

Warum steigen die Kosten im Gesundheitswesen überproportional an?

R. Streit, Präsident Ärztesgesellschaft des Kantons Bern

In meinem Artikel «GRAT/TarMed im Banne der Statistik und unter dem Fluch der Kostenneutralität» [1] habe ich den Lesern¹ versprochen, in einer weiteren Publikation aufzuzeigen, warum die Kosten im Gesundheitswesen stärker steigen als der Index der Konsumentenpreise. Ich liste in Tabelle 1 20 kostensteigernde Faktoren auf, die sich nicht an den Verlauf der allgemeinen Teuerung halten. Die Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Reihenfolge ist nicht mit dem Gewicht, den der Faktor für die Kostensteigerung aufweist, identisch.

Tabelle 1

Faktoren für ein überdurchschnittliches Wachstum der Kosten im Gesundheitswesen.

- Medizinischer Fortschritt
- Zunahme der Lebenserwartung
- Anspruchshaltung der Patienten
- Gesundheitswidriges Verhalten
- Neue Krankheiten
- Überproduktion von Ärzten
- Normen der Spitzenmedizin
- Unsicherheiten und Angst vor Haftpflichtprozessen
- Missbräuchliche Tarifierung
- Neue Berufe im Gesundheitswesen
- Zulieferanten
- Verdrängung von Gratisleistungen durch öffentliche Institutionen
- höher qualifiziertes und besser bezahltes Personal
- Überkapazitäten und Luxus
- Statistik und Bürokratie
- Falsche Anreize für den Patienten
- Falsche Anreize für Krankenversicherung und Leistungsanbieter
- Verfehltes Krankenversicherungsgesetz / verworrene Gesundheitspolitik
- Medien als Konsumförderer
- Bestrafung der Sparwilligen

¹ Bei männlichen Berufsbezeichnungen sind die Frauen stets miteingeschlossen.

Korrespondenz:
Dr. med. R. Streit
Blumenweg 7
CH-3400 Burgdorf

Medizinischer Fortschritt

Medizinische Forschung, medizintechnische Entwicklungen machen gewaltige Fortschritte, die neben offensichtlichem Segen für die Menschheit auch Gefahren mit sich bringen. Wirksame Behandlungsmethoden haben Nebenwirkungen, sonst muss man an ihrer Wirksamkeit zweifeln. Die Einführung beispielsweise eines neuen Medikaments verlangt dermassen viele Experimente, Voruntersuchungen, Wirksamkeitsnachweise und den bestmöglichen Ausschluss schwerer Nebenwirkungen, so dass die Kosten, um allen Vorschriften zu genügen, bis ein Medikament endlich im breiten Masse eingesetzt werden darf, gegen 200 Millionen Franken betragen sollen. Nicht nur Medikamente, sondern auch Stahl und Strahl haben neben heilenden Eigenschaften negative Wirkungen. Das gleiche gilt übrigens auch für das Wort, das nicht nur trösten und zweckmässiges Handeln zur Förderung der Heilung motivieren kann, sondern auch Angst, Schrecken, ja Panik auszulösen vermag. Viele der angedeuteten Nebenwirkungen bedürfen wieder einer Behandlung und lösen so weitere Kosten aus. Die Medizin wird seit Illich als krankheitserzeugender Faktor diskriminiert, obwohl sie noch in keiner Epoche annähernd so erfolgreich war wie in den letzten Jahrzehnten. So paradox es klingt, je erfolgreicher die Medizin ist, desto mehr wird sie kritisiert. Man bedauert die unnatürliche Lebensweise der heutigen Gesellschaft und vergisst, dass trotz dieser widernatürlichen Lebensweise es den Menschen gesundheitlich besser geht denn je. Die Lebenserwartung ist in 100 Jahren um 30 Jahre angestiegen und die Lebensqualität alter Menschen hat sich gewaltig verbessert. Hygiene, Ernährung, Rückgang extrem schwerer körperlicher Arbeit und gesundheitsschädigender Tätigkeit in Fabriken etc. haben ihren Anteil an diese Entwicklung geleistet. Der Fortschritt der medizinischen Wissenschaften hat aber einen grossen Teil zu dieser Entwicklung beigetragen und kann einen eindrucklichen Leistungsnachweis vorlegen. Er hat aber einen zugegebenermassen hohen Preis. Er steht auch nicht still, sondern er entwickelt sich weiter. Die Gesellschaft muss entscheiden, ob sie auch in Zukunft in grösserem Ausmass von diesem Fortschritt profitieren will oder nicht. Die Gentechnologie macht gewaltige Fortschritte, Neigungen zu Krankheiten lassen sich voraussagen, bevor sie ausbrechen, Aussagen pränatal sind möglich, Prophylaxe, Diagnostik und Therapie werden revolutioniert, aber nicht unbedingt billiger. Die grossen Probleme und ethischen Fragwürdigkeiten sollen nicht verschwiegen werden. Sie verlangen entsprechende Diskussionen über die Ärzteschaft hinaus. Sie verlangen Berücksichtigung in der Aus-, Weiter- und Fortbildung. Auch das muss bezahlt werden. Die Informatik beeinflusst zunehmend die medizinische Tätigkeit. Roboter führen heute, geleitet von Ärzten, millimetergenaue Operationsschritte durch, die so exakt bisher nicht realisiert werden konnten. Die dreidimensionale Bildgebung ermöglicht den Einsatz dieser Technologien erst. Alle neuen Verfahren be-

dürfen bestens ausgebildeten Personals. Es braucht hochqualifizierte Betreuer des Instrumentariums und der Apparaturen. Entsprechende Gehälter werden verlangt. Die weltweite Kommunikation mit modernen Computertechnologien bringt weitere Fortschritte, aber auch diese müssen bezahlt werden. Wollen wir von all diesen Entwicklungen, die nur beispielhaft angedeutet sind, profitieren, müssen wir bereit sein, die Kostenfolgen zu tragen.

Zunahme der Lebenserwartung

Ich habe bereits darauf hingewiesen, dass im 20. Jahrhundert die Lebenserwartung der Frau von 53 Jahren auf 83 Jahre zugenommen hat. Die betagten Mitmenschen werden aber auch vermehrt krank. Sie erleiden Abnutzungskrankheiten, die in den ersten 50 Jahren des Lebens viel weniger beachtet werden mussten. Durch gesunde Lebensweise, Vorbeugungsmassnahmen etc. lassen sich gewisse Entwicklungen hintanhaltend, sie werden aber doch einmal manifest. Die Möglichkeiten von Gelenkersatz, künstlichen Linsen usw. zeigen wertvolle Korrekturmöglichkeiten, die es früher nicht gab. Entsprechend sind aber neue Kosten entstanden. Und immer mehr Menschen erreichen ein Alter, in dem solche Organersatzmöglichkeiten in Frage kommen.

Anspruchshaltung

Der von den Medien aufgeklärte moderne Patient wünscht meist für sich, auch wenn er im allgemeinen für Zurückhaltung mit medizinischen Behandlungen eintritt, im Zeitpunkt einer Krankheit doch ein Maximum an medizinischen Leistungen. Die hohen Krankenkassenprämien, die er im Laufe der Jahre bezahlen musste, steigern seine Anspruchshaltung noch. «Ich habe jahrelang hohe Prämien bezahlt, jetzt will ich dafür auch einmal etwas haben». «Lassen Sie meine Frau nicht aus dem Spital nach Hause, bis sie ganz gesund ist.» Im Gegensatz zur viel gehörten Behauptung, die Ärzte bestimmten ihren Markt selber, ist es in erster Linie der Patient, der nach Aufklärung durch den Arzt Abklärungs- und Behandlungsumfang wesentlich mitbestimmt.

Vergessen wir auch nicht, dass der Prämienzahler möglichst tiefe Prämien, der steuerzahlende Bürger möglichst tiefe Steuern, der Patient aber eine möglichst eingehende Abklärung und Behandlung wünscht. Es handelt sich aber potentiell dreimal um die gleiche Person, welche sich je nachdem, welchen Hut sie gerade trägt, ganz verschieden verhält und ganz verschiedene Ansprüche stellt.

Gesundheitswidriges Verhalten

Der Tabakkonsum ist mitverantwortlich für viele Fälle von Lungenkarzinom, chronischer Bronchitis, Herzinfarkt und Cofaktor für weitere Karzinome.

Chronischer Alkoholismus führt neben sozialem Abstieg zu einem Teil der Leberzirrhosen. Bei einem grossen Teil der Strassenverkehrsunfälle ist Alkoholeinfluss mit im Spiel. Längst haben die Nichtbetriebsunfälle bei der SUVA die Betriebsunfälle in Häufigkeit und finanzieller Auswirkung überflügelt. Drogeneinfluss ist bei Unfällen, sozialer Verelendung mit entsprechenden gesundheitlichen Folgen, seelischen Störungen usw. mitbeteiligt. Fehlender Lebenssinn, religiöse Entwurzelung, seelische Belastungen etc. führen zu psychisch bedingten Krankheiten, die sich auch somatisch äussern können. Der Anteil der Aufwendungen für Suchtkranke an den Gesundheitskosten (vgl. Verfügung der Innenministerin zur Übernahme der Heroinbehandlung durch die Krankenkassen) nimmt zu.

Über ein Drittel der Ehen wird heute geschieden. Nicht wenige der Betroffenen suchen in dieser existentiellen Krise den Arzt auf. Dieser muss mehr oder weniger auch die Rolle des Seelsorgers und Beichtvaters übernehmen, weil keine Beziehung zu entsprechenden kirchlichen Institutionen mehr besteht.

Fettsucht gehört zu den häufigsten gesundheitlichen Risikofaktoren.

Neue Krankheiten

Eine Seuche wie Aids mit allen Folgekrankheiten führt zu vermehrter ärztlicher Betreuung. Die Möglichkeit mit teuren Behandlungen, die möglichst früh im Verlaufe der Krankheit einsetzen sollten, vermag den Verlauf günstig zu beeinflussen. Eine grosszügige Testung ermöglicht den Früheinsatz einer Behandlung. Die Kosten dieser vor 20 Jahren noch unbekannt Krankheit sind nach wie vor sehr hoch. Kontakte mit unzähligen chemischen Stoffen aller Art, auf die wir in unserer Umgebung täglich stossen, haben die Allergiequote gewaltig ansteigen lassen. Die neuen Suchtkrankheiten habe ich schon erwähnt. Auch hier liegt ein Potential, das kostentreibend wirkt. Umweltschäden erzeugen Krankheiten aller Art mit entsprechenden Kostenfolgen.

Überproduktion von Ärzten

Als ich vor zwanzig Jahren als Präsident des Ärztlichen Bezirksvereins Emmental nicht etwa als erster den Numerus clausus für Medizinstudenten forderte, wurde das als Ausdruck von Zunftdenken, von Ausschaltung der hochwillkommenen Konkurrenz im Gesundheitswesen gedeutet und als die Menschenrechte verletzende antiliberalen Haltung deklariert. Hätte man damals die Zahl der Medizinstudenten auf die Bedürfnisse der ärztlichen Versorgung abgestimmt, würden wir heute nicht von einer die Gesundheitskosten hinauftreibenden Ärztelethora sprechen. Ein unterbeschäftigter Arzt hat mehr Zeit für seine Patienten. Das ist an sich positiv. Er kann aber auf jede Befindlichkeitsstörung eingehen. Dadurch wird die Medizin aber klar verteuert. Alle Universitäten der

deutschen Schweiz hätten heute die rechtlichen Grundlagen, um die Zulassung zum Medizinstudium einzuschränken. Von dieser Möglichkeit wird aber äusserst zaghaft Gebrauch gemacht. Die Zahl der benötigten Spitalärzte könnte noch zunehmen, da deren Arbeitszeit sinnvollerweise gesenkt werden soll. Auch das wird aber neue Kosten auslösen. Die Weiterbildung muss verbessert werden. Die Qualität lässt sich nicht halten, wenn der einzelne Arzt in Weiterbildung zum Beispiel viel zu wenig Operationen durchführen oder Geburten leiten kann. Neben den Weiterbildungsstellen müssen Dauerstellen an den Spitälern geschaffen werden, zusätzlich zu den Ärzten mit leitenden Funktionen. Der Numerus clausus zu Beginn des Studiums muss streng gehandhabt werden. Es dürfen nicht mehr Leute ausgebildet werden als Studienplätze vorhanden sind, sonst lässt sich die Qualität im Vergleich zum Ausland nicht halten. Wenn nun nach sechs Jahren Ausbildung im Studium und anschliessend weiteren neun Jahren im Durchschnitt im Spital der Arzt zu einer praktischen Tätigkeit nicht zugelassen wird, also erst dort ein Numerus clausus eingebaut wird, ist das wirtschaftlich und menschlich nicht zu verantworten. Die Lösung via Aufhebung des Kontrahierungszwangs, wobei das Recht, darüber zu bestimmen, wer als Arzt in der Praxis tätig sein darf und wer nicht, einzig und allein durch die Versicherer ausgeübt werden soll, ist entschieden zurückzuweisen. Für die Versicherer ist, wie ich andernorts gezeigt habe, nach wie vor der billigste Arzt der qualitativ hochstehendste.

Normen der Spitzenmedizin / Haftpflichtprozesszunahme

Die Normen der Universitätszentren werden auf den Alltag der ärztlichen Praxis übertragen. Der Richter wählt Begutachter aus dem Kreise der Superspezialisten, die praktizierende Ärzte beurteilen sollen. Die Überproduktion von Juristen heizt die Haftpflichtprozessrendenz noch an. Aus Angst, man könnte dem Arzt eine Unterlassung vorwerfen, werden zum Teil fragwürdige, ja überflüssige Untersuchungen durchgeführt, um sich auf jeden Fall abzusichern. Die Zustände in Amerika und Deutschland sind bekannt. Wir hoffen, dass unsere Richter hier vernünftig bleiben. Als Beispiel einer sinnvollen Beurteilung von möglichen Fehlern der Ärzte sei die Praxis des Sanitätskollegiums des Kantons Bern erwähnt.

Missbräuchliche Tarifierung

Wie in andern Berufen auch, gibt es unter den Ärzten Menschen, deren Ziel es ist, ein möglichst hohes Einkommen zu erreichen. Ich bin überzeugt, dass kaum ein Medizinstudent die anspruchsvolle überlang dauernde Ausbildung zum Arzt ergreift, um der-einst möglichst viel Geld zu verdienen. Meist ist seine ehrenwerte Motivation doch darin zu suchen, einen Beruf zu ergreifen, in dem man den Mitmenschen

helfen kann oder aus tiefstem Interesse daran die Zusammenhänge im Ablauf körperlicher und seelischer Vorgänge zu entschlüsseln und als Forscher nach neuen Erkenntnissen zu suchen. Dennoch sei unbestritten, dass es Ärzte gibt, die unwirtschaftlich arbeiten oder gar missbräuchliche Tarifierungen betreiben. Hier muss man eingreifen können. Das aber setzt die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen voraus. Wir haben ihnen im Kanton Bern mehrmals trotz des vertragslosen Zustandes die Schaffung einer paritätischen Untersuchungskommission vorgeschlagen. Darauf sind sie nie eingetreten. Es müssen auch verantwortbare Statistiken und Daten vorgelegt werden, die Gleiches mit Gleichem vergleichen lassen und die im Einzelfalle begründet sinnvoll zu interpretieren sind. Es gibt sogenannte schwarze Schafe. Diese schaden dem Ansehen des Ärztestandes. Es ist aber nicht einfach, ihnen beizukommen. Die heute von den Krankenkassen vorgelegten Gruppenstatistiken befriedigen in keiner Weise.

Neue Berufe im Gesundheitswesen und Zulieferanten

Die Komplexität der Betreuung kranker Menschen und der Prophylaxe von Krankheiten hat zu immer neuen Berufen geführt. Gesundheitsökonom, Sozialarbeiter, Diätberaterinnen, Stilberaterinnen, Musik- und Maltherapeutinnen usw. kreisen als Konsumsatelliten um den finanziellen Gesundheitskuchen. Alle möchten ihr Stück davon abzwacken. Sie müssen auch zum Teil ihre Daseinsberechtigung nachweisen. Auch die Hersteller und Lieferanten von Medikamenten, Apparaturen, Instrumenten etc. möchten ihre Geschäfte machen. Das alles verbilligt die Medizin natürlich nicht.

Verdrängung von Gratisleistungen im Gesundheitswesen durch öffentliche Institutionen

Sobald die öffentliche Hand Dienstleistungen anbietet, die vom Steuerzahler mitfinanziert werden, werden diese auch beansprucht. Familien- und Nachbarschaftshilfe, freiwillige Organisationen werden zurückgedrängt. Die öffentlichen Dienste sind begrüssenswert, aber auch sie müssen bezahlt werden.

Überkapazitäten und Luxus

Überkapazitäten werden heute abgebaut, nicht immer mit dem nötigen Fingerspitzengefühl und für den gewöhnlichen Bürger einfühlbar. Im Kanton Bern werden fünf Spitäler geschlossen. Merkwürdigerweise liegen vier davon innerhalb eines Umkreises von 16 km, was natürlich wieder zu Investitionen im verbleibenden Spital führen muss. Ich bin der Ansicht, dass unpopuläre Entscheide auch in der Politik getroffen werden müssen. Die Spitaldichte im Kanton Bern ist viel zu hoch gewesen. Die Auswahl der

Spitäler blieb mir aber zum Teil unklar. Luxus darf im Spitalbau keinen Platz haben. Die Spitäler wurden als Kathedralen des 20. Jahrhunderts bezeichnet. Hier ist das Mass zum Teil überschritten worden. Auch die Investitionen in Arztpraxen sind meines Erachtens zum Teil weit übertrieben, wobei den Patienten offenbar grosszügig ausgestattete Praxen imponieren.

Statistik und Bürokratie

Der Computer lässt sich im heutigen Gesundheitswesen nicht mehr wegdenken. Er wird, wie oben im Zusammenhang mit dem medizinischen Fortschritt angedeutet, in vielen Bereichen noch an Bedeutung gewinnen. Heute aber wird überall nach Daten geschrien. Es müssen Statistiken zu Händen von Bundesämtern, kantonalen Stellen, Spitälern usw. ausgefüllt werden. Schon vor ein/zwei Jahren wurde ausgeführt, auf 4000 Spitaleintritte müsse mit einem hauptamtlichen Codierer gerechnet werden. Tonnenweise werden Papiere bedruckt in den Spitälern, auf Verwaltungen und in der Krankenkassenadministration. Das Pflegepersonal, Assistenz- und leitende Ärzte müssen einen wesentlichen Teil ihrer Arbeitszeit für die Beschaffung statistischen Materials einsetzen. Dabei entstehen riesige Datenfriedhöfe, die niemand auswerten wird. Bei allem Verständnis für die Beschaffung von Zahlenmaterial als Grundlage gewisser Entscheide muss einer übertriebenen Datenproduktion auch im Interesse des Datenschutzes konsequent entgegengetreten werden. Die Bürokratie im Gesundheitswesen bei den Krankenkassen über die kantonalen Gesundheitsdirektionen bis hin zu den eidgenössischen Ämtern hat gewaltige Ausmasse erreicht und verschlingt entsprechende finanzielle und personelle Ressourcen.

Falsche Anreize

In unserem Sozialversicherungssystem ist es möglich, dass Krankenkassen und Versicherte bei einem mehrtägigen Spitalaufenthalt, der pauschal abgegolten wird, finanziell besser wegkommen als bei einer volkswirtschaftlich viel günstigeren ambulanten Abklärung und Behandlung. Im öffentlichen Spital werden rund 50% der Kosten vom Staat getragen. Je länger ein Patient im Spital behalten wird, desto mehr verdient nach gewissen Entschädigungssystemen das Spital. Je mehr Leistungen erbracht werden, desto mehr verdienen Arzt und Spital. Sicher liegt das Heil nicht darin, dass eine völlige Anreizumkehr die richtige Lösung wäre. Wenn derjenige Arzt, der am wenigsten leistet, am meisten verdient, ist dies wohl auch nicht ein ideales System. Ein solches wird es nie geben. Die Entschädigung der effektiv erbrachten Leistungen scheint mir aber besser zu sein als Pauschalbeträge, bei denen die Gefahr besteht, dass der kostenaufwendige Patient möglichst an eine

andere Stelle abgeschoben werden muss, weil er, da seine Aufwendungen über der Pauschalentschädigung liegen, zu einem unrentablen Patienten gestempelt wird.

Verfehltes Krankenversicherungsgesetz / Verwirrende Gesundheitspolitik

Ohne eine Abhandlung über die Nachteile dieses Gesetzes schreiben zu wollen, sei lediglich auf die verfehlte Grundphilosophie hingewiesen, wie sie im Abstimmungskampf von den Anhängern vorgebracht wurde. Man kann nicht Leistungsausbau betreiben und gleichzeitig die Kosten eindämmen wollen. Das Krankenversicherungsgesetz ist ein Musterbeispiel dafür, dass ein schlechtes Gesetz durch eine rücksichtslose einseitige Anwendung zu einem noch viel schlechteren wird. Frau Dreifuss und Herr Piller haben verkündet, dass sie die Leistungen in der Grundversicherung soweit ausbauen wollen, dass niemand mehr einer Zusatzversicherung bedürfe. Die soziale Krankenversicherung kann nicht zu einem Serviceabonnement werden, das jeder nach Belieben wie in einem Selbstbedienungsmarkt einlösen kann, um jede Befindlichkeitsstörung behandeln zu lassen und selbst Massnahmen zu konsumieren, deren Wirksamkeit umstritten bleibt.

Die Medien als Konsumförderer

Die Medien fallen zwar gerne über Ärzte und Spitäler her und bezichtigen sie, Hauptquellen der Kostensteigerung und der hohen Prämien zu sein. Im gleichen Atemzug aber propagieren sie neue Vorbeugungs-, Abklärungs- und Behandlungsmöglichkeiten, die zum Teil nicht ausgereift und deren Nebenwirkungsprofil weitgehend unbekannt ist. Sie stimulieren damit die Nachfrage nach neuen, oft sehr teuren Leistungen. Irgendeine Verantwortung für die Auswirkungen ihrer Propaganda haben sie bekanntlich nicht zu tragen.

Bestrafung der Sparwilligen

Diejenigen Spitäler und Ärzte, die möglichst kostengünstig arbeiten, die zugestandene Defizitgarantien nicht voll ausschöpfen, werden bei linearen Budgetkürzungen mehr betroffen als jene, die die Defizite bis zur oberen Grenze ausgenutzt haben. Solche Spitäler haben ein gewisses Rationalisierungspotential. Wer in seinen Personalforderungen zurückhaltend agierte, wird von einem Personalstopp mehr betroffen als der, der seinen Etat immer voll ausgenutzt hat. Das Ausbleiben von Teuerungsausgleichen trifft den sparsam und zurückhaltend Agierenden weit mehr als denjenigen, der Mengenausweitung betreibt.

Zusammenfassung und Folgerungen

Mit den angeführten Beispielen will ich nachweisen, dass im Gesundheitswesen die Kosten stets überproportional ansteigen werden. Es ist nicht das Ziel dieses Artikels, zu zeigen, wie gewisse Fehlentwicklungen korrigiert werden könnten. Das soll selbstverständlich versucht werden. Es wird aber nie gelingen, die Teuerung im Gesundheitswesen auf das Mass der allgemeinen Teuerung herabzudrücken ohne Verzichte beispielsweise auf medizinische Fortschritte. Entweder sind wir bereit, unser bestehendes qualitativ hochstehendes Gesundheitswesen zu erhalten und allenfalls einen noch höheren Anteil des Bruttosozialprodukts dafür einzusetzen, oder wir reduzieren den Leistungskatalog in der Grundversicherung auf ein entsprechendes Mass und nehmen damit endlich die überfällige Diskussion über Rationierungsmassnahmen im Gesundheitswesen auf. Alle Beteiligten müssen sich dieser Diskussion stellen, von den Patienten, den gesunden Versicherten, den Versicherern, den Politikern und Ökonomen bis hin zu Spitälern, Ärzten und weiteren Leistungserbringern. Wenn schon rationiert wird, dann soll das offen in einem Konsens geschehen und nicht heimlich, wie es heute der Fall ist. In der Pflege zum Beispiel wird wegen Personalmangels die Zeit, die für einen Patienten zur Verfügung steht, längst rationiert, was in vielen Fällen besonders die menschliche Qualität der Betreuung herabsetzt.

Die Ärzteschaft ist nicht bereit, sich durch ein Globalbudget allein die Verantwortung für die Rationierung zuschanzen zu lassen. Man kann dieses Globalbudget auch beschönigend hinter dem Begriff «Kostenneutralität» verstecken. Entweder ist der Tarif betriebswirtschaftlich gerechnet und garantiert einen angemessenen Stundenlohn für den Arzt oder aber er ist abzulehnen. Das bisherige Feilschen um die Kostenneutralität hat gezeigt, dass eine solche praktisch nicht realisierbar ist. Wo bleibt übrigens bei dieser Kostenneutralität die Berücksichtigung des jahrelang vorenthaltenen Teuerungsausgleichs? Die verzweifelten Versuche, von niemandem mehr verstandene Mechanismen spielen zu lassen, um diese sogenannte Kostenneutralität zu realisieren, sollten meines Erachtens aufgegeben werden. Ich bin überzeugt, dass die Ärzteschaft bereit ist, zu einem angemessenen Stundenlohn im Interesse der Patienten hochqualifizierte ethisch höchsten Anforderungen entsprechende Arbeit zu leisten. Wird uns eine Entschädigung, die mit Berufen, die eine vergleichbare Verantwortung zu tragen haben und eine analoge Bildungs- und Arbeitszeit beanspruchen, verweigert, wird die Tarifrevision in einem Fiasko enden.

Die Verantwortlichen sollen vorausblickend so handeln, dass dem Staatswesen kein Schaden erwachsen möge.

Literatur

- 1 Streit R. GRAT/TarMed im Banne der Statistik und unter dem Fluch der Kostenneutralität. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(29/30):1615-7.

FMH-Generalsekretariat

Achtung! Richtige Fax-Nummer wählen: 031 359 11 12

Seit Ende März 1997(!) hat das FMH-Generalsekretariat eine neue Fax-Nummer.

Unsere alte Nummer ist in der Zwischenzeit einem neuen Abonnenten zugeteilt worden. Leider kommt es immer noch vor, dass unsere alte Fax-Nummer benutzt wird. Verständlich, dass der neue Abonnent nicht Freude hat, ständig Fax-Meldungen zu erhalten, die nicht für ihn bestimmt sind. Ärgerlich für Sie, wenn wir Ihre Anfragen nicht beantworten oder Ihre Aufträge nicht ausführen können, weil wir davon gar nichts wissen können.

Deshalb: Bitte kontrollieren Sie gleich jetzt, ob Sie die korrekte Fax-Nummer des FMH-Generalsekretariates gespeichert haben: 031 359 11 12.