

Briefe an die SÄZ



Nun ist nicht nur Mut gefragt

Als wesentlich in RE III involviert Gewesener seien mir folgende Ausführungen zum sehr guten Editorial von Franco Muggli [1] gestattet:

Es ist unbestreitbar, dass TARMED einen erheblichen Revisionsbedarf habe (vgl. [2]). Und dieser Revisionsbedarf besteht nicht nur im Kapitel der bildgebenden Systeme.

Wie die Erkenntnisse im Rahmen RE III ergaben, sind aber nicht nur die Eckwerte im Berechnungsalgorithmus nachzuführen und zu aktualisieren, sondern die in allen Sparten unzähligen Korrekturfaktoren zu hinterfragen, die grossteils ohne konkrete Begründung sind und aus dem Tarifbrowser gar nicht hervorgehen. Hinzu kommen eigentümliche Werte in den Betriebszeiten, in den Personaleckwerten, im BKP2 (Baukostenpauschale), in Sach- und Umlagekosten (SUK) und in den indirekten Kosten sowie den Geräte- und Inventarkosten. Aber auch die Frage des Berechnungsmodells INFRA und KOREG ist zu überprüfen, die Berücksichtigung der Auslastung und Produktivität der Sparten sowie das Spektrum der Dignitäten. Die notwendigen Korrekturen sind durch Simulationen auf ihre Auswirkungen zu überprüfen.

Bei der vom BAG gewünschten Straffung der Nomenklatur sollte eine solche nur mit entsprechender Überarbeitung der Minutage der ärztlichen Leistungszeit und der Raumzeit erfolgen.

Schliesslich sind bei der Umsetzung von RE III in «TARMED-Basis» von Rolotec, der neuen Software des Tarifbrowsers, ebenfalls Lücken und Unzulänglichkeiten aufgedeckt worden.

Ob die verschiedenen Fachgesellschaften und deren Tarifexperten der FMH und die Experten der anderen Vertragspartner, für eine Revision von TARMED, wie skizziert, bereit sind den notwendigen Aufwand für die Überarbeitung der Eckwerte, der Modell- und Berechnungsfrage und der Straffung der Nomenklatur – wie vom BAG gefordert – zu übernehmen, ist in Anbetracht des notwendigen grossen personellen Ein-

satzes fraglich, und deshalb sind alle unbedingt positiv zu motivieren.

Leider ist zu bedenken, dass, obwohl in RE III eine betriebswirtschaftliche Rechnung gemacht wurde (z.B. in der Betriebsstelle), solche Berechnungen Opfer von Kostenneutralitätsprinzipien werden. Das ist stossend, weil die betriebswirtschaftliche Komponente über die Taxpunktwertsteuerung vernichtet wird.

Die Erfahrung im Rahmen RE III zeigt auch, dass die kantonalen Taxpunktwertunterschiede in vielen Bereichen einen wesentlich grösseren Einfluss haben als die meisten Korrekturen in den Eckwerten von TARMED. Und von der an einer früheren Ärztekammer in Solothurn beschworenen Konvergenz der kantonalen Taxpunktwerte ist nichts mehr in Sicht, obwohl gerade in der Bildgebung betriebswirtschaftlich gesehen die kantonal unterschiedlichen Ansätze nicht gerechtfertigt sind. Immerhin wurde an der Ärztekammer vom 2. Februar 2000 und vom 21. Juni 2000 eine Konvergenz der Taxpunktwerte innert 5 Jahren (!) nach Einführung von TARMED postuliert.

In der Tat ist es wohl klüger, das Ruder selber an die Hand zu nehmen. Auch hier hat das RE III gezeigt, dass es bei Vorgaben von aussen schwieriger ist, zu reagieren.

Eines sollten aber alle TARMED-Tarifpartner gemeinsam unternehmen: dem BAG und dem Bundesrat klarmachen, dass mit Kostenneutralität auch eine Leistungsneutralität verbunden sein muss und dass nicht mehr Leistungen oder neue Leistungen zum gleichen Preis zu haben sind. Das Projekt einer solchermaßen gestalteten Revision von TARMED muss eine echte, betriebswirtschaftlich korrekte Abbildung der Leistungen ermöglichen.

Schliesslich sei allen gedankt, die am komplexen Projekt RE III mitgearbeitet haben. Die Vertragspartner haben mit RE III nun erstmals seit der Einführung von TARMED bewiesen, dass sie in der Lage sind, strukturelle Veränderungen in diesem Tarif gemeinsam durchzuführen, und haben es fertiggebracht, ein ganzes Kapitel durchgehend zu revidieren.

Zum Zeitpunkt der Manuskriptfassung ist allerdings die Genehmigung von RE III durch das BAG noch ausstehend.

Eine Wegleitung (deutsch und französisch) sowie eine «Schulungstabelle» zu RE III ist vom Autor in Vorbereitung und kann angefordert werden.

Dr. med. François Bossard, Hilterfingen

- 1 Muggli F. Nun ist Mut gefragt. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(23):977.
- 2 Bossard F. TARMED veraltet? Braucht es eine Revision? Schweiz Ärztezeitung. 2005;86(10):614-8.



Offener Brief an das Präsidium der FMH [1]

Sehr geehrter Herr Dr. de Haller

Ich muss gestehen, dass mich Ihre Antwort [2] auf den Brief von Dr. Gerlach etwas schockiert hat. Zwar mögen Sie formaljuristisch recht haben, aber ich frage mich doch, was die Meinung des Kollegen zur FMH mit seiner beruflichen Qualifikation und damit seinem Facharzt-titel zu tun haben soll.

Bei näherem Nachdenken komme ich zum Schluss, dass die Verknüpfung von Facharzt-titel und Politik unglücklich ist. Ich frage deshalb mich (und Sie): Wäre es nicht vernünftiger, wir würden die Vergabe und Kontrolle der Facharzt-titel ganz an eine staatliche Stelle oder einen unabhängigen Verein ohne Mitgliedschaftszwang übergeben und der FMH damit ermöglichen, sich voll auf die politische Vertretung ihrer Mitglieder zu konzentrieren, ohne in derartige Interessenkonflikte zu geraten? Die Fachgesellschaften könnten ja auch dann immer noch Empfehlungen bezüglich der Qualifikationskriterien für ihre jeweiligen Titel abgeben.

Mir ist klar, dass seit der Einführung der europakompatiblen Facharzt-titel die FMH-Mitgliedschaft sowieso nicht mehr Voraussetzung für das Führen des Titels ist, aber das Suffix FMH ist doch in der Bevölkerung ein gewisses Qualitätssiegel, wie Sie ja richtig bemerken.

Bloss sollte das Führen dieses Siegels meines Erachtens nichts mit Politik zu tun haben: Auch jemand, der politisch ganz andere Ansichten als die FMH-Spitze vertritt, sollte doch einen gleich-

wertigen Facharzt-titel führen dürfen wie die ZV-kompatiblen Ärzte.

*Gerry Weirich,
Facharzt für Innere Medizin FMH (sic!),
Schaffhausen*

- 1 Gerlach W. Offener Brief an das Präsidium der FMH. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(23):1008.
- 2 De Haller J. Replik. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(23):1009.

Replik

Lieber Kollege

Besten Dank für Ihre Reaktion!

Sie gibt mir die Gelegenheit, darauf hinzuweisen, dass in dieser Sache wirklich kein Interessenkonflikt besteht und dass die politischen Überzeugungen oder andere persönliche Meinungen eines Mitglieds nichts damit zu tun haben. Wie der Zentralvorstand messe auch ich der Demokratie eine sehr grosse Bedeutung bei, und jeder ist in bezug auf seine Ansichten völlig frei.

Doch das Kürzel «FMH» gehört der FMH und ist ihren Mitgliedern vorbehalten. Wir wenden diese logische Regel so an, wie es jeder andere Verband auch tun würde. Es bleibt also allen selbst überlassen, daraus die entsprechenden Schlussfolgerungen zu ziehen!

Mit freundlichen Grüssen

Jacques de Haller, Präsident der FMH

Réponse

Cher Collègue,

Merci pour votre réaction!

Elle est l'occasion pour moi de préciser qu'il n'y a là vraiment aucun conflit d'intérêt, et que les idées politiques ou autres options personnelles d'un-e membre n'ont rien à voir dans cette histoire: je reste, avec le Comité central, très profondément attaché à la démocratie et chacun-e reste totalement libre de ses opinions.

Simplement, le sigle «FMH» appartient à la FMH, et il est réservé à ses membres. Nous appliquons cette règle logique comme le ferait n'importe quelle association; à chacun donc d'en tirer ses conclusions!

Veillez recevoir, cher Collègue, mes salutations les meilleures.

Jacques de Haller, Président de la FMH



Health Professional Card

Sehr geehrte Damen und Herren

Mir brennt schon lange eine Frage, weiss nicht, ob das von allgemeinem Interesse ist oder ob die meisten FMH-Mitglieder die Antwort wissen. Können Sie das an die entsprechende Stelle weiterleiten? Frage: Wozu soll (sobald sie dann einmal existiert) die Health Professional Card dienen? Muss ich sie in jede Fortbildung mitnehmen fürs Testat? Muss ich mich vor dem Patienten (evtl. auch im Notfalldienst) als gut ausgebildete Hausärztin legitimieren, indem ich meine Karte in den Kartenleseschlitz seines Laptops (den sicherlich in ein paar Jahren jeder in der Hosentasche hat) einschiebe und meine fachärztliche Anamnese sichtbar wird? Oder wozu soll diese teure und ernste Angelegenheit sonst dienen? Die Krankenkassen sehe ich ja nie, die kontrollieren mich via Abrechnungsdaten, also nützt denen meine hpc nicht, um mich als tolerablen Leistungserbringer zu identifizieren. Ich kann mir bis jetzt einfach nicht erklären, welche Funktion dieses Kärtlein haben wird, und habe deshalb auch wenig Verständnis für den Aufwand, der dafür betrieben wird.

Dr. med. Daniela Steiger, Zürich

Replik

Die Health Professional Card soll dazu dienen, dass Sie sich elektronisch gegenüber Informationssystemen als Ärztin und als Person ausweisen können und damit z. B. Zugang zu den Daten Ihrer Patienten erhalten können. Sie soll Ihnen auch ermöglichen, rechtsgültig «elektronisch zu unterschreiben», d. h., Sie können elektronische Rezepte, Berichte, Zeugnisse etc. damit unterzeichnen. Sie müssen sie nicht für die Fortbildung mitnehmen, obwohl die HPC dort vielleicht die Administration vereinfachen könnte, und Sie müssen sich auch nicht gegenüber den Patienten legitimieren! Aber Sie können mit dieser Karte beispielsweise Zugang zu den medizinischen Daten auf der Versichertenkarte Ihrer Patienten erhalten oder auf die Medikamentenverordnungen von Mitbehandlern zugreifen.

*Judith Wagner, Leiterin eHealth FMH
Jacques de Haller, Präsident der FMH*

Réponse

L'utilité de la carte de professionnel de santé est multiple: elle vous permet de justifier votre identité personnelle et de médecin face à des systèmes électroniques et d'avoir, par exemple, accès aux données de vos patients. Elle vous permet aussi de fournir une «signature électronique» juridiquement valable. Vous pouvez ainsi signer des ordonnances, des rapports, des attestations, etc. Certes, vous n'êtes pas tenu-e de prendre cette carte avec vous pour la formation continue, bien qu'elle pourrait en simplifier l'administration, ni ne devez légitimer votre identité face à vos patients! Néanmoins, elle vous permet, par exemple, de consulter les données médicales figurant sur la carte d'assuré de vos patients ou les médicaments prescrits par d'autres médecins traitants.

*Judith Wagner, responsable eHealth FMH
Jacques de Haller, président de la FMH*



Interview im «Beobachter»

Sehr geehrter Herr Bundesrat Couchepin
Herzlichen Dank für Ihre Erläuterungen im «Beobachter» zum Thema Grundversorgermedizin. Sie gedenken, in Zukunft zusätzlich ausgebildetes medizinisches Personal in der Grundversorgung als erste Anlaufstelle einzusetzen ...

... denn Sie wissen nicht, was wir tun.

In hehrer Absicht möchten Sie unseren Beruf von sog. Bagatellfällen entlasten und interessanter gestalten. Dabei ist gerade das weite Spektrum von banalen bis komplexen, mitunter sogar lebensbedrohenden Fällen die Essenz dieses Berufes. Wir haben (noch) eine interessante Tätigkeit und sind schon zufrieden, wenn nicht weiterhin durch gesundheitspolitische Interventionen die Attraktivität unseres Berufes reduziert wird, indem beispielsweise unsere Labordiagnostik erdrosselt wird, die Fähigkeit, Röntgenaufnahmen durchzuführen, immer mehr angezweifelt wird und weitere Facetten unseres medizinischen Alltags mit immer neuen Auflagen ausgeklammert werden. Bedenken Sie auch, sehr geehrter Herr Bundesrat, dass gerade die Triage der gesundheitlichen Probleme höchsten Anforderungen genügen muss und daher niemals an subalterne Stellen übergeben werden darf.

Hinter einer vermeintlichen Bagatelle verbirgt sich nicht selten eine echte gesundheitliche Bedrohung, und ein subjektiv dramatisch erlebtes Leiden ist oft völlig harmlos. Dies kompetent zu differenzieren, haben wir viele Jahre studiert, uns nach dem Examen unter erfahrener Aufsicht weiter ausbilden lassen und sind auch bemüht, uns in permanenter Fortbildung mit neuen Erkenntnissen aufzudatieren. Angesichts des immer anspruchsvolleren, durch die modernen Medien animierten Medizinkonsums wird Ihr Vorschlag bei Ihren Untertanen kaum auf grosse Begeisterung stossen.

Entgegen aller schönen Lippenbekenntnisse zur Hochhaltung der Allgemeinmedizin müssen wir erkennen, dass politisch permanent dieses wichtige Fundament geschwächt wird, was sich bekannterweise auf die rasch zunehmende Spezialisierungstendenz der nachfolgenden Medizinergeneration auswirkt. Wenn der medizinische Grundversorger in der heutigen Form nicht mehr in Ihr gesundheitspolitisches Konzept passt, so kommunizieren Sie das bitte in klaren Worten. Wenn aber die ambulante Primärversorgung weiterhin in unseren Räumen stattfinden soll, so fordere ich Sie auf, anstatt schöner Worte der Wertschätzung substantielle Besserstellung der Grundversorger zu forcieren – ich denke, viel Zeit bleibt nicht. Dabei spreche ich nicht für mich selbst, da ich mich in drei Jahren altershalber aus meiner beruflichen Tätigkeit zurückziehen werde, selbst wenn ich für meine Praxis in der attraktiven Zürichseegemeinde keinen Nachfolger finden würde. Im Hinblick auf die bekannte Überalterung der Grundversorger und der zunehmenden Schwierigkeiten der Nachfolgerregelung bahnt sich hier eine desolante Entwicklung an, die die Politik nicht länger verschlafen sollte. Wir haben ein teures Gesundheitssystem, doch ist es in seinem unbeschränkten Angebot für alle Bevölkerungsschichten wohl absolut einmalig und, in aller Bescheidenheit, dürfen wir Grundversorger uns als einen wichtigen, kostengünstigen und effizienten Angelpunkt sehen. Wenn unser Hausarztssystem abstürzt, wird dies eine wesentliche Qualitätseinbusse und massiv steigende Kosten bedingen und damit auch einer Zweiklassenmedizin Vorschub leisten.

Sie, sehr geehrter Herr Bundesrat, sind der Captain auf dem Supertanker unseres Gesundheitswesens. Sie tragen Verantwortung. Legen Sie Ihr Szenario dar, und handeln Sie endlich einmal zu unseren Gunsten!

Dr. med. Peter Matter, Kilchberg ZH



Kein Menschenrecht auf Beihilfe zum Suizid

Stellungnahme der SGAP

Die Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie (SGAP) begrüsst es sehr, dass sich der Zentralvorstand der FMH klar gegen die Suizidbeihilfe bei psychisch Kranken ausspricht.

Als Fachgesellschaft unterstützen wir die Stellungnahme der FMH, dass psychisches Leiden und psychische Krankheit einem komplexen Ursachen- und Wirkungsgeschehen unterliegen und dass das Erleben von Leiden stark subjektiv geprägt ist. Das Individuum ist zudem immer in seinem sozialen Kontext zu verstehen. Die Stimmungslage und damit auch Suizidwünsche sind sowohl durch die individuelle Beziehungssituation wie auch durch Umgebungsfaktoren beeinflusst und damit auch veränderbar. Als Alterspsychiater haben wir häufig mit Menschen zu tun, die durch Erkrankungen oder Verluste oder auch Einsamkeit in eine seelische Notlage geraten und in dieser Situation Suizidabsichten äussern. Es gibt auch Fälle, in denen alte Menschen aus den Reaktionen ihrer Umgebung empfinden, dass ihr Leben nur noch eine Belastung für andere darstelle. Nicht zuletzt spielt hier auch die gesellschaftliche Kostendiskussion und die zunehmende Ökonomisierung aller Lebensbereiche eine Rolle.

Die Erfahrung zeigt, dass in der Regel der Lebenswille wieder erstarkt, wenn eine adäquate menschliche Hilfestellung zur Lösung oder Verarbeitung der anstehenden Probleme angeboten oder gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet wird. Genau da liegt eine Aufgabe von uns Ärzten, aber auch vor jedem Mitmenschen. Es lässt sich schwer voraussagen, wie sich ein Mensch weiterentwickeln wird. Eine Zukunftsperspektive ist häufig dadurch gegeben, wenn es dem Betreffenden gelingt, wieder mehr Verbundenheit mit seinen Mitmenschen zu entwickeln. Die hohe Zahl derer, die nach einem Suizidversuch froh darüber sind, weiterzuleben, unterstreicht das. Wer soll entscheiden, ob ein Suizidwunsch in Zukunft und unter anderen Bedingungen unabänderlich bleibt? Wer masst sich an zu beurteilen, dass niemand anderes einem notleidenden Menschen helfen kann, wenn er selbst dazu nicht in der Lage ist?

Die SGAP wendet sich daher entschieden gegen jede Suizidbeihilfe bei psychisch Kranken. Eine Gesellschaft muss sich daran messen, wie tragfähig sie ist und wie sie mit ihren kranken und alten Menschen umgeht.

Dr. med. Eva Krebs-Roubicek, Präsidentin SGAP



Weniger Hypoglykämien mit Semilente

Konsterniert habe ich zur Kenntnis genommen, dass Semilente MC von Novo Nordisk seit dem 1. Mai 2007, nach 50jähriger Zulassung, in der Schweiz nicht mehr registriert ist.

Betrachtet man die gegenwärtige Massenpräsenz von Analoga, z.B. in der Werbung, liegt der Produktionsstopp von Semilente ganz im Trend, tierische Insuline verschwinden zu lassen – obwohl verschiedene Studien [1–4] klare Vorteile von Semilente gegenüber anderen Insulinen aufzeigen konnten! Mit solchen Studienergebnissen decken sich auch die langjährigen Erfahrungen einiger Kollegen und die eigenen Erfahrungen des selber seit über 20 Jahren von Diabetes betroffenen Verfassers dieses Beitrags.

Die bei einem Teil der mit gentechnisch hergestellten Insulinen behandelten Diabetiker zu Beginn, nach Wochen oder Monaten auftretenden unerwünschten Wirkungen, wie plötzlich auftretende Hypoglykämie, beeinträchtigte Wahrnehmung einer sich entwickelnden Unterzuckerung des Gehirns, unerklärliche Müdigkeit und Schwäche, Depressionen und Persönlichkeitsveränderungen, verschwinden, schwächen sich ab oder treten gar nicht erst auf, wenn diese Diabetiker mit tierischem Insulin behandelt werden.

Nachdem Semilente und die weiteren tierischen Insuline von Novo Nordisk nicht mehr hergestellt werden, ist nun das Risiko verminderter Sicherheit und Verträglichkeit durch Um- oder Einstellen auf synthetische Insuline und Analoga *nicht zwingend*, da diese Patienten *weiterhin* mit tierischem Insulin anderer Hersteller behandelt werden können. In Polen wird beispielsweise seit Jahrzehnten Semilente produziert. Unterstützt durch Swissmedic, kann dieses

Insulin «on a named base» bezogen werden (weitere Infos beim Verfasser erhältlich).

Dr. med. Bernhard Abbühl, Bern



Hätten Restaurants ein Globalbudget ...

Zur Mitteilung der AGZ, dass das Lenkungsbüro LeiKoV des Kantons Zürich den Taxpunkt von 90 auf 89 Rappen sinken lassen möchte

Liebe Kolleginnen und Kollegen im Kanton Zürich

Ihr habt mich schwer enttäuscht. Ihr habt vom 1.4.2005 bis 31.3.2006 mehr Arbeit geleistet und mehr Patienten behandelt. Pfui! Wie konntet Ihr die konjunkturbedingt erhöhten Ansprüche der Patienten ungebremst erfüllen und in einem einzigen Jahr 5,2% mehr Leistungen erbringen, wo doch lediglich 3,75% erlaubt waren? Und jetzt? Euer unvorsichtiges Nachgeben lässt den Taxpunkt um 1,1% von 90 auf 89 Rappen sinken, und Ihr müsst 1,1% länger arbeiten, um gleich viel zu verdienen. Hätte doch wenigstens die Hälfte von Euch rechtzeitig reagiert und im November eine zusätzliche Ferienwoche eingeschaltet, wäre das Absinken des Taxpunktes vermieden worden. Und warum habt Ihr das alte Mütterchen mit der Pneumonie nicht ins Spital eingewiesen, statt sie 3x wöchentlich zu besuchen? Die Verteuerung der Behandlung ginge ja nicht auf unser Budget. Auch die junge Frau mit der Beinvenenthrombose gehört grundsätzlich hospitalisiert, denn der D-Dimertest ist in der Praxis sowieso nicht erlaubt.

Darf ich Euch folgenden Vorschlag machen: Gehen wir dieses Jahr 10 Tage länger in die Ferien, dann verdienen wir ab 2009 wieder mehr. Die Zusatzferien werden unsere Leistungen um 3,5% sinken lassen, und der Taxpunkt kann erhöht werden. Macht Euch nur keine Illusionen, dass wir je das TP-Niveau des Kantons Jura erreichen könnten.

Dr. med. Jürg Müller-Schoop,
Permanence Hauptbahnhof Zürich

PS: Hätten Restaurants ein Globalbudget, müssten sie uns nach einem guten Geschäftsjahr gleichsweise gratis Desserts servieren.

- 1 Richter B, Neises G. «Human» insulin versus animal insulin in people with diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;(3):CD003816.
- 2 Ho LT, et al. A twelve month double-blind randomized study of the efficacy and immunogenicity of human and porcine insulins in non-insulin-dependent diabetics. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei).* 1991;47(5):313-9.
- 3 Teuscher A, Berger W. Hypoglycaemia unawareness in diabetics transferred from beef/porcine to human insulin. *Lancet.* 1987; 2(8555):382-5.
- 4 Berger W, et al. Warning symptoms of hypoglycaemia during treatment with human and porcine insulin in diabetes mellitus. *Lancet.* 1989;1(8646):1041-4.