

Briefe an die SÄZ



Leserbrief zu den Beschlüssen der FMH und der SGAM zur Abstimmung über die 5. IV-Revision

Ich traue meinen Augen nicht. Die SGAM hat Stimmfreigabe und die FMH gar die Ja-Parole zur Abstimmung über die 5. IV-Revision beschlossen! Die FMH greift das Argument «Eingliederung statt Rente» und eine angeblich bessere Fallbetreuung als Rechtfertigung dafür auf.

Wo leben denn die Ärzte und Ärztinnen der DV der FMH und die Teilnehmer der Kadertagung der SGAM? Immer noch lassen sie sich die Augen verwischen, schauen nicht hin und voraus. Die Einwände des Referendatskomitees werden in den Mitteilungen nicht einmal erwogen! Dabei sollte jedem praktizierenden Arzt klar sein, dass hier eine Sparübung gesetzlich festgelegt wird, die in Realität schon lange begonnen hat. «Eingliederung statt Rente» ist nicht neu, gilt seit langem, wird aber mangelhaft umgesetzt. Die Revision wird das sicher nicht verbessern. Aber ein grosser Teil der Betroffenen wird es in Zukunft schwerer haben, wird weder eingegliedert werden (können) noch gut betreut, dafür aber weniger finanzielle Unterstützung erhalten. Es ist an der Zeit, dass wir aufhören, (pseudo-)wirtschaftlich zu denken, sondern uns vorbehaltlos für unsere Patienten und ihre Gesundheit im umfassenden Sinn (WHO-Definition) einsetzen.

Dr. med. Oliver Dätwyler, Dietikon



Warum ein Nein zur Revision der Invalidenversicherung?

Ich kenne einige Menschen, die eine Invalidenrente beziehen. Keiner bezieht die Rente missbräuchlich. Roger zum Beispiel arbeitete in einer

Zürcher Baufirma. Er besorgte die Hauspost. Die Firma profitierte, sie zahlte ihm nur einen sehr kleinen Lohn, da er ja eine Teil-Invalidenrente bezog. Er arbeitete genauso viel wie ein sogenannter Gesunder. Roger starb vor einigen Jahren zu früh an einem Hirnschlag als Folge seiner Invalidität.

Ein anderer Bekannter, ein gelernter Hochbauzeichner, arbeitet heute in einer geschützten Werkstatt. Noch so gerne würde er in einem Architekturbüro arbeiten. Aber diese Büros werden ihn nicht anstellen, obwohl er inzwischen gelernt hat, am Computer zu zeichnen (CAD). Daran krankt die Revision. Die Arbeitgeber, die Firmen und Büros werden nicht verpflichtet, Invalide einzustellen. Sehr viele, oft sehr gut qualifizierte und Ausgebildete, würden noch so gerne in einem richtigen Betrieb arbeiten. Aber sie haben bei einer Bewerbung keine Chance mit ihrem Menetekel der Invalidität oder eines Klinikaufenthaltes. Auch wenn die Revision angenommen wird, müssten die Arbeitgeber verpflichtet werden, Invalide einzustellen. In vielen Fällen, wie bei Roger, würden sie sogar noch davon profitieren.

Die Revision der Invalidenversicherung verschlechtert auch die Betreuung von Invaliden zu Hause. Der Mann einer Bekannten ist invalid geworden, er kann kaum mehr sprechen. Sie pflegt ihren Mann zu Hause. Er ist wie sie schon im AHV-Alter. Der Mann müsste ohne ihren Beistand in einem Pflegeheim leben. Für diese Pflege bekommt meine Bekannte heute eine kleine Entschädigung. Diese Entschädigung wird nun, falls die IV-Revision angenommen wird, gestrichen. Das empfinde ich als Fehler. Auch dieser Punkt müsste noch einmal überlegt werden, falls die Revision durchkommt. Es ist doch sinnvoll, wenn dieser invalide Mann zu Hause gepflegt wird und nicht in ein Heim abgeschoben wird, das zehnmal mehr kostet als die Pflege zu Hause durch seine Frau.

Heinrich Frei, Zürich



Managed Care verbessert die Behandlungsqualität – Entgegnung zum Artikel von Dr. Thomas Hofer [1]

In polemischer Weise setzt sich der Dermatologe Thomas Hofer, unterstützt von dermatologischen und chirurgischen Fachgesellschaften, mit der Entwicklung des schweizerischen Gesundheitswesens in Richtung Managed Care auseinander. Die Treibkraft seiner Kritik ist wohl die Tatsache, dass Versicherte in Hausarztmodellen nicht von sich aus jeden beliebigen Spezialisten aufsuchen können. Tatsächlich müssen sich in Managed-Care-Modellen auch Patienten mit Püggeli und Äderchen zuerst an den Hausarzt wenden, der – wenn erforderlich – die Überweisung vornimmt. Im Aargau, wo Thomas Hofer praktiziert, erfreut sich Managed Care seit zehn Jahren zunehmender Beliebtheit mit über 20% der Versicherten. Die Zusammenarbeit zwischen Grundversorgern und Spezialisten ist von Kollegialität und gegenseitigem Respekt geprägt. Ein modernes Gesundheitswesen ist hochkomplex, besonders wenn es so hoch entwickelt ist wie in der Schweiz. Patienten haben es schwer, einen Überblick zu erhalten. Die Medien mit ihren vielen Beiträgen zu Gesundheitsthemen verwirren mehr, als dass sie Klarheit schaffen. Mit zunehmendem Alter leiden immer mehr Menschen an mehreren Krankheiten gleichzeitig. Ohne professionelle Beratung und Koordination durch einen Hausarzt ist die Gefahr da, Schaden zu erleiden. Managed Care steht bei uns deshalb für bessere Qualität und besseres Outcome. Die Sicht des Dermatologen auf die Oberfläche oder die organzentrierte Sicht anderer Spezialisten genügen nicht.

Die meisten Managed-Care-Organisationen in der Schweiz werden durch Ärzte geführt und stellen die Behandlungsqualität vor finanzielle Interessen. Die Entwicklung geht in die Richtung vermehrter, besserer und strukturierter Zusammenarbeit mit Spezialisten in Praxis und Spital. Mit dem Ziel der besseren Patientenbetreuung empfiehlt es sich auch für einen Dermatologen, sich auf diese Zusammenarbeit einzulassen und nicht aus ideologischen Gründen abseits zu stehen.

Dr. Heini Zürcher, argomed Ärzte AG, Windisch

1 Hofer T. Ohne Hausarztmedizin funktioniert unser Gesundheitswesen nicht, ohne Hausarztmodell jedoch bestens! Schweiz Ärztezeitung. 2006;88(18):797-9.



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

Besten Dank für den erhellenden Beitrag des Gynäkologen Dr. med. Michael Singer [1]. Nach der Lektüre wurde mir klar: Nicht der TARMED ist schuld an den riesigen Einkommensunterschieden zwischen «Grundversorgern» und Spezialisten, es sind die durch die Gesetze geschaffenen Randbedingungen!

So darf der Gynäkologe nachts zum Privattarif in die Klinik eilen, der Hausarzt muss zum «kostenneutral» reduzierten TARMED-Sozialtarif zu seinem Notfallpatienten nach Hause gehen. Zusatzversicherungen und Privattarif wurden für den ambulanten Bereich mit dem Segen der FMH unsinnigerweise verboten.

Was macht der clevere Spezialist: Eine Kurzhospitalisation, und schon ist er dem TARMED entronnen und kann privat abrechnen. Es ist unsinnig, dass das Gesundheitsgesetz mit dem Verbot der ambulanten «Privatmedizin» Anreiz zu stationärer Versorgung bietet.

Ende Jahr sieht der kluge Hausvater nach, was sich im Einkommenstopf angesammelt hat. Es ist völlig gleichgültig, woher das Geld kommt. Non olet, es stinkt nicht, wie schon Vespasian sagte, als er eine Kloakenbenutzungssteuer einführte.

Wenn der Gesetzgeber die einen an den Topf der Zusatzversicherungen lässt, die anderen nicht, dann muss er das andernorts ausgleichen: zum Beispiel mit einem um 20% höheren TARMED-Taxpunktwert für Grundversorger. Auch wäre der Taxpunkt für die Ärzte mit Selbstdispensation zu senken und für die übrigen entsprechend zu erhöhen.

Es ist dringend – wenn nicht schon zu spät – für grundlegende Änderungen, siehe die Altersstruktur der Hausärzte und die Berufsziele der Studenten! Heutige Änderungen werden sich erst in zehn Jahren auswirken. Es ist wie bei einem Ozeanriesen, wenn das Steuer herumgerissen wird, fährt er noch lange in die gleiche Richtung, Titanic lässt grüssen ...!

Dr. med. Martin Rickenbacher, Rheinfelden

1 Singer M. Einkommensunterschiede der Ärzteschaft: keine «Frage des TARMED-Systems»! Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(17):749-50.



A propos de l'article «De l'unité du corps médical face à TARMED» de Pierre Gachoud [1]

Cher Confrère,

Merci de votre sincérité et de votre courage. Il y a longtemps que les médecins auraient dû exposer leurs chiffres pour démontrer qu'ils ne gagnent, pour la plupart, pas tant qu'on le pense. Au contraire de ce que laisse croire votre article, la plupart des spécialités ont également enregistré une nette diminution des revenus et bien des spécialistes sont dans la même situation que vous! L'étude Hasler a bien montré la perte de 40% des revenus AVS entre 1972 et 2002.

Il est aussi parfaitement exact que nos politiciens, toutes tendances confondues, ont fait croire à la population que l'on pouvait rouler en Rolls pour le prix d'une 2CV, avoir des soins de pointe tout en payant une médecine «aux pieds nus»! Et il est tout aussi exact que ce sont les médecins de premier recours qui en font principalement les frais et qui ont été le plus durement touchés. Mais ce sont aussi eux qui ont voté pour le TARMED lors de la votation générale, malgré les mises en garde des spécialistes.

Là où j'ai plus de peine à vous suivre, c'est sur le remède. Je ne suis pas certain qu'il faille enlever aux spécialistes pour donner aux médecins de premier recours (MPR). Nous ne devons pas perdre de vue que les différents médecins exercent autant de professions différentes qu'il y a de spécialités. Les chirurgiens ont en général une formation plus longue et une espérance d'exercice nettement plus courte que la plupart des généralistes ou psychiatres, avec souvent des contraintes horaires et de gardes plus importantes. L'exercice de la médecine en ville et à la campagne est aussi bien différente. Une lutte et un marchandage entre MPR et spécialistes ne conduira à rien de constructif.

Il serait, en effet, très dangereux, si l'on veut défendre la qualité de notre travail, d'aligner les revenus de tous les médecins sur ceux des généralistes, ce qui ne manquera pas d'arriver si l'on suit votre raisonnement. C'est une réflexion qui n'amènera que des perdants. Si nous cherchons une solution qui tienne compte de la défense d'une haute qualité des soins (d'ailleurs demandée par la population), il n'y a pas d'autre solution que de rétribuer correctement tous les médecins. Je pense que l'ensemble du corps médical est disposé à se battre pour l'amélioration des conditions des MPR, mais pas en discutant d'un

nivellement par le bas. C'est la condition de l'ensemble de corps médical qui doit être améliorée. D'ailleurs, les critères de «revenu-type» devraient, à mon avis, être recherchés hors de la médecine, dans des professions avec formation et responsabilité équivalente.

Certes, on parle régulièrement des «ténors» de notre profession, qui ont des revenus élevés. Il faut laisser ces critiques aux personnes externes au corps médical. Nous le savons tous, ils sont peu nombreux, mais ces «gagneurs» sont le plus souvent des collègues particulièrement doués, qui ont su valoriser leurs talents et qui ont su prendre des risques plus importants pour développer leurs compétences. J'ai toujours estimé que les collègues qui gagnaient beaucoup par un travail de qualité ne faisaient pas d'ombre aux autres et que, d'une certaine manière, ils rehaussaient l'image globale de la médecine.

La dégradation observée, bien réelle, est liée en bonne partie à un «détournement de fonds» des soins vers l'administration. Les sommes énormes que le corps médical engloutit dans nombre de projets administratifs, de contrôle, sont autant de sommes qui devraient garnir les portefeuilles de ceux qui travaillent au quotidien avec les patients, soignent, soulagent, et qui, finalement font ce pour quoi ils devraient être payés. Tous les systèmes de réseaux et autres ont en commun une augmentation du travail administratif et des frais, sans aucune amélioration réelle des soins aux patients. C'est donc contre «l'administrationnisme aiguë» et la «contrôlite aiguë» dont souffre la Confédération, et en partie aussi la FMH, que nous devons réagir et lutter en premier.

Avec mes confraternelles salutations

*Dr Jean-Pierre Grillet,
FMH Dermatologie et Allergologie, Genève*

1 Gachoud P. De l'unité du corps médical face à TARMED. Bull Méd Suisses. 2007;88(12):548-9.



Offener Brief an Herrn Kollegen Gachoud

Sehr geehrter Herr Kollege Gachoud

Anfangs mit Interesse, später mit zunehmendem Ärger haben wir Ihren offenen Brief in der SÄZ gelesen [1]. Zunächst aber Hut ab für die Offenheit, mit der Sie Ihre Zahlen publizieren. Dies wäre ein guter Schritt in die richtige Richtung. Auch Ihr Einsatz vor 20 Jahren für drei Psych-

iaterkollegen war ein Akt der Solidarität, der Respekt verdient.

Dass Sie nun aber eine Breitseite gegen uns Psychiater/innen fahren – die mit Abstand am schlechtesten verdienende Ärztesgruppe –, ist eine Kröte, die nur schwer zu schlucken ist. Sie operieren mit Phantasiezahlen. Selbst wenn Ihre Angaben stimmten: Was wären 20% auf ein Jahreseinkommen von 100 000 Franken, und was bedeuten in absoluten Zahlen 14% für ein Jahreseinkommen von orthopädischen Chirurgen? In Wil SG verdienten wir an der zu Zeiten des sogenannten Basartarifs gepflegten 50minütigen Psychotherapiestunde Fr. 156.80, heute bekommen wir unter dem sogenannten Bordelltarif, zit. W. Brühlmann [2], dafür knapp Fr. 146.95. Wenn trotzdem insgesamt eine bessere Honorierung resultiert, so bloss wegen anerkannt berechtigter neuer und besser angepasster Positionen «in Abwesenheit des Patienten». Bei Behandlungen, die von IV und UV bezahlt werden, ist der Stundenansatz noch ein wenig niedriger als vor TARMED. Inzwischen sind aber auch die Aufwendungen (Software, Abgaben, z. B. an Trustcenter etc.) gestiegen, und die Zahlungsmoral unserer Klientel wird auch immer schlechter. Am Ende bleibt kaum mehr als zuvor. Und so wundert es nicht, dass der fehlende Nachwuchs in unserer Spezialisierung bereits in der Sonntagspresse ein Thema wird.

Wir verstehen nicht, dass Sie ausgerechnet uns Psychiater/innen am ausführlichsten, aber auch am ungenauesten attackieren. TARMED hätte ja zum Ziel gehabt, dass intellektuelle Leistung etwas besser abgegolten würde. Es ist einfach, auf den Schwächsten herumzuhacken, nach unten treten ist einfacher als nach oben. Wenn Sie glauben, Hacken sei eine gangbare Strategie, warum hacken Sie denn nicht gegen die höchstverdienenden Ärztesgruppen?

Vermehrte Transparenz unsere Einkommen betreffend könnte ein erster Schritt sein in Richtung vertretbarer, aber auch notwendiger Angleichung ärztlicher Einkommen (hinsichtlich Fachrichtungen bzw. West-Ost-Gefälle) – nur nicht in der Art dieses offenen Briefes.

*Im Namen des Qualitätszirkels
der Wiler Psychiater/innen
Dr. med. P. Menghini,
Dr. med. R. Tschannen
und Dr. med. V. Tschannen*

- 1 Gachoud P. Zur Einigkeit der Ärzteschaft in der Frage des TARMED-Systems. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(12):548-50.
- 2 Brühlmann W. Taschenwörterbuch des Gesundheitswesens. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(16): 719-24.



«Auf zu neuen Ufern» [1]

Lieber Herr Schlossberg

Ich gebe Ihnen recht, die Planspiele zeigen düstere Perspektiven. Wenn BR Couchepin aber einen Teil der Probleme innerhalb der Ärzteschaft ortet, hat er wahrscheinlich recht.

Schaurig erschallt das Wehklagen der Hausärzte durchs Land. Wolfsrudelähnlich stimmen auch diejenigen ein, denen es noch gutgeht und die bisher noch nicht soweit waren, erbrachte und gerechtfertigte Leistungen nicht mehr zu verrechnen, nur um damit die Gesundheitskosten zu senken ...

Niemand scheint zuzuhören. Oder doch? Ja, unsere jungen Kollegen, die dereinst unsere Patienten betreuen und unsere Praxen übernehmen sollten, die haben ein feines Gehör. Wer will denn heute unter solch düster gemalten Zukunftsaussichten einen eigenen Betrieb eröffnen? Lehrstühle für Hausarztmedizin bringen nur etwas, wenn jemand zuhören will. Ein Auditorium löst die Probleme bestenfalls in zehn Jahren. Anpacken ist jetzt gefragt. Das Hausarztbild braucht dringend einen Paradigmenwechsel.

Auch die Etablierten brauchen Mut zum Neuen. Zusammenlegen von Praxen gibt mehr Freiraum. Gewiss, das kostet allen Beteiligten eine neue Grundinvestition mit Neueinrichtung. Haben Sie auch schon daran gedacht, dass sich damit der heute amortisierte Wert Ihres Betriebs wieder massiv erhöht? Und dass Nachfolger Gruppenpraxen suchen? Und dass eine Neustrukturierung alle die Dinge, die Sie heute anders machen würden, realisieren lassen, die Freude an der Arbeit unterstützen? Und – nicht zuletzt – was ist Ihnen mehr Freizeit wert? ... Schluss mit dem Wehklagen, verbessern wir endlich unser Image bei den jungen Kollegen! Oder machen Sie es wie ich: Laden Sie sich als Referent in die internen Fortbildungen der Assistenzärzte ein, und zeigen Sie auf, wieviel Freude ein eigener Betrieb machen kann.

Es wäre an der Zeit, dass das Wolfsrudel mit dem Heulen aufhören, das Aas im Gesundheitswesen auffressen und gemeinsam die Zähne zeigen würde.

Mit freundlichem Gruss

*Ihr (romanischer) Namensvetter
Dr. med. Ulrich Castelberg, Aarberg,
www.arztpraxisberatung.ch*

- 1 Schlossberg D. Auf zu neuen Ufern: zum teuersten Gesundheitswesen auf diesem Planeten. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(18):789.