

Briefe an die SÄZ



Im Dialog bleiben

Kollege Suter bezeichnet Schweizer Ärztinnen und Ärzte, die in puncto Managed Care anderer Meinung sind als er selbst, als «mehr und mehr faulendes Ei» [1]. Die Formulierung hat er dem Referat eines Internisten aus San Francisco entliehen, gehalten am Kongress der Stiftung Patientensicherheit Ende November 2011 in Basel. Polemik ist das Letzte, was wir in der Diskussion um unser Gesundheitswesen brauchen können!

In den vergangenen Jahrzehnten meiner eigenen Praxistätigkeit habe ich eine Vielzahl von Kolleginnen und Kollegen kennen und schätzen gelernt. Einige haben sich in der Zwischenzeit in Gruppenpraxen formiert, andere ziehen es vor, ihre Patientinnen und Patienten in Eigenverantwortung in der eigener Praxis zu betreuen. In der SÄZ wurden in den vergangenen Wochen viele Beispiele vorgestellt. Hier hat mich besonders Kollege Burnier aus dem Waadtland beeindruckt, der sich ganz bewusst als «glücklicher Landarzt» bezeichnet. Der Vergleich dieser Kolleginnen und Kollegen mit «Eiern» ist völlig absurd.

Unsere europäische, am Gemeinwohl orientierte Tradition bietet uns Ärzten eine ausgezeichnete Voraussetzung für eine Herangehensweise an den Patienten als Person, mit der wir ihm gerecht werden können. Das Bestreben, den Patienten in seiner Ganzheit zu erfassen, mit den nötigen Mitteln die richtige Diagnose zu stellen, eine wirksame Behandlung einzuleiten und den Patienten von seinem Leiden zu entlasten, ist Dreh- und Angelpunkt ärztlicher Anstrengung in diesem Sinn und Geist. Die stetige Entwicklung fachlichen Könnens und Wissens in (unbezahlten) Fortbildungen und Supervisionen, Hand in Hand mit der Vertiefung menschlicher Fähigkeiten in der Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung ermöglichen die Lösung der zahlreichen Fragen rund um den individuellen Patienten.

Die Aufforderung von Kollege Suter, «endlich das Fliegen zu erlernen», zielt auf die Einführung eines Management-Systems US-amerikanischer Provenienz im schweizerischen Gesundheitswesen ab. Dafür müssen CEOs o. ä. Positionen in zusätzlichen Strukturen und Hierarchien geschaffen werden, sogenannte Kostentransparenz in der Praxisbuchhaltung

soll den Arzt stets daran erinnern, dass er gleichzeitig Arzt und Manager sei, normierte Behandlungspfade und gegenseitige Kontrolle der Praxisführung der Kollegen untereinander sind Grundlagen dieses Systems. Wie «gut» eine Praxis ist, soll ein Qualitäts-Label im Wartezimmer bezeugen. Wollen wir uns und unseren Patienten das wirklich antun? Hat sich dieses Vorgehen auf der anderen Seite des Atlantiks so gut bewährt?

Einer Studie des Forschungsinstituts gfs.bern vom August 2011 ist zu entnehmen, dass für eine konstante Mehrheit von 57% (2010: 58%) der Befragten Managed-Care-Modelle nicht in Frage kommen. Für unser Land ist es typisch, dass bedeutende Veränderungen erst nach sorgfältigen Analysen, Abwägungen und breiter Diskussion in der Öffentlichkeit vorgenommen werden. Auch das Referendum gegen die Managed-Care-Vorlage kann dazu genutzt werden. Dass niemand die Lösung für die anstehenden Probleme aus dem Hut zaubern kann, ist klar. Bleiben wir deshalb im Dialog und entwickeln Lösungsansätze weiter, ohne zentrale Elemente unserer ärztlichen Ethik aufzugeben!

Dr. med. Sabine Vuilleumier, Pfaffhausen

- 1 Suter F. Flieg, flieg, Vogel, flieg. Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(51/52):2009.



Budget-Mitverantwortung

Sehr geehrter Herr Kollege Oesch
Ihr wohl gutgemeinter Leserbrief in der SÄZ vom 4. Januar 2012 [1] hat mich ziemlich geärgert und wirft ein eigenartiges Licht auf unseren Berufsstand. Es erscheint mir etwas traurig, dass es Ihnen erst «Managed Care» ermöglicht, mit den Spezialisten «offener» zu sprechen und ihnen «klare Fragen zu stellen». – Ich frage Sie: Haben Sie mit Ihrer Fortbildung erst begonnen, als diese für obligatorisch erklärt wurde? So wie die permanente Fortbildung in unserem Beruf schon immer eine absolute Selbstverständlichkeit darstellte und nicht erst, seit wir diese nachweisen müssen, kümmerte sich doch wohl jeder halbwegs vernünftige Arzt seit jeher um ein Netzwerk von Kollegen für Zuweisungen und fachlichen Austausch und hat dazu nicht auf «Managed Care» warten müssen!

Während die Reglementierung der Fortbildung für mich ausser einem neuen Ablagefach und dem leichten Bedauern, dass wir nun zu Sammlern von Credits werden mussten, keinerlei Folgen hat, ist die Situation bei «Managed Care» völlig anders. Sie nennen «einige Ärzte, die Angst haben vor integrierter Versorgung». Wahrscheinlich gehöre ich in Ihrer Definition auch zu dieser Gruppe, denn mir fehlt der naive Glaube, dass man «Managed Care» uns angedeihen lassen will, damit wir besser und kollegialer zusammenarbeiten können – nein, der Kern- und Knackpunkt von «Managed Care» wird unsere «Budget-Mitverantwortung» sein! – «Meine Damen und Herren, wir gratulieren Ihnen, denn Sie haben dieses Jahr gut gearbeitet und unsere Budgetvorgaben erfüllt, Ihre Gratifikation haben Sie bereits auf dem Konto. Nächstes Jahr nun wird das Globalbudget um 5% reduziert. Wir sind überzeugt, dass Sie auch diese Vorgabe erreichen werden, und wünschen Ihnen viel Erfolg!». – Das Szenario ein Jahr später überlasse ich Ihrer Fantasie.

Dass Ressourcen knapper werden, scheint klar. Dass wir mit unseren Patienten und Patientinnen in unserem vernetzten Kämmerlein und nicht die Gesellschaft in transparenter Weise die Verantwortung für die Konsequenzen tragen sollen, ist falsch. Dass Ihr «Denken und Handeln durch Managed Care geschärft» wird, wie Sie sagen, wäre sehr erfreulich. Ihre Analyse und Schlussfolgerung («wir Ärzte haben es jetzt in der Hand, das Gefäss selber zu füllen und uns nicht von anderen das Vorgehen diktieren zu lassen») erscheint mir aber allzu blauäugig – leider ist das Gegenteil zu befürchten.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. med. Philipp Hurni, Bern

- 1 Oesch W. Die integrierte Versorgung verändert meine Arbeit als Hausarzt positiv. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(1/2):22.



Lebensqualitätsmessung bei Prostatakrebs

In der Stellungnahme vom 31.10.2011 des Swiss Medical Boards über den «Stellenwert des PSA-Wertes bei der Früherkennung des Prostatakarzinoms» wird unter anderem auf

die Lebensqualität der Männer mit pathologisch erhöhten PSA-Werten sowie nach radikaler Prostatektomie eingegangen. In der Tabelle 12 wird der Karnofsky-Index gewählt, um die Lebensqualität der Männer zu erheben. Vorweg wird erwähnt, dass keine der eingeschlossenen Publikationen detailliert Lebensqualität beschreibt.

Beim Karnofsky-Index handelt es sich um ein symptombezogenes Instrument, das körperliche Einschränkung der Aktivität, Selbstbestimmung sowie Selbstversorgung misst. Karnofsky bezweckte mit dem im Jahre 1949 publizierten Index, die Prognose von Krebspatienten einzuschätzen sowie Therapiepläne mit Therapiezielen zu erstellen [1]. Das komplexe Konstrukt der Lebensqualität wird durch diesen Index bei Prostatakarzinompatienten, bei welchen es sich aus der klinischen Erfahrung oft um gesunde, leistungsfähige Männer handelt, nicht optimal gemessen. Hier wären wohl eher gesundheitsbezogene Fragebögen wie das Prostatakrebs-Modul (QLQ-PR25) der European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) oder der EPIC (Expanded Prostate Cancer Index Composite) angebracht, die beispielsweise in der seit Jahren laufenden Prostatakrebs-Kohorte proCOC (www.prococ.ch) eingesetzt werden. Die Verwendung von ungeeigneten Instrumenten verunmöglicht die valide Erhebung und Bewertung der Lebensqualität.

Prof. Dr. med. et Dr. phil. Lucas M. Bachmann,
Studienleiter proCOC, Zürich

- 1 Karnofsky DA, Burchenal JH. The Clinical Evaluation of Chemotherapeutic Agents in Cancer. In: MacLeod CM (Ed). Evaluation of Chemotherapeutic Agents. Columbia Univ Press; 1949.



Die Delegation der Verantwortung, oder: Den Letzten beißen die Hunde

In letzter Zeit konnte viel gelesen werden. Über unser Qualitätsbewusstsein. Über unser Engagement. Politisch, standespolitisch, beruflich, generell. Jedoch, zum Jahresanfang sei mir gestattet, etwas hinter die Kulissen zu schauen. Das hehre Bild des Arztes ist einer argen Demontage ausgesetzt.

Wer heute noch als Arzt arbeitet, ist selber schuld. Wer glaubt, er könne als Mediziner helfen und heilen oder heilen helfen, der liegt immer noch richtig. Wer aber glaubt, er könne Weltbewegendes schaffen, oder er bekomme für seine hehre Tätigkeit Anerkennung und Belohnung (in des Wortes wahrer

Bedeutung), der liegt falsch. Man muss wirklich berufen sein und sehr viel Freude an dieser Tätigkeit haben, sonst wird man frustriert. Der aktuelle Stand der Dinge präsentiert sich nämlich ungefähr so: Früher war der Doktor wer. Zusammen mit dem Apotheker, dem Pfarrer und dem Bürgermeister (und eventuell noch dem Dorfschullehrer) hat er das dörfliche Leben mitgeprägt, die Meinung des Doktors zählte was, wenn er auch früher schon von Neidern argwöhnisch beäugt wurde. Heute aber ist der Herr Mediziner ein geringesehenes Arbeitstier, das gefälligst die von oben beschlossenen Arbeitsziele, Gesundheitsnormen, Guidelines und Kostenvorgaben umzusetzen hat. Geachtet wird dabei auf eine DDQ-eduQua-konforme kundenspezifische Arbeitsqualität, sprich Patientenzufriedenheit.

Übrige gescheite Kommentare oder Beeinflussungsversuche vonseiten der Ärzteschaft werden weder goutiert noch geduldet. Ohne einen zusätzlichen MBA, Dr. iur. oder zur Not auch noch einen rer. pol. wird man weder wahr- noch ernst genommen.

Naja, wir müssen damit leben: Wir sind ein Auslaufmodell. Weltweit arbeitet man an Verbilligungen im Gesundheitswesen, indem man versucht, die Ärzte aus der Behandlungskette auszubooten. Notfalltrage sollen Krankenschwestern machen, die Medizinische Praxisangestellte soll mehr Kompetenzen bekommen (bei selbstverständlich gleichem Lohn, obwohl ihre Verantwortung steigt ... wir kommen gleich noch drauf zurück).

Das Problem dabei ist aber, dass irgendwer (Inkompetenter) in irgendeiner (meist politischen oder sonst versicherungstechnischen) Institution bestimmt, was wir zu tun haben, und wir dann aber für deren Mist geradestehen müssen. D.h.: Wenn unsere Qualität nicht stimmt, ist das zwar das Übel der übergeordneten Behörden, die quälen uns dann aber nur mit neuerlichen Massnahmen und Restriktionen. Früher hiess das willkürliche Diktatur, heute heisst das Delegation der Verantwortung. Oder Prozessoptimierung.

Der Weg zur Besserung würde also zunächst einmal bedeuten, dass diejenigen, welche die Verantwortung zu tragen haben, das erstens wirklich tun und zweitens auch das Sagen bekommen. Oder umgekehrt: Dass die Dreinschwatzer für ihr Geschwätz und ihr Getue auch die Verantwortung übernehmen müssten. Dies ist ein steiniger, steiler und langer Weg eines Bewusstwerdungs- oder Machungsprozesses. Wer will den ersten Schritt tun? Wir, indem wir uns weigern, die Verantwortung weiter zu übernehmen? Schwierig. Jeder packt uns ja – zu Recht oder zu Unrecht – am hippokratischen Eid, der übrigens – vielleicht absichtlich?! – inzwischen an diversen Universitäten beim Studienabschluss der Medizin gar nicht mehr abgelegt wird, nicht einmal mehr kollektiv. Aber wer sonst?

Schade, dass am Ende der Motivation noch so viel Arbeitstag übrigbleibt.

So wird es also wohl besser sein, wir werden gut Freund mit dem nächsten Veterinärmediziner, denn wir werden mit Garantie gebissen werden.

Dr. med. Dietmar W. Thumm, Luzern



Anpassung der Taxpunktwerte erwünscht

Von santésuisse habe ich innert weniger Tage zweimal dieselbe Post erhalten. Vielen von Ihnen werden die nächsten Zeilen darum auch schon bekannt sein:

Im Jahr 2005 haben wir die Produkte der Rechnungsstellerstatistik (RSS) über den Verkaufskanal onlineshop santésuisse lanciert. Die Preise wurden bisher nie angepasst. Aufgrund der Erhöhung des Mehrwertsteuersatzes von 7,6% auf 8,0% und der Tatsache, dass in den letzten 6 Jahren noch nie eine Preisanpassung erfolgte, werden auf den 01.01.2012 bei den nachfolgenden Abonnementen die Preise angepasst:

	Preis neu inkl. MWST	Preis bisher inkl. MWST
3-Jahres- abonnement RSS	CHF 210.00	CHF 195.00

Die neuen Preise gelten für Neuabonnenten ab sofort. Laufende Abonnementen werden nach Ablauf der Abonnementdauer an die neuen Preise angepasst. Sollten Sie Ihr Abonnement kündigen wollen, bitten wir Sie, die Bedingungen der allgemeinen Vertragsbedingungen zu beachten (siehe Beilage). Wir danken Ihnen für das Verständnis und hoffen, Sie weiterhin zu unseren Kunden zählen zu dürfen.

Ich habe santésuisse geantwortet (aber nur einmal, doppelt wäre doch unökonomisch, und solche Doppelspurigkeiten müssen sich ja irgendwie in den Kosten niederschlagen): Sehr geehrte Damen und Herren

Diese Mitteilung habe ich bereits erhalten, nehme sie zum zweiten Mal zur Kenntnis. Grundsätzlich möchte ich Sie bitten, mein Abonnement nochmals zu verlängern. Ich habe es im April 2009 für drei Jahre verlängert. Es ist somit noch gültig, die Rechnung für die Fortsetzung könnte darum also demnächst folgen.

Ich nehme Ihre Argumente gerne zur Kenntnis. Ebenso gerne erwarte ich nun aber von santésuisse, dass sie sich mit voller Kraft für eine Anpassung unserer Taxpunktwerte einsetzt. Sie beklagen sich ja, dass Sie die Preise anpassen müssten, da sie seit 2005 unverändert seien. Als Argumente bringen Sie die Erhöhung der MWST um 0,4%: Das ergibt Fr. 0.78. Die restlichen Fr. 14.22 begründen

Sie ganz simpel damit, dass sechs Jahre keine Preisanpassung erfolgt sei. Sie sind sich sicher bewusst, dass unser Taxpunktwert in der Ostschweiz seit Einführung des TARMED nie angepasst wurde. Aufgrund Ihrer Rechnung müsste unser TPW somit um mindestens 7,3% auf Fr. –.88 angepasst werden, eigentlich höher, denn die Einführung des TARMED liegt doch schon etwas weiter zurück. Aufgrund meiner umsichtigen und sparsamen Planung bei der Praxisführung gebe ich mich aber im Moment gerne mit Fr. –.88 zufrieden.

Gerne erwarte ich ein positives, und vielleicht sogar verbindliches, Signal noch vor dem Eintreffen meiner nächsten Abo-Rechnung. Falls wir es bis dann nicht zusammen schaffen, unsern TPW anzupassen, erwarte ich ebenso gerne Ihre Abonnementsrechnung, aber für Fr. 195.–.

Mit freundlichem Gruss

Dr. med. Ulrich Nägeli, Bilten



Il est temps d'aller plus loin

Après le début des années 80, où les gays ont résisté à la police à New York, et où l'homosexualité a été biffée de la liste des maladies psychiques, on a édicté une norme antiraciste en Suisse au milieu des années 90. Contestée dès le début dans son utilité par des milieux qui n'ont pas désarmé, sa rédaction a aussi prêté le flanc à la critique. Racisme et antisémitisme: un pléonasmе ou une erreur anthropologique (je n'ai pas dit vaine redite), et beaucoup d'oublis, que l'on n'a toujours pas réparés. Mais il a tenu le coup, sans toutefois beaucoup d'applications concrètes, et a permis quelques décisions claires de la justice, même si elle a choqué la morale de quelques-uns. Il est temps d'aller plus loin, l'impuissance consentie étant le pire au niveau des

principes. Il faut donc interpeller nos politiques, élus je le rappelle, non pour qu'ils inventent une nouvelle norme, mais la modifient. Il convient d'y inclure toute discrimination infondée, qui remet en question l'ordre démocratique et les droits garantis par la Constitution, basée sur des apriori personnels ou communautaires, dont celles touchant à l'identité de genre, ou la sécurité personnelle des femmes (mariage forcé, renvoi dans un pays lui-même gravement discriminant en regard du droit suisse). Nous n'avons pas à donner une caution morale à quelques-uns au dépens de ces principes. Donc faisons en 2012 pour cette cause un lobbying actif, qui nous rendra un peu de notre honneur.

Dr Virgile Woringer, Lausanne