

Courrier au BMS



Empfehlungen zu Schutzimpfungen

Zum zweitenmal nun führt eine Empfehlung des Bundesamtes zu einem Engpass in der Versorgung mit Schutzimpfungen. Im Herbst hat die inkonsequente Haltung bei den Empfehlungen zur Grippeimpfung dazu geführt, dass ein Versorgungsengpass mit dieser Vakzine eingetreten ist: zuerst empfiehlt man die Impfung – wie in der Schweiz üblich – nur den alten und kranken Leuten, dann aber im Angesicht der Hühnergrippe bekommt man kalte Füsse und weitet die Empfehlung plötzlich aus. Nun besteht dieselbe Situation bei Zeckenimpfung. Lange Zeit wurde diese Impfung nur für Risikogruppen (Förster, Waldarbeiter) empfohlen. Nun plötzlich sind alle Leute im Risikogebiet gefährdet ... Die Informationspolitik des BAG ist unglücklich und unprofessionell und führt, wie das Beispiel zeigt, zu Angstreaktionen! (quidquid agis prudenter agas et respice finem ...)

Dr. med. A. Stürchler, Utzenstorf



Replik der Medidata AG

Im Leserbrief in der SÄZ Nr. 14 vom 5.4.2006 schreibt Dr. Marmy [1], dass MediData «die Abrechnungsdaten von Ärzten sammle, diese an die verschiedenen Kranken- und Unfallkassen weiterleitet und statistisch auswertet». Dies ist eindeutig falsch!

Richtig ist: MediData AG hat nie irgendwelche Abrechnungsdaten statistisch ausgewertet und wird dies auch in Zukunft nicht machen.

MediData sammelt keine Abrechnungsdaten, sondern transportiert diese vom Leistungserbringer zum Versicherer und kostenlos an alle Trustcenter. MediData unterstützt damit auch

die Datenparität. Im Jahr 2005 waren es einige hunderttausend Rechnungen, die über MediPort an die diversen Trustcenter weitergeleitet wurden.

Daniel Ebner, CEO, MediData AG

- 1 Marmy A. Werbeinserat für MediPort von MediData. Schweiz Ärztezeitung 2006;87(14): 594-5.



Gesundheitsausgaben

Alle Jahre wieder erfahren wir in unterschiedlicher Aufmachung aus unserem Blatt, dass die Schweiz in Sachen Gesundheitskosten hinter den USA an zweiter Stelle (in immer noch schwindelerregender Höhe) steht. Der völlig überflüssige langfädige Kommentar in der Ärztezeitung beschreibt und erläutert die Zahlen, die jeder von uns selber den Tabellen der OECD entnehmen könnte.

Schon vor Jahren habe ich mich bei der scheinbar für uns zuständigen Stelle (nartürlich nicht bei der OECD) erkundigt, wie diese Zahlen denn überhaupt entstanden und wie gewisse Werte zu interpretieren seien. Inzwischen «garantiert» man immerhin, dass die Zahlen kaufkraftbereinigt seien. Viel wichtiger als diese Vergleichswerte unkommentiert zu präsentieren, wäre, der Sache auf den Grund zu gehen und zu erklären versuchen, warum z. B. Finnland, das im Gesundheitsangebot doch sicher nicht hinter uns zurückgeblieben ist, etwas weniger als die Hälfte pro Person auslegt als die Schweiz. Auch müsste man eruieren, warum der Amerikaner, dessen Gesundheitssystem nicht unbedingt den allerbesten Ruf geniesst, pro Kopf 1854 Franken mehr bezahlt als der Schweizer und um die 2900 Franken mehr als die Schweden und die Dänen. Man wird den Verdacht nicht los, dass die jeweiligen Statistiken auf unterschiedlichen Grundlagen beruhen, ja sogar, dass man die Glaubwürdigkeit und Vergleichbarkeit der Zahlen ungestraft anzweifeln darf.

So oder so müsste man meinen, dass eine Analyse der Zahlen durch den Ökonomen mehr bringen würde als die blosse Beschreibung von Tabelleninhalten. Übrigens erhielt ich auf meine seinerzeitige erste diesbezügliche Anfrage den lapidaren, eher ruppigen Bescheid, es würde zu dieser Fragestellung Literatur existieren, die man nachschlagen könne und auf weitere Diskussion sei man nicht bereit sich einzulassen. Soll ich mir nun eine CD kaufen und darin stundenlang nach Antworten suchen oder hat die Ärztezeitung vielleicht Beziehungen zu einem (kompetenteren) Fachreferenten?

Dr. med. Kurt Bösch, Rorschacherberg



Pikante Schlüsse aus den TARMED-Daten

Die Demo am 1. April gab Herrn Kollege Bürke [1] recht: die Grundversorger müssen gegenüber den Spezialisten bessergestellt werden. Darf ich ihm trotzdem in Erinnerung rufen, dass die von ihm den Psychiatern angelasteten «massiven Kostenüberschreitungen» im TARMED eine bewusst angestrebte, abgesprochene und ihnen zugestandene Einkommensverbesserung waren? Und dass die Einkommen der Psychiater immer noch im unteren Bereich von denen der Grundversorger liegen?

Dr. med. Frank Meili, Psychiater, Zürich

- 1 Bürke H-U. Pikante Schlüsse aus den TARMED-Daten. Schweiz Ärztezeitung 2006;87(13):546-7.



Lettre ouverte à Monsieur Jacques de Haller, président de la FMH

Cher Président,

Après cette magnifique journée du 1^{er} avril, vous voilà investi d'un pouvoir politique considérable. Il s'agit maintenant de l'utiliser au mieux des intérêts de tous.

D'abord, posons la bonne question: nos hommes politiques s'acharnent à «lutter contre l'explosion des coûts de la santé». Mais la vraie question est: «comment financer les coûts de la santé».

Les coûts de la santé n'ont jamais «explosé», ils ont augmenté d'env. 5%/an depuis plus de 30 ans. Ce qui a par contre explosé, se sont les primes d'assurance qui deviennent insupportables pour de nombreuses familles (transfert aux caisses-maladies de prestations qui étaient financées avant l'introduction de la LAMal par les pouvoirs publics). Il faut donc trouver une solution pour financer les quelques 54 milliards que coûte la santé en Suisse, ainsi que ses futures augmentations: Voici ma vision:

1. Les frais des hôpitaux publics ainsi que les frais ambulatoires des cliniques privés doivent être pris en charge par les cantons, avec système de compensation intercantonale.
2. Les caisses d'assurance maladie prennent en charge tous les frais de la médecine non hospitalière.
3. Les assurances complémentaires prennent en charge, comme aujourd'hui, les frais d'hospitalisation en clinique privée.

Il convient de dénoncer les effets néfastes qu'a eu l'introduction de la notion de concurrence et des lois de l'économie de marché dans le système de santé, tels que voulues par Mme Dreifuss et M. Couchepin. En effet, il est tout à fait loufoque de mettre des entreprises en concurrence pour un produit identique en tout point. En faisant cela, les assurances d'une part chassent les patients à bons risques, et d'autre part essaient d'obtenir le «produit» le plus avantageux possible, donc de ne sélectionner que les prestataires de soins les meilleurs marché (d'où la volonté de supprimer l'obligation de contracter ...)!

Ensuite, la mission assignée aux caisses maladie de contrôler l'économicité et efficacité des médecins est très peu efficace. Avec l'introduction du TARMED, un moyen bien plus judicieux est à la disposition des politiques. En effet, les centres de confiance permettent d'identifier rapidement les «moutons noirs», puisqu'ils disposent de toutes les données nécessaires et par les autres mesures que vous proposez, Monsieur le président, nous pouvons garantir la bonne qualité des soins prodigués.

L'introduction des lois du marché a eu un autre effet pervers. Appliquant ces lois, les caisses maladie se sont permis d'ajuster la structure de leurs coûts internes, qui de ce fait ont explosé parallèlement aux primes! En effet, le directeur du Groupe Mutuel a affirmé fièrement et publiquement à Montreux que les frais administratifs de son entreprise étaient restés stables (en %!) depuis de nombreuses années. Or durant ce temps, les moyens électroniques ont permis de diminuer sensiblement les coûts de gestion

d'une part, et d'autre part, le chiffre d'affaire des caisses à nettement augmentés. Il ne faut donc pas s'étonner que p.ex. ce même directeur gagne plus de 600 000 francs par année ...

Les caisses maladies doivent redevenir de vraies mutuelles: elles encaissent des primes leur permettant de payer les coûts occasionnés par leurs assurés, *sans devoir constituer un fond de réserve!* Pour compenser les mauvais risques, un fond unique pour toute la Suisse devrait être créé par la Confédération.

Finalement, pour corriger l'échec du TARMED quant à la revalorisation des actes «intellectuels» par rapport aux gestes techniques: il suffirait de moduler de manière intelligente et équitable la valeur du point selon les spécialités ...

Ces idées peuvent paraître irréalistes et utopiques, car elles nécessitent des changements radicaux du système actuel, le patient est gravement malade: seul une opération majeure peut le sauver.

Marc André Weibel, Bière



FMH unterläuft Kernforderungen der Hausärzte

Bezeichnend für die FMH und ihr Verhältnis zu den Hausärzten ist die Titelseite der Ärztezeitung vom 5.4.2006. Hier verweist das offizielle Organ der FMH auf den Paradigmenwechsel in der 5. IV-Revision, auf fragwürdige Heilsversprechungen zur Opioid-Abhängigkeit, auf die Relevanz von D1-Primäreinsätzen und eine ornithologische Reise in den südamerikanischen Urwald. Kein Hinweis auf die Demonstration der Grundversorger vier Tage zuvor auf dem Bundesplatz in Bern. Die FMH lebt in einer eigenen Welt. Von ihr dürfen und können wir keine Hilfe erwarten. Im Gegenteil, sie will und wird uns mit der geplanten Versichertenkarte zu noch mehr bürokratischem Aufwand und neuen Aufgaben zwingen: Indem sie mit Politikern, Krankenkassenvertretern und Spezialisten der Computerbranche bereits das Jawort der Ärzteschaft unter die 2008 geplante Versichertenkarte gesetzt hat, unterläuft die FMH zwei Kernforderungen der Hausärztekundgebung praktisch frontal: 1. die Reduktion des bürokratischen Aufwandes,

damit mehr Zeit für die Patienten bleibt, und 2. die Forderung nach umfassenden Mitspracherechten durch Einbezug in gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse.

Ich habe in der Ärztezeitung vom 1.2.06 zum Projekt Versichertenkarte – analog TARMED – eine Urabstimmung bei allen FMH-Mitgliedern mit selbständiger Praxis gefordert [1]. Direkt auf eine Vernehmlassung oder gar Urabstimmung angesprochen, verwies Kollege L. T. Heuss im Namen der FMH reflexartig wie ein Parteifunktionär auf das Gesetz respektive Parlaments- und Bundesratsbeschluss [2]. Es kam ihm gar nicht in den Sinn, dass das Projekt grundsätzlich hinterfragt werden könnte (Referendum?!). Genau so scheint zurzeit die FMH an ihrer Spitze zu funktionieren: Wie ein Briefträger gibt unsere oberste Berufsbehörde das Projekt Versichertenkarte vom BAG an die Ärzteschaft weiter. Sich in irgendeiner Art für die Basis zu exponieren, sich querzustellen, damit diese Basis an der Front nicht noch mehr Aufgaben übernehmen muss, ist zuviel verlangt von diesen linientreuen Funktionären im FMH-Zentralvorstand.

Liebe Kollegen, es ist Zeit einzusehen, dass wir uns selbst wehren müssen. Die FMH, unsere oberste Berufsbehörde, exponiert sich nicht für uns!

Als erstes schlage ich die Einführung einer Dringlichkeitspauschale (Konsultation am gleichen Tag) im Tarif vor. Des weiteren sollte bei den Versicherern verbindlich erwirkt werden, dass Zusatzkosten bei Einführung der rein administrativen Versichertenkarte über einen höheren Taxpunktwert abgegolten werden.

Gegen die flächendeckende Einführung einer eigentlichen Patienten- respektive Gesundheitskarte mit medizinischen Daten sollte von der SGAM, mit Blick auf den Kostenschub, Datenschutzprobleme, rechtliche Unklarheiten und die grossen Aufwendungen an Zeit, Nerven und Geld in unseren Praxen der Griff zum Referendum erwogen werden. Auch in Holland wurde das Projekt Gesundheitskarte wieder zu den Akten gelegt. Oder wollen wir auf Umwegen lernen?

Dr. med. Beat Meister, Hochdorf

- 1 Meister B. Versichertenkarte: Urabstimmung unumgänglich. Schweiz. Ärztezeitung 2006;87(5):171.
- 2 Heuss LT. Versichertenkarte: Urabstimmung unumgänglich. Replik. Schweiz. Ärztezeitung 2006; 87(5):171.



Cerumen obturans – 500 Franken

Sehr geehrter Herr Dr. Kurth

Wörtlich schreiben Sie [1] in Ihrer Eigenschaft als OA des Spitals Dornach zur Rechtfertigung des Preises von Fr. 500.– zur Entfernung eines Cerumenalpfropfens in einem Bezirksspital: «Die Kollegen im Spital (...) sind für die alltäglichen Bagatellen nicht ausgebildet (...). Sie sind kompetent in der Betreuung spitalpflichtiger, oft schwerkranker Menschen.»

Zu Ihren albernen Vorschlägen zur Lösung des Problems hätte ich ein einfacheres Angebot: Machen Sie es doch wie die Grundversorger, wenn diese sich für nicht mehr kompetent halten: Weisen Sie die Patienten doch zu einem, der kompetent ist. Im Fall eines Cerumen obturans etwa zum Grundversorger. Diese Grundversorger leisten Notfalldienst auch an Donnerstagen und Wochenenden. Haben Sie das gewusst?

*Dr. med. Oswald Schwager,
Hofstetten,
Grundversorger*

- 1 Kurth F. Cerumen obturans – 500 Franken. Schweiz Ärztezeitung 2006;87(13):548.



Cerumen obturans – 500 Franken

Es sei mir gestattet, als Aussenstehender in obiger Angelegenheit in aller Bescheidenheit einen Kommentar zu Ihrem Leserbrief an Dr. Christen abzugeben [1]. Aus Ihren Zeilen darf man wohl schliessen, dass die Ärzte und Ärztinnen unserer Spitäler derart hochspezialisiert sind, dass sie nicht mehr in der Lage sind, die häufigsten/einfachsten Ursachen einer Hörminderung (z.B. Cerumen obturans) festzustellen und zu behandeln. Haben Sie das gemeint? Ich glaube eher, dass ich da etwas grundlegend falsch verstanden haben muss. Ansonsten müsste man ja davon ausgehen, dass wir uns allmählich das Denken und den gesunden Menschenverstand abgewöhnen – Eigenschaf-

ten, die zwar nicht gerade modern, aber für ärztliches Handeln essentiell sind, ob nun spezialisiert oder nicht.

*Dr. med. U. Weber-Mani,
Thun (selbst als Spezialist tätig)*

- 1 Kurth F. Cerumen obturans – 500 Franken. Schweiz Ärztezeitung 2006;87(13):548.



Cerumen obturans – 500 Franken [1]

Als pensionierter Allgemeinpraktiker mit fast 30jähriger Praxiserfahrung habe ich mit ungläubigem Erstaunen davon Kenntnis genommen, dass die Entfernung eines Cerumenalpfropfs unter Spitalbedingungen satte 500 Franken kosten kann (und offenbar auch darf!). Die Replik von Kollege F. Kurth [2] geschieht nach dem Motto «Angriff ist die beste Verteidigung» und schiesst weit über das Ziel hinaus, ausserdem demonstriert seine Entgegnung die Hilflosigkeit eines Assistenzarztes bei einer häufigen und alltäglichen Praxistätigkeit, in diesem Fall bei einer Ohrspülung. Dieses Vorkommnis zeigt mit aller Deutlichkeit auf, dass die ärztliche Ausbildung bis zum Staatsexamen völlig praxisfremd verläuft. Es ist daher höchste Zeit, dass an unseren Fakultäten Lehrstühle für Hausarztmedizin geschaffen werden, wie dies ja auch von der Gesellschaft für Allgemeinmedizin gefordert wird. Als Problemlösung schlägt Kollege Kurth in völlig praxisfremder Manier vor, die Praxen dauernd offenzuhalten (Burnout lässt grüssen!). Die sowohl für Grundversorger wie auch für betroffene Patienten einfachste und effizienteste Lösung wird jedoch nicht erwähnt, nämlich die Stellvertretung in einem geregelten Notfalldienst. Wenn ein Patient über eine Notfallnummer einen kompetenten Dienstarzt als Vertreter seines praxisabwesenden Hausarztes erreichen kann, sollten derartige kostenintensive «Notfallbehandlungen» nicht mehr vorkommen.

Dr. med. Max Schreier, Kriegstetten

- 1 Christen ST. Cerumen obturans – 500 Franken. Schweiz Ärztezeitung 2006;87(8):301.
2 Kurth F. Cerumen obturans – 500 Franken. Schweiz Ärztezeitung 2006;87(13):548.



Borreliose leicht gemacht

Wenn schon mit den Ergebnissen der Untersuchungen von Frau Dr. L. Gern betreffend Transmission argumentiert wird [1], so sollte nicht unterschlagen werden, dass nur für Borreliose burgdorferii s.s. und Borreliose afzelii (bei Mäusen) wissenschaftlich fundierte Befunde betreffend der Zeitspanne vom Zeckenstich bis zur Übertragung der Borreliose vorliegen. Borrelia garinii (vorwiegend verantwortlich für Neuroborreliose), die häufigste Borrelienart in der Schweiz, deren Reservoir die Vögel sind, wurde nicht untersucht, und es ist nicht ausgeschlossen, dass diese Borrelienart viel rascher als B.b.s.s. und auch schneller als B. afzelii übertragen wird. Es ist fahrlässig, die Bevölkerung zu beruhigen, indem man sagt, die Krankheit würde erst nach längerem Saugakt übertragen.

Viele Betroffene leiden täglich unter der Machtlosigkeit der heutigen Borreliose-Medizin und hoffen auf neue Horizonte beim Verständnis der Krankheitsabläufe, deren Diagnose und vor allem deren Behandlung.

Mediziner und Wissenschaftler sind aufgefordert, den berühmten Elfenbeinturm zu verlassen und sich dem harten Alltag der Betroffenen unvoreingenommen zu stellen. Eine Gemeinschaft von Wissenschaftlern, die Querdenker ausschliesst, verschliesst sich dem Fortschritt. Ich hoffe, dass die Aussage von Max Planck [2] für die Gemeinschaft der Borreliosespezialisten nicht zutrifft, wenn er sagt, «eine neue wissenschaftliche Wahrheit pflegt sich nicht in der Weise durchzusetzen, dass ihre Gegner überzeugt werden und sich als belehrt erklären, sondern vielmehr dadurch, dass die Gegner allmählich aussterben und dass die heranwachsende Generation von vornherein mit der (neuen) Wahrheit vertraut gemacht ist.»

Die schwer von chronischer Borreliose Betroffenen leben und leiden heute; sie möchten denn auch heute Fortschritte bei der Diagnose und Behandlung sehen und erwarten, dass die Fachwelt Beobachtungen und Forschungsergebnisse, welche von der geltenden Lehrmeinung ab-

weichen, bereits heute ernst nimmt und nicht erst nach Aussterben der etablierten Opinion-leaders.

C. A. Bertschy,

Vorstandsmitglied der Liga für Zeckenkranke Schweiz, Bern

- 1 de' Clari F. Abklärung und Therapie der Lyme-Borreliose bei Erwachsenen und Kindern. Schweiz Ärztezeitung 2006;87(8):297-8.
- 2 Max Planck, Physiker, Nobelpreisträger, 1858–1947.



Kontroverses zum Thema Borreliose

Ich bin erfreut über das grosse Echo, welches das Thema Zecken in jüngster Zeit findet. Die ausführliche Auslegeordnung in der Schweizerischen Ärztezeitung [1–3] ist ein gutes Beispiel dafür. Leider scheinen sich viele Ärzte weiterhin vor Tatsachen abzuschirmen, die sie nicht wahrhaben wollen. Wie kann beispielsweise Prof. Dr. med. Rainer Weber in seiner Replik [4] behaupten, Situationen mit persistierenden Beschwerden seien glücklicherweise selten? Diese Fälle werden weder dem Bundesamt für Gesundheit gemeldet (keine Meldepflicht im Gegensatz zu FSME), noch gibt es ein anderes Gefäss, in dem systematisch solche Fälle erfasst würden. Woher also das Wissen um die Seltenheit solcher Fälle? Als Präsident der Liga für Zeckenkranke Schweiz weiss ich, dass solche Fälle wesentlich häufiger sind, als man uns weismachen will. Dazu kommt, dass wegen der schwierigen Diagnostik viele Borreliosefälle nicht oder zu spät erkannt oder fälschlicherweise als andere Krankheit diagnostiziert werden oder dass Patienten zu Unrecht als psychisch krank erklärt werden. Jeder weiss, dass früh erkannte Borreliose gut und erfolgreich mit Antibiotika behandelt werden kann, Prävention und rasche Erkennung und Behandlung sind deshalb der Schlüssel zur Vermeidung chronischer Verläufe. Ursache für schwerverlaufende Fälle sind deshalb oft gerade jene Ärzte, die über zu wenig fundierte Kennt-

nisse im Bereich der Zeckenerkrankungen verfügen und nur zögerlich oder gar nicht handeln.

Nun scheint es aber für die Autoren der Artikelserie nur persistierende Beschwerden und keine persistierende Infektionen zu geben. Es sind mir jedoch zahlreiche Fälle bekannt, bei denen Patienten mit chronischem Verlauf der Krankheit von verschiedenen Ärzten erfolgreich mit wiederholter oder längerer Antibiotikaverabreichung behandelt wurden.

Die Wissenschaft ist in der Kenntnis der Borreliose noch weit vom Ziel entfernt. Die echt Betroffenen sind jedenfalls mit dem «gegenwärtigen Stand des wissenschaftlichen Irrtums» schlecht bedient.

William James schreibt in seinem Werk «The Will to Believe» [5], dass «das grosse Feld für neue Entdeckungen immer der unerforschte Rest ist. Um die gesicherten und geordneten Fakten jeder Wissenschaft schwebt immer eine Wolke von Ausnahmen, von winzigen und unregelmässigen Erscheinungen, die selten anzutreffen sind und für die es sich immer als einfacher erweist, sie zu ignorieren, als sich ihnen zuzuwenden. Das Ideal der Wissenschaft ist ein abgeschlossenes und vollständiges System von Wahrheiten. In diesem System nicht klassifizierbare Erscheinungen sind paradoxale Absurditäten und müssen für unwahr gehalten werden. Man vernach-

lässigt oder leugnet sie nach bestem wissenschaftlichem Gewissen. Seine Wissenschaft wird erneuern, wer sich ständig um die regelwidrigen Erscheinungen kümmert. Und wenn eine Wissenschaft erneuert ist, haben ihre Formeln oftmals mehr von den Ausnahmefällen an sich als von dem, was angeblich die Regel ist.»

Toni Stauffer, Präsident der Liga für Zeckenkranke Schweiz, Aarberg

- 1 Evison J, Aebi C, Francioli P, Péter O, Bassetti S, Gervaix A, Zimmerli S, Weber R. Abklärung und Therapie der Lyme-Borreliose bei Erwachsenen und Kindern. Schweiz Ärztezeitung 2005;86(41): 2332-8.
- 2 Evison J, Aebi C, Francioli P, Péter O, Bassetti S, Gervaix A, Zimmerli S, Weber R. Abklärung und Therapie der Lyme-Borreliose bei Erwachsenen und Kindern. Schweiz Ärztezeitung 2005;86(42): 2375-84.
- 3 Evison J, Aebi C, Francioli P, Péter O, Bassetti S, Gervaix A, Zimmerli S, Weber R. Abklärung und Therapie der Lyme-Borreliose bei Erwachsenen und Kindern. Schweiz Ärztezeitung 2005;86(43): 2422-8.
- 4 Weber R. Replik. Schweiz Ärztezeitung 2006;87(8): 298-90.
- 5 William James (* 11. Januar 1842 in New York; † 26. August 1910 in Chocorua, New Hampshire) war ein amerikanischer Psychologe und Philosoph (Pragmatist).