



### Tempête dans un verre d'eau ou goutte qui va faire déborder le vase?

Le problème de la transmission d'un diagnostic médical sur une facture même codée ne peut pas être balayé d'un revers de crayon en le qualifiant de faux-problème [1].

Depuis trop longtemps, dans certains secteurs de l'assurance, comme l'assurance militaire, l'assurance invalidité, l'assurance accident, des renseignements médicaux, confidentiels transitent directement dans des mains non médicales.

Cette situation a généré des mésententes profondes entre les patients et leurs médecins. Bien des raisons motivent une stricte régulation du transit de cette information et la FMH doit y mettre de l'ordre.

1. Le secret de fonction d'un employé de caisse n'est pas assimilable au secret médical issu de l'esprit de la lettre du serment d'Hippocrate.
2. Un diagnostic médical même codé est une information médicale fournie à un non-médecin et constitue une violation de ce serment.
3. Seule nécessité pour les assurances: savoir s'il s'agit d'un cas accident LAA ou non, cas maladie, tuberculose, assurance militaire ou touchant une assurance longue durée.
4. Tout autre renseignement donné à un non-médecin viole le principe de confidentialité que le malade place dans son médecin.
5. La seule manière de réguler la transmission de ce secret médical consiste à établir avec le médecin-conseil de la caisse un contrat type approuvé de manière tripartite par la société médicale ou les médecins concernés, les caisses-maladie et l'Etat cantonal ou fédéral.
6. Bon nombre des diagnostics transmis par les 17 cantons s'étant pliés à cette mauvaise pratique sont utilisés pour imposer des réserves au patient demandant une assurance complémentaire ou non.

7. La nécessité de fournir un rapport médical à un non-médecin en prenant prétexte qu'il ne sera pas remboursé s'il n'est pas communiqué, constitue une véritable violation du secret médical et un chantage inadmissible des assurances.
8. Le secret médical en tant que tel dans sa version hippocratique *est non négociable*. Il constitue les bases de la confiance que le patient place dans l'absolue confidentialité de la consultation médicale. Il est propriété du médecin et de son malade et n'est transmissible qu'à un médecin lié par les mêmes valeurs éthiques.
9. Pour faire des statistiques concernant les coûts, un diagnostic médical codé ou non ne constitue en rien une méthode prouvée d'analyse efficace.
10. Les diagnostics prévus dans les accords du TARMED constituent une véritable violation du fondement de notre profession et le chantage implicite d'avantages financiers au cas où le corps médical se plie à la facturation électronique, représente bien la déliquescence dans lequel les relations entre partenaires sociaux sont tombées.

En conclusion et en résumé comment interpréter que seuls 17 cantons de Suisse ont accepté depuis des années de faire figurer des renseignements médicaux sur leurs factures alors que les 9 autres ont refusé?

Il est donc urgent et impératif que la FMH ne considère pas ce problème comme quantité négligeable et qu'elle redonne au corps médical et aux patients des raisons d'espérer en protégeant la confidentialité absolue de la consultation médicale.

Elle doit réguler sur le plan fédéral, de manière stricte et éthique, la protection du secret médical.

*Dr Philippe Wacker, Bure*

1 FMH. Indication du diagnostic sur la note d'honoraires du médecin: une tempête dans un verre d'eau. Bull Méd Suisses 2004;85(11):555.



### Evidence-based und/oder Patient-based?

Sie sprechen mir aus dem Herzen, wenn Sie das «PowerPoint-Hopping» [1] anprangern, das dadurch nicht besser wird, dass die Referenzen, die man aufgrund der hohen Bildkadenzen gar nicht hat lesen können, evidenzbasiert gewesen sein sollen ...

Dennoch erlaube ich mir, Sie darauf hinzuweisen, dass Ihre Frage meines Erachtens falsch gestellt ist: «Evidence-based Medicine» muss, wenn sie diesen Titel – nämlich eben Medizin! – verdienen soll, immer «Patient-based» sein!

Das Entscheidende an der «Evidence-based Medicine» ist ja nicht die Orientierung an der randomisierten kontrollierten Studie – die im chirurgischen Umfeld ohnehin kaum je angewendet werden kann –, sondern eben gerade die Sicht auf den Patientennutzen. Und die Beurteilung von Studien, ob deren Resultate also für meinen konkreten Patienten ebenfalls Gültigkeit haben oder nicht, die kann man lernen [2]. Wie viele klinische Selbstverständlichkeiten haben wir von unseren Lehrern doch noch unhinterfragt übernommen? Ich erwähne das Duschverbot nach chirurgischen Eingriffen [3], die tagelange Nahrungskarenz nach kolorektalen Eingriffen [4] oder das Verbot, einem Patienten mit «akutem Abdomen» Schmerzmittel [5] zu geben.

Sie wissen wie ich, dass Vorgesetzte wie Nissen einen jungen Assistenten – Assistentinnen waren damals in der Chirurgie noch eine Rarität – «in den Boden gestampft» hätten, wenn er solche Dogmen zu hinterfragen gewagt hätte. Und alle die aufgeführten Studien sind ja bereits etwas «in die Jahre gekommen» und seither mehrfach bestätigt worden – aber noch längst nicht überall umgesetzt.

Nun, es sind neue Generationen von Ärztinnen und Ärzten herangewachsen: weniger autoritätsgläubig, kritisch auch dem eigenen Tun gegenüber, und die wagen es heute, mit gutgeplanten Studien Evidenz zu schaffen, wo wir uns noch auf die Eminenz verlassen haben. Und deren Resultate kommen ganz direkt den Patientinnen und Patienten zugute!

Denn dort, wo sich die Resultate durchgesetzt haben, profitieren diese ganz unmittelbar. So wird heute ein Bänderriss nur noch bei Begleitverletzungen operiert [6], womit die Bandnaht am oberen Sprunggelenk eine Seltenheit geworden ist, nachdem sie jahrelang nach Blinddarm und Leistenbruch der dritthäufigste Eingriff am kleinen Spital gewesen ist.

Und wenn bei korrekter konservativer Behandlung die Resultate so gut sind, dass längst nicht mehr jedes bandinsuffiziente Knie umgehend einer stabilisierenden Operation unterzogen werden muss [7], dann haben die Betroffenen ganz direkt etwas davon, von EBM-geschulten, nutzenorientierten Ärztinnen und Ärzten betreut zu werden.

Der Versuch, sich bei der Patientenbetreuung, soweit vorhanden, auf gesicherte Daten abzustützen, ist selbstverständlich sehr viel älter als der Begriff der EBM. Neu daran ist aber, sich darüber Gedanken zu machen, ob Massnahmen, die wir bisher fraglos als Basis unseres Tuns angesehen hatten, einer wissenschaftlichen Überprüfung auf ihre Notwendigkeit und Nützlichkeit auch standhalten.

Und so gehört für eine gute Chirurgin und einen guten Chirurgen heute neben den von Ihnen angeführten drei Kriterien: chirurgische Fähigkeiten, Kennen der eigenen Grenzen und dem Arztsein wohl noch etwas viertes zum Rüstzeug einer korrekten Patientenbetreuung: die Kenntnis der Prinzipien der EBM.

Und das geht vom Stellen der richtigen Frage über die Suche nach Evidenz bis zur Wertung der gefundenen Studienresultate. Erst damit kommen wir weg von der Eminenz eines unbestritten grossen Chirurgen wie Nissen hin zur Evidenz, die für alle nachvollziehbar ist, die Zugang zu den Resultaten haben und diese zu interpretieren wissen.

*Dr. med. H.-J. Riedtmann-Klee, Horgen*

- 1 Zimmerli W. Evidence-based und/oder Patient-based? Schweiz Ärztezeitung 2004;85(17):897-8.
- 2 Dubs L. Offensive für nutzenorientierte Medizin in Winterthur. Schweiz Ärztezeitung 2003; 84(35):1790-1.
- 3 Neues C. Modification of postoperative wound healing by showering. Chirurg 2000;71(2):234-6.
- 4 Reissman P. Is early oral feeding safe after elective colorectal surgery? A prospective randomized trial. Ann Surg 1995;222(1):73-7.
- 5 McHale PM. Narcotic analgesia in the acute abdomen – a review of prospective trials. Eur J Emerg Med 2001;8(2):131-6.
- 6 Zuber M. Follow-up studies of surgically and conservatively treated lateral ligament ruptures of the upper ankle. Helv Chir Acta 1985;51(6):633-40.
- 7 Sandberg R. Operative vs non-operative treatment of recent injuries to the ligaments of the knee. A prospective randomized study. J Bone Joint Surg Am 1987;69(8):1120-6.



### Warum versagt die Ärztelobby?

Herr Kollege Paul Günter versucht nebst unserer Aufgabe des Arztes eine neue Dimension für unseren bereits überladenen Alltag in der Peripherie zu vermitteln [1]. Er versucht uns darzulegen, dass unser Stand der Ärzteschaft sich darum kümmern muss, wie die überschüssenden Medizinkosten bezahlt werden können.

Von einem Nationalrat und Kollegen erwarte ich, auch wenn er in der Sozialdemokratischen Partei heimisch ist, doch eine klarere Sicht. Ich erwarte, dass er das Kind beim Namen nennt und auch die unsinnigen Hoffnungen und Therapien bei terminalen Krebsleiden nicht weiter unterstützt. Ich denke jedoch, jede und jeder von uns Kolleginnen und Kollegen weiss, wo die Probleme der Kostenexplosion liegen. Das tagtägliche Lamento in den Medien ist mir als Grundversorger in einer Gemeinde mit 10 000 Einwohnern längst überdrüssig. Seit 21 Jahren darf ich meinen Beruf ausüben. Zu Beginn meiner Tätigkeit war eine Koronargefässoperation eine Sensation. In diesem Jahr schicke ich sicher 1 Patienten/Patientin pro Woche für eine Koronarangiographie, meistens mit PTCA und Stenteinlage kombiniert, und dies bevor der Infarkt stattgefunden hat. Die Folgekosten medikamentös und empfohlener Kontrollen kennen wir alle. Mit dem Älterwerden unserer Mitmenschen steigen auch die Morbidität, die Arztbesuche und die Kosten zwingend. In unserer Zeit ist es auch nicht mehr zulässig für viele, dass bei einem alten Menschen mit einem Tumor, der langsam wächst und zum Beispiel keine Probleme macht, auch einmal die abwartende Haltung eingenommen werden kann, da wir ja alle wissen, dass eine Chemotherapie, zum Beispiel bei einem Lungentumor, keine Heilung, sondern höch-

stens eine aufschiebende Wirkung des Todeseintritts bewirkt. Ich erlebe immer wieder, dass vor allem die Patienten wie auch die Angehörigen dankbar sind, wenn einem über 80jährigen Patienten mit einem Lungentumor ein Jahr zufrieden und ohne Schmerzen zu Hause ermöglicht wird, mit der Empfehlung, keine Chemotherapie durchzuführen, anstatt 12 Monate unter den Nebenwirkungen der Chemotherapie zu Hause zu leiden. Das Sterbedatum wird kaum wesentlich beeinflusst, wohl aber die Lebensqualität und notabene auch die Kosten.

Mit diesem Beispiel möchte ich selbstverständlich nicht darauf plädieren, dass generell bei älteren Menschen keine Therapie gemacht werden soll. Vielmehr möchte ich alle Kolleginnen und Kollegen auch ermutigen, einmal zu sagen, dass bei dieser oder jener Krankheit keine Heilung möglich ist und dass allfällige Schmerzen, die kommen werden, jederzeit mit genügend Schmerzmittel behandelt werden können. Nach meiner Erfahrung ist die Angst vor starken Schmerzen der Betroffenen grösser als die Angst vor dem Sterben. Vielleicht müssen wir als Ärzte in diesem Punkt etwas lernen. Es ist auch viel schwieriger, eine Situation zu bezeichnen, dass keine aktive Tätigkeit zu einer Verbesserung führt. Viel einfacher ist es, zu sagen, wir schauen, was wir machen können, und den Patienten zum Spezialisten zu schicken, wo dann unweigerlich die Maschinerie gestartet wird.

Ich denke, dass es an uns Ärzten ist, dem Publikum aufzuzeigen, wo die Kosten verursacht werden, und nicht unsere knappe Freizeit noch darin zu investieren mitzuhelfen, Lösungen zu suchen, wie die Kosten bezahlt werden können.

*Dr. med. Felix Akermann, Buchs*

- 1 Günter P. Warum versagt die Ärztelobby? Schweiz Ärztezeitung 2004;85(15);765-6.



**TARMED und die Volksabstimmung vom 16. Mai: bald ein Ende in Sicht?**

Die Wunschvorstellung von santésuisse (Rundschreiben CH 06/2004), dass ab dem 1. Juli 2004 alle Rechnungen mit dem von einem Gremium von Beamtengehirnseln und dem nun verständlicherweise zum Feind übergetretenen Hans Hairi Brunner erklügelten und zusammengesetzten, maximalkomplizierten, vor allem redundanten\*, einheitlichen elektronischen Formular erstellt werden sollen, berücksichtigt die komplexe Realität der Berufswelt «Arzt» in keiner Weise.

Im Gegensatz zum Direktor von santésuisse oder von irgendwelchem Direktor, Vizedirektor, Abteilungsdirektor, Teamchefin usw. einer beliebigen Krankenkasse verfügt der Arzt nicht über ein redundantes Team von jungen Beamtinnen, die auf die hysterische Überprüfung von Ärzterechnungen gründlich und lückenlos geschult worden sind und die ständig in der Lage sind, z. B. Position 00.0420 um einen hunderstel Taxpunkt von TL 46.69 auf TL 46.68 zu reduzieren (Original in meinem Archiv) oder Position 00.2270 (Ärztlicher Bericht) in AL 15.31 und TL 13.11 zu unterteilen, wobei Papier- und Tonerverbrauch, Abnutzung der Tastatur, elektrischer Verbrauch der Rechnerventilators, vor allem aber Amortisation des teuren TARMED-Software fast gleichgesetzt werden mit der intellektuellen Leistung des Gesundheitsleistungsproviders und Krankenkassenkostenverursachers Arzt.

Offensichtlich hat die Intelligenzija von santésuisse noch nicht kapiert, dass der Arzt Medizin und nicht Finanzwirtschaft studiert hat. Dass er

sich gegebenenfalls auch auf Kardiologie oder Rheumatologie und nicht auf Komptabilität spezialisiert hat. Dass er sich nicht vollamtlich mit der Formatierung von Rechnungen, sondern mit den zahlreichen wechselnden, proteiformen (von Proteus, einem Gott der klassischen Mythologie, der, um den Entgegengesetzten zu verwirren, seine Apparenz ständig veränderte), physischen, funktionellen, psychischen und relationellen Problemen seiner «Gesundheitsleistungsverbraucher» beschäftigt.

Müssen wir Ärzte und Patienten – jetzt da der Hans Hairi die Maske geworfen hat und lächelnd auf die Gegenseite übergetreten ist – auf die vorprogrammierte landesweite gesundheitliche Katastrophe warten oder eher gemeinsam bei der vorstehenden Volksabstimmung vom 16. Mai dem Rausch- und Triumphzuge der santésuift\*\* einen harten, erweckenden, ja heilenden Halt gebieten?

*Prof. Dr. med. F. de' Clari, Grosslugano*

\* redundant: der unnötige Informationen enthält, wie Versicherungsnummer – die nur die Krankenkasse interessiert –, eigene zwölfstellige Rechnungsnummer – die nur das eigene Steueramt interessiert –, vollständiges Geburtsdatum des Patienten (mit Zodiakkoordinaten, wichtig, um Risikopatienten auszusondern!), den für statistische Zwecke unbrauchbaren diagnostischen Lugano-Kode, die Präzisierung auch bei zehnstelligem Lugano-Kode, ob es sich um Krankheit, Unfall, oder Mutterschaft handelt, Unterscheidung zwischen Patienten und Adressat der Honorarrechnung auch bei Nichtpädiatern, AL und TL sauber separat aufgeführt und unten separat zusammengerechnet, unaufgeforderte Erklärung jeder Taxpunkteabweisung usw. usw.

\*\* swift: schnell, daher Fig. mager, ja hager (d. h. kostensenkend).