

# Courrier au BMS



## Weiterbildung zum Facharzt ist keine universitäre Ausbildung

Sehr geehrter Herr Präsident

An der Ärztekammer vom 28.5.2009 bringt P.F. Cuénoud die Sorge um die Finanzierung der Weiterbildung erneut aufs Tapet [1]. Ursache ist die bundesrätliche Verordnung im KVV Art. 59c, wo die Weiterbildung zum Facharzt als universitäre Ausbildung deklariert wird und daher in den Kostenberechnungen zum DRG *nicht* einbezogen werden darf. Diese Interpretation ist offensichtlich an den Haaren herbeigezogen. Bei jeder Betreuung eines Patienten lernt man *gleichzeitig* mit der klinischen Tätigkeit, und zwar unabhängig, ob dies in einer Universitätsklinik oder in der privaten Praxis geschieht. Soll nun im TARMED auch noch ein Abzug für den Lerneffekt bei jeder Einzelleistung erfolgen?

Die Unterscheidung der universitären Ausbildung (= Medizinstudium) von der Weiterbildung zum Facharzt ist international anerkannt und wird auch in den bilateralen Verträgen mit der EU deutlich unterschieden (in Bezug auf die Anerkennung der Berufe).

Dass diese Interpretation *gesetzeswidrig* ist, hat Fürsprecher HP. Kuhn eindeutig dargelegt [2]. Ist die FMH oder die unabhängige Institution SIWF bereit, gegen diese willkürliche Verordnung beim Bundesverwaltungsgericht Klage einzureichen? Auch der Bundesrat ist den Gesetzen unterworfen!

Selbstverständlich ist diese Formulierung im BAG entstanden. Wie weit das BAG bereit ist, die Gesetze zu beugen, zeigt sich auch in der Revision der Analysenliste. Die Tarifberechnungen der FMH aufgrund solider Daten wurden vom Tisch gewischt, die Berechnungen des BAG waren zunächst intransparent, sind bei näherer Prüfung voller Fehler [1]. Trotzdem hält der Bundesrat an der Tarifsenkung fest. Auch hier wird die gesetzliche Vorgabe zur Beachtung einer betriebswirtschaftlichen Berechnung der Tarife (KVG Art. 43, Abs. 4) ignoriert. Ist auch hier eine Klage fällig?

Martin Schilt, Luzern

- 1 Flückiger E. Protokoll der ordentlichen Ärztekammer. Schweiz Ärztezeitung. 2009; 90(28/29):1092-1112.
- 2 Kuhn H. «Eine Vollziehungsverordnung [darf] nicht über den Rahmen hinausgehen, den das Gesetz absteckt». Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(15/16):611-3.



## Die «Komplementärmedizin» in der Bundesverfassung – ein einzigartiger Schildbürgerstreich [1]

Prof. Dr. med. Max Geiser zweifelt an der Vernunft des Schweizervolkes. Vielleicht sind die «gutgläubigen Mitmenschen» gar nicht auf irgendwelche Versprechen von «geschäftstüchtigen Ideologen» hereingefallen. Ich denke eher, dass sie am eigenen Leib oder an Beispielen aus dem Bekanntenkreis Erfahrungen gesammelt haben, die sie zu diesem Entscheid führten.

Ich arbeite seit zehn Jahren Teilzeit in einer Praxis für Traditionelle Chinesische Medizin in Luzern. In dieser Zeit erlebte ich hunderte von Patienten, welche dankbar sind für die Erfolge, die sie dank dem grossen Wissen meines Chefs erleben konnten. Immer mehr Ärzte überweisen Patienten an uns, und immer mehr Mediziner nehmen die Hilfe meines Chefs für sich selber in Anspruch. Diese Tendenz des Nebeneinanders erfreut mich sehr, denn es geht ja letztlich ums Wohl des Patienten.

Ich wünsche Herrn Prof. Dr. Geiser die Grösse und den Mut, einmal alle Studien zu vergessen und selbst eine Akupunktur-Therapie zu versuchen.

Susanne Büchler Inderbitzin, Kriens

- 1 Geiser M. Die «Komplementärmedizin» in der Bundesverfassung – ein einzigartiger Schildbürgerstreich. Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(30/31):1163.



## DMA – ungleiche Preise beim Arzt und Apotheker – bitte weiterdenken!

Sehr geehrter Kollege Gallmann [1]

Liebe nicht-dispensierende Kollegen

In der Zentralschweiz haben wir schon vor über 10 (!) Jahren die unselige Verknüpfung des Einkommens mit der Medikamentenmarge erkannt und versucht, sie aufzulösen. Mittlerweile sollte auch allen Ärzten klar sein, dass die Marge aus der DMA nicht ein Zusatz-Einkommen, sondern integraler Teil des Einkommens ist. Wir haben die DMA nie abgeben wollen, da sie die physiologische Art der Medikamenten-Abgabe ist. Mit einer viel tieferen Umtriebs-Entschädigung wären aber die Allermeisten zufrieden gewesen, wenn gleichzeitig der historisch tiefe Taxpunktwert auf ein faires Schweizer Mittelmass angehoben worden und damit die Einkommens-Ausfälle aufgefangen worden wären! Die Kassen haben nicht gewollt, die Apotheker erst recht nicht (ihr Vertriebskanal wäre ja wesentlich teurer geworden) und Behörden und Politiker haben's ganz einfach nicht begriffen. Auch wenn seit Jahren die Statistiken von santésuisse und des BAG nachprüfbar zeigen, dass die DMA die billigere Medizin ermöglicht, schaffen es weder BR Couchepin noch seine Fachberater (Zeltner und Indra), das zu begreifen und das System schweizweit einzuführen.

Lieber Kollege aus dem Kanton Zürich: Wenn Sie schon einen so «neuen» Vorschlag bringen, dann bitte durchdacht und nicht auf dem Buckel von 13 Kantonen! So wie wir euch dreimal namhaft bei der Erkämpfung eurer DMA (die nun einen reinen Zusatz-Verdienst darstellt!) unterstützt haben, dürftet jetzt ihr uns helfen, eine – für uns! – kostenneutrale Lösung zu finden. Und das läuft garantiert nicht über die simple Reduzierung der Marge!

Vielen Dank für die künftige Unterstützung ..., auch wenn dabei eventuell in einigen Kantonen der TPW etwas runterkommen könnte. Oder sieht dann das Szenarium anders aus?

Dr. med. Hans-Robert Naef, Luzern

- 1 Gallmann M. Medikamentenpreise: konstruktive Vorschläge zum Editorial von Max Giger in der SÄZ Nr. 23/2009. Schweiz Ärztezeitung. 2009;(28/29):1116.



### Promotion de la vaccination contre la grippe saisonnière: campagne nationale 2009/2010

Les épidémies annuelles de grippe ont un coût pour le marché et surtout un taux de mortalité inacceptable pour un pays parmi les plus riches comme la Suisse. C'est pourquoi je salue le fait que l'OFSP soit enfin sorti de sa somnolence pour implémenter la vaccination antigrippale. Si l'on parvenait à rejoindre un taux de vaccination de la population qui réalise une herd immunity, ce coût et ce taux pourraient être sensiblement réduits, avec des économies dans l'ordre des milliards, cher Monsieur Couchepin! Les petits enfants, surtout ceux en âge de fréquenter le Kindergarten, étant les plus infectieux (jusqu'à 107 particules virales par gramme de sécrétions respiratoires) et le restant pendant des semaines, sont les premiers à devoir être vaccinés – idéalement de manière obligatoire – tout comme les travailleurs en contact direct continu avec la population générale (ex: caissières des grandes surfaces d'alimentation, personnel soignant) ou les gens contraints à vivre ensemble (recrues, écoliers et étudiants).

Le seul point qui s'oppose au succès d'une campagne de vaccination ayant pour but logique d'atteindre la herd immunity c'est le fait que l'OFSP ait autorisé les caisses maladie à refuser le remboursement de la vaccination anti-grippale aux moins de 65 ans, c'est-à-dire justement à la population active qui produit la richesse nationale et paye les impôts, les multiples autres redevances et les primes surfaites des caisses maladie. Les caisses maladie, de leur côté, appliquent ce privilège avec une conséquence et une stupidité proche du refus d'assistance à personne en danger – comme le cas d'un de mes patients de conditions très modestes, cardiopathe et pneumopathe, mort de la grippe parce que sa femme, âgée de 64 ans n'a pu payer de sa poche la vaccination, a été infectée et lui a transmis l'infection. Il est temps que ce véritable scandale – l'inacceptable privilège des caisses maladie de ne pas rembour-

ser la vaccination – cesse aussitôt – surtout en période de prépandémie – et que la vaccination anti-grippale devienne gratuite pour tout le monde!

*Prof. Dr. med. Franco de' Clari, Lugano*



### Draussen vor der Tür

Der Beitrag von Prof. G. Rogler ist für einmal demjenigen der Redaktion bzw. Frau lic. oec. publ. A. Sax um mehr als zehn Seiten voraus (S. 1009 [1] versus S. 1020 [2]) und man kann nicht guten Gewissens behaupten, die beiden Voten trafen einander in der Mitte. Die seit ca. 15 Jahren postulierte Emanzipation von Kranken, die, wie Frau Sax vielleicht hofft, der Administration/Buchhaltung entgegenkommen sollte, indem Kranke z. B. die bei ihnen indizierte «medizinische Tätigkeit zwecks Wiedererlangung der Gesundheit» begutachten, mit anderen Angeboten vergleichen und dann, wenn in der Zwischenzeit dazu nicht schon zu krank, nach ihrem Gutdünken auswählen, scheint auch nicht zu finanziellen Verbesserungen im Gesundheitswesen beizutragen. Die Arzt-Patienten-Beziehung ist vielleicht für «Drittpersonen»/Nichtmediziner unsichtbar und unerklärlich-rätselhaft, sodass sie sich der Buchhaltung entzieht. Dabei liegt es daran, dass schon die Tatsache des Existierens von Krankheiten dem (nicht verschonten) Menschen auf einer sozusagen existenziellen Ebene vorübergehend oder länger dauernd einen Strich durch die Rechnung macht. Krankheit hat mit Schweiß, Blut, Verlegenheit, Unpässlichkeit, fehlender körperlicher und/oder seelischer Integrität und Krankheitssymptomen zu tun: Gegenüber solchen «Peinlichkeiten», die der Buchhaltung ein Greuel wären, kann der Mediziner schon aus diagnostischen Gründen nicht die Augen verschliessen. Solches scheint der Buchhalter bzw. die -halterin ausblenden und stellt sich anstelle von Kranken lieber etwas nicht Krankes und etwas weder Handicapiertes noch Beeinträchtigtes vor, das zu Wettbewerbsmodellen passen würde, die ihrerseits offenbar in ihrem angestammten Bereich des Handels störanfällig und zu wenig

verstanden sind, wo es um weniger kostbare und nicht z. B. die körperliche Integrität betreffende Güter wie die Gesundheit geht.

Die Medizin entstand wegen Nachfrage, nicht umgekehrt, während im freien Handel meistens versucht wird, ein entwickeltes Produkt oder materielles Gut an den Mann zu bringen. Es wäre absurd, zu erklären, die medizinischen Möglichkeiten würden deswegen entwickelt, damit Menschen veranlasst würden, zu erkranken, worauf die entwickelten Möglichkeiten bei ihnen in Anwendung kämen: Dieses Produkt «muss ich kaufen». Zuerst gab es das Krankenbett, und irgendjemand suchte nach Möglichkeiten, den Bettlägerigen von der Krankheit, die ihn «in ihren Klauen» hielt, befreien zu helfen (was einen Gegenwert darstellte als hoffentlich erfolgreiche Bemühung). Eine eigentlich menschlich-selbstverständliche Beistandleistung, und draussen vor dem Krankenzimmer fragt sich der Buchhalter/die -halterin, welchen Preis diese wert sei, bzw. der durchschnittliche Prämien- und Steuern-Aufbringende sich leisten könne. Wie man weiss, verursachen einige wenige Krankheiten, an denen weder die von ihnen Betroffenen, noch die Medizin, noch die Steuern- und Prämienleistenden, noch die Buchhalter/innen schuld sind, etwa zwei Drittel der Gesundheitskosten, und wenn jemand recht hat, ist es vermutlich Professor Rogler. Gerade diese Krankheiten (nebst Appendicitis usw.) lassen eben noch den Wunsch offen, gesund werden zu dürfen oder nicht daran umkommen zu müssen. Die Betroffenen sind längst «resultatorientiert», nur ist, wenn schon, ohne geeignete und unabdingbare «Beziehung zum Leistungserbringenden» oder medizinischen Beistandleistenden kein Resultat möglich. Dem Mediziner sollte nichts Menschliches fremd sein, denn sonst wäre ihm auch die Krankheit der Patientinnen und Patienten fremd, und er würde nicht unerschrocken und umstandslos den Kampf dagegen aufnehmen.

*Peter Süssstrunk, Mediziner, Seewis*

- 1 Rogler G. Der Patient als Kunde. Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(25):1009.
- 2 Sax A. Was hat die Ökonomie am Krankenbett verloren? Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(25):1020.