

Werbung in der SÄZ und die Standesinteressen



Werbung für MediData in unserer Standeszeitung SÄZ – offener Brief an den Zentralvorstand der FMH

Viele Kolleginnen und Kollegen haben mitgeholfen bei der Gründung von TrustCenter, unter anderem auch in der Zentralschweiz, damit die Krankenkassen die von uns generierten Daten in elektronischer Form abholen könnten. Warum sie dies nicht tun und nun den «Tiers payant» favorisieren, ist sattsam bekannt.

Ich gehe davon aus, dass Ihnen bewusst ist, dass die MediData AG eine Organisation der Versicherungen und damit ein Werkzeug dieses Machtkampfes um die Datenverwaltung ist. Um so mehr erstaunt die Tatsache, dass auf Seite 2 der SÄZ Nr. 10 vom 7. März 2007 ein Werbeinterview mit der MediData prangt und natürlich für den «Tiers payant» wirbt.

Ihre ebenfalls schon vernommene Erklärung, dass die Werbeseiten der SÄZ allen Personen und Institutionen zugänglich sind, die entsprechend zahlen, entgegne ich mit der Frage, wie tief wir Ärzte und Ärztinnen sinken müssen, uns dafür bezahlen zu lassen, dass in unserem eigenen Standesblatt gegen unsere Interessen geworben wird. Hat denn die SÄZ keine Leitlinie, die festlegt, dass Veröffentlichungen, die den Interessen der Ärzteschaft entgegenstehen, nicht in unserem Standesblatt erscheinen dürfen?

Dr. med. Jörg Fritschi, Obernau



Antwort der FMH

Lieber Herr Kollege

Sie richten Ihr Schreiben an den Zentralvorstand der FMH, und ich bestätige Ihnen gerne den Empfang. Es ist in diesem Zusammenhang aber wichtig festzuhalten, dass die Schweizerische Ärztezeitung vom Schweizerischen Ärzteverlag EMH verlegt wird. Die FMH ist weder in die laufende Administration der Zeitung involviert,

noch verfügt sie in diesem Bereich über entsprechende Kompetenzen – wir können einzig auf Ebene des Verwaltungsrates Einfluss auf die strategischen Ziele nehmen. Aus diesem Grund haben wir den Präsidenten des Verwaltungsrats, unseren Kollegen Ludwig T. Heuss, sowie den Delegierten des Verwaltungsrats und Vorsitzenden der Geschäftsleitung der EMH, Ruedi Bienz, um eine Stellungnahme gebeten.

Im übrigen möchte die FMH an dieser Stelle, wie bei jeder anderen sich bietenden Gelegenheit, mit Nachdruck unterstreichen, wie fundamental wichtig es ist, dass wir über unsere eigenen Daten zu unserer Berufstätigkeit verfügen. Davon sind wir absolut überzeugt, und dafür stehen wir auch ein.

Dr. med. Jacques de Haller, Präsident der FMH



Antwort des Schweizerischen Ärzteverlags EMH

Sehr geehrter Herr Dr. Fritschi

Besten Dank für Ihren Leserbrief zu einem Inserat der Firma MediData AG in der Schweizerischen Ärztezeitung, zu dem wir gerne namens Geschäftsleitung und Verwaltungsrat der EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG Stellung nehmen.

Zunächst: Natürlich ist uns die gesundheitspolitische Relevanz von *Tiers garant* und *Tiers payant* vollumfänglich bewusst, und auch wir müssen persönlich aus unserem Herzen keine Mördergrube machen, was die Bedeutung ärztzeigener Datenhoheit und Sympathien für regionale Trustcenter betrifft. Dennoch möchten wir gerne noch einmal darlegen, weshalb auch dieses deutlich als Anzeige gekennzeichnete Werbeinterview der Firma killerworks [1] zu Recht in die Schweizerische Ärztezeitung aufgenommen wurde.

Bekanntlich ist die SÄZ das offizielle Organ der FMH und der FMH Services und vertritt damit in ihrem redaktionellen Teil in erster Linie die gesundheitspolitischen Anliegen der Standesorganisation. Allerdings soll und muss sie darüber hinaus auch die Funktion einer offenen gesund-

heitspolitischen Diskussionsplattform einnehmen können, in der auch abweichende oder kontradiktorische Meinungen geäußert werden können. Die Ärztinnen und Ärzte der Schweiz sind – zum Glück – in ihren Haltungen und Anschauungen zu unterschiedlich, als dass sie sich mit einer Einheitskost abspesen liessen. Um dies zu unterstreichen, wird die SÄZ von einem Chefredaktor geführt, der das inhaltliche Profil in enger Absprache mit dem FMH-Präsidenten und Generalsekretariat, aber darüber hinaus auch mit der zugesicherten gestalterischen Freiheit eines Redaktionsstatutes formt. Entsprechend ist die Auseinandersetzung zum Beispiel zur Frage des «Tiers payant» im redaktionellen Teil ein Akt professionellen Selbstverständnisses und journalistischer Qualität [2, 3]. Nur so erhalten wir die SÄZ lesenswert und interessant.

Soweit zum redaktionellen Teil. Nun ist dieser im Leserbrief nicht angesprochen, sondern vielmehr die Tatsache, dass ein für den «Tiers payant» werbendes Inserat, also nichtredaktioneller Inhalt, in der Standeszeitung akzeptiert wurde. Nein – es fehlen keine Leitlinien. Die Marketingabteilung des EMH hat klare Richtlinien für die Akquisition von Anzeigen in unseren Zeitschriften. So haben und werden Sie nie Inserate für Alkoholika, Nikotin oder moralisch anstößige Produkte in der SÄZ finden. Darüber hinaus bleibt der Markt jedoch frei, für Produkte werben zu können, die sich an die Zielgruppe der schweizerischen Ärzteschaft wenden. Natürlich stehen hierbei auch materielle Aspekte im Vordergrund, denn die Produkte des Schweizerischen Ärzteverlages EMH finanzieren sich ausschliesslich über Inserateinnahmen. Das Unternehmen EMH muss sich in einem kompetitiven Umfeld am Markt behaupten, und obwohl die äusseren Bedingungen immer schwieriger werden, sind wir stolz darauf, dass nach wie vor der Mitgliederbeitrag der FMH durch die SÄZ gesponsert wird und nicht umgekehrt. Dennoch ist es hier nicht einfach nur der Zweck, der die Mittel heiligt. Die schweizerische Ärzteschaft bedarf keiner Bevormundung. Hersteller von Originalpräparaten können nicht verlangen, dass man keine Inserate von Generikafirmen akzeptiert, Anbieter von Medizinalprodukten haben keinen Ausschliesslichkeitsanspruch, Privatspitäler können

ebenso werben wie öffentliche Anstalten. Genauso haben auch standesnahe Institutionen keinen primären Anspruch auf Sonderbehandlung. Vor allem haben sie auch keinen Grund dafür, nicht durch ihre Leistungen und Argumente im Wettbewerb mit anderen Anbietern zu bestehen! Auch EMH muss damit leben, dass es auch Schweizer Autoren gibt, die Konkurrenzprodukte auf unserem Markt unterstützen und damit den standeseigenen Verlag konkurrenzieren. Unsere Überzeugung ist: gut so! Qualitätswettbewerb bringt uns weiter, und es gibt ja eine Reihe von standeseigenen Unternehmen, die sich seit Jahren mit grossem Erfolg im Wettbewerb behaupten. Ist es wirklich so, dass das Vertrauen in die Standesorganisation sinkt, wenn in der SÄZ eine Anzeige von MediData publiziert wird? Wir glauben nicht. Nein, wir sind der Meinung, das umgekehrte wäre eher der Fall, wenn publik würde, dass sich Geschäftsleitung oder Verwaltungsrat der EMH individuelle Eingriffe in die Zulassung genehmer und nicht genehmer Inserenten leisten würden.

Interessant bleibt aber, dass hinsichtlich der Inseratepolitik von EMH kaum eine Anzeige solche Wellen wirft wie die Inserate von MediData. Dies spricht für die nachvollziehbare politische Brisanz im Kampf um Datenhoheit und Abrechnungssystem. Bereits im vergangenen Jahr hatten wir in einer Replik auf ähnliche Leserbriefe unsere Politik ausführlich dargelegt [4]. Wir hoffen, dass mit der neuerlichen Diskussion die Haltung des Verlages verständlich gemacht wurde. Kritische Rückmeldungen sind uns willkommen. Sie zeigen einmal mehr, wie sehr sich Ärztinnen und Ärzte mit ihrem Standesorgan auseinandersetzen und der Schweizerischen Ärztezeitung sogar bis in die Werbung hinein Beachtung schenken. Auch die Inserenten können sich freuen: replizierte Aufmerksamkeit eines Inserates bis in die Leserbriefspalten hinein. Ob das wohl die Entscheidung potentieller Kunden beeinflusst?

*PD Ludwig T. Heuss,
Präsident des Verwaltungsrates EMH*

*Ruedi Bienz,
Vorsitzender der Geschäftsleitung EMH*

- 1 Tiers garant, Tiers payant – oder beides? Unpaginierte Anzeige in der Schweizerischen Ärztezeitung Nr. 10, 7.3.2007.
- 2 Hofer T. Hilfe! Bin ich ein Nestbeschmutzer? Ein Beitrag zum Wechsel «tiers payant» (TP) – «tiers garant» (TG). Schweiz Ärztezeitung. 2005;86(47):2608-10.
- 3 Stoffel U. Wechsel vom «tiers garant» (TG) in den «tiers payant» (TP)? Das falsche Signal zur falschen Zeit in die falsche Richtung. Schweiz Ärztezeitung. 2005;86(39):2225-6.
- 4 Bienz R. Replik. Schweiz Ärztezeitung 2006;87(14):595.

Weitere Briefe an die SÄZ



Entrollt nochmals die Transparente!

Die Demo vom ersten April hat sich geöhrt. Entrollt nochmals die Transparente, die witzigen, die bitteren, die überlegten. Meines liegt im Keller. Ich weiss noch wie wenig Worte mir der dicke Pinsel liess: «Die Hausärzte sind 1,5 Mio. Sparpotenzial pro Jahr.» Ich war von 30 Mio. Konsultationen ausgegangen, die wir Grundversorger leisten, die zu 45 Mio. teureren Spezialistenkonsultationen würden, weil wir pro Konsultation im Schnitt 1,5 Spezialgebiete abdecken. Meine finanziellen Überlegungen waren nicht der Stimmungsrenner auf dem Bundesplatz. Das vergangene Jahr hat gezeigt, dass ernstgemeinte Sparbemühungen auch nicht das wirkliche Anliegen in der Gesundheitspolitik sind, Umverteilung ist das Ziel.

Die Spitäler sollen privatwirtschaftlich rentieren. Sie haben rund 10% zugelegt. So viel wie möglich vom Gesundheitswesen soll über den lukrativen Privatversicherungsbereich abgehandelt werden. Die abgeschmetterte Einheitskasse ist ein Mosaikstein dazu. Die gesteigerten Pharmagewinne sind die Streusel auf dem Kuchen.

Auf den ersten April wurde das neueste Beispiel präsentiert: Für den Grundversorger gibt es Dringlichkeitspositionen, die nichts anderes als ein Umverteilungshokuspokus der Notfallpositionen sind. Gleichzeitig wird für die Notfallstationen der Spitäler die neue Position 35.0610 eingeschmuggelt! Text: «administrative Patientenaufnahme durch die anerkannte Notfallaufnahme, allfällige Wartezeiten.» Bewertung: 25 Minuten!

Sollten wir darum frustriert aufgeben? Ich meine nicht. Wir konnten nicht allen Ernstes annehmen, jemand würde uns innerhalb eines Jahres den Teppich auslegen. Nicht die erfüllten Forderungen zählen, sondern die wachsende Solidarität der Grundversorger untereinander. Der Vorstand hat hart gearbeitet und die Voraussetzungen dafür verbessert. Folgerichtig ist sein Slogan zum 1. April 2007; auf meinem Transparent wäre Platz für «Maul auf für die Hausarztmedizin!»

Dr. med. K. Brühwiler, Wil



1. April, Hausärztinnen und Hausärzte, 1. April!

Leider ist es nicht so scherzvoll, wie es tönt. Der 1. April soll fortan der Tag der Schweizer Hausarztmedizin sein. Und genau per 1. April 2007 zeigt man uns Hausärztinnen und Hausärzten, dass man uns doch nicht wirklich schätzt.

Genau ab 1. April kürzt man die Notfallzuschläge und schafft Dringlichkeitszuschläge für Arbeitszeiten ausserhalb der Sprechstundenzeiten und nur dafür. Man hätte den Dringlichkeitszuschlag auch gleich noch für die nächtlichen Anrufe einführen können. Dann hätten wir nämlich nachts zwei Stunden Zeit bekommen, um zu überlegen, ob wir überhaupt das Telefon abnehmen sollen oder nicht. Bei einem Notfallbesuch nachts können wir ab 1. April auch noch zwei Stunden im Bett liegen bleiben, bis wir ausrücken, oder?

Ein wichtiger Bereich der Hausarztmedizin für die Bevölkerung ist die Erreichbarkeit der Grundversorger vor allem ausserhalb der Bürozeiten. Als Landarzt mit 14 Jahren Praxiserfahrung kenne ich die Bedürfnisse der Patienten und die Belastung für uns Hausärzte, die sich aus dem Notfalldienst ergeben, sehr genau. In einem Kanton wie Graubünden wäre die Notfallversorgung ohne Hausärzte nicht machbar und auch nicht zu finanzieren. Unsere Politiker wissen dies eigentlich ganz genau. Ausnahmen bestätigt die Regel. Der Präsident von *santésuisse* ist übrigens auch ein Bündner Politiker. Wir Bündner Hausärzte versorgen Touristen zusätzlich und gleich billig wie unsere einheimischen Patienten, brauchen dafür aber meistens Assistentenstellvertreter, zusätzliches Hilfspersonal und die entsprechende Infrastruktur. Ausserhalb der Saison kann dieser Zusatzaufwand für die Touristenversorgung während der Saison aber nicht mehr gedeckt werden. Alleine kann man diese Mehrleistung auch nicht während 24 Stunden pro Tag und sieben Tage die Woche erbringen. Stellen wir trotzdem noch Assistentenstellvertreter ein, kostet uns dies nicht nur viel mehr Geld, sondern wir werden statistisch auch noch dafür bestraft und kommen vielleicht bei *santésuisse* erst recht in Teufels Küche. Bündner Grundversorger,

die vor allem auch während der Saison viel Notfalldienst leisten und Assistentenstellvertreter anstellen, bekommen dies sehr gut zu spüren. Denn diese Kollegen arbeiten ja auch auf unsere Abrechnungsnummer. Wenn es für Praxen, die während der Saison Assistentenstellvertreterärzte beschäftigen, keine Ausnahmen gibt, so müsste man wenigstens die Notfalldienstkosten aus dem Kostenneutralitäts-, aber statistisch auch aus dem Praxisbudget nehmen, wie es in Deutschland für die Notfälle grundsätzlich gilt. Man muss in der Schweiz ja nicht immer nur die Fehler aus dem Ausland kopieren, sondern könnte auch einmal etwas Brauchbares übernehmen. In der Schweiz ist man doch intelligent, kritisch und lernfähig, oder? So würden die Grundversorger, die viel Notfalldienst zu leisten haben, nicht mehr ungerechtfertigt durch den enormen psychischen und vielleicht auch finanziellen Stress aus Rückforderungsklagen, namentlich in Graubünden, bestraft, sondern könnten auch in den Alternativmodellen der Krankenkassen verbleiben, aus denen sie jetzt einfach und ohne weitere Begründung und Beurteilung ausgeschlossen werden (siehe Helsana und andere). Ohne diese sparsamen Versicherten entfallen statistisch günstige Fälle und der Teufelskreis dreht sich weiter. Der nächste Schritt dürfte dann noch der von den Krankenkassen begehrte Wegfall des Kontrahierungszwangs sein, womit diese dann noch die finale Macht hätten, die teuren Rund-um-die-Uhr-Grundversorger gänzlich auszuschliessen und diesen den Todesstoss zu versetzen.

Wie wollen wir unseren jungen Kolleginnen und Kollegen am 1. April noch ehrlich, glaubwürdig und überzeugend zeigen, dass sie unsere Hausarztpraxen einmal übernehmen sollen, wenn nur Belastungen, Finanzierungsprobleme und Risiken auf sie zukommen werden?

Dr. med. Karl Mannhart, Churwalden



Médecine des assurances

J'ai beaucoup apprécié l'intervention du collègue J. Hayek [1] sur le Forum CC du Bulletin des médecins suisses et garde quelques interrogations sur la réponse de la vice-présidente de la FMH.

Il me semble en effet primordial de se poser la question de l'existence ou non d'une compétence universitaire nouvelle légitimée à partir d'un savoir issu d'une histoire de concepts spécifiques à ce savoir, question sans laquelle la «compétence» risque de n'être que le reflet complaisant d'une idéologie dominante du moment présent. D'autre part, s'agissant du nerf de la guerre, la question du financement est une demande incontournable, à l'ordre du jour pour tout travail scientifique.

Dans la réponse de la Dresse Stöhr [2], vice-présidente de la FMH, j'ai appris quand et où était née l'ASIM tout comme les noms et les compétences professionnelles du Pr Niklaus Gyr et de la directrice Mme Bollag. Au niveau du financement l'ASA, Association suisse des assureurs privés, est mentionnée en queue de liste dans sa participation au financement. Une institution, un maillon sans doute important du réseau n'apparaît cependant pas dans la réponse de notre consœur, la SIM ou Swiss Insurance Medicine, institution qui date de 2002, dont le président est le Dr Soltermann, par ailleurs médecin-chef de l'ASA. Siègent, avec lui au sein du comité de la SIM entre autres, le Pr Gyr, le Dr Ludwig, représentant de la SUVA, la Dresse Rajower pour l'OFAS.

Comment s'articulent ces deux (?) institutions, pôle universitaire et pôle de communauté d'intérêts suisse de la médecine d'assurance? Qui

définir quel système de référence à l'intérieur duquel puisse se développer une discussion et un travail interdisciplinaire? Comment garantir que les intérêts financiers du pôle des assurances ne pèsent pas de manière excessive sur la «pertinence du savoir» de cette nouvelle médecine des assurances? Comme l'écrivait le Pr Darioli: «Il serait souhaitable que [...] la FMH s'attelle à la question du certificat, en dehors de toute influence» [3], tout comme souligne H. Kuhn: «Savoir rédiger un jugement consistant et donc inattaquable au niveau logique et formel est une vertu – juger juste en est une autre» [4]. L'influence dans l'expertise de l'expérience clinique et du jugement personnel est non seulement inévitable mais partie du processus, celle qui conditionne le système de référence et produit des certifications sans doute aussi, mais ne devrait-elle pas être plus transparente?

Dr Marc Christe, Bellinzona

- 1 Hayek J. La médecine des assurances: davantage qu'une «simple discipline». Bull Méd Suisses. 2007;88(6):222.
- 2 Stöhr S. Réponse. Bull Méd Suisses. 2007;88(6):222-3.
- 3 Darioli R. Cours de formation FMH à la pratique de l'expertise médicale dans le domaine de l'assurance accidents. Bull Méd Suisses. 2003;84(25):1339.
- 4 Kuhn HP. Préface. Dans: Rosatti P. L'expertise médicale. Volume 2. Genève: Médecine & Hygiène; 2005.



Wie wir in den Wald rufen ...

Wenn ich die Replik der santésuisse [1] auf den Kommentar des langjährigen Rechtsberaters der FMH, Hanspeter Kuhn [2] zum bahnbrechenden EVG Urteil vom 6. Oktober zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit von Ärzten lese, kommt mir unweigerlich das altbewährte Sprichwort in den Sinn: «Wie wir in den Wald rufen, so kommt es [gemeint ist das Echo] zurück.»

In grosser Besetzung korrigierte das EVG seine langjährige Praxis und nähert sich damit einer gerechteren Beurteilung von Ärzten, denen sogenannt unwirtschaftliches Verhalten vorgeworfen wird. Die vielfältigen Bemühungen, die hohen Richter von den katastrophalen Folgen ihrer Rechtsprechung zu überzeugen, haben endlich begonnen Früchte zu tragen.

Die Wirtschaftsprüfer von santésuisse wissen ganz genau, wie seit vielen Jahren hunderte von engagierten Ärzten, vor allem Grundversorger/innen, mittels einer relativ undifferenzierten Methode massiv verunsichert worden sind, indem sogenannte Rückforderungen geltend gemacht wurden. Teilweise bezogen sich diese auf verordnete Leistungen, bei denen dann der Begriff Rückforderung an sich völlig deplaziert ist. Die wenigen Ärzte, die sich diesem massiven existentiell bedrohenden Druck widersetzen und den mühsamen Weg durch die Gerichte wählten, machten alle die gleiche Erfahrung. Die Daten, die santésuisse auf den Tisch legten, waren sakrosankt. Die Argumente der Ärzte galten nichts. Haben sich Ärztinnen und Ärzte auf Verhandlungen (auch schon als Bazar bezeichnet) mit der santésuisse eingelassen, wurde ihnen die geltende Rechtsprechung unter die Nase gerieben. Diese lautete eben: die Argumente der Ärzte, ihre Praxisbesonderheiten, ihre spezifischen Weiterbildungen, ihr besonderes Patientenkollektiv usw.: All das wurde bis anhin nicht als wesentliche Faktoren berücksichtigt. Als besonders das Rechtsempfinden störend musste immer wieder registriert werden, dass in jedem Kanton eine andere Regelung galt. Da gibt es Kantone mit Paritätischen Kommissionen, dort wurden die Argumente der Leistungserbringer differenzierter beurteilt. Dann gibt es Kantone, die praktisch keine Rückforderungen starten, und es gibt noch immer andere Kantone, die noch heute mit massiven Rückforderungen seit Jahren engagierte Grundversorger in den Ruin treiben. Lokale santésuisse-Vertreter und umsatzbeteiligte Anwälte konnten mit der bisherigen Rechtsprechung eine äusserst einseitige Politik durchsetzen. Einseitig zu Lasten der Leistungserbringer und damit zu Lasten der chronischen Patienten.

Für einen Rechtsstaat einzigartig ist jedoch die Tatsache, dass die Behauptungen der santésuisse, es handle sich um eine sogenannte Überarztung, statt als Parteibehauptung und somit als Hinweis bzw. Indiz, gleich als sakrosankte Beweise von den Gerichten übernommen worden sind.

Dass sich in dieser mehrfach bewiesenen Situation zahlreiche Ärzte absichern müssen und die chronischen und damit kostenverursachenden Patienten ab- und weiterweisen, liegt völlig auf der Hand. Damit kann die santésuisse-Statistik als reine Durchschnittsmethode – nennt sich diese nun Anova oder anderswie – am wirksamsten korrigiert werden. Die Wirtschaftsprüfer der santésuisse wissen das eben ganz genau, sonst hätten sie nicht so heftig reagieren müssen.

santésuisse ist bis heute den wirksamen Tatbeweis schuldig geblieben, dass es den Krankenkassen um eine vernünftige und wirksame Betreuung der teuren, polymorbiden Patienten geht. santésuisse steht daher heute in der Schuld, v.a. den Grundversorgern und allen anderen Ärzten, die eben polymorbide Patienten über Jahre betreuen, glaubhaft zu beweisen, dass die Kassen an einer effizienten Betreuung dieser statistisch entscheidenden Patientengruppe interessiert sind. Mit der vernünftigen Betreuung dieser Kranken liessen sich wesentliche Kosten sparen, und nicht durch statistisch beschönigende Beschäftigung von Ambulatorien. Zu beachten in diesem Zusammenhang sind die seit Jahren enorm steigenden Kosten «Spital ambulant»!

Es ist an der Zeit, dass santésuisse sich verbindlich dazu äussert, wie die chronischen Patienten betreut werden sollen.

*Dr. med. Cyrill Jeger, Präsident Consano,
Vereinigung für eine faire
und soziale Medizin in der Schweiz*

1. Amstutz R. EVG bestätigt Kurs von santésuisse. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(9):351-2.
2. Kuhn H. Die santésuisse-Statistik und die Praxisänderung des EVG. Schweiz Ärztezeitung. 2007; 88(9):352-3.



Nouvelles positions TARMED pour les urgences: un autogoal qui était programmé!

Le projet de révision des taxes d'urgence date de plus de deux ans. Déjà à l'époque, étant encore président de la SMCF, j'avais mis en garde notre collègue Madame Peter-Gattlen sur l'injustice que représenterait une diminution de 30% de ces taxes.

Mais le problème est ailleurs. TARMED est ingérable, trop d'intérêts contradictoires sont en jeu, et il est impossible de les considérer tous. Vouloir à tout prix une neutralité des coûts dans une spécialité, ceci pour ne pas devoir négocier avec d'autres groupements de médecins, est une imbécillité. On sait que TARMED est trop généreux dans certains domaines. On sait que les médecins de premiers recours n'ont rien gagné à son introduction, contrairement aux promesses

faites. Il faudrait donc un remaniement du TARMED qui tienne compte de tous ses facteurs ... Impossible, on serait reparti pour dix ans de palabres ... A ceci, s'ajoute le fait que la neutralité des coûts par canton rend impossible une harmonisation correcte de la structure tarifaire. Avec une variation de plus de 20% de la valeur du point, on peut être certain que si le tarif fonctionne pour une spécialité X dans le canton Y, cela peut ne pas être le cas dans un autre canton. Ajoutez à cela, que pour les médecins de premier recours, la propharmacie dans de nombreux cantons où la valeur du point est basse, est une source de revenus importante. Vous avez là l'explication du blocage complet du système! On ne peut pas comparer des poires et des pommes et vouloir un tarif uniformisé alors que rien d'autre n'est uniforme!

Il y a dix ans, en chambre médicale, j'avais déjà prédit le genre d'ineptie que nous vivons aujourd'hui; à l'époque, dans une certaine indifférence, mais dès le 1^{er} avril 2007, gageons que les assureurs vont refuser toute taxe urgente car, pour eux, rien est urgent.

Le corps médical se réveillera alors avec la gueule de bois et les négociateurs qui le représente auront un peu de peine à expliquer pourquoi ils n'ont rien vu venir et surtout n'ont rien voulu entendre depuis dix ans déjà.

Dr Richard Nyffeler, Romont



Rezeptmissbrauch durch Patienten-Apotheker-Komplott

Auch ich hielt es wie Kollege M. Senn in seinem Leserbrief «Geschäft mit Pillen, Salben ...» [1] lange für unwahrscheinlich, dass «Patienten mit unseren Rezepten Missbrauch betreiben», bis mir eines Tages bei einem Hausbesuch die Krankenkassenabrechnung vor Augen kam und mich stutzig machte.

Tatsächlich sah ich dann auf der einverlangten Kopie meines Rezepts, dass von fremder Hand die *verschriebene Menge verdoppelt* worden war. Laut Gesetz oder Konvention kann der Apotheker bei gewissen Medikamenten von sich aus eine Wiederholung vornehmen. Indessen war in diesem Fall die zweite Abgabe *gar nicht erfolgt*, sondern der Patient hatte zu etwa *demselben Betrag nicht kassenpflichtige Sanitätsartikel* erhal-

ten – «um ihm die Kosten zu ersparen», wie er treuherzig erklärte.

Kantonsarzt und Kantonsapotheker wissen davon, in anonymisierter Form, und auch die santésuisse ist informiert worden:

«... möchte Sie auf eine Schwachstelle im Bereich des Krankenversicherungswesens hinweisen:

Wiederhol- und Dauerrezepte verleiten zu Missbrauch, zu Lasten von Versicherung und Allgemeinheit, was nur schwer aufzudecken und dann kaum beweisbar ist (grosse Dunkelziffer).

Hier ein *typischer Fall*, auf den ich bei der Überprüfung des Medikamentenverbrauchs eines Patienten zufällig gestossen war: Ein Klient und Freund bestätigte mir sodann, dass er, in seiner Apotheke wartend, schon oft Zeuge ähnlicher *Machenschaften* geworden sei: so z.B. «der Arzt meint, ich müsse doch noch eine zweite Packung vom Antibiotikum gebrauchen, es wäre mir aber lieber, wenn man mir dafür irgendein gleich teures Stärkungsmittel geben könnte ...» oder: «ist mein Rezept für den Cholesterinsenker noch gültig? Für diesen Monat aber möchte ich statt dessen Reise- und Durchfalltabletten und eine Sonnencreme für meine Ferien beziehen...» oder: «Gesichtssalbe statt Klimakteriumhormon» etc.

Die wiederholte Abgabe aufgrund eines Einzelrezepts erspart wohl Umtriebe – und allenfalls eine Telefonkonsultation, bildet jedoch eine einladende *Grauzone für kostenträchtigen Versicherungsbetrug*. Nebenbei: *Ähnliche Manipulationen* lassen sich heute voraussehen, wenn ein Patient unwillig ist, vom gewohnten *Originale auf ein Genericum* zu wechseln: Es werden einfach 2 Packungen Genericum verrechnet und dafür 1 Originale dispensiert, wodurch auch der Kostenbeitrag des Versicherten von $1 \times 20\%$ des teureren auf $2 \times 10\%$ des billigeren reduziert wird und sich gleichzeitig der Gewinn der Abgabestelle erhöht!

Unkontrollierte Mehrfachabgabe eines verschriebenen Medikaments – und ebenso die Abgabe einer zwei- bis mehrfachen Quantität – ist *kontraproduktiv*. Folglich sollte, ganz im Sinne von Wirtschaftlichkeit und Kosteneinsparung, auf der Basis eines ärztlichen Rezepts die verschriebene Menge *strikt nur einmal dispensiert* werden; dies als Anregung zu einer *Änderung entsprechender Vereinbarungen und Bestimmungen*. – Als Übergangslösung wird der vorsichtige Arzt auf *allen seinen Rezepten stets «ne rep.»* vermerken oder vielleicht schon vordrucken lassen.

Dr. med. Hans R. Schwarz, Porto Ronco

1 Senn M. Geschäft mit Pillen und Salben ... Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(11):466.



Ärztliches Denken und Handeln im Spital im Wandel

Lieber Richard

Mit Interesse und Zustimmung habe ich soeben Deinen Artikel zum System der DRG in der Schweizerischen Ärztezeitung gelesen [1].

Wie es von Dir nicht anders zu erwarten war, liest er sich klar und konzis; er nimmt ebenso sachlich fundiert wie abgewogen Stellung in einer Angelegenheit, bei der man einmal mehr über die Schrittmacher dieser «Reform» nur den Kopf schütteln kann. Immer wieder verblüfft, was man sich in der Öffentlichkeit an Non-Evidence-based Health Politics zu leisten vermag.

Seit Politiker, Gesundheitsdirektorinnen, Ökonomen und Versicherungsfunktionäre in der Medizin das Sagen haben, sind wir Ärzte in die Rolle der punktuell oder höchstens sektoriell Reagierenden geraten (so auch hier) und kaum mehr als Leithammel oder Anwälte unserer Patienten gefragt. Unsere Stimme wird auch eher in der Berufsliteratur erhoben und wirkt in der Öffentlichkeit selten überzeugend.

Was uns bisher gefehlt hat, war ein durchdachtes Gesamtkonzept, von dem aus wir grundsätzlich operieren würden. Die Scharmützel auf Nebenschauplätzen, die unsere Kontrahenten gerade ausgewählt hatten, gingen deshalb kaum je im Interesse des Ganzen aus. Überdies wirken die unsinnig proliferierenden administrativen Auflagen lähmend.

In diese konzeptionelle Lücke ist nun soeben eine flüssig lesbare Publikation zweier Medizinprofessoren gesprungen, die meines Erachtens einen Durchbruch darstellt: Johannes Bircher und Karl-H. Wehkamp. Das ungenutzte Potential der Medizin. Analyse von Gesundheit und Krankheit zu Beginn des 21. Jahrhunderts. Zürich: Rüffer und Rub; 2006. Die Autoren liefern eine durchdachte und umfassende Plattform, von der aus wir Ärzte agieren und vielleicht wieder eine wegweisende Rolle im Gesundheitswesen übernehmen können.

Es würde mich freuen, wenn dieses Buch bei Dir und Deinen CA-Kollegen Interesse finden und Euch etwas Munition liefern würde.

Dr. med. Peter Möhr-Buxtorf, Wädenswil

1 Binswanger RO. Ärztliches Denken und Handeln im Spital im Wandel. Schweiz Ärztezeitung. 2007; 88(8):318-21.

Ärztliches Denken und Handeln im Spital im Wandel

Schön, dass Sie als Nichtkliniker auf die zu erwartenden Folgen der DRG-Einführung hinweisen [1]. Leider haben die seit vielen Jahren vorliegenden Erfahrungen in den USA unser Gesundheitssystem nicht vor dieser bürokratischen Plage bewahrt. In Ihrer Stichwortliste fehlt nur noch der Hinweis auf die Betrügereien, zu der jede Kodierung verführt, die mit finanziellen Konsequenzen verbunden ist. Bei der zeitlich gestaffelten Einführung der DRG in den amerikanischen Bundesstaaten verschlechterte sich der statistisch erfasste Gesundheitszustand der Bevölkerung jedesmal sprunghaft, weil möglichst einträgliche Diagnosen gemeldet wurden. Der Anteil der akuten Koronarinsuffizienz bei den Herzkranken in Rhode Island und Massachusetts stieg z.B. abrupt von 32 auf 48%. Darüber gab es interessante Arbeiten und Leserdiskussionen im NEJM 1993/1994. Leider habe ich in meinen Akten nur noch einige Notizen dazu gefunden: «Over the years, optimizing DRG-based reimbursements has become an art similar to the identification of tax loopholes.»

«Local and even national statistics about disease trends may be obscured by such a system.»

«The follies of DRG coding result directly from the use of a coding system as a billing system.»

DRG fördert auch das Abschieben unerwünschter Notfälle, ein oft skandalöses «Patient Dumping», über das haarsträubende Geschichten im JAMA und NEJM zu lesen waren.

Ebenso clever wie unverschämt handelten jene Kliniken, die die Operierten nach (zu) kurzer Liegezeit am Freitag entlassen und deren Wiedereintritt als Notfall bereits für den folgenden Montag mit Bestellkärtchen einplanten. Diesbezüglich seien jetzt aber Sicherungen eingebaut worden.

Ich nehme an, dass Ihnen bald auch einmal der schöne Unruhestand des pensionierten Chefarztes «blühen» wird, und wünsche Ihnen alles Gute.

Dr. med. Bernhard Gurtner, Wetzikon

1 Binswanger RO. Ärztliches Denken und Handeln im Spital im Wandel. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(8):318-21.

Klare Analyse – Ärztliches Denken und Handeln im Spital im Wandel

Ich bedanke mich sehr für Ihre klare Analyse der drastischen Auswirkungen und der «Kollateralschäden» infolge der eingeführten dezentralen leistungsorientierten Budgetverantwortung (LoB) und der geplanten Einführung der Swiss

DRGs. Gerade auch unser Fach der Geriatrie – quasi als direkte und indirekte Folge einer beschleunigten und technikorientierten Medizin – bekommt die Zersplitterung von Prozessen und Verantwortlichkeiten mit diesen Neuerungen arg zu spüren. Die Krankenkassen ihrerseits sprechen mit grossem Gehabe vermehrt gekürzte Kostengutsprachen für fachlich klar indizierte Rehabilitationen oder Akutbehandlungen von multimorbiden Hochbetagten; zunehmend verweigern sie sogar eine Rehabilitationsbehandlung, obwohl die Ärzte diese indiziert haben! Die implizite Rationierung ist voll im Gange, ohne dass ein breiter Diskurs mit Politikern, Krankenkassen und uns Leistungserbringern transparent geführt wird. Es ist zeitweise sehr stossend, wie das neue Menschenbild eines stets kompetenten, selbstverantwortlichen Klienten gegen dasjenige eines bedürftigen, fragilen und leidenden Patienten von den Ökonomen und Politikern einfach ausgetauscht wird! All diese aktuellen Auseinandersetzungen sind wie Kämpfe zwischen «Goliaths und Davids», um für die äusserst schwierigen Auseinandersetzungen gleichsam ein archetypisches Bild aus der jüdisch-christlichen Tradition zu verwenden. Sorgen wir doch, dass die Zahl der Verlierer auf Seiten der Patienten und der Ärzte nicht weiter wächst!

Dr. Kurt Müller, Schaffhausen

1 Binswanger RO. Ärztliches Denken und Handeln im Spital im Wandel. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(8):318-21.

Transformation du mode de pensée et d'action des médecins à l'hôpital – bravo pour votre article!

Retraité depuis trois ans, ancien chef de médecine dans un petit hôpital (et une fois président de la Chefärztekommision), j'aimerais vous féliciter pour votre excellent article dans le BMS [1]. Je suis heureux de constater que vous, les jeunes, reprenez avec détermination et intelligence le combat contre la médecine bureaucratique, combat dans lequel nous n'avons eu beaucoup de succès. Un exemple: lors de l'introduction des ordinateurs pour les infirmières, PRN, il a environ 15 ans tous les médecins de notre hôpital régional, et d'autres hôpitaux, ont mis en garde les autorités et les infirmières, en vain: tout ce que vous décrivez si bien dans votre article, mécontentement et des malades et des soignants, était prévisible. Merci de continuer à lutter, pour le bien des patients et des soignants. Dans le même esprit, je me suis toujours battu pour une caisse-maladie unique (je joins un ar-

ticile qui va paraître dans le journal valaisan), car je pense que la Suisse est en train de perdre ses valeurs au profit d'une dictature de l'économie. Il s'agit donc du même combat. Même si je comprends fort bien la crainte de nos concitoyens de Suisse centrale et orientale de devoir payer pour certains cantons romands qui consomment manifestement trop de médecine, je regrette que cette Caisse unique n'ait pas plus d'adeptes de l'autre côté de la Sarine. Il s'agit d'un choix de société, un premier pas vers une meilleure clarté des coûts, et non pas d'un combat gauche-droite.

Dr Jacques Petite, Martigny

- 1 Binswanger RO. Transformation du mode de pensée et d'action des médecins à l'hôpital. Bull Méd Suisses. 2007;88(8):318-21.



La statistique de santésuisse: solution finale pour supprimer les «mauvais risques»?

Prise de position quant aux articles de MM. Roland Amstutz, santésuisse et H.P. Kuhn, FMH [1, 2]

Le législateur exige le contrôle des prestataires de soins. Leurs prestations doivent être efficaces, adéquates, et économiques, et tenir compte des prérogatives du patient et du but du traitement, fondé sur le diagnostic.

Sous prétexte de simplification, santésuisse ne tient compte que des coûts.

Le Tribunal fédéral des assurances (TFA) semble avoir enfin pris conscience des déviances provoquées par la statistique lacunaire de santésuisse et a déclaré qu'une estimation globale du travail des médecins, qui tient compte de tous les paramètres en jeu, est nécessaire. Cette décision est propre à empêcher que santésuisse puisse influencer à son profit sur le système sanitaire et à supprimer les effets pervers de l'actuelle méthode de contrôle.

santésuisse prétend tenir compte de toutes les prestations internes et externes des cabinets médicaux, de même que des caractéristiques de leur clientèle, et affirme avoir créé des groupes de référence adéquats de médecins.

C'est faux. Depuis 16 ans, la statistique de santésuisse exclut arbitrairement les coûts externes les plus importants comme les hospitalisations, l'imagerie médicale ou le fait d'adresser les patients à divers autres médecins et qui représentent environ 50% d'un budget d'ensemble.

Dans le canton de Berne, santésuisse supprime les groupes de référence spécifiques. La discipline de médecine interne FMH n'existe plus. Ce qui équivaut à un nivellement et au refus de reconnaître les particularités inhérentes à la formation et, partant, à la fonction des médecins.

Les cas d'économicité qui font intervenir la statistique de santésuisse, sont traités avec une procédure sommaire. Sans avertissement, sans tenir compte de la clientèle du médecin, sans rechercher le dialogue, ni procéder à une conciliation, et en refusant l'aide d'une commission paritaire (médecin/caisse-maladie) ces cas sont envoyés directement au tribunal. On ne veut qu'une logique comptable, et exclure les critères de qualité et les prérogatives du malade.

C'est comme si santésuisse voulait établir une jurisprudence déterminant les montants annuels que chaque assuré aurait le droit de consacrer à ses dépenses sanitaire et qui ne devrait pas dépasser de plus de 30%, la moyenne. Au-dessus de cette limite, les assurés seraient ce que les assureurs considèrent comme des «mauvais risques» dont il faut se défaire. Les médecins qui s'occupent de cas lourds dépassent forcément cette limite et sont invités à financer eux-mêmes les traitements qu'ils ont ordonnés.

La statistique de santésuisse a aussi pour effet de déterminer quels sont les médecins «bon marché» et couper court au débat sur la liberté de contracter.

Dans les modèles d'assurance «économiques» (HMO, Managed Care, etc.) les médecins de premiers recours proposés doivent être bon marché. Or, on sait que les premières mesures médicales prises déterminent l'évolution favorable d'une maladie. Le premier praticien appelé devrait être le plus compétant.

Dr Henri Siegenthaler, Bienne

1. Amstutz R. Le TFA confirme la voie suivie par santésuisse. Bull Méd Suisses. 2007;88(9):351-2.
2. Kuhn H. Statistique de santésuisse et modification de la pratique du TFA. Bull Méd Suisses. 2007; 88(9):352-3.