



Epidemiologie

Rauchen schützt vor Alzheimer.
Raucher sterben früher an COPD und/oder Herzinfarkt. Cave: nicht EBM-überprüft! – Also, überlege Zusammenhänge vor Alzheimer oder Infarkt.

Dr. med. Markus Gassner, Grabs



Selbstakupunktur. Ein Ansatz zur Dämpfung der Kostenexplosion durch Komplementärmedizin?

Den witzig-ernsten Artikel habe ich mit Vergnügen gelesen [1]. Dem Autor möchte ich mitteilen, dass seine Idee der «Selbstakupunktur» schon seit Jahrzehnten weitgehend verwirklicht wurde. Bereits in den 70er Jahren des vorigen Jahrhunderts entwickelten amerikanische Osteopathen und Chiropraktoren die sogenannte «Angewandte Kinesiologie». Sie verbindet Osteopathie mit Akupunktur bzw. mit der Traditionellen Chinesischen Medizin und anderen östlichen Heillehren. Jedem Meridian entspricht eine Muskelgruppe. Mit Hilfe des Muskeltests kann man die Störungen des Energieflusses feststellen und mit verschiedenen einfachen Methoden wieder ausgleichen, normalisieren. Mit dem Ausgleich bessert auch der Grund, der Zustand, der zur Störung führte. Es ist eine einfache, trotzdem wirksame Methode. Man kann sie zu verschiedenen Zwecken benützen. Fast von Anfang an war sie auch für Laien bestimmt. In mehreren Wochenendkursen lernen Teilnehmer, z.B. Hausfrauen, die Grundlagen und einfache Anwendungen, die dann ihnen, der Familie, Freunden und Bekannten bei körperlichen und emotionalen Problemen helfen können. Die Methode verbreitet sich rasch ohne grosse PR-Arbeit. Man lernt auch deren Grenzen und diejenigen der eigenen Kenntnisse und Fähigkeiten kennen. Am Anfang der Kurse fragt man die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, warum sie gekommen sind. Die Mehrheit von ihnen gibt als Grund an, dass sie sich bei Bekannten oder bei den gründlich ausgebildeten Therapeuten über Erfolge überzeugen konnten.

Es gibt eine zunehmende Zahl von Ärzten, welche die Angewandte Kinesiologie benützen. Ein Beispiel: Es ist bekannt, dass Medikamente, sogar aus derselben Wirkungsgruppe, nicht bei jedem Patienten gleich wirksam sind (s. ACE-Hemmer,

Protonenpumpenhemmer). Schon aus finanziellen Gründen wird es kaum je möglich sein, bei jedem Patienten mit Hilfe der genetischen Analyse zu wissen, welches Medikament für ihn passt und welches nicht. Ein Medikament, das ungeeignet ist oder sogar Nebenwirkungen verursacht, stört nach der Angewandten Kinesiologie den Energiefluss im Körper und schwächt die Muskeln, was man mit dem Muskeltest einfach, schnell und billig überprüfen kann. Würde dies sich in einer Doppelblindstudie* als richtig erweisen, könnte man mit der Wahl des geeigneten Medikamentes die Belastung der Patienten und die Frustration der Ärzte mindern und einen schönen Batzen sparen.

Dr. med. P. Marko, St. Gallen

* Eine spezialärztliche, z.B. neurologische, Praxis mit einer beschränkten, übersichtlichen Zahl an Medikamenten wäre besonders geeignet dafür.

- 1 Meienberg O. Selbstakupunktur. Ein Ansatz zur Dämpfung der Kostenexplosion durch Komplementärmedizin? Schweiz Ärztezeitung 2005; 86(18):1070-2.



Was gilt, weiss keiner

Unter dem Titel «Was gilt, weiss keiner» wurde ein Beitrag zu Artikel 33 des Heilmittelgesetzes veröffentlicht [1]. Basierend auf der Diskussion an der Tagung des Forum Instituts für Management zum Thema «Boni und Rabatte» behauptet die Autorin, dass die Handhabung von Art. 33 HMG, welcher das Gewähren bzw. Annehmen geldwerter Vorteile für die Verschreibung und Abgabe von Arzneimitteln verbietet, in der Praxis «nach wie vor Verwirrung» schaffe.

Swissmedic hält folgende Sachverhalte fest: Die angeblichen Unsicherheiten über das Gewähren bzw. Anbieten von Rabatten und Boni wurden mit der Publikation im Swissmedic-Journal 11/2003 S. 980 ff. über die «Zulässigkeit von Rabatten im Rahmen von Artikel 33 Absatz 3 Buchstabe b des Heilmittelgesetzes» weitgehend geklärt. Diese Publikation, die den interessierten Kreisen bekannt ist, kann auf der Website der Swissmedic eingesehen werden (www.swissmedic.ch/files/odf/11_2003.pdf).

Art. 33 HMG lässt den Marktteilnehmern weiten Raum für Rabattgewährungen, was in der erwähnten Publikation von Swissmedic klargestellt wurde. Wer Medikamente, welche auf der Spezialitätenliste des Bundesamtes für Gesund-

heit figurieren, unter dem offiziellen Ex-Factory-Preis anbietet, verstösst nicht automatisch gegen Art. 33 HMG. Rabatte sind allerdings an die Konsumentinnen und Konsumenten bzw. an deren Versicherungen weiterzugeben, was sich – anders, als es der Beitrag in der SÄZ vermuten lässt – bereits aus dem bestehenden Gesetz ergibt. Diese Weitergabepflicht wurde von Unternehmen, gegen deren Geschäftsleitungsmitglieder Swissmedic Verwaltungsstrafverfahren eröffnet hat, mit Beschwerde bestritten. Ein Entscheid der zuständigen Beschwerdeinstanzen ist noch dieses Jahr zu erwarten.

Die von der Autorin aufgeworfene Frage, wie die Weitergabepflicht im stationären Spitalbereich gehandhabt werden soll, wird in der Publikation der Swissmedic ebenfalls beantwortet: Die Weitergabe von Rabatten auf Medikamentenlieferungen muss im stationären Spitalbereich indirekt erfolgen, indem die Spitäler diese im Hinblick auf die nächsten Verhandlungen über die von der Krankenkasse zu übernehmenden Spitalpauschalen (Art. 49 KVG) auszuweisen haben.

Nicht nachvollziehbar ist, wie die Autorin zur Auffassung gelangt, es sei fraglich, «ob auch der Nicht-SL-Bereich unter den Art. 33 fällt». Das Heilmittelgesetz unterscheidet nicht zwischen kassenzulässigen (SL) und nicht kassenzulässigen (nicht SL) Arzneimitteln, sondern nach Arzneimitteln der Abgabekategorien A bis E. Die sogenannten OTC-Arzneimittel (Abgabekategorien C und D), die nicht verschreibungspflichtig, sondern «nur» beratungspflichtig sind, unterliegen ebenfalls dem Vorteilsverbot von Art. 33 HMG, da auch bei diesen Medikamenten eine Fachperson auf die Wahl der Konsumentinnen und Konsumenten Einfluss nehmen kann.

Swissmedic, Schweizerisches Heilmittelinstitut

- 1 Mühlemann H. Was gilt, weiss keiner. Schweiz Ärztezeitung 2005;86(15):890-1.



Arbeitszeiten der Assistenten (und Oberärzte?) im Spital

Ich stimme grösstenteils den Ausführungen, speziell über die Verluste in der Arzt-Patienten-Beziehung, von Dr. Gonzenbach zu [1]. Vor allem die Entwicklung der ausufernden Übergaben bei Pflegepersonal (schon seit längerem) und jetzt auch neu bei Ärzten wird zu einer deutlichen Häufung von Fehlern infolge des Informationsverlustes führen. Schon ist es ein alltägliches Ärgernis in der klinischen Praxis, dass

ärztliche Anordnungen an das Pflegepersonal, bei der Morgenvisite kommuniziert, teils schon am Abend nicht mehr (in den Köpfen) bei der neuen Pflegeschicht präsent sind, obwohl selbstverständlich alles genau in den Krankenakten dokumentiert ist (aber Papier ist bekanntlich geduldig). Man muss kein Hellseher sein, um eine ähnliche Entwicklung beim ärztlichen Personal vorherzusagen. Eine mögliche Abhilfe würden gemeinsame Rapporte von Pflegepersonal und Ärzten bringen, aber dies bedeutete, alte Zöpfe abzuschneiden ...

Meiner Meinung nach ist der Ansatz des Arbeitszeitgesetzes, durch Reduktion der gesetzlichen Höchstgrenze der Arbeitszeit mögliche Fehler durch Übermüdung zu verhindern, auch wenn sich Herr Dr. Gonzenbach glücklicherweise an kein diesbezügliches Ereignis erinnern kann, richtig. Aber die Beschränkung der täglichen Arbeitszeit auf 10 Stunden und der wöchentlichen Arbeitszeit auf 6 Tage ohne Ruhetag geht an den Bedürfnissen der ärztlichen Arbeit vorbei. Unsere Landesvertreter von FMH und VSAO sollten auf eine Änderung dieses Gesetzesteils hinwirken (z.B. 13 Stunden pro Tag und 7 Tage am Stück), die der ausufernden Übergaberitis Einhalt gebietet. Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 50 Stunden sollte beibehalten werden.

Ein Wort noch zur Ursache des angesprochenen Wertewandels (Schlagwort «Job» statt «Beruf») in der Gesell- und Ärzteschaft. Natürlich hat meine Generation (ich bin 32 Jahre alt) andere Werteprioritäten als die unserer Elterngeneration, aber auch die Voraussetzungen haben sich geändert. Für die Generation von Herrn Dr. Gonzenbach war der berufliche Werdegang vorgegeben. Nach der Assistenz- und Oberarztzeit war für viele Kollegen die eigenverantwortlicher Tätigkeit als niedergelassener Arzt oder in leitender Funktion im Spital ein realistisches Ziel. Dank des geltenden Zulassungsstopps fällt der Weg in die Niederlassung weitgehend weg und die Zahl der leitenden Stellen in den Spitälern bei steigendem Kostendruck im Gesundheitswesen ist begrenzt. Welche Möglichkeiten hat meine Generation? Viele suchen sich desillusioniert andere Berufe ausserhalb der unmittelbaren Krankenversorgung oder pflegen vermehrt ihre ausserberuflichen Interessen (Hobbys). Weiter hat sich auch die Rolle der Frauen in unserer Gesellschaft und in der Medizin gewandelt. Die klassische Hausfrau, die ihrem Mann, der beruflich Karriere macht, den Rücken freihält, sich nur um private Dinge (Kinder, Haushalt, soziale Kontakte usw.) kümmert und die eigene berufliche Ausbildung und Karriere aufgibt oder zurückstellt, existiert kaum

mehr, und der männliche Partner muss, ob es ihm nun passt oder nicht, sich den veränderten Gegebenheiten anpassen. Dies führt nun einmal dazu, dass sich auch der Mann von Zeit zu Zeit um die Kinder, das Einkaufen usw. kümmern und deshalb auch Abstriche an seiner permanenten Verfügbarkeit im Beruf hinnehmen muss. Dass in dieser Konstellation intra- und interpersonelle Konflikte im Privat- und Berufsleben, gerade als Arzt, vorprogrammiert sind, ergibt sich zwangsläufig.

Dr. med. Matthias Rössle, Zug

- 1 Gonzenbach R. Arbeitszeiten der Assistenten (und Oberärzte?) im Spital. Schweiz Ärztezeitung 2005;86(11):696-7.



Porzine Insuline verurteilt?

Kürzlich stiess ich auf den im Jahre 2003 von Dr. A. Golay und Prof. J.-P. Assal (Unité de Diabétologie, Kantonsspital Genf) publizierten Patientenratgeber «Diabetes und Ernährung» [1]. Ich bin 44jährig und leide seit meiner Adoleszenz an einem insulinabhängigen Diabetes. Während zweier Jahre wurde ich vorübergehend mit Humaninsulin behandelt. Im Zusammenhang mit dem Verlust oder der starken Verminderung von Hypoglykämiezeichen musste ich aus Sicherheitsgründen wieder auf porzines Insulin umsteigen, dies ohne jeglichen Nachteil. Der folgende Sachverhalt, so wie er in beiden Versionen des erwähnten Ratgebers aufgeführt ist, hat mich als Arzt und Patient schockiert.

Im Kapitel über Insulinsorten werden nur einige der verfügbaren Insuline unter deren Markennamen aufgelistet, und zwar ausschliesslich *Humaninsuline*. Diese werden gentechnisch hergestellt und sind biochemisch, aber nicht physiologisch, mit Humaninsulin identisch.

Dass *porzine Insuline* nicht erwähnt werden, ist eine gravierende Tatsache: Es ist erwiesen, dass 10–20% der mit synthetischem Insulin behandelten Patienten an einer verminderten oder vollständig fehlenden Hypoglykämiewarnung leiden. Ebenso viele Patienten – und Ärzte? – ignorieren diese wichtige Tatsache. Dies hat zu kritischen Situationen und in gewissen Fällen zum plötzlichen Tod von meist jugendlichen Patienten geführt (dead-in-bed syndrome), wie in der Literatur beschrieben.

Zudem ist bekannt, dass die Behandlung durch biosynthetische Insuline für die Patienten langfristig keinerlei Vorteile bringt. In diesem

Zusammenhang sind Publikationen [2, 3], die in renommierten Zeitschriften veröffentlicht wurden, sowie eine Cochrane-Übersichtsstudie zu erwähnen. Letztere kommt zu folgender Schlussfolgerung: «Many important patient-oriented outcomes like health-related quality of life and effects on diabetic complications as well as mortality were never investigated. Human insulin was introduced into the market without scientific proof of advantage over existing purified animal insulins, especially porcine insulin.» Eine Zusammenfassung der Situation wie auch der juristischen Konsequenzen der Missachtung der Informationspflicht des Arztes gegenüber dem Patienten (Bundesgerichtsentscheid) findet sich im Artikel von Maurer [4], erschienen 2003 in der Schweizerischen Ärztezeitung.

Dr. med. Stefan Zlot, Genf

- 1 Golay A, Assal J.-P. Diabetes und Ernährung. Basel: S. Karger Verlag; 2003; französische Originalausgabe: Genève: Médecine & Hygiène; 2001.
- 2 Berger WG, Keller U, et al. Warning symptoms of hypoglycaemia during treatment with human and porcine insulin in diabetes mellitus. Lancet 1989;1(8646):1041-4.
- 3 Egger M, Smith D, et al. Influence of human insulin on symptoms and awareness of hypoglycaemia: A randomised double blind cross over trial. Br Med J 1991;303:622-6.
- 4 Maurer A, Teuscher A. Tierische Insuline – trotz Rückzügen auch weiterhin in der Schweiz erhältlich. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(18):887-9.



Insulines porcines condamnées?

En 2001 le Dr A. Golay et le Prof. J.-P. Assal ont publié le guide aux patients intitulé «Comment soigner son diabète» [1]. Je n'en ai eu connaissance que récemment, après avoir connu la traduction allemande (Basel: S. Karger Verlag; 2003). Agé de 44 ans, je suis atteint d'un diabète insulinodépendant dès l'adolescence. Passagèrement j'ai été traité pendant deux ans avec des l'insulines synthétiques. En rapport avec l'absence ou la forte diminution des signes d'hypoglycémie, j'ai du pour des raisons de sécurité revenir aux insulines porcines, ceci sans aucun désavantage. En tant que médecin et patient, j'ai été choqué par le fait suivant, qui apparaît dans les deux versions du guide.

Dans le chapitre listant les différentes sortes d'insuline, ne sont mentionnées que quelques préparations, sous nom de marques, et exclu-

sivement de la classe des *insulines synthétiques*, produites à l'aide du génie génétique. Celles-ci sont biochimiquement, mais ne pas physiologiquement identiques à celle de l'homme.

Ne pas mentionner les *insulines porcines* est un fait très grave: Il est établi, que 10% à 20% des patients sous traitement d'insuline synthétique souffrent d'une diminution ou d'une absence de signes d'hypoglycémie. Autant de patients – et de médecins? – ignorent ce fait crucial. Ceci a mené à des situations critiques et en certains cas au décès du patient (dead-in-bed syndrome), tel que décrit dans la littérature.

En plus, d'après la littérature, le traitement par insuline synthétique n'a montré aucun avantage pour les patients. A ce sujet des articles [2, 3] de type *evidence-based* publiés dans des revues renommées ainsi qu'une revue Cochrane sont à citer. La dernière conclut: «Many important patient-oriented outcomes like health-related quality of life and effects on diabetic complications as well as mortality were never investigated. Human insulin was introduced into the market without scientific proof of advantage over existing purified animal insulins, especially porcine insulin.»

Un résumé de la situation ainsi que les conséquences juridiques d'une négligence du devoir d'information du médecin vis-à-vis du patient (arrêt du Tribunal Fédéral) sont traités dans l'article de Maurer, paru dans le Bulletin des médecins suisse [4].

Dr Stefan Zlot, Genève

- 1 Golay A, Assal J-P. Comment soigner son diabète. Genève: Médecine & Hygiène; 2001.
- 2 Berger WG, Keller U, et al. Warning symptoms of hypoglycaemia during treatment with human and porcine insulin in diabetes mellitus. Lancet 1989;1(8646):1041-4.
- 3 Egger M, Smith D, et al. Influence of human insulin on symptoms and awareness of hypoglycaemia: A randomised double blind cross over trial. Br Med J 1991;303:622-6.
- 4 Maurer A, Teuscher A. Tierische Insuline – trotz Rückzügen auch weiterhin in der Schweiz erhältlich. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(18):887-9.



Der Vertrauensarzt: nur noch das Feigenblatt der Krankenkassen?

Vorab: Ich möchte keineswegs alle Versicherten in denselben Topf werfen und weiss auch, dass die Vertrauensärzte sehr gute Arbeit leisten, sofern man sie lässt.

Weiss die FMH, was sich täglich und in zunehmendem Masse an der Front abspielt? Beispiel aus der täglichen Praxis:

Ein Zusatzversicherter Patient ruft bei seiner Krankenkasse an, dass er demnächst für eine Hüftprothese ins Spital eintreten werde. Er erhält die telefonische Auskunft, dass selbstverständlich die Kosten für Operation und Rehabilitation im Rahmen von KVG und VVG übernommen würden, er sei ja schliesslich Zusatzversichert...

Am Abend des Operationstages (!) erhält der Patient von der einen Sachbearbeiterin den Bescheid, dass die Kostengutsprache von der KK auf zehn Tage festgesetzt worden sei. Von einer anderen Teamleiterin erhält er unabhängig davon das Verdikt, dass die Rehabilitation abgelehnt worden sei. (Patient sei zu jung). Damit wurde schon der Grundstein gelegt für einen ausserordentlich erfolgreichen Verlauf (ganz im Interesse des Patienten). Auf meine Intervention hin mit schriftlicher Begründung (muss ich das eigentlich?) werden konzilient noch weitere sechs Tage zugebilligt. Allerdings ist absehbar, dass diese Frist bei der Komplexität des Falles ohne Rehabilitation niemals ausreichen wird, ich interveniere nochmals. Die Sachbearbeiterin ist aber nicht erreichbar (9.30 Uhr), später auch nicht (Sitzung). Ich verlange den Vertrauensarzt. Dieser sei (bei dieser grossen KK) nur teilzeitangestellt, zurzeit ausser Haus und (im Natelzeitalter) erst in ein paar Tagen wieder erreichbar. Stattdessen erhalte ich ein zweiseitiges Formular, das ich bitte schleunigst ausfüllen soll, die Kostengutsprache ist ja schon bald abgelaufen. Ich solle unter anderem *sämtliche Zusatzdiagnosen ausführlich, detailliert und nicht global* vermerken. Das Formular muss an den «Vertrauensärztlichen Dienst» der besagten KK geschickt werden. Wer öffnet den Brief, wenn der Vertrauensarzt ja erst in ein paar Tagen erreichbar ist? Ist es vermessen anzunehmen, dass das Handling des Formulars über die Sachbearbeiterin erfolgt? Aus diversen Gesprächen kenne ich die Fachkompetenz der medizinischen Experten/Expertinnen. Sie beteuern, dass sie die rechte Hand des Vertrauensarztes wären und ebenfalls dem Datenschutz unterstellt seien.

Hier spätestens stellen sich diverse Fragen:

1. Wer vergibt den Titel «Medizinischer Experte/Expertin» oder «Fachspezialist/Fachspezialistin», wie sieht das Curriculum aus? Nehmen diese tatsächlich Funktionen des Vertrauensarztes wahr? Ich warte seit ca. 1½ Jahren auf die versprochenen Curricula, vergebens. Für Teamleiterin reicht offenbar Ex-Zahnarztgehilfin plus Schnellkurs. Als medizinische Experten/Expertinnen fungieren z.B. ehemalige Pflegespender/Pflegespenderinnen, «wissen Sie, Herr Gächter, ich weiss schon wie das läuft in den Spitälern».
2. Werden vertrauliche Angaben fichiert, wenn ja, getrennt nach KVG und VVG? Im KVG Art. 57 steht beruhigend «Vertrauensärzte geben den zuständigen Stellen der Versicherer nur diejenigen Angaben weiter, die notwendig sind, um über die Leistungspflicht zu entscheiden ... Dabei wahren sie die Persönlichkeitsrechte der Versicherten». Aber hier werden Daten verlangt, die nichts mit der Leistungspflicht der KK zu tun haben. Wäre es denkbar, dass die Angaben an den «vertrauensärztlichen Dienst» missbräuchlich eingesetzt werden könnten, die Prämien z.B. bei risikoschwangeren VVG-Patienten von der KK angehoben werden könnten, bis der Patient aufgeben muss, wechseln kann er ohnehin nicht mehr? Im Art. 57 KVG steht zudem: (die Vertrauensärzte) ... sind in ihrem Urteil unabhängig. Weder Versicherer, noch Leistungserbringer, noch deren Verbände können ihnen Weisungen erteilen. Was geschieht nun, wenn die medizinische Expertin Entscheide fällt im «Auftrag» des Vertrauensarztes? Ist sie ebenfalls unabhängig? Es geht hier notabene nicht um Vorbehalte, sondern lediglich um «Optimierung» der Behandlung.
3. Eine Errungenschaft des KVG war, dass es keine Kostengutsprachen mehr braucht (Obligatorium). Wer hat diese Kostengutsprachen wieder eingeführt? Solche datenschutzverletzenden Anfragen, wo bereits zum vorneherein gewusst werden soll, wie lange auf den Tag genau eine Behandlung noch dauern würde, wird traditionellerweise mit dem unseligen Art. 42 KVG begründet, dass der Versicherer die Wirtschaftlichkeit einer Behandlung «überprüfen können müsse». Dabei meint der Gesetzgeber allerdings nicht wirtschaftlich für die KK, Wirtschaftlichkeit beinhaltet diverse Faktoren, u.a. auch die Arbeitsfähigkeit etc. Im Art. 56 KVG wird Wirtschaftlichkeit definiert: «der Leistungs-

erbringer muss sich in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse des Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist». Aber Hand aufs Herz, welcher Experte kann dies (und erst noch prospektiv) auf den Tag genau beziffern? Zudem hatte der Gesetzgeber vor allem die unnötige Wiederholung von Untersuchungen im Visier und dass Rabatte weitergegeben werden müssen.

Und so ist es zur täglichen Routine geworden, die hektischen Telefonate zwischen den Sprechstundenpatienten, zuerst mit dem Sachbearbeiter/der Sachbearbeiterin, nach längeren Pausen und der obligat scheppernden Überbrückungsmusik endlich mit dem medizinischen Experten/der medizinischen Expertin verbunden. «Wie lange meinen Sie, muss der Patient noch im Spital sein müssen? So, zehn Tage, meinen Sie, ich denke vier Tage sollten reichen, so, so, reicht nicht, sagen wir also sechs Tage.» Türkischer Bazar. Bei der ambulanten Betreuung geht es im selben Stil weiter: wenn ich Glück habe, darf ich nach neun Physiotherapiesitzungen bereits wieder ein zweiseitiges Formular ausfüllen (was versprechen Sie sich von einer weiteren Behandlung, ja was denn wohl?)

4. Weshalb besteht nur ein sehr dünnes Netz an Vertrauensärzten, werden diese mehr und mehr in die Ecke gedrängt, deren Beschlüsse zum Teil nicht vollzogen? Wieviel Prozent der Aufgaben des Vertrauensarztes werden von seiner «rechten Hand» übernommen?
5. Wer behandelt eigentlich den Patienten und wer trägt die Verantwortung? Ist es korrekt, wenn Subalterne bei den KK die Art und Dauer der Behandlung bestimmen? Die Richtwerte werden tief angesetzt, damit ausführliche Zusatzdiagnosen richtiggehend erpresst werden können.

Art 22 KVG: «Versicherer haben die Verwaltungskosten auf das für eine wirtschaftliche Geschäftsführung erforderliche Mass zu beschränken.» Stattdessen wird ein riesiger, illegal funktionierender Kontrollapparat aufgebaut und nicht billig. Trotzdem stagnieren die Verwaltungskosten der KK – Welch Wunder – bei den magischen 4%, die auch bei massivem Prämienanstieg nie gesunken sind. Es mag sein, dass mit diesen Tropfenzählermethoden tatsächlich vordergründig Einsparungen erzielt werden können, aber nur über Frust und Resignation sowie unter enormem zusätzlichem Papierkrieg auf Kosten der Ärzte und sicher nicht im Sinne der Patienten.

Wenn ich bedenke, dass noch vor 12 Jahren ein Patient mit Hüft-TP ca. 4 bis 6 Wochen im Spital blieb, anschliessend noch in die Rehabilitation ging und heute dank moderner Operationsmethoden und angepasster Implantate die Hospitalisationszeiten massiv verkürzt wurden, so frage ich mich, weshalb dies nicht prämiert wird.

Prothesenoperationen dürfen aber nicht bagatellisiert werden. Nur eine adäquate Nachbehandlung kann gute Resultate ergeben. Ich sehe auch nicht ein, weshalb nun mit Richtzeiten (von KK selbstherrlich festgelegt) gehandelt und anschliessend die Rehabilitation auch bei gut zahlenden Privatpatienten verweigert wird. Bestenfalls gibt es vielfach eine Kur (die der Patient grossenteils selber berappen muss und im KVG eigentlich nicht für postoperativ vorgesehen ist). Im KVG wird festgehalten, dass die Rehabilitation den Zweck verfolge, den Patienten nach Operationen möglichst optimal auf das Alltagsleben vorzubereiten. Noch sind längst nicht alle KK in diesem repressiven Fahrwasser.

Ich schlage daher vor, dass halbjährlich eine Hitliste der schwarzen Schafe der KK publiziert wird (evtl. anonymes Meldeverfahren ...), damit die (jüngeren) Patienten auch wissen, bei wem sie die Zusatzversicherung abschliessen sollen, die älteren können sowieso nicht mehr wechseln. Vielleicht kann die *neue* FMH den Dialog mit den Versicherern wieder in vernünftige Bahnen lenken und die Kompetenzen klar regeln.

Und Bundesrat Couchepin, seinen Aufsichtsmännern (Art. 21 KVG!), den Patientenorganisationen, Konsumenten- und Datenschützern wünsche ich weiter «en gsunda, tüüüfa Schlaf».

Prof. Dr. med. André Gächter, Mörschwil

Replik

Kollege Gächter spricht Probleme an, über welche viel diskutiert wird. Einen Teil der aufgeworfenen Fragen durfte ich bei früherer Gelegenheit besprechen [1], was einen Leserbrief [2] provozierte, zu welchem ich eine Replik verfasste [3]. Wesentliches dazu kann dem KVG [4] und Vertrauensarztvertrag [5] entnommen werden.

Themen des Leserbriefes sind einerseits allgemeine Probleme des Datenschutzes, andererseits Ärger mit der Kontrolle der WZW-Kriterien [6] durch die Krankenversicherer. Fehlleistungen sollen keinesfalls bagatellisiert werden, rechtfertigen aber auch keine Pauschalverurteilungen. Möglicherweise müssen die Versicherer als Zielscheibe herhalten für Ausbrüche des überhandnehmenden Frustes der Ärzteschaft. Man schlägt den Sack und meint den Esel.

Ad 1: Der Titel «Medizinische Expertin» bzw. «Fachspezialistin» mag von einzelnen Versicherern verwendet werden, ist aber nicht allgemein gebräuchlich. Es gibt deshalb meines Wissens auch kein entsprechendes Curriculum.

Ad 2: Ich bedaure es sehr, dass sich nicht alle Versicherer korrekt an die Vorschriften des Datenschutzes halten. Ich kann dazu nur so viel schreiben, als dass die Vertrauensärzte hier eine grosse Verantwortung tragen, die sie in der Regel auch seriös wahrnehmen. Bezüglich Post ist das Vorgehen eindeutig [7] festgelegt: die eingehenden Informationen werden vom Vertrauensarzt oder einer seiner Hilfspersonen entgegengenommen. Und sollten Verfehlungen ans Tageslicht kommen, so kann das dafür geschaffene paritätische Gremium [8] angerufen werden.

Ad 3: Die Kostengutsprache wurde im KVG nicht abgeschafft. Sie ist sogar klar vorgeschrieben, z.B. für stationäre Rehabilitationen im Anhang 1, KLV [9]. Der beschriebene Fall scheint mir speziell zu sein. In aller Regel wird ja eine Hüft-TP als Wahl Eingriff geplant. Somit ist für den Spitalaufenthalt und die Rehabilitation früh genug eine Kostengutsprache einzuholen. Es verbleibt so genügend Zeit, bei einer allfälligen Ablehnung nochmals an den VA zu gelangen. Dieser soll m. E. in solchen Streitfällen uneingeschränkt direkter Ansprechpartner sein. Das Procedere soll auch unabhängig vom Versicherungsstatus des Patienten vor sich gehen, da die WZW-Kriterien im Zusatzversicherungsbereich genauso ihre Gültigkeit haben sollen. Über Sinn und Unsinn einer Begrenzung der Kostengutsprache darf man geteilter Meinung sein. Und das Bazarerlebnis, das Herr Gächter beschreibt (Antrag zehn Tage, Sachbearbeiterin hält vier Tage für genügend), ist nicht nachvollziehbar. Aber hat es sich wirklich so zugetragen?

Ad 4: Es besteht kein dünnes Netz an Vertrauensärzten. Die Schweizerische Gesellschaft der Vertrauensärzte (SGV) [10] umfasst derzeit gegen 350 Mitglieder, von denen ungefähr 150 in der OKP gemäss KVG tätig sind, die andern mehrheitlich im VVG (Lebensversicherer, Taggeldbereich) bzw. in der IV oder als beratende Ärzte von Firmen. Gegen 200 davon sind Träger des FMH-Fähigkeitsausweises Vertrauensarzt. Den Vertrauensärzten ihre Unabhängigkeit [11] abzusprechen und sie als Feigenblätter der Krankenkassen zu bezeichnen, ist unsachlich.

Ad 5: Zur rhetorisch gestellten Frage, wer die Verantwortung trägt: klar der behandelnde Arzt. Und sollte etwas verweigert werden (z.B. die Kostengutsprache für stationäres Vorgehen oder der anschliessende Rehabilitationsaufenthalt), so muss er, wenn er die Behandlung nicht mehr verantworten kann, diese ablehnen oder der Patient verlangt eine Verfügung. Dass, wie es Herr Gächter nennt, Subalterne solche Entscheide fällen, ist mir nicht bekannt.

Die Schlussbemerkungen dürfen auch nicht so widerspruchlos stengelassen werden. Vor 13 Jahren musste ein damals 66jähriger Patient von mir eine TP wechseln lassen (wegen Lockerung): Hospitalisationsdauer im Kantonsspital Winterthur 12 Tage. Kein anschliessender stationärer Rehabilitationsaufenthalt. Von 4 bis 6 Wochen war schon damals nicht mehr die Rede. Und eine ambulante Rehabilitation (wohnt fern im Kurort, Aufenthalt jedoch nicht in der Klinik, sondern im Hotel) wird beim Privatpatienten grösstenteils von der Versicherung berappt (im Gegensatz zum nur allgemein Versicherten).

Ich verstehe durchaus, dass ein Teil der Ärzteschaft verärgert und frustriert ist. Dies soll uns aber nicht davon abhalten, in gegenseitigem Respekt zu diskutieren. Dass letzterer häufig auch auf Versichererseite fehlt, ist genauso zu bedauern.

*Dr. med. Jürg Zollikofer,
Präsident der Schweizerischen Gesellschaft
der Vertrauensärzte, Ossingen*

- 1 Zollikofer J. Fähigkeitsausweis Vertrauensarzt. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(24):1267-9.
- 2 Joller R. Fähigkeitsausweis Vertrauensarzt: Ein weiterer Schritt zur Erosion des Patientengeheimnisses? Schweiz Ärztezeitung 2003;84(42):2187.
- 3 Zollikofer J. Replik. Schweiz Ärztezeitung 2003; 84(42):2188.
- 4 KVG, Art. 57: Vertrauensärzte.
- 5 Vertrauensarztvertrag vom 14. Dezember 2001.
- 6 KVG, Art. 32: Leistungen müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein.
- 7 Art. 8 Vertrauensarztvertrag: Datenweitergabe vom Vertrauensarzt an den Versicherer.
- 8 Art. 10 Vertrauensarztvertrag: Paritätisches Gremium.
- 9 Vergütungspflicht der oblig. Krankenpflegevers. (OKP), Anhang 1 der Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV.
- 10 www.vertrauensaeerzte.ch.
- 11 Art. 57, Abs. 5, KVG.



Die Zeitschrift «Beobachter» sucht junge Patientinnen

Unter www.lilli.ch fand ich folgende Aufforderung: «Die Zeitschrift «Beobachter» sucht für einen Artikel junge Patientinnen und Patienten, die von einem Arzt oder Psychiater sexuell belästigt worden sind. Absolute Vertraulichkeit ist gewährleistet, im Artikel werden Betroffene nur anonym erwähnt. Bitte melden bei Beobachter-Redaktor Thomas Grether (thomas.grether@beobachter.ch).»

Die Hetzkampagne gegen uns Ärzte schreckt auch beim «Beobachter» vor keiner Schranke zurück. Die erwähnte Webseite ist eine Site für junge Frauen und thematisiert Sexualität und sexuelle Gewalt. Es werden also junge Patientinnen gesucht, die anonym ihren Arzt und dadurch die ganze Ärzteschaft verurteilen und beschimpfen können. Eine objektive Kontrolle der Aussagen ist bei dieser absoluten Vertraulichkeit kaum gewährleistet und öffnet das Tor für Lügengeschichten nach der Devise: Es bleibt immer etwas hängen.

Dr. med. Joseph Zihlmann, Villars-sur-Glâne



In eigener Sache

Zwar habe ich auch früher das «Gelbe Blatt» regelmässig gelesen, doch die qualitative Verbesserung ist gegenüber früher unübersehbar. Dies ist zweifellos das Verdienst des seit etwa acht Jahren erfolgreich tätigen Chefredaktors [1]. Wohl sind auch die Leistungen des Redaktionsteams wichtig, und ich persönlich habe ebenfalls die Beiträge über Kunst und diejenigen von E. Taverna und anderen (z.B. Gurtner) sehr geschätzt. Herrn Kollegen M. Trutmann sei für seine hervorragende Arbeit im Dienst der schweizerischen Ärzteschaft sehr herzlich gedankt; ich wünsche ihm für seine weitere berufliche Tätigkeit viel Freude und Erfolg.

Dr. med. M. Baur, Basel

- 1 Trutmann M. In eigener Sache. Schweiz Ärztezeitung 2005;86(11):659.