

Courrier au BMS



Offener Brief an den FMH-Präsidenten zur Direkten Medikamentenabgabe*

Sehr geehrter Herr de Haller

Die Ärzte-Netzwerke Grauholz, DOXnet und Bantiger (Agglomeration Bern) mit etwa 80 hausärztlich tätigen Kolleginnen und Kollegen schreiben Ihnen stellvertretend als Ansprechperson, welche der Delegiertenversammlung (DV) der FMH vorsteht.

Besorgt müssen wir von den Verhandlungen betreffend Direkte Medikamentenabgabe (DMA) vernehmen; eine Anpassung der Entschädigung der selbstdispensierenden Kolleginnen und Kollegen mit Pauschalen anstelle von Margen ist vorgesehen, um Anreize hinsichtlich Mengenausweitung zu vermeiden.

In der Antwort auf einen Leserbrief in der Ärztezeitung (47) 2010 [1] schreiben Sie zwar, dass die FMH voll hinter der Selbstdispensation (SD) stehe; steht sie aber auch ein gegen eine (weitere) wirtschaftliche Schwächung der Grundversorger? Die FMH darf keine Kompromisse zuungunsten der Grundversorger eingehen, nur um den politischen Frieden zu wahren. Sie sprechen auch von demokratischen Entscheiden in der DV; sind die Hausärzte dort genügend vertreten, um in solch wichtigen Entscheiden den Ausschlag zu geben? Abstimmungen über die SD haben in echten demokratischen Volksentscheiden den Weg aufgezeigt, wofür Hausärzte seit Jahrzehnten kämpfen: Unsere Patienten sollen selber entscheiden, wo sie ihre Medikamente beziehen wollen. Wir kennen keinen Vertrieb eines Produktes ohne Marge in kapitalistisch funktionierenden Märkten.

Viele Tarifrevisionen in den letzten Jahren betrafen die Hausärzte, und die meisten hatten für uns negative Auswirkungen. Angefangen beim vielversprechenden TARMED, der bereits wieder revidiert werden soll, über Anpassungen im Notfalldienst bis hin zum neuen Analysetarif, der das Hausarztlabor schwächt. Die FMH versprach uns viel, konnte aber die wichtigen politischen Entscheide wenig beeinflussen. Auf Intervention hausärztlich orientierter Vereine konnte Schlimmeres verhütet werden.

Soll die Medikamentenmarge bei der DMA und somit die Aufwandentschädigung des Hausarztes nun angepasst werden, wird dies mit Sicherheit im Hinblick auf eine Kosten-

einsparung erfolgen. Die Gewinneinbusse müsste wieder andernorts kompensiert werden und würde damit zu einem Kostenschub führen, den alle Partner im Gesundheitswesen nicht wollen.

Die ländlichen Kantone mit SD verursachen weniger Kosten, und trotzdem verdienen die Ärzte an diesen Orten nicht weniger. Dank Entschädigung aus der Praxisapotheke können anderweitig Kosten eingespart werden. Die Hausarzt-Nachfolge in ländlichen Gebieten ist bedroht. Mit besonderen Anreizen soll diesem Umstand Rechnung getragen werden, und nicht mit Änderungen, welche die Attraktivität noch weiter vermindern.

Die FMH sollte die Basis in ihren Interessen vertreten. Bei Verhandlungen mit Partnern im Gesundheitswesen darf die Meinung der Mehrheit der FMH-Mitglieder nie aus den Augen verloren werden, selbst wenn man sich damit keine neuen Freunde schafft. Wie wir im näheren und weiteren Umfeld der Hausärzte vernehmen, stösst die angekündigte Änderung der Medikamentenentschädigung auf breite Ablehnung. Die Aufgabe der FMH ist es, die versprochene Stärkung der Hausarztposition mit allen ihr zur Verfügung stehenden Mitteln voranzutreiben, und nicht auf Druck von Politik, Krankenkasse und Presse Modelle auszuarbeiten, welche die Grundversorgung weiter schwächen.

Als ehemaliger Hausarzt haben Sie bei Ihrer Wahl zu unserem Präsidenten die Nähe zur Basis bekundet. Wir erwarten daher eine solidarische Vorgehensweise. Wird eine Änderung herbeigeführt, die sich im nachhinein als ungünstig für die hausärztliche Tätigkeit erweist, lässt sie sich kaum mehr korrigieren (siehe Entwicklung der Laborkosten seit Einführung des neuen Tarifs, der auch zu Sparzwecken entwickelt worden war).

Wir bedanken uns im Namen vieler Hausärzte für ein basisorientiertes Vorgehen!

*Dr. med. Sandro Verones,
Präsident Ärztenetzwerk Grauholz*

*Dr. med. Pascal Müller,
Präsident Ärztenetzwerk DOXnet*

*Dr. med. Emil Dreyer,
Präsident Ärztenetzwerk Bantiger*

*Dr. med. Urs Schwyzer,
Sekretär Ärztenetzwerk Grauholz*

Vergleiche zu diesem Thema auch das Editorial von FMH-Präsident Jacques de Haller auf Seite 223 dieser Ausgabe.

* Dieser offene Brief wurde für die gedruckte Ausgabe der Schweizerischen Ärztezeitung gekürzt. Die ursprüngliche, umfassendere Version ist in der Online-Ausgabe zugänglich: www.saez.ch → Archiv → 2011 → 7 (am Ende der Leserbriefe).



Bitte zurücktreten

Sehr geehrter Herr de Haller

Ich kann mich den Briefen der Kollegen: *Dr. med. W. Zimmerli, W. Aeberli*, ganz besonders *Dr. med. B. Bulamo, Dr. med. K. Müller*, ganz besonders *Prof. Dr. med. S. Martinoli, Dr. med. P. Fontana*, ganz besonders *Dr. med. S. Marugg, Dr. med. W. Stoller* und *Dr. med. A. Cannova* nur vollumfänglich anschliessen und Sie höflich bitten, ganz einfach zurückzutreten.

Die Autorität und Achtung unseres Berufs wurde bisher vor allem durch würdevolle Zurückhaltung und Schweigen, besonders im richtigen Moment, und Leistung erworben. Bei diesen Werten und konsequentem Handeln (TARMED aufkündigen) können und sollten wir bleiben.

Wenn Sie glaubhaft machen wollen, dass Sie zwischen Ihrem «privaten politischen Engagement» und Ihrer Aufgabe als FMH-Präsident absolut trennen können, mag das in Ihren Gedanken vielleicht möglich sein, aber glauben Sie ja nicht, Ihr Gegenüber (Verhandlungspartner) würde diese Unterscheidung machen.

Der Gedanke, dass Sie mit Ihrer Parteinahme für die Initiative, im «linken Lager» für Ihre Nationalratsambitionen «punkten» möchten, kann ich nur mit Mühe verdrängen. Ich glaube Ihnen ganz einfach nicht. Treten Sie zurück!

*Dr. med. Leopold Angstmann, Innere Medizin
und Dipl. El. Ing. ETH, Wallisellen*

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



TARMED-Revision

Brief an die Führungsgremien der FMH – Antworten von Ernst Gähler, Vizepräsident der FMH, Verantwortlicher Ressort Tarife und Verträge

Sehr geehrte Damen und Herren

Nebst der Revision von TARMED-Positionen sind mir folgende Punkte sehr wichtig:

1. Gleicher Taxpunktwert für die ganze Schweiz

Antwort E. Gähler: Ziel der Tarifrevision ist es, die Kostenwahrheit aufzuzeigen und dann die Preisverhandlungen zu führen. Gleicher Preis für gleiche Leistung ist natürlich ein längerfristiges Ziel. Eine Taxpunktvergleiche findet bereits über die LeiKoV statt.

2. Automatischer Teuerungsausgleich

Antwort: Ist ein Anliegen der FMH. Nur gilt es zunächst die Tarifstruktur (Minutagen/Dignitäten/Sparten) zu aktualisieren und bei den Kostenmodellen Mieten, Angestelltenlöhne und Gerätepreise anzupassen. Diese Parameter stammen im noch aus dem Jahren 1994–1996. Damit soll die Kostenwahrheit aufgezeigt und auf dieser Basis die Verhandlungen mit den Kostenträgern geführt werden.

3. Wegfall der Limitationen im Zusammenhang mit dem elektronischen Datenaustausch

Antwort: Ist eines der Ziele der Revision der Tarifstruktur TARMED.

4. Abkoppeln der «Bindung» des Taxpunktwerthes an die Selbstdispensation

Antwort: Das Modell der FMH zur margenfremigen Abgeltung der ärztlichen Medikamentenabgabe geht genau in diese Richtung. Verhandlungen mit santésuisse stehen an.

Welche Prioritäten haben meine Wünsche bei den zuständigen Instanzen der FMH?

Antwort: Der Grossteil Ihrer Wünsche wird mit der bereits seit einem halben Jahr laufenden Revision der Tarifstruktur der FMH angegangen.

Dr. med. Josef Küttel, Pädiatrie FMH, Ebikon



In welcher Einheit wird gemessen?

Zum Artikel «Sinnlose Wettbewerbe»

Frau Sax, selber Ökonomin, kritisiert die Aussage von Professor Binswanger, der in seiner Schrift davon ausgeht, dass Qualität im Gesundheitswesen nicht messbar sei. Frau Sax

erklärt sich dies damit, dass Prof. Binswanger über die neuesten «Entwicklungen» in der Qualitätsdiskussion nicht informiert sei.

Die Frage stellt sich, ist das für das Thema von Belang oder nicht. Wer über Forschung im naturwissenschaftlichen Bereich publiziert oder nachliest, wird erstaunt sein, wenn der Begriff «Messen» aufgeführt wird, ohne dass dabei definiert wird, mit was gemessen wird und in welcher Einheit gemessen wird (Kilogramm, Joule, Kilojoule, Watt?).

Eine «Messung» ohne Einheit und Angabe einer sauberen Methodik wird von Naturwissenschaftlern nicht ernst genommen. Nun verlangen aber Ökonomen, dass wir doch wenigstens teilweise wissenschaftlich geschulten Ärzte Messungen akzeptieren sollen, bei denen der Messvorgang nicht klar ist und bei der es keine Einheit des zu messenden Objekts, nämlich der Qualität, gibt. Muss ich weiterfahren? Eine solche Diskussion ist nicht mehr ernst zu nehmen, so gehört in die Rubrik Scherz und Theater.

Selbstverständlich kämpft jede Berufsgruppe um Leben und Überleben und daher wollen auch die Ökonomen ihren Teil am Gesundheitsbudget für sich reklamieren. Prof. Binswanger hat dies erkannt. Es ist ihm dafür nur zu gratulieren. Schaumschlägerei im virtuellen, luftleeren Raum bringt die Realität der Medizin nicht weiter. Aber sie bringt lukrative Einnahmen für diejenigen, welche es verstehen, mittels schöner PowerPointdemonstrationen den betörenden Glanz ihrer Pseudowissenschaftlichkeit über die echten – auf echte Lösungen – harrenden Probleme zu stülpen.

Prof. Dr. med. H. E. Killer, Aarau

- 1 Sax A. Sinnlose Wettbewerbe. Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(4):144.



Braucht die patientenorientierte Forschung eine eigene gesetzliche Regelung?

Zum Beitrag «Welche gesetzliche Regelung braucht die patientenorientierte Forschung?» [1]

Mit den Ausführungsbestimmungen zum Humanforschungsgesetz bietet sich für die Schweiz eine einmalige Chance, die klinische (Heilmittel-)Forschung praxisnah zu regulieren. Die grundsätzliche Forderung der Autoren nach günstigen Rahmenbedingungen für den Forschungsstandort Schweiz findet meine volle Unterstützung, ebenso ihre Aussage, dass es dabei keinerlei Abstriche an den

Grundsätzen der Guten Klinischen Praxis (GCP) geben darf.

In dem Artikel werden die detaillierten Anforderungen der ICH-GCP-Richtlinie an die patientenorientierte Forschung in der Schweiz als problematisch dargestellt. Der Seitenblick auf eigene GCP-Bestimmungen in den Ländern der Europäischen Union ist dabei jedoch nicht unbedingt hilfreich. Denn verglichen mit der in der Schweiz gesetzlich implementierten ICH-GCP-Richtlinie sind die EU-Anforderungen an Heilmittelstudien teilweise sogar höher. Vor allem gelten diese Anforderungen – so wie in der Schweiz – ohne jegliche Abstriche sowohl für die industriell gesponserte als auch für die akademische klinische Forschung.

Genau das ist mein wesentlicher Punkt: Gesetzliche Vorgaben dürfen meines Erachtens nicht davon abhängen, ob eine pharmazeutische Firma oder eine akademische Institution oder Organisation Sponsor einer klinischen Studie ist. Der Begriff «patientenorientierte Forschung» suggeriert zudem, dass der damit gemeinten akademisch verankerten Forschung ein höherer gesellschaftlicher Wert und per se ein niedriger einzustufendes Risiko zukommt als der Erforschung innovativer Heilmittel durch die pharmazeutische Industrie. Und nicht zuletzt: Eine Differenzierung nach Studiensponsor würde zu einer rechtungleichen Behandlung in der Schweiz führen – zumal global forschende Unternehmen an den internationalen GCP-Vorgaben auch in der Schweiz nicht vorbeikommen.

Wenn im Ausführungsrecht zum Schweizer Humanforschungsgesetz differenziert wird, dann sollte es in Abhängigkeit von dem mit einem Forschungsprojekt verbundenen Risiko für die Versuchsteilnehmer geschehen – also bezogen auf das mit einer Studie verbundene Gefährdungspotential, aber unabhängig von ihrem Auftraggeber. Unter Wahrung der Kompatibilität mit bereits bestehenden internationalen Regelungen trägt ein risikoadaptierter Ansatz für den Dokumentations- und Begutachtungsaufwand einer Studie genauso dazu bei, den Forschungsstandort Schweiz nachhaltig zu stärken – was letztlich der akademischen und der industriellen klinischen Forschung gleichermaßen zugute käme.

Dr. med. Peter Kleist, GlaxoSmithKline AG, Münchenbuchsee

- 1 Brauchli P, Wenger P, Thürlimann B, et al. Welche gesetzliche Regelung braucht die patientenorientierte Forschung? Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(5):172–3.



Gesellschaft als Ganzes krank?

Sehr zutreffend, Herr Kollege, Ihr Leserbrief über «Mangelnde Zeit und Empathie»! Ja, vielleicht sind gar nicht diese «Psychosomatiker» krank, sondern unsere heutige Gesellschaft als Ganzes, weil Zeit, Empathie, Anteilnahme, Zuwendung, Mitmenschlichkeit, Nächstenliebe überhaupt Mangelware geworden sind. Und da muss dann eben der Arzt als Lückenbüsser einspringen. Prof. Kind hat einmal von «Miete eines Freundes» gesprochen –

und die Miete müsste auch verrechenbar sein; fast unglaublich ja, wie viel Zeit ein Hausarzt für allgemeine Zuwendung, für Begleitung, Aussprache, Beratung, für Zuhören, Trösten und Mutmachen investieren kann! Hedda Heuser meinte einst generell: «Es ist Sache des Arztes, der nächste Mitmensch des Patienten zu sein»; doch muss man sich gelegentlich fragen: Warum kommt einer gerade zu mir mit seinem Kummer oder Zorn, ich bin doch nicht sein Kindermädchen oder sein Kegelbruder? Ja, «Mitmensch für alles» ist schön und auch praktikabel, inklusive Briefe vorlesen, Glühbirnen wechseln, Albträume abhören und Rechtsberatung, zumal wenn in der Vereinsamung des

Alters der Arzt fast zur einzigen Bezugsperson im Leben wird. Indessen kann diese «Iatrophagie» auch überhandnehmen: Da möchte man einwenden, dass doch der Nachbar der natürliche Nächste wäre, und fragen, warum sich nicht die Verwandten für ihn verwandt haben und wo denn die Freunde (!) geblieben sind ... Und die Vorbeugung und die entsprechende Forschung müsste also bei den Defekten und dem Sozialleiden der Gesellschaft ansetzen.

Dr. med. Hans R. Schwarz, Porto Ronco

- 1 Hackenburch W. Mangelnde Zeit und Empathie. Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(4):113.

Courrier au BMS

Ungekürzte Version



Offener Brief an den FMH-Präsidenten zur Direkten Medikamentenabgabe

Sehr geehrter Herr de Haller

Die Ärzte-Netzwerke Grauholz, DOXnet und Bantiger (Agglomeration Bern) mit etwa 80 mehrheitlich hausärztlich tätigen Kolleginnen und Kollegen schreiben Ihnen stellvertretend als Ansprechperson, welche der Delegiertenversammlung (DV) der FMH vorsteht.

Besorgt und mit Befremden müssen wir von den Verhandlungen betreffend direkter Medikamenten-Abgabe (DMA) beziehungsweise Selbstdispensation (SD) vernehmen; es scheint eine Anpassung der Entschädigung der Selbstdispensierenden Kolleginnen und Kollegen mit Pauschalen anstelle von Margen vorgesehen, um Anreize hinsichtlich Mengenausweitung zu vermeiden.

In der Antwort auf einen Leserbrief in der Ärztezeitung 2010 (47) [1] schreiben Sie zwar, dass die FMH voll hinter der Selbstdispensation stehe; steht sie aber auch ein gegen eine (weitere) wirtschaftliche Schwächung der Grundversorger? Die FMH darf keine Kompromisse zuungunsten der Grundversorger eingehen, nur um den politischen Frieden zu wahren. Sie sprechen auch von demokratischen Entscheiden in der DV; sind die Hausärzte dort genügend vertreten, um in solch wichtigen Entscheiden den Ausschlag zu geben? Kürzlich durchgeführte Abstimmungen über die SD haben in echten demokratischen Volksentscheiden den Weg aufgezeigt, wofür Hausärzte seit Jahrzehnten kämpfen: unsere Patienten sollen selber entscheiden, wo sie ihre Medikamente beziehen wollen. Wir kennen keinen Vertrieb eines Produktes ohne Marge in kapitalistisch funk-

tionierenden Märkten, in denen wir uns nun einmal befinden.

Viele Tarifrevisionen in den letzten Jahren betrafen die Hausärzte, und die meisten hatten aus unserer Sicht negative Auswirkungen. Angefangen beim vielversprechenden TARMED, der bereits wieder revidiert werden soll, über Anpassungen im Notfalldienst bis hin zu den neuen Analysepositionen, die das Hausarztlabor wirtschaftlich schwächen. Die FMH versprach uns stets viel, konnte aber die wichtigen politischen Entscheide meist wenig günstig beeinflussen. Auf Intervention hausärztlich orientierter Vereine konnte Schlimmeres manchmal verhütet werden.

Soll die Medikamentenmarge bei der DMA und somit die Aufwandentschädigung des Hausarztes nun angepasst werden, wird dies mit Sicherheit im Hinblick auf eine Kosteneinsparung erfolgen, welche wieder zulasten der Hausärzte ausfllt. Wer hätte sonst Interesse, eine Anpassung des bewährten Systems vorzunehmen. Die Gewinneinbusse müsste wieder andernorts kompensiert werden und würde damit zu einem Kostenschub führen, den alle Partner im Gesundheitswesen nicht wollen.

Sollte wirklich eine Kostenneutralität in diesem Punkt erzielt werden, fragen wir uns, wozu dieser grosse Aufwand. Die ländlichen Kantone mit SD verursachen weniger Kosten pro Fall / Patient / Einwohner, und trotzdem verdienen die Ärzte an diesen Orten nicht weniger. Dank Entschädigung aus der Praxisapotheke können anderweitig Kosten eingespart werden.

Die Hausarzt-Nachfolge in ländlichen Gebieten ist bedroht. Mit besonderen Anreizen soll diesem Umstand Rechnung getragen werden, und nicht mit Änderungen, welche die Attraktivität noch weiter vermindern.

Die FMH sollte die Basis (insbesondere auch die vielen Grundversorger) in ihren Interessen vertreten. Bei Verhandlungen mit Partnern im Gesundheitswesen darf die Meinung der Mehrheit der FMH-Mitglieder nie aus den

Augen verloren werden, selbst wenn man sich damit keine neuen Freunde schafft. Wie wir im näheren und weiteren Umfeld der Hausärzte vernehmen, stösst die angekündigte Änderung der Medikamentenentschdigung auf breite Ablehnung. Die Aufgabe der FMH ist es, die versprochene Stärkung der Hausarztposition mit allen ihr zur Verfügung stehenden Mitteln voranzutreiben, und nicht auf Druck von Politik, Krankenkasse und Presse Modelle auszuarbeiten, welche die Grundversorgung weiter schwächen.

Als ehemaliger Hausarzt haben Sie bei Ihrer Wahl zu unserem Präsidenten die Nähe zur Basis bekundet. Wir erwarten daher eine solidarische Vorgehensweise mit Respekt zur Meinung der Mehrheit. Wird eine Änderung herbeigeführt, die sich im Nachhinein als ungünstig für die hausärztliche Tätigkeit erweist, lässt sie sich kaum mehr korrigieren (siehe Entwicklung der Laborkosten seit Einführung des neuen Tarifs, der auch zu Sparzwecken entwickelt worden war).

Aus all dem ergibt sich als Neujahrswunsch die genaue Analyse der vorgesehenen Änderungen; sollten dabei Zweifel betreffend Nutzen für die DMA-Ärzte aufkommen, müsste die FMH konsequenterweise die Verhandlungen einstellen.

Wir bedanken uns im Namen vieler Hausärzte für ein basisorientiertes Vorgehen!

*Dr. med. Sandro Verones,
Präsident  rztenetzwerk Grauholz*

*Dr. med. Pascal Müller,
Präsident  rztenetzwerk DOXnet*

*Dr. med. Emil Dreyer,
Präsident  rztenetzwerk Bantiger*

*Dr. med. Urs Schwyzer,
Sekretär  rztenetzwerk Grauholz*

1 de Haller J, Ghler E. Antwort. Die FMH steht voll hinter der Selbstdispensation. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(47):1862.