

Briefe an die SÄZ



Merci pour ce beau témoignage!

Un grand *merci* au Dr Burnier pour son article «Médecine de campagne et qualité de vie» [1] et à la rédaction qui l'a publié. Bien plus qu'une simple ode bucolique, c'est un pur plaidoyer pour la médecine de premier recours, mais aussi simplement pour l'installation en pratique indépendante. Nous avons un magnifique métier. Et nous devons oser le redire à nos étudiants et à nos jeunes collègues en formation postgraduée. Installé à La Chaux-de-Fonds depuis 5 ans, j'y trouve un plaisir monstre. L'accueil par les collègues à qui l'on ne vient pas voler des patients mais les soulager d'une charge de travail grandissante (plus de 3 collègues de premier recours vont fermer boutique sans à première vue avoir trouvé de remplaçants) a été très chaleureux même avant l'installation. Les rencontres avec les pairs plus expérimentés sont toujours très enrichissantes et les contacts avec des collègues chauds-de-fonniers engagés pour notre profession (parmi d'autres, le président de la Société de Médecine Neuchâteloise et la présidente de l'Association Neuchâteloise des Médecins Omnipraticiens) toujours très stimulants. Aux craintes des difficultés administratives et économiques, nous devons opposer des témoignages comme celui du Dr Burnier. Ils ont à mon sens bien plus de poids que les grands mouvements politiques et d'éventuelles incitations financières (même si ces mesures ont toutes leur sens). C'est une belle ambition que de vouloir faire de la bonne médecine de premier recours dans une belle région où les patients ont besoin de vous! A disposition pour discuter avec de jeunes intéressé(e)s de la beauté de notre profession et de la région des montagnes neuchâteloises!

Encore Merci pour ce beau témoignage!

Dr Cédric Deruaz, La Chaux-de-Fonds

1 Burnier F. Médecine de campagne et qualité de vie. Bull Méd Suisses. 2010;91(50): 2019-23.



Eine ungewollte Schwangerschaft ist nicht per se krankmachend

Frau Anne-Marie Rey behauptet in ihrem Brief in der SÄZ 50 [1], eine ungewollte Schwangerschaft sei ein krankmachender Zustand. Das stimmt aber so nicht. Eine ungewollte Schwangerschaft ist zunächst einmal wie andere ungewollte Ereignisse (Krankheit, Unfall, Tod von Angehörigen usw.) eine Belastung, die aber durchaus bewältigt werden kann, vor allem wenn die nötige Unterstützung durch das Umfeld und auch den Staat da ist.

Leider gibt es aber durchaus finanzielle Anreize für Schwangerschaftsabbrüche, wozu ich allerdings nicht Finanzierung von Schwangerschaftsabbrüchen durch die Grundversicherung zähle (die ich für richtig halte!), sondern die Tatsache, dass es für die werdenden Väter, aber auch für Eltern von (jugendlichen) ungewollt Schwangeren am billigsten kommt, die werdende Mutter zu einer Interruption zu überreden. Sie müssen dann nicht bezahlen und haben keine Umstände mit Hüten des Kindes, die körperliche und seelische Belastung des Schwangerschaftsabbruchs trägt aber die Schwangere allein.

Dr. med. Monika Diethelm-Knoepfel, Uzwil

1 Rey A-M. Zum Brief von Daniel Beutler «Schwangerschaftsabbruch: das Rad der Zeit zurückdrehen?». Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(50):1993.



Weitere Abwertung der Grundversorger

Lieber Herr Kollege de Haller
Herzlichen Dank für Ihre Replik auf meinen offenen Brief [1].

Leider ist mir Ihre schriftliche Antwort betreffend die Selbstdispensation zu vage, auch wenn sie vom Zentralvorstand und der Delegiertenversammlung besprochen und abgesegnet wurde. Ich sehe nicht ein, weshalb ein Arzt an der differenzierten Abgabe eines Medikaments, was eine Arbeitsleistung darstellt, nicht unterschiedlich verdienen soll. In

Analogie dazu verdient ein Apotheker bei der Medikamentenabgabe je nach Preissegment verschieden; der einzige Unterschied ist der, dass das geistige Gut des Arztes auf dem Rezept für den Patienten festgehalten ist und der Apotheker an dieser Fremdverordnung nun auch noch verdient. Der margenunabhängige Verdienst ist ein Schlagwort des Preisüberwachers und der Presse; es ist mir deshalb rätselhaft, dass die FMH diesem Ausdruck mit Kniefall folgt und ihn nicht verteidigt. Sie erwähnen in Ihrer Replik korrekt, dass Sie für den Inhalt von Presseartikeln nicht verantwortlich sind, sollten diese aber falsche Inhalte aufzeigen, so hat der Verband FMH, als Dachverband der niedergelassenen Ärzteschaft, dies klarzustellen und sich zu wehren – eine zentrale Aufgabe eines Verbands. Der Verdienst durch die Selbstdispensation ist ein zentraler Teil des Verdiensts des Grundversorgers; ich denke, dass sich der Teil im 25–30%-Verdienstsegment bewegt. Diesen grossen Teilverdienst wollen Sie und die FMH-Führung in dieser Grösse in den TARMED-Vertrag überführen. Genau hier kann ich mich nur fragen, wie dies vom Krankenkassenverband bewilligt werden soll. Im letzten Communiqué der Santésuisse vom 11.11.2010 schreibt der Verband, dass Forderungen der Ärzteschaft zur Revision des TARMED-Tarifs ohne Zusatznutzen für den Patienten nicht akzeptiert werden können und somit abgewiesen würden.

Zurück zum neuen Selbstdispensationsmodell der FMH. Sicherlich geben Sie mir recht, dass gleiche Medikamentenkosten entstehen, ob diese durch den Arzt in der herkömmlichen Selbstdispensation verrechnet oder über eine Grossapotheke abgegeben werden. Laut Santé-suisse-Statistik finden wir jedoch einen grossen Unterschied in den durchschnittlichen Medikamentenkosten bei Kantonen mit reiner Rezeptur und jener mit reiner Selbstdispensation (ca. 300 Franken). Hier zeigt sich, dass der selbstdispensierende Arzt auf die Preise der Medikamente achtet und mehrheitlich günstigere Generika abgibt. Schliesslich bedeutet das neue FMH-Modell der Selbstdispensation Mehrkosten für das Gesundheitswesen durch gleiche Medikamentenkosten und zusätzliche Kosten, die durch den TARMED-Tarif kompensatorisch abgedeckt werden sollen. – Ein Modell, das höhere Gesundheitskosten generiert, das keinen Zusatznutzen für die Versicherten bringt und laut dem neusten Communiqué der Santé-suisse deshalb wortgetreu abgelehnt werden muss. Somit wird der von Ihnen vorgeschla-

gene Abgeltungsmodus durch den TARMED-Tarif vom Krankenkassenverband negiert oder mit einem Entgelt eingesetzt, das in keiner Art und Weise dem Verdienstausfall des ärztlichen Medikamentenverkaufs entspricht. Einmal mehr wird der Grundversorger durch Unattraktivität zum Aussterbemodell degradiert und wird mit einem weiteren erheblichen Verdienstverlust bluten müssen. Ich erachte deshalb eine *Urabstimmung zum neuen Selbstdispensationsmodell der FMH vor Einführung als von zentraler Bedeutung*, um dem von Ihnen hochgelobten, demokratischen Gedankengut des Verbands gerecht zu werden.

Dr. med. Hans F. Baumann, Bassersdorf

- 1 De Haller J, Gähler E. Antwort. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(47):1862.



Ich lebe von der Marge

Zum Brief «Die FMH steht nicht hinter der Selbstdispensation» [1]

und der Antwort des FMH-Präsidenten [2]

Wenn ich auf die bisherigen 18 Jahre Praxistätigkeit zurückblicke, so zeigt sich ganz deutlich, dass ich nicht wegen des Tarifs gut gelebt habe, sondern von der Marge beim Verkauf der Medikamente. Das zeigt die Buchhaltung Jahr für Jahr. Der Gewinn der Medikamentenabgabe fällt regelmässig viel höher aus als der Ertrag aus dem Tarif, mit dem man bei korrekter Anwendung höchstens überlebt, aber nicht gut verdient.

Dabei gebe ich pro Patient nicht mehr Medikamente ab als meine Kollegen. Regelmässig kürze ich die Dauermedikation bei Spitalaustritt. Trotzdem sprechen die Zahlen eine deutliche Sprache. Der Tarif – 80 Rappen im Kanton Luzern – sichert höchstens das Überleben, der Verdienst wird gut aus dem Mehrwert durch den Medikamentenverkauf.

Dieser Gewinn entschädigt indirekt auch für den ganzen Stress, der durch die Betreuung eines grossen Patientenstammes bei vielen Landärzten aufkommt. Denn TARMED gibt lediglich ein Abbild der Zeit, nicht der Intensität.

Den Medikamentenverkauf ohne Marge als Abgabe im Tarif zu integrieren, bedeutet, uns zu 100% zu Tarifabhängigen zu machen. Da können Politik und KK jederzeit den Hahn zudrehen, wenn die Kosten weiter steigen. Bei den Medikamenten ist dies schwieriger, will doch auch die Pharmaindustrie für ihre Produkte einen Gewinn machen und hat eine entsprechende Lobby. Mit dem Medikamentenverkauf haben wir ein tarifunabhängiges

Standbein! Schlagen wir dieses Standbein ab, schwindet die Attraktivität des Hausarztberufes weiter: für unseren Nachwuchs und für ausländische Kollegen, die bei uns die kommenden Löcher stopfen könnten.

Die Tatsache dass bei DRG und Managed Care keine Urabstimmungen (wie beim TARMED) stattfanden, hätte genügend Grund geliefert, um aus der FMH auszutreten.

Wenn nun aber die FMH mit Zentralvorstand und Delegiertenversammlung glaubt, sich nicht mehr für ein tarifunabhängiges Einkommen aus dem Medikamentenverkauf einsetzen zu müssen, dann bleiben nur noch pragmatische Schritte:

- eigenmächtige Anwendung des Tarifs
- Austritt aus der FMH
- vorzeitige Aufgabe der Praxistätigkeit

Im kommenden März feiere ich meinen 52. Geburtstag. Schade, dass ich in der Arbeitszeit so etwas schreiben muss.

Dr. med. Beat Meister, Hochdorf

- 1 Baumann H. Die FMH steht nicht hinter der Selbstdispensation. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(47):1862.
- 2 De Haller J, Gähler E. Antwort. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(47):1862.



Décision incompréhensible

A côté de mesures utiles, par exemple les réseaux de soins (mais la droite et le lobby des caisses-maladie ont «taclé» notre conseiller fédéral Didier Burkhalter) mon expérience de pédiatre, médecin de santé publique, responsable d'un service de santé scolaire d'une grande ville, la connaissance que j'ai de la situation de précarité d'un certain pourcentage de familles, m'interpellent au sujet d'une décision incompréhensible, le refus de rembourser les lunettes pour les enfants. Passe encore pour les adultes. Mais les enfants doivent *obligatoirement* fréquenter l'école, et le nombre de troubles visuels n'est pas mince, largement supérieur à 10%. Si le raisonnement consistait à dire qu'il y a un traitement efficace qui guérit, pourquoi pas. Mais les opérations de cornée sont formellement contre-indiquées durant la croissance, et leur innocuité à long terme pas encore prouvée. Exit donc le raisonnement qui voudrait promouvoir une mesure curative contre une mesure palliative. D'autant que la vue évolue, et que la myopie, largement majoritaire, est le fait d'un œil trop long. Donc en fait une malformation, même si elle n'est pas congénitale! Je crains donc qu'il n'y ait aucune raison scientifique à cette suppression

de remboursement, sachant que les enfants doivent y voir clair pour apprendre à lire (tiens donc) et que personne ne porte des lunettes médicales par plaisir. Ce non-remboursement est juste un obstacle inutile, mais dispendieux pour les familles à budget serré, alors que des grandes succursales ont fait l'effort de fabriquer à bas prix, et que c'est un médecin qui prescrit! Ce n'est pas un traitement de «confort» ou «esthétique».

Le questionnement est en fait éthique. Notre ministre de la santé voudrait-il donc promouvoir la théorie que seule la souffrance fonde l'approche médicale et les prestations (comme pour la vieille dame qui a de l'arthrose et a droit à ses médicaments, mais n'en guérira pas) et non pas une authentique vision de santé publique, qui consiste à assurer aux personnes, dans des limites raisonnables, une pleine exploitation de leurs capacités (comme l'enfant qui a besoin de lunettes).

J'en viens à me demander s'il y a au département des personnes aptes à comprendre la santé publique, y travaillent et prennent vraiment les décisions. L'effort d'économie est louable, mais malheureusement il n'apparaît dans les décisions récentes pas de ligne de réflexion claire. Dommage pour un début de mandat!

Dr Virgile Woringe, Lausanne



Integrierte Versorgung – ein Weg in die Zukunft! Antwort auf den Brief von Dr. med. Roman Buff [1]

Wer diesen Brief genau studiert, dem müssen als einigermassen rational denkendem Menschen die Haare zu Berge stehen.

Zitat: Die freie Arztwahl ist im Ärztenetz – mit leichten Einschränkungen – gewährleistet. Diese Argumentation verwendet z.B. auch die Katholische Kirche oder der Islam: Dein Denken ist frei, Du musst nur zu uns kommen und das tun, was wir Dir sagen. Entweder es ist freie Arztwahl, dann gibt es keine Einschränkungen, und sonst ist sie eben nicht frei. Ende der Diskussion. Alles andere ist Haarspalterei.

Ich möchte damit gewisse Möglichkeiten und gute Optionen von Managed-Care-Modellen nicht prinzipiell verurteilen, man leistet der Sache aber einen Bärendienst, wenn man Dinge behauptet, die einfach nicht stimmen. Die Vorteile einer integrierten Versorgung sind bestechend. Was immer wieder vergessen wird, ist, dass es Regionen gibt, in denen das schon seit hundert Jahren praktiziert

wird, ohne dass man dem einen tollen englischen Namen, mehrere CEOs und sonstige Dreinschwatzer und dann noch ein Qualitätsmess-Label aufgedrückt hätte.

Hier bei uns im Luzernischen waren es gewisse Spezialisten, welche böse auf die Nase gefallen sind, als sie eine vermehrte Integration ins Leben rufen wollten. Und ich ärgere mich regelmässig über die hundslausige fachübergreifende Betreuung von z.B. Diabetikern, wo Netzwerk-Hausärzte ihre Hausaufgaben nicht gemacht haben.

Aber ich höre auf mit der Polemik, ich will ja nicht ins gleiche Hörnchen blasen wie Herr Buff.

Dr. med. Dietmar W. Thumm, Luzern

- 1 Buff R. Integrierte Versorgung – ein Weg in die Zukunft! Schweiz Ärztezeitung 2010;91(49):1949.



Varianz als Norm? – Das Normative als Variante!

Eine Anmerkung zum Beitrag von Andrea Abraham [1]

Ist Qualität in der Medizin messbar? Oder nicht doch eine *Contradictio in adjecto*? Quantität ist messbar, doch wie verhält es sich mit Qualität? Was ist gut? Der Eindruck mag trügen: Noch so viele Zertifikate, Bescheinigungen über geglückte Qualitätskontrollen machen noch lange nicht gute Ärzte.

Ein Beispiel: Vier Qualitätskontrollen des Praxislabors in Ringversuchen. Wir bescheinigen, dass wir richtig messen, was wir messen, und nennen es Qualität. Doch es interessiert kaum, ob die Messung sinnvoll war? Warum messen wir welchen Wert? Dies liesse sich im Ringversuch kaum untersuchen. Auch hülfe keine statistische Auswertung weiter. Das ist eben auch das szientistische und positivistische Selbst(miss)verständnis der Medizin.

Die Intuition ist nicht messbar. Man kann sie haben oder nicht. Mit viel Empirie kann auch der wenig Intuitive die richtigen Schlüsse ziehen. Aber messen lässt sich dies nicht. Die gute Qualität der Medizin: Gibt es die? Glaubt man all jenen, die eben die Qualität messen wollen, dann muss sie immerzu aufs neue bewiesen werden. Warum wollen wir Bescheinigungen sammeln über erfolgreich bestrittene, öfters auch verschlafene Fortbildungen? Daran misst sich der gute Arzt? Vielleicht ist das Normative in der Medizin auch nur eine Variante? Ein Zeitgeist? Der wieder verfliegt?

So ist zu vermuten, dass vielleicht schon bald nicht mehr Qualität, sondern schiere Präsenz gefragt sein wird. Glaubt man Messungen über den medizinischen Nachwuchs, so könnte schon bald Qualität zur leeren Hülse verkommen.

Dr. med. Daniel Schlossberg, Zürich

- 1 Abraham A. Varianz als Norm. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(49):1967–9.



Eine Zukunft für Spitäler?

Der Beitrag von PD Dr. med. Peter Berchtold [1] zum Thema «DRG, aber bitte mit Differenzierung» bedarf eines Kommentars. Persönlich habe ich meine gesamte chirurgische Tätigkeit im öffentlichen Spital ausgeübt und jetzt erlebe ich den Spitalalltag im Ruhestand auch noch als Patient und urteile deshalb mit reichlich eigener Erfahrung und aus der oben geschilderten Perspektive. Ich lege Wert auf die Unterscheidung zwischen öffentlichen und anderen Spitälern. In öffentlichen Institutionen werden die leitenden Persönlichkeiten von den kantonalen Behörden gewählt und haben im Rahmen der Gesamtdienstleistung zusätzlich noch folgende Aufträge zu erfüllen, nämlich die Ausbildung der jungen Ärzte zu gewährleisten und eine permanente Notfallaufnahme zu betreiben, wo Patienten auch ohne vorausgehende Selektion rund um die Uhr aufzunehmen sind. Dieser Auftrag sollte unbedingt ohne Abstriche aufrechterhalten werden, und zwar sowohl aus humanitären wie aus Ausbildungsgründen. Den Auszubildenden wird dabei der unerlässliche Kontakt zu einem unselektionierten Patientenkollektiv ermöglicht, was der Schulung einer raschen Entscheidungsfähigkeit dient. Die geschilderten Auflagen für das öffentliche Spital erhöhen die Verantwortlichkeiten für leitende Organe und Auszubildene. Ein Quervergleich mit den Privatspitälern ist deshalb nur eingeschränkt möglich, was meist nicht beachtet wird.

Kommen wir nun zum Beitrag von Kollege Berchtold: Aus den zitierten Erfahrungsberichten geht folgendes hervor: «Trotz des Anreizes der Pauschalversicherung finden keine oder kaum Prozessoptimierungen statt. Dafür wird vielerorts über demotivierende Arbeitsverdichtung geklagt, eine bedenkliche Entwicklung in den schon arg gebeutelten Krankenhäusern.»

Lassen Sie mich kurz eine Liste der Negativkriterien anführen, die aus den 5-jährigen Erfahrungsberichten hervorgehen: erhöhter Effizienzdruck, um die Verweildauer der Patienten (noch weiter) zu verkürzen, Wettbewerbsdruck erhöhen, Unmöglichkeit, eine auf die Bedürfnisse der Patienten ausgerichtete Behandlung zu gewährleisten, vorzeitige Entlassungen, fehlende Nachsorgeangebote, fehlende ganzheitliche Betrachtung der Patienten, weitere Fragmentierung der Behandlungsketten, Arbeitsverdichtungen, Unzufriedenheit und Demotivation der medizinischen Kader.

Angesichts dieser Negativkriterien scheint mir das Fazit klar: Für das öffentliche Spital sollte die Übung DRG abgebrochen werden. Das aktuell gute Spitalklima und der hohe Qualitätsstandard werden Einbussen erleiden, der administrative Aufwand wird nochmals steigen, und eine relevante Kostensenkung wird voraussichtlich ausbleiben.

Dr. med. A. Marty, Winterthur

- 1 Berchtold P, Schmitz C. Eine Zukunft für Spitäler. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(48)1914–6.



Zum Jahreswechsel

Du, über uns,
gib uns den Geist,
zu versuchen,
die Schöpfung zu bewahren.

Ob dies gelingen kann,
wissen wir nicht.
Seien wir dennoch auf diesem Weg.
Sei dies für unser Leben.

Dr. med. M. Meier, Wettingen