

Briefe an die SÄZ



Zum Artikel zur Früherkennung von Brustkrebs von Urs P. Gasche [1]

Herr Gasche wirft mir ungerechtfertigterweise falsche Aussagen vor, die ich in einer Sendung «Club», SF1, November 2006 [2], gemacht haben soll. Herr Gasche führt seit Jahren einen unerbittlichen Feldzug gegen das Mammographie-screening und hat damit einen breiten direkten Zugang in die Medien, Konsum- und Patientenorganisationen. Eine «ausgewogene» Darstellung in diesen Medien wäre übrigens auch eine Tat der Fairness!

Die mir tatsächlich gestellte Frage nach der heute bereits erreichten Reduktion an Todesfällen durch das systematische Mammographiescreening habe ich klar beantwortet mit 30% (auf Internet zu hören und sehen: Minute 62), basierend auf robusten Daten aus Holland mit 25% und UK mit 35% Brustkrebsmortalitätsreduktion, also nichts von 62–75%! Drei Minuten später wurde mir von Frau Maier eine andere Frage gestellt, nämlich wie stark sich «hypothetisch» die Zahl der Mammakarzinomtodesfälle in der Schweiz reduzieren liesse (Minute 65), ausgehend von den bekannten acht Brustkrebstodesfällen pro 1000 gesunde Frauen (Alter 50–69). Ich antwortete auf diese konditionale Frage: «Auf zwei bis drei.»

Die folgenden Überlegungen sind die Begründung meiner Aussage: Das Mass des Erfolges eines modernen, optimal durchgeführten Screeningprogramms, das über lange Zeiträume angelegt ist, ist allein die Reduktion der Brustkrebsmortalität und nicht primär die Malignomdetektion per se. Der volle Effekt auf die Senkung von Brustkrebstodesfällen wird nach etwa 15 Jahren erreicht. Nach der Frühdiagnose kommt mit der jeweils besten Behandlung der wohl wichtigste, zweite Erfolgsfaktor zum Zug. Gerade hier wird sich das kurative Potential der nun früher entdeckten Karzinome durch den unbestrittenen grossen und anhaltenden medizinischen Fortschritt (Stichwort adjuvante Behandlung) noch rascher als bisher bemerkbar machen. Ausgehend von einer wichtigen Publikation im «New

England Journal of Medicine» [3], dürfen wir erwarten, dass dieser zweite Erfolgsfaktor der adjuvanten Nachbehandlung sogar der wichtigere ist für den Gesamteffekt der Mortalitätsreduktion. Das heisst letztlich, dass hier der Fortschritt in der Screeningtechnologie und der adjuvanten Behandlung parallel zugunsten der Kuration weiterlaufen wird, Jahr für Jahr. Dazu kommen werden eher früher als später effiziente prädiktive Tests, die die Früherkennung verfeinern und erweitern werden. Wer die Forschungsfront auf diesem Gebiet kennt und weiss, wie intensiv grosse Firmen hier forschen, wird meine Erwartungen vielleicht für zu pessimistisch einschätzen. Weiter hat ein systematisches Screening auch wesentliche mortalitätssenkende Kollateraleffekte durch Information und Sensibilisierung in der Bevölkerung, Unterstützung durch besser informierte Politikerinnen und Medien, besser ausgebildete und präventiv aktive Ärzte und andere wichtige professionelle Akteure. Wer wissen will, wie nach 20 Jahren ein Mammographiescreeningprogramm auf nationaler Ebene in Europa aussehen kann, kann sich einfach und umfassend informieren auf www.cancerscreening.nhs.uk/breastscreen/publications/index.html.

In England wurde die erwartete Mortalitätsreduktion beim Brustkrebs im Rahmen des Screenings deutlich übertroffen (jährliche Reduktion der Brustkrebstodesfälle um heute 1400 entgegen den ursprünglich erwarteten 1100), und noch nie haben so viele Frauen mitgemacht wie jetzt (75%). Die Kosten für ein so gerettetes Frauenlebensjahr belaufen sich jetzt noch auf £ 3000! Um ein Lebensjahr zu gewinnen durch eine lipidsenkende Therapie oder gar durch eine Dialyse, liegen die Kosten weit darüber [4]. Dazu kommt noch, dass gerade die Behandlung eines fortgeschrittenen Brustkrebsfalles heute eine exquisit teure Angelegenheit wird, ganz abgesehen von der Reduktion des unnötigen Leidens. Ich hoffe sehr, dass die Deutschschweizer Ärzte zu dieser wichtigen Frage sich dort informieren, wo das professionelle Wissen in direkter Erfahrung vorliegt und wo eine kritische Evaluation stattfindet (z.B. UK, Holland, Schweden, USA, Kanada).

Bei uns sterben immer noch viel zu viele Frauen unnötig am Brustkrebs, und wir könnten dies durch das zusätzliche flächendeckende Scree-

ning deutlich reduzieren. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass wir endlich auch in der Deutschschweiz die Politiker, die Ärzte und die Frauen von 50 bis 69 für ein nationales Brustkrebscreening gewinnen können. Die Qualität des Screenings muss dabei optimal sein, und das teure und qualitativ nebulöse, wilde Screening muss verschwinden. Hier ist auch Herr Gasche mit uns einig. Keines der Länder mit einem Mammographiescreening hat dieses wieder stoppen müssen, weil es überall eine Erfolgsgeschichte wurde! Bezüglich der Publikationen von Götzsche 2001 und 2006 ist immerhin erfreulich festzuhalten, dass 5 Jahre nach der Erstpublikation für das Mammographiescreening nun doch eine Mortalitätsreduktion von 15% genannt wird. Sollte das Erkenntnistempo von Götzsche so anhalten, dürfen wir uns in Zukunft freuen!

*Prof. Thomas Cerny,
Präsident Krebsliga Schweiz,
Chefarzt Onkologie/Hämatologie,
Kantonsspital St. Gallen*

- 1 Gasche UP. Frauen über Nutzen und Risiken richtig informieren. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(13): 598-601.
- 2 www.sf.tv/sf1/club/index.php?docid=20061003.
- 3 Berry DA., Cronin KA, Plevritis SK, Fryback DG, Clarke L, Zelen M, et al. Effect of screening and adjuvant therapy on mortality from breast cancer. N Engl J Med. 2005;353:1784-92.
- 4 Neumann PJ, Rosen AB, Weinstein MC. Medicare and cost-effectiveness analysis. N Engl J Med. 2005;353:1516-22.

Anmerkung der Redaktion

Da uns die Sachlage bezüglich der hier diskutierten Zitate nicht eindeutig scheint – was in kontextabhängigen sprachlichen Fragen häufig der Fall ist –, empfehlen wir unserer Leserschaft, sich die fraglichen Passagen der «Club»-Sendung unter www.sf.tv/sf1/club/index.php?docid=20061003 (etwa Min. 62–66) zur Bildung eines persönlichen Urteils selbst anzuschauen.

Die Redaktion

Faktenbasierte Diskussion zum Brustkrebscreening

Es ist an der Zeit, die Diskussion um das Brustkrebscreening faktenbasiert zu führen. Wie Chris de Wolf richtig feststellt, ist «die Debatte in der Schweiz über das Für und Wider des Brustkrebscreenings sehr auf medizinische Aspekte fokussiert und macht manchmal den Eindruck, sie stütze sich nicht immer auf Fakten ...» [1]. Für jene Fakten, die für die betroffenen Frauen und

aus Sicht des Public Health für die politischen Entscheidungsträger relevant sind, muss man aber zum Artikel von Gasche weiterblättern [2]. Aus der individuellen Sicht einer Frau ist die durch das Screening erreichbare Reduktion des absoluten Risikos relevant, wie schon die GDK im Jahre 2005 feststellte [3]. Die oft publizierte relative Risikoreduktion von ca. 20% ist hier irrelevant. Die GDK geht von einer absoluten Risikoreduktion von 0,07% aus, neuere Forschungsergebnisse gar nur von 0,05% [4]. Die gleiche Metastudie der Cochrane Collaboration kommt aber auch zum Schluss, dass das Risiko einer Überbehandlung aufgrund des Screenings um relative 30% steigt und sich dadurch das absolute Risiko um 0,5% erhöht [4]. Deshalb ist es nach aktuellem Wissensstand alles andere als klar, ob das Screening einer Frau unter dem Strich individuell mehr nützt als schadet.

Diese Zahlen liefern aber auch für die Public-Health-Perspektive wertvolle Hinweise im Hinblick auf politische Entscheide. Gemäss GDK führt das Screening von 100 000 Frauen im Alter von 50 bis 69 in zweijährigem Rhythmus zur Entdeckung von 70 Fällen [3]; bei der Cochrane-Studie sind es nur 50 entdeckte Fälle [4]. Die zur Entdeckung eines Falls nötige Zahl an Frauen, die während 10 Jahren gescreent werden müssen (number needed to screen) beträgt somit zwischen 1429 und 2000. Setzt man für die Kosten eines Screenings jene 246 Franken ein, die im Jahre 2005 in der Westschweiz im Durchschnitt angefallen sind [1], belaufen sich die Kosten pro entdeckten Fall auf 1,8 bis 2,5 Millionen Franken.

Bei Einführung eines gesamtschweizerischen Screenings liessen sich während 10 Jahren zwischen 150 und 300 Fälle entdecken. Letzteres allerdings nur, wenn 100% der Frauen in der relevanten Altersgruppe teilnehmen, was aufgrund der Erfahrungen in der Westschweiz (30–60% Teilnehmerinnen [1]) sehr unwahrscheinlich ist. Im gleichen Zeitraum sterben 10 000 Frauen dieser Altersgruppe an anderen Ursachen [3].

In Abhängigkeit von der Teilnahme entstünden Kosten von 360 bis über 500 Millionen Franken allein durch das Screening. Jene monetären Folgekosten, welche durch richtig und falsch positive Mammographiebefunde entstehen, sind dabei noch nicht einmal mit eingerechnet. Die Belastungen durch unnötige Zusatzabklärungen, der erhebliche Stress für Frauen mit falsch positivem Befund sowie die falsche Sicherheit bei Frauen mit falsch negativem Befund sind als weitere Nebenwirkungen wohl kaum in Zahlen zu fassen.

Zusammenfassend zeigt sich, dass ein generelles Mammographiescreening sowohl aus individueller Sicht einer Frau als auch aus Sicht des Public Health vor dem Hintergrund der aktuell verfügbaren Daten ein höchst fragwürdiges Unterfangen darstellt.

*Prof. Dr. oec. Tilman Slembeck, St. Gallen
Swiss Health College, www.healthcollege.ch*

- 1 de Wolf C. Brustkrebsscreening in der Schweiz. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(13):594-7.
- 2 Gasche UP. Frauen über Nutzen und Risiken richtig informieren. Schweiz Ärztezeitung. 2007; 88(13):598-601.
- 3 GDK Zentralsekretariat. Notiz zum Brustkrebs-Screening, 11.10.2005, www.gdk-cds.ch/54.0.html.
- 4 Gotzsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(4):CD001877. www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001877/frame.html.

Früherkennung von Brustkrebs – Vorwurf der Frauenfeindlichkeit an Urs P. Gasche

Urs P. Gasche schreibt [1]: «Deshalb würde ein flächendes Screening-Programm ... nur etwa 100 Frauen vor dem Brustkrebstod bewahren.» Diese Äusserung kann in bezug auf Frauenfeindlichkeit kaum mehr überboten werden. Dies vor allem auch im Vergleich mit den Anstrengungen, welche auf anderen Gebieten (Verkehrssicherheit, Flugsicherheit) unternommen werden.

Urs P. Gasche äussert sich gegen ein schweizweites Früherkennungsprogramm von Brustkrebs, obwohl sogar nach pessimistischer Schätzung etwa 100 Frauen vor dem Brustkrebstod bewahrt werden könnten. Dass in Anbetracht dieser Perspektive gewisse Exponenten den Nutzen eines Screeningprogramms als zu günstig darstellen, ist sicher nicht korrekt, aber durchaus verständlich.

Wenn ich mich persönlich für das Mammographiescreening einsetze, ist es sicher nicht aus finanziellen Gründen, wie Herr Gasche den «privaten Brustzentren» vorwirft. Weder in unserem Interesse noch in jenem anderer Mammographieinstitute liegt es, ohnehin ungenügend abgegoldene Mammographien durch noch schlechter bezahlte Screeningmammographien zu ersetzen. Wir setzen uns vielmehr deshalb für das Screening ein, weil noch viel zu viele Frauen mit zu fortgeschrittenen Tumoren, welche dank Screening früher hätten erfasst werden können, zu uns kommen und weil wir 100 Frauenleben

im Gegensatz zu Herrn Gasche sehr viel finden! Es ist auch nicht wahr, dass Brustkrebs im Screening nur früh entdeckt und nicht verhindert werden kann. Durch die Entdeckung und korrekte Behandlung von präinvasiven Läsionen können invasive Erkrankungen nämlich verhindert werden. Auch die Behauptung, es gebe viele unnötige Biopsien wegen Fehldiagnosen, ist längst überholt: Bei über 5000 Mammographien im Jahre 2006 im Brust-Zentrum konnten wir alle gutartigen Befunde mittels Punktationen so weit abklären, dass keine einzige unnötige offene Biopsie mehr nötig war.

Die Kosten für ein flächendeckendes Brustkrebs-Screeningprogramm sind vergleichbar mit jenen der Zervixkarzinom-Früherkennung, und es ist jetzt endlich an der Zeit, die ungerechte Situation in der Schweiz durch ein flächendeckendes Mammographiescreening zu beheben – eben um in der Schweiz jährlich 100 (oder mehr) zusätzlichen Frauen das Leben zu retten.

*PD Dr. med. Christoph Rageth,
Brust-Zentrum, Zürich*

- 1 Gasche UP. Frauen über Nutzen und Risiken richtig informieren. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(13): 598-601.



Zum offenen Brief an Dr. D. Vasella

Ich habe mit Entsetzen den Brief von Beat Knoll in der SÄZ gelesen [1]. Mir geht es nicht um den Inhalt des Briefes, der einzig zeigt, dass Beat Knoll wenig Ahnung von (betriebs)wirtschaftlichen Zusammenhängen hat. Sondern erschreckend finde ich vielmehr die Tatsache – und da ist der sogenannte offene Brief von Beat Knoll leider nur ein Beispiel unter vielen –, dass heute Berufsleute, die ihre Arbeit objektiv betrachtet sehr gut machen und in keiner öffentlichen Stellung sind, sich und ihre Familien öffentlich von jedermann/-frau – die meist wie hier Herr Beat Knoll von der Sache an sich wenig Ahnung haben – diffamieren lassen müssen. Dieses Unding des Zeitgeistes ist beängstigend – insbesondere da es offensichtlich gerade auch vor Ärzten keinen Halt macht! Die Schreiber solcher Diffamierungen begeben sich damit sehr nahe an das Gedankengut des Dritten Reiches, wo nichtgenehme Mitbürger mit massivstem öffentlichem Druck völlig unbegründet diffamiert und oft

sogar in den Tod getrieben wurden. Damals wie heute herrscht in diesen Kreisen eine Gewaltbereitschaft in Sprache und Denken, Ablehnung der Moderne und der Intelligenz.

Zu der vielgepriesenen Ethik von Herrn Beat Knoll gehört auch, dass man eine Kritik sachlich und unabhängig von der Person vorbringt, eine Diffamierung der Person – wie sie im Schreiben von Herrn Knoll im Vordergrund steht – gehört nicht dazu. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn eine Äusserung, wie diejenige von Herrn Beat Knoll, jeden sachlichen Bezug vermissen lässt oder der Sachbezug durch den diffamierenden Charakter völlig in den Hintergrund gedrängt wird und die Äusserung damit kein adäquates Mittel des Meinungskampfes mehr darstellt. Wenn Herr Beat Knoll von seiner Ansicht überzeugt ist, dann hat er verschiedene rechtsstaatliche Mittel – wie z. B. die Aktionärsversammlung von Novartis –, um dies zu ändern. Aber dann müsste man sich halt mit der Sache im Detail beschäftigen, andere davon überzeugen ...

Ich finde es erschreckend, dass die FMH solche offenen Leserbriefe veröffentlicht und sich damit dem Boulevard-Journalismus öffnet und ihre Unabhängigkeit verliert. Meiner Ansicht nach ist die Aufgabe der SÄZ eine andere. Zudem sind wir in einer Zeit, wo wir darauf bedacht sind, mit «gewaltfreier Kommunikation» – die von einem Schüler Carl Rogers' entwickelt wurde und mittlerweile sogar von der UNICEF gefördert wird – unsere Studenten und Schüler zu erziehen, da sollten wir gerade in einer Organisation wie der FMH Vorbild sein!

Dr. med. Bernhard Schaller, Therwil

1 Knoll B. Offener Brief an Dr. D. Vasella. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(13):590-1.

Anmerkung der Redaktion

Leserbriefe werden vor ihrer Veröffentlichung von der Redaktion sorgfältig geprüft. Die Publikation von Zuschriften, die die in unserem Kulturkreis üblichen Anstandsregeln verletzen oder auf Personen zielen, ohne dass dies durch einen direkten Sachbezug zum Gesundheitswesen nachvollziehbar wird, lehnen wir in der Regel ab. Ansonsten sind wir bestrebt, die Funktion einer offenen Informations- und Diskussionsplattform, die die SÄZ neben ihrer Rolle als offizielles Organ der FMH ebenfalls hat, möglichst ohne Einschränkungen wahrzunehmen. Dass die Einschätzung der Grenzen des Vertretbaren im Einzelfall divergiert, ist leider nicht zu vermeiden. Der Leserbrief von Dr. B. Knoll, der von der Redaktion deutlich anders beurteilt wird als von Dr. B. Schaller, be-

legt dies exemplarisch. Umgekehrt profitiert Dr. Schaller ebenfalls von der liberalen Ausrichtung der SÄZ, indem wir seinen Beitrag unverändert abdrucken, obschon er uns in einigen Aspekten nicht unproblematisch scheint.

Die Redaktion



Gold oder Kohle? Oder: Über das Einkommen spricht man nicht!

Zum Artikel von Kollege P. Gachoud: Zur Einigkeit der Ärzteschaft in der Frage des TARMED-Systems [1]

Lieber Herr Bundesrat Couchepin, lieber Jacques de Haller, liebe Kolleginnen und Kollegen Vielverdiener

Können Sie mit mir einiggehen? Es gibt Sieger und Verlierer beim TARMED! Den Siegern gehört die Bewunderung, den Verlierern die Sympathie. Die Bewunderung für das grosse Geld ist urkapitalistisch und prägt 80 bis 90% aller Menschen. Das Arbeiten «für Gottes Lohn» entspricht unter anderem einer christlichen Grundhaltung, ist aber auch in anderen Religionen vorzufinden.

Ich denke, dass maximal 10 bis 20% der durchschnittlichen Bevölkerung altruistisch denken und ihr Lebensideal vor das Geld stellen. Nun müssen Sie mir, liebe Adressaten, erklären, wie Sie 50% der Ärzte/-ärztinnen in Zukunft dazu bringen wollen, als Hausärzte/-ärztinnen für die Hälfte, ein Drittel oder gar ein Viertel der meistverdienenden Ärzte/Ärztinnen zu arbeiten? Wir sprechen viel von fehlenden Ausbildungsstellen, schwierigen Arbeitsbedingungen und anderem mehr und schleichen wie die Katzen um den heissen Brei der Tatsache herum, dass auch für die meisten jungen Mediziner/innen das Geld die Welt regiert.

Ich kann Ihnen garantieren, dass wir sofort wieder genügend Hausärzte/-ärztinnen hätten, wenn ein Durchschnittslohn von Fr. 250 000.– zu verdienen wäre. Sehen wir also den Tatsachen ins Auge! Wenn es so weitergeht, dann werden deutsche (polnische, ukrainische ...?) Kollegen/-innen nachrücken. Denn streng nach den kapitalistischen Gesetzen wird das Einkommensgefälle einen Zustrom erzeugen aus diesen Niedriglohnländern. Ich habe eigentlich nicht viel dagegen einzuwenden, denn es wird auch unter diesen Kollegen/-innen «anständige» Menschen geben.

Mein Ärger gründet viel mehr in der Tabuisierung der Einkommensunterschiede. Ich bin nun seit 35 Jahren Hausarzt (gezählt ab der ersten Praxisvertretung 1972). Ich arbeite mit Begeisterung, und es geht mir gut. Aber ich mache mir Sorgen, wie das alles weitergehen soll ohne eine Diskussion über die Einkommensunterschiede! Haben Sie mir einen griffigen Vorschlag? Was ich bisher höre, sind Lippenbekenntnisse. Und was ich sehe, sind Steine auf dem Weg für junge Ärzte/Ärztinnen, die in die hausärztliche Praxis wollen, und zuviel Verlockung für die jungen Gynäkologen/-innen, Urologen/-innen, Anästhesisten/-innen u. a. m. ... Wer kann es ihnen verübeln, lieber in einer Goldmine zu arbeiten, anstatt mühsam Kohle abzubauen!

Dr. med. Edy Riesen, Ziefen

- 1 Gachoud P. Zur Einigkeit der Ärzteschaft in der Frage des TARMED-Systems. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(12):548-50.

Zur Einigkeit der Ärzteschaft in der Frage des TARMED-Systems

Sehr geehrter Herr Gachoud

Ganz herzlichen Dank für Ihr Schreiben, bei dem Sie freizügig Einblick in Ihre Finanzen gewähren [1]. Wegen junger Familie z.Z. mit Ehemann (nicht Mediziner) je Teilzeit arbeitend, habe ich mir als Allgemeinärztin das allein stehende Eigenheim in meiner Heimatgegend (nahe Zürich) bereits abgeschminkt. Von seiten der kantonalen Gesellschaften resp. der FMH wurde und wird uns übermittelt, dass wenn alle Grundversorger (Allgemeinmedizin/Innere Medizin/Pädiater) während der Kostenneutralitätsphase fünf Minuten zu lang verrechnen würden, dass dann rund 39% aller Ärzte die Kosten zum Steigern bringen, wenn hingegen ein Spezialist (einzelne Fachgesellschaften entsprechen z.T. <1% der Ärzteschaft) zehn Minuten zuviel verrechne, dies rechnerisch kaum ins Gewicht falle. Und schon wurden wir zwar ökonomisch korrekt, aber ideologisch ungleich behandelt. Nach Eintreten des definitiven TARMED-Tarifbeschlusses hörte ich einige perplexen älteren Kollegen, die sich wunderten, wo nun die Idee des TARMED, nämlich dass die Verdienstscheere kleiner würde, geblieben sei. Einerseits können sich die vielen kleinen operativ tätigen Fachgesellschaften zusammenfinden und damit rund 20% der Ärzteschaft repräsentieren und so für ihre Interessen kämpfen (und sie haben gut gekämpft: dies zeigt sich in der Anzahl verrechenbarer TARMED-Positionen und in der Beibehaltung resp. Steigerung ihres Einkommens), und andererseits waren die Grundversor-

ger etwas gutgläubig, dass sich alles wie versprochen richten würde. Ich teile Herrn Gachouds Überzeugung nicht, dass wir alle einen Sinn für gerechtes Teilen besitzen und dass sich nach ehrlicher Aufklärung auch die privilegierten Kollegen bewegen lassen, Boden preiszugeben, weil dies nicht der darwinistischen Haltung eines jeden Lebewesens entspricht. Ein paar Fachärzte gehen davon aus, dass sie als Spezialist vorneweg und ohne Hinterfragen der obersten Einkommenschicht zugehörig sind und Anrecht auf Familie, Privatschulen, eigenes Pferd, frei stehendes Haus mit Umschwung (und Gärtner und Putzfrau), 2. Wohnung in Miami, mehrere Wochen Golfferien etc. haben. Ohne Druck und Auflagen über den Staat/TARMED-Tarifänderungen wird eine Umverteilung nicht klappen. Ich hoffe deshalb auf den Einfluss der nun vereinten Grundversorger, welche sich langsam politisch emanzipieren und sich vermehrt direkt bei den geldverteilenden Instanzen in die Diskussion einbringen, Probleme schildern und mögliche Lösungsvorschläge vorlegen, denn die FMH und die kantonalen Gesellschaften wollen und müssen immer alle Mitglieder vertreten, und sie machen dies für alle (ob 39% oder <1% der Ärzteschaft betreffend) gleich, ähnlich wie die Kantone und der Ständerat, nur dass wir Grundversorger nicht wie in der Politik noch einen «ausgleichenden Nationalrat» haben. Und wahrscheinlich wäre auch ich noch zu naiv, wenn ich glaubte, die neue Strategie der Grundversorger werde es schon richten; wir Grundversorger müssen alle lernen, nicht nur lieb, nett und verlässlich zu sein, sondern auch innovativ, politisch präsent und wachsam und müssen uns unserer strategisch günstigen Position von 39% der Ärzteschaft besser bewusst sein und diese auch einsetzen.

Dr. med. M. Hostettler, Greifensee

- 1 Gachoud P. Zur Einigkeit der Ärzteschaft in der Frage des TARMED-Systems. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(12):548-50.

Einkommensunterschiede der Ärzteschaft: keine «Frage des TARMED-Systems»!

Kollege Gachoud will uns durch Offenlegung seiner Einkommens- und Vermögensverhältnisse zum Nachdenken anregen [1]. Seine in sanfte Worte gekleidete Anklageschrift gegen die vermeintlichen Spitzeneinkommen der Gynäkologen und anderer invasiven Disziplinen ignoriert in fast unglaublicher Weise die Tatsache, dass der Einkommensunterschied zwischen Gynäkologen und Hausärzten praktisch ausschliesslich im stationären Zusatzversicherungsbereich ent-

steht. Dieses Mehreinkommen wird völlig ausserhalb von KVG und TARMED und zumeist nachts und an Wochenenden erzielt.

Bei allem Respekt vor der persönlichen Situation von Kollege Gachoud – er hätte der Sache der Hausärzte besser gedient, wenn er nicht in derart plakativer Weise ein unterdurchschnittliches Hausarzteinkommen mit krass überdurchschnittlichen invasiven Einkommen verglichen hätte (der zitierte Freiburger Gynäkologe verdient das Doppelte des gynäkologischen Landesdurchschnitts). Richtig ist es, die in der Sprechstunde erzielten TARMED-Jahresumsätze zu vergleichen, und hier liegen die Zürcher Gynäkologen gemäss santésuisse-Statistik 2005 praktisch gleichauf mit der Hausarztpraxis von Kollege Gachoud! Es ermüdet mit der Zeit, immer wieder auf die banale Tatsache hinweisen zu müssen, dass TARMED die im Zusatzversicherungsbereich erzielten Einkommen nicht umverteilen kann und darf. Die aktuelle Diskussion in der medizinischen «Neidgenossenschaft» lässt befürchten, dass diese Hoffnung bei gewissen Hausärzten trotzdem bestand und weiter besteht.

Für Leser mit vertiefteren Tarifkenntnissen sei noch erwähnt, dass die verschiedentlich zitierten Mehrumsätze seit TARMED-Einführung («Gynäkologen plus 10%») keiner näheren Prüfung standhalten. Im Kanton Zürich ist dieser Mehrumsatz ausschliesslich auf die gestiegene «Anzahl Erkrankter» zurückzuführen (höherer Abdeckungsgrad der santésuisse-Statistik plus mehr Patientinnen), während die gynäkologischen Fallkosten (Umsatz pro Patient) seit Einführung von TARMED deutlich sanken. Trotzdem hat ein Teil der Zürcher Hausärzte zu Unrecht versucht, uns und andere invasive Fachgesellschaften als Profiteure von TARMED darzustellen.

Es bleibt zu hoffen, dass die von Kollege Gachoud mit beträchtlicher Sprengkraft angefachte Diskussion um Ärztteinkommen auf eine rationale Grundlage zurückkehrt. Nur so ist zu verhindern, dass der «Zusammenhalt der Ärzteschaft» beschädigt statt gefördert wird.

*Gynäkologische Vereinigung des Kantons Zürich,
der Präsident, Dr. med. Michael Singer, Zürich*

- 1 Gachoud P. Zur Einigkeit der Ärzteschaft in der Frage des TARMED-Systems. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(12):548-50.



Notfallpauschalenverminderung

Beiden schreibenden Kollegen, Mülhauser [1] und Zingg [2], ein grosses Kränzlein. Beide haben recht ... über die Notfallpauschalenverminderung zu jammern ist zwar legitim, aber hinter dem Ganzen steht ja eigentlich etwas anderes: die Grundversorgerelimination! Ist jemand in der FMH, SGAM, SGIM, kantonalen Verbänden, Hausarzt-Netzwerk-Verbänden sicher, dass man «den Hausarzt» gesundheitspolitisch überhaupt noch will? Wir hören seit Jahren immer wieder schöne Lippenbekenntnisse pro Hausarzt; die Realitäten mit Abbau Labortarif, Tarifpositionsänderungen zuungunsten der Hausärzte, «vergessener» Physiotherapie-Anschlussstarife für Hausärzte etc. sprechen eine eigene Sprache ... Also, liebe Grundversorgerkollegen, begeben euch endlich auf das kämpferische Piratenboot, oder geht halt einfach unter ...

Dr. med. Urs Enggist, Auenstein

- 1 Mülhauser P. Notfallpauschale: Gejammer kontraproduktiv. Die echten Probleme gilt es zu benennen! Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(13):589.
- 2 Zingg-Röösli M. Aufruf zum Zusammenschluss der Grundversorger/innen als Gegengewicht zur FMCH. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(13):590.



Ein Aprilscherz der besonderen Sorte

Vor einem Jahr, am 1. April 2006, fand auf dem Bundesplatz in Bern die grosse Demonstration der ärztlichen Grundversorger statt. In weissen Kitteln mit den Insignien des Berufsstandes geschmückt, wurden die Sorgen und Nöte dieser zunehmend gefährdeten Berufsgruppe einer breiten Öffentlichkeit kundgetan. Das Echo in den Medien war unerwartet gross und signalisierte auch durchaus Verständnis für die geäusserten Anliegen. Die hohe Politik anerkannte die wichtige Funktion dieser Mediziner/innen,

verstand die Unzufriedenheit und versprach, über die Bücher zu gehen.

Nun per 1. April 2007 erfolgt in unserem unsäglichen Tarifgebilde TARMED, unter welchem nicht nur wir Ärzte, sondern auch viele andere Beteiligte in unserem Gesundheitssystem ätzen, eine Absenkung der Notfall- und Nachtdienstentschädigung um bis zu 30%.

Die Naivität der Kundgebung in Bern wird damit nur noch übertroffen durch die Naivität all jener, die den damaligen Lippenbekenntnissen Glauben schenken. Gerade die Grundversorger sind es in erster Linie, die die ambulante Notfallversorgung gewährleisten – wie lange noch? Jedenfalls sieht sich die Ärztesgesellschaft gezwungen, die Verpflichtung zum Notfalldienst zu lockern, da zunehmend weniger Ärztinnen und Ärzte gewillt sind, diesen Dienst zu leisten. Die Tarifänderung ist eine schallende Ohrfeige und gibt dieser Entwicklung weiteren Schub. Immer weniger Absolventen des Medizinstudiums entscheiden sich für eine hausärztliche Tätigkeit, schon jetzt zeigen sich eine deutliche Überalterung in der Ärzteschaft und grösste Schwierigkeiten, Praxisnachfolger zu finden. Die Banken finanzieren heute keine Arztpraxis ohne entsprechende Sicherheiten, immer häufiger geraten auch Ärzte in die Insolvenz. Aus der vielverschrienen Ärztelethora wird zunehmend ein Ärzteproletariat, und dies wird sich nachhaltig auf die Qualität der medizinischen Versorgung auswirken. Ich klage die Politik und unsere Standespolitik an, die nicht in der Lage ist, wahrscheinlich auch nicht willens, dieser Entwicklung endlich entgegenzutreten. Ich klage mich aber selbst auch an, mich in meiner bald 30jährigen Tätigkeit nie standespolitisch engagiert zu haben. Doch in unserem unplanmässigen Alltag in der Grundversorgung ist ein solch aufwendiges Unterfangen kaum möglich, und es wurde versäumt, unsere Anliegen durch professionellere Institutionen effizient vertreten zu lassen.

Eigentlich könnte ich in Gleichgültigkeit zurücklehnen, da mich all diese negativen Entwicklungen in meiner verbleibenden beruflichen Tätigkeit nicht mehr erreichen. Ich mache mir aber ernsthaft Sorgen für unsere nachfolgende Generation. Allein es bleibt die Hoffnung, dass es dieser gelingen wird, das titanische Schiff unseres Gesundheitswesens mit einem Kraftakt an dem deutlich erkennbaren Eisberg vorbeizuschrammen.

Dr. med. Peter Matter, Kilchberg



Die Ärzteschaft und ihre Weiterbildung im Fach Ethik

«Der Bundesrat hat der FMH unlängst das Mandat erteilt, Gesundheitsökonomie und Ethik in die Weiterbildungscurricula der Ärzte jeglicher Disziplin einzubauen». Dies entnehme ich wörtlich dem Editorial des Schweizerischen Medizin-Forums Nr. 10 vom 7.3.2007 [1].

Was geht hier vor? Ein Gremium, das in jüngster Zeit mehrere Entscheide gefällt hat, die jegliche ethische Grundlage vermissen lassen, verlangt von einer Berufsgruppe Schulung in Ethik. Einer Berufsgruppe wohlverstanden, die sich seit Jahrtausenden einem ethischen Verhaltenskodex unterzieht und ihm in aller Regel auch nachlebt. Dass es Ärzte gibt, die vor allem das Geldverdienen im Auge haben, bestreite ich nicht. Dass sie deshalb aber fachlich schlecht sind, ist nicht beweisbar. Beweisbar ist aber, dass der Bundesrat in mehreren Bereichen eine menschenverachtende und damit in höchstem Masse unethische Politik betreibt:

- Er ist nicht imstande und nicht gewillt, die Haltung und die Zucht von Kampfhunden zu verbieten, und nimmt damit zerfleischte Kindergesichter mit gelegentlich tödlichem Ausgang in Kauf zugunsten der fragwürdigen «Freiheit» jedes Schweizers und jeder Schweizerin, sich ein solches Biest zu halten.
- Die Armeewaffe im Kleiderschrank samt Munition will der Bundesrat nicht abschaffen, obschon 30% aller Waffensuizide mit einer Ordnanzwaffe ausgeführt werden und bei intrafamiliären Auseinandersetzungen ganze Familien mit der Waffe aus dem Schrank aradiert werden. Dem Bundesrat ist eine antiquierte kitschig-nostalgische Selbstverteidigungs-Romantik wichtiger als ein Menschenleben.
- Im Entwurf des Bundesrates zum Forschungsgesetz steht der Passus, dass Forschung an geistig unzurechnungsfähigen Menschen erlaubt sei, sofern diese Forschung den Versuchspersonen unmittelbaren Nutzen bringe. Sogar einem Bundesrat sollte klar sein, dass Forschung nie unmittelbar nützlich ist. Mit der Zulassung der Forschung an geistig unzurechnungsfähigen Menschen bewegt er sich

ungeachtet der erwähnten Scheinbedingung hart an der Grenze zum Gedankengut des Nationalsozialismus. Der erwähnte Passus im Gesetzesentwurf musste denn auch nach unzähligen entrüsteten Einsprachen nach der Vernehmlassung gestrichen werden.

Aufgrund dieser menschenverachtenden Politik des Bundesrates ist dieses Gremium nicht legitimiert, von der Ärzteschaft eine Weiterbildung in Ethik zu verlangen. Die FMH müsste dieses Ansinnen aus Bern zurückweisen. Will sie das nicht, so habe ich einen Vorschlag zur Güte: Wir bilden uns in Ethik weiter, lassen uns zu den entsprechenden Wochenendkursen ins von Wattenwyl-Haus einladen, und der Bundesrat sitzt neben uns auf der Schulbank.

Dann schönes Wochenende und viel Vergnügen!

Dr. med. Jörg Nef, Flawil

- 1 Gerber AU. Welche Konsequenzen hat die Forderung nach Ethik im Gesundheitswesen für die ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung? Schweiz Med Forum. 2007;7:245-6.



Inkontinenzeinlagen

Offener Brief an:

- BAG
- Santésuisse
- Eidg. MIGEL-Kommission
- Vertreterinnen der Versicherten
- Schweizerische Ärztezeitung

Sehr geehrte Damen und Herren

Die argomed Ärzte AG hat Sie im Oktober 2006 darüber informiert, dass im Aargau keine Inkontinenzeinlageverordnungen mehr ausgefüllt werden sollen. Die Gründe dafür wurden klar dargelegt. Als Hauptgrund bezeichneten wir die Tatsache, dass es dem Hausarzt nie möglich ist, die Inkontinenz in Millimeter/Stunde zu messen. Wenn er trotzdem Zeugnisse ausfüllt, handelt es sich um Gefälligkeitszeugnisse, und die sind eigentlich strafbar (vgl. Arbeitsunfähigkeitszeugnisse). Im Kanton Aargau werden die Einlagen in den meisten Pflegeheimen nicht in der Pauschale eingeschlossen.

Ich liste die Ereignisse der letzten Wochen auf:

1. Sitzung mit santésuisse
santésuisse hat am 22. Januar 2007 beim BAG interveniert. Zusätzlich wurde die Integra-

tion der Inkontinenzhilfen in den Alters- und Pflegeheimen im Kanton Aargau in die Tagespauschalen in Angriff genommen.

2. Brief an die ärztlichen Vertreter in der MIGEL-Kommission
Keine Antwort
3. Brief an die Vertreterinnen der Versicherten in der MIGEL-Kommission
Keine Antwort mit Ausnahme einer späten Bestätigung, dass der Brief eingetroffen sei.
4. Briefe ans Bundesamt für Gesundheit
 - Es wird uns die MIGEL erklärt und geraten, falls wir die Zeugnisse nicht ausfüllen könnten, die Patienten «in die Inkontinenzsprechstunde einer spezialisierten Klinik zu senden» (Frau Dr. E. Widmer, MD-PhD)
 - Die MIGEL wird uns erneut erklärt (Peter Indra, Vizedirektor)

Es fällt auf, dass auf den Inhalt des Anliegens nie und in keiner Weise eingegangen wird. Eine Verordnung, die weltfremd ist und die kein Arzt seriös beurteilen kann (ml Urin/4 Stunden), sollte geändert werden. Die Beteiligten sollten ihre Absicht bekunden, sich dem Problem anzunehmen. Sie aber tun so, als ob Sie nichts von unserer Botschaft verstanden hätten.

Erlauben Sie uns die Bemerkung, dass wir uns für dumm verkauft vorkommen. Statt auf ein Anliegen einzugehen, erhalten wir Erklärungen, die wir natürlich durchaus in der Lage sind selber nachzulesen.

Nachdem santésuisse sich eindeutig bemüht, eine Verbesserung zu erreichen, und doch mehrfach Patienten zu Schaden kamen, indem die Einlagen nicht bezahlt wurden, werden wir unseren Kolleginnen und Kollegen raten, den Boykott abzubrechen.

Da von amtlicher Seite kein Interesse besteht, diese unsinnige MIGEL-Bestimmung zu ändern, raten wir unseren Kolleginnen und Kollegen, die Zeugnisse entsprechend der Qualität dieser Bestimmung auszufüllen.

Damit wäre also einem amtlichen Ukas Genüge getan. Wenn Sie das alles befriedigt und nichts weiter passiert, so ist das bitter, aber leider Realität. Uns wurden damit die Abläufe und die Prozesse im realen Gesundheitswesen einmal mehr klar vor Augen geführt!

*Argomed Ärzte AG, Dr. med. Kurt Kaspar,
Verwaltungsratspräsident*



Offener Brief an Werner Durrer, Direktor IV Luzern

Sehr geehrter Herr Durrer

Seit die IV die Somatoforme Schmerzstörung nicht mehr als Krankheit betrachtet, ist die Hölle los. Ich konnte im vergangenen Jahr in das katastrophale Leben mindestens eines Dutzends solcher Patienten Einblick nehmen. Zurzeit begleite ich noch fünf Patienten, welche zwischen Stuhl und Bank gefallen sind. Die IV sagt, sie seien gesund, die Realität zeigt, dass sie nicht arbeiten können, obwohl sie dringend möchten. Einerseits hindern sie die Schmerzen daran, einer regelmässigen – auch einfachen – Arbeit nachzugehen. Andererseits gibt ihnen längstens niemand mehr eine Arbeitsgelegenheit. Wenn sie beim RAV ausgesteuert sind, bleibt nur noch das Sozialamt. Die Tatsache, zum Sozialamt gehen zu müssen, ist der Höhepunkt der Kränkung für solche Menschen. Sie sind invalid, werden von der IV als gesund dargestellt und implizit zu Nichtsnutzern, Faulpelzen und Schwächlingen gestempelt. So fühlt sich vergleichsweise ein Beinamputierter mit Phantomschmerzen, dem man verschmitzt in die Prothese kneift, um ihm zu zeigen, dass man ihn des Betrugs überführt habe.

Abwechslungsweise schwanken diese Kranken hin und her zwischen Amok- und Suizidgefahr. Solche verzweifelten Patienten in der Praxis zu begleiten treibt einen selber in die Verzweiflung. Man fühlt sich einsam und von «allen guten Geistern» verlassen.

Was hier abläuft, ist der Höhepunkt des Zynismus unseres leistungs- und konsumorientierten Mach-

barkeitswahns. Lieber tausend Invalide nicht mehr unterstützen, dafür tolerieren, dass einer sich aus den Einkünften des Heilmittelverkaufs (notabene mit Hilfe des Geldes der Krankenkassenprämien) ein Salär von 40 000 000 Franken in die eigene Tasche abzweigt!

Das aktuelle Beispiel, welches mich u.a. zu diesem Schreiben treibt, ist Herr A.M., 44jährig, seit 17 Jahren in der Schweiz. Herr A. leidet seit einem Unfall 1999 (Militärversicherung) unter zunehmenden invalidisierenden Rückenschmerzen. Seit Anfang 2003 ist er arbeitsunfähig. Die Odyssee durch die Versicherungen hat ihn nun definitiv zerbrochen, und seit der Ablehnung durch die MV und im Sommer 2005 durch die IV ist seine Misere perfekt. Bis Mitte April wird er, obwohl alle, welche ihn kennen, von seiner Arbeitsunfähigkeit und erst recht seiner Unvermittelbarkeit überzeugt sind, paradoxerweise noch von der Arbeitslosenversicherung unterstützt. Nur mit unmöglichen Manövern ist es möglich, diese perverse Situation noch aufrechtzuerhalten.

Alle hoffen nun, dass eine Neubeurteilung durch die MEDAS die Realität rechtlich absegnet. Eine solche Untersuchung wird jedoch erst im 3. Quartal in Aussicht gestellt, was meines Erachtens unhaltbar ist, d.h., ich weiss mit bestem Willen nicht, wie wir diese Zeit noch durchstehen könnten.

Mein konkretes Anliegen ist erstens im speziellen, dass Sie eine raschere Abwicklung dieses Falles ermöglichen, und zweitens, dass Sie meinen Notruf von der Front hören und alles in Ihrer Macht Stehende unternehmen, damit die Drahtzieher dieser Misere und die Öffentlichkeit von dieser unmenschlichen Situation in unserer «tollen» Schweiz erfahren.

Dr. med. Peter Grob, Luzern