



Lieber im Stundenlohn

Wer diagnosebezogene Fallpauschalen vorschlägt, hat «keine Ahnung, wie der medizinische Praxisalltag aussieht», meint Dr. Schlossberg [1]. Immerhin haben sich Fallpauschalen in andern Ländern bewährt und die Vorschläge für die Schweiz stammen von der «Arbeitsgruppe DRG», also von FMH-Präsident Hans Heinrich Brunner und anderen Praktikern.

Natürlich sind in den Beispielen, die Dr. Schlossberg anführt, tatsächlich häufig keine klaren Diagnosen zu stellen. Doch für diese Minderheit von Fällen schlägt niemand diagnosebezogene Fallpauschalen vor.

Statt Fallpauschalen wären für Ärzte auch andere Honorarsysteme wie Stundenansätze denkbar, die bei Anwälten üblich sind. Offensichtlich bevorzugt Dr. Schlossberg aber das TARMED-System, welches die Ärzte am Umsatz beteiligt. Doch dieses ist absurd: Die Ärzte verdienen an ihren Patienten mehr, wenn diese möglichst lange krank bleiben. Ein Arzt, der seine Patienten falsch diagnostiziert und behandelt, erhöht mit zusätzlich nötigen Behandlungen sein Einkommen. Ein erfolgreicher Arzt dagegen, der im Interesse der Patienten nur das Sinnvolle macht, wird finanziell bestraft.

Deshalb wird dort unsinnig viel behandelt, wo es zu viele umsatzbeteiligte Ärzte gibt: In Basel, wo es besonders zahlreiche Hals-Nasen-Ohrenspezialisten gibt, haben fast doppelt so viele Frauen und Männer die Mandeln operiert als etwa im Bündnerland. Dagegen gibt es im Bündnerland, wo es doppelt so viele Praxen mit Orthopäden gibt als im Wallis, doppelt so viele Leute mit künstlichen Hüftgelenken als im Wallis. Dr. Schlossberg versucht nicht, medizinisch zu begründen, weshalb es im Bündnerland so viele künstliche Hüftgelenke braucht und im Wallis so wenige. An langen Wartezeiten, die er in England kritisiert, kann es im Wallis nicht liegen. Dr. Schlossberg führt auch keinen medizinischen Grund an, weshalb der Anteil der Frauen mit herausoperierter Gebärmutter in der Schweiz doppelt (!) so hoch ist wie in Frankreich. Darauf aber wollen Patientinnen und Patienten endlich eine Antwort.

Urs P. Gasche, Publizist

1 Schlossberg D. Wenn Journalisten zu Experten werden. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(25):1347-50.



Liberté de contracter et caisses-maladie

En 1996, l'introduction de la LAMal imposait à chacun l'obligation, non pas seulement de s'assurer, mais de s'assurer – c'est à dire de contracter! – auprès d'une caisse-maladie dite sociale, donnant ainsi à celles-ci le monopole de l'assurance maladie. Monopole qui, s'il n'explique pas l'augmentation des coûts de la Santé, est par contre, sans contestation possible, la cause première de l'explosion des primes des assurés.

En 2003, les chambres fédérales suppriment l'obligation des caisses de contracter avec tout médecin habilité, détenteur du diplôme fédéral. Elles pourront décider, avec la complicité approbative des cantons, quels médecins devront être consultés par les malades, s'ils veulent être remboursés par la caisse à laquelle ceux-ci sont tenus, eux par obligation légale, de cotiser.

Autrement dit, par le grâce de nos politiciens sous influence, le malade déjà soumis au monopole des caisses perd, maintenant et en plus – on n'arrête pas le progrès! –, la liberté de choisir le médecin auquel il confiera sa santé, sa survie et celles de ses proches. Encore une éclatante démonstration de la toute puissance des groupes de pression dans notre démocratie faisandée qui réussissent ainsi à faire passer le respect de la personne bien après leurs exigences bureaucratécoéconomiques.

Il faut la peine, par nostalgie d'une société encore civilisée, de citer la jurisprudence du Tribunal fédéral qui précise, dans l'ATF 101 Ia 578: «La liberté personnelle garantit le droit de disposer librement de son corps (RO 99 Ia 749). Le droit d'aller et venir constitue un élément de cette liberté; de celle-ci dérive également le droit à l'intégrité corporelle. Le droit de disposer de son corps implique aussi celui de la personne atteinte dans sa santé de choisir librement son médecin.»

Ce droit est d'ailleurs si élémentaire que, pour toute personne de sens commun, sa nécessité ne peut faire de doute. C'est une question de dignité humaine. A contrario, l'animal domestique ne choisit pas son vétérinaire ni ne dispose librement de son corps.

De plus comment parler de «libre consentement éclairé», si le patient n'est même pas libre de choisir son médecin?

Enfin comment concilier cette mainmise pratiquement totale des caisses sur l'entreprise médicale avec la loi sur les cartels?

Décidément, nos politiciens créent plus de problèmes qu'ils n'en résolvent ...

Dr. E. Truffer, Sierre



Deux prix différents pour une même prestation

Plusieurs membres de la FMH ont beaucoup de peine à comprendre comment on en est arrivé à faire admettre aux assureurs de payer deux prix différents pour une même prestation selon qu'elle est effectuée dans une salle d'opération de cabinet médical ou dans une «salle d'opération I» [1].

Car enfin de deux choses l'une: soit on estime que l'environnement d'une salle d'opération de cabinet médical ne permet pas d'effectuer la prestation en question selon des critères de qualité et de sécurité satisfaisants et alors son remboursement doit être tout simplement refusé, soit il satisfait aux conditions requises et alors payer plus cher pour son exécution dans une salle d'opération I est un non-sens qui contrevient aux critères d'économicité de traitement contenus dans la LAMal.

Le prétexte que la SUVA faisait déjà une distinction dans le passé n'est pas un argument. Monsieur H. H. Brunner nous a assez répété qu'il fallait en finir avec les «tarifs de bazar»!

Dr. med. Gilbert Guignard, Payerne

1 Weidmann J-H. Reconnaissance des unités fonctionnelles «salle d'opération de cabinet médical», «salle d'opération I» dans les cabinets médicaux de médecins praticiens. Bull Méd Suisses 2003; 84(34):1727-9.

Réplique

Le concept d'unité fonctionnelle fait partie intégrante de TARMED. Les investissements pour une unité fonctionnelle définie sont fonction d'une liste d'appareils que la structure tarifaire TARMED détaille. Pour la salle d'opération d'hôpital «OP I», ce montant est de Fr. 800 000.– au minimum. Dans un cabinet médical, l'infrastructure est en générale moins importante qu'en hôpital. Le montant de l'investissement pour une salle d'opération de cabinet «OP I» est ainsi en moyenne inférieur de 40 %. La prestation technique qui permet de financer l'infrastructure technique est donc également de 40 %

inférieure à la prestation technique perçue normalement par un hôpital.

A l'heure actuelle de rares salles d'opération de cabinet disposent d'un équipement semblable à celui que l'on trouve dans une salle d'opération «OP I» d'hôpital. Pour ces structures, une facturation de la prestation technique à hauteur de celle facturable en hôpital est prévue.

A la lecture du TARMED, vous aurez constaté que des prestations aussi diverses que le «Traitement chirurgical d'appendices cutanés préauriculaires congénitaux» (09.1310) et que l'«Exérèse d'une tumeur maligne dans la cavité buccale, avec infiltration des tissus de voisinage» (11.0320) peuvent être faites dans une salle d'opération «OP I». Vous admettez probablement que seules les plus simples peuvent se faire sans risque au cabinet.

FMH Service tarifaire



Un de plus c'est un de trop!

Le Service tarifaire de la FMH choisit le début juillet pour adresser sa demande de vérification de la participation aux contrôles de qualité externes des membres qui pratiquent le laboratoire au cabinet médical. En fait d'invitation à s'exécuter, il s'agit pratiquement d'une mise en demeure, avec exposition des sanctions, le tout assorti d'un délai au 11 août 2003.

Or, chaque médecin installé en pratique privée connaît cette période d'activité souvent intense: il s'agit de régler tous les problèmes des traitements des patients en cours, remise des cas au remplaçant, rapports intermédiaires, expédition des rapports aux assurances ... afin que le médecin puisse quitter son cabinet l'esprit tranquille pour des vacances bien méritées. De plus, dans cette période chacun a souvent à assumer des remplacements de collègues pour des urgences qui ne sont pas toujours simples à gérer ...

C'est cette période que le service tarifaire choisit pour envoyer sa requête. Et en plus, le délai accordé est d'un mois, dans cette même période où les confrères ont de grandes chances d'être absents pour plusieurs semaines. Certes, le document n'est pas très long à préparer, mais c'est une chose de plus à faire. De plus, le ton employé manque de souplesse, et a un arrière-goût de culpabilisation.

Il ne s'agit pas de contester le contrôle, mais plutôt la manière dont il est fait! A mon avis, la FMH, dans ce type de démarche, donne trop l'impression d'être régie par des bureaucrates qui sont trop loin de notre pratique quotidienne.

Elle a pris l'habitude de s'adresser à nous comme à des subordonnés à qui l'on inflige des corvées et des punitions. Nous avons déjà suffisamment l'occasion de voir cette attitude lorsque nous sommes confrontés aux services de l'Etat ou des assurances, sans avoir à subir le même type de comportement de la part de notre association faitière. On finit par avoir l'impression que la FMH est entrée dans un jeu qui permet à certains médecins d'en ennuyer d'autres.

En matière de communication, il me semble que la FMH a encore de gros progrès à réaliser ... et pas seulement vis-à-vis de nos partenaires, mais à l'intérieur même de ses structures.

Dr J.-P. Grillet, Genève



Elektronische Abrechnung TARMED: Georges Orwell lässt grüssen

Die Krankenversicherer wollen uns mit der eingeschränkten Benützung gewisser TARMED-Tarifziffern zwingen, elektronisch abzurechnen. Dies könnte sowohl für die Patienten wie auch für die Ärzte gravierende Konsequenzen haben. Wenn wir elektronisch abrechnen, ist es für die Versicherungen ein Einfaches, jede Patientin und jeden Patienten sowie alle Ärzte mit sämtlichen Leistungen genauestens zu erfassen. Das Arztgeheimnis wird trotz «Anonymisierungsversuchen» zu einer Farce. Jede Krankenversicherungsangestellte weiss beispielsweise in Zukunft, welche Patienten von welchen Ärzten, welche und wie viele Röntgenbilder, Untersuchungen oder Eingriffe erhalten haben. Da werden Daten Drittpersonen zur Verfügung gestellt, welche auch ohne Diagnose mit einfachen Expertensystemen erlauben, individuellste Auswertungen zu machen.

Welcher Arzt würde am Ende des Jahres seine detaillierte Buchhaltung öffentlich den Kassenangestellten zur Verfügung stellen? Elektronisch abzurechnen heisst jedoch nichts anderes. Die Krankenkassen würden unsere detailliertesten, jedoch einseitigen Zahlen (Einnahmen) benutzen, um diese hinunterzuschrauben und uns gegeneinander auszuspielen. Die Ausgabenseite interessiert sie jedoch nicht im geringsten. Die spezielle individuelle Praxisstruktur, welche unser gutes Gesundheitswesen in der Schweiz prägen, würde innert Kürze von den Kassenangestellten zunichte gemacht.

Wenn wir weiterhin normal abrechnen, ist dies nicht möglich. Da können die Ärzte wie bisher lediglich gesamthaft in Frankenbeträgen erfasst

werden, jedoch nicht die einzelnen Leistungen für unsere Patienten. Es sei denn die Versicherungen würden ihren, ohnehin schon extrem hohen Personalbestand noch mehr aufstocken, um jede einzelne Rechnung abzuschreiben.

Viel eher als elektronisch abzurechnen, plädiere ich dafür, das Arztgeheimnis beizubehalten. Die kleinen Einschränkungen in der Tarifbenützung nehme ich zur Erhaltung des Arztgeheimnisses gerne in Kauf. Liebe Kolleginnen und Kollegen, die Datenschützer schlafen tief und fest! Einmal mehr sind wir Ärzte gefordert.

Dr. med. Rudolf Horn, Samnaun



Boycott Röntgensachverständprüfung

Ihr Leserbrief [1] hat mich ein bisschen gewundert. In der Zeit, in welcher Sie sich mit dem Schreiben beschäftigten, hätten Sie bereits die ersten zehn Seiten des Strahlenkompendiums gelesen. Und mit Ihrer Erfahrung brauchen Sie auch keinen Kurs zu absolvieren, dann schaffen Sie das aus dem Stand.

Die Prüfung ist kinderleicht und mit 2maligem Durchlesen des Trüeb-Kompendiums zu bewältigen. Zudem dürfen Sie offenbar nun auch das Buch sogar während der Prüfung konsultieren. Und zu guter Letzt reichen noch 60% Treffer. Oder sollen uns die Radiologen sagen können «viel Erfahrung, aber nie etwas gelernt?» Unsere Widersacher sitzen nicht im BAG. Ich wünsche Ihnen ebenfalls viel Erfolg!

U. Castelberg, Aarberg, Diplomjahr 1971

- 1 Schütz RH. Boycott Röntgensachverständigenprüfung. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(29/30):1549.



Sponsoringvertrag der FMH für Fernseh-sendung «Gesundheit Sprechstunde»

Unseres Erachtens stellt diese Sendung weder einen Beitrag für ein qualitativ hochstehendes Gesundheitswesen dar, noch ist sie geeignet, das Arztbild in der Öffentlichkeit zu verbessern. «Gesundheit Sprechstunde» schafft Begehrlichkeit und fördert beim Publikum Ängste und falsche Hoffnungen auf medizinisch fragwürdiger Grundlage; sie suggeriert, dass Behandlungsmethoden um so besser seien, je neuer und teurer sie sind.

Der Verein Hausärzte Stadt Zürich VHZ vertritt über 230 Grundversorger/innen. Der Unmut unserer Mitglieder über diese Fernsehsendung kommt seit Jahren an Qualitätszirkelsitzungen, Vereinsversammlungen und in unserem Mitglieder-Diskussionsforum in unserer Homepage www.hausarzt.ch zum Ausdruck. Unsere Mitglieder können sich mit dem Inhalt dieser Sendung nicht identifizieren.

Der Verein Hausärzte Stadt Zürich VHZ ist der Meinung, dass der Sponsoringvertrag der FMH für die Fernsehsendung «Gesundheit Sprechstunde» ab 2005 nicht verlängert werden sollte. Die Höhe des Sponsoringbetrages spielt dabei gar keine Rolle; insbesondere soll auch die Koordination des Sponsorings durch die FMH nicht weitergeführt werden.

Dr. med. Kaspar von Blarer, Präsident VHZ



Pflegebedarf im Alter – ein aktuelles ärztliches Thema

Im Kanton Zürich hat sich die kantonale Vereinigung der Heimärzte zum Ziel gesetzt, die partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Pflege und Heim- und Belegärzten (das sind Ärzte mit eigener Praxis, die auch Patienten in den Heimen betreuen) zu fördern und die organisatorischen Abläufe zu regeln.

So ist die Idee einer Mustervereinbarung entstanden, worin die Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten des Heim-, Beleg- und Personalarztes im Sinne einer Checkliste aufgezählt werden [1].

Unser Partner, die Zürcher Curaviva-Sektion (früher Heimverband genannt), hat unsere Checkliste abgelehnt mit der Begründung, dass eine Medizinalisierung in den Heimen fundamental den Grundsätzen einer zeitgemässen Alterspolitik widerspreche, ja, dass in den Heimen nur betagte Menschen seien, die per se nicht krank sind, jedoch aufgrund ihres Alters gewissen Beschwerden mit einer daraus resultierenden Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit aufweisen [2].

Eine weitergehende Zusammenarbeit in Form eines Gremiums im Heim, das sich aus der Heimleitung, der Leitung Pflege und dem Heimarzt zusammensetzen würde, ist abgelehnt worden mit der Begründung, dass mit Integration eines (internen oder externen) Arztes eine moderne Heimführung komplizierter, ineffizienter und teurer würde.

Wir können uns der Meinung von A. Stuck im Vorwort zu den medizinisch-ethischen Richtlinien und Empfehlungen der SAMW [3] anschliessen und meinen auch, dass wir Ärzte in der Betreuung Betagter eine zentrale Rolle spielen und dass es ärztliche Aufgabe bleibt, die medizinischen Ursachen eines Pflegebedarfs aufzudecken, um sie dann in der interdisziplinären Zusammenarbeit mit den Pflegenden umzusetzen.

*Dr. med. H. P. Bochsler
Präsident der kantonalen Vereinigung der Ärztinnen
und Ärzte an Alters-, Pflege- und Wohnheimen
im Kanton Zürich*

1 www.heimaerzte-zh.plaza.ch.

2 Fachzeitschrift Curaviva Mai 2003:19-21.

3 Stuck A. Pflegebedarf im Alter – ein aktuelles ärztliches Thema. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(24):1278-9.



Helsana-Rating: Stecknadeln im Heuhaufen

Mein Versuch, eine prinzipielle Frage zum Rating mit der Projektleiterin kurz zu besprechen, scheiterte bereits beim Sachbearbeiter am Telefon: Nur schriftlich! Und wenn ich schon schreibe, dürfen Kolleginnen und Kollegen ruhig auch wissen, wie der «Service» bei der Helsana läuft und in welchem Missverhältnis gewisse Erhebungen stehen:

Nachdem ich einen Arztkostenindex pro Patient von lediglich 73 habe (noch 7 Punkte weniger als im Vorjahr), die Arztkosten pro Patient gerade Fr. 274.– betragen und meine Generikarate mit 25% deutlich über dem CH-Durchschnitt liegt, fühlt sich die Helsana bemüssigt, mich darauf hinzuweisen, dass ich noch Fr. 774.– hätte sparen können, durch Ersatz von Ventolin, Nolvadex, Adalat, Cordarone und Dilzem durch Generika. Abgesehen davon, dass diese möglichen Ersparnisse verglichen mit den oben erwähnten effektiven Einsparungen absolut lächerlich sind, gibt es, besonders bei Langzeitpatienten, gelegentlich auch gute Gründe, ein Präparat nicht zu wechseln.

Prof. Dr. med. Benedikt Horn, Interlaken



Ein Satz

«Neu werden Erkenntnisse berücksichtigt, welche sich aus einer Öffnung gegenüber der Nebenrealität des unbewussten Primärselbst auf der einen Seite sowie gegenüber der nachsozialisierten Zenrealität (im Zustand des bewussten Primärselbst) auf der anderen Seite des hauptrealen (erwachsenen) Sekundärselbst ergeben.» [1]

Was ist das?

Das ist ein Satz aus dem Essay «Liebe und Schmerz als Schlüssel zur Gefühlswelt» in der Schweizerischen Ärztezeitung Nr. 31, worin der Autor unter anderem kaum verhüllt Reklame für sein gleichnamiges Buch einfließen lässt, und mit welchem der Chefredaktor der SÄZ vielleicht ausloten wollte, was uns Lesern so zugemutet werden kann.

Dieses Psycho-Soziologen-Deutsch hat schon Kurt Tucholsky 1931 umfassend charakterisiert: «[...] aufgeblasen wie ein Kinderballon. Stich mit der Nadel der Vernunft hinein, und es bleibt nichts als ein runzliges Häufchen schlechter Grammatik.»

Dr. med. D. Würsten, Zürich

- 1 Schneider KE. Liebe und Schmerz als Schlüssel zur Gefühlswelt. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(31):1636-9.



Aufgabe einer langjährigen MPA-Lehrstelle

Die Neuregelung der MPA-Ausbildung, wie sie vor einigen Jahren eingeführt wurde, stellt eine Einzelpraxis ohne Röntgen vor kaum lösbare Probleme und führt nun dazu, dass ich mich schweren Herzens entschlossen habe, nach bald 12 Jahren Ausbildungstätigkeit, keine neue MPA-Lehrstelle mehr anzubieten. Dieser Entscheid trifft ironischerweise zeitlich mit dem Aufruf der Kantonsregierung zur Schaffung neuer Lehrstellen zusammen – in einem kürzlich verschickten Brief appelliert der Regierungsrat des Kantons Bern an die Lehrbetriebe, bisherige Lehrstellen zu erhalten und neue zu schaffen.

Die unselige Auflage, dass eine MPA-Lehrtochter, welche in einer Praxis ohne eigenes Röntgen ausgebildet wird, 200 (!) Stunden externe praktische Röntgenausbildung, zu absolvieren im 2. und 3. Lehrjahr, vorweisen können muss, um überhaupt zur Prüfung zugelassen zu werden, bedeu-

tet, dass die Lehrtochter während 6 Wochen abwesend ist (4 Tage pro Woche Röntgen, 1 Tag Schule). In dieser Zeit muss der Praxisbetrieb anders organisiert werden (Anstellung von Teilzeitarbeitnehmerinnen, die zuerst gefunden und dann auch noch zusätzlich entlohnt werden müssen). Wenn das Röntgen schon einen derart grossen Stellenwert in der Ausbildung einnimmt (meines Erachtens fragwürdig in einer Zeit, in der viele Praxen vor allem in städtischen Gebieten auf ein eigenes Röntgen verzichten), so ist es für mich unverständlich, warum internes Röntgen à priori als qualitativ und quantitativ genügend akzeptiert wird, dass aber von Lehrpraxen ohne eigenes Röntgen 200 Stunden externe Ausbildung gefordert werden. Dies notabene für einen Tätigkeitsbereich, der in diesen Praxen gar nicht gebraucht wird! Auch die Qualität der Ausbildung (Schulung durch diplomierte medizinisch technische Röntgensassistenten/-innen) wird in keiner Weise gewürdigt. – Schon im Jahre 2000 habe ich die FMH, die MPA-Schulen und das kantonale Amt für Berufsbildung auf dieses Problem hingewiesen und eine Anpassung der MPA-Ausbildung angeregt (Röntgen als optionales Fach). Leider ist meine Anregung ungehört geblieben, was dazu führt, dass ich dem Appell der Berner Regierung zur Erhaltung einer Lehrstelle nicht Folge leisten kann. Wenn schon immer wieder mehr Flexibilität von uns Ausbildern gefordert wird, so dürften wir auch einmal Zugeständnisse der verantwortlichen Stellen bei der FMH und der Erziehungsdirektion erwarten können! Falls diese Gedanken einige Kolleginnen und Kollegen anregen würden, bei der FMH für eine Anpassung der Röntgenausbildungsvorschriften zu intervenieren, könnten vielleicht doch einige der dringend benötigten Ausbildungsplätze gerettet oder neu geschaffen werden ...

Dr. med. Thomas Zimmerli, Zweisimmen