

Forum

**Mit pädagogischen Steinzeitmethoden zu Fertigkeitserweisen**

Eine Epidemie droht epidemisch zu werden: unter dem Titel «Qualitätssicherung» entstehen flächendeckende FMH-Reglemente, fernab der Qualitätsbedürfnisse in der täglichen Praxis.

Zwei Beispiele: *FAPL* und die *SGUM*-Vorstellungen in der *Abdomensonographie*. Beiden gemeinsam ist, dass sie schwergewichtig quantitative Auflagen auf der Ausbildungs-Input-Seite machen und damit vorgeben, die Qualität auf der patientenbezogenen Output-Seite zu prüfen.

Beim *FAPL* (Fähigkeitserweis Praxislabor) wird in der jetzt laufenden Diskussion im beauftragten Ausschuss des Kollegiums für Hausarztmedizin (KHM) allen Ernstes ein viertägiger Kurs für den praxisbetreibenden Arzt diskutiert, der als Voraussetzung für die Führung eines Grundversorgerlabors gelten soll. Ein Vorschlag, der vielleicht dem Zeitvertreib und der Sicherung von kollegialen Überwachungsstellen dienen kann, sicher nicht der Qualitätsförderung in der Praxis. Für Laborqualitätskontrollen eignen sich die bestehenden Ringversuche. Sind hier Unzulänglichkeiten feststellbar, so macht es Sinn, diese unter Einbezug der direkt betroffenen Fachpersonen anzugehen, also wenn nötig in die Fortbildung unserer Praxisassistentinnen zu investieren. Stimmt das Labor, so braucht es auch keinen Leerlauf-Aktivismus. Ein laborspezifischer Kurs für den Praxisinhaber schießt am Ziel vorbei und bedeutet einen zeitlichen und finanziellen Ressourcenverschleiss, der auch unter dem Aspekt der geforderten Wirtschaftlichkeit nicht vertreten werden kann. Die ökonomische Bilanz dieser Veranstaltung wird auch durch den Einbau des Kurses in die Weiterbildungszeit nicht besser. Die Indikationsstellung von Laboruntersuchungen und die Beurteilung ihrer Resultate übt der Arzt in der Weiterbildung tagtäglich und umfassend und gehört damit nicht in einen separaten Ausbildungsblock. Rechtfertigungen für ein solches Zertifikat mit Argumenten der Prä- und Postanalytik greifen ohnehin zu kurz, da dieser Bereich ja gerade nicht an das eigene Praxislabor gebunden ist, sondern gleichermassen beim Gebrauch eines Grosslabors zum Tragen kommt.

In der weitgehend abgeschlossenen Diskussion des Zertifikates FMH für Abdomensonographie, initiiert durch die *SGAM* und die *SGIM*, bilden ebenfalls quantitative Ele-

mente auf der Ausbildungsseite das Kernstück: 400 Untersuchungen sind gefordert, 200 unter Supervision. Diese Auflagen werden mit *SGUM*-Unterstützung offensichtlich auch von einem allfälligen Zertifikat für pädiatrische Abdomensonographie erwartet. Dagegen wehren wir uns!

Wem Qualitätsförderung in der Praxis ein Anliegen ist, der wird für einen Ausbildungsgang zuerst Lernziele definieren. Erst dann sind Methoden festzulegen, wie diese Lernziele erreicht und in der Praxis umgesetzt und evaluiert werden können. Die Wahl der Ausbildungsmethode hat die real bestehenden Möglichkeiten zu berücksichtigen, d.h. sie kann in den verschiedenen Fachgebieten unter Gewährleistung der definierten Schlussqualität voneinander abweichen. Die Auflage von 200/400 minimalen Untersuchungen als sakrosankte Grösse zu betrachten, hat keinen qualitativen Stellenwert an sich, sondern wäre in der Pädiatrie derzeit als ausbildungsverhindernde und damit als qualitätsvermindernde Bestimmung für die praxispädiatrische Arbeit wirksam. Dass bezüglich Pädiatrie beim jetzigen Fertigkeitserweis kaum die Qualitätsförderung im Vordergrund stand, belegt die Tatsache, dass für dessen Erlangung keinerlei pädiatrische Ultraschall-Untersuchungen nötig sind, hingegen stillschweigend erwartet wird, dass er auch für pädiatrische Sonographie Gültigkeit hat.

Wenn wir Qualitätssicherung in dieser Art weiterbetreiben, werden wir zu unserer beruflichen Auslastung kaum mehr Patienten benötigen, sondern uns z.B. in (Re)-Zertifizierungskursen für Lungenauskultation treffen, Sektion dorsobasal links, klar definierte Zahl von trockenen und feuchten Rasselgeräuschen, wovon (unter Supervision) Mindestzahl von inspiratorisch gehörten klingenden RGs festgelegt...

Sollten wir uns – unter Missachtung des Dürrenmattschen Grundsatzes, als Gefangene (KVG-Auflagen), gleich die Bewacher (inadäquate FMH-Zertifikate) zu stellen – tatsächlich für die Qualitätsförderung unserer Tätigkeit am Patienten einsetzen, so wären personell und thematisch zielorientierte Strategien gefragt, umgesetzt durch Ansätze nicht steinzeitlicher sondern moderner, qualitätsschaffender Erwachsenenpädagogik unter Einbezug von periodischer Evaluation unserer Tätigkeit im Praxisalltag. Damit würden wir neben der Qualität erst noch die Freude an unserer Arbeit steigern!

*Dr. F. Fitze, Rorschach,
und Dr. H. Geiges, Rüti,
Ko-Präsidenten des Forums
für Praxispädiatrie*

Replik

In einem Punkt haben die beiden Kollegen durchaus nicht unrecht: Im frisch gedüngten Garten der Qualitätssicherung wachsen und blühen einige bekömmliche Kräuter, aber auch ganze Büschel von Unkräutern. Daneben aber bedienen sie sich ganz unverfroren selber auch der von ihnen angeprangerten Steinzeitmethoden, indem sie zur Keule greifen und sie denjenigen, die vor ihrem Höhleneingang stehen und arbeiten, zumindest verbal über den Schädel ziehen!

Es ist ja beileibe nicht so, dass die *SGUM* (Schweizerische Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin) plötzlich von der Begeisterung gepackt worden wäre, Fertigkeitserweise zu verfassen – dasselbe gilt übrigens auch für das Kollegium für Hausarztmedizin im Zusammenhang mit dem Praxislabor! Tatsache ist, dass mit dem neuen KVG die Qualitätssicherung zur Pflicht geworden ist und dass sich insbesondere die Leistungserbringer kostenintensiver Untersuchungen über ihre Kompetenz ausweisen müssen. Die militanten Pädiater verkennen, dass es immerhin gelungen ist, im Konsens aller übrigen interessierten Fachgesellschaften und mit Zustimmung der Ärztekammer (ohne Gegenstimme) einen Fertigkeitserweis zu schaffen, der die Abdomensonographie nicht monopolisiert und von jedem, der wirklich will, mit vertretbarem Aufwand erworben werden kann. Natürlich sind absolute Zahlen verlanger Untersuchungen immer relativ (eine ähnliche Diskussion wird ja auch im Hinblick auf den Sinn und Unsinn von Noten in der Schule geführt), aber als Kriterium für ein Minimum an erworbener Erfahrung sind sie brauchbar. Die Zahl von 400 Untersuchungen des Abdomens ist im übrigen auch international weit herum akzeptiert. Das Forum für Praxispädiatrie bewegt sich fern jeder Realität, wenn es die Zahl verfügbarer kleiner Patienten durch die Zahl der «Sono-Interessenten» dividieren will, um daraus die Anzahl von Untersuchungen abzuleiten, die von den Pädiatern verlangt werden darf. Mit der von den Autoren mit vollem Recht geforderten qualitätsschaffenden Erwachsenenpädagogik hätte ein so unglaubwürdiger Minimalismus auch wiederum nichts zu tun. Da die Pädiater mit einer sehr aktiven eigenen Sektion (SVUPP) in der *SGUM* vertreten sind, habe ich jedoch eigentlich keine Zweifel, dass auch für sie eine sinnvolle, realisierbare Lösung gefunden werden kann. Die *SGUM* ist sicher gerne bereit dazu – nur müssten beide Seiten die Steinzeit endgültig verlassen, die Keulen ins verglimmende Lagerfeuer werfen und zum konstruktiven Diskurs des demnächst ausklingenden 20. Jahrhunderts finden!

Dr. med. W. Bauer, Küsnacht



«Fauler» Psychiater

Die Antwort an meinen «faulen» Psychiaterkollegen H. B. in Z. [1] ist meiner Meinung nach immer noch unbefriedigend und ausweichend und beseitigt kaum den Verdacht, dass uns ein faules Ei gelegt wurde. Es ist Ihnen offenbar nicht klar, dass auch beim heutigen Tarif für eine 50minütige Sitzung 60 Minuten bezahlt wurden (aufgrund des 15-Minuten-Taktes). Ein Konkordatsvertreter hat mir vor Jahren gesagt, dass es auch den Krankenkassen klar sei, dass ein Psychotherapeut nach einer Sitzung eine bezahlte Pause brauche. Es können also aus den 1200 Stunden unseres «faulen» Kollegen nicht plötzlich auf die von Ihnen vorgeschlagene Weise 1600 Stunden entstehen.

In Ihrem Interview vom November 1999 («Können Sie noch ruhig schlafen, Herr Präsident») waren Sie der Meinung, dass die Psychiater auf jeden Fall gleich viel haben werden wie nach dem heutigen UV/MV/IV-Tarif. Ich erhalte heute im Kanton Thurgau nach Krankenkassentarif Fr. 153.– für eine 50minütige Therapiesitzung, nach UV/MV/IV-Tarif Fr. 198.–. Nach der neuesten TarMed-Version (ich hoffe, ich habe richtig gerechnet) komme ich auf ca. 200 Taxpunkte für die gleiche Therapiesitzung. Ihre Voraussage wäre also nur zu erfüllen, wenn der Taxwertpunkt um Fr. 1.– liegen würde. Daran glaubt aber, soviel ich weiss, niemand mehr. Als sich der Preisüberwacher einzuschalten begann, habe ich einmal die seinen Forderungen entsprechenden Taxpunktwerte ausgerechnet: sie lagen zwischen 70 und 85 Rappen. Das bedeutet, dass ich wahrscheinlich gleich viel oder sogar weniger verdienen würde als jetzt. Und dies bedeutet wiederum, dass die Absicht, die intellektuelle Leistung aufzuwerten, überhaupt nicht erfüllt werden konnte. Wo ist dieses Geld gelandet? Als Anbieter rein intellektueller Leistung und als Vertreter des untersten ärztlichen Einkommenssegmentes sind die Psychiater zum Prüfstein für die Glaubwürdigkeit der neuen Tarifstruktur geworden.

Die entscheidende Frage, die endlich beantwortet werden muss und die H. B. in Z. gestellt hat, ist die, warum auch bei den Psychiatern eine jährliche Arbeitszeit von 1600 Stunden angenommen wurde. Diese Frage ist noch nicht so beantwortet, dass ein psychotherapeutisch tätiger Psychiater, der etwas von seinem Fach versteht und sich ernsthaft dafür einsetzt, dem neuen Tarifgebäude zustimmen könnte. Vielleicht haben wir Psychiater es tatsächlich verpasst, das Wesen der Psychotherapie innerhalb der Ärzteschaft ausreichend zu erklären. Und dies wäre deshalb besonders wichtig, weil jeder Psychiater mehr oder weniger Einblick in die restliche Medizin erhalten hat, kaum ein Arzt eines anderen Fachgebietes aber

je ausreichend Gelegenheit für das Umgekehrte. Die Arbeit des Psychotherapeuten mit seinem Patienten ist ein dauernder, einmaliger, hohe Konzentration erfordernder kreativer Prozess, der wohl am ehesten mit improvisierter Musik von Jazzmusikern zu vergleichen wäre. Kein Kind würde von solch einem Musiker verlangen, dass er 40 Stunden pro Woche improvisiert! Und wenn es einer trotzdem tut, dann ist er wohl ein schlechter Musiker, weil er wahrscheinlich Improvisation vorgibt, wo er sich an ein gelerntes Repertoire hält.

Es geht bei TarMed nicht nur ums Geld, sondern auch um den zukünftig in der Medizin einzuschlagenden Weg, der wieder mehr zur ärztlichen Kunst hin und weg von einem technischen Verständnis führen soll. Psychotherapie muss hier klar eingeordnet werden, was nicht befriedigend dadurch gelingt, dass man uns sagt (und vielleicht stimmt es gar nicht): Seid zufrieden, Ihr werdet ja mehr bekommen.

Dr. med. Georg Schlaginhaufen, Weinfelden

1 Die am häufigsten gestellten Fragen zu TarMed. Schweiz Ärztezeitung 2000; 81(2):72-4.



L'ultimatum de Mme Ruth Dreifuss

Je tiens tout d'abord à remercier Dr Jürg Ammann pour tout le travail qu'il a déjà accompli au sein de la FMS. Nous y sommes très sensibles en Suisse Romande également. La lettre que notre ex-présidente de la Confédération a adressée au président de la FMH est un modèle de suffisance et de mépris pour notre corporation.

Cette menace des Autorités de nous forcer à une décision hâtive et bâclée ne doit pas nous impressionner. Il n'y a aucune raison de nous faire adopter dans l'urgence un tarif dont personne d'entre nous n'a encore eu un exemplaire sous les yeux et qui va nous engager pour de longues années. Si l'objectif avoué du Conseil Fédéral n'est pas de diminuer les coûts globaux de la Santé (neutralité des coûts) nous comprenons vraiment très mal cette hâte suspecte.

Si Mme Dreifuss veut nous imposer sa loi, qu'elle le fasse. Au moins ce sera elle et non plus le corps médical qui sera responsable de la débâcle annoncée!

C'est pourquoi nous soutenons la FMS lorsqu'elle affirme qu'elle mobilisera tous ses moyens pour que la votation générale sur TarMed n'intervienne pas avant que les conséquences véritables de ce tarif puissent être évaluées précisément. Et cela prendra le temps qu'il faudra.

*Dr Gilbert Guignard,
Président du groupement des ORL vaudoises,
Payerne*



TarMed: Es hat keinen Wert mehr!

Die Preisgebung («pricing») ist eines der wichtigsten Werkzeuge bei der Vermarktung eines Produkts oder einer Dienstleistung. Der Preis wird bestimmt durch die Nachfrage, die Produktionskosten, die Wertigkeit, den Profit und die Strategie eines Unternehmens. Ein höherer Preis signalisiert dem Käufer eine bessere Qualität der Dienstleistung, die Dienstleistung erfährt damit durch den Käufer eine grössere Wertschätzung.

Warum werden wir mit dem TarMed Ausverkaufspreise in der Kinderchirurgie haben? Eine Leistenhernienoperation bei einem Säugling beispielsweise erleidet einen Preiszerfall von ca. 70%, von bisher knapp Fr. 500.– auf neu ca. Fr. 150.–.

Was ist der Grund für diesen Preissturz?

1. Haben wir eine abnehmende Nachfrage nach der Operation oder ein Überangebot von Kinderchirurgen in der Schweiz?

Die Leistenhernien bei Kindern haben nicht ab-, sondern mit der Zunahme der Frühgeburtlichkeit eher zugenommen und die Zahl der Kinderchirurgen in der Schweiz ist mit etwa 50 in den letzten Jahren konstant geblieben. Es gibt auch keine neue Konkurrenz für diese Dienstleistung, da bei den Säuglingshernien die nötige Infrastruktur nur in einer Kinderklinik angeboten werden kann. Eine konservative Therapie, die den Eingriff nicht mehr nötig macht, existiert nicht. Also ist weder eine abnehmende Nachfrage noch ein Überangebot der Dienstleistung die Ursache für dieses Preisdumping.

2. Sind unsere Produktionskosten für diese Dienstleistung so massiv zurückgegangen, dass wir den Konsumenten (Patient) von dieser Reduktion profitieren lassen können?

Sowohl in der Operationstechnik wie auch im Ablauf der Dienstleistung hat sich in den letzten Jahren nichts geändert. Im Gegenteil, durch die Zunahme des Verwaltungsaufwands mit dem TarMed ist eine Zunahme der allgemeinen Unkosten («overhead costs») absehbar, was eher zu einer Preissteigerung führen müsste, falls eine kostenabhängige Preisgebung («cost-related pricing») durchgeführt wird.

3. Um den Profit zu berechnen, müssen wir die Gesteungskosten der Dienstleistung kennen. Das heisst, wir müssen zuerst eine Kostenrechnung aufstellen, weil sich der Profit berechnet aus der positiven Differenz zwischen Verkaufspreis und Gesteungskosten. Mit TarMed kennen wir zwar den neuen Tarif für den Kunden, wie hoch die effektiven Kosten dieser Dienstleistung und damit der Profit für den Anbieter sind, bleibt aber unklar.

4. War die Wertigkeit für diese Operation bisher zu hoch angesetzt, oder war die Heilung der Kinder früher mehr wert als heute? Hat das Unternehmen «Gesundheitswesen

Schweiz» dies erkennt, ihre Strategie geändert und nun die Operation einer Säuglingshernie neu im Segment Haarpflege und Kosmetik, noch unterhalb des Segments Rolladenreparatur und Autoservice positioniert, womit dieser Preisabfall erklärt werden könnte?

Mit dieser Strategie setzen wir bei unseren Kunden das Signal, dass diese Dienstleistung im Angebot des Gesundheitswesens einen minderen Wert hat. Damit jedoch noch ein vernünftiger Profit für den Anbieter resultiert, ist es betriebswirtschaftlich nicht mehr lohnend, diese Operation durch einen dafür zu teuer ausgebildeten Kinderchirurgen durchführen zu lassen. Es bleibt nun nur die Frage, wer diese Dienstleistung in Zukunft durchführen soll, der Automechaniker oder der Coiffeur (Barbier) wie im Mittelalter?

Hat die Operation der Säuglingshernie also in der heutigen Medizin keinen Wert mehr? Nein, nur für das Unternehmen «Gesundheitswesen Schweiz» ist sie mit den neuen Tarifen strategisch wertlos geworden wie viele andere wertvolle Eingriffe in der Medizin. Trotzdem ist TarMed als Idee einer gesamtschweizerisch gültigen Tarifierung der medizinischen Leistungen nicht wertlos.

Conrad E. Müller, Bellinzona

Replik

Den Ausführungen ist in Ihrer klaren Aussage nichts hinzuzufügen, ausser dies: Ein Blick in die Tarifstruktur über die Leistenhernie hinaus zeigt Positionen für das perioperative Management, die gerade für die Kinderchirurgen gewichtig sind. Leistungen, die bis heute nicht verrechnet werden konnten. Ein weiteres: Müssen Sie auf der genannten Tarifposition denn keine Abgaben entrichten? Vielleicht deshalb, weil Ihr Spital die ganze Leistung, von den Versicherern unentdeckt, AL und TL zusammen, gleich noch einmal in voller Höhe in Rechnung stellt? Die Diskussion ist nun so weit gediehen, dass auch diese unappetitlichen Gepflogenheiten, die viel, sehr viel erklären, namhaft gemacht werden müssen. Ein Letztes noch: Unter dem TarMed-Regime müssen Sie auf der Ihnen zustehenden ärztlichen Leistungskomponente keine Abgaben mehr entrichten. Dies hat die SDK akzeptiert; die Verträge in den Kantonen sollen entsprechend angepasst werden.

Hans Heinrich Brunner



Leserbrief zu «Brauchen wir Gott in der Medizin?»

Nach 20jähriger Praxistätigkeit als Haus- und Familienarzt würde ich doch meinen, dass nur wenige meiner Kolleginnen und Kollegen so denken, wie Frau Pfarrer Hoby es in der Einleitung ihres Artikels «Brauchen wir Gott in der Medizin?» [1] auszudrücken pflegt (Götter in Weiss). Die allermeisten sind in ihren Gedanken, wie der Vortrag ausgeleitet wird. Zugegeben, auch wir Ärzte sollten etwas gottgläubiger sein. Es wäre uns aber auch gedient, wenn unsere Patienten etwas mehr Halt an der Kirche hätten.

Wie Sie wissen, könnte man so einer «Überstrapazierung» der Psychiater, Psychologen, Psycho-Soziologen und Lebensberater entgegenreten. Die Spezialisierung der Ärzte ist sicher für uns Allgemeinmediziner ein ganz vorrangiges Problem. Wir versuchen – auch wenn es uns nicht in allen Fällen gelingt – den Patienten ganz zu erfassen, was auch von der Klientele mit Recht immer mehr gewünscht wird.

Wie oft fühlen sich Patienten, die leider zuerst den oder die Spezialärzte aufsuchen, nicht richtig behandelt und verstanden. Diesen Patienten erkläre ich dann jeweils, dass sie ihre Behandlung falsch angefangen hätten, sie seien nun wie eine «Wurst» in einzelne Rädchen zerschnitten worden, und es gelte nun mit etwas mehr Mühe einen allgemeinen Überblick zu haben.

Im Vortrag streifen Sie ein Thema, das so grundlegend ist, dass es uns alle angeht. Vor ein paar Jahren habe ich einem Pater auf 2600 Meter Höhe von einer Familie erzählt, wo punkto Krankheiten, Unfälle, erschwere Lebensumstände so ziemlich alles schiefgelaufen ist, was schief laufen kann. Immer wenn ich diesen Patienten behandeln musste, fragte ich mich, warum Gott so viel Leid auf so kleinem Raum will. Der Pater antwortete, dass Gott dies vielleicht gar nicht wolle. Darauf sagte ich: Gott lässt es zu, und das ist schon schlimm genug.

Dr. R. Scholer, Liestal

1 Hoby-Peter K. Brauchen wir Gott in der Medizin? Schweiz Ärztezeitung 1999; 80(51/52):2991-3.



Uma Grob vorbildlich

Ich möchte – gewissermassen im Namen der Schweizer Ärztinnen und Ärzte – Frau Dr. Uma Grob für ihren Bericht «Dass der Garten von Achtung, Würde und Respekt grösser werde» (erschieden in der SÄZ vom 12.1.2000) im Rahmen der Übergabe des Preises der Stiftung Adele Duttweiler danken.

Die Art, wie sie in zehn Jahren das marode Gesundheitssystem in Tansania restrukturiert hat, ist so aussergewöhnlich, dass auch wir daraus lernen können – und sollten! Mit derselben aussergewöhnlichen Ehrlichkeit und Offenheit zeigt sie uns sämtliche Facetten ihrer aufwendig-erfolgreichen Realisierung, deren Innerstes immer mit einem Wort Albert Einsteins verquickt bleibt: «Eine neue Art zu denken ist notwendig, wenn die Menschheit weiterbestehen will. Das ist das dringendste Problem unserer Zeit!»

In diesem Zusammenhang ist es faszinierend zu spüren, mit welcher Kompromisslosigkeit der Grundsatz der gegenseitigen Wechselbeziehungen an erste Stelle gesetzt wird und dort belassen wird. Nur dank dieser Konstellation ist die Ausgewogenheit und Folgerichtigkeit aller weiteren Vorgänge gewährleistet.

So verlässt Frau Dr. Grob, symbolisch gesehen, die gut ausgebaute Strasse der orthopädischen Tätigkeit, welche neben der eingestürzten Gesundheitspyramide verläuft, um sich mühsam Zugangswege durch die Trümmer freizumachen. Vorsichtig und immer wieder abwägend, Altes hier belassend, dort verändernd oder ersetzend, errichtet sie auf der Basis des Zerstörten eine neue, funktionstüchtige Gesundheitspyramide ...

Voilà! Das ist sie also, Albert Einsteins neue Art zu denken – vorbildlich und wunderschön präsentiert von einer Frau!

Dr. med. Adrian Oesch, Bern