



Effizientes Lernen setzt gute Strukturen und ein Konzept voraus

Die Lernziele werden in allen Weiterbildungsprogrammen mehr oder weniger klar umschrieben. Am Ende der Weiterbildungszeit muss das Facharztexamen bestanden werden. Der Weg vom weiterbildungsfähigen eidgenössisch diplomierten Arzt zum Facharzt wird nicht näher umschrieben. Einzig eine grobe Struktur der Institutionen, in welchen diese Weiterbildung erfolgen muss, wird vorgeschrieben. Der eigentliche Lernprozess soll gemäss Weiterbildungsordnung in den Weiterbildungskonzepten festgehalten werden. Viele tun sich schwer damit. Christine Beyeler hat mit dem Konzept der Rheumaklinik der Universität Bern [1] eine sehr gute und nachahmenswerte Arbeit geleistet. Ihr gebührt ein herzliches Dankeschön.

Der erste Schritt zur effizienten Weiterbildung ist damit getan. Weitere müssen folgen: Die Umgebung muss entsprechend ausgestaltet werden; Freiräume fürs Lernen müssen geschaffen werden [2]. Die Lehrer müssen auf ihre Aufgabe als Weiterbildner vorbereitet werden («teach the teacher»), in dieser Tätigkeit unterstützt und vor allem auch honoriert werden. Leider bringt diese Tätigkeit heute noch weder pekuniäre noch akademische Meriten.

Diese Forderungen nach effizientem Lernen sind in einer Zeit des sich ankündigenden Ärztemangels aktueller denn je: So können die Assistentinnen und Assistenten innerhalb der vorgesehenen Weiterbildungszeit die Facharztstreife erlangen und für ihre spätere selbständige ärztliche Tätigkeit motiviert werden.

Max Giger, Mitglied ZV FMH, Winterthur

- 1 Beyeler C. Weiterbildungskonzept Rheumatologie. Das Berner Modell. Schweiz Ärztezeitung 2002;83(22):1116-8. Concept de formation postgraduée en rhumatologie. Modèle bernois. Bull Méd Suisses 2002;83(49): 2702-4.
- 2 Delva M D et al: Postal survey of approaches to learning among Ontario physicians: implications for continuing medical education. Br Med J 2002;325:1218-22.



Wider den Sittenzerfall – Die Hirten und die Schafe im staatlichen Stall eingesperrt

Ein ganzseitiges Gejammer über den Sittenzerfall und den letzten Rest an Freiheit der Ärzte ist zu lesen. Nicht ein einziges Wort deutet auf den Versuch hin, dieses bedauerliche, unübliche Reagieren der FMH-Genossen tiefenpsychologisch oder sozialbiographisch zu ergründen, zu deuten und begreiflich zu machen, ein ganz unerträgliches und unwissenschaftliches, aber typisch journalistisches Verhalten.

Selektion und Ausbildung der Ärzte: Immer wieder stellt sich die Frage, wer sich am besten für den Arztberuf mit seinen hohen Anforderungen eignet. Die Schwierigkeit beginnt bereits mit der Quote von 30–40% der Schüler, die hochschulreif gemacht werden. Der intellektuelle Level muss hoch gestellt werden, denn die immer wieder vorkommenden Fehler in der Medizin ergeben sich aus Mangel an Ratio und Logik, nicht wegen fehlendem Plaudern und Wellness, wie die Leute und auch Klinikdirektoren meinen. Das Latein war diesbezüglich eine Hilfe. Das Universitätsstudium könnte sicher noch effektvoller gestaltet werden, möglicherweise mit vorgeschriebenen Semestern im fremdsprachigen Ausland, denn wenn die Diplome EU-weit anerkannt sind, sollte auch das Universitätsstudium EU-Normen entsprechen. Die Weiterbildung in den Spitälern muss das Niveau haben, dass auch Schweizer als Chefärzte gewählt werden können. Andererseits ist für die Versorgung von 3-cm-Wunden, Grippebetreuung, Tröstung vor dem Schlafengehen, Ausstellung von Zeugnissen zur Verteilung von Sozialgeldern und Bürokratie mit den Krankenkassen nicht sicher, ein solcher Aufwand an Studium und langer Weiterbildung nötig. Die 60-Stunden-Woche am Kantonsspital zu moderatem Lohn ist oft mehr Staatsdienst als Weiterbildung. Ein Ausweg wäre der «physician assistant» nach amerikanischem Muster: halb so lange Ausbildung, aber zweckgerichtet, mit halb so grosser Entlohnung, genügend für die oben genannten Verrichtungen, mit Spareffekt auf mehreren Ebenen und angemessene Arbeit und damit Zufriedenheit für die Ärzte. Der aktuelle Allgemeinarzt wird oder muss verschwinden wie das Tante-Emma-Lädeli um die Ecke.

Sozial- und Rechtsstatus des Arztes: Sagen wir es gerade heraus: die Medizin und ihre Betreiber sind heute verstaatlicht. Die Mehrheit der stationären und immer mehr auch die ambulante Medizin wird von den Kantonsspitalern erbracht. Eine Praxis für ambulante Medizin kann ein Arzt nur führen, wenn er dem Werkbund FMH angehört und der Staat kann ihm die Arbeitsbewilligung nach Belieben und mit Kopfnicken der FMH entziehen (Kontrahierungszwang). Der Krämerpreis pro Leistung wird staatlich festgelegt (Taxpunktwert). Ist das noch ein freier Beruf? Demzufolge ist der Präsident dieser Leute ein staatlich gedungener Häuptling oder Chefbeamter und der Redaktor sein Schreiber, welche beide die Weisung des Departements Dreifuss und Piller dem Fussvolk zu erklären und genehm zu machen haben. Herr H. H. Brunner war ehemals ein liberaler Politiker mit der freisinnigen Devise «mehr Freiheit, weniger Staat». Die Versprechen bei seiner Wahl konnte er nicht erbringen und er ist menschlich zu bedauern. Natürlich hat die falsche Ärztopolitik nicht er erfunden, aber er führt sie weiter. Der Verkauf der Berufsfreiheit und -ehre dürfte auf das KUVG von 1911 zurückgehen und wird nun weitergeführt gegen flüchtige materielle Vorteile wie immer in der Politik. So ist es begreiflich, wenn die geknebelten Schafe im engen Gehege Aggressionen gegen ihre Führer entwickeln. Eine weitere Folge wird sein, dass intelligente und wissenschaftlich interessierte Studenten/-innen die Medizin nicht mehr in ihre Berufswahl einbeziehen.

Dr. med. Anton K. Gut, Hochdorf



TARMED – KSK-Statistik – Trustcenter – Kontrahierungszwang

Was haben TARMED, Statistik von Leistungserbringern, Trustcenter und Kontrahierungszwang direkt miteinander zu tun?

Heute werden die Rechnungen in den meisten Arztpraxen am PC erstellt, auf Papier ausgedruckt, im Falle des Tiers garant an den Patienten und von dort an die Krankenversicherer geschickt, durch Sachbearbeiter abgetippt und validiert und fliessen dann mehr oder weniger korrekt in eine (für uns Ärzte undurchsichtige) Statistik ein.

Den Versicherern dürfte dadurch pro Rechnung 20 bis 30 Franken Aufwand entstehen.

TARMED sieht nun ein elektronisches Übermitteln der Rechnung an den Versicherer vor. Wir schenken damit den Krankenkassen mit jeder Rechnung Geld und geben dabei erst noch alle unsere Daten aus der Hand. Und zwar an Statistiker und Ökonomen, die von der ärztlichen Seite der Medizin eine kleine Ahnung haben, und uns dann aufgrund ihrer Dateninterpretation von einem Vertrag ausschliessen können. **DAS DARF NICHT SEIN!**

Können wir Ärzte die Herausgabe unserer Daten aber weiterhin verweigern? Sollen unsere Rechnungen weiterhin zuerst von unseren PCs ausgedruckt und dann wieder manuell in einen anderen PC eingetippt werden?

Die Antwort ist JA – ABER. Es darf nicht sein, dass Ökonomen über die Medizin befinden. Aber die 20 bis 30 Franken pro Rechnung müssen sinnvoller eingesetzt werden.

Eine Lösung der kurzfristig anstehenden Probleme könnte ein aus Versicherern und Ärzten mit Praxiserfahrung paritätisch zusammengesetztes Gremium bringen, das sich mit den folgenden Aufgaben zu befassen hätte:

- Sammeln der elektronisch übermittelten Rechnungen, Überprüfen der korrekten Rechnungsstellung, Weiterleiten zur Bezahlung an die Versicherer;
- Aufbau einer (gemeinsamen) Leistungsstatistik aus den validierten Rechnungen;
- Erarbeiten von Kriterien für die Beurteilung von unwirtschaftlicher Praxisführung;
- Erarbeiten von Kriterien für die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung;
- ... und nicht zuletzt Abbau von Feindbildern zwischen Ärzten und Versicherern durch faire, «interdisziplinäre» Zusammenarbeit.

Unter diesen Voraussetzungen könnten wir unsere Daten in elektronischer Form aus der Hand geben, im Wissen, dass die Zahlen nach ökonomischen und medizinischen Kriterien ausgewertet werden.

Der mit diesen Aufgaben verbundene Aufwand ist nicht zu unterschätzen. Aber mit den durch die elektronische Rechnungsübermittlung freierwerdenden Beträgen könnten wir ihn finanzieren.

Dr. med. Peter Fritschy, Rüfenacht



Mittelverteilung im schweizerischen Gesundheitswesen am Beispiel der Kantone Zürich und Basel-Stadt [1]

Kommentar zur Datenerhebung für die erste der vier Studienkomponenten:

Analyse der Ausgabetrends und Finanzierungsmechanismen im ambulanten und stationären Bereich in den beiden Kantonen im letzten Jahrzehnt

Im Anhang zum Teil 2 «Fakten und Analysen» weisen die Autoren auf die Methodik und Probleme mit der Datenerhebung hin. Ich möchte dazu aus der Sicht des Verwaltungsdirektors des Bezirksspitals Affoltern, eines der berücksichtigten Spitäler des Kantons Zürich, kurz Stellung nehmen.

Am 18. Juni 2001 fand ein Gespräch mit Frau Dr. Doris Schopper statt. Grundlage zur Datenerhebung war der erwähnte strukturierte Fragebogen, der anhand unserer Jahresberichte zum Teil beantwortet war. Ich musste feststellen, dass die Problematik einer Datenerhebung in Spitälern offenbar verkannt wurde. Bei einem sogenannten Gemischtbetrieb mit Akutspital (stationäre und ambulante Patienten), Langzeitabteilung und Tagesheimen lassen sich die Zahlen der einzelnen Bereiche nicht einer Erfolgsrechnung entnehmen, die über das Gesamtergebnis des Betriebes Auskunft gibt, insbesondere wie in unserem Fall, wo die Zahl der Langzeitbetten höher ist als im Akutbereich. Jedermann ist klar – und dazu muss man nicht Betriebswirtschaft studiert haben –, dass das Ableiten von Entwicklungen und Interpretationen einzelner Bereiche aus solchen Zahlen nicht nur zu ungenauen, sondern zu falschen Resultaten führt. Die meisten der den Jahresberichten entnommenen Zahlen im zehnsseitigen Fragebogen waren demnach im Grundsatz falsch und, für welche Interpretationen auch immer, unbrauchbar.

Ich habe Frau Dr. Iris Beeler auf meine Einwände hingewiesen und mich bereit erklärt, anhand der Betriebsbuchhaltung die richtigen Zahlen zu erarbeiten. Die Antwort der Verantwortlichen dieser «wissenschaftlichen Arbeit», finanziert mit Mitteln aus dem Nationalfonds, war ernüchternd. Leider sei einerseits eine vertiefte Analyse anhand der Betriebsbuchhaltung aus zeitlichen Gründen nicht möglich und andererseits wäre die Analysengrundlage für unser Spital dann eine andere als diejenigen der übrigen Spitäler ... Ich erlaube mir folgende Bemerkungen:

- Offenbar lassen es Zeit- und Erfolgsdruck zu, sogenannte wissenschaftliche Arbeiten aufgrund falscher Zahlen zu ermöglichen. Auch wenn es «nur» um die Ermittlung von Trends geht: Die Qualität des Resultates kann nicht besser sein als die Qualität des Ausgangsmaterials.
- Zugegeben, es ist schwierig und aufwendig, verlässliche, aussagekräftige und vor allem vergleichbare Zahlen von verschiedenen Spitälern zu erhalten. Auch die Tatsache, dass unser föderalistisches System kantons-grenzenüberschreitende Analysen nicht vereinfacht, ist klar. Aber eben gerade diese Tatsache bedingt, dass auf wissenschaftlicher Basis gearbeitet wird. Wenn das Geld nicht reicht, muss die Zahl der Projekte reduziert werden. Es kann nicht sein, dass sich die Wissenschaft auf das Niveau der Politik herablässt und ohne klare Zahlen oberflächlich Schlüsse zieht.
- Die Autorinnen sprechen von einer Abschätzung von Trends. Wenn sie aber in der Publikation einzelne Betriebe explizit darstellen (Abbildung 1, Seite 2366), so besteht der Anspruch, dass die Zahlen stimmen. Ich betrachte es wissenschaftlich als unhaltbar, in einer Grafik einzelne Spitäler mit einer nicht zu übertreffenden Heterogenität (USZ vs. Bezirksspital Affoltern) und einer unzulässigen Datenlage darzustellen.
- Ich gestatte mir, ein weiteres Thema anzuschneiden: Erstens: Die Spitäler stehen im aktuellen gesundheitspolitischen Umfeld sehr unter Druck. Oft macht es den Anschein, als wären wir nur noch Kostenverursacher. Zweitens: Die Spitäler werden angehalten, sich doch endlich betriebswirtschaftlich richtig zu verhalten. Wissenschaftliche Studien bedürfen meistens der Mitarbeit der Leistungserbringer, in unserem Fall der Spitäler. Brauchbare und vergleichbare Zahlen zu erarbeiten, ist immer aufwendig, und Arbeit kostet Geld. Es ist eine Illusion zu glauben, dass in den Spitälern immer noch soviel Luft vorhanden sei, dass ohne finanzielle Abgeltung Zahlen an alle möglichen Kreise geliefert werden können. Bevor Fragen an Spitäler gestellt werden – zu welchem Zweck auch immer – ist es notwendig, die Frage nach der Finanzierung zu stellen. Jede noch so kleine Dienstleistung, die wir benötigen, müssen wir bezahlen. Dies sollte schon lange auch für Forschung und Politik gelten.

Ich erlaube mir, einen weiteren Teil der Antwort von Frau Dr. Iris Beeler auf meine Einwände und Bedenken zu zitieren: «Ich habe meine Zahlen nochmals vollständig überarbeitet unter Berücksichtigung Ihres Einwandes, dass sich die Zahlen auf verschiedene Zweige (Akut, Langzeit) Ihres Spitals beziehen»:

Ich frage mich: überarbeitet aufgrund welcher Basis?

*Rudolf Wegmann, Verwaltungsdirektor
Bezirksspital Affoltern*

- 1 Schopper D, Baumann-Hölzle R, Lange F, Beeler I, Roth F, Tanner M. Mittelverteilung im schweizerischen Gesundheitswesen am Beispiel der Kantone Zürich und Basel-Stadt. Schweiz Ärztezeitung 2002;83(44):2364-71.



Replik

Herr Wegmann war einer der acht Spitaldirektoren, die im Juni 2001 von Dr. Doris Schopper und Dr. Iris Beeler interviewt wurden. Das Hauptziel dieser Gespräche war es, die Aussagekraft und Güte der spitaleigenen Daten und daraus abzuleitende Trends mit den verantwortlichen Direktoren zu diskutieren. Was das Gespräch mit Herrn Wegmann betrifft, möchten wir folgendes klarstellen.

- Herr Wegmann wies uns gleich zu Beginn des Gesprächs darauf hin, dass wir mit dem vorliegenden Zahlenmaterial keine Aussagen über Ausgabentrends pro Patient machen könnten. Im Betriebsaufwand des Spitals Affoltern werden die Ausgaben für den stationären Akut- und Langzeitbereich sowie für teilstationäre und ambulante Behandlungen nicht getrennt erfasst. Insofern ist es unmöglich festzustellen, wieviel Ausgaben pro stationärem und teilstationärem/ambulanten Patienten verursacht werden, und wie sich diese Ausgaben im Laufe der Zeit entwickelt haben. Dank der Klarstellung von Herrn Wegmann haben wir somit in allen Spitälern darauf verzichtet, patientenbezogene Analysen zu unternehmen.
- Hingegen bestätigte Herr Wegmann uns, dass der teilstationäre Bereich sehr stark zugenommen hat, z.T. als Verschiebung aus dem stationären Bereich und z.T. aufgrund neuer Technologien (z.B. onkologische Behandlungen). So war für ihn auch die Tatsache, dass die Zahl der hospitalisierten Patienten seit 1990 um 95,4% zugenommen hatte, die Aufenthaltsdauer und Bettenzahl

hingegen aber abgenommen hatten, durch die starke Zunahme der teilstationären Patienten zu erklären. Ferner bestätigte er, dass der medizinische Bedarf seit 1996 stark zugenommen hat, z.T. wegen der enormen Zunahme der ambulanten und teilstationären Onkologiebehandlungen seit 1996–97.

- Die anderen Zahlen, die wir in der vergleichenden Trendanalyse benutzten, wie z.B. Betriebsaufwand, Personalkosten, Sachaufwand, Betriebsertrag, Anzahl Betten und Akutpatienten, waren den Spitalberichten der Jahre 1990–99 entnommen und wurden mit Herrn Wegmann diskutiert. Dies gab nicht Anlass zu grundlegenden Korrekturen.

Somit ist uns der Kommentar von Herrn Wegmann: «Die meisten der den Jahresberichten entnommenen Zahlen im zehneitigen Fragebogen waren demnach im Grundsatz falsch und, für welche Interpretationen auch immer, unbrauchbar», nicht verständlich. Hingegen stimmen wir sicher mit ihm überein, dass die Qualität des Resultates nicht besser sein kann als die Qualität des Ausgangsmaterials. Obwohl wir auf alle zugänglichen Datenquellen* zurückgegriffen haben, war uns klar, dass die mangelhafte Qualität der Grunddaten, der Primärstatistiken und die teilweise diskontinuierliche Datenerhebung, die Vergleichbarkeit der Angaben erschweren. Deshalb betonen wir auch im Artikel klar, dass die Resultate der Ausgabenanalyse nur als grobe Trendanalyse zu verstehen sind (S. 2365 und 2369).

Herr Wegmann irrt auch in der Annahme, dass es sich bei den publizierten Arbeiten um eine vertiefte Nationalfondsstudie handelt. Wie von uns klar dargestellt, ging es um eine erste, beispielhafte Analyse von Trends und Wahrnehmungen, vor allem auch mit dem Ziel, die weitere Diskussionen und mögliche vertiefere Studien auf Kantons- und nationaler Ebene anzuregen. Die Studie wurde von den beiden beteiligten Instituten finanziert. Zudem wurde die Arbeit von Dr. med. Iris Beeler, einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin der Abteilung Medizinische Ökonomie des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin, im Rahmen unseres Projektes grosszügigerweise nicht in Rechnung gestellt.

* Daten des Bundesamts für Statistik, der Finanzstatistik der öffentlichen Haushalte und der Behandlungsfallstatistik der santésuisse, Angaben des Bundesamtes für Sozialversicherungen und des Kenndatenbuchs für den Kanton Zürich. Im stationären Bereich wurden zudem in acht Spitälern Angaben aus den Jahresberichten 1990–1999 verwendet.

Schliesslich wäre es für uns interessant gewesen, von Herrn Wegmann zu hören, mit welchen unserer Schlussfolgerungen er nicht einverstanden ist. Er hob wohl in unserer Unterredung hervor, dass das Bezirksspital Affoltern heutzutage ein «Aussenseiter» sei oder Aussenseiterrolle einnehme: ein Ergänzungsspital in einem Bezirk mit 40 000 Einwohnern, das nie von Spitalschliessungen betroffen war. Grundsätzlich scheint aber auch in diesem Spital der Trend ähnlich wie in anderen Spitälern zu sein: Reduktion der Bettenzahl und der Aufenthaltsdauer stationär akuter Patienten, erhöhte Patientenzahl und stärkere Belastung des medizinischen Personals, kontinuierlicher Anstieg des Betriebsaufwandes mit steigendem Aufwand im teilstationären und ambulanten Bereich und steigender prozentualer Anteil des medizinischen Bedarfs am Sachaufwand.

Die an den aufgeworfenen Fragen Beteiligten wünschten sich in Zukunft, dass Spitäler ihre Daten so erheben und präsentieren, dass u. a. der Aufwand für ambulante und stationäre Behandlungen separat und pro Patient ersichtlich wird; die Rehospitalisationsrate nach gleichen Kriterien überall erhoben wird; Kosten pro Pflage tag und pro Bett und die Relation zwischen Personal und Anzahl betreuter Patienten kalkuliert werden kann. Solche Zahlen, routinemässig erhoben, würden zu einem besseren Verständnis der Gründe der steigenden «Gesundheitskosten» beitragen. Wie von Herrn Wegmann hervorgehoben, bedeutet dies sicherlich einen etwas grösseren Aufwand für die Spitäler, der von seiten der Gesundheitsdirektionen mitgetragen und finanziell unterstützt werden müsste.

*Doris Schopper, Ruth Baumann-Hölzle,
Marcel Tanner*



Abschaffung der ärztlichen Psychotherapie durch santésuisse?

In Zeiten ständig steigender Gesundheitskosten kann man diskutieren, ob ärztliche Psychotherapie weiter eine Kassenleistung bleiben soll. Ein solcher Entscheid muss aber politisch gefällt und offen deklariert werden. Es darf nicht sein, dass durch santésuisse eine im KLV umschriebene Pflichtleistung der Krankenkassen durch die Hintertür aus dem Leistungskatalog verbannt wird. Dies ist nicht Aufgabe dieser Organisation und liegt auch nicht in deren Kompetenz.

Wie die Basler Kollegen stehen auch die Psychiater/innen im Kanton St. Gallen seit zwei Jahren unter enormem Druck von santésuisse, obwohl die Kosten für ambulante Psychiatrie in diesem Kanton sehr tief sind. Der Index 100 Arztkosten/Patient lag im Jahr 2001 bei Fr. 1020.–, entsprechend 6½ Stunden Gespräch à Fr. 256.80. Der Index von 130 wird nur von Kollegen/-innen überschritten, die ihre Patienten mit einem psychotherapeutischen Ansatz behandeln. Das Vorgehen von santésuisse ist damit ein gezielter Angriff auf die sprechende Medizin. Eine Rückforderungsklage des Kassenverbandes beim Kantonalen Versicherungsgericht bedeutet für den Betroffenen während zwei Jahren Arbeit in Ungewissheit, Stress, umfangreiche zusätzliche Arbeitsbelastung und massive finanzielle Einbussen, falls die Klage gutgeheissen wird. Dieser Belastung fühlen sich nur wenige gewachsen, die Behandlung der Patienten verkommt mehr oder weniger unbemerkt zur minimalen Krisenintervention, schwer psychisch Kranke finden kaum noch einen/eine niedergelassenen/e Psychiater/in, der sie adäquat behandelt. Vor mehr als 100 Jahren hat Sigmund Freud unser Krankheitsverständnis revolutioniert mit der Aufforderung an seine Patienten: «Reden Sie!»

Dr. med. Richard Wetter, St. Gallen



Psychiater zuletzt

In SÄZ Nr. 46 publizierte Herr Kollege Niklaus Hasler [1] wieder die «Einkommensverhältnisse der freien Ärzteschaft der Schweiz» in verdankenswerter Sorgfalt. Der Vergleich zwischen den AHV-pflichtigen Einkommen der verschiedenen Spezialitäten weist ein trauriges Kuriosum auf: mit Index 58,4 Erwachsenen- bzw. 51,8 Kinderpsychiater erzielen die Psychiater/innen mit Abstand das kleinste Einkommen. Was sagt die FMH dazu?

Dr. med. Frank Meili, Zürich

1 Hasler N. Die Ärztteinkommen. Schweiz Ärztezeitung 2002;83(46):2475.