

Briefe an die SÄZ



Inhaltliches zu SwissDRG [1]

Zunächst ein herzliches Dankeschön, dass Sie mich einladen, an der Interessengemeinschaft in Sachen SwissDRG mitzumachen.

Vor wenigen Wochen war verschiedenen Printmedien zu entnehmen, dass es der Schweizer Wirtschaft sehr gutgehe, es wäre gar ein Boom zu verzeichnen. Im letzten Jahr hätte sich die Konjunktorentwicklung der Schweiz so entwickelt, dass sie sich jetzt über dem OECD-Durchschnitt befände (vgl. NZZ vom 2. Juni 2006). In der gleichen NZZ wird in einem zweiten Artikel einmal mehr über die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen gewettert, wobei diesmal die Generation unserer Eltern und Grosseltern in Alters- und Pflegeheimen «schuld» seien. Wir Ärzte und v. a. die Spitäler sind in diesem Artikel noch einmal mit einem blauen Auge davongekommen. Und jetzt kommt für mich der springende Punkt in diesen Artikeln: Steht im einen, dass das Bruttoinlandsprodukt (BIP) im vergangenen Jahr um 3,5% gestiegen ist, schreibt der Autor des anderen Artikels, dass die Gesundheitskosten auch um 3,5% zugenommen haben. Also, wenn wir nun zusammenrechnen, haben die Gesundheitsausgaben gemessen am BIP im vergangenen Jahr *nicht* zugenommen!

Wer sich die Mühe nimmt, die äusserst benutzerunfreundliche Website des Bundesamts für Statistik zu studieren, dann kann er mit etlicher Mühe erkennen, dass die Gesundheitskosten gegenüber dem BIP seit 1960 (Beginn der Erfassung) *linear und nicht exponentiell zugenommen* haben. Es ist mir klar, dass kein Politiker in Bern eine lineare Kurve zeichnen will, wenn er über unser Gesundheitswesen einen Vortrag hält. (Der gleiche Politiker müsste aber offenlegen, ob allenfalls ein «conflict of interest» besteht und er z. B. ein Verwaltungsratsmandat einer Kranken-

kasse innehat.) Für mich müssten deswegen die Prämissen des politisch auferlegten Sparzwangs grundsätzlich überdacht werden; warum müssen wir sparen? Tatsache ist – und das wurde in der SÄZ wiederholt publiziert –, dass sich die öffentliche Hand immer mehr aus der Finanzierung des Gesundheitswesens herausnimmt und damit immer mehr Gesundheitskosten auf den Patienten und Prämienzahler abgewälzt werden. Damit entspricht die politische Strategie den Vorgaben der WTO, der die Schweiz 1995 beigetreten ist/wurde.

Nun zurück zum Thema SwissDRG: Alle DRG-Strategien – ob Sie das Beispiel USA oder Deutschland nehmen – zielen darauf ab, die Gesundheitsausgaben pro Patient zu senken. Die etablierten DRG-Modelle sind in höchstem Masse unsozial, teilen sie doch Patienten in Risikoklassen ein. Während der eine Patient mit einer Hernie für das Spital «attraktiv» ist, weil er 40 Jahre alt ist und keine Komorbiditäten aufweist, wird die Klinik versuchen, einen 80jährigen mit der gleichen Diagnose nicht behandeln zu müssen, da dieser neben einem Diabetes mellitus noch eine koronare Herzkrankheit mitbringt. Die Chance, dass der erste Patient in den «Limiten» des DRG das Spital verlässt oder sogar noch früher, ist gross und damit macht das Spital vielleicht sogar einen kleinen Gewinn; beim zweiten Patienten ist das Risiko gross, dass das Spital draufzahlen muss.

Aus den obigen Bedenken kann ich ein DRG-Modell egal welcher Couleur nicht unterstützen und werde auch nicht einer solchen Kommission beitreten. Aus der Definition einer DRG kann es keine sozial verträgliche DRG geben, so wie es auch keine sozialen Diebe geben kann.

PD Dr. med. David Holzmann, Zürich

1 Cuénoud P-F. SwissDRG – ein Projekt, in dem die FMH ihren festen Platz hat! Schweiz Ärztezeitung 2006;87(13):533.



Beiträge zur Versichertenkarte

Sehr geehrter Herr Kollege Hunkeler [1], sehr geehrte Frau Kollegin Wiler [2], sehr geehrter Herr Kollege Hohendahl [3]

Für Ihre Stellungnahme zur Versichertenkarte möchte ich Ihnen bei dieser Gelegenheit danken. Die Entwicklungen der medizinischen Informatik sind sehr weit fortgeschritten, und man muss wahrscheinlich annehmen, dass von dieser Seite auch grosse Einflüsse ausgehen.

Man kann sich bei der Schweizerischen Gesellschaft für medizinische Informatik informieren (www.sgmi-ssim.ch). Diese Gesellschaft versendet an ihre Mitglieder regelmässig Bulletins, und man kann auch ein Jahrbuch haben. Ich kann die Mitgliedschaft, welche nicht viel kostet, nur empfehlen.

Ich habe schon vor Jahren in Ärztekreisen auf die angesprochenen Entwicklungen hingewiesen, fand aber wenig Echo. Eine sehr gute Quelle ist auch das Werk von Robert Klee: Medical Information on the Internet. A guide for health professionals. Churchill Livingstone, ISBN 0 443 07215 9.

Ich bin nicht in der Lage, eine einfache Stellungnahme zum Problem der Patientenkarte abzugeben. Die Patientenkarte ist nur die Spitze eines Eisbergs. Unter anderem haben manche Medizininformatiker die Auffassung, das Gesundheitswesen sei wie ein riesiger Datenteppich. Man will dann einfach Daten herausholen und das Gesundheitswesen entsprechend steuern. Nach meinen Begriffen muss man indessen eine ganz gezielte Datenerhebung für eine bestimmte Fragestellung durchführen, um brauchbare Daten überhaupt zu erhalten. Schon aus diesem Grund sehe ich einen grossen Leerlauf auf uns zukommen, der auch teuer sein wird.

Wahrscheinlich könnte man manche Probleme viel einfacher angehen, wenn man mit uns Ärzten ernsthaft reden würde.

Dr. med. Fritz Bieri, Jona

- 1 Hunkeler R. Fragen der FMP zur Versichertenkarte. Schweiz Ärztezeitung 2006;87(22):971.
- 2 Wyler-Brem IL. Fragen der freipraktizierenden Ärzteschaft zur Versichertenkarte. Schweiz Ärztezeitung 2006;87(14):598-9.
- 3 Hohendahl R. Cavete Versicherten- und Gesundheitskarte! Ars Medici 2006;87(6):233.



15 Jahre «helvetisches Schleudertrauma»

Ich gratuliere Gerhard Jenzer zu seinem obgenannten mutigen Artikel [1]. Er erwähnt harte Tatsachen und seine Interpretationen sind gut belegt.

Tatsache ist auch, dass viele Spezialisten, ich meine damit Ärzte, Therapeuten und Anwälte, sehr gut von diesem helvetischen Schleudertrauma leben. Es braucht wohl einmal ein korrigierendes Bundesgerichtsurteil, um diese unsinnigen und nicht einfühlbaren schweizerischen 33% auf normale anderweitig übliche Werte zu bringen.

Dr. med. H. Schiller, Neurologe FMH, Zürich

- 1 Jenzer G. 15 Jahre «helvetisches Schleudertrauma». Schweiz Ärztezeitung 2006;87(26):1230-3.



Physiotherapie in der Arztpraxis

Auch ich war erstaunt, von Krankenkassen via Rechnungsbeanstandungen zu erfahren, dass die durch die MPA in der Praxis durchgeführte Physiotherapie nicht mehr bezahlt wird. Ich habe weder Zeit noch Lust, im Internet die FMH-Seiten nach neuen Hiobsbotschaften abzusuchen, dafür erhalte ich ja jede Woche die Ärztezeitung mit seitenlangen Artikeln, auch über Banalitäten. Für den Vorschlag von Dr. Franco Muggli [1] müsste der Arzt bei jeder Therapiesitzung den Patienten begrüssen und bekonsultieren. Dies ist nicht machbar. Machbar und absolut legitim ist aber, statt einer Serie von fünf Sitzungen Elektrophysiotherapie (nach bisherigem Tarif nicht kostendeckend mit je Fr. 10.– abgegolten) folgende Rechnung zu stellen: Am Anfang der Therapie die Position 00.0050 (Vorbereitung einer Therapie) plus Position 00.1370 (Betreuung in der Praxis 15 Minuten – auch wegen der vorher applizierten Infiltration/Injektion gerechtfertigt) und anlässlich der Schlusskontrolle durch den Arzt nochmals die Position 00.1370. An den Tagen, an denen der Arzt die behandelte Person nicht sieht, keine Verrechnung. Somit würde

eine Serie von fünf Elektrotherapien 81,4 Taxpunktwerte oder ca. Fr. 70.– ergeben. Etwas teurer zwar als bisher, nur knapp kostendeckend, aber doch billiger als auf dieses wirksame Therapiemittel in der Praxis zu verzichten. Lumbago-patienten sind in der Regel nach einer Woche mit fünf Therapien wieder arbeitsfähig, auch weil man etwas unternimmt und nicht bloss zuwartet. Bei der Überweisung zum Physiotherapeuten kann meist erst nach einer Woche mit der Therapie begonnen werden, die dann bei drei Sitzungen pro Woche drei Wochen dauert, also eine längere Arbeitsunfähigkeit. Doch dies muss ja nicht die santésuisse berappen.

Dr. med. Robert Schwaller, Schmitten

PS: Eine weitere Schikane für die praktizierenden Ärzte stellt das gegenwärtige Medikamentengewurstel dar. Mit zunehmendem Alter kann man sich die vielen verschiedenen Generikanamen nicht mehr merken (wozu auch?), sie nachzuschlagen braucht bald einmal fünf TARMED-Minuten. Die kurzfristig angekündigten Preissenkungen gehen zum grossen Teil zu Lasten der selbstdispensierenden Ärzte und der guten Apotheken mit einem über das Minimum hinausgehenden Medikamentenlager. Die zum alten, höheren Preis eingekauften Medikamente müssen von einem Monat zum andern zum neuen Preis verrechnet werden, also praktisch ohne Marge oder gar mit Verlust. Eine vernünftige Lagerbewirtschaftung wird so nicht mehr möglich.

1 Muggli F. Replik. Schweiz Ärztezeitung 2006; 87(21):930-1.



Lob für Schweizer Generikafirmen

Der medizinische Informationsdienst von Pharmafirmen bedeutet für die tägliche Praxis eine wichtige Dienstleistung! Aufgrund einer beobachteten Nebenwirkung bei einem gestillten Säugling, dessen Mutter ein weitverbreitetes Antidepressivum einnahm, habe ich die Herstellerfirma des Originals und die sieben Firmen der entsprechenden Generika per E-Mail gleichzeitig um Auskünfte gebeten. Alle vier Schweizer Generikafirmen (Helvepharm, Mepha, Spirig und Streuli) haben am nächsten Tag prompt, umfassend, kompetent und ergänzt durch beigelegte Artikel orientiert.

Die Herstellerfirma des Originalpräparates hat zwar geantwortet, jedoch mitgeteilt, dass das Medizinische Departement unvollständig sei, auch zwei Wochen später hat sich dieses noch nicht gemeldet, obwohl der Aussendienstmitarbeiter zusätzlich persönlich orientiert worden war. Die Firma mit dem Slogan «The World Nr. 1 in generic drugs» hat zwei Tage später im wesentlichen den Packungsprospekt rezitiert und hat offensichtlich keinen Mediziner für Auskünfte zur Verfügung. Die Tochterfirma des grössten Schweizerischen Pharmaunternehmens hat acht Tage später ebenfalls kompetent und umfassend orientiert, das deutsche Grossunternehmen, das neben Originalpräparaten auch Generika vertreibt, brauchte dafür gar zwei Wochen.

Dr. med. M. Ryffel, Münchenbuchsee