

Sehr geehrter Herr Kollege

Besten Dank für Ihre Stellungnahme in der Schweizerischen Ärztezeitung bezüglich des Praxisbewilligungsstopps. Wie sie schreiben, haben Sie das Anliegen des FMH klar kommuniziert und auch diskutiert.

Sie haben Ihre Arbeit als Präsident des FMH ja wirklich sehr gut gemacht. Da möchte ich Ihnen gern auf die Schulter klopfen und sagen: Hans-Heiri, Du bist ein braver Junge gewesen und hast Deine Hausaufgaben gut gemacht.

Leider reicht das für einen Präsidenten nicht aus. Sie scheinen sich absolut nicht im Klaren zu sein, was dieser Zulassungsstopp für junge Ärzte/Ärztinnen bedeutet. Man schneidet uns die Berufswahl ab und Sie als Präsident der Standesorganisation reden von kommunizieren und diskutieren.

Ihre Replik vom 10. Juli 2002 [1] zeigt mir, dass Sie nichts begriffen haben. Es reicht nicht, zu diskutieren und zu kommunizieren. Es müssen jetzt Taten folgen, sogenannte Massnahmen und Konsequenzen. Die Politiker sollen die Konsequenzen ihrer miserablen Gesundheitspolitik jetzt hautnah spüren. Oder sitzen Sie mit der Dreifuss im selben Boot? Machen Sie es sich doch schön bequem in Ihrer Praxis und lehnen Sie sich zurück. Sie haben ja Ihre Schäfchen im Trockenen!

Ich rate Ihnen dringend, den Finger endlich mal aus Ihrem A... zu nehmen und etwas Gescheites zu tun! Ansonsten treten Sie als Präsident der FMH doch lieber zurück, bevor Ihre Zunge vom bundessrätlichen Hinterteil noch allzu braun wird!

Leider kann ich mich nicht zu erkennen geben, da ich sonst vom FMH-Filz Repressalien zu befürchten habe.

Mit freundlichen Grüssen
U. Meier oder Müller

1 Brunner HH. Replik [zu Streit M. Zulassungsbeschränkung für freipraktizierende Ärztinnen und Ärzte]. Schweiz Ärztezeitung 2002;83(28):1494.



Das «teure» Sterben und die «ars moriendi»

(unkonventionelle Gedanken zu Kostenbegrenzung und Rationierung ...)

Mancher schüttelt den Kopf über den Aufwand mit pompösen Begräbnissen, teuren Grabsteinen und jahrzehntelanger Friedhofpflege; Überlegungen zu den Kosten des Sterbens hingegen sind beinahe tabu. Dabei gibt es zu bedenken, dass bei den vielzitierten Gesundheitsausgaben nicht so sehr Selbstunfälle und Lifestyle-Medikamente ins Gewicht fallen, sondern vielmehr

auch der «meist vergebliche» medizinische Aufwand in den letzten sechs Monaten eines Menschenlebens – unabhängig vom Alter!

Eine gerechte Triage jedoch dürfte hier kaum möglich sein, die Prognostik ist nun einmal die unsicherste Sparte der ärztlichen Kunst. Und was hinderte mich sodann, einem Patienten zu sagen: sein Leben währe – mit 99 zu 1 – nur noch ein halbes Jahr, so dass wir jetzt besser «auf palliativ machen» sollten, um die verbleibende Zeit qualitativ optimal zu nutzen, unter anderem auch zur Erlernung der «Kunst des Sterbens»? Es ständen uns dabei sicher keine einfachen Übungen bevor, so dass ich nur zu gerne nach Gründen suche, jene Frage «wie ernst steht es um mich?» eben gar nicht ernst zu nehmen ... (Einmal zwar, bei einem akuten Ereignis, hat mich eine Achtzigjährige gefragt: «Herr Doktor, muss ich marschieren?» und damit die spontane Gegenfrage ausgelöst: «und wären Sie bereit?» – was nach überstandener Krise dann für manch gute Gespräche wiederaufgenommen wurde ...) Ja, ganz Verschiedenes verbietet mir meistens, an die «teuren sechs Monate» zu denken: einmal die berufsethische Verpflichtung, dem Patienten auch bei der Realisierung des allerletzten Hoffungsprozentes beizustehen. Ferner das humane Prinzip, welches ein Abschätzen von Wert, Kosten und Nutzen in bezug auf Menschenleben nicht zulässt. Dann vielleicht auch der fachliche Ehrgeiz, mit heroischem Kampf vielleicht doch noch einen stolzen Erfolg, und damit Ruhm und Bewunderung herauszuschinden. Und nicht zuletzt meine persönliche Auflehnung gegen die Schicksalsmacht, die unser Leben als ein endliches bestimmt hat, und welcher drum mit dem eigenen und fremden Lebenstrieb bis zuletzt widerstanden werden muss ... Wir können ja wohl nicht anders und sind von Natur aus gleichsam zur Hoffnung verdammt, instinktmässig auch auf die letzte Chance zu setzen, koste es, was es wolle, und aller Rationierungstendenz zum Trotz, d.h. ohne Rücksicht auf die dafür zahlenden noch auf die dadurch benachteiligten andern. Und der Konflikt zwischen eigenem und fremdem Vorteil, der Kampf ums Dasein also, ist nun einmal kostspielig!

Dr. med. H. R. Schwarz, Porto Ronco



**An die nationalrätliche Kommission
für soziale Sicherheit und Gesundheit**

Sehr geehrte Damen und Herren

In der Schweizerischen Gesundheitskommission werden Sie vom 28. bis 30. August 2002 über die Revision des Krankenkassengesetzes sowie über den Kontrahierungszwang beraten und Beschlüsse fassen. Die Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (APPM) hat – in Zusammenarbeit mit anderen interessierten Ärztegesellschaften – die Kommission für eine nachhaltig-kosteneffiziente Medizin (KonkeM) einberufen. Diese setzt sich dafür ein, dass mit einer allfälligen Aufhebung des Kontrahierungszwangs die Behandlung komplexer, chronischer, psychosomatischer und psychosozialer Störungen für alle Versicherten und Ärzte garantiert bleibt.

Gerne möchten wir Ihnen erläutern, warum die Aufhebung des Kontrahierungszwangs besonders für chronischkranke Patienten keine Lösung für eine vernünftige Kostensenkung im Gesundheitswesen ist.

Kurzfristig kostensparend

Vermutlich werden die administrativen Kosten sowie kommende Rekurse die Einsparungen bei weitem übertreffen.

Langfristig kostensparend

Die Patienten legen laut vielen Untersuchungen Wert auf einen Arzt, der sie in die Entscheidungen miteinbezieht und sich genügend Zeit nimmt. Diese Massnahmen mögen kurzfristig kostenintensiver sein, sind jedoch auf längere Zeit nachhaltiger und wirken schliesslich kostensparend.

Klare Kriterien

Solange keine tauglichen Kriterien für Ärzte festgelegt werden können, die weiterhin zu Lasten der Krankenkassen abrechnen dürfen, drohen vor allem unseren Patienten willkürliche Entscheidungen.

Geteilte Verantwortung

Es geht nicht an, dass die Krankenkassen allein bestimmen, was für die Patienten und Ärzte gut sein soll. Eine gleich starke ärztliche Mitbestimmung muss in der Vereinbarung genauso verankert sein wie ein Rekursrecht.

Klare Kostenberechnung

Die Verwendung des bisherigen Index der santé-suisse (früher Kassenkonkordat) zur Kostenbe-

rechnung der Wirtschaftlichkeit von Arztpraxen gibt ein falsches Bild der effektiven Kosten wieder, vor allem bei chronischen Krankheiten und solchen aus dem psychosomatischen Formenkreis (Doctor-Shopping, Wiederholungen teurer Untersuchungen, psychosoziale und familiäre Probleme).

Verlässliche Zahlen

Eigene, verlässliche Zahlen zur Kosten-Nutzen-Frage werden uns Ärzten erst die Trust Centers bringen, deren Gründung in einigen Kantonen bereits erfolgt ist. Die bisherigen Zahlen stammen von den Krankenkassen, deren Daten nicht überprüfbar sind.

Qualität ist wirtschaftlich interessant

Die Standesorganisation der Ärzte hat mit Hilfe von Fachgruppen in den letzten Jahren die Qualitätssicherung neu strukturiert. Jeder Arzt ist neuerdings gezwungen, für seine eigene Fortbildung viel Zeit und Geld zu investieren. Diese obligatorische Qualitätskontrolle, Reglementierung und die Rezertifizierungen von Facharzt-titeln, Fähigkeitsausweisen und Fertigungsbescheinigungen sichern nicht nur die Qualität, sondern verbessern die Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Leistung nachhaltiger als eine Aufhebung des Kontrahierungszwangs.

Soziale Härtefälle

Ein vertretbares Gesundheitssystem darf vor allem soziale Härtefälle nicht benachteiligen. Diese gehören oft zu unseren Patienten, da chronische, psychosomatische und psychosoziale Störungen die soziale Abhängigkeit fördern. Gerade diese Menschen dürfen nicht den Anstrengungen für eine Kostensenkung zum Opfer fallen.

Gerne würden wir Ihnen zu den oben genannten Punkten ausführlich Rede und Antwort stehen. Wichtig ist, dass eine gerechte Regelung entsteht und die Krankenkassen nicht die alleinige Entscheidungsgewalt innehaben. Dies würde besonders unsere Patienten treffen.

Es würde uns freuen, wenn Sie einen Vertreter der KonkeM zu einem Gespräch einladen würden. Mit freundlichen Grüssen der Mitglieder der KonkeM.

Dr. med. Pierre Loeb, Präsident APPM

Dr. med. Danielle Schütz, Präsidentin KonkeM

*Dr. med. Otto Frei, Präsident
Schutzgemeinschaft der Ärzte (SGA)*

*Dr. med. Kurt Laederach-Hofmann, Vizepräsident
der Kommission Familie & Gesundheit der SGG*

*Dr. med. Rudolf Hohendahl, Präsident
Foederatio medicorum praticorum (FMP)*



A la commission du Conseil national pour la sécurité sociale et la santé

Mesdames et Messieurs,

Vous allez siéger du 28 au 30 août 2002 dans la commission suisse de santé pour vous informer et prendre des décisions touchant la révision de la loi sur l'assurance maladie LAMal et l'obligation de contracter. L'Académie pour la Médecine Psychosomatique et Psychosociale (AMPP) a créé – en collaboration avec d'autres sociétés médicales intéressées – la Commission pour une Médecine viable et rentable (CovireM). Celle-ci s'investit pour que, au cas où il devait y avoir levée de l'obligation de contracter, le traitement de troubles complexes, chroniques, psychosomatiques et psychosociaux reste garanti pour tous les assurés et les médecins.

C'est volontiers que nous aimerions vous expliquer pourquoi la levée de l'obligation de contracter ne représente pas une solution pour une baisse raisonnable des coûts de la santé publique en ce qui concerne les patients chroniquement malades.

Economies à court terme

Il y a fort à supposer que les coûts administratifs et ceux des recours à venir dépasseront de loin ceux économisés.

Economies à long terme

Selon de nombreuses études, les patients attachent de l'importance à un médecin, qui les associe aux décisions et prend suffisamment de temps pour cela. Ces mesures peuvent coûter plus cher à court terme, mais elles sont viables à long terme et sont finalement rentables.

Critères clairs

Aussi longtemps qu'on ne pourra pas définir de critères adéquats pour les médecins qui pourront continuer de facturer leurs honoraires aux caisses maladie, nos patients sont surtout menacés de décisions arbitraires.

Responsabilité partagée

Il n'est pas acceptable que les caisses maladie puissent à elles seules décider ce qui doit être bien pour les patients et les médecins. Il faut une convention solide pour une co-décision médicale de même importance et un droit de recours.

Transparence dans le calcul des frais

Jusqu'à aujourd'hui, l'utilisation de l'index de santé suisse (auparavant Concordat des caisses maladie) pour le calcul des frais de fonctionnement des cabinets médicaux donne une fausse

image des coûts effectifs, surtout en ce qui concerne les maladies chroniques et celles qui touchent le domaine psychosomatique (tourisme médical, répétition d'examen coûteux, problèmes psychosociaux et familiaux).

Chiffres provenant de source sûre

Nos propres chiffres, provenant de source sûre, à propos de la question de la rentabilité des coûts ne pourront nous être fournis que par les Trust Centers, qui ont déjà été créés dans plusieurs cantons. Les chiffres disponibles jusqu'à présent proviennent des caisses maladie, dont les données ne sont pas vérifiables.

La qualité est intéressante, économiquement parlant

Ces dernières années et avec l'aide de groupes de spécialistes, l'organisation professionnelle des médecins a restructuré son assurance de qualité. Désormais chaque médecin est obligé d'investir beaucoup de temps et d'argent pour sa propre formation. Ce contrôle de qualité obligatoire, cette réglementation et la recertification des titres de spécialistes, des attestations de formation complémentaire et des certificats d'aptitudes techniques assurent non seulement la qualité mais améliore la rentabilité des prestations médicales de manière plus durable que la levée de l'obligation de contracter.

Cas sociaux

Un système de santé défendable ne doit pas défavoriser les cas sociaux. Ceux-ci sont souvent nos patients, parce que les troubles chroniques, psychosomatiques et psychosociaux créent souvent une dépendance sociale. Ce sont justement ces personnes qui ne doivent pas être sacrifiées lorsqu'on s'efforce de baisser les coûts.

C'est volontiers que nous voudrions pouvoir justifier nos propos sur les points mentionnés ci-dessus. Il est important d'établir une réglementation équitable et que les caisses maladie n'aient pas à elles seules le pouvoir de décision. Car ce serait surtout nos patients qui en feraient les frais.

Cela nous réjouirait, si vous invitiez un représentant de la CovireM à venir discuter.

Avec les meilleures salutations des membres de la CovireM,

Dr Pierre Loeb, Président de l'AMPP

Dr Danielle Schütz, Présidente de la CovireM

Dr Otto Frei, Président de la Schutzgemeinschaft der Ärzte (SGA)

Dr Kurt Laederach-Hofmann, Vice-président de la commission Famille & Santé de la SSUP

Dr Robert Hohendahl, Président de la Foederatio medicorum praticorum (FMP)



Die Parabel vom schönen, grossen, billigen Haus oder: Warum jede Gesundheitsreform gegen die Ärzte zielt

«Ich will ein Haus kaufen», sagte mein Freund. «Es soll schön, gross und billig sein.» «Vergiss' es», sagte ich. «Du kannst nicht alles haben. Ein grosses und billiges Haus wird nicht schön sein, ein schönes, billiges Haus kann nicht gross sein. Oder aber Du kaufst ein grosses und schönes Haus, aber dann wird es nicht billig sein! Du musst Dich entscheiden.»

Individualmedizin und Maximalmedizin

In der «guten alten Zeit» unseres Gesundheitswesens hatten die Ärztinnen und Ärzte* nur eine Aufgabe: Möglichst gute Individualmedizin zu machen. «Individualmedizin» bedeutet, dass jeder Patient behandelt wird, wie wenn er der einzige wäre. Alle Möglichkeiten und Ressourcen stehen zur Verfügung. Es geht nur um das Wohl dieses einen Patienten und um die Kunst und Wissenschaft der Medizin.

Vor einigen Jahren kam ein zweiter Aspekt, der «medikolegale» hinzu. Es wurde zunehmend wichtiger, dass sich der Arzt gegen das juristische Hinterfragen seiner Tätigkeit absicherte. Oft werden Untersuchungen vorwiegend zum Ausschluss von absoluten Raritäten oder zur reinen Dokumentation durchgeführt. Das ist juristisch notwendig und macht das System etwas teurer, läuft aber der Individualmedizin nicht grundsätzlich zuwider. Es entstand die heute in der Schweiz und anderswo praktizierte «Maximalmedizin».

Budgetverantwortung

In den letzten Jahren wurden die steigenden Gesundheitskosten zu einem gesellschaftlichen Problem. Auch dieses soll nun hauptsächlich von den Ärzten gelöst werden. Sie bekommen zunehmend «Budgetverantwortung» gegenüber der Gesellschaft (in welcher Form auch immer: «Managed care», Hausarztmodelle, «schwarze Listen» der Versicherer oder der Aufhebung des Kontrahierungszwanges). Wie immer man das nennt und organisiert, der Arzt soll in Zukunft den «Spagat» zwischen hochstehender klinischer Medizin (und Patientenforderungen), der Befriedigung von legalen Ansprüchen und der Kostenverantwortung gegenüber der Allgemeinheit machen müssen.

* In der Folge wird der Einfachheit halber nur die männliche Form verwendet. Die Kolleginnen sind natürlich immer mit gemeint.

Es wird nicht funktionieren. Man kann kein grosses, schönes und gleichzeitig billiges Haus haben. Man kann keine klinisch und juristisch optimale Medizin zu geringen Kosten haben. Und es ist nicht fair, dieses unmögliche Kunststück von den Ärzten zu verlangen. Es mag angehen, eine qualitativ hochstehende Versorgung der Patienten bei gleichzeitiger juristischer Haftung zu fordern. Aber die entsprechenden Ressourcen müssen bereitgestellt werden. Oder man überträgt dem Arzt die Verantwortung für eine kosteneffektive Medizin, schützt ihn aber vor der Haftung, sollte sich einmal ein Patient nicht maximal genug betreut fühlen. (Dies ist wohl rechtlich nicht möglich.)

Rationierung

Oder aber «man» – das heisst die Öffentlichkeit bzw. die Politik – verlangt Budgetverantwortung und Haftbarkeit, weicht aber von der heutigen Maximalversorgung ab (darauf laufen die heutigen politischen Bestrebungen nämlich hinaus). In diesem Falle müssen die Politiker aber auch den Mut und die Ehrlichkeit haben, das Kind beim Namen zu nennen: «Rationierung». Oder «Zweiklassenmedizin», wie Sie wollen. (Wie anders soll es denn zu einer Kostenreduktion kommen?) Es wird in Zukunft nicht mehr jedem Patienten alles Machbare angeboten werden können. Der Leistungskatalog der Grundversicherung muss auf ein sinnvolles Minimum eingeschränkt werden. Aber dies muss von der Gesellschaft beschlossen und akzeptiert werden. Der «Schwarze Peter» darf nicht den Ärzten zugeschoben werden. Die Einschränkung der Leistungen muss fair und offiziell geschehen, nicht versteckt durch Einschüchterung der Ärzte («schwarze Listen», Lockerung des Kontrahierungszwanges) in der Hoffnung, dass sie den Patienten teure Leistungen vorenthalten und selber den Kopf dafür hinhalten.

Die Politik ist gefordert. Das Gesundheitswesen kann nur durch eine Einschränkung der Leistung billiger werden. Es ist an den Politikern, dies den Wählern und Prämienzahlern klarzumachen, auch wenn dies politisch höchst unattraktiv ist. Wir wollen ein billiges Haus. Es kann schön oder gross sein, aber nicht beides.

Dr. med. Florian Sutter, Sydney/AUS

P.S.: Ich bin übrigens der Meinung, dass sich die Schweiz immer noch ein grosses UND schönes Haus leisten könnte. Wenn sie nur wollte.