



Risikoausgleich

Mit Freude habe ich das klare Votum von Markus Trutmann [1] zum Risikoausgleich – gestützt auf die Beiträge von Willy Oggier [2] und Stefan Spycher [3] – zur Kenntnis genommen. Viel zu lange führte der Risikoausgleich ein Schattendasein in der gesundheitspolitischen Diskussion. Es kommt mir vor, wie wenn Baustatiker über Jahre eine extrem technische Diskussion über die ungenügende Fundamentstärke eines Neubaus geführt hätten. Dabei haben die Bauherren, denen das spanisch vorkam, schlicht vergessen, dass der Einsturz des Neubaus droht. Zum Glück lässt sich das Fundament, das der Risikoausgleich für den Krankenversicherungswettbewerb darstellt, auch nachträglich noch verstärken. Umsetzbare Ideen dazu gibt es zuhauf.

Aber der Neubau KVG steht bereits in Schieflage. Billigkassen, die wie die Pilze aus dem Boden schiessen, dabei keinerlei Kosten einsparen, und lediglich gute Risiken herumschieben, sind nicht Sinn und Zweck des Kassenwettbewerbs. 5 Jahre länger zuwarten macht in dieser Situation wenig Sinn, zumal alle anderen gesundheitspolitischen Baustellen – Spitalfinanzierung, Kontrahierungszwang, Managed Care – am ungenügend ausdifferenzierten Risikoausgleich kranken, ja dieses Manko sogar noch verstärken. Die Tatsache, dass sich in der Schweiz seit 1995 sämtliche wissenschaftlichen Studien zum Risikoausgleich für seine Revision aussprechen, sollte den Bauherren und -damen des KVGs langsam zu denken geben. Umso erfreulicher, dass die FMH die Dringlichkeit einer Revision klar erkannt hat.

*PD Dr. Konstantin Beck,
CSS Versicherung, Luzern*

- 1 Trutmann M. Zur KVG-Revision und der Bedeutung des Risikoausgleichs. Schweiz Ärztezeitung 2004;85(31):1585.
- 2 Oggier W. Risikoausgleich oder Risikoselektion? Einige gesundheitsökonomische Gedanken zu den aktuellen Reformvorhaben auf Bundesebene. Schweiz Ärztezeitung 2004;85(31):1626-9.
- 3 Spycher S. Die Reform des Risikoausgleichs als Vorbedingung für die Aufhebung des Kontrahierungszwangs? Schweiz Ärztezeitung 2004;85(31):1630-5.



Zur KVG-Revision und der Bedeutung des Risikoausgleichs

Es ist schön zu wissen, dass auf Seite der veröffentlichten Meinung der Ärzteschaft einer qualitativen Verbesserung des Risikoausgleichs das Wort gesprochen wird. Und dies unter Hinweis auf eine «kristallklare Argumentation dieser Experten» (Spycher, Oggier). Natürlich teile ich diese Auffassung. Schön wäre aber auch, sich jeweils auf (die gleichen) Experten zu berufen, wenn es um Anliegen geht, die einem nicht so gelegen kommen. Experten (die gleichen) sehen die Aufhebung des Vertragszwangs als unabdingbare Voraussetzung für eine Steigerung der Effektivität und der Effizienz in der ambulanten Versorgung.

*Josef Barmettler,
CSS Versicherung, Luzern*



Bleibt der Taxpunktwert im UV/MW/IV-Bereich bei Fr. 1.–?

Der Bericht der Assessment-Kommission [1] beginnt mit einer Absichtserklärung: Wenn eine Übertretung auf eine Gruppe von Leistungserbringern zurückzuführen ist, so wird die notwendige Korrektur über ein Anheben resp. Absenken der Taxpunktzahl gewisser Leistungen vorgenommen.

Es folgen die Fakten: Die Fallkosten dürften im August oder September den Kostenkorridor überschreiten. Die Verursacher sind klar identifiziert. Sie haben sich trotz Appellen zur Mässigung weiterhin herzhafte bedient.

Nach einigen gewundenen Erklärungen folgt das Fazit: Die AK hat auf gezielte Korrekturmassnahmen verzichtet. Sie werde gezwungen sein, den Taxpunktwert (für alle) um rund 10% zu senken.

Wozu eigentlich der Aufwand für die Datenerhebungen und die Tätigkeit einer Assessment-Kommission, wenn ihr auch bei klarer Faktenlage nichts anderes einfällt als eine Kollektivstrafe, die Profiteure und Verlierer gleichermaßen trifft?

Prof. Dr. W. Brühlmann, Zürich

- 1 Pellaton J, Spinnler D (für die Assessment-Kommission). Bleibt der Taxpunktwert im UV/MW/IV-Bereich bei Fr. 1.–? Schweiz Ärztezeitung 2004;85(31):1599-1601.



Taxpunktwert im Unfallbereich

Den Nachrichten vom 6. August 2004 entnehme ich, dass der TP-Wert im UVG-Bereich gesenkt werden soll.

In einer Hausarztpraxis wie der meinen machen diese Fälle nur einen kleinen Teil des Umsatzes aus und ich denke, wir müssen uns sehr ernsthaft überlegen, auf die Behandlung dieser Patienten, absolute Notfälle ausgeschlossen, zu verzichten. Wir könnten uns so einen Grossteil der Zwischenfälle im Sprechstundenablauf ersparen, hätten viel weniger unnötigen Papierkrieg und keinen Ärger mehr mit nicht oder erst nach Monaten bezahlten SUVA-Rechnungen.

Wir könnten bei entsprechender Infrastruktur alle diese Patienten in die Spitalambulatorien überweisen, wo ja bekanntlich sehr viel billiger behandelt wird. Wahrscheinlich wird dann aber die ambulante Behandlung dieser Patienten doch wesentlich teurer werden, aber man hätte dann uns unverschämten Grundversorgern und Grossverdienern medienwirksam eines aufs Dach geben können, koste es, was es wolle.

Dr. med. H. Friederich, Steinhausen



Qualitätssicherung im Röntgen – noch einmal anders

Der Artikel von H. Gschwind mit dem oben genannten Titel [1] endet mit der Aussage «ja, denn es gewinnen alle». Nun gibt es leider noch andere Qualitätssicherungsmassnahmen, von denen zunehmend gesagt werden muss, dass sie zur Nullübung verkommen. Dabei denke ich an die Dosimetrie-Überprüfungspraxis. Die zunehmende technische Apparatesicherheit hat in den letzten Jahrzehnten dazu geführt, dass Röntgen in der Allgemeinpraxis zu einer dosimetrisch nicht mehr messbar kleinen Strahlenbelastung des Personals geführt hat. Die Dosimeter zeigen bei unserer 1980 installierten Anlage konstant den Wert 0 und das seit nun 24 Jahren. Die ganze akkumulierte Strahlenmenge bei mir (2,6 mSv) stammt von der alten Anlage meines Vorgängers, mit der ich während fünf Jahren gearbeitet habe. Um meinerseits das Dosimeter zu überprüfen, habe ich in einer regnerischen Nacht im Mai 1986 mein Dosimeter in den Garten gelegt, damals als das Kernkraftwerk Tschernobyl brannte. Und in der Tat, das Dosimeter funktionierte! Ich bin überzeugt, dass dies Kosten sind, welche

eingespart werden sollten. Sie sind beträchtlich und betragen allein in meiner Praxis seit 1980 um Fr. 7000.–, was hochgerechnet auf unser gesamtes Gesundheitswesen einen sehr respektablen Betrag ergibt. Auf jeden Fall muss gesagt werden, dass die regelmässige Wartung der Röntgenanlagen und die verschärften Betreuungsvorschriften einen viel effektiveren Beitrag zur Minimierung der Strahlenbelastung geleistet haben und dass es langsam Zeit wird, einen alten Zopf abzuschneiden.

Die Meinung von Kollegen würde mich sehr interessieren und auch allfällige Einwände der Strahlenschutzbehörden. Insbesondere interessiert mich die Frage, ob es im Bereich der Allgemeinpraxis Fälle gibt, bei denen sich die obligatorische Dosimetrie als sinnvoll erwiesen hat, und wie häufig diese Fälle sind. Vorläufig gilt für mich: «Dosimetrie – nein, denn es verlieren alle»!

Dr. med. H. Kuhn, Bubikon

- 1 Gschwind H. Qualitätssicherung im Röntgen – einmal anders. Schweiz Ärztezeitung 2004;85(29/30):1554-5.



Agir efficacement contre les abus de nature sexuelle

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt l'article de notre confrère Tschan [1], comme j'avais pris connaissance antérieurement des efforts novateurs et nécessaires, à Bâle, de l'instance de contact et de conseil pour patients (PABS) qu'il anime. J'ai apprécié notamment l'accent mis sur l'importance d'une formation adéquate, interdisciplinaire, des médecins impliqués dans la lutte et la prévention à cet égard, et aimerais faire quelques commentaires complémentaires. La question des gestes de nature sexuelle d'un praticien à l'égard d'un patient reste très actuelle (étant entendu que professionnel et patient peuvent être de l'un ou l'autre sexe, mais que la majorité des cas d'abus concernent un homme abusant d'une femme). C'est un problème qui ne trouve pas encore de solution satisfaisante, même si les lieux et moyens de se plaindre se sont étoffés au cours des quinze dernières années (et si il est plus rare heureusement que l'instance à laquelle on soumet ses griefs banalise et finalement classe sans suite, d'une manière ou de l'autre).

Les associations professionnelles, mais aussi les organisations de patients et les groupes concernés de la société civile (ceux soucieux notam-

ment des intérêts des femmes et des enfants) doivent le dire et le réaffirmer, les attitudes et comportements à connotation sexuelle ne sont en aucune manière acceptable dans une relation de soins. Sans doute les limites sont-elles parfois difficiles à préciser, mais un critère de valeur est le suivant: le patient a le droit (et le devoir) de dire stop quand l'attitude du praticien le met mal à l'aise, même si ce n'est qu'un sentiment désagréable. Ce faisant, il rend service à tout le monde, à soi-même, aux autres patients et aux intérêts bien compris du thérapeute.

Mais, dira-t-on, vous ne pouvez pas empêcher un médecin de tomber amoureux de sa malade ... De fait, il arrive que des médecins ou des infirmières se lient à un(e) patient(e), l'épousent. La position déontologiquement juste, celle préconisée en Amérique du Nord notamment mais qui n'est fixée dans aucune loi, est alors d'interrompre la relation thérapeutique (le malade poursuit donc son traitement chez un autre praticien). Les amoureux se fixent un délai de non-rencontre de trois à quatre mois au moins, au terme duquel, tout aspect de soins étant écarté, ils décident d'avoir les relations qu'ils veulent, comme n'importe quel autre couple.

J'ai été frappé au début de cette année, dans un quotidien romand, par la concomitance (Le Temps, 26 janvier 2004) d'un article sur des abus sexuels dans le domaine de la santé et d'un autre à propos de l'ordination du nouvel évêque de Lugano, qui avait saisi cette occasion pour regretter qu'ait été mis sur la place publique, de manière indélicate à son avis, les actes de nature pédophile d'un prêtre du diocèse. Je ne connais pas les détails de cette affaire et n'entends pas me prononcer. Cela fait toutefois réfléchir ... L'Eglise catholique en tant qu'institution ne s'est pour le moins pas montrée d'une vigueur éclatante dans la perspective d'éclairer la quantité et la «qualité» des situations de ce type survenant en son sein. On a le droit de dire que, aux Etats-Unis et ailleurs, elle a fait preuve

d'une retenue et d'une pusillanimité regrettables. Beaucoup attendaient beaucoup mieux, des actes beaucoup plus fermes.

Il faut éradiquer de notre société le droit de cuissage et ses diverses modalités soft. Les instances déontologiques des corps professionnels sont ici vivement interpellées, comme le sont les pouvoirs publics (qui peuvent agir par le canal d'enquêtes disciplinaires). Sans doute la fonction que j'ai occupée amène-t-elle à avoir connaissance plus des personnalités et cas discutables que de tous les praticiens qui sont irréprochables. Il reste que, malgré des progrès dans la volonté de parler clair sur ces sujets, d'instruire sans faiblesse et de sanctionner adéquatement quand cela est nécessaire, les moyens de prévention et de lutte doivent être étoffés. Notamment pour que les personnes abusées osent se plaindre, le cas échéant après avoir été conseillées dans les lieux d'accueil existants (centres à l'écoute de personnes violées ou battues, instances LAVI, PABS à Bâle). Il faut notamment faire en sorte que les modalités d'instruction ne soient pas telles qu'elles «terrorisent» la plaignante ou l'obligent à des confrontations qui réactivent le traumatisme.

Les sensibilisations et actions nécessaires dépassent le milieu de la santé, inutile de le préciser. Je me souviens de témoignages pitoyables de jeunes étrangères travaillant au noir venant solliciter l'interruption d'une grossesse conséquence des amabilités d'un patron à qui l'absence de permis de son employée donnait tous les droits. Vraiment, il y a beaucoup à faire. On veut espérer que les responsables concernés redoublent d'attention et de diligence.

*PD Dr Jean Martin,
ancien médecin cantonal vaudois, Echandens*

- 1 Tschan W. Sexuelle Übergriffe durch Medizinalpersonen. Schweiz Ärztezeitung 2004; 85(29/30):1552-3.