

Courrier au BMS



«Verantwortung und Ermächtigung»: ja, mit den nötigen Qualifikationen

Kollege Binswanger hat in seinem Artikel [1] die aktuellen Trends in den Spitälern erkannt, er fordert eine proaktive Haltung der Ärzte und Ärztinnen und ruft auf, sich betriebswirtschaftliche Kenntnisse anzueignen.

In der Tat werden wir Mediziner (auch) in Zukunft eine Schlüsselrolle beim betriebswirtschaftlichen Ergebnis der Spitäler spielen; das neue Spitalfinanzierungsgesetz mit pauschalierten Abgeltungen und einer noch strengeren Budgetverantwortung für die Leistungserbringer wird betriebswirtschaftliche Aspekte zum integralen Bestandteil der Tätigkeit medizinischer Führungspersonen machen.

Damit die Ärztinnen und Ärzte diese Aufgabe verantwortungsvoll wahrnehmen können, müssen sie, wie Binswanger schreibt, hierzu ermächtigt werden und sich das nötige Know-how erwerben. Anders als mein Kollege sehe ich eine strukturierte Fort- oder Weiterbildung im Bereich des Gesundheitsmanagements als hilfreich, ja wesentlich hierfür an. Ich denke nicht an die Aneignung von Fähigkeiten zum Lesen eines Jahresabschlusses. In erster Linie geht es darum, den Blickwinkel zu erweitern, aus der ärztlichen Perspektive einmal hinauszutreten, Komplexität und Sichtweise der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen verstehen zu lernen. Es geht nicht nur darum, sich spezifisches Wissen anzueignen, sondern auch Kompetenzen bei der Umsetzung von Zielen und bei der Führung interdisziplinärer Teams – eine der grossen Herausforderungen in den Spitälern.

Für mich wie viele meiner Kolleginnen und Kollegen sind der interdisziplinäre Aspekt, die Ausrichtung auf das Gesundheitswesen und der Aufbau eines breiten Beziehungsnetzes zentrale Erfolgsfaktoren einer solchen Weiterbildung. Sie wird seit 1992 auf universitärem Niveau im Rahmen des Nachdiplomstudiums Management im Gesundheitswesen der Universität Bern angeboten. Die Absolventen dieser Studiengänge sind in vielen Schlüsselpositionen des Gesundheitswesens zu finden.

*Dr. med. Gerhard Ebner, MHA,
Direktor Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel*



Hausarztmangel: Alter Wein in neuen Schläuchen?

Das Gesundheitsobservatorium, das eine beratende Tätigkeit zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) ausübt, hat am 1.7.2008 die Gefahr eines Zusammenbruchs der medizinischen Grundversorgung der Schweizer Bevölkerung in Aussicht gestellt (Bericht in der Sendung 10 vor 10 von SF DRS). Nur wenige Wochen zuvor hat das Parlament beschlossen, den Zulassungsstopp für Ärzte aus Angst vor einer Einwanderungswelle aus der Europäischen Union aufrechtzuerhalten. Der Numerus clausus für das Medizinstudium ist seit Jahren Garant für einen Mangel an Ärztenachwuchs in unserem Land. Entsprechend hoch ist der Anteil ausländischer Ärzte an Schweizer Spitälern. Derzeit prüft das Gesundheitsdepartement eine einschneidende Herabsetzung des Labortarifes. Was können wir aus diesen wenigen Fakten ablesen? Die Politik irrt in Fragen einer zukunftsorientierten strukturierten Planung der Versorgungsbedürfnisse ziellos ohne jegliches Konzept – einzig orientiert an der kurzfristigen Kostenkontrolle – umher, das Wort Versorgungssicherheit ist gar vollständig unbekannt im politischen Vokabular. Warum kümmert es die Politik so wenig, dass immer weniger Ärzte als Hausärzte tätig sein möchten, dass selbst an guten Lagen teilweise keine Nachfolger bei altersbedingter Aufgabe einer Praxistätigkeit gefunden werden können, und dass die demografische Entwicklung uns eigentlich heute zwingen würde, die Zahl der Hausärzte planerisch zu erhöhen, um den Herausforderungen der Zukunft gerecht werden zu können? Wie schon eingangs erwähnt, sind wir meilenweit von solchen Schritten entfernt und das nährt die Befürchtungen vor einem eigentlichen Supergau, den die Hausarztmedizin in der Schweiz erleiden wird. Bereits heute ist der Notfallarztendienst vielerorts nur noch über die Aufstockung der Dienstage und die Heraufsetzung der Altersgrenze der dienstpflichtigen Ärzte aufrechtzuerhalten. Man kann sich fragen, warum denn die Politik so ignorant agiert. Politiker denken und rechnen in Zeitfenstern von vier Jahren, eben jenem Zeitraum, in dem es um Wiederwahl je nach kurzfristigem Erfolgsausweis geht. Doch die Sicherstellung einer

1 Binswanger R.O. Verantwortung und Ermächtigung. Schweiz Ärztezeitung. 2008;(24):1083-6.

ausreichenden medizinischen Grundversorgung ist ein Generationenproblem. Im Jahr 2030 wird von den heute federführenden Politikern im Gesundheitsdepartement keiner mehr aktiv tätig sein und es wird dann auch niemandem einfallen, die Politik des Jahres 2008 zu hinterfragen. Sollten jedoch die Krankenkassenprämien kurzfristig stärker ansteigen, würde man den Gesundheitsminister an dessen eigenen Vorgaben messen und er käme in die Kritik. Deshalb ist es viel effektiver, heute, hier und jetzt über eine Sparrunde in Form der Senkung des Labortarifes zu sprechen. Damit würde dem Praxislabor, das ein Präsenzlabor ist und hilft, sehr viele Folgekosten zu sparen, vermutlich der Todesstoss versetzt. Nachdem mit Einführung von TARMED die versprochene Aufwertung der intellektuellen Leistungen der Hausärzte ausgeblieben ist, würde eine weitere Kürzung des Labortarifes, der ja unter Bundesrat Couchepin bereits um 10% gesenkt wurde, für viele Praxen eine betriebswirtschaftlich verkraftbare Weiterführung eines solchen Präsenzlabor verunmöglichen. In der hausärztlichen Tätigkeit ist das Gespräch mit den Patienten ein Eckpfeiler. Mit daraus resultierenden Einnahmen lässt sich eine Praxis nicht führen, geschweige denn lässt sich das Salär einer MPA erwirtschaften. Unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten sollte ja die MPA den Mehrwert generieren, der die Lohnkosten deckt. Der Hausarztmangel wird sich schneller einstellen, als manchen Politikern lieb ist. Daher sind die Politiker aufgefordert, Grundversorger in eine Planung, die diesen Namen auch verdient, als Partner zu involvieren. Wenn der Hausarztberuf nicht attraktiver gestaltet wird, wird er verschwinden!

Dr. med. Daniel Schlossberg, Zürich



Kein Silberstreif am Horizont: Sparen am falschen Ort! [1,2]

Vielen Dank für die übersichtliche Zusammenstellung der aktuellen Entwicklungen von Einschränkungen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte. Ein kurzer Blick zurück:

- 1.1.2007: Psychotherapieverordnung (Art. 2 u. 3 KLV): Psychotherapie-Meldungen nach ≤ 6 Sitzungen (Gesamt-Psychotherapie: ca. 1% der «Gesundheitskosten»);
- (1.1.2009): Analysenliste Version Beta 8.0: (Praxislabor insgesamt ca. 1% der «Gesundheitskosten», erwartete Einsparung 0,2–0,25%)

Die Gesamteinsparung nach Berechnung BAG beträgt ca. 0,85 bis 1,1% der «Gesundheitskosten».

Diese Rechnungen sind sachlich nicht schlüssig begründbar, denn sie beruhen auf einer (vorsätzlich?) falschen Interpretation isolierter Analysen ohne betriebswirtschaftliche Vollkostenrechnung. Eine solche Vollkostenrechnung, wie sie nach Art 43, Abs. 4 KVG vorgeschrieben und jüngst höchstrichterlich bestätigt wurde (Kuhn 2006) [3], käme wahrscheinlich zu einem anderen Ergebnis und wird (deswegen?) nicht gewünscht oder unmöglich gemacht (Melchart et al. 2005) [4].

Die Revision der Analysenliste (und die Reduktion des Vertriebsanteils der DMA) reiht sich zwanglos in eine Reihe von Massnahmen des BAG ein, deren Gemeinsamkeit in «Willkür, rechtlicher Unbegründbarkeit und rein politischer Motivation» besteht.

Klaus von Ammon, Stäfa



Offener Brief an Herrn Bundesrat Couchepin

Sehr geehrter Herr Bundesrat Couchepin
Diametral entgegen Ihren immer wiederkehrenden Versprechungen, die Grundversorger im Gesundheitswesen (deren Wichtigkeit Sie angeblich kennen würden) nicht weiter zu schwächen, planen Sie nun, das Praxislabor durch weitere Senkungen der Tarife bis zur Unrentabilität auszurotten. Mit diesem Schritt treffen Sie einerseits erneut die Grundversorger, nun aber auch die medizinische Versorgung der Bevölkerung empfindlich.

Durch Anamnese, Untersuchung und wenige technische Zusatzuntersuchungen wie Labor und Röntgen konnte bisher innert kurzer Zeit kostengünstig und zuverlässig entschieden werden, ob eine schwere Krankheit vorliegt.

Wenn nun aber der Labortarif weiter gesenkt wird, können wir die dringend nötigen Labor-

1 Gähler E. Silberstreifen am (Tarif-) Horizont. Schweiz Ärztezeitung 2008;89(30/31):1277.

2 Gähler E. Sparen am falschen Ort. Schweiz Ärztezeitung. 2008; 89(30/31):1279-80.

3 Kuhn H. Es gilt (endlich) die Gesamtkostenbetrachtung (Kommentar zum EVG-Urteil v. 6. 10. 2006 K 6/06). Schweiz Ärztezeitung 2006;87(50):2165-6.

4 Melchart D, Mitscherlich F, Amiet M, Eichenberger R, Koch P. Programm Evaluation Komplementärmedizin (PEK) Schlussbericht 24. 4. 2005 (BAG, Bern).

analysen in der Praxis aus verständlichen Gründen nicht mehr durchführen. Die logische Konsequenz ist dann, dass in Zukunft jede nicht auf den ersten Blick als Bagatelle erkennbare Krankheit aus Sicherheitsgründen hospitalisiert werden muss, Diagnose und Behandlung akuter Erkrankungen in der Praxis wären kaum noch möglich. Dem daraus folgenden Patientenansturm wären die Spitäler nicht gewachsen, und die anfallenden Kosten würden explodieren.

Es scheint offensichtlich, dass Sie sich dieser Aufgabe der Grundversorger nicht bewusst sind. Anders kann ich mir nicht erklären, dass man aus Ihrem Ressort immer öfter vernimmt, der Grundversorger sei durch eine in einer Schnellbleiche (eben nur schwach gefärbte) geschulte Gesundheitsschwester zu ersetzen.

Ich möchte Sie darauf hinweisen, dass eine unserer wichtigsten Aufgaben darin besteht, aus den vielen alltäglichen harmlosen Krankheiten jederzeit die akut gefährlichen zu erkennen und sofort die notwendige Behandlung einzuleiten. Diese Triage ist etwas vom Anspruchsvollsten in der Medizin und braucht neben viel Erfahrung ein sehr breites Wissen. Bei der seit einiger Zeit eingeleiteten und konsequent weitergeführten Politik werden diese gut ausgebildeten Grundversorger (bewusst oder unbewusst) ausgerottet, indem man die Arbeit immer unattraktiver macht und wichtige Hilfsmittel nun sogar noch abzuschaffen droht. In Zukunft braucht dann jeder Patient anstelle des Hausarztes einen Arzt pro Organ. Wie gut dann dieser Patient medizinisch versorgt sein wird, können Sie sich selber denken, über die entstehenden Kosten wollen wir dieses Mal gar nicht reden.

Sie haben es mit zu verantworten, dass in den nächsten zehn Jahren die meisten Grundversorgerpraxen wegen fehlender Nachfolger schliessen werden. Natürlich sind Sie dann bereits in Ihrem gut verdienten Ruhestand, ich wünsche Ihnen dann wenigstens eine gute Gesundheit.

*Dr. med. Ch. Wäckerle,
Fislisbach*



1 Martin J. DRG: Nutzen und Risiken. Schweiz Ärztezeitung. 2008; 89(28/29):1272.

2 Cuénoud P-F. Eine breitangelegte Begleitforschung ist unabdingbar. Schweiz Ärztezeitung. 2008; 89(30/31):1283.

DRG oder europäische Gesundheitspolitik

Mit grossem Interesse habe ich den Artikel von Martin [1] über Nutzen und potentielle Risiken

der DRG und die Replik von Cuénoud [2] gelesen. Der Artikel von Martin suggeriert, dass DRG etwas Schweizerisch-Spezifisches wären. Tatsache ist aber, dass DRG, ursprünglich 1965 (!) in Yale entwickelt, z. B. bereits seit 2003 in Deutschland eingeführt sind. Es bestehen also bereits Erfahrungen aus diversen anderen Ländern. In der Tat führen DRG u. a. nachweislich zu verkürzten Hospitalisationszeiten, was ja erstrebenswert ist. Dies ist aber insbesondere darauf zurückzuführen, dass DRG u. a. zu einem Qualitätsmanagement zwingen, womit in den letzten Jahren z. B. mittels Case-Management viele Abläufe vereinfacht werden konnten, was sich wiederum in verkürzten mittleren Hospitalisationszeiten widerspiegelt. Zudem bietet das Fallpauschalensystem die Möglichkeit, dass sich nichtuniversitäre Spitäler z. B. auf möglichst «einfache» oder standardisierte Fälle spezialisieren und sich Unikliniken wieder auf komplexere Fälle in ausreichender Zahl konzentrieren können. Auch dies ist sowohl medizinisch als auch ökonomisch sinnvoll. Zudem ist bekannt, dass die verweildauerbezogene Abrechnung aus ökonomischer Sicht Anreiz für eine Verlängerung der Behandlung bietet. Grundsätzlich ist das DRG-System nicht unproblematisch, und das Beispiel Deutschland zeigt, dass insbesondere der Verwaltungsaufwand darunter drastisch zunimmt!

Wie Cuénoud in seiner Replik anspricht, sind die Psychiatrie und auch die Palliativpflege von den DRG ausgenommen. So logisch dies bei detaillierter Kenntnis der Sachlage ist, so zeigt dieser Ausschluss doch einen der grossen Mängel des DRG-Systems. Auch mit den DRG gelingt es letztlich nicht, alle erbrachten Leistungen auf den einzelnen Patienten zu berechnen. Dieser Mangel wird auch durch «umfangreiche Begleitforschung» sicherlich nicht behoben. Ein solcher Forschungsansatz ist aber andererseits in der Tat ein ambitioniertes Projekt, das wissenschaftlich ohne Zweifel sehr interessant und auch aufschlussreich wäre. Die einzige Frage bleibt das Kosten-Nutzen-Verhältnis eines solchen Projektes.

Die Diskussion um die DRG zeigt meiner Ansicht nach die Notwendigkeit einer europäischen Gesundheitspolitik. Ich gehe aber mit Martin vollends einig, dass allein das Wohl der Patienten unser oberstes Ziel sein darf, so dass wir jedem Patienten zu jeder Zeit eine bestmögliche medizinische Behandlung anbieten können.

*Bernhard Schaller,
Universität Paris, Frankreich*



Welche Fachgesellschaft ist die älteste im Land? [1]

Spieglein, Spieglein an der Wand ... oder scheinbar wissen wir alle noch zu wenig von einander. Ärztliche Zusammenschlüsse haben eine lange Tradition in unserem Land. So auch derjenige der homöopathischen Ärzte und etwas später auch Ärztinnen.

Die erste homöopathische Ärztegesellschaft der Schweiz, die, «Société gallicane d'homoeopathie», wurde 1832 in Genf von Pierre Dufresne gegründet, bestand aber nur wenige Jahre. 1856 gründeten die drei Deutschschweizer Ärzte Samuel Zopfy, Karl Krieger und Theophil Bruckner den noch heute bestehenden «Schweiz. Verein homöopathischer Ärzte» (SVHA), der anlässlich des 61. Kongresses der Liga Medicorum Homeopathica Internationalis in Luzern sein 150-jähriges Jubiläum feierte.

Der SVHA lehnte sich im Laufe seiner Geschichte zeitweilig stark an den Deutschen Zentralverein homöopathischer Ärzte und besonders an die süddeutschen Homöopathen an, mit denen einige Zeit jährlich gemeinsame wissenschaftliche Versammlungen abgehalten wurden. Bis 1927 umfasste der SVHA nur die Deutschschweizer homöopathischen Ärzte. Nicht zuletzt auf Initiative des Genfers Pierre Schmidt, des wohl bedeutendsten Schweizer Homöopathen des 20. Jahrhunderts, wurde 1927 der SVHA in die heutige Form übergeführt, der nun die homöopathischen Ärzte der gesamten Schweiz vereinte. Damit begann auch eine vermehrt vom umliegenden Ausland unabhängige Entwicklung der Schweizer Homöopathie.

Der SVHA ist somit der traditionsreichste und älteste Zusammenschluss homöopathischer Ärztinnen und Ärzte der Schweiz. Für die Entwicklung der Homöopathie in der Schweiz und in Europa wichtige homöopathische Ärzte wie Pierre Schmidt, Rudolf Flury, Alexander Hänni, Antoine Nebel, Adolf Vögeli und Jost Künzli prägten die Vereinsgeschichte. Mittlerweile gehören ihm auch Zahnärzte/-innen, Tierärzte/-innen und Apotheker/-innen an. In den letzten Jahren hat der Verein eine deutliche Zunahme an Mitgliedern erfahren. Heute repräsentiert der SVHA die Mehrheit homöopathisch tätiger Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz. Er vertritt die Schweiz offiziell bei der Liga Medicorum Homeopathica Internationalis (LMHI), dem Weltdachverband

homöopathischer Ärzte, und dem EHC, dem European Committee for Homeopathy.

Dr. med. Clemens F. Dietrich, Präsident SVHA



Bemerkenswertes aus Beratzhausen

4,2 Milliarden Franken gaben die Schweizer Krankenversicherer 2006 für Medikamente aus. Damit seien die Kosten innert sieben Jahren um 1,3 Milliarden Franken gestiegen, sagte santésuisse-Präsident Christoffel Brändli jetzt und ortet ein Sparpotential von über 850 Millionen Franken jährlich.

Ein Blick in die Medizingeschichte lehrt, dass die Kosten tatsächlich gesenkt werden könnten. Theophrastus von Hohenheim, genannt Paracelsus, stammt aus Einsiedeln im Kanton Schwyz – «des lants ein Schweizer», wie er 1536 in seiner «Grossen Wundartzney» schreibt. In den «Sieben Büchern von allen ofnen Scheden, so aus der Natur geboren werden» klärt er darüber auf, dass der Leib einen Balsam (mumma) enthalte, eine Art materialisierte Selbstheilungskraft. Diese zu bewahren sei Hauptaufgabe des Arztes, der im Wesentlichen abwartend eingestellt sein solle.

Durch das «Diarium» des Johannes Rütiner ist eine so wunderbare wie kostengünstige Genesung überliefert: Paracelsus hatte den Sohn eines St. Galler Bürgers auf umstrittene Weise behandelt und ihm einen Handknochen entnommen. Die darauf entstandene Kontraktur heilte er, indem er dem Jungen eine Nacht lang lebende Regenwürmer auf die Hand binden liess.

Einem Brief seines ehemaligen Famulus Johannes Oporinus entnimmt man, dass Paracelsus «beim Kurieren selbst von äusserst schlimmen Geschwüren Wunder vollbrachte, wobei er keinerlei Diät vorschrieb oder beachtete; vielmehr trank er Tag und Nacht mit seinen Patienten und kurierte so – wie er zu sagen pflegte – mit vollem Bauch dennoch.»

Bemerkenswertes schliesslich aus Beratzhausen an der Schwarzen Laber, wo Paracelsus sich 1530 aufhielt, nachdem der Nürnberger Senat den Druck seines «Spital-Buches» verboten hatte: Nach einem Gruss an alle Ärzte heisst es in der Vorrede dieser erst 1570 gedruckten Schrift schlicht: «der höchste grund der arzney ist die liebe.»

Christof Goddemeier, D-Freiburg

1 Wiederkehr M, Bassett CL. Welche Fachgesellschaft ist die älteste im Land? Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(28/29):1235-6.