

# Courrier au BMS

## Replik

### Ökonomisches Lamento

Brief zu Oggier W. Kostenexplosions-Klagen gibt es schon lange. Schweiz. Ärztezeitung. 2017;98(24):788.

Es freut mich, dass mit Willy Oggier ein Gesundheitsökonom auf meinen Artikel [1] reagiert, geht es mir doch nicht zuletzt um die Entstehung der Gesundheitsökonomie in der Schweiz.<sup>1</sup> Gerne hätte ich übrigens mit Herrn Oggier für meine Studie ein Interview geführt. Meine Anfrage an ihn blieb leider unbeantwortet.

Herr Oggier stützt sich in seinem Kommentar vor allem auf zwei Quellen. Zum einen zitiert er einen Artikel des Gesundheitsökonom Jürg. H. Sommer aus der NZZ vom 23. 9. 1996, um die These zu untermauern, das eigentliche Problem sei nicht der Kostenanstieg, sondern die Leistungsexplosion im Gesundheitswesen. Ich kenne Professor Sommers Sichtweise gut: Mit ihm konnte ich ein Interview führen, durch das ich einige interessante Erkenntnisse zu gewinnen vermochte. Aus meiner Forschungsperspektive ist allerdings weniger die Frage von Interesse, ob es sich um ein Kosten- oder um ein Leistungsproblem handelt, sondern die Untersuchung, wie die Thematisierung des Preis-Leistungsverhältnisses zur Ökonomisierung des Gesundheitswesens beiträgt.

Zum anderen zitiert Herr Oggier aus einer Schrift von Jeanne Fell-Doriot, die 1967 durch das Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen veröffentlicht wurde. Es handelt sich ohne Zweifel um ein interessantes Dokument, das jede systematische historische Untersuchung der Entwicklung der schweizerischen Krankenversicherung zu berücksichtigen hätte. Diese Geschichte muss erst noch geschrieben werden. Es handelt sich um eine Aufgabe, die den Rahmen dessen, was ich in meiner Studie realisieren konnte, bei weitem übersteigt. Ich wollte nur festhalten, dass die Nationale Sparkonferenz von 1982 den Zeitpunkt markiert, an dem das Sparen als Ziel der Regierungspolitik offiziell anerkannt wird. Dass die Krankenkassen (sowie weitere Akteure) bereits früher den Kostenanstieg problematisierten, ändert daran nichts.

Wenn ein Ökonom einen Text eines Soziologen liest, kann es leicht zu Missverständnissen kommen. Die meisten Ökonomen sind nicht dafür bekannt, sich für die Methoden und Erkenntnisse anderer Wissenschaften zu interessieren. An wirtschaftswissenschaftlichen Fakultäten wird Interdisziplinarität oft nicht gross geschrieben. In ökonomischen Journalen wird wenig aus Zeitschriften anderer sozial-

und kulturwissenschaftlicher Disziplinen zitiert. Ökonomen legen oft ein erstaunliches Selbstbewusstsein an den Tag und glauben in einem Ausmass an ihre Theorien, das für Angehörige anderer Wissenschaften kaum nachvollziehbar ist. M. Fourcade, E. Ollion und Y. Algan haben dieses Überlegenheitsgefühl kürzlich treffend analysiert [2].

Wenn Herr Oggier mir soziologisches Lamentieren über die Ökonomisierung vorwirft, vermischen sich Missverständnis und Überlegenheitsgefühl. Ich will nicht lamentieren, sondern verstehen und analysieren. Meine Untersuchung hat Aspekte jenes Prozesses zu Tage gefördert, auf Grund dessen das Gesundheitswesen zunehmend ökonomischen Sichtweisen unterworfen wird. Wer sich dafür interessiert, ist eingeladen, nicht nur meinen Artikel in der Ausgabe 98 (11) zu lesen, sondern auch den Forschungsbericht, der auf der Webseite der *Ärztezeitung* heruntergeladen werden kann.

Es wäre interessant gewesen, wenn Herr Oggier sich zur Diagnose der Ökonomisierung sowie zur Rolle seiner eigenen Disziplin, der Gesundheitsökonomie, geäussert hätte. Wer sich mit Ökonomisierung beschäftigt, stösst auf jede Menge ökonomisches Lamento: Immer wieder beklagen Ökonomen, dass die Realität sich nicht so verhält, wie es ihren Theorien entspricht. Die soziologische Analyse kann die Bedingungen aufzeigen, unter denen solches Lamentieren gesellschaftlich wirksam wird und dazu beiträgt, die Realität der Theorie anzunähern.

*PD Dr. phil. Peter Streckeisen, Soziologe,  
Dozent am Institut für Vielfalt und  
gesellschaftliche Teilhabe der ZHAW*

### Literatur

- 1 Streckeisen P. 35 Jahre Sparpolitik im Gesundheitswesen. Schweiz. Ärztezeitung 2017;98(11):350–2.
- 2 Fourcade M, Ollion E, Algan Y. The Superiority of Economists. *Journal of Economic Perspectives*. Winter 2015;29(1):89–114.

<sup>1</sup> Auf die Replik von Peter Streckeisen folgt in der nächsten Ausgabe der *Schweizerischen Ärztezeitung* eine Duplik von Willy Oggier.

## Begriffsdefinition

Wir sind uns als Akademiker gewohnt, dass Titel von Artikeln dergestalt formuliert werden, dass aus ihnen die Handlungsabsicht und das angestrebte Resultat erkennbar werden. Der Titel erhellt gewissermassen den Weg über den Inhalt zur Conclusion. Diese wichtige Absicht ist aus dem Titel Ihres Artikels nicht erkennbar. Als offenbar völlig ungeeigneter Leser Ihrer Ausführungen, welche unzählige unverbindliche Beschreibungen komplizierter Netzwerke enthalten, möchte ich Sie bitten, den Lesern der *Ärztezeitung* unmissverständlich und definitiv eine sprachliche Definition Ihrer Absichten über personalisierte Medizin und über die personalisierte Gesundheit darzulegen. Über die vergangenen Jahrzehnte war und bin ich selbst beruflich permanent mit der Persönlichkeit meiner Patienten als individuelle Problemfälle beschäftigt gewesen, sei es, dass es vorerst um die Person, ihre sozialen Umstände und schliesslich auch um ihre krankheitsbedingten Beschwerden ging. Das Problem heutiger organisatorischer Netzwerke wie des Ihrigen liegt darin, dass zahlreiche (scheinbare) Probleme miteinander vermengt werden in einem Mass, welches die einzelnen Probleme kaum entwirrbar stehen lässt. Das zu erwartende positive Resultat soll dann schlussendlich als wenig transparenter Mehrwert propagiert werden. Der Mangel in diesem Vorgehen besteht darin, dass nirgends wenigstens beispielhaft konkrete und verbindliche Situationen eines Misszustandes und dessen Behebung aufgeführt sind. Es wird also grundsätzlich nicht an der Basis der Probleme agiert, mit denen aber normale Ärzte tagtäglich konfrontiert sind, sondern «irgendwo weiter oben». Weshalb beispielsweise der Einbezug einer internationalen Ethikkommission (ELSlag) notwendig ist, nachdem wir alle unsere Mühen haben mit den aktuellen, real existierenden Ethikkommissionen, bleibt unklar. Ich bewundere Ihren Elan, sich mit derartigen Netzwerken auseinanderzusetzen und kreative Regulationen mit nicht voraussehbaren Konsequenzen vornehmen zu wollen. Also nochmals meine Frage an Sie: Wie sind (und dies ein für alle Mal) die Begriffe «personalisierte Medizin» und «personalisierte Gesundheit» zu definieren?

*Priv.-Doz. Dr. med. Hannes Wildberger,  
Feldmeilen*

*Brief zu: Lawrence A, Selter L. Swiss Personalized Health Network (SPHN): Die nationale Initiative im Überblick. Schweiz. Ärztezeitung. 2017;98(19):595–6.*

## Replik SAMW/SPHN

Herr Wildberger fordert eine «sprachliche Definition unserer Absichten über Personalisierte Medizin und über Personalisierte Gesundheit». Er interpretiert diese Begriffe offensichtlich ganz individuell als eine auf die Persönlichkeit seiner Patienten als individuelle Problemfälle bezogene Medizin. Dies ist durchaus berechtigt, erkennt aber den Umstand, dass diese Begriffe auch für eine ganz spezifische Ausrichtung der zukünftigen Medizin stehen. Die aus dem Englischen wörtlich übernommenen Begriffe meinen, dass die heute zur Verfügung stehende enorme und rasant wachsende Menge an gesundheitsbezogenen Daten (z.B. genomische, proteomische, metabolomische und umweltbestimmte Merkmale) für die biomedizinische Forschung und für eine bessere Gesundheitsversorgung effizienter genutzt werden sollen. Dank Fortschritten in den «Life Sciences» und in der Informationstechnologie können heute molekulargenetische Profile von Organismen, Organen und Organzellen mit einer Präzision wie nie zuvor bestimmt und mit den klinischen Phänotypen von Krankheiten und individuellen Lebensgewohnheiten korreliert werden. Damit diese Genotyp-Phänotyp-Korrelationen auch kausale Aussagekraft erlangen und der Verbesserung von Prävention, Therapie und Krankheiten dienen können, müssen grosse Datenmengen von guter und vergleichbarer Qualität vorhanden sein, z.B. qualitätsnormierte Biobanken. Die für die Forschung erforderliche kritische Masse zu erreichen, ist in der Schweiz mit dem föderalistisch strukturierten Gesundheitssystem nur möglich, wenn biologische und gesundheitsbezogene Personendaten landesweit ausgetauscht, harmonisiert erfasst und ausgewertet werden können. In dieser Hinsicht sind uns Länder mit nationalen Gesundheitssystemen wie Schweden, Dänemark u.a. weit voraus; ein Umstand, der beim wöchentlichen Lesen des *New England Journal of Medicine* unschwer festgestellt werden kann. Wegen der grossen Datenmengen stellt diese «Personalized Health»-Forschung auch neue ethische und rechtliche Herausforderungen, die zur Sicherung des Persönlichkeitsschutzes erarbeitet werden müssen. Das geht weit über die Aufgaben der für die klinische Forschung zuständigen kantonalen Ethikkommissionen hinaus. Letztlich geht es darum, die Zukunft der Medizin in Forschung und Gesundheitsversorgung auf internationalem Niveau mitzugestalten. Ob wir diesen Prozess mit dem etablierten Begriffspaar «Personalisierte Medizin / Personalisierte Gesundheit» bezeichnen oder mit ebenfalls gebräuchlichen Namen wie «Precision Medicine» (Präzisionsmedizin), «individualisierte

Systemmedizin» oder «stratifizierte Medizin», ist letztlich eine Frage der persönlichen Präferenz. Alle Bezeichnungen meinen dasselbe, und auf diese inhaltliche Bedeutung der Begriffe sollten wir uns konzentrieren.

*Prof. Peter Meier-Abt, Präsident National Steering Board SPHN, Vizepräsident SAMW*

## Goldener Mittelweg

Replik auf: Bättig J. Albert Einstein (1879–1955) zu Immanuel Kant (1724–1804). *Schweiz Ärztezeitung*, 2017;99(23):724–5.

Ich danke dem Kollegen Bättig für seine kritischen Betrachtungen zu meinem Artikel. Ich gehe mit ihm vollständig einig, dass die rigorose und intellektlastige Moralphilosophie Kants nicht allgemein zum Studium oder gar zur Anwendung empfohlen werden kann. Ein solches Anliegen geht aber aus meinem Essay auch gar nicht hervor. Es geht da einzig darum, den goldenen Mittelweg zwischen den Extremen eines strengen Dogmatismus und eines überspitzten Empirismus als ethisch korrekt aufzuzeigen. Kants umstrittene Moralphilosophie ist zudem auch nicht Thema der von mir ausdrücklich empfohlenen Schrift zur «Kritik der reinen Vernunft», sondern wird in der «Kritik der praktischen Vernunft» abgehandelt.

Was Einsteins Einwände gegen Kant betrifft, fühle ich mich einfach nicht kompetent, diese beiden Giganten gegeneinander abzuwägen. Für den «Normalwissenschaftler», und dazu zähle ich sicher auch die Mehrzahl unserer Kollegen, bleibt Kant aber auch nach über 200 Jahren immer noch lesenswert, erkenntniserweiternd und vor allem erfassbar, wohlverstanden ohne die Notwendigkeit eines Physikstudiums oder einer Beschleunigung in die Gefilde der Lichtgeschwindigkeit.

*Dr. med J. Schwarzenbach, Paradiso*

## 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/](http://www.bullmed.ch/auteurs/) envoi-lettres-lecteurs/

## Altbekannte Vorwürfe

Brief zu: Romanens M, Kurth F. Problematischer Umgang mit den Daten der Versicherten. *Schweiz Ärztezeitung*, 2017;98(21–22):703–6.

Kritische Diskussionen sind ein wichtiger Motor in der Entwicklung der Wissenschaft. Kritische Streit-Diskussionen haben auch schon zu herausragenden Werken der Weltliteratur geführt, so zum Beispiel bei Lessings *Nathan dem Weisen*. Daneben gibt es allerdings Diskussionen über Fake News, die schlicht keinerlei Erkenntnisgewinn bringen. Michel Romanens und Flavian Kurth wiederholen in der SÄZ [1] einmal mehr ihre altbekannten Vorwürfe, gegen die wir uns bereits per Mail und in einem NZZ-Leserbrief zur Wehr gesetzt haben [2]. Weder die gebetsmühlenartige Wiederholung noch ihr polemischer Stil machen die Vorwürfe zutreffender.

Romanens und Kurth werfen uns in ihrem Artikel vor, «Kaffeesatz zu lesen» statt Wissenschaft zu betreiben. Zuerst möchten wir erwähnen, dass unsere von Romanens und Kurth zitierte Studie [3] in einer der beiden weltweit renommiertesten Gesundheitsökonomie-Zeitschriften publiziert wurde und somit ein Peer-Review-Verfahren durchlaufen hat. Dies trifft auf die von Romanens und Kurth in ihrem Artikel gemachten Behauptungen wohl nicht zu. Sind doch zumindest diejenigen zu unserem Artikel schlicht falsch. So behaupten Romanens und Kurth, dass wir die Kosten beim Verlassen des Managed-Care-Modells und nicht danach untersuchen. In Wirklichkeit machen wir beides (Table A 3 und A 4). So wird aus Tabelle A 3 klar ersichtlich, dass – entgegen Romanens und Kurths Behauptung – Versicherte, die aus einem HMO-Modell zurück in ein anderes Modell wechseln, in den zwei Jahren nach Austritt keine höheren Kosten ausweisen. Von systematischer Unterversorgung in HMO-Modellen kann also keine Rede sein.

Unsere Forschung wird zudem nicht aus OKP-Geldern, wie Romanens und Kurth fälschlicherweise beanstanden, sondern aus diversen anderen Quellen finanziert, wie in unserem Jahresbericht nachgelesen werden kann.

Besonders befremdend wirkt jedoch die aus der Luft gegriffene Behauptung, Forschungsergebnisse der Krankenversicherer müssten zwangsläufig zum Nachweis von Kosteneinsparungen bei Managed-Care-Modellen führen. Zu welchem Zweck soll sich der Krankenversicherer hier selber belügen? Wenn herauskäme, dass Managed Care zu keinen echten Einsparungen führt, dann würde die Branche relativ sang- und klanglos diese Versicherungszweige schliessen. Die Zweige würden sich automatisch leeren, weil die Prämienrabatte auf null Prozent gesetzt würden. Kein Versicherer hätte ein Interesse daran,

Managed-Care-Versicherte massiv und über Jahrzehnte hinweg quer zu subventionieren. Wie gesagt: Wir begrüßen den kritischen Einwand, sind es aber leid, zu den immer gleichen, haltlosen Vorwürfen klärend Stellung nehmen zu müssen.

Lukas Kauer, PhD & Konstantin Beck,  
Prof. Dr., CSS Institut für empirische  
Gesundheitsökonomie

- 1 Romanens M, Kurth F, Problematischer Umgang mit den Daten der Versicherten, Schweizerische Ärztezeitung, 2017; 98(21-22):703-6.
- 2 Beck K, Daten und Krankenkassen, Leserbrief, Neue Zürcher Zeitung, 12.12.2016, S. 7.
- 3 Kauer L, Long-term effects of managed care, Health Economics, 2016, forthcoming.

## Rund um das ISG

Nach über 30 Jahren Tätigkeit als Grundversorger, mit über all die Jahre verschiedenen erworbenen Schwerpunkten, so sei in diesem Zusammenhang die manuelle Medizin erwähnt, fühle ich mich doch gedrängt, auch wieder mal einen Leserbrief zu verfassen. In den letzten Monaten sind bei mir wirklich neu, und vermehrt, Patienten/-innen aufge-

taucht mit einer in sich ähnlichen Geschichte. Diese Menschen (mit Schmerzen im unteren Rücken/Becken) haben eine Notfallstation oder eine Privat-Klinik aufgesucht – und nach Schilderung ihrer Beschwerden sind sie zum MRI geschickt worden. Soweit so gut – wirklich? Natürlich lasse auch ich mal ein MRI anfertigen – jedoch habe ich noch nie die an sich nicht sehr seltene Diagnose «blockiertes ISG» auf einem Radiologiebericht lesen können. Ist ja auch nicht der Job der Radiologen.

Um zu dieser Diagnose zu kommen, müssen wir den Patienten untersuchen. Dieses «Handwerk» scheint verloren zu gehen.

Bei verpasster Diagnose gibt es natürlich auch «Heilung» – aber eben nicht immer, bzw. ein blockiertes ISG kann auch mit einer guten Physiotherapie und evtl. auch mit Medikamenten behandelt werden.

Früher schrieben die lieben Kollegen aus der Klinik im Bericht an den Hausarzt – sofern wir überhaupt mit einem Schreiben bedient wurden – «Ihr Einverständnis vorausgesetzt, haben wir den Patienten dem Spezialisten (im Hause) weiter überwiesen.» Dann beginnt oft die mühsame Pilgerreise der Patienten durch all die Spezial-Sprechstunden. Der Erste schreibt vielleicht noch einen Bericht an den

Hausarzt, der Nächste dann nur noch dem intern zuweisenden Kollegen. Irgendeinmal taucht der/die Patient/-in wieder bei seinem/seiner Hausarzt/-ärztin auf.

Intern habe ich begonnen, dieses Syndrom mit dem Namen einer Privatklinik zu bezeichnen, aber das ist natürlich nicht zutreffend, da sich alle Institutionen einer gewissen Grösse aus verwaltungsimmanenten Gründen ähnlich verhalten.

Um die Länge dieses Leserbriefes nicht zu strapazieren, verzichte ich hier auf die Berichterstattung mehrerer eindrucklicher Fallbeispiele.

Warum schreibe ich diesen Leserbrief? Weil wir verpflichtet sind, den Patienten zu helfen (das klingt natürlich nach Hippokrates und etwas altmodisch), weil wir verpflichtet sind, Kosten zu minimieren bzw. effizient einzusetzen (ist auch altmodisch – und die Krankenkassen sind immer noch nicht in der Lage, die Qualität zu beurteilen), weil ich doch noch hoffe, dass die nicht immer nur jungen Kollegen (wieder) lernen, die Patienten zu untersuchen.

Natürlich geht es nicht nur um das ISG – Iliosakralgelenk.

Dr. med. Cyrill Jeger, Olten

## Sujet d'actualité en ligne –

[www.bullmed.ch/fr/tour-dhorizon](http://www.bullmed.ch/fr/tour-dhorizon)



Interview d'Ignazio Cassis, conseiller national (PLR) et médecin

### Révolution ou simple tempête dans un verre d'eau?

La CSSS veut des budgets globaux et un accord sur le TARMED, si besoin par la contrainte



Dr H.-J. Riedtmann-Klee, spécialiste fédéral en chirurgie, Horgen

### Primauté de l'ambulatoire sur le stationnaire

Au final, les économies ne concernent sans doute que les cantons