

Stimmen zu Entwicklungen im Gesundheitswesen

Managed Care oder Selbstbedienungsladen?

«Entweder ... entwickeln wir uns in Richtung Managed Care, und die Rolle des Hausarztes und der Hausärztin wird aufgewertet», sagte alt Bundesrätin Ruth Dreifuss an einem Symposium für Hausarztmedizin. Dann müsse der Hausarzt für seine Beratungs- und Koordinationsarbeit aber auch bezahlt werden. «Oder wir bleiben im jetzigen System, ... das ich als Selbstbedienungsladen beschreiben würde, und der Hausarzt, die Hausärztin wird zum aussterbenden Beruf, da der Patient je nach Bedürfnis direkt zur Notfallstation ... oder zum Spezialisten geht, sich im Internet erkundigt, ... um dann direkt zu handeln.» (rs)

Quelle: Ruth Dreifuss: *Der Hausarzt: Dreh- und Angelpunkt unseres Gesundheitssystems. Primary Care 2005; 5: Nr. 19: 436-438.*

Nachteilige Spitalgrösse

«Es gibt also einen Grössenvorteil: Grössere Spitäler bieten mehr Qualität. Die behandelten Fälle sind zahlreicher, die medizinische Erfahrung ist grösser», stellt der Direktor des Spitals Limmattal, Leo Boos, in einer Diskussion fest. Zugleich hält er aber fest, dass es zumindest aus ökonomischer Sicht auch eine Obergrenze für die Spitalgrösse gebe, ab der die Kosten, «selbst schweregrad-bereinigt», wieder zunehmen. Und er fragt: Gilt das auch für die Qualität? Ja, meint der Chefarzt Innere Medizin des Bezirksspitals Affoltern, Christian Hess. Dabei sei aber auch zu berücksichtigen, wie viele Leute sich in einem Spital die Arbeit teilen: «Der Case-load im Kleinspital ist klein. Aber es operiert immer der Chef, und er kann es wirklich, was im Grossspital nicht garantiert ist.» Und bezüglich Kosten steht für Hess fest: Heute sie medizinisch «mehr machbar, als wünschbar ist. Je zentraler die Versorgung ist, desto grösser wird diese Überverarz tung.» Deshalb ist er überzeugt: «Die Überkapazität ist in den Zentrums-spitalern abzubauen.» (rs)

Leo Boos: *Kooperieren – wie und wo? Ein Rundtischgespräch. Competence 4/2005: 9-14.*

Nicht auf Macher-Ebene reduzieren

PatientInnen und Angehörige in Selbsthilfegruppen wollen die ärztlichen Beratungen nicht ersetzen; vielmehr setzen sie sich für «eine gute Zusammenarbeit zwischen Hausarzt, Patient und ärztlichem Spezialisten» ein. Dies stellte der Hausarzt Bruno Kissling an einer gemeinsamen Tagung von PatientInnen und ÄrztInnen fest. Und weiter: Der Patient erwarte von einem «guten» Arzt «neben einem fundierten Wissen, das nicht allumfassend sein muss, dessen Grenzen vom Arzt aber transparent gemacht werden müssen, genügend Zeit». Die ÄrztInnen ihrerseits erwarteten von den PatientInnen, dass sie «authentisch» über ihre Befindlichkeit sprechen und Zweifel und Wünsche offen legen. Denn: «BegleiterIn seiner PatientInnen zu sein, nicht auf die medizinisch-technische Macher-Ebene reduziert zu werden, ist vielen ÄrztInnen ein grosses Bedürfnis – und letztlich sogar hilfreich gegen ein latent drohendes Burn-out.» (rs)

Quelle: Bruno Kissling: *Wahrnehmen. Bericht aus dem Workshop «chronisch krank – der lange Atem?» In: KOSCH: Wie geht es uns heute, Herr Doktor? Sondernummer 1/2005. Diese Sondernummer und künftige Newsletters können gratis bestellt werden bei: Geschäftsstelle KOSCH, Laufenstrasse 12, 4053 Basel. Tel. 061-333 86 01. E-Mail: gs@kosch.ch*

EVG-Urteil vermieden

In der obligatorischen Krankenversicherung und in der Invalidenversicherung gilt gemäss Gesetz das Territorialprinzip: Behandlungen im Ausland werden nur in Notfällen bezahlt. Ein Urteil des Zürcher Sozialversicherungsgerichts bringe dieses Prinzip nun aber «ins Wanken» und sorge «in der Bundesverwaltung für erheblichen Wirbel», schreibt René Lenzin im «Tages-Anzeiger». Das Gericht hat entschieden, dass die Invalidenversicherung die Kosten für eine ambulante Behandlung in einer deutschen Klinik übernehmen müsse, und zwar aufgrund der im Personenfreizügigkeitsabkommen mit der EU festgeschriebenen «passiven Dienstleis-

tungsfreiheit», die gemäss einem Urteil des Europäischen Gerichtshofes von 1998 auch für medizinische Dienstleistungen gilt, welche «im Rahmen der Systeme der sozialen Sicherheit erbracht werden». Würde dieses Urteil allgemeingültig, hätte es eine grosse Tragweite. Doch die IV-Stelle des Kantons Zürich hat das Urteil nicht ans eidgenössische Versicherungsgericht weitergezogen. Lenzin vermutet, dass sich die IV-Stelle «aus der Affäre zu ziehen hofft, ohne ein EVG-Urteil zu riskieren». (rs)

René Lenzin: *Schweizer Kassen zahlen für deutsche Ärzte. Tages-Anzeiger, 25. Mai 2005.*

Karotten statt Kuchen

«Wie kann ich unsere Familie trotz bescheidenem Haushaltsbudget ausgewogen ernähren? Gemüse und Früchte sind teuer!», klagt eine Leserin in «24 heures». Es gibt in allen Nahrungsmittelgruppen günstige und teure Produkte, widerspricht die Spezialistin. So seien beispielsweise Karotten, Kohl, Zwiebeln, Bananen, Trauben und Äpfel saisonal günstig. Dagegen seien Frites, Chips und Kuchen vergleichsweise teuer. (rs)

Quelle: *Comment manger «équilibré» malgré un petit budget? www.24heures.ch, 3. Mai 2005.*

Werbebedingte (Über-)Behandlung

Mit kommerziellen und nicht kommerziellen Informationen im Fernsehen kann «die Rate an gerechtfertigten Behandlungen erhöht werden.» Eine direkt an Patienten gerichtete Werbung für rezeptpflichtige Medikamente kann aber auch «eine Überbehandlung bei fraglicher Indikation» bewirken. Diese Schlüsse legt gemäss Milo Puhán eine «originelle Studie» aus den USA nahe, bei der zwölf Schauspielerinnen zwei streng standardisierte Rollen – eine depressive Patientin und eine Patientin mit einer Anpassungsstörung – spielten. (rs)

Quelle: Milo Puhán: *Erhöhung der Verschreibungsrate von Antidepressiva durch direkte Werbung bei Patienten. Journal-Club, www.evimed.ch (Rubrik Verschiedenes), 29. April 2005.*