



### Gehen Sie am 1. April nach Bern?

Da machen wir uns doch lächerlich ... das bringt ja sowieso nichts ... Couchepin und Brunner machen ja doch, was sie wollen ... keine Zeit ... was kostet das? ... gehe sowieso bald in Ruhestand ... Demonstrieren liegt mir nicht ... Ärzte demonstrieren nicht ...

Die Argumente gegen eine Demo sind vielfältig. Wir können auch Jahre weiter diskutieren und uns von BAG, santésuisse und Politik fremdbestimmen lassen. Mir macht der schleichende Zerfall der Hausarztmedizin Sorgen. Hausarztmedizin hat mich immer am meisten fasziniert. Nun befürchte ich, dass ich in einer ländlichen Kleinstadt im Aargau in ein paar Jahren keinen eigenen Hausarzt mehr haben werde, sondern vom Callcenter direkt ins Labor, dann zu einem Triagisten, dann ins Röntgen und schliesslich zu einem Spezialisten verwiesen werde. Mein Ärger gilt nicht nur den Taxpunktsenkungen, den TARMED-Lügen und den antiärztlichen Bundesratsbeschlüssen. Nein, auch das Untergraben der Arzt-Patienten-Beziehung, der ökonomische Druck auf Chronischkranke, die Rechtfertigungspflicht vor den Krankenkassen, die Selbstverständlichkeit zur Notfalldienstverpflichtung, die Zunahme der Bürokratie und die drohenden Rückzahlungsforderungen wegen zuviel verordneter Medikamente ärgern mich dermassen, dass das Schöne in diesem Beruf immer mehr einen bitteren Beigeschmack bekommt.

Nur reicht es halt eben nicht, wenn wir in den Pausen an den Weiterbildungen darüber «chlönen». Wir müssen den politischen Prozess mitbestimmen und das funktioniert nur in kleinen Schritten. Auch eine Demo wird nicht das Gesundheitssystem umkrepeln. Aber es ist ein erster Schritt einer öffentlichen Unmutsbekundung. Unterschätzen Sie die Botschaft einer solchen Demo nicht! Auch Themen wie drohender Ärztemangel oder unmenschliche Arbeitszeiten von Assistenzärzten wurden innert kurzer Zeit ins öffentliche Bewusstsein gerückt. Jetzt ist unsere politische Verantwortung gefragt. Auch wenn Sie – aus wievielen Gründen auch immer – noch zögern und mit sich hadern, Ihre Solidarität ist absolut gefragt. Ganze zwei Stunden lang. Nur wer am 1. April von 14 bis 16 Uhr auf dem Bundesplatz steht, hilft mit, ein Zeichen zu setzen. An meiner ersten Demo freue ich mich jedenfalls schon jetzt, in Bern viele, viele Gleichgesinnte anzutreffen. Gleichgesinnte, die nicht nur einfach die Faust im Sack machen, sondern sich

gegen die weitere Schwächung der Hausarztmedizin und den drohenden Hausärztemangel stemmen wollen.

Wir – Sie und ich – sind gefragt!

*Dr. med. Gregor Dufner,  
Allgemeininternist, Bremgarten AG*



### Offener Brief

Sehr geehrter Herr Bundesrat Couchepin  
In knapp drei Monaten führten wir die Unterschriftensammlung durch für die SGAM-Petition. Dabei zeigte sich, dass bereits die jetzige und vor allem die zukünftige Situation für Hausärzte und Patienten nicht mehr tragbar ist.

In dieser Zeit haben wir 638 Unterschriften erhalten, oder anders gesagt, jeder Patient hat unterschrieben, denn es gibt keine Alternative zum Hausarzt.

Mit den Massnahmen, welche durch die Politik und BAG getroffen wurden, wird die Position des Hausarztes weiter geschwächt und immer weniger Ärzte werden sich für diese Berufsrichtung entscheiden.

Wie Sie sehen, droht auch im Oberbaselbiet, 30 Autominuten von Basel entfernt, ein Hausarztmangel.

Mit den Unterschriften verlangen auch unsere Patienten dringend ein Signal aus Bern zur Verbesserung dieser Situation.

*Dr. med. Daniel Handschin, Gelterkinden*



### Berne, 1<sup>er</sup> avril 2006

Je viens de lire dans un journal que certains de nos confrères vont défilier dans les rues de Berne enfermés dans des cages «comme une espèce en voie de disparition».

Je ne savais pas que nous allons à Berne à un spectacle de cirque!

Ce serait souhaitable que les organisateurs veillent au bon déroulement de la manifestation dans le respect de la décence propre à notre profession en évitant ainsi des mises en scène grotesques.

*Dr Nicolas Coman, Territet-Montreux*



### **Sentinella stopp! Vogelgrippe stopp! oder Gedanken über realitätsfremde Massnahmen im Gesundheitswesen**

Es war einmal, da hatten sich Ärzte nicht nur um die Behandlung individueller Krankheiten gekümmert. Die Gesundheit aller war ihnen mindestens ebenso wichtig. Die Sozial- und Präventivmedizin war geachtet. Die Gesundheit der Armen schützt auch Reiche. Ohne Epidemiologie ist eine Prävention zufällig, langfristig unglauwürdig. Deshalb hatten vor 25 Jahren Allgemeinpraktiker in Bern zusammen mit dem BAG das bis heute mustergültige Sentinella-System aufgebaut.

Die Grippe wäre hierzu ein gutes Beispiel. Nicht über Kliniken, sondern dank wachsamer, eben «Sentinella»-Ärzte in der Praxis funktioniert die kontinuierliche virologische Grippeepidemiologie in der Schweiz. Die Begeisterung zu Beginn war sehr gross. Seit 1984 konnte ich ununterbrochen mitmachen, vorerst auch als Themenverantwortlicher für Allergien und Infektionskrankheiten – 20 Jahre «Gratisarbeit», die Sitzungen in Bern, aus geographischen Gründen für mich immer ein Arbeitstag, ohne finanzielle Abgeltung, teilweise wurden immerhin Reisespesen rückvergütet. Wie wird wohl die Bekämpfung einer Vogelgrippe beim Menschen in der Schweiz funktionieren, wenn nicht einmal eine optimale Verteilung von Impfstoff für Risikopatienten trotz Planungsmöglichkeiten bei der saisonalen Grippe bisher funktioniert hat.

Die meisten Ärzte, welche seit Jahrzehnten im Sentinella-Projekt mitgearbeitet haben, waren zufrieden, mit dieser Freiwilligenarbeit etwas zum Gemeinwohl beizutragen.

Heute ist es nicht mehr wie vor 20 Jahren. Das Schweizerische Gesundheitswesen wurde vermarktwirtschaftlicht. Was ärztlich wichtig oder richtig ist, wurde belanglos. Medizin ist in der Präventivmedizin nicht mehr wichtig. Die gemeindeorientierte Prävention sowie andere Präventionskampagnen und Leitbilder müssen insbesondere für die PR der Behörden politisch nützlich zu sein.

Heute in der angespannten tarifpolitischen Situation ist es logisch, dass die Ärzte für diese Arbeit auch etwas verlangen. Die Meinungen von Ökonomen bestimmen heute weitgehend, welche

Leistung für wen wieviel kosten soll. Deshalb wäre es ökonomisch richtig, dass Sentinella-Ärzte fünf Taxpunkte mehr für alle Leistungen verlangen dürfen.

Es ist voraussehbar, dass dieser Vorschlag von der santésuisse prinzipiell als inakzeptabel abgelehnt wird. In der Ostschweiz hatte sie ja auch die billigeren Impfungen im Schularztdienst desavouiert [1]. Daraus santésuisse zitiert: «Die Fakten ändern, die Wertungen bleiben!?» Wichtig deshalb, die Wertungen frühzeitig festzulegen. Fakten, wie welcher Grippevirus Krankheiten verursacht, sind epidemiologisch ökonomisch nicht wichtig, und solange sie nichts kosten, auch wert-los!

Juristisch dürfte eine Finanzierung über den Taxpunkt eigentlich keine Schwierigkeiten bereiten, müssen doch die Kassen für präventivmedizinische Belange bei allen Versicherten einen Beitrag zur Verfügung stellen. Wozu dieser Beitrag heute verwendet wird, ist unklar, ebenso ob dabei auch nach präventivmedizinischen EBM-Kriterien verteilt wird.

*Dr. med. M. Gassner, Grabs*

1 Heuberger G. Richtigstellung. Schweiz Ärztezeitung 2002;83(43):2257.



### **Vogelgrippe**

Das Bundesamt für Gesundheit vertritt folgende Meinung: Der Rückgang erfolgt trotz Hinweisen der Behörden, dass der Verzehr von Geflügelfleisch bedenkenlos sei. Bis heute sei noch nie beobachtet worden, dass sich jemand durch den Konsum von Geflügelfleisch angesteckt habe, heisst es auf der Homepage des Bundesamts für Gesundheit. Das Influenzavirus sei hitzeempfindlich und werde beim Kochen und Braten zerstört. Artikel aus: [www.espace.ch/artikel\\_181823.html](http://www.espace.ch/artikel_181823.html) – es ist durchaus richtig, dass das Virus durch das Kochen zerstört wird. Leider kocht das Huhn aber nicht von selbst, sondern bedarf (demnächst) der tapferen Hausfrauen, die das vielleicht infizierte Fleisch vorbereiten. Sind die Hausfrauen auch vor der Vogelgrippe bei den ungekochten Hühnern geschützt?

*Daryoush Piltan, Arzt, Kreuzlingen*



### Versichertenkarte aus ärztlicher Sicht

Der unter «Know-how» veröffentlichte Artikel von Herrn Lorini (Leitung HIN) erklärt gut, worum es bei der heutigen Versichertenkarte geht. Sie enthält administrative Daten und ersetzt das Formular E111; sie kann von Patienten für Behandlungen im Ausland benutzt werden; und sie lässt sich in der Arztpraxis verwenden, um die Aufnahme-prozedur zu vereinfachen. Trotzdem kann aus rechtlichen Gründen (Anfordern von Berichten und Röntgenbildern, Inkasso von Honorarforderungen) wohl kaum auf das Ausfüllen eines Aufnahmeformulars verzichtet werden, was dann ihren Nutzen wieder relativiert. In Gebieten mit «tiers garant» bringt die Karte insbesondere bei den Grundversorgern kaum Vorteile. Dass jede fünfte Rechnung kleine oder grosse Fehler enthalte (Adrian Schmid, BAG), müsste noch genau untersucht werden, unsere Erfahrungen sind da anders.

Zitat: «Der Bundesrat hat am 22. Juni 2005 das Grobkonzept für die Einführung der Versichertenkarte in der Krankenversicherung verabschiedet. Ab 2008 müssen alle Versicherten die Karte vorweisen, wenn sie Leistungen bei Ärzten, Spitälern oder Apotheken beanspruchen.» Und «Die rechtliche Umsetzung auf dem Verordnungsweg soll sich jedoch auf das Notwendigste beschränken, da die Einführung der Versichertenkarte möglichst weit durch Vereinbarungen zwischen den Akteuren geregelt werden soll; analog den zwischen den Leistungserbringern und Versicherern vereinbarten Standards und Richtlinien für die elektronische Rechnungsstellung im Rahmen von TARMED.» (Zwischenbericht BAG, August 2005).

Analog TARMED? Unsere damaligen Investitionen, der Anschluss ans Internet zwecks elektronischer Abrechnung, unsere Ausbildung für den TARMED: wozu waren die denn gut? Die Rechnungen werden nun im «tiers garant» auf zwei Arten erstellt: als XML-File für das Trust-Center und als mehrseitige und schwer lesbare Papierrechnung an den Patienten. Der Mehraufwand hat sich kaum gelohnt, die Kassen sind nicht bereit, den Vorteil der elektronischen Rechnungsübermittlung entsprechend abzugelten.

Auf die Versichertenkarte 2008 sollen «Limited Clinical Data» kommen, d.h. wichtige Krank-

heiten, Allergien, Medikamente, Impfungen und Blutgruppe. Die Standards dazu sind nicht vorhanden. Es ist weiterhin unklar, wer die persönlichen (klinischen) Daten eingibt und pflegt und wer die daraus entstehenden Kosten übernimmt. Wenn der Arzt nicht eine elektronische KG benutzt, welche die Standards unterstützt, wird ein sehr grosser Aufwand auf ihn zukommen. Es wird geschätzt, dass heute nur ca. 5% der Praxen mit einer elektronischen KG arbeiten (Umfrage SGAM). Deshalb betrachte ich die Projektierung einer HPC (health professional card) als völlig verfrüht. Im Gegensatz dazu könnte beispielsweise in Kantonen ohne SD ein Pilotversuch, der die elektronische Rezeptierung testet, finanziert werden, um eine konkrete Vorstellung davon zu haben, was da auf uns zukommt.

*Dr. med. Marcel Hanselmann, Zuchwil*



### Versichertenkarte

Ich unterstütze die Forderung von Kollege Meister nach langfristiger Information und Vernehmlassung bei den niedergelassenen Ärzten [1].

Dem möchte ich noch folgendes hinzufügen: die Einführung muss kostenneutral erfolgen. Im Moment gibt es die Versichertenkarte nicht und deshalb haben wir in der Praxis damit keine Kosten. Ich will für sämtliche Kosten, die mit der Einführung einer solchen Karte entstehen (Hardware, Software und Zeitaufwand), vollumfänglich entschädigt werden. Ich bin nicht bereit, dafür auch nur einen Rappen zusätzlich auszugeben; wohl aber dafür, das Ganze einfach nicht anzuwenden.

Und wenn eine Mehrheit der praktizierenden Ärzte meine Meinung teilt, müsste unsere Standsvertretung diese Position gegen aussen rechtzeitig, eindeutig und hartnäckig kommunizieren. Mit einer Vernehmlassung wäre das herauszufinden.

*Dr. med. Josef Küttel, Pädiatrie FMH, Ebikon*

1 Meister B. Versichertenkarte: Urabstimmung unumgänglich. Schweiz Ärztezeitung 2006;87(5):171.



### Alle Menschen sind nicht gleich oder: Wozu einem Titel nachtrauern?

Der Artikel von Kollegin Baumgartner hat neben mir sicher auch viele andere, sehr wohl engagierte und fortbildungsbewusste Ärztinnen und Ärzte angesprochen [1]. Natürlich hat sich der Berufsverband diese Fortbildungspflicht selber auferlegt. Es ist für Mediziner typisch, wie wir uns das Leben und Arbeiten mit Reglementierungen schwermachen. Die Vorschriften werden immer unter dem Deckmantel von Qualität und Transparenz ausgetüftelt, wogegen niemand etwas haben kann. Dabei geht es viel eher um Ab- und Ausgrenzung einzelner Kolleginnen/Kollegen und Fachgruppen, Konkurrenzdenken, Hierarchie und Macht.

Keinem andern Berufsverband ist es je in den Sinn gekommen, derart rigide Vorschriften zu erlassen, obwohl auch andere Berufe Verantwortung tragen.

Mit der obligatorischen Fortbildungspflicht und der Credititis-Sammlerei ist unsere Medizin weder besser noch sicherer geworden. Es ist demotivierend, frustrierend und damit keineswegs qualitätsfördernd, wenn ich den «richtigen» Fortbildungspunkten nachrennen muss. Das erinnert an Kindergartenmanier, ist verantwortungsbewusster Berufsleute unwürdig und wirkt sich destruktiv aus.

Fortbildung soll natürlich beibehalten und betrieben werden, aber in Eigenverantwortung und ohne stur-rigide Vorschriften für jedes Teilgebiet und jede praktische Tätigkeit in der Medizin. Vielleicht sollten alle Menschen etwas gleicher werden.

*Dr. med. Verena Gantner, Muri*

- 1 Baumgartner A. Alle Menschen sind nicht gleich oder: Wozu einem Titel nachtrauern? Schweiz Ärztezeitung 2006;87(7):253-4.



### Tous les hommes ne sont pas égaux ... Ou pourquoi déplorer la perte d'un titre?

J'ai la même perception intuitive que la Dresse Baumgartner [1] le comité central peut lui opposer tous les règlements possibles, mais il

ne pourra jamais régler la confiance par le moyen de la contrainte et de la crainte.

S'il y a un domaine d'activité humaine qui est basé sur la confiance et guidé par une conscience universelle, c'est bien la médecine. La Dresse Baumgartner nous dit, en somme, qu'elle guide sa formation continue selon la perception de ce qu'elle ressent être bien, être juste. Et non selon vos contraintes.

Je trouve cela merveilleux. Aux arguties juridiques du Comité central, on pourrait répondre: «Mille oiseaux dans les airs, ne valent pas un seul dans la main».

Mais peut être a-t-on peur de cette confiance? Peur de la grippe aviaire? Peur de sa médiocrité? Un des plus grands courages est d'oser la confiance. Si on a pas cette capacité, il y a des métiers pleins d'avenir dans la police et la justice.

*Dr R. Spitz, Moudon*

- 1 Baumgartner A. Tous les hommes ne sont pas égaux ... ou pourquoi déplorer la perte d'un titre? Bull Méd Suisse 2006;87(7):253-4.



### Qualitätssicherung ja, Gault Millau nein!

Das Bestreben, auch in der Spitalwelt Qualitätssicherung nicht nur durch Zertifizierungen, sondern mit Vergleichen zwischen verschiedenen Spitälern zu verwirklichen, ist alt [1]. Es ist deshalb verdienstvoll, ein Messsystem zu entwickeln. Dass dabei Validität, Reabilität, Relevanz und Vergleichbarkeit geprüft und bestimmt werden, ist selbstverständlich. Wie sollen aber dann diese Vergleichszahlen der verschiedenen Heime und Spitäler zur Qualitätsverbesserung eingesetzt werden?

Vor ungefähr 15 Jahren wurden die etwa 200 Spitäler Baden-Württembergs politisch verpflichtet, an einem chirurgischen Qualitätssicherungsprogramm teilzunehmen. Es wurden von drei Tracer-Diagnosen die relevanten Daten erhoben und zentral von einer Ärztekommision, bestehend aus ehemaligen Chefärzten, anonymisiert ausgewertet. Es wurden von diesen «Weisen» die Toleranzgrenzen bestimmt und jedes Spital bekam nach der Auswertung seine Zahlen sowie Höchstwert und Tiefstwert und ganz wichtig die Toleranzbreite zugestellt. Falls die Klinik im Toleranzbereich lag, dienten die Angaben zur klinikinternen Qualitätskontrolle und -verbesserung.

zung. Falls ein Spital ausserhalb der Toleranzgrenzen lag, wurde es aufgefordert, die Resultate im nächsten Jahr zu verbessern, widrigenfalls werde es den Krankenversicherern gemeldet. Die Politiker haben in Baden-Württemberg das Programm gestoppt, weil es weder von Politikern, Gesundheitsökonomen oder Krankenversicherern, sondern «nur» von Ärzten, allerdings von nicht mehr involvierten, gesteuert wurde.

Bei diesem Qualitätssicherungsprogramm haben verschiedene Schweizer Kliniken freiwillig teilgenommen, unter anderem auch unsere chirurgische Abteilung, und ich habe daraus viel gelernt und konnte viel verbessern.

Meines Erachtens ist es wichtig, sich mit andern vergleichen zu können und sich bessern zu können. Die Ansätze des BWI der ETH sind sicher gut. Etwas Zweifel beschleicht den Leser aber wegen des totalitären Anspruchs, nämlich von der Cafeteria bis zum Harninfekt, vom Coiffeur bis zu ethischen Aspekten alles erfassen zu wollen. Wichtig ist ja die Sensibilisierung des Kaders und das ist mit wesentlich weniger Aufwand möglich. Unklar ist auch, wer die Daten erhebt, mit welchem Zeitaufwand und wer das Computerprogramm schreibt, das zur Evaluation benötigt wird.

Die Idee des Gault Millau, nämlich das Veröffentlichlichen der Daten, das Erstellen eines Ratings, ist aber strikte abzulehnen. Warum? Ein Spital und ein Heim sind nie mit einem solchen System einzustufen. Schlechter Coiffeur und schlechte Cafeteria sind durchaus neben einer ausgezeichneten medizinischen Versorgung möglich und umgekehrt. Dazu kommt, dass die Menschlichkeit und Patientennähe mit einem Rating nie erfasst werden kann und dass Industrie und Spital etwa so zuverlässig vergleichbar sind wie ein Zweitaktmotor und ein Rosenbeet.

*Wolf Zimmerli, Oberdiessbach*

- 1 Egli G, Schilling J, Dörzbach A. Gault Millau für Spitäler und Heime, vom Benchmarking und «Benchmarking». Schweiz Ärztezeitung 2006; 87(8):310-2.



### **Angeborene Fehlbildungen kardiovaskulärer Art unter Paroxetin**

Auf die Anwendung nicht nur des Paroxetins, sondern der ganzen Gruppe der SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) kann man getrost

verzichten, ob während oder ohne Schwangerschaft, bei Frauen oder Männern. Nach einer bisher merkwürdig zu wenig beachteten Analyse haben sie bei Erwachsenen kaum eine antidepressive Wirkung [1]. Vielleicht deswegen erhöhen sie sogar die Suizidrate [2]. Wegen ihrer Nebenwirkungen sind sie auch keine «guten Placebos». SSRI sind «Glückspillen», ähnlich den Benzodiazepinen. Wann veranlasst das BAG ihre Streichung aus der Spezialitätenliste für die Diagnose «Depression»? Vermutlich könnte man dadurch wesentlich mehr ersparen als mit dem Weglassen der Komplementärmedizin aus der Grundversicherung.

*Dr. med. Peter Marko, St. Gallen*

- 1 Moncrieff J, Kirsch I. Efficacy of antidepressants in adults. BMJ 2005;331:155-7.
- 2 Fergusson D, Doucette S, Glass KC, Shapiro S, Healy D, Hebert P, Hutton B. Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trials. BMJ 2005;330:396-9.



### **Ruhe ist des Bürgers erste Pflicht**

An diesen satirisch-ironischen Satz meines Vaters erinnere ich mich seit meiner Kindheit, und die liegt immerhin gut sechs Jahrzehnte zurück. Er ist mir auch wieder beim Lesen des Editorials von Herrn Daniel Lüthi in der SÄZ Nr. 4 vom 25. Januar 2006 mit dem Titel «Die Vogelgrippe und wir» in den Sinn gekommen [1].

Neue Informationen oder Erkenntnisse bringt der Artikel nicht. Er wiederholt die Aussage der Behörden, wonach «kein Grund zur Panik» bestehe und betont den engen und regelmässigen Kontakt der FMH mit dem BAG, welches als «federführend bei der Kommunikation zum Thema Vogelgrippe» bezeichnet wird. Was die Panik betrifft, so verweise ich auf meinen Titelsatz, beim Hinweis auf das BAG beschleicht mich aber in Erinnerung an die Informationspraxis des BAG in den mittleren Achtzigerjahren bezüglich der AIDS-Epidemie ein mulmiges Gefühl. Jahrelang wurde Aids als eine Krankheit der sogenannten Risikogruppen dargestellt, als ob ein für den Menschen pathogenes Virus darnach fragen würde, ob ich homo- oder heterosexuell sei oder Drogen konsumiere. Nach gesundem Menschenverstand war es schon damals nur eine Frage der Zeit, bis auch der «normale» Bürger von der



Krankheit betroffen werden konnte. Seine Pflicht zur Ruhe konnte aber doch einige Jahre von den Behörden gefordert werden.

Analog wird heute immer wieder bekräftigt, dass bis jetzt keine Übertragung der Vogelgrippe von Mensch zu Mensch beobachtet wurde. Warum – beim heiligen Hippokrates – soll ein für den Menschen pathogenes Virus nur dann krank machen, wenn es vom Vogel kommt? Die Übertragungsmöglichkeit von Mensch zu Mensch ist doch selbstverständlich, nur der Übertragungsweg ist noch unbekannt. Die Verbreitung der Vogelgrippe hätte man allzugerne den Zugvögeln angelastet. Gegen Zugvögel kann man nichts machen, also ist sanitätspolitisch auch keine Massnahme möglich und notwendig. Die Vogelwarte Sempach konnte aber bei keinem der von ihr untersuchten Vögeln das Virus nachweisen. Auch in dieser Frage wäre der gesunde Menschenverstand nützlich gewesen: Welcher kranke Vogel würde eine 2000 bis 3000 km lange Flugreise in Angriff nehmen, geschweige denn überstehen, wenn bekanntlich nicht einmal alle gesunden Vögel eine solche Strapaze bewältigen? Auch im Bereich der Empfehlungen der Behörden und des BAG zur Vermeidung einer Ansteckung mit AIDS oder Vogelgrippe stellt man bedenkliche Parallelen fest: Unter den Verhaltensempfehlungen des BAG zur Vermeidung einer AIDS-Infektion figurierte unter anderem damals sage und schreibe die Anweisung, nach einem suspekten Geschlechtsverkehr so rasch wie möglich Wasser zu lösen! ... Man hätte gerne das Virus mit einem kräftigen Harnstrahl weggespült und damit für Ruhe beim Bürger gesorgt. Ähnlich verharmlosende Empfehlungen zur Vermeidung einer Ansteckung mit Vogelgrippe werden heute an das Volk gerichtet. Man kann beispielsweise bedenkenlos in die Risikoländer reisen, man soll sich nur nicht auf Geflügelmärkten aufhalten und kein ungenügend gekochtes Geflügelfleisch essen. Der Verzicht auf den Marktbesuch gleichsam als Kondom gegen die Vogelgrippe. Man will doch nicht von Reisen in diese Länder abraten, das Volk beunruhigen und der Touristikindustrie finanziellen Schaden zufügen.

Das Bundesamt für Gesundheit BAG ist nicht nur ein von medizinischen Überlegungen und Prinzipien bestimmtes, sondern auch ein politisches Bundesamt, welches nicht nur der medizinischen Versorgung unserer Bevölkerung verpflichtet ist, sondern auch politisch opportune Stellungnahmen zu vertreten und entsprechende Empfehlungen abzugeben hat. Dies sollte die

Ärzteschaft beachten und die FMH sollte in medizinisch-epidemiologischen Fragen nicht allzu engen Kontakt mit dem BAG pflegen, wie dies im besagten Editorial vom Leiter Kommunikation FMH geschildert wird.

Ich bin alt und Chirurg gewesen, nicht Epidemiologe oder Virologe. Wer mit meinen Ausführungen nicht einverstanden ist, wird sagen: «Schweigen ist des Alten erste Pflicht». Möglicherweise hat er recht.

*Dr. med. Jörg Nef, Flawil*

- 1 Lüthi D. Die Vogelgrippe und wir. Schweiz Ärztezeitung 2006;87(4):133.



### Arztbericht im Asylverfahren

Mit Genugtuung habe ich aus dem Bericht von Dr. T. Maier entnommen, dass das Bundesamt für Migration die «Ärztlichen Berichte» (Formular Nr. 250) jetzt auch vergütet [1]. Vor einem guten Jahr musste ich dieses ausführliche Formular, das sich allein schon von den Fragen her über zwei A4-Seiten erstreckt, auf Antrag des BFF für einen Asylbewerber ausfüllen. Meinen damals beigelegten Einzahlungsschein mit dem Betrag von Fr. 80.– für meine gut einstündigen Bemühungen wurde mir mit einem ausführlichen Schreiben retourniert: «Kosten für Arztberichte müssen die Asylsuchenden (oder deren Krankenkassen) übernehmen», offensichtlich auch wenn das Bundesamt diesen in Auftrag gab. Eine Rückfrage beim Rechtsdienst FMH hat die damalige Usanz bestätigt. Erfreulich, dass sich nicht nur die Anschrift von BFF zu BFM gewandelt hat.

*Dr. med. Rudolf Ott, Biel-Benken*

- 1 Maier T. Arztberichte im Asylverfahren. Schweiz Ärztezeitung 2006;87(6):225-9.



### Arztberichte im Asylverfahren

Ich gratuliere Kollege Thomas Maier für den ausgezeichneten Artikel über Arztberichte im Asylverfahren [1]. Die Komplexität des Themas ist

sehr gut dargestellt und die praktischen Hinweise für die Ärzte, die solche Berichte oder Zeugnisse zu verfassen haben, absolut treffend. Als Kantonsarzt bekomme ich solche Zeugnisse zur Bewertung: leider ist die in diesem Artikel dargestellte Qualität selten vorhanden. Die meisten Hausärzte sind in ihrem Rollenkonflikt befangen: ihre Aussagen werden nicht selten von den Zielsetzungen der Asylbewerber und deren Rechtsvertreter beeinflusst. Dabei leidet aber die Medizin an Glaubwürdigkeit. Der Artikel von Kollege Maier sollte unbedingt auch in französisch und italienisch in der SÄZ veröffentlicht werden: es wäre eine grosse Hilfe für viele Hausärzte. Die entsprechenden Übersetzungskosten könnten ja vom Bundesamt für Migration übernommen werden: das BFM hat nämlich das grösste Interesse an der guten Qualität dieser Berichte!

*Dr. med. Ignazio Cassis, Bellinzona*

- 1 Maier T. Arztberichte im Asylverfahren. Schweiz Ärztezeitung 2006;87(6):225-9.



### Antidepressives Medikament «Bewegung»

Zum Beitrag «Depressionen und Ängsten den Kampf angesagt» [1].

Obwohl präventiv sowie therapeutisch bei regelmässiger Einnahme des höchst wirkungsvollen und kostenfreien Antidepressivums «Bewegung» depressive Symptome um 40 Prozent ohne negative Interventionsnebenwirkungen reduziert werden können [2–4], bewegen sich 85 Prozent der Erwachsenen in Deutschland zu wenig! Das mächtige physikalische Trägheitsgesetz macht folglich nicht zuletzt auch beim Biosystem Mensch den Weg frei für den Vormarsch von Ängsten und Depressionen (lateinisch depressum = herabgedrückt, niedergeschlagen sein). Die vielfach nachgewiesene positive psychische Adaptation von regelmässiger körperlicher Aktivität wie beispielsweise verstärkte Ausschüttung von körpereigenen Glückshormonen (Serotonin, Acetylcholin, Dopamin, Noradrenalin und Endorphine) zur Wiederherstellung der psychophysischen Balance beschrieb der Vater der europäischen Heilkunde Hippokrates von Kos

(460–377 v. Chr.) bereits vor mehr als 2400 Jahren mit folgendem zeitlos gültigen Statement: «*Kräftige Menschen sind meist guter Stimmung, Schwache haben öfter schlechte Laune.*»

*Dr. oec. troph. Martin Hofmeister, München*

- 1 Der Kassenarzt. Depressionen und Ängsten den Kampf angesagt. Schweiz Ärztezeitung 2006; 87(10):411.
- 2 Brown WJ, Ford JH, Burton NW, Marshall AL, Dobson AJ. Prospective study of physical activity and depressive symptoms in middle-aged women. Am J Prev Med 2005;29:265-72.
- 3 Dunn AL, Trivedi MH, Kampert JB, Clark CG, Chambliss HO. Exercise treatment for depression: efficacy and dose response. Am J Prev Med 2005; 28:1-8.
- 4 Richtlinien des Deutschen Sportärztebundes. Bewegungs- und Sporttherapie bei depressiven Erkrankungen. Dtsch Z Sportmed 1999;50:109-12.



### Pikante Schlüsse aus den TARMED-Daten

Taxpunktwerte sollten künftig überregional und facharztgruppenspezifisch ausgehandelt werden und nicht kantonal über alle Facharztgruppen. Die santésuisse-Daten beweisen die Einhaltung der Toleranzgrenze der Grundversorger, folgerichtig sind diese von TARMED-Rückzahlungen zu befreien.

Am 19. November 2005 präsentierten die Tarifpartner santésuisse und FMH in Bern ihre aktuellen TARMED-Zahlen inkl. Newindex und die Schweizerische Konferenz der Kantonalen Ärztegesellschaften (SKKÄG). Die Daten der santésuisse zeigen – trotz einer durchschnittlichen Taxpunktwerterhöhung um ca. 3 Rappen – eine allgemeine Kostensteigerung 2003–2004 von 8,5%.

### Grundversorger benachteiligt

Die Grundversorgergruppe hatte ein Wachstum von ca. 6,9% zu verantworten, was innerhalb der Toleranzgrenze des Kostenneutralitätskonzepts von 7,5% liegt. Auffallend ist die Differenz von plus 16,7% im Kanton Luzern zu minus 3,6% im Kanton Tessin bezüglich Wachstum von 2003 zu 2004.

### Spezialisten mit hohem Wachstum

Gemäss santésuisse haben gesamtschweizerisch die Spezialisten teilweise massive Kostenüberschreitungen, z. B. die Psychiater +23,7% und die übrigen Spezialisten ca. 10,4%. Gynäkologen, Ophthalmologen, Kardiologen wie auch die als «übrige Gruppe» zusammengefassten Spezialisten (inkl. Chirurgen) hatten ein grösseres Wachstum als die Grundversorger.

### Erstaunliche kantonale Differenzen

Newindex präsentierte bei den Fachgruppen erhebliche Umsatzschwankungen, im Kanton Genf macht ein Grundversorger Fr. 101.– pro Sitzung; im Kanton Wallis jedoch lediglich Fr. 61.20. Bei den Spezialisten insgesamt war der Kanton Aargau am höchsten und der Kanton Tessin am tiefsten (149 zu 101).

### Schlussfolgerungen

Die Spezialisten haben vom TARMED mehr profitiert als die Grundversorger; obwohl das Gegenteil versprochen wurde. Intellektuelle Leistungen sollten höher bewertet werden als technische. Die Grundversorger sind für ihre Solidarität bestraft worden. Für ärztliche Leistungen bestehen massive kantonale Unterschiede in Abrechnungspraxis und Abgeltungshöhe.

### Revisionsbedarf im TARMED

Die Tarifsystematik des TARMED funktioniert, ist aber klar revisionsbedürftig. Die durch santésuisse und Newindex aufgezeigten Tarifverzerrungen sind nicht mehr tolerierbar. Die Grundversorgerleistungen müssen besser abgegolten und kantonale Unterschiede ausgeglichen werden.

### Keine TARMED-Rückzahlungen für Grundversorger!

Die Zahlen von santésuisse beweisen, dass sich die Grundversorger an die vertraglichen Bedingungen gehalten haben. Die Spezialisten haben über Gebühr vom TARMED profitiert und die Toleranzgrenze verletzt. Es kann nun natürlich nicht sein, dass die Grundversorger die Rückzahlungen proportional mit den TARMED-Profitoren leisten. Zurückzahlen soll, wer die Toleranzgrenze verletzt hat.

*Dr. med. H.-U. Bürke,  
Facharzt FMH für Allgemeinmedizin,  
Präsident Sektion Zürich der FMP, Zürich*



### Der Praxisspiegel

Ich bezahle ein TrustCenter, damit dieses meine Daten verarbeitet. Ich muss dann noch zusätzlich ein HIN-Abo bezahlen, damit ich meine Daten einsehen kann. Dann aber muss ich feststellen, dass die einzige Aussage, die mich wirklich interessiert, gar nicht abrufbar ist. Wirtschaftlichkeitsverfahren beruhen seitens der santésuisse auf den «Fallkosten», also ist diese Zahl für mich relevant. Genau diese finde ich aber im beschriebenen Onlinesystem nicht [1].

*Dr. med. Marc Melchert, Wallisellen*

1 Brühlmann M. Der Praxisspiegel. Schweiz Ärztezeitung 2006;87(9):339-41.



### Layout/Konzeption der SÄZ

Auf Ihre Aufforderung, das neue Konzept der SÄZ zu beurteilen, kann ich mitteilen, dass Sie in meinem Fall mit der Vermutung richtig liegen, dass ich mich hauptsächlich auf die Inhalte konzentriere und das Erscheinungsbild für mich sehr untergeordnet ist.

Auch wenn viele weitere Kollegen andere Sorgen haben dürften als das Layout ihrer Standeszeitung, glaube ich trotzdem, dass dieser Punkt wegen nichtärztlicher Leser bedeutsam ist. Spontan habe ich selbst nur die eine Bemerkung, dass ich das Impressum gleich zu Beginn des Heftes als wenig attraktiv für den Einstieg empfinde, auch zusammen mit den Hinweisen auf einzelne Artikel im Heft, die vielleicht hauptsächlich nur für wirkliche Schnelleser viel bieten. Ich persönlich schätze es, wenn das Inhaltsverzeichnis möglichst ganz am Anfang erscheint oder davor eine (ansprechende) Seite liegt, die ich im Prinzip überschlagen kann (Hinweis auf Impressum dann aber deutlich im Inhaltsverzeichnis). Vielen Dank für Ihr Interesse an der Meinung



der Leser und weiterhin viel Freude an der Gestaltung der SÄZ.

*Dr. med. Georg Hinz, Mönchaltorf*

#### Anmerkung der Redaktion

Die für die Layoutanpassungen der Schweizerischen Ärztezeitung verantwortliche Arbeitsgruppe teilt die Einschätzungen des Kollegen teilweise – das Impressum wird inskünftig etwas weniger Raum einnehmen. Aus Gründen, die über gestalterischen Erwägungen stehen, wird es jedoch an seinem aktuellen Platz belassen.

*Die Redaktion*



#### Cerumen obturans – 500 Franken

Lieber Kollege Christen

Als Sie Ihre Praxis nachmittags geschlossen hatten, wandte sich ein Patient an die Notfallstation des Bezirksspitals und wurde von den dortigen Kollegen nach Ihren Ausführungen [1] wegen einer Bagatelle inkompetent und kostenintensiv behandelt.

Haben Sie überlegt, warum das passieren kann? Die Kollegen im Spital, zu denen Sie sonst Ihre Patienten schicken, wenn es ambulant nicht mehr geht, sind für die alltäglichen «Bagatellen» nicht ausgebildet, haben hier keine Routine. Sie sind kompetent in der Betreuung spitalpflichtiger, oft schwerkranker Menschen. Zusätzlich zu ihrer üblichen Tätigkeit sollen sie an Donnerstagen nachmittags noch die Praxisfälle mitbetreuen, die zu Ihnen kämen, wäre nur Ihre Praxis geöffnet.

Wie löst man nun dieses von Ihnen geklagte Problem? Es gibt meines Erachtens nur zwei Möglichkeiten:

Entweder die Praxen sind permanent offen und es gibt die praxisfreien Nachmittage nicht mehr (und vielleicht die Wochenenden auch nicht), oder die Spitalärzte werden so gut in allgemeinmedizinischen Fertigkeiten ausgebildet, dass sie die Arbeit der Hausärzte im Sinne einer «Poliklinik» gleich kompetent, rund um die Uhr und damit komplett übernehmen könnten. Dann hätten sie doch recht gehabt, die Politiker, die die Hausärzte abschaffen wollen.

Lieber Herr Christen, ich denke, es war noch nie eine gute Idee, andere schlecht hinzustellen, um selber besser dazustehen, obwohl dies gerade in unsrem Stand leider immer wieder gerne praktiziert wird. Ich würde mir wünschen, Sie fänden klügere Argumente, um den Politikern den Weg zu weisen.

*Dr. med. F. Kurth, OA Medizin, Spital Dornach*

1 Christen ST. Cerumen obturans – 500 Franken. Schweiz Ärztezeitung 2006;87(8):301.



#### Kosten im Gesundheitswesen

Brief an einen Kollegen

#### Stucker Fabian 20.11.87, Schulterluxation rechts beim Skifahren vom 27.12.05 – Brief der VISANA in bezug auf Ihre Rechnung vom 27.1.06

Sehr geehrter Herr Kollege

Zunächst möchte ich mich nachträglich noch einmal herzlich für Ihre kompetente Behandlung unseres Sohnes bedanken. Sie haben die Reposition in Ihrer Praxis mit minimalem Aufwand durchgeführt. Eine Schulterluxation ist ja eine recht schwere Verletzung, die Reposition manchmal schwierig, besonders bei jungen Patienten.

Für Ihre perfekte Arbeit haben Sie gemäss TARMED den bescheidenen Betrag von Fr. 325.50 verrechnet (inkl. Röntgen, Medikamente, Oberarmverband von Fr. 70.– und Überwachung). Die Bergbahnen forderten unterdessen Fr. 180.– für eine Zehn-Minuten-Überwachung («Warten auf die Ambulanz»), der Ambulanzdienst seinerseits Fr. 613.– für einen sitzenden Transport zu Ihnen (zehn Minuten?), das Arthro-MRI (von den Orthopäden bei unter 20jährigen gefordert) kostete Fr. 860.–.

Diese Kostenwirklichkeit ist ja an sich schon selbstredend, als Tüpfelchen auf dem i beanstandet die Visana nun noch Ihre Rechnung und korrigiert sie – mit entsprechendem Verwaltungsaufwand – nach unten auf Fr. 305.– (möglicherweise formal richtig, ich habe dies selbstverständlich nicht überprüft). Ein weiterer Kommentar ist unnötig.

Die Situation wird sich in Zukunft ja für die KK ganz stark vereinfachen: Es wird sich im schönen Adelboden kein Arzt mehr finden, sicher keiner mehr, der bereit ist, eine solche nicht risikofreie Therapie durchzuführen.

Die Visana wird die vom nächstliegenden Spital durchgeführten Massnahmen anstandslos bezahlen, obschon die Kosten ohne Zweifel wesentlich höher ausfallen werden.

Selbstverständlich wurde Ihre Rechnung von uns unterdessen mit nochmaligem bestem Dank beglichen.

Mit freundlichen Grüssen

*Dr. med. Heinz Stucker,  
Oberhofen am Thunersee*



### Taxpunktwerte

Gemäss einer Mitteilung in der NZZ wird zurzeit über die Höhe des Taxpunktwertes bei UVG-Patienten diskutiert. Eine Erhöhung dieses Taxpunktwertes wäre auch für diejenigen Ärzte sehr wichtig, die Kinder auf Kosten der IV behandeln. Sie haben durch die Senkung des UV/IV/EMV-Taxpunktwertes von 1 Franken auf 92 Rappen eine deutliche Einkommenseinbusse erlitten. Da

es sich dabei vor allem um Kinderärzte und -psychiater handelt, wurden mit dieser Taxpunktwerterhöhung zwei Fachgruppen getroffen, die unterdurchschnittlich verdienen.

*Dr. med. Monika Diethelm-Knoepfel, Uzwil*



### Hat der Arzt ausgedient?

Den Autoren ist zu gratulieren [1]. Sie sind nicht «ausstehend», sondern haben das Zentrale und Entscheidende über die Zukunft des Arztberufes genannt. Dies gilt für den Arzt in der Praxis wie auch im Spital. Moderne Anschauungen und Konzepte lassen sich am Gesagten messen. Der Arzt hat nicht ausgedient, wenn er Leidenschaft und Begeisterung für den Beruf erlebt, Empathie für den Patienten, Begeisterung für Fachwissen und kompetente fachliche Tätigkeit. Bürokratischen Regulierungen seiner Arbeitszeit, Beschränkungen der freiheitlichen Arbeitsinitiative und unnötigen Fremdaufgaben wird er sich widersetzen.

*Prof. Ernst Genssenjäger, Basel*

- 1 Schneiter W. Hat der Arzt ausgedient? Schweiz Ärztezeitung 2006;87(5):197.