

# Courrier au BMS



## Réponse à l'éditorial de Jacques de Haller

Je crois qu'il convient face à l'éditorial pro domo de M. de Haller [1], notre président, de rappeler certains truismes: «la liberté n'est jamais totale», «les moyens financiers ne sont pas illimités», «on vit en société», etc. Qui peut croire encore que l'on est capable de maîtriser l'ensemble des connaissances médicales? Surtout pas les médecins (j'espère!) qui ont voulu à juste titre la création de spécialités, puis progressivement depuis 30 ans de sous-spécialités. Donc on ne peut plus faire seul, mais on continue d'en entretenir la fiction: «le médecin, seul à son cabinet, doit rester seul responsable, etc.» Il faut donc un vrai changement de paradigme (ce n'est pas un gros mot, je précise), qui veut que l'on s'associe, coopère pour prendre les décisions importantes, compliquées à évaluer, surtout si elles ne s'imposent pas d'emblée, caricaturalement comme les gouttes nasales pour un rhume. C'est précisément ce type de culture de «partage en réseau» qui manque aux médecins, souvent. Cette option dans la démarche thérapeutique, dont ils restent les seuls responsables, doit précisément être apprise. Certains réseaux, suisses je précise, dont on a de nombreux exemples, l'ont fait, et les médecins se disent satisfaits que leur façon de travailler ait changé. C'est cela qui est important pour l'avenir de notre profession. Le malade est-il moins bien soigné? Non. Et dans la foulée cela permet de réduire les coûts d'environ 20%. Je ne trouve pas cela négligeable comme citoyen lambda. Qu'il y ait une incitation financière de 5% sur le remboursement des frais ne me paraît pas proprement scandaleux à cet égard: la solidarité en matière de maladie ne vaut que pour ce qui est par définition imprévu, pas pour le reste (la loi l'admet d'ailleurs déjà)! Parlons de la coresponsabilité budgétaire. On connaît les travaux du Prof. Dominighetti, expert à l'OMS, ancien responsable de la santé du Tessin, qui a prouvé que les demandes ciblées du malade à son médecin sont un incitatif fort à des examens et donc des dépenses non prévues par celui-ci, eu égard à la situation clinique telle qu'il l'a évaluée.

On comprend alors que résister devient difficile, surtout si le malade va chez celui qui est plus arrangeant. Pourquoi le médecin ne

voudrait-il pas alors être celui, qui en toute connaissance, et qui est le seul à pouvoir le faire, répartir intelligemment les moyens diagnostiques et thérapeutiques?

Je ne vois pas dans cette proposition ce qui est incompatible avec notre éthique, vu le haut niveau de soins déjà atteint. On ne fera pas l'impasse à l'avenir de ce débat de société, et je pense que le confier aux seules personnes aptes à l'assumer, les thérapeutes, est infiniment plus intelligent que des démarches administratives, étatiques, voire autoritaires, qui pourraient bien un jour arriver. C'est notre chance, notre responsabilité même devant cette évolution prévisible, aussi et surtout pour le bien de «nos» malades.

*Dr Virgile Woringer, Lausanne*

1 de Haller J. Managed Care: pas comme ça!  
Bull Méd Suisses. 2012;93(16):571.

## Réponse

Oui, le médecin doit rester seul responsable de ce qu'il fait; cela ne signifie toutefois pas, bien sûr, que l'on doive travailler tout seul: le raccourci de notre Collègue n'est pas adéquat. Et c'est ainsi que personne n'a jamais eu besoin du Managed care pour travailler en réseau...

C'est aussi l'occasion de rappeler une fois encore que la FMH n'est d'aucune façon opposée au soins intégrés – mais qu'elle refuse les soins intégrés au prix inacceptable que veut nous faire payer, à nous et aux assuré-e-s/patient-e-s, le projet de loi soumis au référendum le mois prochain.

Quant à imaginer qu'il faut la pression des assureurs et d'une responsabilité budgétaire pour prescrire examens et traitements de façon raisonnable, ...ce n'est pas ma vision du corps médical!

*Dr Jacques de Haller, Président de la FMH*



## Freie Arztwahl – und auch freie Patientenwahl!

Es ist zu hoffen, gerade zur Kostenkontrolle, dass im einen und im andern neuen System auch die «geschäftliche Risikoselektion» des Arztes durch freie Patientenwahl weiter besteht!

Die Behandlung, als Vertrag zwischen dem Patienten als Auftraggeber und dem gewählten

Arzt, der den Auftrag akzeptiert, kann ja beiderseits und jederzeit, sofern dadurch kein Schaden entsteht, gekündigt und widerrufen werden.

Dies hatte ich als Hausarzt selber mehr als einmal durcherzieren müssen, wenn bei gar zu anspruchsvollen Klienten die Gefahr drohte, dass der Durchschnittswert meiner Rechnungen zu hoch stieg und Rückzahlungsforderungen auslösen konnte. Zuerst versuchte man natürlich, den Patienten zu belehren, mit einem *Appell an Kostenbewusstsein und menschliche Solidarität*. Das Gebot der *Wirtschaftlichkeit* gelte zwar gemäss Krankenversicherungsgesetz nur für die Leistungserbringer, doch mindestens moralisch sei auch jeder Empfänger der Dienstleistungen verpflichtet, sich bei seinen Ansprüchen zu beschränken auf das, was «für den Behandlungszweck erforderlich ist».

Wenn dies unverstanden blieb, folgte mit der nächsten Rechnung ein Brief:

«Lieber Patient, gemeinsam haben wir uns, Sie und ich zusammen, sehr um Ihre Gesundheit bemüht; im vergangenen Quartal aber weit mehr, als es durchschnittlich in ähnlichen Fällen geschieht. Eine gewisse Rationierung ist nun unumgänglich geworden, sonst besteht die Gefahr, dass uns die Versicherung am Ende nicht mehr alles bezahlt (KVGesetz Art. 56); eine erste Warnung ist bereits eingetroffen. Oder es besteht auch die Möglichkeit, dass Sie den Arzt wechseln, wenigstens für die nächsten drei Monate; ich bin gerne bereit, dem gewählten Kollegen alle Unterlagen betreffend Ihren Fall zur Verfügung zu stellen.

Auf Ihr Verständnis hoffend, grüsse ich Sie mit besten Wünschen, usw.»

Dies hat meist gewirkt – oder der Patient ist eben «abgesprungen», meist zu einem Spezialarzt – bei Managed Care müsste er wohl das Netzwerk wechseln. Und damit war Berufsethik, Sozialgewissen und Geschäftsmoral gleicherweise Genüge getan.

*Dr. med. Hans R. Schwarz, Porto Ronco*



## Managed-Care-Vorlage: Luzerner Hausärzte uneins

Eine Umfrage bei den Mitgliedern des Vereins Luzerner Hausärzte (VLuHa) Anfang April 2012 zur MC-Vorlage ergab eine knappe Mehrheit für das Referendum. Bei einer Stimmbetei-

ligung von 42% (102/262) sprachen sich 49 (45%) für die MC-Vorlage aus, 53 (49%) für das Referendum und 7 (6%) enthielten sich der Stimme. Dieselbe Umfrage im Vorstand der VLuHa ergab eine deutliche Mehrheit für die MC-Vorlage mit 6 Stimmen, 2 Enthaltungen und keiner Gegenstimme.

Die Bedenken gegen die MC-Vorlage können im Sinne von nicht absehbaren Risiken und Folgen bei flächendeckender Verordnung und Reglementierung zusammengefasst werden, gerade auch in Anbetracht unserer schlechten Erfahrungen der letzten Jahre mit der Gesundheitspolitik (Tarife, Laboranalysen, BIP, Diskussionen über die SD).

Ich persönlich bin jedoch klar für die MC-Vorlage, weil sie den Patienten in den Vordergrund stellt. Bei knapper werdenden (finanziellen) Ressourcen und einem immer unübersichtlicheren Angebot im Gesundheitswesen ist es wichtig, dass die Entscheidungskompetenz zum Vorteil des Patienten in den Händen der Ärzte bleibt und nicht durch Politiker, Wirtschaftsvertreter oder Krankenkassen bestimmt wird. In einem integrierten Netzwerk profitiert gerade auch der chronisch Kranke, indem seine Behandlung koordiniert und über Jahre begleitet wird.

Ich bin überzeugt, dass wir in Zukunft nur in organisierten Strukturen und in Teamarbeit zwischen Hausarzt, Spezialarzt und Spital unsere ärztliche Freiheit behalten können und so nicht der Willkür der Krankenkassen und Gesundheitspolitiker ausgesetzt bleiben. Es besteht mit der MC-Vorlage eine seltene Chance, einem Kompromiss verschiedenster Interessensvertreter in der Gesundheitspolitik zum Durchbruch zu verhelfen und die medizinische Versorgung in eine tragfähige Zukunft zu lenken.

Dr. med. Josef Wey,  
Präsident VLuHa (Verein Luzerner Hausärzte)



### Hausarzt und Managed Care – eine positive Praxiserfahrung

Als langjährige Hausärztin kann ich mich über die derzeit im Hinblick auf die Abstimmung über die Managed-Care-Vorlage vom 17. Juni immer wieder geschürten Ängste vor Netzwerken mit Budgetmitverantwortung nur kopfschüttelnd wundern.

Seit 2001 praktiziere ich als selbständige Internistin in einer hausärztlich ausgerichteten Doppelpraxis in Zürich Nord, fünf Jahre davon in einem Netzwerk mit Budget-Mitverantwortung. Gründe für meine Entscheidung, einem Netzwerk beizutreten, war einerseits meine Kostenstruktur mit sehr hohen Fallkosten, er-

klärt durch die Altersstruktur im von mir mitversorgten Quartier, mit vielen sehr alten, polymorbiden Patienten, andererseits der immer häufiger geäußerte Wunsch meiner Patienten nach einem Hausarztmodell, das ihnen eine Prämienvergünstigung ermöglichen würde.

Was hat sich für mich durch die Netzwerk-Teilnahme (ich habe mich für einen mediX-Beitritt entschieden) geändert?

1. Ich sehe wieder viel *mehr jüngere Patienten*.
2. Dadurch haben sich meine *Fallkosten nach unten* korrigiert.
3. Meine Patienten, vor allem die Betagten, freuen sich, dass sie die *gleich gute Behandlung nun zu geringeren Kosten* erhalten.
4. In den *Qualitätszirkeln* habe ich die Gelegenheit, in einer *interdisziplinären* Gruppe von KollegInnen problematische Fälle vorzustellen und Lösungsvorschläge für komplexe Situationen zu erhalten. Nebenbei habe ich mir so noch ein paar Credits für die Fortbildung erworben. Schaffe ich es, pro Jahr an 20 QZ teilzunehmen, werde ich für die Teilnahme zudem noch finanziell entschädigt – ein Novum für mich.
5. Durch das *gemeinsame Labor* habe ich die Möglichkeit, mein Laborverordnungsverhalten mit dem der Gruppe zu vergleichen.
6. Die gemeinsam erarbeiteten Guidelines erlauben es mir, mich an einem anerkannten Diagnose- und Therapiestandard zu orientieren, was mir einerseits die Arbeit erleichtert, andererseits auch eine rechtliche Absicherung gibt. Die therapeutische Freiheit bleibt mir dabei erhalten, bei den Guidelines handelt es sich lediglich um Empfehlungen.
7. Die enge Zusammenarbeit mit Spezialisten aller Fachbereiche und der diesbezügliche Erfahrungsaustausch unter den Zuweisern erlaubt es mir, über eine Liste von *preferred providern* Spezialisten auswählen zu können, die die gewünschte fachliche Kompetenz und einen guten Service anbieten. Dabei steht es mir weiterhin frei, auch Spezialisten zuzuweisen, die (noch) nicht auf dieser Liste sind.
8. Ich habe mit einem initialen Aufwand von drei Arbeitstagen, von denen zwei von meiner MPA geleistet werden konnten, eine *qualitätszertifizierte Praxis*.
9. Einziger negativer Punkt aus meiner Sicht ist ein *leicht vermehrter administrativer Aufwand*: Ich benötige dafür – bei meinen mittlerweile 500 HA-Modell-Versicherten – monatlich einmalig etwa eine Viertelstunde.

Insgesamt kann ich nach fünf Jahren Mitgliedschaft in einem Netzwerk mit Budgetmitverantwortung für mich und meine Patienten fast nur Vorteile feststellen und kann allen Hausarzt-Kolleginnen und -kollegen das Mitma-

chen in einem solchen Netzwerk und ein JA zur Managed-Care-Vorlage, die solche Netzwerke fördert, nur empfehlen.

Dr. med. Andrea Häner, Zürich



### Wer stellt sich der Aufgabe, vor die uns sterbewillige Patienten stellen?

Es mag an meinem Alter liegen und dem über Jahre gewachsenen Vertrauensverhältnis, das Patienten ermutigt, mich vor folgende Aufgabe zu stellen: «Sie helfen mir doch rechtzeitig aus dem Leben zu scheiden und Sie versprechen es mir.» Dazu kann ich nicht einfach nein sagen, doch wie das zu bewerkstelligen wäre, das weiss ich auch nicht. Und so versichere ich den Fragenden meine Gesprächsbereitschaft, um ihren Wunsch, wenn immer möglich, mitzutragen. Zum Teil bleiben diese Gespräche vage und suchen lediglich nach einem weltanschaulichen Konsens. Zum Teil werden sie aber auch bald ganz konkret. Und ich stehe unmittelbar vor der Aufgabe der Sterbebegleitung in irgendeiner Form. Soll ich mich ihr stellen? Wie soll ich mich ihr stellen? Die Stellungnahme der zentralen Ethikkommission der SAMW [1] macht es mir einfach, will ich mich der Aufgabe entziehen. Denn entweder klopft der Tod schon an die Tür, dann brauch ich sie nur zu öffnen, oder er ist noch hinter dem Berg, dann wird der Patient eben nicht erhört. Was aber, wenn ich dem Patienten helfen will, den fernen Tod herbeizurufen? Muss ich da den gesamtgesellschaftlichen Diskurs bemühen, der überall und nirgends zu hören ist? Da macht mir der Artikel von Frau Preisig [2] und ihr neulich erschienener Leserbrief [3] schon mehr Mut. Sie fordert uns Hausärzte auf, miteinander Erfahrungen auszutauschen, ethische Fragen zu diskutieren und uns der Aufgabe zu stellen, vor die wir immer häufiger gestellt werden. «Sie helfen mir doch zeitig aus dem Leben zu scheiden und Sie versprechen es mir.»

Dr. med. Louis Litschgi, Basel

- 1 Zentrale Ethikkommission der Schweizerischen Akademien der Medizinischen Wissenschaften. Probleme bei der Durchführung von ärztlicher Suizidhilfe. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(11):411–2.
- 2 Preisig E. Palliativmedizin und Freitodbegleitung: Erfahrungsbericht einer Hausärztin. Schweiz Ärztezeitung 2011;92(41):1588–9.
- 3 Preisig E. Ärztliche Suizidhilfe. Schweiz Ärztezeitung 2012;93(16):581.



### Gott gibt es nicht, aber ich vermisse ihn

Danke, sehr geehrter Herr Kollege Kesseli, dass Sie dieses dauernd unterschätzte und verdrängte Problem «Tier-Mensch» zur Sprache bringen [1]. Die Missstände sind noch viel schlimmer, als wir uns nur vorstellen können. Täglich und millionenfach leiden diverse Tiere, damit wir Fleisch essen, Milch trinken, Pelz tragen, Medikamente ausprobieren können. Schuld sind wir alle mit unserer Gleichgültigkeit, und ganz besonders schuld sind Menschen wie Ihr beschriebener Kollege, der tatsächlich nicht verständnisvoll auf Ihren löblichen Verzicht auf eines der dekadentesten Nahrungsmittel, Stopfleber, reagierte, sondern sogar betonte, dass er erst recht davon möchte. Wenn ich solche Schilderungen höre, dann kann ich betreffend Erlösung der Tiere und wohl ein bisschen betreffend Bestrafung von so viel Unverfrorenheit mich nur ans Zitat erinnern: «Gott gibt es nicht, aber ich vermisse ihn!»

Dr. med. Renato Werndli, Eichberg

- 1 Kesseli B. Der Homo sapiens sapiens und seine speziellen Kulturleistungen. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(14/15):566.



### Fast Track

Mit grossem Interesse haben wir die Ausführungen von Dr. Richard Binswanger [1] zur optimalen Terminvergabe für Arztdienstleistungen im ambulanten Bereich von Spitälern gelesen. Unsere Erfahrung zeigt, dass für die Erreichung der angestrebten Ziele nicht ein teures Team von Terminkoordinatoren nötig ist, sondern dass der geschickte Einsatz von bestehender Technologie und Prozessen auf eine günstigere Art zum gleichen Resultat führt. Bereits heute ist es möglich, mit Hilfe einer weitverbreiteten Software mit Schnittstellen in die Zielsysteme über das Internet Anmeldungen elektronisch abzusenden und Berichte zu empfangen. Diese Lösung gibt es schon für Spitäler wie auch für Spezialistenpraxen und deren Zuweiser. Dazu zwei Beispiele:

- Die Radiologie des Universitätsspitals Zürich bindet ab Ende Juni 2012 deren Zuweiser elektronisch an. Diese sehen alle verfügbaren offenen Termine, können diese buchen und den Patienten gleichzeitig elektronisch anmelden, ähnlich der Buchung einer Flugreise. Die Buchung/Anmeldung geschieht direkt aus der Praxissoftware her-

aus oder im Webtool. Je nach Termin sind Vorleistungen verknüpft. Der Befund wird auf dem gleichen Weg wieder zurück in die Praxissoftware des Zuweisers verschickt und dies sechs Stunden nach der Untersuchung. In einem zweiten Schritt sollen den Zuweisern auch die Bilder elektronisch zur Verfügung gestellt werden.

- Ein Deutschschweizer Augenzentrum gibt ab Ende Mai pilotweise elektronisch Termine für Zuweiser für Kataraktoperationen frei. Die Agenda in der Praxissoftware wird automatisch abgeglichen. Auch hier sieht der Zuweiser alle offenen Termine und bucht wahlweise direkt aus der Praxissoftware oder im Webtool. Die Buchungsprozesse «Voruntersuchung und Operationstermin» werden in naher Zukunft verknüpft werden.

Mit diesem System erhalten die Zuweiser und deren Patienten schneller und verbindlicher einen Termin und schneller den Bericht zurück und dies aus/in die Praxissoftware. Im Spital und in der Praxis entfallen unnötige Anrufe. Die Terminkoordination kann unterstützt werden. Die Lösung ist kostengünstig und heute schon verfügbar.

PD Dr. Thomas Frauenfelder,  
Institut für Diagnostische und Interventionelle  
Radiologie, UniversitätsSpital Zürich  
Ursula Albiez, Augenzentrum Bahnhof Basel

- 1 Binswanger R. Fast Track in der ambulanten Medizin als strategische Trumpfkarte für Spitäler. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(16):606.



### Immer mehr Menschen wollen Medizin studieren

#### Reaktion auf einen Zeitungsbericht (Appenzeller Zeitung, 14. 3. 2012); Die Zahl der Ärzte steigt weiter (NZZ 16.3.2012)

Die Nachfrage nach mehr Studienplätzen ist grösser als das Angebot. Der Numerus Clausus wird ausgedehnt auf das Studienjahr 2012/13. Hand aufs Herz: Was ist hier falsch? – Wir haben zu wenig Ärzte in der Schweiz. Schön, dass viele Junge das merken und in die Bresche springen, indem sie ein langes Studium auf sich nehmen wollen. Nun stehen gemäss einem Artikel der Appenzeller Zeitung vom 14. 3. 2012 für das Studium der Humanmedizin 632 Studienplätze für 3120 Kandidaten zur Verfügung. 20% der Kandidaturen werden vor den «Eignungstests» zurückgezogen. Trotzdem ergibt sich ein eklatantes Missverhältnis von Angebot und Nachfrage.

Wir importieren fleissig Ausländer, die offenbar willens sind, uns zu helfen. Das Studium haben sie zwar im Ausland absolviert, aber die praktische Ausbildung als Assistenten machen sie hier. Das geht offenbar. Der Engpass ist also auf der Stufe der Universitäten. Warum wird das Problem so gelöst und nicht mit der Ausbildung eigenen Nachwuchses? Ist die Schweiz mit ihren Bedürfnissen bezüglich medizinische Versorgung gleich wie das Ausland? Ich wage zu behaupten, dass mit der Förderung des Medizinstudiums in der Schweiz die Weichen gestellt werden für eine bodenständige, menschengerechte Medizin mit der Basis von mehr dringend benötigten Hausärzten. Ich wage auch zu behaupten, dass damit unsere Medizin am ehesten bezahlbar bleibt.

Stellen Sie sich vor: Ein Kind von Ihnen möchte Medizin studieren in seinem Land, der Schweiz, wo er/sie aufgewachsen ist und die nötigen Schulen durchlaufen hat. Es spricht die lokale Sprache (immerhin ein wichtiges Instrument für einen Arzt, siehe auch «Empathie und Moderne Medizin: Luxus oder Notwendigkeit?» von Otto Knüsel [1] oder «Eminenzbasierte Medizin» von Toni Brühlmann [2]) Und nun kommt Ihr/e Sohn/Tochter nicht durch seinen/ihren Selektionsprozess. 3120 gegen 632 ... Ich wäre sehr enttäuscht, um es nett auszudrücken. Anders herum: Für Ökonomie werden unzählige Studienplätze offeriert, Platz für Einheimische und Ausländer zuhauf. In der Universität St.Gallen sind ca. 1/3 der Studenten Ausländer!

Wo ist hier der gesunde Menschenverstand, wo die Prioritäten einer Gesellschaft, wo die Erarbeitung einer gesunden Lösung durch Politik und Vertreter der Medizin?

Was ist hier falsch?

Dr. med. Peter Häni, Romanshorn

- 1 Knüsel O. Empathie und Moderne Medizin: Luxus oder Notwendigkeit? Schweiz Ärztezeitung. 2012;9(14/15): 560-3.  
2 Brühlmann T. Eminenzbasierte Medizin. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(10):387-8.



### Halb Gott, halb Kassenwart – halbe Wahrheit in der Zeitschrift «Der Beobachter»

Mit der nicht nur sprachlich geschmacklosen Überschrift «Halb Gott, halb Kassenwart» nimmt ein Beobachterredaktor den verdienten Chefarzt der chirurgischen Klinik des Spitalzentrums Biel, Prof. Urban Laffer, ins Visier [1]. Er wirft ihm vor, ein intransparentes «Kässeli-System» zu betreiben und doppelt im besten Bou-

levardstil nach: «Oberster Schweizer Chirurg bunkert Sponsorengelder auf seinem Privatkonto.» Was doch zumindest Gedanken an eine Hinterziehung aufkommen lassen könnte ...

Im Artikel kommt klar zur Geltung, dass dessen Verfasser nicht über vertiefte Kenntnisse eines Organigramms einer öffentlichen Klinik verfügt: In Institutionen, die neben der Dienstleistungs- zugunsten der Patienten auch Lehrverpflichtungen erfüllen, bestehen klare Hierarchien, die eng an Verantwortlichkeiten angebunden sind. Jeden Chefarzt deshalb als selbstherrlich und machtbesessen zu bezeichnen ist absurd, besonders gegenüber Laffer, der differenziertere und gegenteilige Attribute verdient hätte.

Wo ist das Problem? Kaderärzte erhalten z.T. das Recht, selber zu liquidieren. Von Ihren Honoraren fliesst ein erheblicher Anteil (bis 70% vor den AHV-Abgaben) wieder an die Institution zurück, die damit Infrastruktur- und Personalkosten deckt. Dies ist ein weitverbrei-

tetes System, welches in Biel lediglich in leicht modifizierter Form angewendet wird, indem nach den Spitalabzügen 10% in einen separaten Topf (Klinik-Pool) und 90% in ein gemeinsames, privates Honorarkonto fliessen. Aus Letzterem erfolgt eine Umverteilung zugunsten solcher Kaderärzte, die seltener Zusatzversicherte behandeln. Das alles hat doch mit Sponsorengeldern, die angeblich «gebunkert» würden, nichts zu tun!

In unseren Augen ist dieses «Bieler Modell» ein faires Umverteilungsverfahren und dabei ein taugliches Instrument, gute Mitarbeitende langfristig motiviert und ohne Neidereien dem Team zu erhalten. Für den Klinik-Pool und das Honorarkonto besteht ein Reglement, das jeder bei Eintritt anerkennt. Wenn aus einem solchen Topf noch Gelder für Publikumsveranstaltungen (PR) und gelegentliche Gesellschaftsanlässe zugunsten des häufig an der Grenze des Zumutbaren arbeitenden Pflegepersonals fliessen, ist gar nichts dabei, ausser dass

der Institution diesbezüglich Kosten erspart bleiben.

Dieser Artikel ist tendenziös und diffamiert einen unserer profiliertesten Kollegen, dem sogar sein hervorragendes Orgelspiel missgönnt wird.

Der Impetus des Beobachter-Autors ist offensichtlich. Durch seine Veröffentlichung hat er vielleicht ein persönliches Ziel erreicht, wer weiss? Neben anderen hat er damit aber in erster Linie dem Beobachter geschadet. Vielleicht wäre dessen Chefredaktor gut beraten, Beiträge seiner Mitarbeiter von Zeit zu Zeit vor dem «Gut zum Druck» kritisch auf Qualität, Nutzen und Schaden zu prüfen.

*Dres. med. Ruedi Ausfeld, Urs Bangerter,  
Felix Trinkler, Zollikon*

1 Hostettler O. Halb Gott, halb Kassenwart.  
Der Beobachter, Ausgabe 6 vom 15. März 2012.

## Communications

### Examens de spécialiste

#### Examen de spécialiste pour l'obtention du titre de spécialiste en radio-oncologie/ radiothérapie

*Lieu:* Radio-Onkologie Zentrum Biel Seeland Berner Jura, Rebenweg 38, 2501 Bienne

*Date:* jeudi et vendredi 6 et 7 décembre 2012

*Délai d'inscription:* le 30 juin 2012

Vous trouverez de plus amples informations sur le site web de l'ISFM [www.siwf.ch](http://www.siwf.ch) → formation postgraduée médecins-assistants → Examens de spécialiste

#### Examen de spécialiste en vue de l'obtention de la formation approfondie en phoniatrie à adjoindre au titre de spécialiste en oto-rhino-laryngologie

*Lieu:* Hôpital de l'Île, Berne

*Date:* vendredi 23 novembre 2012 (après-midi; l'heure sera communiquée individuellement)

*Délai d'inscription:* 20 août 2012

Vous trouverez de plus amples informations sur le site web de l'ISFM [www.siwf.ch](http://www.siwf.ch) → formation postgraduée médecins-assistants → Examens de spécialiste

#### Examen de spécialiste en vue de l'obtention du titre de spécialiste en médecine physique et réadaptation

*Lieu:* Hôpital Universitaire de Berne

*Date:* Samedi, 24 novembre 2012

*Accueil:* 9h00, début de l'examen: 9h30, durée: 3h

*Délai d'inscription:* 31 août 2012

Vous trouverez de plus amples informations sur le site web de l'ISFM [www.siwf.ch](http://www.siwf.ch) → formation postgraduée médecins-assistants → Examens de spécialiste

#### Examen des connaissances de base en chirurgie

*Lieu:* Hôpital de l'Île à Berne et à Lausanne, Auditoire César Roux

*Date:* Samedi, le 3 novembre 2012

*Délai d'inscription:* 28 septembre 2012

Vous trouverez de plus amples informations sur le site web de l'ISFM [www.siwf.ch](http://www.siwf.ch) → formation postgraduée médecins-assistants → Examens de spécialiste

#### Examen de spécialiste pour l'obtention du titre de spécialiste en gynécologie et obstétrique

**Examen de base:**

**examen écrit à questions choix multiple (QCM)**

*Date:* samedi, 24 novembre 2012

*Lieu:* Berne, Hôpital de l'Île

**Examen de spécialiste: 1<sup>re</sup> partie:**

**examen écrit à questions choix multiple (QCM)**

*Date:* samedi, 24 novembre 2012

*Lieu:* Berne, Hôpital de l'Île

**Examen de spécialiste: 2<sup>e</sup> partie:**  
**examen pratique-oral**

*Date et lieu:* seront convenus avec les candidats individuellement

*Délai d'inscription:* le 12 octobre 2012

Vous trouverez de plus amples informations sur le site web de l'ISFM [www.siwf.ch](http://www.siwf.ch) → Formation postgraduée médecins-assistants → Examen de spécialiste.

## Erratum

Im Beitrag «Ist die AHV-Nummer ein taugliches Instrument zur Identifikation von Patienten?» in der SÄZ Nr. 18/2012 [1] wurden von den Autoren eine eigene Sachverhaltsbeschreibung und ein Rechtsgutachten von Prof. Giovanni Biaggini zusammengefasst. Um den Leserinnen und Lesern die Zuordnung der einzelnen Textpassagen zu ermöglichen, sollten die Elemente der Sachverhaltsbeschreibung in (normal) schwarzer, die Aussagen des Rechtsgutachtens dagegen in dunkelgrauer Schrift erscheinen. Mit der zu diesem Zweck gewählten Abstufung erscheinen die beiden Farbtöne in der gedruckten Ausgabe aber nahezu identisch, so dass die angestrebte Unterscheidbarkeit nicht gegeben ist. Wir bedauern diesen Fehler und bitten die Autoren und die Leserschaft dafür um Entschuldigung.

In der Online-Ausgabe unter [www.saez.ch](http://www.saez.ch) → Archiv → 2012 → 18 ist die Unterscheidbarkeit gegeben: Die Passagen des Rechtsgutachtens erscheinen dort in blauer Schrift.

Die Redaktion

- 1 Wagner J, Kuhn HP. Ist die AHV-Nummer ein taugliches Instrument zur Identifikation von Patienten? Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(18):662-6.

## Schweizerische Herzstiftung

### Forschungspreis 2012

Die Schweizerische Herzstiftung verleiht jährlich eine mit 20000 Franken dotierte Auszeichnung für eine oder mehrere hervorragende wissenschaftliche Forschungsarbeiten auf dem Gebiet der Prävention, Diagnose und Behandlung der Herz-Kreislauf-Krankheiten. Teilnahmeberechtigt sind Schweizer Forscherinnen und Forscher oder Forschungsteams, die im In- oder Ausland tätig sind, sowie in der Schweiz arbeitende Ausländer. Der Bewerber darf zum Zeitpunkt der Bewerbung nicht älter als 45 sein. Ehemalige Preisträger und Arbeiten,

die bereits ausgezeichnet wurden, können nicht berücksichtigt werden. Die Wahl des Preisträgers erfolgt durch die Kommission Forschung der Schweizerischen Herzstiftung. Weitere Informationen und das detaillierte Reglement finden Sie unter [www.swissheart.ch/forschungspreis](http://www.swissheart.ch/forschungspreis).

Bewerber reichen *bis zum 30. Juni 2012* (Datum des Poststempels) per Post (jeweils 1 Exemplar) sowie zusätzlich in elektronischer Form (Word- oder PDF-File) ein: unterschriebenes Begleitschreiben, die zur Beurteilung vorgesehene(n) Arbeit(en) / Publikationen, Literaturverzeichnis, kurzes Curriculum Vitae (max. 1 Seite). Anschrift: Schweizerische Herzstiftung, Wissenschaftliches Sekretariat, Schwarztorstr. 18, 3007 Bern, Tel. 031 388 80 80, Fax 031 388 80 88. E-Mail: [bracher\[at\]swissheart.ch](mailto:bracher[at]swissheart.ch)

[www.swissheart.ch/forschungspreis](http://www.swissheart.ch/forschungspreis)

## Swiss Heart Foundation

### Research Prize

The Swiss Heart Foundation awards an annual prize of Swiss Francs 20000 for one or several outstanding publications / accepted manuscripts of scientific research in the field of the prevention, diagnosis and/or treatment of cardiovascular diseases.

Swiss researchers or research teams working in Switzerland or abroad and foreign researchers working in Switzerland are entitled to apply. The age limit of applicants is 45 years at the time of application. Previous prize winners are not eligible for the SHF-prize, also scientific publications, which have already been awarded, will not be eligible. The prize winner will be chosen by the Scientific Committee of the Swiss Heart Foundation. For further informations and detailed rules see [www.swissheart.ch/forschungspreis](http://www.swissheart.ch/forschungspreis).

Applications should be submitted *by 30th June 2012* (date of postmark) by post (one copy) as well as by E-Mail with one signed accompanying letter, the publication(s) / accepted manuscripts to be considered, list of references, brief

Curriculum vitae (max. 1 page) to: Swiss Heart Foundation, (Schweizerische Herzstiftung / Fondation Suisse de Cardiologie), Scientific Committee, Schwarztorstr. 18, CH-3007 Berne, phone 031 388 80 87, fax 031 388 80 88. E-Mail: [bracher\[at\]swissheart.ch](mailto:bracher[at]swissheart.ch)

[www.swissheart.ch/forschungspreis](http://www.swissheart.ch/forschungspreis)

## SPO Patientenschutz

### SPO beschliesst Stimmfreigabe zur Managed Care-Vorlage

Die Schweizerische Stiftung SPO Patientenschutz hat im Hinblick auf die wichtige gesundheitspolitische Abstimmungsvorlage zu Managed Care Stimmfreigabe beschlossen. Der Ansatz, eine verstärkte Beratung der Patienten und eine Mitverantwortung der Ärzte zu bewirken, wird von der SPO positiv gewürdigt. Damit kann auch eine kostendämpfende Wirkung im Interesse aller Akteure im Gesundheitswesen erzielt werden. In diesem Sinne ist in der Managed-Care-Vorlage auch ein Beitrag zur Verbesserung der aktuellen Blockadesituation im Schweizerischen Gesundheitswesen zu sehen. Andererseits enthält der vorliegende Vorschlag sehr dirigistische Elemente, um die Patienten in die Managed-Care-Modelle zu bringen. Damit verbunden ist gleichzeitig eine Einschränkung der Arztwahl. Diese Elemente könnten zuungunsten der Patienten noch verstärkt werden und bergen deshalb nicht von der Hand zu weisende Gefahren in sich. Ein für die Patienten unbestreitbar wichtiger Erfolg konnte während der parlamentarischen Beratungen erzielt werden. Die obligatorischen dreijährigen Knebelverträge wurden aus der Vorlage genommen, ein Managed-Care-Modell kann auch nur für ein Jahr abgeschlossen werden. Aus Sicht des Patientenschutzes ist damit die Möglichkeit geschaffen worden, unter zumutbaren Bedingungen in ein anderes Netzwerk oder wieder zur freien Arztwahl zu wechseln. Dies vermag die Nachteile der Vorlage jedoch nicht vollständig auszugleichen.