

Courrier au BMS



Die Schusswaffeninitiative – höchstens eine Mausgeburt

Herr Ajdacic [1] hat diese Initiative vollmundig als «neue Ära für die Suizidprävention in der Schweiz» bezeichnet, allerdings mit einem Fragezeichen versehen. Wesentlich nüchterner und gut wissenschaftlich recherchiert kommt ihre Begründung daher. Das Zur-Hand-Sein von Schusswaffen begünstigt die Kurzschluss- und krankhaften Suizide. Das Fehlen von Schusswaffen würde also, wie Länder mit restriktiverer Schusswaffenerlaubnis aufzuzeigen scheinen, die Suizidrate senken. Der Autor rechnet mit einer Reduktion von 100 Suiziden pro Jahr in der Schweiz, wenn man annimmt, dass zwei von drei Schusswaffensuiziden durch eine andere Suizidmethode substituiert würden. Gegen diesen hypothetischen Schnellschuss muss zum Duell gefordert werden:

- 1 Wie will man erreichen, dass keine Schusswaffen mehr zur Verfügung stehen? Die Armeewaffen können wir der GSoA zu Liebe ins Zeughaus verbannen, aber die doppelte Zahl von Waffen anderer Provenienz ist schwieriger zu entfernen – deshalb hypothetisch!
- 2 Dass wirklich nur zwei Drittel der Schuss-suizide substituiert werden, ist ebenfalls hypothetisch.
- 3 Nicht hypothetisch ist die Tatsache, dass die Schweiz sich mit ihrer Suizidhäufigkeit glorreich in der Spitzengruppe befindet, wesentlich übertrumpft nur von Russland, Ungarn und Slowenien.
- 4 Jede Prävention durch Verbote ist zum Scheitern verurteilt.

Bescheidener müsste man deshalb formulieren: «Die Schusswaffeninitiative könnte vielleicht die Suizidhäufigkeit etwas senken.» Von Prävention darf aber keine Rede sein. Auch Herr Ajdacic scheint da richtigerweise seine Zweifel zu haben. So wie die Schweiz sich in der Spitzengruppe der

Suizidhäufigkeit befindet, so befindet sie sich in der Schwanzgruppe der Suizidpräventionsprogramme, die von andern Ländern rigoroser angepackt wurden. Solche Programme dürfen aber keine Papiertiger sein, sonst scheitern sie. Es bedarf der gemeinsamen Anstrengung aller, der Gemeinden, Nachbarn, Freunde und vor allem von uns Ärzten, einfach der menschlichen Zuwendung (was natürlich nicht einfach ist). Das wäre dann eine «neue Ära der Suizidprävention»!

Wolf Zimmerli, Oberdiessbach

- 1 Ajdacic-Gross V. Die Schusswaffeninitiative: Beginn einer neuen Ära für die Suizidprävention in der Schweiz? Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(12/13): 479-81.
- 2 Bundesamt für Gesundheit: Suizid und Suizidprävention in der Schweiz – Bericht in Erfüllung des Postulates Widmer 15. April 2005.

Replik

Die Maus und der Berg

Kaum ein anderes Thema in Medizin und Gesellschaft ist derart von Mythen geprägt wie der Suizid. Gerne füge ich deshalb dem Artikel zur Schusswaffeninitiative [1] und dem Leserbrief von Wolf Zimmerli einige Präzisierungen an.

Der Brief von Wolf Zimmerli enthält einen wunderbaren Schluss mit einem eindringlichen Hinweis darauf, dass es der gemeinsamen Anstrengungen aller Beteiligten in der Suizidprävention bedarf. Dem werden alle Fachleute gerne beipflichten. Die gemeinsamen Anstrengungen von Einzelpersonen allein reichen allerdings nicht aus.

Die Suizidprävention teilt sich im wesentlichen auf fünf Säulen auf:

- Inanspruchnahme von Hilfe in Krisensituationen;
- Aus- und Weiterbildung von Fachpersonen und Multiplikatoren (z. B. von Ärzten und Lehrern);
- spezifische Prävention für Risikogruppen (Verwitwete, Menschen mit schweren Krankheiten usw.);

- Prävention von Imitationssuiziden («Werther-Effekt»: Medien, Schulen);
- methodenspezifische Prävention (z. B. Schusswaffen, Medikamente, Eisenbahn, Brücken).

Bei manchen Massnahmen sind primär Fachpersonen oder Personen aus dem sozialen Netzwerk gefordert. Bei anderen Massnahmen sind jedoch bestimmte Institutionen gefragt: von den SBB über die psychiatrischen Kliniken bis eben hin zum Schützenverein XYZ.

Insbesondere die methodenspezifische Prävention setzt die Mitarbeit von Institutionen voraus. Zugleich ist dies derjenige Bereich, wo die empirischen Ergebnisse an Deutlichkeit nichts zu wünschen übrig lassen. Die Schusswaffensuizide sind in der Schweiz das prominenteste Beispiel; in Drittweltländern sind dies hingegen Suizide durch Pestizide.

Typischerweise bietet sich jeweils eine ganze Reihe von Möglichkeiten und Optionen für die Prävention an, und bei jeder Massnahme geht es tatsächlich nur darum, «die Suizidhäufigkeit etwas zu senken». Wir haben es beim Suizid generell mit einer Prävention der vielen Schritte zu tun. Dazu gehören eben grosse aber auch kleine Schritte, Gebote wie Verbote.

Es gibt keinen Grund, despektierlich darauf zu blicken. Das Vorgehen ist dasselbe, wie man es von der Unfallprävention und der Verkehrssicherheit her zur Genüge kennt. Dutzende von Massnahmen haben bekanntlich dazu beigetragen, dass die Zahl der Verkehrstoten in den letzten 30 Jahren auf einen Drittel geschrumpft ist. Nicht nur das Vorgehen, sondern auch die Messlatte ist für die Suizidprävention insofern vorgegeben.

Wie so oft scheint die erste grosse Hürde die schwierigste zu sein: Wie und wann und durch wen soll die Suizidprävention in der Schweiz endlich in Schwung kommen? Nach fortwährender politischer Rat- und Tatlosigkeit würde jeder nachhaltige Anfang eine neue Ära einläuten. Der Artikel in der SÄZ 12/13 fragte, ob die Schusswaffeninitiative ein Zeitfenster dafür bietet.

Eine Mausgeburt wäre uns Fachleuten dabei durchaus recht. Denn für einmal würde die Maus einen Berg gebären statt umgekehrt.

PD Dr. phil. Vladeta Ajdacic-Gross, Zürich

- 1 Ajdacic-Gross V. Die Schusswaffeninitiative: Beginn einer neuen Ära für die Suizidprävention in der Schweiz? Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(12/13): 479-81.



So geht das, Kollege!

B. Wälti [1] spricht mir aus der Seele: Klammheimlich wird der Preis von FSME ImmunCC um 10 Franken pro Injektion erhöht, und das, obwohl BAG und Kantone massiv Werbung gemacht haben für den Impfstoff und die Verkaufszahlen sicher gestiegen sind. Sollte im freien Markt etwas, das oft verkauft wird, nicht billiger werden, da es effizienter produziert werden kann? Bevor ich mit meinen MPAs auf Encepur umsteigen und die leicht abweichenden Spritzschemen auswendig lernen wollte, habe ich bei Novartis angefragt, was dort an der Preisfront geplant ist. Antwort: wir sind mit dem BSV am Verhandeln wegen einer Preiserhöhung. Grund: deutsche Ärzte kaufen an der Grenze ein ... Was ich nicht begreife: Warum ist das ein Grund für eine Preiserhöhung zu Lasten der Grundversicherung? Was sagen die Krankenkassen dazu, die die Suppe auslöffeln sollen, die einige Ärzte aus dem Ausland einbrocken, die für einmal in der billigeren Schweiz einkaufen? Wie kommt das BSV dazu, aus diesem Grund eine Preiserhöhung zuzulassen?

Daniela Steiger, Hausärztin, Zürich

- 1 Wälti B. So geht das, Kollege! Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(18/19):788.



Blauzungenkrankheit und Masern [1]

Bauern stammen meistens aus Familien, in denen schon die Eltern und Grosseltern Bauern waren, und mir scheint, dass sie eine lange Ausbildung hinter sich haben, bevor sie ihren Beruf ausüben können. Aus diesem Grund ist ihre Haltung gegenüber ihren Tieren, die sie betreuen, und ihre Impffreudigkeit zu verstehen. Eltern hingegen wird man ohne Studium, nicht einmal eine Lehre muss man machen, und da kann es eben vorkommen, dass man einfach dagegen ist, ohne dass man richtig weiss, gegen was und warum, und ohne zu wissen, welchen Gefahren diese Leute ihre Kinder mir ihrer unüberlegten Haltung aussetzen, und das ist traurig.

Dr. med. M. Mariotti, Locarno

- 1 Gassner M. Blauzungenkrankheit und Masern. Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(17):746.



Von obligatorischen Obligatorien und nicht obligatorischen Obligatorien

Wenn jemand von uns ohne Helm oder ohne Gurt von der Polizei erwischt wird, wird er zu Recht gebüsst. Obwohl in der Schweiz ein Krankenkassenobligatorium besteht, sind zurzeit etwa 150 000 Menschen nicht versichert. Die Krankenkassen haben eine Gesetzesänderung erreicht und erbringen ihre Leistungen nicht mehr, wenn eine versicherte Person mehr als sechs Monate mit den Prämienzahlungen in Verzug ist. Die Gesetzesänderung wurde 2006 erlassen. Die Gemeinden bezahlen jedoch nach wie vor oftmals an diese Personen Prämienverbilligungen, das Geld wird aber offenbar anders ausgegeben. Den Staat stört es interessanterweise nicht. Wir Ärztinnen und Ärzte bekommen das aber immer deutlicher zu spüren! Dass der Staat sein Obligatorium nicht durchsetzt, ist höchst erstaunlich und wäre vermutlich juristisch nicht haltbar. Dass die Krankenkassen eine Gesetzesänderung bewirkt haben, verwundert nicht (einerseits gut nachvollziehbar, andererseits sind die Krankenkassen derzeit sehr mächtig). Dass die FMH aber nichts unternimmt, spricht Bände! In einem Artikel in «.ch» vom 8. April 2008 antwortet Jacqueline Wettstein von der FMH auf eine Anfrage wörtlich: «Den zu behandelnden Patienten um ein vorgängiges Honorar zu bitten ist einem Arzt nicht erlaubt.» Die Antwort von Frau Wettstein ist nicht korrekt und sicher nicht hilfreich. Es ist einem Arzt sehr wohl erlaubt, für seine Leistungen eine Anzahlung oder eine Barzahlung zu verlangen, Ausnahme sind Notfälle, die einer unverzüglichen Behandlung bedürfen. Ich erwarte von der FMH, dass sie sich mit einem Rechtsgutachten dafür einsetzt, dass das Versicherungsobligatorium wieder gültig ist und dass einem Arzt, solange in der Schweiz etwa 150 000 Personen gegen dieses Obligatorium verstossen, erlaubt wird, sich wie im Kanton Thurgau im Internet zu erkundigen, ob der Patient eine gültige Versicherung besitzt oder nicht. Pikanterweise können zumindest im Kanton Bern die Krankenkassen Prämienausstände, notabene auch *für nicht erbrachte Leistungen*, beim Amt für Sozialversicherungen einfordern. Ärztinnen und Ärzte dage-

gen können für erbrachte Leistungen keine nicht bezahlten Rechnungen an das Amt für Sozialversicherungen einreichen, mit der Begründung, der Arzt trage ein unternehmerisches Risiko! Ich empfinde es als Hohn, dass die Krankenkassen eine Gesetzesänderung bewirken können, die de facto das Versicherungsobligatorium aufhebt und die den Krankenkassen die Rückerstattung der Prämienausstände selbst bei nicht Erbringen von Leistungen durch das Amt für Sozialversicherungen garantiert, der Arzt aber für seine erbrachten Leistungen auf der Rechnung sitzen bleibt und ihm keine Möglichkeit bleiben soll, sich dagegen zu wehren (Bevorschussung, Barzahlung oder Information über den aktuellen Versicherungsstand des Patienten). Ich erwarte von der FMH, dass sie dieses Problem dringlich löst und sich nicht mit Nebensächlichkeiten wie zum Beispiel der E-Health-Card beschäftigt, die in England und in Österreich nach wie vor nicht funktioniert und in beiden Ländern mehr als 1 Milliarde (!) Euro Zusatzkosten ausgelöst hat. Ein solches Desaster sollte der Schweiz erspart bleiben. Bei dieser Gelegenheit erinnere ich die FMH und die Kolleginnen und Kollegen daran, was die SUVA bei der Taxpunktabwertung von Fr. 1.– auf 92 Rappen gesagt hat auf die Frage, ob die ambulanten Arztleistungen denn in diesem Umfang gestiegen seien? Antwort der SUVA: «Nein, aber die Gesamtkosten.» Das heisst also, dass eine Taxpunktabwertung im ambulanten Bereich auch dann erfolgt, wenn nicht die ambulanten Arztleistungen gestiegen sind, sondern z. B. die Verwaltungskosten, oder auch die Einführung der E-Health-Card zu Anforderungen führt. Ich erwarte von meiner Standesvertretung, dass sie sich um die vordringlichen Probleme unseres Berufsstandes kümmert und nicht neue Probleme schafft! Sollte die FMH sich bis Ende Jahr nicht konkret an einer Lösung (z. B. durch das erwähnte Rechtsgutachten) beteiligen, um uns Ärztinnen und Ärzten zu helfen, nicht auf unbezahlten Rechnungen sitzen zu bleiben, werde ich aus der FMH austreten und empfehle möglichst vielen meiner Kolleginnen und Kollegen, das gleiche zu tun. Eine Standesvertretung, die sich um das, was uns wirklich beschäftigt nicht kümmert, kann ich nicht weiter unterstützen und spare mir zumindest den Mitgliederbeitrag!

Dr. med. A.W. Gerbig, Köniz

Antwort der FMH

Es ist in der Tat richtig, dass das Zitat in den Medien zur Bevorschussung von ärztlichen Leistungen unvollständig und somit unkorrekt ist. Was eine allfällige Vorauszahlung oder eine Barbezahlung von ärztlichen Leistungen betrifft, muss zwischen wirklichem Notfall aus ärztlicher Sicht und dem Wunsch eines Patienten auf Sofortbehandlung unterschieden werden.

- Eine notwendige Notfallbehandlung muss zwingend durchgeführt werden; dies gilt natürlich auch für eine Ärztin oder einen Arzt im Notfalldienst.
- Ob eine notwendige Notfallbehandlung vorliegt, klärt der Arzt in einem Erstkontakt ab. Ein Arzt beurteilt jeden einzelnen Patienten individuell aufgrund seines Wissens und seiner Erfahrung.
- Kann der Arzt aufgrund seines Wissens und seiner Erfahrung gewährleisten, dass eine Behandlung des Patienten zeitlich verschoben werden kann, z. B. auf die regulären Sprechstunden-Zeiten, ohne dass dies dem Patienten gesundheitlich schadet, so handelt es sich nicht mehr um einen echten Notfall.
- Wünscht ein solcher Patient dennoch eine sofortige Behandlung durch den Notfalldienst, dann kann der behandelnde Arzt allenfalls einen Kostenvorschuss verlangen; eine andere Frage ist, ob er es tun soll.

Was säumige Prämienzahler anbelangt oder Personen, die trotz Obligatorium nicht versichert sind, ist die aktuelle Situation für Ärztinnen und Ärzte in der Tat sehr unbefriedigend:

- Mit dem heutigen Krankenversicherungsgesetz (KVG) sollte erreicht werden, dass jede Rechnung entweder von der Krankenversicherung übernommen wird oder dass die Fürsorge der Gemeinde sich des Problems annimmt.
- Diese klare Vorgehen erweist sich in der Realität als nicht wirklich funktionsfähig: Die Kassen können ihre Leistungen einstellen, bevor sie einen Verlustschein des Patienten erhalten haben. Ärzte und Spitäler werden aber von den Kassen nicht informiert, bei welchen Patienten die Kassen die Rechnung nicht zahlen werden. Die Leistungserbringer bleiben deshalb auf unbezahlten Rechnungen sitzen, wenn sie sich nicht im Vorfeld mit

Vorauszahlungen bzw. Teilzahlungen oder anderen Garantien absichern – was rechtlich zulässig, aber politisch angesichts der vielen Patienten, die ihre Prämien und ihre Rechnungen pünktlich zahlen, grundsätzlich nicht wünschenswert ist. Weiter bedenklich ist auch, dass Patienten, die pünktlich bezahlen, indirekt bestraft werden, weil die Honorarausfälle der Leistungserbringer als Praxiskosten letztlich auf den Tarif für alle überwält werden müssen.

- Knackpunkt des Systems ist die Schnittstelle zwischen Kasse und Fürsorge – deshalb versuchen nun die Kantone zu Recht und mit Unterstützung der FMH, das KVG vom Parlament so revidieren zu lassen, dass diese Schnittstelle besser funktioniert.

Dass der Leistungserbringer Sicherheiten oder Teilzahlungen verlangen kann, wenn keine Kostengutsprache der Kasse für die Behandlung vorliegt, hat das Eidgenössische Versicherungsgericht schon vor Jahren klargestellt: «Gemäss BGE 111 V 31 Erw. 3, bestätigt in BGE 112 V 190 Erw. 1, stellt die einer Heilanstalt erteilte Kostengutsprache eine Leistungszusicherung der Kasse gegenüber dieser Heilanstalt dar. Für die versicherte Person hat sie zur Folge, dass sie dadurch gegenüber der Heilanstalt von der Sicherstellung der Spitalkosten und von Teilzahlungspflichten während der Hospitalisation befreit ist» (EVG Urteil K 87/02 vom 24. Dezember 2002, Erwägung 3.1).

Ein Rechtsgutachten einzuholen, wie dies Dr. Gerbig vorschlägt, ist aus rechtlicher Sicht wenig ergiebig: Die 2006 in Kraft getretene verunglückte Revision vom März 2005 steht im KVG selbst. Das Bundesgericht darf sie nicht von sich aus korrigieren, weil es an Bundesgesetze gebunden ist. Es geht hier nicht um eine umstrittene Rechtsfrage, sondern schlicht darum, das Parlament zur Erkenntnis zu bringen, dass diese Gesetzesänderung zwar sicher gut gemeint, aber sozialpolitisch eine kontraproduktive Panne war, die es nun wieder zu korrigieren gilt.

*Hanspeter Kuhn,
Rechtsdienst FMH und
stellvertretender Generalsekretär*

*Jacqueline Wettstein,
Kommunikation FMH*



Nein zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes!

Der Verein «Schweizer Ärzte gegen Drogen» unterstützt das Referendum gegen das vom eidgenössischen Parlament revidierte Betäubungsmittelgesetz aus folgenden Gründen:

Es geht bei dieser Abstimmung um die grundsätzliche Auseinandersetzung zwischen der auf Abstinenz ausgerichteten «restriktiven» Drogenpolitik und der seit den frühen 90er Jahren praktizierten «4-Säulen-Politik», die das Ziel der Abstinenz nur noch als leere Worthülse mitführt, in Wirklichkeit aber dem Rauschmittelkonsum Vorschub leistet, indem sie Drogenkonsum entkriminalisieren will und ärztliche Drogenabgabe an Süchtige fördert. Dieser «4-Säulen-Politik» soll mit der jetzigen Gesetzesvorlage eine legale Grundlage gegeben werden.

Die letzten Jahre haben gezeigt, dass die Heroinabgabe an Süchtige nur einem verschwindend kleinen Teil der Patienten (4% bis 7%) den Ausstieg aus der Sucht ermöglicht. Demgegenüber steht eine Erfolgsrate von bis zu 70% bei gut geführten langfristigen Entwöhnungsbehandlungen.

Wir erachten es als unethisch, Süchtige mit billigem Heroin abzuspeisen – das Ursache und Motor ihrer Sucht ist –, wenn es bessere, erfolgversprechendere Therapien gibt. Tatsächlich sind in den letzten Jahren wegen dieser verfehlten Drogenpolitik viele erfolgreiche Therapiestationen geschlossen worden. Ihnen wurde die politische

Unterstützung – und damit auch die finanziellen Mittel – entzogen.

Wir sind überzeugt, dass die Heroinabgabe an Süchtige nicht weiter fortgesetzt werden sollte, sondern dass wir viel mehr Anstrengungen unternehmen müssen, Süchtige einer abstinenten Therapie zuzuführen. Wo zwingend nötig, stehen dem Arzt auch unter dem geltenden Betäubungsmittelgesetz Drogensubstitutionsmöglichkeiten zur Verfügung. Keinesfalls darf – wie bei dieser Gesetzesrevision vorgesehen – die ärztliche Drogenabgabe an Süchtige auf Betäubungsmittel generell ausgedehnt werden.

Die Einführung von Begriffen wie «Schadensminderung» und «Überlebenshilfe» ins Betäubungsmittelgesetz – als Verpflichtung für die Kantone – halten wir für fragwürdig. De facto sind mit diesen Begriffen vor allem Einrichtungen wie Drogenkonsumlokale (Fixerstübli) gemeint, mit anderen Worten rechtsfreie Räume, wo illegale Betäubungsmittel, egal welcher Provenienz, konsumiert werden können. Dem Suchtkranken lediglich die für seine Sucht nötige Infrastruktur zur Verfügung zu stellen und ihn im übrigen seinem Elend zu überlassen widerspricht unseres Erachtens in höchstem Masse ärztlicher Ethik. Insgesamt würde die vorgesehene Änderung des Betäubungsmittelgesetzes mit dem Übergang vom klaren Primat der Abstinenz zur reichlich schwammigen «4-Säulen-Politik» besonders die primärpräventive Wirkung des Gesetzes mindern. Aus allen diesen Gründen lehnen wir die vorliegende Revision des BetmG ab.

*Dr. med. Florian Ricklin,
Co-Präsident «Schweizer Ärzte gegen Drogen»*