



### Pub à la une!?

Bien que connaissant la nécessité de la publicité pour imprimer le journal à un prix abordable, est-il nécessaire d'accepter de couvrir la première page avec une pub Sortis ou Arimidex qui émanent des plus grandes firmes mondiales? La publicité interne aux pages ne devrait-elle pas suffire?

Pour ma part je vois comme une pression-manipulation le fait de devoir lire absolument le mot SORTIS ou autre avant de réaliser qu'il s'agit du *Bulletin des médecins suisses*, c'est-à-dire le *nôtre*, ou PrimaryCare, le mien du généraliste, et suis prêt à payer un peu plus la cotisation FMH pour financer un bulletin plus neutre.

*Dr P. Gachoud, Marly*



### «Erfahrungsbonus» im TARMED [1] und Antwort Kappeler [2]

Wenn gewisse Dinge immer wieder falsch unter die Ärzte gebracht werden, muss es wohl auch Leute geben, die immer wieder dagegenhalten. Das stete Wiederholen falscher Aussagen macht sie noch lange nicht richtig. Es wird in alle Ewigkeit falsch sein zu sagen, dass die Minutage einer Leistung ein Maximalwert ist. Erstens war dies in allen Expertengesprächen auf beiden Seiten der Delegationen (Ärzte/Versicherer) – sogar unter HHB – nie so gemeint, und zweitens ist diese kurzsichtig-beschönigende Manipulation schlichtweg katastrophal für den Rest der Tarifstruktur, die man für das Leben nach der Kostenneutralität noch retten könnte: Die Minutage ist ein Durchschnittswert, der absolut unterschritten werden kann, wenn der Betreffende besser als der Durchschnitt ist.

Ausreisserpositionen sollen identifiziert und selektiv korrigiert werden! Ist denn das bei den Riesendatensammlungen unserer TrustCenter und der Versicherungen so schwer?

*Dr. med. Hans-Robert Naef, Luzern*

### Replik

Die in den einzelnen TARMED-Positionen verankerte Minutage ist effektiv ein normativ festgelegter Parameter und entspricht keineswegs einer Maximalzeit. Die Ärzte, welche schneller arbeiten als tarifarisch festgelegt, haben dement-

sprechend einen «Zeitbonus» bei schwierigen Fällen oder falls langsamer gearbeitet wird.

Die Korrektur von Ausreisserpositionen ist wünschenswert. Aber nicht nur, wie die Kostenträger es sehen, in den Positionen, bei welchen die Minutage zu hoch angesetzt worden ist. Es soll eine faire Gesamtrevision angestrebt werden.

*Dr. med. Jacques-Henri Weidmann,  
FMH Tarifiedienst*



### Teure Medizin? Teure Schweiz!

Vor kurzem habe ich für ein elektronisches Gerät, das ich für meinen Operationssaal brauche, eine Offerte verlangt. Die gut 4800 Franken (inkl. Schweizer MwSt.), die der Apparat in der Schweiz kosten sollte, schienen mir reichlich viel, denn ich hatte festgestellt, dass er in Deutschland für knapp 1750 Euro (etwa 2650 Franken, inkl. deutscher MwSt. von 16%!) zu haben war. So kaufte ich das Gerät ganz einfach ein paar hundert Kilometer weiter nördlich, wo es inkl. offizieller Einfuhr in die Schweiz und Bankgebühren auf 2500 Franken zu stehen kommt, also etwa die Hälfte des Schweizer Preises.

Es handelt um ein Gerät, das in den USA hergestellt wird. Es muss also auch nach Deutschland importiert werden. Zudem benötigt es keinerlei Installation, sondern wird einfach angestellt und gebraucht. Der Dienstleistungsaufwand des Lieferanten ist also minimal, und bei den angegebenen Preisen handelt es sich um die effektiven Kosten des Gerätes. Ich kann deshalb wirklich nicht verstehen, warum ich in der Schweiz fast doppelt soviel bezahlen müsste, und der Entscheidung, in Deutschland einzukaufen, ist mir eigentlich ganz leichtgefallen.

Muss ich deshalb ein schlechtes Gewissen haben? Gefährde ich mit meinem Verhalten kostbare Arbeitsplätze in der Schweiz? Sicher nicht! Der Mehrpreis ist nämlich in keiner Weise durch einen effektiven, in der Schweiz produzierten Mehrwert verursacht, sondern durch Preisbindungen, zu kleine Märkte, Handelshindernisse und kartellartige Absprachen. Ich bin viel eher überzeugt, dass ich meine mir «teure» (!) Schweiz über kurz oder lang mehr gefährde, wenn ich solche unrealistische Preise akzeptiere. Unser Land wird zugrunde gehen, wenn wir nicht international konkurrenzfähig bleiben. Teurere Preise dürfen nur durch einen effektiven Mehrwert bedingt sind und nicht durch isolationistisches Verhalten.

1 Bühler A. Der Mythos des «Erfahrungsbonus» und die Geprellten. *Schweiz Ärztezeitung* 2005;86(9): 511.  
2 Kappeler O. Replik. *Schweiz Ärztezeitung* 2005;86(9):512.

Nun ist Wirtschaftspolitik nicht mein Beruf, und ich will mich auch nicht länger über diese Dimension des Problems äussern. Was aber die Medizin angeht, so sind derart hohe Preise ein wichtiger Faktor für unsere Gesundheitskosten, sicher bedeutender als ein uns Ärzten immer wieder vorgeworfenes unwirtschaftliches Verhalten.

*Claude Oppikofer, Montreux*

PS: Habe ich da der Anekdote zuliebe einen krassen Einzelfall herausgepickt? In der gleichen Woche musste ich die Batterie eines Monitors im Operationssaal ersetzen (ein ganz gewöhnlicher Akku, der mit der Post geliefert und ins Gerät eingesetzt wird). Angebot des Schweizer Lieferanten: 565 Franken (inkl. MwSt.). Per Internet aus Deutschland (inkl. MwSt. und Versand): 170 Euro (255 Franken). Wo habe ich wohl bestellt?



#### **Das Ansehen nicht nur der FMH steht auf dem Spiel**

Der Bericht über die Komplementärmedizin (KM) von Herrn Prof. Geiser [1] lässt mich nur den Kopf schütteln. Mit seiner Wortwahl (Magie, geistheilerische «follies», Irrwege, Torheiten, Leerlauf, Ausbeutung, Schildbürgerstreich, Phantastereien) hat er sich selbst diskreditiert, direkt ins Abseits manövriert und lediglich allen, aber wirklich allen bewiesen, dass er überhaupt keine Ahnung von KM hat. Schändlich für einen habilitierten Kollegen, der eigentlich «open-minded» sein sollte. Herr Prof. Geiser, Sie hätten fairerweise auch schreiben sollen, dass Sie es bevorzugen, den vielen «fantastischen» evidenzbasierten Studien Folge zu leisten (z.B. Vioxx?), und auch, dass Sie als Gutachter tätig sind (welcher Krankenkasse wollten Sie mit Ihrem abschätzigen Bericht einen Gefallen tun?). Doch wie sagte schon Sir William Osler: «Je stärker das Dogma, desto grösser die Ignoranz.» Grundsätzlich ist die KM überhaupt kein Problem, weder medizinisch noch finanziell, und es spielt auch keine Rolle, wenn sie im KVG weiterhin abgerechnet werden kann. Auch wenn dies in Zukunft nicht mehr sein sollte ..., die Prämien werden trotzdem steigen, die Taxpunkte fallen, für die Krankenkassen bleiben wir Ärzte immer noch die «Bösen» und für die Politiker auch.

Jene Kollegen, die sich gegen die KM in der Grundversicherung aussprechen, haben schlussendlich eines der drei Probleme:

1. *Unwissen* (schützt vor Torheit nicht). Nach dem Motto «Was der Bauer nicht kennt, frisst er nicht». Scheint wohl bei uns Ärzten auch so zu sein. Aber das ist nicht fair. Entweder man befasst sich mit KM (und allem, was dazu gehört) oder man schweigt.
2. *Angst!* Viele Kollegen haben wohl Angst, dass in Zeiten, die nicht mehr so rosig sind, Patienten plötzlich zum Kollegen abwandern, weil er nicht nur Schulmedizin (SM), sondern eben auch KM anbietet ..., und die Patienten wollen das eben und bewerten die KM mit einer 80%igen Zufriedenheit (da kann die SM nur neidisch werden).
3. *Blauäugigkeit!* Wie schon erwähnt, wer meint, dass, wenn die KM nicht mehr im Grundversicherungskatalog abgerechnet werden kann, der Taxpunktwert weniger schnell runtersaut, der ist eben blauäugig. Das hatten wir schon mal (Urabstimmung TARMED).

Falls wir Ärzte es immer noch nicht begriffen haben: Wir haben unseren Beitrag (TARMED) zur Verbilligung im Gesundheitswesen geleistet, jetzt sind zuerst mal die anderen dran, z.B. die Krankenkassen oder die Pharmaindustrie!!

Anstatt uns um «KM ja oder nein» zu zerfleischen (genau das wollen die Versicherer), sollten wir endlich zusammenhalten, uns respektieren (es ist eine grosse Kunst, etwas zu akzeptieren, auch wenn man es nicht immer versteht) und uns die wirklich wichtigen Fragen im Gesundheitswesen stellen (Braucht es fast 100 Krankenkassen? Wieviel Geld wird dort in die Administration, Werbung, in den Liegenschafts Kauf bzw. in die -renovation gebuttert? Verdient ein KK-Direktor wirklich bis zu Fr. 800 000.– im Jahr? Wo sind eigentlich die sauberen, unabhängig kontrollierten Bilanzen der Versicherer?... und für was sonst noch werden die Prämien gelder missbraucht?).

... und plötzlich ist die KM-Diskussion (wenn's ums Geld geht) nur noch relativ, ein Tropfen auf dem heissen Stein, «Peanuts»!!!

Als Anästhesist bin ich froh um gute Studien, die mir erlauben, auch heikle Patienten so sicher wie möglich durch eine OP zu begleiten. Ich besitze aber auch das Diplom in Neuraltherapie und Akupunktur und habe erstaunlich gute Resultate gesehen, die aber immer individuell zu betrachten sind. Es gibt keine «Evidence-based» in der KM.

*Der Mensch, als Individuum, lässt sich nicht beweisen!*

Es braucht lediglich einen gesunden Menschenverstand, um zu entscheiden, zu welchem Zeitpunkt welche Medizin bei wem angewandt werden soll/kann. Gerade die Schwäche der

1 Geiser M. Das Ansehen nicht nur der FMH steht auf dem Spiel. Schweiz Ärztezeitung 2005; 86(8):470-2.

Schulmedizin ist oftmals die Stärke der KM (z. B. Probleme des Vegetativums). So hat sowohl die Schul- wie auch die Komplementärmedizin ihre Berechtigung, und beide sollten problemlos im KVG abgerechnet werden können.

*Dr. Thomas Berger, Basel*



### Ausstieg aus dem heutigen KVG anstelle der häppchenweisen Symptomtherapie

Die Idee des Kollegen Canonica [1] kann ich nur unterstützen. Das jetzige Flickwerk, welches in regelmässigen Abständen durch Bundesbern weiter zusammenzerpflastert wird und den Namen KVG trägt, ist tatsächlich fernab jeder marktwirtschaftlichen Realität und wird für die Leistungserbringer wie auch die Leistungsempfänger und wahrscheinlich auch Versicherer zunehmend untragbar. In Bundesbern macht sich meines Erachtens auch zunehmend die Angst der Parlamentarier um ihre eigene mögliche Wiederwahl, sprich der Klientelismus breit. Diese Angst drängt die hohen Räte zurück in die Schützengräben, anstatt sie zu einem ausholenden Befreiungsschlag zu motivieren.

Dauernd wird versucht, das Vierecksverhältnis zwischen Staat, Versicherer, Leistungserbringer und Leistungsempfänger am Laufen zu halten. Marktwirtschaftlich ist es am besten, wenn solche polyedrischen Verhältnisse auf eine Zweierpartnerschaft mit klaren Fronten reduziert werden.

Diese Zweierpartnerschaft wird im Modell Canonica zu einem grossen Teil realisiert. Tatsächlich sind nun die beiden wichtigsten Teilnehmer des Gesundheitssystems, nämlich der Leistungserbringer und der Leistungsbezüger, als Partner einer frischen marktwirtschaftlichen Brise ausgesetzt.

Eine andere Idee wäre zusätzlich, dass die jetzigen Krankenkassenprämien, welche sich theoretisch betrachtet aus einem Franchisebetrag, aus einem Niedrigrisikobetrag und einem Grossrisikobetrag zusammensetzen, derartig umgestaltet werden, dass der Patient lediglich seinen Teil Grossrisikobetrag an die Kasse bezahlen muss und die Franchise bzw. die Niedrigrisikobeträge in eine neu massiv erhöhte Franchise einfließen. Damit wären mit einem Schlag die Bagatellkrankungen und auch die Bagatellmedikationen vom Tisch. Kostentreibende Arztbesuche, um ein Medikament doch noch über die Kasse laufen zu lassen, würden somit entfallen. Was

der Leistungsempfänger oder besser -bezüger nicht verbraucht, hat er cash in der Tasche. Braucht er mehr, so kommt zum Beispiel ab Fr. 3000.– kumuliertem Jahresbezug die Grossrisikoversicherung zum Zug. Langfristig sorgt so der Leistungsbezüger im Bagatellbereich selber für möglichst günstige Gesundheitskosten, der Schwerkranke hingegen zahlt auch nicht mehr als heute, ist er doch durch die Krankenkasse solidarisch nach oben abgedeckt. Die Kombination beider Systeme (Modell Canonica und Grossrisikoversicherung flat HIT [Health Insurance Tax]) ist zudem problemlos möglich.

Erfreulich und auf jeden Fall richtig und wichtig ist, dass sich nicht nur Ökonomen, sondern eben auch Leistungserbringer radikal an das Andenken des Undenkbaren im Rahmen der Gesundheitsfinanzierung machen.

*Dr. med. Erich E. Küng, Zürich*



### Strategisches Management im Krankenhaus [2] – so nicht!

Im Divisionsstab haben wir einmal vor der Übungsbesprechung eines wegen schlechter Führung verunglückten Brigademanövers unserem Kommandanten geraten, nur die zwei obgenannten Worte zu sagen. Er hat dann doch eine etwas fundiertere Besprechung verlangt. Deshalb will ich es auch tun.

Ich bin immer tief beeindruckt und fühle mich klein, wenn ich eine Arbeit mit so schönen farbigen Schemen, mit Situationsanalysen, mit Instrumenten zur Unternehmensplanung, mit Balanced Scorecard, was immer das auch sein mag, und angereichert mit den begeisterten Worten Deregulierung, Wettbewerbsvorteile, taktische und strategische Potentiale zur Entwicklung des Krankenhausmanagements lese.

Ich komme mir dann klein vor mit meiner altväterischen Einschätzung der öffentlichen Spitäler, die als Leistungserbringer heute massiv reguliert und reglementiert sind. Meiner Ansicht nach sollte ein Spital patientenorientiert sein, weil sein von der Öffentlichkeit gestellter Auftrag darin besteht, den Kranken, den Leidenden (patientes) nach allen Regeln der Kunst Linderung oder Heilung unter sparsamem Einsatz der Mittel und unter höchstmöglichem Einsatz ärztlicher Kunst zu bringen. Deshalb verschafft man sich im Spital nur Wettbewerbsvorteile durch hohe Menschlichkeit, Patientenzentriertheit und beste Resultate der pflegerischen und ärztlichen

1 Canonica M. Ausstieg aus dem heutigen KVG anstelle der häppchenweisen Symptomtherapie. Schweiz Ärztezeitung 2005;86(9):555-6.

2 Schönenberger M. Strategisches Management im Krankenhaus. Schweiz Ärztezeitung 2005; 86(9):562-73.

Behandlung. Richtig ist, dass jedes Spital besser sein will und soll als das andere, aber nicht mit besserer Hotellerie oder reisserischeren Werbegags oder Verbesserung von modernen Informations- und Kommunikationstechnologien.

Richtig an der Arbeit ist einzig, dass man im Spital auch strategisch denken soll und dass man die Kosten berücksichtigen muss, und das ist ja auch der Grund, warum in unserem Standesblatt ein Ökonom, der von den Patientenproblemen, wie die vorliegende Arbeit zeigt, nur weiss, dass es auf die Patientenzufriedenheit ankommt, zu Worte kommt.

Falsch ist aber Methodisches und die Grundanalyse. Dazu nur einige Beispiele:

- Wer eine empirische Erhebung auf einem Fragebogen aufbaut, der 100 Spitaldirektoren zugesandt wurde und der von 15 beantwortet wurde, macht zwei elementare Fehler: Er meint, gegen alle Regeln der Statistik daraus Schlüsse ziehen zu können, und er meint, die Spitaldirektoren, früher Verwalter, hätten die Kompetenz, über Spitalfragen zu entschei-

den. Zum mindesten hätte er drei Fragebogen schicken müssen, für Verwalter, Ärztlichen Direktor und Pflegedienst.

- Eine Untersuchung der vorhandenen Regulierung im schweizerischen Spitalwesen hätte den Verfasser nicht zum Wunschdenken verleitet, dass die Deregulierung zunehmend sei.
- Die nach Henderson erste Voraussetzung zur Entwicklung einer Strategie, nämlich eine kritische Masse an Wissen, fehlt deshalb bei der Beurteilung der schweizerischen Spitallandschaft.

Wer sich mit der Spitalstrategie befasst, ja befasen muss, kann sicher einige gute Anregungen aus der Arbeit ziehen, aber in einer solchen Strategieanalyse ist die Stimme der Gesundheitsökonom nur ein Puzzle zum Ganzen, so wie in der Medizin die «Evidence-based Medicine» einer der vielen Bausteine zur ganzheitlichen Behandlung eines Patienten ist.

*Dr. Wolf Zimmerli, Oberdiessbach*