. Dort hätte er erkennen können, dass Bundesbern bereits früher die Kostenentwicklung, die Probleme einer strukturellen Neuordnung in leistungsmässiger, finanzieller und organisatorischer Hinsicht thematisierte und beispielsweise einer Expertenkommission in Auftrag gab.

Darüber hinaus zeugt die Antwort von einem antiquierten Verständnis von Ökonomie. Wirtschaftswissenschaften haben in den letzten vierzig Jahren in verschiedener Hinsicht Versuche unternommen, Erkenntnisse aus anderen Wissenschaftszweigen in ihre Überlegungen einzubauen. Zu erwähnen ist beispielsweise der Bereich der Behavioural Economics, wo insbesondere auch psychologische Erkenntnisse Eingang gefunden haben.

Seriöse Ökonomen kommen nicht mit einem Überlegenheits-Anspruch daher, aber sie wissen in der Regel, wo ihre Kernkompetenzen liegen. «Was soll wie für wen produziert werden?» bildete seit jeher die Grundfrage wirtschaftlichen Handelns. Die Kosten-Problematik kann daher nicht losgelöst von der Leistungs-Problematik betrachtet werden. Daher gilt auch: Medizin kommt vor, aber nicht statt Ökonomie. Qualität kommt vor, aber nicht statt Kosten. Medizin und medizinische Qualität sind nicht die Kernkompetenzen der Ökonomen, der Soziologen aber auch nicht. Der Umgang mit knappen Ressourcen ist dagegen Kernkompetenz der Ökonomie, nicht der Soziologen.

Wenn Soziologen den Anspruch erheben, gesellschaftliche Phänomene erklären zu kön-

nen, so suggerieren sie, über der Medizin und der Ökonomie stehen zu wollen. Bis heute sind sie aber den Beweis schuldig geblieben, dass sie dies können. Dabei ginge es auch hier nicht um die Kosten, sondern um das Preis-Leistungs-Verhältnis.

Dr. oec. HSG Willy Oggier, Küssnacht

Dank an Frau Kollegin Brühlmeier

Brief zu: Brühlmeier-Rosenthal D. Soziales Elend nach Stopp oder Verweigerung von IV-Renten. Schweiz Ärztezeitung, 2017;98(24):785-7.

Frau Kollegin Brühlmeier verdient unser aller Dank für ihr tätiges Mitgefühl und ihre grosse Arbeit, die bei fachpsychiatrischen, überhaupt ärztlichen und schliesslich (gesundheits-) politischen Gremien wirksame Resonanz auszulösen hätte. Es wäre ihr zu wünschen, dass sich schliesslich investigationsfreudige Journalisten hinter diesen menschenverachtenden Skandal machen würden.

Dr. med. Rolf Tschannen, Wil

«Schein-nicht-Invalidität»

Brief zu: Brühlmeier Rosenthal D. Soziales Elend nach Stopp oder Verweigerung von IV-Renten. Schweiz Ärztezeitung, 2017;98(24):785-7.

Eigentlich wäre es ja wünschenswert, wenn ein Mensch das Etikett «wertlos – invalid» verliert und dass ihm wieder Wert und Gültigkeit zugesprochen wird. Doch in der Realität ist es oft eine «Schein-nicht-Invalidität» und dies halte ich auch als Klinik-Psychiater für nicht akzeptabel: Spontan fallen mir ähnliche Schicksale ein, die mich ohnmächtig erscheinen liessen. Ich habe bei Patienten extreme Verschlechterungen erlebt mit monatelangen Klinikaufenthalten, Suizidversuchen, Armut und im Leid erschütterten Familien. Nach der Lektüre des Artikels war ich berührt und andererseits beschämt, selbst noch nicht gehandelt zu haben. Seltsamerweise ist mir die Thematik auch in der Presse nicht begegnet. Doch eigentlich wären ja auch die Sozialämter in der Pflicht, öffentlich zu machen, was geschieht; auf die werden ja meist die Kosten umgewälzt.

Es ist die Aufgabe der IV und gar kein Wunder, dass sich die Empfänger einer Rente stabilisieren, wenn ihre Existenz gesichert ist und sie

nicht mehr beim Sozialamt oder irgendwo betteln müssen. Wie zerbrechlich sie dennoch sind, müsste doch uns Fachleuten allen klar sein. Ich wundere mich auch manchmal über unsere Kollegen als Gutachter, von denen manche psychiatrische Krankheiten entweder kaum kennen oder einfach hier Hand bieten.

Ich habe nicht in Erinnerung, dass es zu Massnahmen der Wiedereingliederung gekommen wäre, bevor die Rente gestrichen wurde. Auch von Nachuntersuchungen, was aus diesen Menschen wird, ist mir nichts bekannt. Wie viele finden tatsächlich Arbeit? Wie viele stranden bei den Sozialämtern, wie viele sterben an Suizid? Diese Zahlen zu erheben, müsste doch auch im Auftrag der IV enthalten sein, wenn sie ihre gesellschaftliche Funktion erfüllen soll. Sicher kann manchmal etwas Druck nicht schaden, aber der müsste eingebettet sein in ein Konzept der Wiedereingliederung mit einem grundsätzlichen Vertrauen in die Betroffenen. So könnten begleitet Schritte in die Unabhängigkeit ermöglicht werden. Aktuell herrschte ein Klima des Misstrauens und der Angst bei sehr vielen IV-Empfängern – wen trifft es als nächsten?

Die Recherchen und das Anliegen von Kollegin Brühlmeier sind bewundernswert. Es braucht einen öffentlichen Aufschrei. Denn hier kommt es vor unseren Augen zur bürokratisch legitimierten Verantwortungslosigkeit gegenüber den Schwächsten, und wir sehen einen Rückfall in die, beinahe überwunden geglaubte, Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Störungen. Oft sind es Menschen mit Migrationshintergrund, die doppelt stigmatisiert sind. Es ist ausserordentlich schäbig, dass Menschen in unserer Gesellschaft von der IV so behandelt werden. Dass kranken, schwachen und leidgeprüften Menschen ein würdevolles Leben ermöglicht wird, kommt ihnen, ihren Angehörigen und letztendlich uns allen zugute.

med. prakt. Michael Kammer-Spohn, Pfäfers

Lettres de lecteurs

Envoyez vos lettres de lecteur de manière simple et rapide. Sur notre site Internet, vous trouverez un outil spécifique pour le faire. Votre lettre de lecteur pourra ainsi être traitée et publiée rapidement. Vous trouverez toutes les informations sous:

www.bullmed.ch/auteurs/envoi-lettres-lecteurs/

Elend bei und durch Rentenverweigerung

Brief zu: Brühlmeier-Rosenthal D. Soziales Elend nach Stopp oder Verweigerung von IV-Renten. Schweiz Ärztezeitung. 2017;98(24):785-7.

Leider beschreibt Frau Kollegin Doris Brühlmeier-Rosenthal in ihrem aufwendig recherchierten Standpunkt «Soziales Elend nach Stopp oder Verweigerung von IV-Renten» nur allzu häufig gesehene Missstände. Irritierend finde ich, dass Ärzte und Ärztinnen massgeblich an Verweigerungen von Sozialversicherungsleistungen beteiligt sind; ich spreche nicht von fundierten und überzeugend dargelegten Beurteilungen, sondern von einseitigen, aufgrund einer einzigen Untersuchung – wenn überhaupt – und unvollständiger Akten getroffenen, in den Empfehlungen widersprüchlichen Beurteilungen, mehreren Vorbeurteilern widersprechenden Beurteilungen oft ohne oder mit nicht den Kriterien von ICD-10 entsprechenden Diagnosen. Beurteilungen, die oft nicht von Ärzten getroffen werden, die sich der Behandlung von Patienten widmen, sondern von Versicherungsärzten und Gutachtern, die ihr Honorar ganz oder hauptsächlich von Versicherungen erhalten oder direkt von diesen angestellt sind. Oft bezeichnen sich diese als «Versicherungsarzt SIM», womit sie von Laien als «Expertenärzte» angesehen werden. Ich meine, dass die FMH sich vermehrt der Problematik Patienten beurteilender Ärzte im Dienst und Sold von Versicherungen, Verwaltung u.ä. und der Qualität von Gutachten, ev. auch Gutachtern, widmen sollte.

Dr. med. Alexander Vischer, Chur

Im Zentrum der Stille ein Ich von Mascha LaReine

Ergänzung zur Buchbesprechung. Taverna E. Im Zentrum der Stille ein Ich. Schweiz Ärztezeitung. 2017;98(24):791.

Als Autorin des besprochenen Gedichtbandes habe ich mich über die treffende Rezension von Erhard Taverna sehr gefreut. Anfügen möchte ich für alle Interessenten, dass es zum Büchlein eine Website mit weiteren Kostproben gibt (www.mascha-lareine.ch) und dass die Autorin in Basel seit bald 30 Jahren eine psychiatrisch-psychotherapeutische Praxis führt und die Texte u.a. eine Verarbeitung der Arbeit mit Menschen darstellt.

Dr. med. Maria Lachenmeier Zalad, Basel

Danke Google und Internet

Es ist köstlich, wie sich sehr viele Kreise im Leben vor unseren Augen schliessen ... tagtäglich.

Ich versuche sehr oft, zu verstehen, warum wir Hausärzte so viel Aufwand betreiben müssen, um unsere «Wichtigkeit» für die Bevölkerung und dem Gesundheitssystem bestätigen zu müssen.

Ich kann mich noch erinnern, wie mit der «Erhebung» von Google und Internet als «Suchmaschine bzw. Ort» neben so vielen anderen berufspolitischen Besonderheiten gegenüber dem Hausarzt das Gefühl überkam: «Ach, jetzt brauchen wir ja den Hausarzt noch weniger, jetzt kann ich ja alles googeln – ob es ein Chemotherapie-Protokoll ist oder welche Schiene ich für meinen Hallux valgus brauche.»

Anfangs schien es auch doch ein wenig zu klappen ... Aber jetzt ... jetzt überkommt mich einfach nur ein Lächeln und ich geniesse dankbar Google & Co.

Durch diesen wahnsinnigen Informations-Overflow, der uns das Internet anbietet, geht nun alles nach hinten los: Zu viel Info, zu viele «Google Images» über Krankheiten und Pathologien verunsichern dermassen die Patienten und schüren in ihnen so viele Ängste, dass sie doch wieder zu ihrem Homo sapiens Hausarzt «gezwungen» sind zu kommen, um zu fragen, was denn jetzt «wirklich» stimmt? Welche diagnostische oder therapeutische Option ist denn jetzt «wirklich» die passende für den einzelnen Patienten? ... Ups: das heisst doch «individualisierte Medizin».

Ich verstehe die Patienten und ihren Unmut: Einerseits glücklich über die freie Info-Möglichkeit im Internet, andererseits ist man aber bei 1876456234 Treffern in 1,3 Sekunden bei einer Google-Suche, um Basisinfo über die Grippeimpfung zu bekommen, dann doch leicht überfordert.

Und genau das ist jetzt noch einmal unsere Chance, zu überzeugen: die Patienten, ihre Angehörigen und unsere Kollegen von den anderen Fachdisziplinen, was für eine wichtige und zentrale Aufgabe wir Hausärzte «doch noch haben». Gatekeeping, nicht nur im Sinne von Patientenüberweisungen, sondern auch Gatekeeping, was medizinische Information betrifft.

Unser «Essere» – «Sein» bedeutet eine Win-win-Situation für alle:

Der Patient gewinnt, weil er fachlich professionell informiert (bzw. beruhigt!) wird.

Der Kollege von der anderen Fachdisziplin gewinnt, weil er sich auf das «Wesentliche» konzentrieren kann.

Das System gewinnt, weil die Ressourcen gezielter eingesetzt werden.

Wir Hausärzte gewinnen, weil unsere Figur als Berater für medizinische Angelegenheiten

für die ganze Familie wieder geschätzt wird. Danke Google ... danke Internet.

Meiner Meinung nach sollten wir diesen Zeitpunkt gut nutzen, um den Patienten unsere «Nähe» zu demonstrieren, unsere empathische Kapazität, zuzuhören und verständnisvoll die Qualität der Information für unsere Patienten zu filtern, triagieren sowie deren Quantität einzuschränken. Es ist wieder einmal einer der wenigen Zeiträume in der Geschichte, wo wir Ärzte wirklich wieder mit extrem wenig «Input» (finanziell: praktisch 0.– CHF) viel erzielen können mit: Zuhören, Ordnen und Wiedergeben. Das Entscheidende ist wie immer, und schon immer gewesen: *Kommunikation* und die Kapazität, diese empathisch, freundlich und mit viel Geduld zu tun. Und wieder schliesst sich ein Kreis: die Wichtigkeit, neben dem Fachlichen (*technical skills*) auch die *non-technical skills* wie Kommunikationsfähigkeit zu besitzen bzw. zu erlernen.

«Der Mensch im Arzt»: Und mittlerweile gibt es auch, um dies zu erlernen, mehr als genug Möglichkeiten. Um diese Möglichkeiten zu erkunden, schauen Sie doch mal bei Google oder im Internet ... Ich bin gespannt, wie viele «Treffer» Sie in 1,3 Sekunden finden werden ...

Ich freue mich schon auf meinen nächsten Patienten, der mir sagen wird: «Wissen Sie, Herr Doktor, ich hab gestern im Internet nachgelesen, dass ...» In dem Moment muss ich mich sehr beherrschen, um nicht mein innerliches Lächeln über mein ganzes Gesicht auszubreiten, weil mir bewusst ist, dass ich in diesem Moment schon die berühmte Arzt-Patient-Beziehung sowie die Fundamente für eine sehr konstruktive zukünftige Compliance mit diesem Patienten aufbauen werden kann: Die erwünschte DIALOG-Kultur zwischen Arzt und Patient beginnt auch so:

Danke Google, danke Internet.

Dr. med. Rommel Jadaan, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, FMH, Luzern

Ein dreifaches Hoch der vielgeschmähten BAG-Administration!

Nach der letzten MARS-Post mit Vermerk «letzte Mahnung» griff ich als 80-jähriger, noch aktiver Allgemeinpraktiker FMH zum Telefon. Die äusserst verständige BAG-Mitarbeiterin begriff nach kurzem meinen Dank, dass ich nach der mir schriftlich angekündigten letzten wirklich keine weitere Mahnung mehr wünsche ... Sie notierte, akzeptierte und versprach sofort, dass ich keine weitere Mahnung mehr erhalten werde.

Zum Thema «Arbeit in Abwesenheit des Patienten»; wenn diese – bescheiden entlohnte –

Arbeitszeit nicht mehr verrechnet werden darf, wird eine MPA die tägliche Post öffnen und alle eintrudelnden Berichte ausdrucken und dann jeden Patienten benachrichtigen, dass ich während der nächsten, zeitlich begrenzten Konsultation mit ihm zusammen eine Nachricht über ihn lesen oder eine Überweisung oder Fortbildung zu seinem Spezialfall studieren werde oder einen Versicherungsbericht über ihn schreiben solle. Für aufwendigere Berichte werden einfach mehrere Termine notwendig sein. Anstatt meiner üblichen mindestens 60-Stunden-Woche kann ich dann eine geruhsame 45-Stunden-Woche, in Anwesenheit des Patienten, einführen.

Wer nicht für diese Sitzungen kommt, demonstriert sein Uninteresse. Weil schon Wilhelm Busch sagte: «Mit der Zeit wird alles heil», werden viele spontan gesund, werden von sich aus in Notfallstationen wandern (wie der jetzt um 20.30 Uhr Anrufende) oder die vorherige Regelung wieder wünschen.

Dr. med. Jakob Riediker, Effretikon

BAG – Büro zum Ausverkauf des Gesundheitswesens

Offener Brief zur Vernehmlassung «Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung»

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Hiermit erhalten Sie fristgerecht meine Stellungnahme zur geplanten Verordnung. Erlauben Sie mir vorab eine kurze Vorstellung meiner Person. Ich habe bereits mit dem verstorbenen Hans-Heinrich Brunner – ehemaliger Vizedirektor des BAG, noch vor Entstehung des TARMED – zusammen mit Krankenkassen-Vertretern und Software-Häusern – an einer Homologisierung der kantonalen Krankenkassentarife gearbeitet. Anschliessend war ich als Vertreter der

Schweizerischen Ophthalmologischen Gesellschaft für nicht invasive Positionen an der Ausarbeitung des TARMED beteiligt. Parallel dazu war ich rund 20 Jahre Vertreter der regionalen Augenärzte in der kantonalen Ärztesgesellschaft und dabei zusätzlich an die 15 Jahre Mitglied der Paritätischen Vertrauenskommission mit den Krankenkassen. Zuletzt habe ich nochmals während rund 4 Jahren an der Revision des TARMED mitgearbeitet. Somit fühle ich mich kompetent genug, alles, was den Tarif angeht, selbst unter die Lupe nehmen zu können.

Sie haben mittlerweile von diversen Ärzten von der Front und aus Artikeln und Zusendungen der Ärzteorganisationen viele sachliche Argumente kennengelernt, die gegen Ihren Entwurf sprechen, ihn eigentlich ziemlich auseinandernehmen.

Die Vergangenheit hat gezeigt, dass Ihr BAG gegen sachlich-freundlich vorgebrachte Argumente der Ärzte immun ist.

Ich versuche deshalb hier, Ihnen und Ihrem Team leicht verständlich aufzuzeigen, weshalb Ihr BAG in absehbarer Zeit umbenannt wird in «Büro zum Ausverkauf des Gesundheitswesens».

Ausser: Sie, Herr Bundesrat, nehmen Ihre Aufgabe als Verantwortlicher des Departementes wahr und vollziehen die Endkontrolle der deletären Ausgeburt Ihres Bürolistenteam, indem Sie die Notbremse ziehen.

Reden wir nicht davon, dass Ihr BAG die Produktivitäten der Operationsäle-1 unrealistisch falsch und für die Praktiker tödlich erhöht.

Reden wir von der irrsinnigen Idee Ihres Büroteams, die quantitative Dignität auf 1 zurückzusetzen, um damit «sinnvoll» Geld zu sparen.

Darf ich davon ausgehen,

- dass Ihr BAG aus Mitarbeitenden in unterschiedlichen Lohnklassen besteht? Je län-

ger dabei, desto höher, und je mehr ausgebildet – also höher qualifiziert –, desto höher?

- dass bei Ihnen niemand weiss, dass von Ärzten unterschiedlich qualifizierte Leistungen erbracht werden, die ganz wesentlich unterschiedliche Ausbildungsdauern erfordern?
- dass eine simple Wundversorgung gleich qualifizierend ist wie eine Herz- oder Hirn-OP?
- dass eine Brillenbestimmung gleich wie die Reparatur einer Netzhautablösung zu bewerten ist?
- dass somit alle in Ihrem Büro für den Ausverkauf des Gesundheitswesens der Überzeugung sind, dass alle (!) Ärzte die gleiche Ausbildung haben?

Haben Sie vergessen, mitzuteilen, dass in einer der Sitzungen des BAG versichert worden ist, alle Ihre Mitarbeiter auf das Lohnniveau eines Sachbearbeiters (sagen wir mit 3 Jahren Berufserfahrung; die EU-Ärzte lassen grüssen) zurückzusetzen und Sie als Bundesrat auf das Niveau eines durchschnittlichen Gemeindevorstehers?

Finden Sie diese Gedanken verrückt? Dann ziehen Sie die Notbremse!

Die qualitative Dignität ebenso wie die quantitative sind logisch und widerspiegeln die tägliche Realität in jedem Betrieb.

Wenn Sie nicht wollen, dass viele Praxis-OPs, die unwidersprochen günstiger arbeiten als jeder Spital-OP (egal ob ambulant oder stationär), wegen Ihrer Produktivitätsvorgaben eingehen, dann ziehen Sie die Notbremse!

In der Hoffnung, dass meine Darlegungen einfach genug waren und ein Umdenken in Ihrer Umgebung auslösen können, grüsst freundlich

Dr. med. H.-R. Naef, Luzern