



Wieder einmal:

Die Rolle des Vertrauensarztes

Patient, 26jährig, in psychiatrischer Behandlung seit acht Jahren nach längerem Klinikaufenthalt, Diagnose Schizophrenie, Dauerbehandlung mit Neuroleptika. In meiner Behandlung seit November 2004, bis jetzt 25 Konsultationen, Dauer zwischen 30 und 60 Minuten, macht im Durchschnitt etwa eine Konsultation alle zwei Wochen. Ich erhalte einen Brief der Krankenkasse, in welchem ich orientiert werde, dass die zu übernehmenden Kosten für psychotherapeutische Behandlungen in der Krankenpflegeleistungsverordnung geregelt sind, und dass die Übernahme von zukünftigen Konsultationen nur erfolgen kann, wenn der Vertrauensarzt weitere Behandlungen befürwortet. Kopie an den Patienten – löst bei diesem grosse Verunsicherung aus. Ich schreibe einen ausführlichen Bericht, in dem ich darauf hinweise, dass es sich nicht um eine «psychologische» bzw. psychotherapeutische Behandlung, sondern um eine integrierte psychiatrische Behandlung bei einer Schizophrenie handelt und dass der Patient eine Dauertherapie mit Neuroleptika hat. Für solche Behandlungen trifft bekanntlich die Beschränkung der Anzahl Konsultationen nicht zu. Antwort: «Betrifft Psychotherapie bei [...]. Nach Überprüfung der Sachlage durch unseren vertrauensärztlichen Dienst empfiehlt dieser, die Kosten der integrierten psychiatrischen Behandlung im bisherigen Rahmen bis 31.12.2006 zu übernehmen. Sollte die Therapie nach dem 31.12.2006 weitergeführt werden, bitte wir Sie uns vor Ablauf der Frist einen ausführlichen Arztbericht zukommen zu lassen. Ohne Ihren Bericht müssen wir eine Übernahme ab 1.1.2007 ablehnen.» Kopie an den Patienten – weitere Verunsicherung. Einen Monat später musste ich ihn in die Klinik einweisen.

Ich stelle fest:

- Der vertrauensärztliche Dienst hat keine Ahnung von psychiatrischen Behandlungen. Behandlungen eines chronisch schizophrenen Patienten werden als «psychologische Behandlungen» klassifiziert bzw. als psychotherapeutische Behandlungen mit beschränkter Anzahl Konsultationen, für deren Weiterführung eine ausführliche Begründung erforderlich ist.
- Der ausführliche schriftliche Bericht an den Vertrauensarzt (mit Namen) wird von einer Sachbearbeiterin «nach Rücksprache mit dem vertrauensärztlichen Dienst» beantwortet.

- Meine Beschwerden über die falsche Beurteilung des Falles («psychotherapeutische Behandlung») werden wiederum «nach Rücksprache mit dem vertrauensärztlichen Dienst» beantwortet. Der Entscheid wird nicht geändert.
- Nach Insistieren meinerseits erhalte ich Telefonnummer und Praxisadresse des Vertrauensarztes und stelle fest, dass es sich um einen Gynäkologen handelt. Die Krankenkasse schreibt, dass die Akten dem Vertrauensarzt übergeben werden und dieser sich «nach dem Aktenstudium» bei mir melden wird. Ich entnehme dieser Formulierung, dass der Vertrauensarzt zum ersten Mal von diesem Fall hört.
- Der Vertrauensarzt meldet sich nicht. Nach sechs Wochen versuche ich dreimal, ihn telefonisch zu erreichen. Beim vierten Mal vereinbare ich mit der Praxisassistentin, die Mitleid mit mir hat, eine günstige Zeit, in welcher er sich bei mir melden wird («hier hat er Zeit, und ich schreibe es in seiner Agenda ein»). Ich warte vergebens auf einen Anruf. Inzwischen ist mehr als ein Monat vergangen.

Frage: In was für einem Sumpf bewegen wir uns hier? Herrn Kollege Zollikofer, Präsident der Schweizerischen Gesellschaft der Vertrauensärzte, ist nicht bekannt, «dass Subalterne solche Entscheide fällen» [1] und: «Vertrauensärzten ihre Unabhängigkeit abzuspochen und sie als Feigenblätter der Krankenkassen zu bezeichnen, ist unsachlich». In welcher Welt lebt Kollege Zollikofer? Glaubt er wirklich, dass der oben erwähnte Fall eine Ausnahme ist?

Kürzlich erhielt ich bei einer neuen Patientin nach vier (4) Konsultationen eine Aufforderung der Kasse, bei einer Weiterführung der Psychotherapie diese in einem ausführlichen Bericht an den Vertrauensarzt zu begründen. Mit Kopie an die Patientin, selbstverständlich. Die Patientin kam zu mir zur psychiatrischen Beurteilung und Optimierung der Pharmakotherapie. Derart unseriöse Aktionen der Krankenkassen zielen offensichtlich darauf hin, Patienten zu verunsichern. Hier besteht dringender Handlungsbedarf. Die beschriebenen Fälle dürfen nicht zum Normalfall werden. Die Rolle des Vertrauensarztes der Kasse gegenüber muss klar definiert sein. Die Schweizerische Gesellschaft der Vertrauensärzte ist gefordert. Ich freue mich auf eine Antwort.

Prof. Dr. med. Konrad Michel, Thun

1 Zollikofer J. Replik. Schweiz Ärztezeitung 2005; 86(22):1336-7.

Replik

Der geschilderte Fall ist ein Musterbeispiel für ein Vorgehen, wie es eben nicht ablaufen sollte. Genauso wie bei Leistungserbringern passieren leider auch bei den Versicherern zuweilen Fehlleistungen. Dass der betreffende Vertrauensarzt in dieser Situation aber den Kontakt nicht von sich aus sucht, ist nicht nur ungeschickt, sondern auch unkollegial. Kollega Michel hätte hier aber bereits die erste Gelegenheit gehabt, mich aus der von ihm erwähnten Replik [1] zu zitieren: «Dieser [gemeint der VA] soll m.E. in solchen Streitfällen uneingeschränkt direkter Ansprechpartner sein.»

Die anschliessende Frage von Kollega Michel besteht nun, wie oben nachzulesen, gerade aus mehreren als Fragen bezeichneten m.E. eher mehr emotionalen denn sachlichen Folgerungen. Und das von ihm angeführte Zitat: Zollikofer ist nicht bekannt, «dass Subalterne solche Entscheide fällen» [1], bezieht sich auf die konkrete Ablehnung einer Kostengutsprache für eine Hospitalisation (Rehabilitation nach Hüft-TP).

Mit Genugtuung nehme ich zur Kenntnis, dass einiges von der Schweizerischen Gesellschaft der Vertrauensärzte (SGV/SSMC) erwartet wird. Gerne erwähne ich einmal, was bezüglich Psychiatrie in letzter Zeit gegangen ist und was z.Zt. geht. Der Jahreskongress 2005 der SGV stand unter dem Titel: Psychiatrie. Einer der im Verteiler von Kollega Michel erwähnten Leserbriefempfänger war einer der Referenten. Zudem finden derzeit Gespräche statt zwischen der SGV und der Fachgesellschaft der Psychiater mit u. a. dem Ergebnis, dass zukünftig auf das routinemässige Einholen der Berichte im Zusammenhang der 60-Stunden-Regel verzichtet, dass vielmehr nur noch gezielt der Bericht verlangt werden und dass eine Holschuld der Versicherer und nicht eine Bringschuld der Therapeuten stipuliert werden soll. Zudem darf ich noch darauf hinweisen, dass das Kapitel Psychiatrie im «Manual der Vertrauensärzte» derzeit für die 3. Auflage vom Präsidenten der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie bearbeitet wird.

Ich schliesse mit meinem Ceterum censeo: Fehlleistungen passieren hüben wie drüben. Daraus Pauschalurteile abzuleiten, ist wenig sachdienlich.

*Dr. med. Jürg Zollikofer,
Präsident SGV/SSMC, Ossingen*

1 Zollikofer J. Replik. Schweiz Ärztezeitung 2005; 86(22):1336-7.



Verwirrung in der Brustkrebsinfo

Das Mammographie-Screening hat sich nicht so bewährt, wie die Krebsliga schreibt [1]. Auch in dieser Zeitschrift wurden kritische Stimmen sogar im Editorial laut [2]. Und zumindest eine Metaanalyse, die die Screening-Mammographie als ungerechtfertigt bezeichnet, wird von der Krebsliga bewusst verschwiegen – warum? [3]. Das zweite Thema der Krebsliga im InfoMonat Brustkrebs – die Hormontherapie – wird ebenso ungenau an die Frau gebracht. Die Krebsliga setzt eine kombinierte Östrogen-Gestagen-Substitution (HRT) in der Menopause einer Östrogen-Monotherapie (ERT) gleich. Aber HRT ist nicht gleich ERT, wie die randomisierte, doppelblinde, placebokontrollierte WHI-Studie an >10 000 hysterektomierten Frauen zeigte [4]: «Results: [...] Estimated hazard ratio [...] for CEE vs placebo for the major clinical outcomes available through February 29, 2004 (average follow-up 6.8 years), were: [...] breast cancer, 0.77 (0.59–1.01) with 218 cases; [...]. Conclusion: [...] A possible reduction in breast cancer risk requires further investigation.» Nicht nur auf hysterektomierte Frauen lässt sich diese Erkenntnis einer um 23% tieferen Brustkrebsrate unter ERT (allerdings statistisch nicht signifikant) anwenden, sondern auch auf die stark zunehmende Zahl von Frauen mit einer intrauterinen Mirena, die ohne zusätzliches Brustkrebsrisiko in der Menopause mit einer ERT behandelt werden dürfen. Die Krebsliga äussert sich inkonsistent zur Expertenmeinung in der Schweiz, in deren Expertenbrief («gynécologie suisse» [5]) nachzulesen ist: Die Resultate von WHI und HERS dürfen nicht auf Frauen mit früher (40–50 Jahre) oder vorzeitiger (<40 Jahre) Menopause sowie auf symptomatische peri- und frühpostmenopausale Frauen mit zeitgerechter Menopause übertragen werden.

Alles klar? Aufklärung und Beratung zur Screening-Mammographie, wie sie sein sollte, finden Sie unter: www.mammographie-screening-online.de.

Dr. med. Daniel Brügger, Laupen

Literatur (Verwirrung in der Brustkrebsinfo)

- 1 Krebsliga Schweiz. Oktober 2005: InfoMonat Brustkrebs. Schweiz Ärztezeitung 2005;86(40):2288.
- 2 Mühlhauser I. Mammographie-screening. Schweizerische Ärztezeitung 2001;82(12):571-2.
- 3 Gotzsche PC, Olsen O. Is screening for breast cancer with mammography justifiable? Lancet 2000;355:129-34.
- 4 Anderson GL, Limacher M, Assaf AR, Bassford T, Beresford SA, Black H, et al; Women's Health Initiative Steering Committee. Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy: the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA 2004; 291:1701-12.
- 5 www.sgvg.ch/D/intern/expertenbriefe/default.asp.



Politique de santé: oui à des démarches basées sur la réalité plutôt que sur l'idéologie

Plus que jamais, le système de santé suisse a l'allure d'un bateau ivre. Ou disons que ses multiples capitaines s'avèrent incapables de lui faire adopter une vitesse de croisière dans une direction claire: celle de soins de qualité fournis de manière économique au sein d'un système dont les différentes parties collaborent selon des «articulations» rationnelles et dans une ambiance de bonne compagnie. Ceci pour des raisons compréhensibles, compte tenu des grandeurs (vieillissantes) et des rigidités du fédéralisme suisse, et aussi pour de nettement moins bonnes raisons. Je me suis beaucoup intéressé au fonctionnement de notre domaine au cours d'une carrière de santé publique. Devant tant d'efforts en vain, au cours de décennies, pour promouvoir les adaptations permettant de maîtriser une situation qui continue manifestement à nous échapper, la résignation pointe son nez – c'est un euphémisme. Qui croit encore à une reprise en mains concertée de l'ensemble du domaine? Qui croit que ce qu'on appelle gracieusement les partenaires se résoudront à aller au-delà de la défense d'intérêts propres et «baronnies» diverses, pour œuvrer dans l'intérêt général des sept millions de résidents du pays?

Dans ce contexte d'espairs déçus et d'ingouvernabilité, et malgré son titre du style «plus ça change, plus c'est la même chose», l'éditorial du président de la FMH dans le n° 39 du BMS [1] m'a paru un relatif rayon de soleil ... Propos courtois mais ferme et qui ne craint pas de dire que l'Empereur est nu. Par exemple, en ce qui concerne le modèle actuel de fixation des primes d'assurance-maladie. Il est bon de voir le responsable de notre corporation écrire: «Il est évident que le niveau des cotisations, avec son «flat rate» cher aux fiscalistes néolibéraux, n'est plus défendable depuis longtemps.» Sans que cela puisse être une panacée, adopter un modèle où les primes sont liées au revenu est une première mesure nécessaire, dans l'optique d'entamer d'autres réformes dans une ambiance tant soit peu rassérénée, constructive. Depuis une dizaine d'années, les partis du centre-droit (auquel j'appartiens) se contorsionnent pour expliquer qu'il n'est pas judicieux de modifier le système actuel de la prime par tête ... En s'échinant à le rafistoler avec ce que Jacques de Haller appelle une «gymnastique de subventions et d'allocations de toutes sortes». A la différence de qui valait il y a 50 ans – ou de ce qui vaut aujourd'hui encore outre-Atlanti-

que –, chacun admet (y compris sur la droite de l'éventail politique) qu'il y a un droit de chacun, chez nous, de recevoir des soins de santé de bonne qualité sans discrimination par la capacité financière. Si c'est un droit reconnu, il est simplement logique de tenir compte du revenu dans la fixation des primes. C'est sûrement l'avis de bon sens d'une majorité de la population. Pour des raisons idéologiques insuffisamment pertinentes, on tempore encore et encore, tout en complexifiant au-delà du raisonnable les mécanismes de soutien aux personnes et familles financièrement faibles.

Savoir changer d'avis quand la réalité le demande est une vertu, pas une faiblesse. On aimerait croire au miracle de l'élargissement des points de vue des partenaires, qui les ferait répondre de manière franche, et impérativement innovatrice, aux propos du président de notre fédération. Je ne méconnais pas du tout le possible/probable caractère interminable des travaux à réaliser. Mais l'émergence d'une nouvelle énergie, d'une détermination à réfléchir et agir dans une perspective de «salut public», est-elle inimaginable?

Dr Jean Martin,

ancien médecin-cantonal vaudois, Echandens

1 de Haller J. ... et ça recommence! Bull Méd Suisses 2005;86(39):2213-4.



Alte Zöpfe – beibehalten oder reformieren?

Im vergangenen Monat habe ich Post von der FMH erhalten. Einmal mehr schwante mir Unangenehmes – dies aus einschlägiger Erfahrung: Post von der FMH ist immer mit Arbeit und Ärger verbunden: Neue Formulare ausfüllen, Mitteilungen über irgendwelche Sonderbeiträge zum üblichen FMH-Jahresbeitrag, sonstige unangenehme Mitteilungen.

Diesmal durfte ich erfahren, dass ich in der falschen Basisorganisation sei, nämlich im VSAO. Da ich als selbständig erwerbende Belegärztin in einem Privatspital arbeite, ist der VSAO nicht meine richtige Basisorganisation, und ich muss in die kantonale Ärztesgesellschaft eintreten, um weiterhin meine FMH-Mitgliedschaft behalten zu können.

Diese freundliche Mitteilung hat bei mir einige kritische Fragen ausgelöst. Ich verstehe, dass der VSAO in meiner beruflichen Situation nicht mehr die richtige Basisorganisation ist (empfinde aber eine grosse Solidarität ihm gegenüber, da er für mich und viele andere einiges getan und

bewegt hat, als ich noch in einer anderen beruflichen Situation war). Ich frage mich aber, ob die Kantonale Ärztesgesellschaft die richtige Basisorganisation für jemanden ist, der zwar auf dem Papier eine eigene Praxis hat, damit er freiberuflich tätig sein kann, de facto aber als Anästhesistin keine Praxis führt; meine Tätigkeit findet ausschliesslich im Operationssaal statt – mit einer geringfügigen Ausnahme: Sprechstunde für präoperative Abklärungen.

Vielleicht liege ich mit meiner Ansicht, dass die Kantonale Ärztesgesellschaft vorwiegend die Allgemeinpraktiker vertritt, völlig falsch. Ich lasse mich gerne eines anderen belehren. Die regelmässigen Publikationen, die man als Mitglied dieser Gesellschaft erhält, haben diesen Eindruck bestärkt. Es hat selten eine Information darin, die für mich wirklich relevant ist. Fazit: Die Kantonale Ärztesgesellschaft ist für mich auch nicht die Basisorganisation, durch die ich mich richtig vertreten fühle. Ich bin überzeugt, dass ich mit dieser Ansicht nicht allein dastehe. Es ist für mich auch nicht verständlich, warum ich nur Mitglied der FMH sein kann, wenn ich eine mir nicht dienende Zwangsmitgliedschaft in einer mir aufoktroierten Basisorganisation habe, zu der ich keinerlei Beziehung habe.

Ich erlaube mir deshalb, im Rahmen der Strukturreform der FMH die Frage zu stellen, ob es nicht dringend nötig wäre, über die Basismitgliedschaft der FMH nachzudenken und den Ring etwas weiter zu ziehen und z. B. auch eine Schweizerische Belegärztervereinigung oder eine Vereinigung Leitender Spitalärzte oder die verschiedenen Fachorganisationen als Basisorganisation zu akzeptieren. Die FMH soll doch schlussendlich unsere Dachorganisation sein, zu der wir alle stehen können und in der wir uns als einzelner Arzt in seinem entsprechenden fachlichen und beruflichen Umfeld durch die uns entsprechenden Organisationen repräsentiert fühlen.

Als Fussnote ist anzuhängen, dass die meisten von uns Ärzten aus fachlichen Gründen bei diversen Gesellschaften und Vereinigungen Mitglied sind und dass man irgendwann einmal die Beträge zusammenzuaddieren beginnt, was diese «Mitgliedschaften» kostet. Da kommt manchem das Staunen – und die Frage soll im Raum stehenbleiben, bei welcher anderen Berufsgruppe ebenfalls ein solches Virus grassiert. Auf alle Fälle fragt man sich zu Recht, welche Mitgliedschaften man eigentlich braucht und würde diese Plethora gerne auf das nötige Minimum beschränken, m. a. W. auf Organisationen, durch die man sich vertreten fühlt und die ganz konkret auch etwas für einen tun. Ich bin auf eine anregende Diskussion gespannt!

Dr. med. Lotti Amstein, Burgdorf



Abgeltung elektronischer Datentransfer

Eigentlich würde man Hans Heinrich Brunner, Vizedirektor BAG, logisches Denken zutrauen. Offenbar ist ihm dieses im BAG abhandeln gekommen.

Es kann gut sein, dass der elektronische Datentransfer in die TL-Grundleistungen eingerechnet wurde. Nur galt damals ein Taxpunktwert von Fr. 1.–. Selbstverständlich liefern wir bei diesem TP-Wert die Daten gratis!

Nun ist die Situation anders, wir haben einen tieferen Wert, und zudem gilt ein Globalbudget mit dem Kostendach eines Jahres noch ohne elektronischen Datentransfer. Beim elektronischen Datentransfer handelt es sich also klar um eine neue nicht abgegoltene Leistung. Es gibt nur zwei Möglichkeiten: Anheben des TP-Wertes oder Vergüten der einzelnen Rechnung zu den anfallenden Kosten.

Wir dürfen hier auf gar keinen Fall nachgeben.

Dr. med. Jürg Rufener, Interlaken



An 1. Getaufte und 2. Familienprotagonisten (Abstimmung vom 27. 11. 2005)

ad 1: Zur Erinnerung der Text des 4. Gebotes, 5. Mose 13–14 (gekürzt): «Sechs Tage sollst du arbeiten und all dein Werk tun; aber der siebente Tag ist ein Ruhetag, dem Herrn, deinem Gott, geweiht; da sollst du keine Arbeit tun.»

Interessant ist, dass bereits einmal während der Französischen Monarchie und dann später im Kommunismus nach der Oktoberrevolution die Woche von sieben auf zehn Tage verlängert wurde. Vermutlich auch aus wirtschaftlichen Gründen. Beide Versuche sind gescheitert. Offenbar war es unerträglich!

ad 2: Wenn man schon landauf und landab die Familie wieder ins Zentrum des Lebens stellen will, gehört unabdingbar ein definierter Tag dazu, an dem man die Gemeinschaft planen und leben kann! (Dass es Tätigkeiten gibt, die trotzdem geleistet werden müssen, bleibt unbestritten.)

«Ist denn alles unnütz, was uns nicht unmittelbar Geld in den Beutel bringt, was uns nicht den allerhöchsten Besitz verschafft?» (J. W. Goethe)

Dr. med. K. Müller, Thalwil