

# Courrier au BMS

Chers et chères Collègues,

Les différents courriers de lecteurs que vous découvrirez ci-après évoquent pêle-mêle les questions, opinions, interprétations mais aussi reproches et contre-propositions que soulève le projet aussi largement commenté que critiqué du Conseil fédéral pour modifier le tarif TARMED 1.08\_BR (intervention tarifaire).

Une chose est certaine, les avis exprimés dans ces lettres révèlent tous le profond malaise suscité par cette intervention dans notre système de santé qui, à la base, fonctionne bien, n'est remis en cause par personne mais va subir les dommages considérables de cette intervention purement politique. Nous partageons ce malaise et, pour la FMH, la question doit être prise très au sérieux. A l'opposé de l'opinion largement répandue dans notre pays selon laquelle seuls comptent ici l'intérêt personnel et l'appât du gain, ces lettres montrent sans équivoque qu'une telle intervention tarifaire aura un impact bien plus important sur notre système de santé. Ces dernières semaines, le département Médecine et tarifs ambulatoires a analysé l'intervention du Conseil fédéral et ses conséquences dans les moindres détails. Nous sommes arrivés à la conclusion qu'elle n'était ni appropriée ni conforme aux règles applicables en économie d'entreprise, comme l'exige normalement la loi.

L'intervention tarifaire vise purement et simplement à réduire les coûts de manière unilatérale. Nombre de mesures provoquent une baisse de rémunération disproportionnée de la prestation médicale (PM) par rapport à la prestation technique (PT) alors que, précisément, la spécialisation du personnel non médical a engendré ces dernières années une hausse importante des coûts pour les cabinets médicaux et les hôpitaux. Sans adaptations du tarif dans le domaine de la PT depuis 2004, aucun rééquilibrage n'a eu lieu. Ces hausses de coûts ont donc été subventionnées par le biais de la «prestation médicale», vu que les coûts de personnel ne sont pas suffisamment pris en compte dans les modèles de coûts, basés sur des données aujourd'hui désuètes. Par ailleurs, les mesures qui permettraient de réévaluer la prestation TARMED en corrigeant la sous-évaluation de certaines prestations qui, de ce fait, ne sont plus appropriées, font totalement défaut. Par exemple, la suppression de la possibilité de diviser par deux le barème des 5 dernières minutes (position 00.0030) ou l'introduction d'une indemnité forfaitaire de dérangement pendant les heures de consultation.

Les mesures proposées se traduisent de manière générale par un affaiblissement considérable de la médecine ambulatoire, elles ne créent aucun incitatif à fournir les prestations dans le secteur ambulatoire alors que ce dernier est nettement plus efficace et meilleur marché et, enfin, elles menacent la prise en charge ambulatoire déjà problématique dans les zones périphériques, éloignées des agglomérations.

Dans le cadre de la consultation, la FMH va adopter une position ferme et complète sur les mesures prévues et leur impact.

*Dr méd. Urs Stoffel*

*Responsable du département Médecine et tarifs ambulatoires, membre du Comité central de la FMH*

## La FMH et la modification du TARMED

Comme de nombreux médecins, j'attends avec impatience le BMS, surtout depuis fin mars 2017. J'espère chaque fois y lire une prise de position ferme contre la modification du TARMED que M. Berset a mis en consultation jusqu'à fin juin 2017. Mon espoir est chaque fois déçu. Les articles publiés sont certes intéressants mais ne parlent pas de la préoccupation exclusive du corps médical: la modification du TARMED et le maintien de la qualité des soins. Je ne peux m'imaginer que notre organisation faitière accepte ce diktat sans réagir car si c'était le cas elle n'aurait plus aucune raison d'exister.

Si par contre elle veut défendre les médecins touchés et maintenir la qualité des soins, elle doit le dire haut et fort et nous informer de la stratégie qu'elle compte utiliser pour que cette ordonnance soit rejetée et que M. Berset change d'avis.

Le temps passe vite et si on attend mi-juin 2017 pour envoyer à toutes les organisations consultées les arguments pour leur faire comprendre qu'il faut refuser cette modification du TARMED il sera trop tard.

De plus, les organisations consultées pourraient penser que finalement les médecins

ne sont pas tellement contre la modification sinon ils auraient réagi plus vite et plus fort!

Evidemment, ce sont les spécialistes qui sont le plus touchés mais n'ayez pas peur les autres suivront. Nous devons être unis si on veut préserver l'excellente qualité des soins dans ce pays.

Les médecins de premier recours et les spécialistes défendent les mêmes valeurs: soigner au mieux la population, préserver la liberté thérapeutique et le libre choix du médecin. Mais pour cela il faut nous laisser les moyens pour le faire. Cette modification du TARMED ne le permettra plus.

Réagissez donc le plus rapidement possible et surtout tenez-nous au courant.

Une solution pourrait être de finaliser le Tarco d'ici fin juin 2017 pour le proposer à M. Berset en lieu et place de l'ordonnance. Cela lui permettrait de changer d'avis sans perdre la face.

*Dr Rudolf Mayer, Spécialiste en ophtalmologie et ophtalmo-chirurgie, FMH, Pully*

## Tarifgestaltung

Brief zu: Stoffel U. Heureka – oder der Tarifeingriff an einer «Tinguely-Maschine». Schweiz Ärztezeitung. 2017;98(17):511.

Oeschger C. Bundesrätlicher Tarifeingriff hat weitreichende Konsequenzen. Schweiz Ärztezeitung. 2017;98(17):512–4.

Bezüglich Arzttarif ist die FMH nicht zum ersten Mal in der «bredouille». Ich finde aber, unser Berufsverband müsste sich in erster Linie selber an der Nase nehmen, weil er die divergierenden Interessen der Gruppe der invasiv tätigen KollegInnen und Spezialistinnen auf der einen Seite und die Gruppe der für die Grundversorgung zuständigen KollegInnen, Psychiatrie eingeschlossen, weiterhin nicht auszugleichen vermag. Das war schon zur Jahrhundertwende so, wobei damals die Gutmütigkeit der Grundversorger wesentlich dazu beigetragen hatte, dass überhaupt ein Tarif gemäss revidiertem KVG zustande kam – ohne bundesrätlichen Eingriff. Dass der Bundesrat, bei der eklatanten Uneinigkeit unter uns Ärzten bezüglich Tarif, jetzt handeln muss, war lange im Voraus angesagt.

Nun muss ich lesen, wie der Verordnungsentwurf von Bundesrat Alain Berset von den Zuständigen der FMH aus rein technischer Sicht zerpflückt wird. Ich lese aber nichts von Überlegungen zum übergeordneten Problem. Ich

befürchte, dass nun bis zum 21. Juni 2017 vor allem nachgerechnet, aber nicht nachgedacht wird. Nachdenken darüber, worum es in allererster Linie geht; darüber, welches die allerdringendsten Prioritäten im real existierenden Gesundheitswesen sind. Ich möchte ein paar wenige Punkte erwähnen, welche meiner Meinung nach zuoberst auf die Traktandenliste gehören – auch in Sachen Tarif.

Wir haben ein Gesundheitswesen, welches kostenmässig aus dem Ruder läuft; womit die Frage gross im Raum steht, wie die vorhandenen Ressourcen, Finanzen inklusive, auf die verschiedenen Bereiche verteilt werden sollen.

Wir haben eine Grundversorgung, die im ärztlichen und im pflegerischen Bereich auszutrocknen droht; womit zuerst zu klären wäre, wie diese Bereiche attraktiver gemacht werden können, um die Grundbedürfnisse der Bevölkerung langfristig zu decken.

Wir haben in den vergangenen dreissig Jahren eine Entwicklung im Gesundheitswesen erlebt, welche einen enormen Sog in Richtung Spezialistentum erzeugt, welche einer fragmentierenden Sichtweise Vorschub leistet und dem ökonomischen Denken eine dominante Rolle einräumt; womit die FMH herausgefordert ist, diesem zunehmenden Ungleichgewicht, welches sich auch unter ihren Mitgliedern und in ihren Institutionen selbst spiegelt, prominent und eindeutig die adäquate Aufmerksamkeit zu schenken – ganz bestimmt auch in der Tarifiediskussion.

Wenn der Bundesrat nun den Tarif durchgibt, dann hat er weiss Gott gute Gründe, denn er muss ja das Ganze im Auge behalten. Wann endlich bringen es die Ärzte und Ärztinnen zustande, das Ganze in den Blick zu holen und vom Ganzen her die notwendigen Entscheidungen zu treffen? Die Ärzteschaft hat die Tarifgestaltung zur Nagelprobe auserwählt – hoffentlich besteht sie die Probe.

Dr. med. Peter Klein, Bern, Hausarzt  
«en retraite»

### Bundesrätlicher Tarifeingriff

Aus meiner Sicht gibt es im Gesundheitswesen Gegebenheiten, die eine vernehmliche und vernünftige Lösung der Kostenfrage verunmöglichen.

Tatsachen sind:

1. Die *Gesundheitskosten sind aus dem Ruder* gelaufen, und wenn es so weitergeht, wird unser ganzes Finanzierungssystem kollabieren.

2. Zu viele *widersprüchliche Interessen* machen es für eine Organisation wie die FMH unmöglich, eine kostenwirksame Lösung auszuarbeiten.

3. *Begehrliche Patienten* auf der einen Seite, wie *Leistungserbringer*, die immer mehr Umsatz kreieren müssen und ihre angeschafften Apparate amortisieren wollen, auf der anderen Seite treiben die Kosten unaufhaltsam weiter (wir werden fast täglich Zeuge von übertriebener ärztlicher Diagnostik und Therapie!).

*Eine griffige Kostenkontrolle kann darum nur «von oben» verordnet werden*, weil sich auch kein Volksvertreter mit diesem Thema die Finger verbrennen will. Solche Massnahmen sind per se undifferenziert und haben viele Mängel, aber sie entsprechen immerhin einem Befreiungsschlag, auch wenn sie nicht viel nützen werden.

Machen wir uns doch nichts vor: Die *einzig längerfristig wirksame* und (zumindest mehr oder weniger) gerechte Lösung wäre eine erhebliche *Einschränkung der Leistungen der Grundversicherung* in Bezug auf Alter und gewisse Indikationen (z.B. Onkologie, Kardiologie, Intensivmedizin) und/oder die Einführung eines Globalbudgets. (Ich bin in einem Alter, wo die Einschränkungen bald wirksam würden.)

*Unvermeidlich würde dadurch unser Durchschnittseinkommen wie auch die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem (aus Sicht des Patienten) leiden*. Aber die Frage ist: Wollen wir Kosten senken oder nicht? *Lieber nicht!* Wollen wir eine (Mehr-)Klassen-Medizin? *Lieber nicht!* Darum wird es so weiter gehen bis zum (zumindest Teil-) Kollaps des Systems.

Dr. med. Andreas Zurbuchen, Beinwil am See

### Tarifeingriff aus ärztlicher Sicht

*Tarifeingriffe*, die isoliert nur an das BAG eingereichte Eingaben der Versicherer und Spitäler umsetzen, richten sich absehbar nicht auf Einsparungen bei der Administration oder bei den Spitälern, sondern ausschliesslich nur auf eine Absenkung der Arztleistung. Der jetzt in der Vernehmlassung stehende Tarifeingriff eliminiert gezielt AL-Parameter im Kernbereich des TARMED wie Dignität und Produktivität. Genau diese Parameter wurden seinerzeit im TARMED zur Qualitätssicherung und zum Ausgleich der Arzteinkommen leistungsspezifisch bei jeder Einzelleistung hinterlegt.

*Qualitätsparameter* sichern im TARMED die Qualität. Dies erfolgt qualitativ durch die Vorgabe der Fachspezialität (qualitative Dignität), quantitativ durch die Vorgabe der strukturierten Weiterbildung innerhalb der Fachspezialität (quantitative Dignität) und bezüglich Assistenzunterstützung durch die Vorgabe der Assistenz (Assistenzdotation).

*Produktivitätsparameter* bewirken im TARMED den Ausgleich zwischen invasiver und nicht-invasiver Tätigkeit (Spartenproduktivität) und den Ausgleich der Arzteinkommen, bezogen auf die Lebensarbeitszeit (Dignitätsfaktor). Diese auf die Dignität bezogene Angabe des Produktivitätsverlusts berücksichtigt die Dauer der strukturierten Weiterbildung (beim doppelapprobierten Facharzt MKG beispielsweise zusätzliche 3 Jahre ohne Einkommen für das Doppelstudium) und den Umstand, dass Leistungen höherer Dignität nicht wie Leistungen niedrigerer Dignität nahtlos aneinandergereiht werden können.

*Qualität* wird durch den Tarifeingriff eliminiert. Jeder Qualitätsabbau beeinträchtigt die beabsichtigte Zielsetzung eines Tarifs, für ein bestimmtes Honorar eine Leistung von exakt vorgegebener Qualität zu fordern. Naiv wirkt die Vorstellung, eine Medizinalperson undefinierter Qualität könne durch das Verbringen und Abrechnen einer bestimmten Zeitspanne mit einem Patienten in einem Zimmer unbestimmter Infrastruktur eine qualifizierte medizinische Leistung erbringen und kassenpflichtig abrechnen.

*Kosten* hängen ab von der Effizienz. Qualitätsabbau bedeutet unweigerlich immer Effizienzverlust, Mengenausweitung, Verlagerung (von ambulant zu stationär) und dadurch Kostensteigerung. Bei MKG-Chirurgie mit Doppelapprobation (Arzt und Zahnarzt) mit 16½ Jahren Aus- und Weiterbildung (für invasive ambulante Leistungen bis 20 Jahre) drohen beim Wegfall der hinterlegten Prozessqualität

### Lettres de lecteurs

Envoyez vos lettres de lecteur de manière simple et rapide. Sur notre site Internet, vous trouverez un outil spécifique pour le faire. Votre lettre de lecteur pourra ainsi être traitée et publiée rapidement. Vous trouverez toutes les informations sous:

[www.bullmed.ch/auteurs/envoi-lettres-lecteurs/](http://www.bullmed.ch/auteurs/envoi-lettres-lecteurs/)

und ungenügend qualifiziertem Behandler mengenausweitende Irrwege über unnötige CT, MRI usw. für die Diagnose und über Okklusionsstörungen für die Therapie.

*Honorarausgleich*, im TARMED für jede Leistung sorgfältig hinterlegt, würde durch den Tarifeingriff eliminiert. Der Wegfall der die Arzteinkommen ausgleichenden Produktivitätsfaktoren für Sparte und Dignität verunmöglichte es, bei identischer Zeiteinschätzung mit Leistungen höherer Dignität das Referenzeinkommen für die Lebensarbeitszeit zu erreichen. Weil der Produktivitätsausgleich für die verlängerte strukturierte Weiterbildung und für nicht nahtlos aneinanderreihbare Eingriffe fehlen würde. Hochqualifizierte Leistungen, brutto per Zeitbedarf gleich honoriert wie einfacher Verbandwechsel oder Fädenentfernung, ergäben netto nur noch ein halbes Lebensarbeitszeit-Einkommen.

*Weiterbildung* hängt ab von der ärztlichen Motivation. Diese sinkt bei der Aussicht, dass Weiterbildung paradoxerweise lebenslanglich zu einer Einnahmenseinbusse führen könnte. Für den ärztlichen Nachwuchs wären dies düstere Perspektiven. Verlierer wären die ärztliche Weiterbildung, die Qualität der Patientenbehandlung und die Effizienz unseres Gesundheitswesens. Gefördert würden Belange abseits der direkten Patientenbehandlung wie der administrative Aufwand zur Regulierung der Mengenausweitung, der Spitalerträge, der Qualitätskontrolle, der Abrechnungen und der statistischen Kontrollen. Wo soll da ein Spareffekt sein? Wofür diese Umverteilung?

*Dr. med. Dr. med. dent. Roland Schmoker, Bern*

### Alternative zur bevorstehenden Tarifikatastrophe

Der geplante bundesrätliche Tarifeingriff ist sehr umfangreich, vielseitig und eigentlich als rachesüchtig zu bezeichnen. Die Lohnbussen für alle FMH-Mitglieder werden massiv sein und sind in diesem Ausmass durch nichts gerechtfertigt. Die von den Krankenversicherern beklatschten Massnahmen führen zudem das von der FMH und den Fachgesellschaften seriös aufgeführte Projekt TARCO ad absurdum. Sowohl die Politiker wie auch die Krankenkassen werden nicht das geringste Interesse an einem von der Ärzteschaft vorgeschlagenen Tarif zeigen, der die Leistungserbringer im Vergleich fairer behandelt. Als Alternative zur Faust im Sack und dem traditionellen Über-den-Tisch-gezogen-

Werden schlage ich der Ärzteschaft für die gesamte ambulante Medizin folgende Alternative vor:

Die FMH führt den fairen TARCO-Tarif, unabhängig von der Zustimmung von Bundesrat und Krankenversicherern, per 1.1.2018 ein. Wie bei jedem anderen freien Beruf üblich werden die Patienten und Patientinnen Rechnungsschuldner sein. Der kantonale Taxpunktwert wird so gewählt, dass er einen Teil der bisher nicht kompensierten Kosten berücksichtigt. Für die Zukunft soll Kostenwahrheit statt Kostenneutralität gelten. Das wird einen Aufschrei geben, möglicherweise werden die Krankenkassen ihren Versicherten (wieder einmal) einen Rechnungsboykott empfehlen. Ich schlage deshalb vor, in einer ersten Phase monatliche Rechnungen zu stellen. Diese sollten von den Patienten besser bezahlbar sein. Wer nicht bezahlt, bekommt keinen Folgetermin. Das ist in der übrigen freiberuflichen Welt nicht anders. Damit kämen die Krankenversicherer und die Politik unter massiven Druck der Leistungsbezüger und wären eher motiviert, der Ärzteschaft einen faireren Leistungsvertrag anzubieten, als es der geplante arbiträre Kahlschlag vorsieht.

Und wenn nicht, dann halt nicht.

Dieses Vorgehen braucht Selbstbewusstsein, Mut und geschlossene Reihen, in einer ersten Phase auch mögliche Opfer. Aber wir müssen uns gegen Willkür wehren und uns endlich von einem Diktat befreien, das immer dreister wird.

*Dr. med. Ron Ammann, Thun*

### Die Verdienst-Unterschiede zwischen Ärzten ist gravierend und durch nichts zu rechtfertigen

Brief zu: Völlm K. Die Revision des ärztlichen Leistungstarifs. Schweiz Ärztezeitung, 2017;98(19):612-3.

In letzter Zeit scheinen tarifpolitisch die Bedrohungsszenarien in immer kürzeren Abständen aufgefahren zu werden. Wie immer, wenn die Politik eingreift, deren Vertreter nicht nur im Gesundheitsbereich von wenig Sachkenntnis behindert werden, wird hinterher oft alles nur noch schlimmer.

Es sieht ganz danach aus, als ob es der Ärzteschaft nicht gelingen wird, ein Tarifsystem zu liefern, das alle beteiligten Gruppen zufrieden stellt und Kostenneutralität, wenn nicht gar -reduktion herstellt. Wie auch, die Partikularinteressen sind zu divergierend. Da die Ärzteschaft sich offensichtlich nicht in der Lage sieht, zu diesem Thema eine geschlossene Haltung zu finden, darf sie sich nicht wundern, wenn dies von der Politik als Schwäche aufgefasst wird.

Wie gross die Differenzen innerhalb unseres Standes sind, habe ich kürzlich selbst erleben dürfen. Ich suche seit geraumer Zeit einen Nachfolger für den Übergang in die Nachberufungsphase.

Auf die entsprechenden Annoncen kamen viele Meldungen, die meisten aus dem nahen Ausland. Es meldete sich auch ein Makler für deutsche Interessenten, der mich nach meinem Gehaltsangebot fragte, für avisierte 70 Prozent. Ich nannte eine Summe, umgerechnet von meinem Vollzeitverdienst. Die umgehende Antwort des Maklers: viel zu wenig, er habe gerade eine Kollegin für das Dreifache an Jahreseinkommen an eine Gemeinschaftspraxis in Zürich vermittelt. Ich antwortete dem freundlichen Herrn, dass ich als normaler Allgemeinmediziner einfach nicht mehr verdiene. Zurück kam eine Entschuldigung, man habe die Fachgruppe verwechselt, es handelte sich nicht um einen Allgemeinmediziner, sondern um ebenfalls einen mit A beginnenden Augenarzt. Ich verstand sofort – alles. So ist das nun bei uns in der Ärzteschaft, und wir wundern uns, dass dem nicht mehr lange zugesehen wird? Vielleicht sollten wir doch endlich mal anfangen, über Geld zu reden, in klaren, ganzen Zahlen? Transparenz anstreben?

Der freundliche Makler bot mir auch gleich einen Allgemeinarzt-Kollegen an für das von mir genannte Gehalt, mit reduzierter Begeisterung wegen reduzierter Tantiemen. Ich lehnte dankend ab.

Die Verdienst-Unterschiede zwischen den Ärzten sind gravierend und durch nichts zu rechtfertigen in diesem Ausmass. Sie werden mit Zähnen und Klauen verteidigt, so lange, bis es nichts mehr zu verteidigen gibt.

Im als Musterbeispiel für Sparen angeführten Deutschland ist mittlerweile die niedergelassene Medizin weitgehend pauschalisiert. Die anfänglichen Ersparnisse relativierten sich bald und kehrten sich nach wenigen Jahren in Kostensteigerungen um, wie stets, wenn Politik die Initiative ergreift.

Als deutscher Arzt bin ich schon 2002 in der Schweiz tätig und erlebe ein Déjà-vu mit 15 Jahren Verzögerung. Der oft zu lesende Politikerverweis auf den deutschen Nachbarn sollte bei eidgenössischen Kollegen die Alarmglocken schrillen und sich rasch an einen Tisch setzen lassen. Nach meinen jüngsten Erfahrungen bin ich jedoch skeptisch. Ich erinnere an Seehofer, Schmidt, Memoranden, Selbstbehalte, Praxisgebühr etc. – man muss ja nicht jeden in Kostensteigerungen endenden Mist nachmachen. Vorschläge von Ärzten werden von der Politik zusehends ignoriert. Unsere fachspezifische Autorität scheint in der Politik aufgebraucht, die Freiheit unseres schönen Berufes scheint in Gefahr.

*Dr. med. Heribert Moellinger, Purasca*

## Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten

Offener Brief an die Abteilung Leistungen des Bundesamts für Gesundheit (BAG)

Sehr geehrte Damen und Herren

Ich arbeite als junge Hausärztin im Kanton Zürich. Es gibt sie noch, die optimistischen, motivierten und Schweizerdeutsch sprechenden jungen Männer und – in meinem Fall – Frauen, die ihre Berufung in der Hausarztmedizin sehen. Neben 3 Kleinkindern und einem Haushalt.

Ich habe es satt, in den Medien, den Konsumentenmagazinen, einfach überall zu hören: Die Ärzte verrechnen mehr Leistungen, als sie wirklich vollbringen, sie verkaufen teure Medikamente, sie lassen sich von der Pharma sponsern, sie bieten überteuerte Spezialleistungen an, sie machen unnötige Abklärungen.

Noch nie habe ich bei der Abgabe eines Medikaments auf die Marge geachtet, ich gebe meist das für den Patienten günstigste. Die Marge ist mir gar nicht bekannt. Noch nie habe ich eine Abklärung gemacht, weil sie Geld bringt. Ich röntge, wenn es nötig ist, ich schicke die Patienten ins MRI, wenn ich eine konkrete Fragestellung habe. Die Patienten verlangen oft eine Bildgebung, um sich abzusichern. Nicht immer gelingt es mir, dies zu verhindern, aber ich bemühe mich. Von der Pharma habe ich bis auf ein paar Kugelschreiber, Patienteninfomaterial oder mal ein Sachbuch noch überhaupt gar nie etwas geschenkt bekommen. Abgesehen vielleicht noch von ein paar Gipfeli für die Arztgehilfinnen.

Und was mich vor allem ärgert, diese ewige Diskussion über die «ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten», «AL». Meint eigentlich die Politik und die Bevölkerung, wir Ärzte wollen diese «AL» verrechnen? Das wollen wir gar nicht. Die Leistung und die Verrechnung von «AL» sind das Langweiligste überhaupt. Ich will am Patienten arbeiten, mit dem Patienten in der Sprechstunde. Ich will doch nicht arbeiten, ohne einen Patienten vor mir zu haben. Nur werde ich leider dazu gezwungen, ich muss Berichte studieren, ich muss Telefonate mit Krankenkassen, Arbeitgebern und Angehörigen führen. Ich beantworte Mails und Anfragen.

Dies nimmt einen nicht unerheblichen Teil meiner Arbeitszeit in Anspruch. Zum Glück nicht ganz so viel wie damals noch im Spital, dort hat die Dokumentation ja übermässig verrückte Grössenordnungen angenommen. Also, liebe Damen und Herren und lieber Herr Bundesrat Berset: Falls die Abrechnungsposition «AL» limitiert oder abgeschafft wird, dann will ich Folgendes wissen. Wie verrechne ich in Zukunft ein Mail an den Patienten? Ein

Telefon mit der Mutter eines Kindes? Ein Telefon mit den Angehörigen oder der Spitex bei einem dementen Patienten? Ein Telefon mit dem Arbeitgeber? Das Lesen eines langen Spitalberichtes? Eine Anmeldung an die Radiologie? Eine Rückfrage ans Labor?

Ich würde mich über eine Antwort freuen und stehe auch bei Fragen gerne zur Verfügung.

*Dr. med. Rahel Jost Schneider, Wangen bei Dübendorf*

## Offener Brief an Herrn Bundesrat Alain Berset

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset

Als Vorstehender des EDI und somit «oberster Gesundheits-Chef aller Eidgenossen» haben Sie wahrlich ein schweres Erbe angetreten. Sie treffen Ihre Lösungsvorschläge sicherlich nach bestem Wissen und Gewissen, und der geplante Tarifeingriff enthält, aus meiner limitierten hausärztlichen Sicht (mit 7 Jahren Facharztausbildung), durchaus einige begrüssenswerte Aspekte. Hingegen beinhaltet er auch Elemente, die mir als seit 19 Jahren vollberuflich praktizierender Hausärztin Sorgen bereiten. Über die geforderte Kostenneutralität möchte ich dabei explizit *nicht* sprechen.

*Szenario:* Das Schweizer Stimmvolk murrte über der hohen Steuerlast und fordert Massnahmen. Die Bundesrats-Sitzungen werden fürderhin auf 20 Minuten Sitzungsdauer limitiert (incl. Nachbereitung und Dokumentation). Es wird auch nur für diese Zeit entlohnt. Sollte die Agenda in dieser Zeit nicht abgearbeitet werden können, müssen eben weitere Sitzungen anberaumt werden. Die allfälligen Vorarbeiten wie Abklärungen, Besprechungen, Informationsbeschaffung, Telefonate, Recherchen etc. werden zu maximal 30 min pro Quartal vergütet, der Rest ist freiwillige Arbeit. Die finanzielle Entschädigung findet also, wie o.e., lediglich für die 20-minütigen Sitzungen und die 10 Minuten erlaubte intellektuelle Arbeit pro Monat statt.

Hingegen müssen natürlich die Miete für das Bundeshaus, Personallöhne, Versicherungen etc. jeweils für den gesamten Monat entrichtet werden. Die Ferien der Bundesräte sind selbstredend nicht bezahlt.

Falls eine weitere Analogie gefällig ist: Das Anwaltshonorar (vergleichbare akademische Ausbildungsdauer) bemisst sich in Zukunft, abgesehen von vielleicht einigen wenigen persönlichen Kontakten mit dem Klienten von Mensch zu Mensch, einzig aus der Zahl der Zeilen im Brief an Gericht, Gegenpartei oder Klient. Allfällige geistige Hintergrundarbeit ist, wie oben erwähnt, pro Klient 30 Minuten pro Quartal möglich. Auch hier müssen

selbstverständlich Löhne und Nebenkosten, Miete, EDV etc. vom Anwalt (privat) bezahlt werden.

*Minutage für die Konsultationsdauer*

Sie haben sicherlich auch früher «Momo» gelesen. Darin ist von «Zeitdieben» die Rede.

Ich möchte noch auf die stossenden zeitlichen Limitationen der Konsultationsdauer und der viel diskutierten «Arbeit in Abwesenheit des Patienten» eingehen.

«Zeit» ist das wichtigste, effizienteste und kostengünstigste Instrument in der Grundversorgung. Quasi nebenwirkungsfrei.

Die steigende Krankheitslast der zunehmend älter und polymorbider werdenden Gesellschaft verlangt nach konzisem und speditivem Management diverser und multipler Erkrankungen, dies ist nicht in allen Fällen in so kurzer Zeit wie von Ihnen zugestanden möglich. Sollte die von Ihnen vorgegebene knappe Konsultationszeit ab dem 1.1.2018 Realität werden, stellen sich folgende Optionen:

- Man bespricht mit dem Patienten jedes Mal nur eines seiner vielleicht 5 bis 7 bis 10 gesundheitlichen Probleme, er muss halt dann mehrmals kommen. Mit Gehstöcken, Begleitung durch Angehörige oder Nachbarn, im Rollstuhl oder mit dem Taxi ...
- Man weist den Patienten organspezifisch gezielt den jeweils dafür zuständigen Spezialisten oder Spitalambulatorien zu. (Allfällige Spekulationen über Kostenfolgen möchte ich Ihnen überlassen.)
- Man setzt den Patienten nach 20 min Konsultation ins Wartezimmer, behandelt den nächsten Patienten und holt dann wieder Patient Nr. 1 zur weiteren Behandlung/Beratung. So könnten gut pro Tag einige wenige polymorbide Patienten den ganzen Arbeitstag ausfüllen.
- Ob so die gleiche hohe Qualität wie bisher geleistet und gewährleistet werden kann, ist ungewiss.

*«Arbeit in Abwesenheit des Patienten», die Vielgescholtene ...*

Im Zeitalter der Zalando-Mentalität erwarten und verlangen viele Patienten eine aufwands- und kostenfreie «Fernwartung» mit Auftragserteilung oder Anfragen per E-Mail oder Telefon, ohne dass dafür eine ärztliche Konsultation für nötig erachtet würde («I zahle schliesslich scho gnuet Prämie!»). Die medizinische und (auch juristische!) Verantwortung für sein/ihr Handeln obliegt jedoch in guter alter, analoger Manier dem Arzt/der Ärztin. Wohlverstanden: in «Abwesenheit des Patienten». Die gesamte digitale Betreuung für das Anliegen des abwesenden Patienten darf jedoch 30 min pro Quartal nicht überschreiten. Als Notlösung werden möglicherweise Versi-



cherungszeugnisse dann nicht mehr bearbeitet werden können oder zumindest auf das nächste Quartal verschoben werden müssen. Es ist übrigens bedauerlich, dass für Versicherungsanfragen keine eigene Tarifposition «in Abwesenheit des Patienten» vorgesehen ist. Zusammenfassend kann also gesagt werden:

1. Gute hausärztliche Arbeit braucht Zeit.
2. Unter den oben skizzierten Prämissen kann die Grundversorgung ab dem 1.1.2018 vermutlich nicht mehr in qualitativer Äquivalenz aufrechterhalten werden.
3. Die zeitlichen Limitierungen könnten der ambulanten Hausarztmedizin das Genick brechen. Eigentlich ein Widerspruch zur bundesrätlichen Strategie Gesundheit2020: «Ambulant vor stationär»!
4. Die Massnahmen werden vor allem die alten, chronisch und/oder psychisch Kranken und die polymorbiden Patienten treffen. Oder ist dies gerade das erklärte Ziel? Und dann? «Wohin damit?»
5. Man könnte ja auch den Bäckern das Mehl rationieren, Sägemehl tut's auch. Aber erwarten Sie bitte nicht, dass das Brot nachher noch gleich schmeckt.

Sehr verehrter Herr Bundesrat Berset, wenn Sie uns unseres wichtigsten Instrumentes berauben, könnte das teure und nachhaltige Folgen für die Gesundheitskosten und die Bevölkerung haben. Wenn Sie nicht als *Branchenkiller der Grundversorgung* in die Geschichte eingehen wollen, bitte ich Sie, die oben angesprochenen Aspekte ihres Tarifeingriffes, die vor allem uns Hausärzte und Grundversorger fundamental treffen werden, noch einmal zu überdenken.

Ich danke Ihnen für Ihre geschätzte Aufmerksamkeit und verbleibe hochachtungsvoll

*Dr. Susanne Zurfluh-Loferer, Wittenbach*

P.S.: Falls ich Ihr Interesse an der hausärztlichen Arbeit geweckt haben sollte, lade ich Sie herzlich ein, an einem Tag Ihrer Wahl in meiner Praxis zu hospitieren.

P.P.S.: Ich werde diese «Arbeit in Abwesenheit» im Namen *aller* hausärztlichen Patienten niemandem in Rechnung stellen.

## Tarifeingriff: Was ist eigentlich das Ziel?

Offener Brief

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset  
Sehr geehrte Damen und Herren des Bundesamts für Gesundheit  
Gemäss Darstellung des AHV-pflichtigen Einkommens aus der «freien Praxis» 2009 ([1],

letzte Publikation, weil diese Zahlen nicht von öffentlichem Interesse seien) sehen die Einkommensverhältnisse in der Allgemeinmedizin und der Psychiatrie wie folgt aus:

- Allgemeinpraktiker: CHF 197500 (Median)
- Psychiatrie und Psychotherapie: CHF 130100 (Median)

Die Allgemeinpraktiker haben schon damals 52,8% mehr als Psychiaterinnen und Psychiater verdient, dies bevor sie vom Bundesrat zusätzlich jährlich 200 Mio. zugesprochen bekommen haben. Von diesen krassen Einkommensunterschieden war in den Medien nie etwas zu hören.

Gemäss Factsheet des psychiatrischen Dachverbandes FMPP vom 2. April 2017 [2] haben Psychiaterinnen und Psychiater in Zukunft mit einer Absenkung ihres Einkommens von 4,8% zu rechnen. Versteht der Bundesrat darunter Nachwuchsförderung?

Gemäss verschiedenen Angaben des Bundes ist in Zukunft mit einer Zunahme von psychischen Erkrankungen zu rechnen. Gemäss einer Studie der Chefärzte der psychiatrischen Kliniken, die in der *Schweizerischen Ärztezeitung* (SÄZ) publiziert worden ist, werden in der Psychiatrie in wenigen Jahren 1000 Psychiaterinnen und Psychiater fehlen.

Der Ärztemangel in der Psychiatrie ist wesentlich grösser als in der Allgemeinmedizin. In den psychiatrischen Kliniken gibt es heute nur noch wenige Ärzte, die Deutsch verstehen und schreiben können.

Was ist eigentlich das Ziel des Bundesrates und des Bundesamts für Gesundheit (BAG)? Wollen sie den Facharzttitel Psychiatrie und Psychotherapie abschaffen, damit die Hausärzte Psychopharmaka verschreiben und Psychologinnen und Psychologen zu billigen Löhnen Psychotherapien machen?

Mit freundlichen Grüssen

*Dr. med. Willy A. Stoller, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Bern*

- 1 [www.fmh.ch/files/pdf11/Einkommen\\_2012\\_D.pdf](http://www.fmh.ch/files/pdf11/Einkommen_2012_D.pdf)
- 2 [www.psychiatrie.ch/fmpp/spezielseiten-newsletter-fmpp/tarmed-tarifeingriff-442017](http://www.psychiatrie.ch/fmpp/spezielseiten-newsletter-fmpp/tarmed-tarifeingriff-442017)

## «Praktische Ärzte» in der hausärztlichen Grundversorgung nicht doppelt benachteiligen!

Durch den bundesrätlichen Tarifeingriff ab 1.1.2018 sollen die «Quantitativen Dignitäten» bei den AL für alle Ärzte auf den einheitlichen Wert von 0,968 festgelegt werden. Einzig die «Praktischen Ärzte» sollen den tieferen Faktor von 0,940 für alle AL erhalten. Begründet wird dies mit der kürzeren Weiterbildungsdauer. Damit werden die Praktischen Ärzte

alle nach TARMED verrechneten Leistungen, die eine AL enthalten, zu niedrigeren Gebührensätzen abrechnen.

Wenn gleichzeitig das grundsätzliche Abrechnungsverbot für zahlreiche grundsätzliche Leistungen der Hausarztmedizin (Beratungsziffern 00.0510 und 00.0520 und Untersuchungsleistungen nach den neuen Ziffern 00.0415 und 00.0425) aufrechterhalten wird, so stellt dies für Praktische Ärzte eine unzulässige und nicht hinnehmbare doppelte Bestrafung der postulierten kürzeren Ausbildungsdauer dar!

Aus Sicht der Praktischen Ärzte ist eine Abschaffung der Abrechnungsverbote für die oben genannten TARMED-Positionen notwendig: Die Qualitative Dignität «Alle Grundversorger» würde es ermöglichen, dass nicht nur ältere Praktische Ärzte mit Bestandschutz auf diese TARMED-Positionen diese auch abrechnen dürften, sondern alle Praktischen Ärzte.

Für viele nachrückende Hausärzte ist die Lösung dieser Frage wirtschaftlich äusserst wichtig. Die Bedeutung für die gesamte hausärztliche Versorgung belegen die folgenden statistischen Daten:

Die Zahl der ambulant tätigen «AIM»-Titelträger ist zwischen 2009 und 2016 lediglich von 5582 auf 5921 (6% Zuwachs) angestiegen, während im selben Zeitraum die Zahl der Praktischen Ärzte von 848 auf 1411 (91% Zuwachs) gestiegen ist (Quelle: FMH-Statistik).

Der Anteil der Praktischen Ärzte an allen ambulant hausärztlich Tätigen betrug damit im Jahr 2016 14,8% (gegenüber 9,6% im Jahr 2009). Diese Gruppe übernimmt also einen immer grösseren Anteil an der hausärztlichen Versorgung der Schweizer Bevölkerung und sollte damit nicht doppelt benachteiligt werden!

*Dr. med. Martin Dieudonné, St. Gallen*

## Albert Einstein (1879–1955) zu Immanuel Kant (1724–1804)

Jann P. Schwarzenbach meint in der SÄZ S. 620–621, 2017: «So gibt Kant den Naturwissenschaften und dem ihnen innewohnenden Wunsch exakter Begründbarkeit ein sicheres notwendig gültiges philosophisches Fundament» und: «So darf die Medizin durchaus auch in ethischer Hinsicht der Philosophie Kants folgen...»

Zur Bedeutung Kants in den Grundlagen zur Naturwissenschaft mögen wir einen unverdächtig Naturwissenschaftler hören. Albert Einstein meint zur Metaphysik Kants [1]: «Das ist die Erbsünde Kants, dass Begriffe und Kategorien, die nicht aus der Erfahrung

gewonnen werden können, zum Verständnis dieser Erfahrung notwendig sein sollen. Unbefriedigend bleibt dabei aber immer die Willkür der Auswahl derjenigen Elemente, die man als apriorisch bezeichnet.»

Noch ein Münsterchen von Einstein zu Kant: Aus dem Nachlass von Prof. Hans Saner: Hinterlassenschaft von Karl Jaspers (geb. 1883). Die Bedeutung Kants für Karl Jaspers ist so zentral, dass man seine Philosophie als eine eigenwillige Exegese der kantischen Kritik begreifen kann. LThK 5,882 G. Rohrmoser in Münster. Einstein: «Wenn ich Jaspers lese, wirkt das auf mich wie die Rede eines Trunkenen; nun, Hegel beurteile ich ebenso. Ich verstehe so etwas nicht. Ich will ihn nicht schlecht machen, aber empfehlen kann ich ihn nicht.» (für Princeton)

1920 erfuhr Einstein die «Toleranz» der kantianischen «Landeskirche» mit den sythetischen Urteilen a priori gegen seine Relativitätstheorie. Für Nichtkantianer keine Chancen, eine Professur in Berlin zu erhalten.

Die Ethik Kants war die Grundlage der Disziplin des kaiserlichen Offizierscorps im Ersten Weltkrieg. Aus seiner pazifistischen Haltung verzichtete er wegen Militärpflicht auf das deutsche Bürgerrecht. Er bezahlte aber der schweizerischen Botschaft in Berlin bis zu seinem 42. Lebensjahr die Militärpflichtersatzsteuer. 1916 gab es in Berlin keine «erlaubte» Diskussion um die Kriegsziele. Nur der Sieg und territoriale Annexionen waren die Parole. Einstein litt unter der weitverbreiteten Haltung der Bevölkerung, der Politik, der Gelehrten und Akademiker. Wo stand Kant'sche Ethik?

Einstein erfuhr die allgemeine Kriegsbegeisterung so: «Ich könnte mir die Menschen nicht vorstellen, wenn ich sie nicht vor mir sähe.»

Dr. med. Jos Bättig, Muttenz

1 Albert Einstein: Eine Biografie von Albrecht Fölsing. Suhrkamp 1995.

## Irreführend

Brief zu: Streckeisen P. 35 Jahre Sparpolitik im Gesundheitswesen. Schweiz Ärztezeitung. 2017;98(11):350–2.

Lieber Herr Streckeisen

Ihren Artikel fand ich sehr irreführend. Ihnen scheint die Natur und das Funktionieren von Märkten nicht ganz klar zu sein. So geht es leider auch vielen Ärzten, die sich nie mit dieser Thematik auseinandergesetzt haben.

Der «ökonomische Blick» wurde nicht vor Jahrzehnten eingeführt, es gab ihn immer schon. Medizin hat immer schon gekostet. Die Frage ist einzig, wo und wie die Preisbil-

dung entsteht und ob die Finanzierung auf Freiwilligkeit oder Zwang beruht. Ökonomie kennt hier nur zwei Polaritäten, die Markt- und Planwirtschaft, die es auch immer schon gab.

Der Markt, das sind Menschen, die handeln und tauschen, weil sie soziale Wesen sind, weil Handel und Tausch wesentlich Formen menschlichen Zusammenwirkens sind und weil sie als Menschen daraus Nutzen ziehen. Wo freier Tausch möglich ist, entsteht auch Vielfalt (dafür braucht es keine Institute) und Wettbewerb, der sich an den Bedürfnissen der Menschen orientiert und zu höherer Effizienz und Produktivität führt. Dies ist ein spontan evolutiver Prozess und wird nicht «politisch erzeugt», wie sie behaupten. Märkte hat es immer schon gegeben, genauso den Wettbewerb. Sie wurden nicht in den 80er Jahren eingeführt.

Unser Gesundheitswesen hingegen ist ein Produkt des 20. Jahrhunderts und ist durch Akademisierung (Medizinstudium), Monopolisierung (FMH etc.) und kollektiven Zwang (KVG) entstanden. Von Markt also keine Spur. Auf einem Markt, also wo Menschen miteinander handeln, herrscht grundsätzlich «Ressourcenknappheit». Darunter versteht sich die Gesetzmässigkeit, dass die Bedürfnisse der Menschen unbegrenzt sind (insb. bezogen auf die Gesundheit!), die Ressourcen (Geld, Zeit etc.) aber knapp. Flexible Preise sind notwendig, um eine effiziente Allokation der Ressourcen zu ermöglichen. Der Preis wird zum Informationsträger für den steten Wandel der Bedürfnisse und Ressourcen. Aus diesem Grund funktioniert Preisfixierung (Bsp. TAR-MED) nicht. Da können noch so viele Administratoren hin- und herverhandeln. Ebenso kann eine «Ökonomisierung», die sich an diesen Fixpreisen orientiert, nur in die Irre führen.

Vor Einführung der Krankenversicherungen konnten Ärzte privat abrechnen. Durch die Zwangs-Kollektivierung (KVG) hat sich die Preisbildung auf eine nationale Ebene mit starren Tarifen verschoben, basierend auf einer undurchschaubaren Kostenrechnung der 90er Jahre. Preisbezogen sind wir also von der Markt- zur Planwirtschaft übergegangen. Regulierte Märkte führen zu Verzerrungen der Allokation und letztendlich über Regulierungsspiralen zu komplexen und ineffizienten Systemen, ähnlich der Planwirtschaft. Einen stabilen Zwischenzustand zwischen freiem Markt und Planwirtschaft hat es nie gegeben. Es gibt nur ein Hin und Her.

Der Markt ermöglicht einen Dienst am Mitmenschen. Die Logik heisst Orientierung an den Bedürfnissen der Mitmenschen, und wir sollten die Prosperität, die der Markt ermöglicht hat, gutheissen. Die heutigen Gesundheitsökonomien haben sich leider dem Grund-

satz des «Marktversagens» verschrieben und versuchen mit Empirie und mathematischen Modellen hier zu korrigieren. Damit sind sie der Planwirtschaft näher als dem Markt. Der marktwirtschaftliche Ökonom hingegen kann nur ein freier Unternehmer sein.

Weshalb das Ganze in den USA nicht funktioniert hat, liegt daran, dass es gar kein freier Markt ist, sondern von Anbietermonopolen, Lobbying und staatlichen Regulierungen geprägt ist. Hier sollte man nicht das Kind mit dem Bade ausschütten.

Dr. med. Marc Fouradoulas, Zürich

## Le grand Virchow est d'actualité!

Courrier du lecteur à propos de: Knüsli C, Walter M, Fasnacht JJ. Question tournant énergétique – que voterait Rudolf Virchow? Bull Méd Suisses. 2017;98(19):593–4.

Nos collègues C. Knüsli, M. Walter, et J.-J. Fasnacht sont à féliciter pour leur article! Et avec eux F. Héritier pour son éditorial «Nous sommes tous des Ecologistes» dans le *Primary and Hospital Care* [1]. Ils nous rappellent que les modifications climatiques globales, observées de plus en plus ces dernières décennies, ont des conséquences perceptibles sur la santé de l'humanité, et ceci également chez nous. L'activité humaine, qui étanche son immense soif d'énergie sans égard des ressources, est à la racine du problème [2]. C'est donc logique que nous autres médecins, cherchant à comprendre la santé et les maladies des êtres humains, sont appelés en tant que citoyens responsables à se faire les avocats des sources d'énergie durables, afin de limiter le réchauffement planétaire par la production de CO<sub>2</sub> et ses conséquences catastrophiques.

Nous remercions nos collègues d'avoir honoré pour les médecins et les lecteurs du BMS le grand médecin Virchow, fondateur de l'anatomopathologie, également *comme père de la médecine sociale et préventive*. Le grand homme ne se contentait pas de comprendre la relation entre l'eau polluée et les maladies, il s'engageait concrètement en tant que parlementaire pour que Berlin soit doté en 1870 d'une canalisation des égouts et d'une distribution d'eau potable publique. Son action comme député en Prussie et à la chambre de l'Empire allemand allait souvent bien au delà du domaine médical, mais il plaidait toujours pour une société libérale et une médecine sociale basée sur la rationalité scientifique [3]. A une époque, dans laquelle les scientifiques aimeraient rester dans leur tour d'ivoire et les *fake news* fabriquées par les agences de relations publiques sont à l'origine des décisions des politiques comme dans le débat sur le climat aux USA, son message reste moderne: les filles

et les fils spirituels de Virchow, les médecins-experts, n'ont pas seulement le droit, ils ont le devoir de formuler de manière bien compréhensible pour la société ce qui contribue à la prévention basé sur l'évidence, afin de ne pas laisser le discours sur la santé aux alliés de l'industrie et de l'économie.

*Dr Rainer M. Kaelin, Médecine interne et Pneumologie, FMH, Vice-président d'Oxyromandie*

- 1 Héritier FG. Nous sommes tous écologistes. Prim Hosp Care. 2017;17(9):169.
- 2 «Objectif terre», Exposition pionnière sur la notion Anthropocène. 18.6.2016-2.4.2017. Sion VS, musée de la nature.
- 3 www.wikipedia/«Rudolf Virchow».

## Höhenmedizin

Brief zu: Schürer C. Friedrich Mieschers Traum von Heilung. Schweiz Ärztezeitung. 2017;98(20):667-9.

Bei der Lektüre des hochinteressanten Artikels von Dr. Christian Schürer in der letzten Ausgabe der SÄZ erinnere ich mich an Folgendes.

Im ernenen Schächental sind oder waren viele Bauern «Nomaden», sie hatten mehrere Heimwesen und je nach Stand des Heu-Vorrats zogen sie mehrmals im Jahr um. Offenbar war seit Jahrhunderten Brauch, dass die Familien bei einer Schwangerschaft in ihr oberstes Heimwesen umzogen. Ich konnte dies selber (vor vielen Jahrzehnten) mindestens bei einer Hausgeburt feststellen; die Familie, die ich gut kannte und die sonst auch im Tal wohnte, war einige Zeit vor dem errechneten Geburtstermin in ihre oberste Liegenschaft gezogen, so dass Hebamme und Arzt Auto, Seilbahn und Fussweg benötigten. «Man mache das eben so für Geburten», war die Antwort auf meine Frage nach der Ursache dieses Wohnsitzwechsels.

*Dr. med. Rolf Diethelm, Altdorf*

## Suppenkaspar sei Dank!

Brief zu: Mégroz R. Diese Suppe sollten wir nicht essen. Schweiz Ärztezeitung. 2017;98(19):614-5.

Die Aufforderung zum Ausfüllen des elektronischen Fragebogens mit 2 Std. Zeitaufwand traf mich unerwartet. Zunächst musste ich herausfinden, was MARS heisst, und kann es jetzt wenigstens schon auf Französisch: Modules Ambulatoires des Relevés sur la Santé. Einfacher gesagt handelt es sich um weitgehende statistische Angaben aus der Arztpraxis. Die Teilnahme ist von Gesetzes wegen obligatorisch. Weil aber bis jetzt keine Sanktionen vorgesehen sind, habe ich beschlossen, da nicht mitzumachen. Seither kommt ab und zu ein Couvert vom Bundesamt für Statistik mit aufgedrucktem Schweizerwappen und erinnert mich an meine gesetzliche Pflicht. Auch der Vorstand unserer Ärztesgesellschaft mahnte zum Mitmachen. Es sei doch eine gute Sache und für unsere wirtschaftlichen Anliegen vorteilhaft. Da bekam ich doch fast ein schlechtes Gewissen. Aber genau zu diesem Zeitpunkt hat mich der Suppenartikel von René Mégroz erlöst und rehabilitiert. Danke!

*Dr. med. Max Konzelmann, Glarus*

## «Leiste keinen vorseilenden Gehorsam»

Brief zu: Mégroz. Diese Suppe sollten wir nicht essen. Schweiz Ärztezeitung. 2017;98(19):614-5.

Kollege Mégroz ermutigt uns mit seinen Gegenargumenten, der MAS-Datenerhebung entgegenzutreten. Unterdessen wurde mir die dritte Mahnung vom Bundesamt für Statistik zugestellt, obwohl ich bereits vor Wochen und mit ausführlicher Begründung meine Teilnahme ablehnte. Aus Zeitgründen und wegen der vielen Rückfragen könne man nicht differenziert auf meine Einwände antworten. Die wiederholten Einladungen zur obligatorischen Teilnahme verweisen in ihrer Sprachregelung ausserdem auf andere, durchaus dunklere Zeiten. Man wird uns nächstes Jahr zwingen!

Welcher Zeitgeist beflügelt denn das Ganze? Ich behaupte, dass das Zeitalter der Ökonomisierung in der Medizin bald durch den Zeitgeist der Tyrannei abgelöst wird. Überdauernd sind das Jammern und Klagen aller sogenannten Akteure des Gesundheitswesens. Klagen und Jammern verbindet wenigstens. Doch welche Fragestellungen werden damit auch verhindert und welche Illusionen und Manipulationen werden geschürt? In der Ärzteschaft kursieren oft angstgeleitete Vorstellungen, warum und wieso man etwas gut finden oder wo man mindestens mitmachen sollte, nur schon im eigenen Interesse. Was aber verbindet die Ärzteschaft sonst noch? Wir sollten endlich Zahlen, Daten, am besten ganze Statistiken liefern, um unsere Ansprüche klar begründen zu können, meinen die Ärztesgesellschaften. Ich sage nein, denn solches Vorgehen spaltet die Ärzteschaft, dient allenfalls der Selbstdarstellung von Jammerern und Blendern oder wird missbraucht zum Schönreden dessen, was schon lange benannt ist. Es dient zusammen mit den Einladungen zum Zwang letztlich nur denen, die ihre Komplizenschaft mit dem System begründen wollen, wenn es ihnen denn bewusst wäre.

Ich warne vor diesem Agieren, denn es reduziert uns die Erfüllung notwendiger Grundbedürfnisse wie Sicherheit, Halt, Autonomie und Anerkennung. Ohne die Sicherstellung dieser Grundbedürfnisse für unsere tägliche Arbeit wird unser Berufsstand atomisiert. Der aufkommende Zeitgeist der Tyrannei kommt damit auch im Gesundheitswesen an. Kollege Mégroz vermag mit seinen Thesen den Widerstand in uns wecken, wenn er zum Schluss seiner Ausführungen das Recht des Bürgers erwähnt, unverhältnismässige Aufforderungen des Staates zu verweigern. Timothy Snyder [1], Professor für Geschichte an der Yale University, erläutert in seinem neuen Buch über Tyrannei zwanzig Lektionen für den Widerstand. Die erste lautet: «Leiste keinen vorseilenden Gehorsam.» Wir sollten uns auch die übrigen Lektionen zu Herzen nehmen, bevor wir übertrumpft werden, was sehr (le) penibel wäre.

*Dr. med. Marcel Ivan Raas, Winterthur*

1 Snyder T. Über Tyrannei. Zwanzig Lektionen für den Widerstand. München: Verlag C.H. Beck, 2017.