



Freie Arztwahl im Spitalbereich [1]

Mit grossem Interesse habe ich das 10-Punkte-Programm der Mehrleistungen der Belegärzte gelesen, die für Privatversicherte einen höheren Tarif rechtfertigen sollen.

Als Grundversorger erfülle ich acht dieser Punkte vollumfänglich, sie sind für meine Arbeit selbstverständlich:

- Ich erbringe meine Leistungen persönlich.
- Ich habe meine Spezialistenausbildung mit dem Facharzttitel FMH Allgemeine Medizin abgeschlossen und bilde mich stetig weiter.
- Ich bin sicher ebenso «permanent» verfügbar wie der Belegarzt, die Patienten/-innen haben einen sehr leichten Zugang zu mir, was eine persönliche therapeutische Begleitung ermöglicht.
- Ich messe den Wünschen der Patienten/-innen hinsichtlich des Ablaufs der Behandlung grosse Bedeutung bei.
- Ich setze die diagnostischen Untersuchungen und therapeutischen Massnahmen ohne Zeitverzug in Gang.
- Ich achte speziell auf den Schutz der Privatsphäre der Patienten/-innen.
- Ich stelle eine transparente Honorarrechnung (soweit eine TARMED-Rechnung als transparent betrachtet werden kann ...).
- Mein allfälliger Stellvertreter erfüllt die gleichen Bedingungen.

Bei zwei Punkten kann ich nicht ganz mithalten:

- Mein Einfluss auf die Warteliste im Spital ist vielleicht nicht gleich gross.
- Ich kann die paritätische Kommission der Zusatzversicherungen leider nicht anerkennen, denn ich bin ihr nicht unterstellt. Alle meine PatientInnen erhalten eine Honorarrechnung zum Grundversicherungstarif. Ich anerkenne aber selbstverständlich die paritätische Kommission für die Grundversorgung.

Fazit: Ich sehe nicht ganz, wo hier Mehrleistungen erbracht werden. Wenn dieses 10-Punkte-Programm über die Zulassung zur Zusatzversicherung entscheiden würde, müssten auch alle Grundversorger ihren Zusatzversicherten Patienten/-innen eine entsprechende Rechnung stellen dürfen ...

Dr. med. Michel Marchev, Safern

1 Burri B. Freie Arztwahl im Spitalbereich. Schweiz Ärztezeitung 2005;86(13):775-6.

PS: Natürlich sehe ich den Unterschied des direkt verantwortlichen Spitalarztes im Gegensatz zur allgemeinen Abteilung. Aber diese zehn Punkte sind für mich als Grundversorger dermassen selbstverständlich, dass mir bisher deren Erwähnung kaum in den Sinn gekommen wäre. Vielleicht hat das mit schlechtem Marketing zu tun?



Wann ist ein Ausländer gut genug? [2]

Als ehemaliger Basler Medizinstudent und jetziger Assistenzarzt und als Schweizer mit kroatischen Wurzeln kann ich die Situation von Frau Dr. Turgul-Özer sehr gut verstehen. Auch ich erhielt in der Vergangenheit oft Absagen auf meine schriftlichen Bewerbungen, wohl deshalb, weil mein Name «ausländisch» klingt. Selbstverständlich würde das niemand zugeben. Wenn ich jedoch die Chance auf ein Bewerbungsgespräch bekam, so wurde ich unter mehreren Kandidaten in 100 Prozent (sic!) der Fälle angenommen, wohl deshalb, weil ich nicht so aussehe, wie man sich einen Kroaten in der Regel vorstellt. Frau Dr. Turgul-Özer ist mit ihren Erfahrungen nicht allein. Ich wünsche mir mehr Offenheit und weniger Vorurteile.

Zoran Jurasin, Biel/Bienne

2 Turgul-Özer A. Wann ist ein Ausländer gut genug? Schweiz Ärztezeitung 2005;86(12):713.



MediData

Kollege Brügger bringt in seinem Leserbrief [3] das komplexe Thema sehr geschliffen, aber nicht auf den Punkt!

Natürlich, Konkurrenz belebt, und niemand möchte die unternehmerische Freiheit missen. Kollege Brügger werden die Rechnungen ja nicht ohne Grund ab Anfang 2005 gratis speditiert. Zuvor wurde eine eDA-Rechnung mit Fr. –.50 Versandkosten belastet, oder mit andern Worten: alleine die Jahreskosten für den Rechnungsversand via mediport wären heute für den durchschnittlichen Hausarzt, ohne die Konkurrenz der TCs, einiges höher als der jährliche Beitrag ans TrustCenter. Man muss die andern Argumente wie Datenparität, Praxisspiegel, Steuerung der Kostenneutralität gar nicht erst bemühen.

Von der Wichtigkeit einer eigenen Datenherrschaft sind möglicherweise nur diejenigen zu überzeugen, welche in ihrer Arbeit auf Datenzugriffe angewiesen sind: Verfügt man nicht selber über die Daten, bekommt man exakt diejenigen, die man braucht, jeweils nicht. Daten sind heute der ganz zentrale Betriebsstoff. Ihr Benzinmotor läuft nicht, wenn Sie Gas geliefert bekommen.

Es ist nicht so sehr das liebe Geld, man wird nicht reich an administrativen Einnahmen – es ist die Macht, die Wirkung, welche man erzielen kann im Besitze der Daten. Es ist bestimmt nicht der Weisheit letzter Schluss, sich da mutwillig auszuschiessen!

Dr. med. Franz Marty, Chur

- 3 Brügger D. MediData – PonteNova – oder Standespolitik und das liebe Geld. Schweiz Ärztezeitung 2005;86(12):714.



Keine Übernahme der Pflegekosten

Das von BR Ruth Dreyfuss durchgebrachte Konzept der obligatorischen Grundversicherung hatte ich seinerzeit gegenüber Patienten verbal unterstützt in der Meinung, die Heimpflegekosten könnten dadurch optimiert werden. Aber das Gegenteil trifft zu: Fr. 7000.– betragen heute die privaten Kosten pro Monat und das in öffent-

lichen Heimen. Heute wird im Pflegefall der Mittelstand ausgepowert und die Angehörigen müssen Haus und Hof verlassen.

Nun sollen die Kassenleistungen noch mehr gekürzt werden, weil ein Ignorant auf die Idee kam, nur noch die Behandlungskosten, aber nicht mehr die Pflegekosten zu übernehmen. Wird also z. B. ein Klistier verordnet, wird dies bezahlt, aber die Reinigung des verschmutzten Patienten und die Bettwäsche nicht. Das Resultat wird einen grösseren administrativen Aufwand bringen, Streitereien, die vom Versicherungsgericht zu beurteilen wären...

Ausgerechnet der Ex-FMH-Präsident, Dr. H. H. Brunner, als willfähriger Handlanger Couchepins, vertritt diese Idiotie in den Medien (siehe Freitags-Arena). Es gäbe andere Lösungen, die aber bis heute nie besprochen wurden: Prämien mit einkommensabhängigen Franchisen ohne Rabatte, oder dann eine zusätzliche Pflegeversicherung, z. B. ab dem 50. Lebensjahr.

Eigentlich müssten nicht nur das Pflegepersonal, sondern auch wir Ärzte auf die Barrikaden steigen wegen des Vertragsobligatoriums, das die Ärzte zu Sklaven der Versicherer degradieren müsste.

Dr. med. R. Aeschbacher, Bolligen



TARMED veraltet? Braucht es eine Revision? [4]

Schwer verständlich, diese «Mechanik», «Eckpfeiler» und wie sie alle noch heissen. Sehr bedenklich, wenn man von einer Persönlichkeit wie F. Bossard, welcher in der ganzen GRAT- und TARMED-Entstehung von Anfang an eng dabei war, hören muss, wie wesentliche Elemente irgendwie zufällig zu einem für gültig erklärten Rechnungsergebnis und Fundament des angeblich betriebswirtschaftlich abgestützten, modernen Arzttarifs geworden ist. Finden sich noch Leute, die eine echte Revision anzupacken gewillt sind, oder müssen wir dieses z. T. schludrig erstellte, halbfertige Tarifgebäude nun über Jahre erdulden?

Dr. med. Adrian Bühler, Spiez

- 4 Bossard F. TARMED veraltet? Braucht es eine Revision? Schweiz Ärztezeitung 2005;86(10):614-8.