

Courrier au BMS



Durée ou contenu?

Merci Monsieur Stalder

Votre article, intitulé «Trois ans, cinq ans ou toute la vie?» [1], m'a ravi. Vous avez osé briser un tabou. Il y fallait votre autorité de professeur émérite, reconnu dans le monde de la médecine interne comme dans celui de la médecine générale.

J'abonde dans votre sens quand vous écrivez: «La condition principale pour former d'excellents médecins de famille en seulement trois ans est cependant une définition claire des objectifs de formation et, à part une évaluation adaptée à ces objectifs, surtout une mise à disposition de moyens pédagogiques et financiers adéquats pour les réaliser.»

Lors de mon séjour sabbatique de sept mois au Québec en 2002–2003, j'ai eu le privilège de travailler dans deux unités de médecine familiale: on y formait d'excellents médecins de famille, triés sur le volet, en deux ans! Ces médecins de famille assumaient comme nous le suivi des maladies chroniques, la prévention primaire, secondaire et tertiaire, le traitement des maladies aiguës, mais aussi les soins palliatifs, les urgences par tournus dans les hôpitaux, le suivi de grossesses et, pour un bon nombre, les accouchements.

Vous posez la question de savoir pourquoi une telle formation, plus courte mais de haute qualité, ne serait pas possible en Suisse. Un illustre prédécesseur, médecin chef comme vous d'une policlinique médicale universitaire, le Professeur Edouard Jéquier-Doge, répondait à cette question voilà plus de 35 ans. Après avoir travaillé 17 ans dans le service de médecine interne universitaire, dont 11 ans comme chef de clinique et après des années d'expérience dans son cabinet en ville de Lausanne, le Professeur Jéquier-Doge s'exclamait en effet, avec le ton provocateur qu'on lui connaissait et l'accent savoureux de son canton d'origine: «Dans les hôpitaux, on ne forme pas des médecins, on forme de la main-d'œuvre hospitalière!» La réponse est là: passer cinq ou dix ans à travailler comme manoeuvre dans un hôpital (pour re-

prendre l'expression du Professeur Jéquier-Doge) peut vous conduire à des performances de haute qualité mais ne fait pas forcément de vous un médecin de famille capable d'assumer son rôle de première ligne. La durée ne compense pas la qualité pédagogique d'objectifs clairs et pertinents, adaptés aux besoins d'un futur médecin de famille.

En Suisse Romande, les enseignants de médecine générale de Lausanne et de Genève, en collaboration avec les groupements d'omnipraticiens de tous les cantons et avec l'appui des policliniques universitaires, ont créé le Coursus Romand de formation en Médecine Générale (voir le site «devenirgeneraliste.ch»). C'est un début sur la voie d'une formation plus pertinente, adaptée aux besoins. Comme le dit le Professeur Stalder, c'est un magnifique défi pour les tout frais instituts universitaires de médecine générale, de réfléchir à une formation de qualité en trois ans pour nos futurs médecins de famille. La balle est maintenant dans le camp de ces instituts. Gageons qu'ils sauront profiter d'être au service pour marquer des points!

François Pilet, Vouvry

- 1 Stalder H. Trois ans, cinq ans ou toute la vie? Bull Méd Suisses. 2009;90(6):228.



Bananenrepublik

Bisher wählte ich mich in einem Rechtsstaat. Nach unverschuldeter Konfrontation mit Exponenten der santésuisse und gerichtlichem Vergleich, was faktisch meiner Verurteilung gleichkommt, bin ich eines anderen belehrt: Recht hat der Stärkere! Nur schade, dass mir, von der engagierten Ärztin zur Leistungserbringerin und schliesslich zum Statistikaffen gestempelt, die Freude fehlt, an den mir, und letztlich uns allen, gedrehten Stricken den Himmel zu hangeln.

*Dr. med. A. Zumstein Schmid,
Münsingen*



Ärzt Netzwerk zur Reduktion der Labor-tarife und zu Rücktrittsforderungen an BR Couchepin

PizolCare behält sich Aktionen am 1. April vor

Auch PizolCare ist empört über die Schwächung der Praxismedizin durch die Reduktion der Labor-tarife. Das Ärztenetzwerk der Regionen Werdenberg und Sarganserland versteht die Forderung der FMH, dass Bundesrat Couchepin zurücktreten soll.

PizolCare teilt insbesondere die Argumentation, dass Bundesrat Couchepins Gesundheitspolitik der vergangenen Jahre keine Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen gebracht hat: «Im Gegenteil, einzig die Reserven der Kranken-versicherer sind geschrumpft (worden), was sich aktuell angesichts der Finanzkrise schmerzhaft in massiven Prämien erhöhungen rächen kann.» Auch die KVG-Revision sei dem politischen Hickhack der verschiedenen Interessenvertreter ausgesetzt und damit bewusst auf die «lange Bank» geschoben worden.

PizolCare hat im Rahmen der Scuoler-Treffen bereits im Januar 2008 und Januar 2009 mit Forderungen zur Aufhebung des Zulassungsstopps, zur Möglichkeit eines differenzierten Selbstbehalts, zur dualen Versicherungsvariante und zur Verbesserung des Risikoausgleichs klare Vorschläge gemacht und Position bezogen. Auch PizolCare behält sich vor, am Aktionstag 1. April 2009 seinen Mitgliedern allfällige Aktionen zu empfehlen.

*Dr. med. Urs Keller, Mels,
Geschäftsführer PizolCare*



Le choix des médecins experts [1]

La grande majorité des êtres humains sont altruistes et honnêtes tandis qu'une petite minorité se comporte habituellement de manière égoïste et abusive. Cela vaut aussi bien pour les malades et les bien portants, pour les médecins, qu'ils soient thérapeutes ou experts, et pour les personnes demandant des prestations des assu-

rances. Même les experts habituellement honnêtes peuvent se tromper et donner ainsi une triste réalité à la formule de V. Y. Ghebali citée par nos confrères de l'ANMO.

Nos lois prescrivent au juge de donner davantage de poids à l'avis d'un expert qu'à celui d'un médecin traitant. On veut ainsi éviter le conflit d'intérêts inhérent à l'engagement du médecin pour son patient. La disposition légale donnant à l'assureur le pouvoir de choisir l'expert qui lui convient sans que l'expert puisse le contester crée un autre conflit d'intérêts et a pour conséquence qu'une petite minorité d'experts peu scrupuleux se voient confier un grand nombre de mandats. S'il faut une expertise, c'est bien que les questions qui se posent nécessitent des compétences que le juge n'a pas. Il n'a donc pas non plus les moyens d'évaluer de manière critique le travail qui lui est soumis et les critères de validité énumérés par la jurisprudence sont si vagues que ce n'est que lorsque la tricherie se double de maladresse qu'elle peut être contestée.

Créer les conditions dans lesquelles la souffrance d'un autre humain peut s'exprimer et être appréciée représente une tâche fondamentale du psychiatre, qu'il ait fonction de thérapeute ou d'expert. Le praticien habile à manier la terminologie professionnelle n'aura aucune peine à fournir à l'assureur soucieux de rendement ou simplement d'équilibre financier les conclusions qu'il lui faut: il lui suffira en somme de ne pas faire son travail de psychiatre. Sa négligence sera récompensée par de nouveaux mandats, d'autant plus que les collègues en question sont en mesure de rendre leur copie dans les délais les plus courts, ayant habituellement une pratique thérapeutique très limitée. Tomber dans les mains d'un tel «expert» peut représenter pour nos patients une expérience traumatisante majeure et nous sommes sans doute nombreux à connaître des exemples concrets de la problématique décrite par les auteurs de l'article.

Le souci de venir en aide à ceux qui souffrent constitue la motivation principale de la majorité des médecins. Un besoin de se trouver dans une position de pouvoir, de contrôler et de dominer autrui peut s'y mêler dans une proportion variable. Qui voudrait le nier ou l'éradiquer ferait la bête en voulant faire l'ange. C'est une des raisons pour lesquelles on attend du psychiatre un travail sur lui-même. Il est difficile de parler en termes autres que moraux de la minorité de «moutons noirs» dont le cynisme et le manque d'empathie reposent vraisemblablement sur une forme de «daltonisme émotionnel» rendant impossible un tel travail. S'il est vrai que la formation des experts

en Suisse laisse à désirer, multiplier les exigences en la matière ne résoudra pas le problème. L'honnêteté est une qualité qui vient du cœur, pas de la tête.

Il serait utile que la FMH s'engage en vue de modifier la loi permettant aux assureurs de choisir leurs experts sans possibilité de discussion ni de recours. Une formule qui verrait les experts être agréés à la fois par les assurances et par les sociétés cantonales de médecine, sur le mode de ce qui se fait de manière satisfaisante avec les médecins-conseils, serait particulièrement appropriée.

Dr Philippe Vuille, Neuchâtel

- 1 Boudry J-F, Studer J-P, Villard G, Rilliot J. Le choix des médecins experts. Bull Méd Suisses. 2009;90(8):305-6.



Vom Leiden, Hirn, Hand, Rotwein und Glück

Vergnüglich zu lesen sind die Betrachtungen des Oswald Oelz [1], die anlässlich der Staatsexamensfeierlichkeiten in Zürich vorgetragen wurden. Und wer möchte nicht beipflichten, wenn der ehemalige Chefarzt, aktive Bergsteiger und Buchautor dem jungen Publikum im Zürcher Grossmünster predigt, es möge skeptisch bleiben gegenüber Dogmen in der Medizin. Nur: Oelz ist selber nicht ganz konsequent in dieser Haltung. Denn in der gleichen Rede stichelt er gegen einen katholischen CVP-Politiker aus der Innerschweiz. Dieser hatte es offenbar gewagt, den modernen Mythos von «der Gesundheit als höchstes Gut» zur Diskussion zu stellen. Da hört beim Festredner der Spass offensichtlich auf. – Als Hausarzt versuche ich chronisch Kranke über die Jahre hinweg zu begleiten. Für sie ist das vielbeschworene «höchste Gut» definitiv unerschwinglich. Im besten Fall finden diese Menschen einen ganz eigenen Weg, um ihrem Leben einen Sinn zu geben – jenseits von Fitness und Wohlbefinden.

Dr. med. Felix Schürch, Zürich

- 1 Oelz O. Vom Leiden, Hirn, Hand, Rotwein und Glück. Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(10):396-9.



Warum der Patient kein Kunde ist

Wenngleich allmählich auch in Mitteleuropa Ärzte den Kundenbegriff nicht mehr so anstössig finden wie im Anfang, gibt es doch angesichts dieses Reizworts unter ansonsten ganz moderaten und gescheiterten Angehörigen der besonderen Spezies «Medicus» nach wie vor mentale Eruptionen wie diese.

Darin werden – wie auch hier – allerlei Dinge durcheinandergewirbelt, die damit kaum bis gar nichts zu tun haben. Damit soll nicht etwa eine Verschwörung gegen die Ärzteschaft einganggesetzt werden. Vielmehr wird mit der neuen Etikettierung des Patienten als Kunde eine Entwicklung gekennzeichnet, die nicht alle Ärzte uneingeschränkt begrüssen:

1. Es wird allmählich jedermann deutlich, dass auch (kaum je rein altruistisches) ärztliches Handeln Geld kostet und schon deshalb immer öfter bezüglich seiner Sinnhaftigkeit hinterfragt wird.
2. Patienten emanzipieren sich allmählich aus der Rolle einer «wohlmeinenden Bevormundung» (Wortstamm *patiens* = dul dend, lei dend) zu mitdenkenden und -handelnden Subjekten.
3. Verschiedene Ursachen haben zu einem Wachstum des Angebots jener Personen und Institutionen geführt, die sich im Wettbewerb anbieten, im Falle einer bestimmten Krankheit zu helfen.

In diesem Kontext werden Patienten (und ihre «Kostenträger») – ob sie es nun wollen oder nicht – zunehmend zu Kunden, die ihr Geld (als Steuer- und Beitragszahler) geben, um bei Wahlmöglichkeit im Bedarfsfall in einer freiwilligen Austauschbeziehung als Gegenwert ein höchstmögliches Mass an Gesundheit (= Medical Outcomes + Service Outcomes) wiederzuerlangen. Wenn dafür gar unterschiedliche Preise gefordert werden, interessiert die Patienten sicher das Nutzen-Kosten-Verhältnis des erzielbaren Ergebnisses (Value = Medical Outcomes + Service Outcomes).

Den Wettbewerb wird derjenige Arzt für sich entscheiden, der die menschenfreundlichste und hinsichtlich ihrer Ergebnisse nachweislich beste Behandlung bietet, die derzeit denkbar ist. Den Patienten wird es dann völlig egal sein, ob man sie nun als solche oder als Kunden bezeichnet.

Prof. Dr. Rolf Hildebrand, Berlin



Offener Brief an die Grundversorgerinnen und Grundversorger

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Bei der neuen Revision der Analysenliste handelt es sich nicht bloss um eine weitere Sparmassnahme im Gesundheitswesen zu unseren Lasten. Vielmehr ist es ein weiterer, logischer Schritt in einem Prozess, der bereits mit der Einführung des TARMED begonnen hat. Dieser Prozess zielt darauf hin, den Beruf des Grundversorgers in der heutigen Form zu eliminieren.

Im BAG hat man ganz konkrete Ziele über die Strukturierung des Gesundheitswesens der Zukunft, und in diesen Strukturen sollen keine selbständigen, gut ausgebildeten Ärzte die medizinische Grundversorgung managen. Vielmehr wird ein System angestrebt, in dem nach skandinavischem Muster von Versicherern oder Kommunen betriebene und kontrollierte Gesundheitszentren die medizinische Grundversorgung tätigen. Mit diesem System sollen Kosten gespart werden, indem der Zugang zur Medizin im Allgemeinen und weiterführende Abklärungen und Behandlungen im Speziellen erschwert oder gar verweigert werden. Nicht unabhängige Mediziner, sondern von den Versicherern angestellte und gesteuerte Erstversorger, an vorderster Front Personen aus Pflegeberufen und Hochschulabsolventen der Pflegewissenschaft, werden über das medizinisch Notwendige entscheiden. Wir Grundversorger der jetzigen Generation sollen für dieses System über die Klinge springen müssen.

Was sollen und können wir tun, um unsere Situation noch zu retten, und wer soll uns dabei helfen? Verhandeln bringt nichts, da die Ziele im BAG vorgegeben sind. Ein Laborstreik behindert nur unsere Arbeit und verärgert die Patienten. Ein eintägiger Praxisstreik wird ausser einem gewissen Medieninteresse keine grosse Auswirkung haben.

Die FMH ist nicht bereit, uns bis zur letzten Konsequenz zu unterstützen, obwohl bei einem Systemwechsel die organbezogenen und operativ tätigen Spezialisten in einer zweiten Phase automatisch ausgedünnt werden. Und mit der Reduktion unserer Probleme auf die Person eines Bundesrates macht es sich die FMH-Führung zu einfach.

Auch die Schaffung von Lehrstühlen für Hausarztmedizin wird uns nicht helfen. Gerade das Nichtuniversitäre ist ein wichtiger Wert der

Hausarztmedizin und die immer wieder zitierte Imageverbesserung können wir vergessen. Das Image eines Berufes ist heute eng mit dem Einkommen verknüpft, oder anders gesagt: schlecht bezahlte Arbeit ist minderwertig.

Wenn wir unseren Berufsstand und unsere eigene berufliche Zukunft noch retten wollen, können nur radikale Massnahmen greifen. Ich denke an die flächendeckende Kündigung des TARMED-Rahmenvertrages durch uns Grundversorger mit sofortiger Abrechnung nach TARMED- und Analyse-Tarif mit einem Taxpunktwert von Fr.1.00 (mit diesem Taxpunktwert wurde uns seinerzeit der TARMED verkauft!). Voraussetzung wäre, dass die Rechnungsstellung nur noch direkt an die Patienten (unsere Auftraggeber) geht und die Patienten für eine Rückforderung bei den Kassen selbst verantwortlich sind. Gleichzeitig Festlegung eines einwöchigen, mit aller Konsequenz durchgeführten Praxisstreikes (auch Notfalldienst) mit dem Ziel, die medizinische Grundversorgung vorübergehend zusammenbrechen zu lassen und einen für uns Grundversorger speziellen und akzeptablen Taxpunktwert auszuhandeln. Ganz entscheidend bei einem Streik ist die Mitbestreikung des Notfalldienstes, denn nur, was schmerzt, kann etwas bewirken.

Natürlich würden wir uns dabei in die Illegalität begeben, aber für moderate, legale Mittel ist es längst zu spät. Ohne uns Grundversorger bricht das Gesundheitswesen zusammen und vorläufig sind die Kassen nicht in der Lage, ohne uns eine Grundversorgung zu betreiben. Es ist nun an der Zeit, dies den Politikern und der Bevölkerung mit einer kompromisslosen und möglicherweise schmerzlichen Aktion zu zeigen. Oder wir werden weiter von respektlosen und unehrlichen Gesundheitspolitikern über den Tisch gezogen.

Dr. med. Christian Stäubli, Magden



Mögliche Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen am Beispiel von Lucentis®

Im Schweizerischen Gesundheitswesen könnte sehr viel Geld eingespart werden, wenn unsere Gesundheitsbehörden manchmal etwas flexibler und unbürokratischer handeln würden. Worum geht es?

Die altersabhängige Makuladegeneration ist eine sehr häufige Augenkrankheit, die bei vielen Senio-

ren die Lebensqualität und Selbständigkeit gefährdet. Die Makuladegeneration beruht auf einer krankhaften Wucherung von Blutädrchen in der Netzhaut. Findige Ärzte haben die Idee gehabt, eine Behandlung mit dem Krebsmedikament Bevacizumab (Avastin®) zu versuchen. Avastin® hemmt die Neubildung von Blutgefässen und kann Krebswucherungen dadurch aushungern, dass die Neubildung von Blutgefässen mit dem Tumorwachstum nicht Schritt halten kann. Die Idee bestand darin, dieses Medikament zu testen gegen die Wucherung von Blutgefässen im Auge. Tatsächlich zeigte sich, dass Avastin® das Fortschreiten dieser Augenkrankheit hemmt, besser als alle früher bekannten Mittel. Weltweit wurde Avastin® seit Jahren mit Erfolg eingesetzt, auch in der Schweiz. Obwohl Avastin® nicht billig ist, etwa 2000 Franken pro Ampulle, waren die Kosten im Falle der Anwendung am Auge dennoch niedrig, eben weil nur eine kleine Teilmenge einer Ampulle benötigt wurde, die Einzeldosis à 37 Franken. Vor einem Jahr wurde ein praktisch identisches Medikament auf den Markt gebracht: Ranibizumab (Lucentis®), fertig abgepackt in Einzelspritzen für die Behandlung der Makuladegeneration. Der Preis für eine einzige Dosis beträgt nun 1800 Franken. Lucentis® ist heute in der Schweiz zugelassen und kassenpflichtig. Avastin® unterscheidet sich nur in einer winzigen Seitenkette des Moleküls und ist nach Meinung der Fachleute dem Lucentis® ebenbürtig, ist aber nicht zugelassen und wird deshalb wegen juristischer Bedenken in der Schweiz kaum mehr angewendet. Wenn die Patienten das Mittel selber bezahlen müssten, würden vermutlich die meisten – ich auch – das gleichwertige Mittel à 37 Franken wollen. Eine Behandlung wirkt ja nur wenige Wochen und zehn Behandlungen pro Jahr sind nicht ungewöhnlich, dies verursacht mit Lucentis® enorme Kosten. Es gibt Berechnungen, dass die Behandlung aller betroffenen Patienten in der Schweiz mit Lucentis® jährliche Kosten von rund einer Milliarde Franken verursachen würde. Warum ist unser Gesundheitswesen unfähig, eine flexible Lösung dieses Problems zu finden? Offenbar ist die Schweiz zu reich und hat es nicht nötig, eine so grosse Kosteneinsparung zu realisieren. Wozu haben wir Universitäten mit medizinischen Fakultäten? Warum entscheidet in der Schweiz einzig die Pharmaindustrie, welche Medikamente geprüft und zugelassen werden?

Albert Kind, Schaffhausen



Mit Ritalin, mit Chemie zur schönen neuen Welt?

Der Absatz von Ritalin-Präparaten hat sich in einem Jahrzehnt verachtfacht. 2008 wurde ein Fünftel mehr Packungen der Mittel verkauft, die gegen das sogenannte Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen eingesetzt werden, als ein Jahr zuvor. Auch Erwachsene konsumieren immer mehr Psychopharmaka. Das Geschäft blüht. Wir nähern uns rasant der schönen neuen Welt, die der Schriftsteller Aldous Huxley in seinem 1932 erschienen Roman «Brave New World» beschrieben hat. In dieser schönen neuen Welt werden alle Menschen auf eine festgelegte Rolle in der Gesellschaft genormt. Durch permanente Beschäftigung mit Sex, Konsum und der Droge Soma zufriedengestellt, verlieren die Menschen das Bedürfnis zum kritischen Denken und zum Hinterfragen der Weltordnung. Die Regierungstätigkeit und das Business wird so stark erleichtert: Streiks, Unruhen, Revolutionen gehören der Vergangenheit an. Von Antikriegsdemos würden wir verschont in dieser schönen neuen Welt.

Statt Kindern Ritalin zu verschreiben, mit Chemie zu operieren, könnten auch die krankmachenden Ursachen hinterfragt werden, die plötzlich so viele vermeintlich gestörte Kinder produzieren. Heute scheint es ein Tabu zu sein, krank machende familiäre, schulische und gesellschaftliche Verhältnisse zu hinterfragen, die zu Hyperaktivität, Drogensucht, zu gewalttätigem Verhalten von Kindern, Jugendlichen und auch von Erwachsenen führen. Die biologisch-genetische Sichtweise von psychischen Problemen macht Furore. Bei der Pharmaindustrie klingelt die Kasse. Alles wird vermeintlich mit Pillen gelöst! Auch bei Drogensüchtigen begnügt man sich heute vor allem mit der Abgabe von Methadon, Heroin und Co. Die zweite Säule zur Bekämpfung der Drogensucht, die Therapie, wird abgebaut, weil zu teuer. Ersatzdrogen kommen billiger, wie Ritalin auch billiger zu sein scheint als eine eingehende Abklärung, warum ein Kind hyperaktiv geworden ist. Zwischen 1999 und 2004 mussten ein Drittel der Therapieeinrichtungen für Drogensüchtige schliessen.

Heinrich Frei, Zürich



DRG-Fallpauschalen-Diskussion [1]

Bald dringlich erscheint es ferner, dass schon jetzt auch die *Öffentlichkeit* und die *Patientenschaft*, auf deren Buckel sich ja – ungefragterweise – die DRG-Verrechnung abspielt, genügend *aufgeklärt* werden: über die im Normalfall effektiv *gleichbleibende* finanzielle Belastung (via Direktzahlung, Versicherungsprämien und Steuern); und ebenso über *Ausnahmefälle*, wo Patient und Versicherer die Anwendung der *Pauschale ablehnen* und dafür eine Fakturierung der erbrachten Einzelpositionen wählen können. Denn das Publikum ist zur Zeit schlecht über die Umstellung und die dadurch vermehrt nötige *Akzeptanz der impliziten allgemeinen Solidarität* der Versicherten informiert.

Als praktischer Arzt hatte ich bisher nicht daran gedacht, dass mich die Problematik so bald persönlich berühren würde: Meine Tochter erhielt kürzlich – von der kantonalen Verwaltung eines Schweizer Spitals – die pauschale Abrechnung über Geburt und Wochenbett: nur Anzahl Tage, Ziffer so und so, à so und soviel Punkte, und dann Frankenbetrag (für Laien kaum sehr verständlich). Ebenso wurde auch für das Neugeborene abgerechnet: Tage, Ziffer, Punkte, Betrag. Darin inbegriffen ist auch die Standardultraschalluntersuchung der Hüfte, welche indessen in diesem Fall wegen administrativer und technischer Hindernisse *nicht* ausgeführt werden konnte, – «sie solle beim nächsten Kinderarztbesuch *nachgeholt* werden». Dies ist geschehen und wurde von *dort aber auch nochmals in Rechnung gestellt*: ein Betrag, der gut einem Viertel der schon bezahlten pauschalen Spitalrechnung entspricht!! Somit ist also die Versicherung – oder der Patient mit seinem Selbstbehalt – *doppelt zur Kasse gebeten* worden.

Sicherlich handelte es sich hier um eine jener «Leistungen, die mit dem Spitalaufenthalt und der Pauschale bereits abgedeckt/vergütet sind, auch wenn diese vor Eintritt oder nach Austritt ambulant erbracht werden (zit. DRG)». Jedoch hiesse das im beobachteten Fall, wo ja die abgedeckte Ultraschalluntersuchung gar nicht «erbracht wurde», nur nachher ambulant durch einen anderen Leistungserbringer (Pädiaterpraxis), dass die Rechnungsstellung in Form einer *Spitalpauschale bestritten werden dürfte, oder dass die Forderung des Pädiaters konsequenterweise an*

das Spital, das ja für die Leistung schon kassiert hat, gehen müsste.

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

- 1 Horn B. Und wo bleibt die Nachbetreuung? Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(10):380.



Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Sehr geehrte Damen und Herren der *santésuisse*
Sehr geehrter Herr Ständerat Christoffel Brändli
Vielen Dank für die Hochglanzbroschüre zu den Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Der Hochglanzvermag aber die Probleme der jetzigen Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht wegzuzaubern.

Ich war selbst einst im Visier, erhielt einen harschen, mit Drohungen gespickten Brief von der kantonalen *santésuisse*. Das ganze Problem war, dass ich in der falschen Kategorie eingeteilt war: statt bei den Allgemeinärzten bei den Ärzten ohne Röntgen. Obwohl mein Fall mit meiner Antwort erledigt war, wurde im nächsten Jahr mit einem ebenso drohenden, unfreundlichen Brief wieder eine Erklärung meinerseits verlangt. Wenn die Kategorie Ärzte ohne Röntgen nicht abgeschafft worden wäre, würde wahrscheinlich noch heute Druck auf mich ausgeübt. Eine beantragte Umteilung in die richtige Kategorie wurde nicht gemacht.

Hauptproblem der Prüfungen ist aber, dass Ärzte, die mit viel Einsatz, mit nur bei Bedarf gemachten Spezialistenkonsilien, mit Hausbesuchen statt Spitaleinweisungen zu teuer werden und perfiderweise gerade diese günstig und aufopfernd arbeitenden Hausärzte neben den berühmten «schwarzen Schafen» in das Visier der *santésuisse* fallen. Wie soll man diese Praxisbesonderheit beweisen? Es ist das völlig normale Patientenkollektiv, einfach vor allem hausärztlich betreut.

Statt mit solchen Broschüren, die Augenwischerei sind und die Probleme nur übertünchen, wäre ein echter Dialog und nicht diese ewige gegenseitige Blockierung zwischen Krankenkassen und Ärzten nötig. Ein erster Schritt wäre, dass die Krankenkassen auch ausdrücken, dass sie die Arbeit der Ärzte (wenigstens die der weissen Schafe) schätzen – und diese nicht nur ein lästiger Kostenfaktor sind.

Dr. med. Christoph Wirz, St. Gallen



Medizin und Wunder

Lieber Herr Kollege Schweizer

Ihre Ausführungen zu «Medizin und Wunder» [1] haben mich sehr beeindruckt, besonders da es für mich auch immer ein Problem ist, wie man mit Wundern umgeht.

Im letzten Oktober fand in Dresden der Kongress der UMEM (Union Mondiale des Écrivains Médecins) statt unter dem Motto «Wunder» und/oder «Solidarität». In diesem Rahmen habe ich auch über Wunder nachgedacht und versucht, das in folgender Form zu «verdichten»:

Wunder

Wundervoll

Wunderbar

Doch, was ist ein Wunder?

Was man nicht erklären kann

mit Verstand und mit dem Kopf?

Nur das Herz sieht richtig,
nur das Herz erkennt,
wo und was ein Wunder ist.

Oft sind Wunder gut erklärbar,
dennoch spürt das Herz,
dass, was da passierte
und gerade dann geschah,
wann ich Hilfe nötig hatte,
und dieselbe zauberhaft,
engelgleich erschien,
sicherlich ein Wunder war.
W i e der Engel helfen konnte
war ganz simpel einzusehen.
Aber d a s er kam
in eben dem Moment
kann auch scharfes Denken
nicht enthüllen.

Zauberer vollbringen scheinbar Wunder
doch der Zauber ist oft faul.

Wunder kommen wirklich zauberhaft
und bezaubern Kopf und Herz.
Und wenn wir die Welt betrachten,
mit dem ganzen Herzen schauen,
sehen wir, die Welt ist Wunder's voll.
Wundervoll.

(DK, 2008)

David Künzler, Hausen am Albis

1 Schweizer T. Medizin und Wunder. Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(9):360-1.



Wie kommt man zum Nobelpreis?

Zum Artikel «Fehldeutungen der Physik und Philosophie in der Alternativmedizin» [1]

«Die Naturheilkunde, so wie ich sie verstehe, ist ein Teil der naturwissenschaftlichen Medizin», schreibt Prof. Martin Lambeck in seinem Beitrag. Ich habe den Autor angeschrieben und ihn (an Hand meines Beitrags zum Projekt «Zukunft Medizin Schweiz» [2]) darauf hingewiesen:

- dass die Homöopathie *kein* Teil der naturwissenschaftlichen Medizin ist,
- dass «Homöotherapeuten», die nach «Paradigmen» suchen, um die Wirkungsweise homöopathischer Arzneien (apriorisch) zu *erklären*, mit Hahnemanns reiner *Erfahrungsheilkunde* nichts zu tun haben (vgl. dazu die Berner Deklaration des Schweizerischen Vereins homöopathischer Ärzte vom 13. 11. 1983 [3]);

und ihn angefragt, ob:

- Hahnemann (1755–1843), dessen Lehre sich innert 50 Jahren weltweit verbreitet hat, die heute noch «aktuell» und «keineswegs nur als historisch anzusehen ist» (Prof. Dr. med. Franz Gross, Pharmakologisches Institut der Universität Heidelberg [4]) – nicht posthum einen *medizinischen* Nobelpreis verdient hätte.

Qui tacet, consentire videtur (Hahnemann)?

Dr. med. W. Buschauer, Lörrach

- 1 Lambeck M. Fehldeutungen der Physik und Philosophie in der Alternativmedizin. Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(50):2186-9.
- 2 Buschauer W. Experimentelle vs. «hippokratische» Methode. Schweiz Ärztezeitung. 2006;87(1):22-4.
- 3 Die Deklaration ist im Internet unter folgender Adresse zu finden (S. 2-4): www.grundlagenpraxis.de/debatte/deutsch/bern.pdf
- 4 Gross F. Homöopathie als Vollendung der Hippokratischen Medizin. Münch Med Wochenschr. 1984;126(14):18.