

Forum CC



Ne posez pas uniquement des questions, mais osez aussi les réponses!

Prise de position au sujet de l'éditorial «La médecine ambulatoire, souffre-douleur du système de santé» du Dr E. Gähler [1]

Dans le dernier paragraphe de son éditorial, Monsieur Gähler pose les bonnes questions: «Pourquoi une grande partie des mesures pour endiguer les coûts vise-t-elle une pratique avantageuse et de bonne qualité de la médecine ambulatoire en général, et les médecins de premier recours en particulier?» Le message de la dernière phrase est lui aussi incontesté: «La médecine ambulatoire devient, à tort, le souffre-douleur du domaine de la santé.»

Les questions sont posées. Mais vous faites l'impasse sur les réponses! Selon moi, il est déplorable qu'un représentant de notre profession se défile face à des réponses qui seraient probablement désagréables à entendre. Pire encore est de laisser les plus faibles, à savoir les médecins de premiers recours qui accomplissent un excellent travail, seuls face à leur destin. Monsieur Gähler, je vous invite donc, vous et la FMH, à nous nommer les vraies raisons de la hausse des coûts de santé, à présenter des mesures qui selon vous sont efficaces et à les défendre auprès des acteurs de la santé.

Dr Josef Erni, médecine interne FMH, Sursee

- 1 Gähler E. La médecine ambulatoire, souffre-douleur du système de santé. Bull Méd Suisses. 2009;(90)36:1365.

Réponse

Cher Confrère

Permettez-moi de vous remercier de votre courrier des lecteurs en réponse à mon éditorial publié dans le BMS, auquel j'apporte volontiers les précisions suivantes.

Tout d'abord, je tiens à souligner que je suis moi-même médecin de premier recours et que j'exerce ma profession depuis maintenant 25 ans. L'objectif de mon éditorial était d'attirer l'attention de mes confrères/colègues, mais aussi plus particulièrement des

parlementaires, sur les problèmes suscités par les mesures prises actuellement pour endiguer les coûts de la santé et de présenter leurs conséquences. Au moment de la publication, le paquet de mesures était encore en consultation auprès des commissions de la santé des deux Chambres. Par plusieurs mesures, nous avons tenté d'exercer notre influence sur les discussions en cours. Pour ma part, il était précisément question de mettre le doigt sur les dommages collatéraux que provoqueraient la mise en œuvre des propositions présentées et d'en alerter les parlementaires et les membres des commissions. Pour savoir où se produit la hausse des coûts de la santé, je vous conseille la lecture d'une excellente publication de santésuisse parue la semaine dernière. Ce n'est pas en s'accusant mutuellement et se renvoyant la balle que nous apporterons des solutions aux problèmes encore à résoudre et freinerons l'évolution des coûts, ni n'améliorerons la situation des médecins de premier recours. Pour mieux asseoir la médecine de premier recours, la FMH doit conjuguer ses forces avec celles de la nouvelle association des médecins de famille. L'union fait la force.

Dr Ernst Gähler, vice-président de la FMH, responsable du domaine Tarifs et conventions



Convention sur les prestations et les prix (CPP)

Monsieur le Président

Dans le procès-verbal de la Chambre médicale du 28 mai 2009, je lis avec beaucoup d'étonnement que la FMH tient à conserver la convention CPP en tant qu'instrument efficace de régulation des coûts [1].

Suite à la discussion d'adhésion à la CPP fin 2006 qui a eu lieu lors de l'assemblée générale de notre société cantonale de médecine, j'avais critiqué le fait que les principes déterminants n'y figuraient pas, à savoir:

- la liste définitive des critères utilisés pour le calcul de la valeur du point tarifaire,
- le mode de recensement desdits critères,
- le mode de calcul pour déterminer la valeur du point dans chaque canton (facteurs de

correction X, composés des facteurs de correction Xi à Xn).

Conformément au point 6.1 de la CPP, cette tâche incombe au bureau de coordination qui, alors que les sociétés cantonales de médecine ont été incitées à adhérer à la convention, n'existait pas en 2006, sans parler des trois principes susmentionnés. Nous avons approuvé une convention où les principaux points faisaient défaut. A ma connaissance, ceux-ci n'ont pas été publiés jusqu'ici, de sorte que les recommandations pour la valeur du point tarifaire restent obscures pour tout membre ordinaire de la FMH.

Le fait que les coûts engendrés par les médecins dans le canton de Lucerne sont depuis toujours inférieurs à la moyenne nationale, montre bien que la CPP est peu efficace dans ce domaine. Depuis le 1^{er} novembre 2004, notre canton a la valeur du point tarifaire la plus basse (Fr. 0.80), et la CPP voudrait encore la réduire [2]. Cela est apparemment dû aux coûts prévisionnels calculés qui, même avec la meilleure volonté du monde, ne peuvent pas être respectés. Dans le canton de Lucerne, les prestations fournies aux patients domiciliés hors canton sont facturées en plus (statistique de facturation), ce qui entraîne une augmentation des coûts effectifs dans le canton tout en réduisant fortement les coûts dans les petits cantons voisins [3]! Etant donné que les calculs peuvent justement mener à des résultats d'une telle absurdité, la limite inférieure de la valeur du point tarifaire a été fixée à Fr. 0.80.

Pour quelle raison la CPP a-t-elle été établie avant la fin de la neutralité des coûts (version finale du 27.6.2005, paraphé le 25.09.2005) et pourquoi n'a-t-elle jamais été publiée dans le BMS, mais seulement un an plus tard sur le site internet? Les coûts prévisionnels des années suivantes ont été calculés sur la base de la comparaison des coûts (entre coûts prévisionnels et coûts effectifs) ce qui rallonge de fait la neutralité des coûts pour une durée indéterminée!

J'attends de la FMH qu'elle élabore un tarif qui tienne véritablement compte des dispositions légales, c'est-à-dire un tarif qui respecte les règles applicables en économie d'entreprise (art. 43, al. 4, LAMal). Le Surveillant des prix devra également, selon sa propre loi, concéder aux médecins un «bénéfice» (= rémunération) équitable (art. 13, al. 1, let. b, LSPR). Malgré les phases de remaniement I à III du TARMED, nous ne sommes encore loin de cet objectif.

Le fait que le projet TARMED 2010 y parvienne suscite également des doutes. SantéSuisse utilisera tous les arguments de la «neutralité des coûts» (qui n'a par ailleurs pas de réel fondement juridique) pour éviter toute hausse de coûts et toute possibilité éventuelle d'aboutir à un tarif visant une couverture des coûts. Le Conseil fédéral qui craint lui la moindre augmentation peut toutefois, de par sa compétence à approuver le tarif, contourner les dispositions pourtant évidentes de la LAMal. Pendant combien de temps encore, le corps médical devra-t-il accepter que seules les lois en sa défaveur sont approuvées, alors que celles en sa faveur sont ignorées?

Dr Martin Schilt, Lucerne

- 1 Flückiger E. Procès-verbal de la Chambre médicale ordinaire. Bull Méd Suisses 2009;90(28/29):1108.
- 2 Der Luzerner Arzt. 2009;78:6.
- 3 Der Luzerner Arzt. 2007;71:14.

Réponse

Cher Confrère

Que signifie véritablement la Convention sur les prestations et les prix (CPP)? Pourquoi a-t-elle été adoptée au 1^{er} janvier 2006 pour régler la phase de l'après-neutralité des coûts? Et pourquoi la FMH et la Conférence des sociétés cantonales de médecine (CCM) défendent-elles aujourd'hui encore cette convention? Ces questions parmi d'autres forment le contenu implicite de votre lettre.

La CPP a été introduite juste après la phase de neutralité des coûts et tenait compte-étape décisive s'il en est dans l'histoire des négociations tarifaires – des facteurs liés aux prestations. Concrètement, cela signifiait un abandon des considérations basées uniquement sur les coûts. Hormi l'Association des médecins du canton de Genève, toutes les autres sociétés cantonales de médecine ont adhéré à la CPP. Au moment de signer la convention, les points que vous contestez n'avaient sciemment pas encore été fixés. Or ce sont justement les facteurs liés aux prestations qui sont soumis à de constantes modifications (p. ex. les vaccins contre les infections FSME). Ces points-clés doivent pouvoir figurer chaque année au menu des négociations.

Les coûts prévisionnels, laboratoire, FSME, démographie, progrès médicaux, etc., doivent servir de base de calcul pour les nouvelles valeurs du point. Les données sont saisies via le pool tarifaire et le pool des données de santé-suisse. Celles-ci sont ensuite rendues plausibles par le biais des données des médecins fournies par NewIndex. En ce qui concerne les facteurs X et les facteurs P (liés aux prestations), je les ai déjà mentionnés plus haut.

Les négociations tarifaires annuelles entre la CCM et SantéSuisse au sein du bureau de coordination sont préparées par le groupe-cadre (autrement dit par les membres des sociétés cantonales de médecine et par la FMH). Les résultats sont ensuite discutés avec le président de la SCM concernée. La décision finale de résilier ou non la CPP incombe à chaque société cantonale. Les présidents desdites sociétés reçoivent une fiche d'information sur

les bases de calcul. Le président de votre société cantonale vous permettra bien évidemment de les consulter.

Mais qu'a donc apporté la CPP au corps médical? S'agit-il vraiment, comme vous le laissez entendre, d'une charge supplémentaire pour les médecins? Celle-ci permet un contrôle des coûts dont l'évolution dépend des facteurs liés aux prestations. La neutralité des coûts n'existe donc plus, même si d'aucuns affirment le contraire. La CPP a permis de faire converger les valeurs du point. En effet, aucune société cantonale de médecine ne se verra attribuer une valeur du point inférieure à 80 ou supérieure à 95 ct.

Le Tribunal administratif fédéral (TAF) a reconnu l'importance de la CPP dans un arrêt concernant la valeur du point pour le domaine ambulatoire hospitalier dans le Jura. Après qu'un recours ait été formulé contre la procédure de détermination de la valeur du point, le TAF l'a réduite, sans possibilité de recours, à sa valeur la plus basse de 82 ct. Cette décision a été motivée par le fait que l'hôpital n'avait pas fourni suffisamment de données propres et que la valeur du point indiquée ne permettait pas de couvrir les frais. Dans les cantons où une CPP valable a été conclue, celle-ci doit être respectée. En conclusion, des données propres et la conclusion d'une CPP offrent une certaine protection contre des décisions arbitraires des politiques et des tribunaux.

*Dr Ernst Gähler, Vice-président de la FMH,
Responsable du domaine Tarif et conventions*

Courrier au BMS



Arbeitsfähigkeit ergibt sich selten aus der Diagnose

Zum Artikel «Die Problematik psychiatrischer Begutachtungen im Bereiche der Psychotraumatologie» [1]

Dieser Artikel bedarf dringend einer arbeitsmedizinischen Würdigung.

Diagnosen als Resultat von Anamnese, Befund und erweiterter Abklärung dienen in erster Linie dazu, eine adäquate Behandlung zu ermöglichen und nicht, Rentenleistungen auszulösen. Gutachten im Rahmen von geltend gemachter Arbeitsunfähigkeit sollten dann in Auftrag gegeben werden, wenn die Plausibi-

lité der Arbeitsfähigkeit oder der Grad derselben aufgrund der Angaben der behandelnden Ärzte nicht vorliegt oder wenn sich zwischen den einzelnen Berichten nicht erklärbare Differenzen ergeben.

Das Fehlen der Arbeitshand infolge einer traumatischen Amputation und die daraus abgeleitete Unmöglichkeit der feinmotorischen Lastenhandhabung braucht in der Plausibilität keine weitere Überprüfung. Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung beruht nach Massgabe des Autors ausschliesslich auf dem Vorhandensein von beim Patienten zu erfragenden Kriterien, für welche nicht die «Stärke» eines auslösenden Ereignisses, sondern das subjektive Erleben als entscheidender Faktor ausschlaggebend ist. Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder in anderen wichtigen Funktionsbereichen werden automatisch als von der Störung verursacht gedacht. Dass jene praktisch nie als konkomitante oder gar

die Symptomatik mitverursachende Faktoren in Betracht gezogen werden, muss zu denken geben.

Die PTBS ist keine Diagnose nach den eingangs erwähnten Regeln, sondern die Wiedergabe eines Befindlichkeitszustandes, der von der Erwartungs- und Befürchtungshaltung des Subjekts in seiner Ausprägung zusätzlich noch variiert werde. Für eine psychotraumatologische Behandlung mag das genügen. Die Herleitung einer Arbeitsunfähigkeit kann damit aber keinesfalls guten Gewissens nachvollzogen werden.

Eine Arbeitsfähigkeit ergibt sich eigentlich selten aus der Diagnose. Sie sollte nach den Anamnese, Befund und Zusatzuntersuchungen abgeleiteten komplexen Funktionsbeeinträchtigungen im Abgleich mit einer konkreten beruflichen Tätigkeit bemessen werden. Wenn nun eine gesundheitliche Störung vorliegt, deren Art und Schweregrad sich einzig

und allein vom subjektiven Erleben herleitet, wird das Nachvollziehen der Plausibilitätskette aus den Argumenten des behandelnden Arztes für eine Arbeitsunfähigkeit praktisch Glaubenssache. So besehen zielt die zitierte Streitfrage, ob die Relevanz des A-Kriteriums oder die Latenz des Auftretens sich am neuesten Stand der Wissenschaft orientieren, in einer eleganten Kurve um Breiten am Gutachtensauftrag vorbei. Was bleibt, ist ein «wissenschaftlicher» Diskurs über Glaubhaftigkeit.

Die Fallvignette zeigt exemplarisch, dass sich die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit immer noch an Argumente klammert, die letztlich immer streitig sind und deshalb auch einträglichen Streit auslösen. Dahinter verbirgt sich noch die zweite Falle, dass lediglich Schonung die adäquate Antwort auf ein psychisches Leiden darstelle. Das Nachsehen hat aber auf jeden Fall der Patient, wird ihm doch für die Dauer des akademischen Streites und darüber hinaus ein ressourcenorientierter, salutogener Umgang mit seinen Beschwerden und mit seinen noch verbleibenden Funktionen verbaut.

Dr. med. Michael Trippel,
Facharzt Arbeitsmedizin FMH, Luzern

- 1 Moehlecke T. Die Problematik psychiatrischer Begutachtungen im Bereiche der Psycho-traumatologie. Schweiz Ärztezeitung. 2009; 90(34):1304-7.



Zum Artikel

«Werbung wirkt, auch bei Ärzten!» [1]

Sehr geehrte Herren Kollegen

Wenn ich, wie neulich in Bern, an einer Fortbildungsveranstaltung teilnehme, so habe ich nicht nur während der Fortbildung, sondern auch während der Reisezeit kein Einkommen. Das Bahn билет bezahle ich selbst. Wenn ich dann auch noch einen happigen «Eintritt» berappen darf, so geht das langsam ins Geld. Immerhin sind wir zu mindestens achtzig Fortbildungsstunden jährlich verpflichtet, die dann jedes Mal «Eintritt» kosten. Im TARMED, so lassen Sie uns wissen, seien zehn Tage Fortbildung einberechnet. Ja, wo denn? Seit Einführung des TARMED sinkt das Einkommen der Ärzteschaft; diese Behauptung ist also offensichtlich falsch. Hier haben wir uns, einmal mehr, einen Bären aufbinden lassen. Gemäss einer Studie sei der Anteil der Ärzte, die sich von Pharmavertretern als stark beeinflusst sehen, klein, wohingegen wir dazu nei-

gen, unsere Kollegen zu verdächtigen. Dies rührt daher, dass wir Referenten an gesponserten Fortbildungen unterstellen, «gekauft» zu sein. Dabei unterschätzen wir das unabhängige Denkvermögen dieser Kollegen. Abgesehen davon geben solche (Selbst-)Einschätzungen keine Auskunft über die tatsächliche Beeinflussbarkeit der Ärzteschaft. Die Studien, die Sie zitieren, stammen im Wesentlichen aus dem Land der unbegrenzten Möglichkeiten und lassen sich kaum einfach so auf schweizerische Verhältnisse übertragen.

Um der «Manipulation» durch die Pharmafirmen zu entgehen, schlagen Sie extremstmögliche Massnahmen vor, wie den völligen Verzicht auf Sponsoring, was viele medizinische Kongresse, darunter, wie Sie selbst zugeben, auch solche von hoher Qualität, in ihrer Existenz bedroht. Alternative Finanzierungsvorschläge allerdings haben Sie keine, abgesehen vom frommen Wunsch, irgendwelche Politiker oder Kassenfunktionäre mögen Gelder, die bei eventuell sinkenden Medikamentenpreisen eingespart würden, an uns weiterreichen. (Und wovon träumen Sie nachts?) Fazit: Wenn Sie erstens einen valablen Vorschlag, wie Fortbildungen alternativ zu finanzieren wären, ohne Ihren Kolleginnen und Kollegen noch tiefer in die Tasche zu greifen, vorlegen können, so tun Sie das bitte; wir sind gerne bereit, zuzuhören.

Zweitens wäre es schön, wenn man bei der SAMW die Argumente der niedergelassenen Ärzte nicht nur kennen, sondern auch ernst nehmen und in die Entscheidungsfindung mit einfließen lassen würde.

Dr. med. Rudolf Mühlemann, Winterthur

- 1 Strelbel U, Michaud A. Werbung wirkt, auch bei Ärzten! Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(38):1455.



Die Zeiten des Prangers sind vorbei

Anlässlich der 76. Jahresversammlung der Schweiz. Gesellschaft für Innere Medizin im Jahre 2008 in Lausanne kamen im Rahmen einer Session der Schweizerischen Gesellschaft für Klinische Pharmakologie und Toxikologie zwei Gastreferenten aus Dänemark und Australien zu Wort, welche unter den Titeln «The corruption of drug research and the power of marketing: radical reforms are needed» und «Is it insulting to suggest that health professionals are influenced by drug promotion?» über die Pharmaindustrie herzogen. Sie zitierten dabei Machenschaften aus dem Jahre 1992.

In der Ausgabe der SÄZ Nr. 38 äusserten sich die Herren Dres. Strelbel und Michaud in der gleichen Angelegenheit [1]. Der Erstgenannte zitierte gar seine persönlichen Erfahrungen aus den frühen siebziger Jahren.

Als Mitarbeiter, welcher seit rund 25 Jahren in der Pharmaindustrie tätig ist, erlaube ich mir festzuhalten, dass die grosse Mehrheit der Pharmafirmen und deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit grossem Verantwortungsbewusstsein ihrer täglichen Arbeit nachgehen. Die erwähnten «radical reforms» sind längst etabliert. Es sind dies gesetzliche Rahmenbedingungen wie KVG, KVV, HMG, StGB, Empfehlungen von Swissmedic und Richtlinien der Fachgesellschaften (insbesondere der SAMW) sowie umfangreiche Verhaltens- und Werbeverordnungen, welcher sich die pharmazeutische Industrie selber unterzieht, namentlich der Pharmakodex [2], der am 1. Januar 2004 in Kraft trat.

Selbstverständlich gibt es immer und überall schwarze Schafe, welche mit fragwürdigen Marketingmassnahmen zu umgehen versuchen, was nicht umgangen werden darf. Diese schwarzen Schafe jedoch mit dem Verhalten einer ganzen Branche gleichzustellen, hat viel mit billigem Populismus, aber wenig mit glaubwürdiger Recherche und effektiven Tatsachen zu tun. Es wäre der SÄZ, wie auch den Fachgesellschaften zu wünschen, dass bei künftigen Pamphleten mit ähnlich einseitigen Inhalten Vertreter der Pharmaindustrie Gelegenheit zur Gegendarstellung erhalten würden. Denn zur von den Herren Dres. Strelbel und Michaud im Artikel zitierten Berufsethik und Ehre eines Arztes gehört mit Sicherheit auch die Dialogbereitschaft und die konstruktive Auseinandersetzung. Nur so können vorgefasste Meinungen widerlegt und allenfalls gegenseitig (!) weiter verbessert werden.

Ernst Herzig, Verkaufsleiter, Biel

- 1 Strelbel U, Michaud A. Werbung wirkt, auch bei Ärzten. Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(38):1455-7.
2 Verhaltenskodex der pharmazeutischen Industrie in der Schweiz (Pharmakodex). 2003; teilrevidiert am 1. Oktober 2006 und 12. Juni 2008.

Anmerkung der Redaktion: Der von E. Herzig beanstandete Beitrag stammt aus einer Serie der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW zur Zusammenarbeit Ärzteschaft-Industrie und ist als persönliche Meinungsäusserung der Autoren gekennzeichnet – die Charakteristika eines Pamphlets können wir darin nicht erkennen. Dass pharmazeutische Produkte (wirksam) beworben werden, scheint uns durchaus legitim – dass Ärzte kritisch darüber nachdenken, wie Werbung bei ihnen wirkt, aber auch.



Einsam auf dem Meer

Zum Artikel

«Werbung wirkt, auch bei Ärzten!» [1]

Herr Strebel, für Ihren Artikel bin ich Ihnen so dankbar, wie es nur einer sein kann, der über Jahre auf dem Meer alleine unterwegs war und endlich einem Schiff begegnet. Doch auch diese Metapher greift zu kurz, denn auch auf dem Meer ist man nie so alleine, wie Sie es sind, unter Medizinern, mit Ihrer klaren Einsicht zur Werbung in der Medizin. Jedenfalls ist es mir so ergangen. Seit mich meine ersten Erfahrungen als Assistent dasselbe gelehrt haben, was Sie gut beschreiben, habe ich in meinen gut 25 Jahren eigener Praxis *nie* einen Ärztebesucher empfangen, aber auch *nie* einen Kollegen gefunden, der das auch macht. Obwohl es viel einfacher ist, grundsätzlich nein zu sagen, und ich sehr viel von der doch knappen Zeit für meinen Beruf damit gewonnen habe. Als ich vor ein paar Jahren Mitglied in einer Fortbildungskommission wurde, war ich der einzige, der gegen das Sponsoring war, und ich musste mit meinem Austritt drohen, um die Idee der ungesponserten Weiterbildungen durchzusetzen. Das funktioniert sehr gut und wir sind in der Zwischenzeit alle, die Organisatoren und das Publikum, glücklich mit dieser Lösung. Ebenfalls seit ein paar Jahren bin ich Teil eines Netzwerkes für Managed Care und musste ebenfalls mit meinem Rücktritt drohen, um zu verhindern, dass wir unsere Sitzungen sponsoren lassen. Doch dem Netz fehlt weiter das Geld und sie haben sich nun doch fürs Sponsoring entschieden, und ich mich zum Rücktritt.

Ihre «letzte Konsequenz»: 1. Verzicht auf den Empfang von Ärztebesuchern, 2. Bezug unseres Wissens über Arzneimittel aus unabhängiger Fachliteratur, und 3. Verzicht auf gesponserte Fortbildung ist sehr wohl machbar, aber man bleibt damit einsamer als ein Schiff auf dem weiten Meer.

*Dr. med. Louis Litschgi,
Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, Basel*

1 Strebel U, Michaud A. Werbung wirkt, auch bei Ärzten! Schweiz Ärztzeitung. 2009;90(38):1455.



WZW-Verfahren der santésuisse – eine Überlegung oder Anregung

Der Leserbrief in der SÄZ Nr. 35, von Dr. P. Diego Hagmann in Zürich [1], hat mich einmal mehr bestätigt in meinem Postulat, dass wir nun an der Reihe sind, den Spieß umzudrehen.

Genauso, wie die Krankenkassen gesetzlich dazu verpflichtet sind, die Leistungserbringer zu überprüfen, sind sie gesetzlich dazu verpflichtet, dies ordentlich, pflichtbewusst und korrekt zu tun.

Wir sind ja auch, ohne diese KVG-Schikanen, bereits vorher gesetzlich dazu verpflichtet gewesen, unsere Arbeit korrekt und nach bestem Wissen und Gewissen durchzuführen. Nur das «W» hat früher gefehlt, wobei es der Gesetzgeber nach wie vor nicht definiert hat, was dieses «W» genau bedeutet, und die Definitionen dem Verordnungsweg bzw. den beteiligten Parteien überlassen hat. (Wirtschaftlich bedeutet nämlich per se nicht unbedingt «billig», sondern kostengünstig bzw. adäquates Preis-Leistungs-Verhältnis. Leider sehen das die Krankenkassen bzw. die santésuisse ein wenig anders, und es gibt genug Eiferer, die deren Unsinn nachproleten.)

Zurück zum Thema: Genauso, wie die Krankenkassen von uns verlangen können, dass wir unsere Arbeit korrekt ausführen und offen darlegen, können wir das von den Kassen und der santésuisse verlangen. Seit wir wissen, dass die sas jährlich 2000 «Drohbriefe» verschickt, ohne auch nur im Traum daran zu denken, diesen weiter nachzugehen, nehme ich diese Ansammlung an Schreibtischtätern nicht mehr besonders ernst.

Sobald wir eine Verwarnung von einer Kasse oder der santésuisse bekommen, sollten wir zuerst einmal zurückfragen, aufgrund welcher Daten sie auf diese abstruse Idee kommen, welcher Fachmann bzw. welche Fachfrau sich mit der Datenlage befasst hat, und um eine explizite Begründung der Drohung bzw. Anfrage bitten. Vorher wird kein Finger krumm gemacht.

Die Lage, wie sie sich z. B. bei Kollege Hagmann präsentiert, kann locker dazu verwendet werden, die Kasse wegen Behinderung der Ausübung der beruflichen Tätigkeit zu verklagen.

Das sollten wir uns in Zukunft generell überlegen: So wie wir angehalten sind, korrekt zu arbeiten, kann man das nämlich auch von der Gegenseite verlangen. Ansonsten diese Gefahr läuft, überhaupt nicht mehr ernst genommen zu werden.

Dietmar W. Thumm MD, Luzern

1 Hagmann PD. WZW – Verfahren à la mode de Santé Suisse. Schweiz Ärztzeitung. 2009;90(35):1330.



«Qualitäts-Basismodell»

Ich zweifle daran, ob sich die Autoren dieses Artikels [1] bewusst sind, dass die meisten der von ihnen postulierten Kriterien «extremly soft» sind im Vergleich zu den Kriterien einer gewährleisteten Aus-, Weiter- und Fortbildung. Wie wollen Sie Ihre Kommunikation, Ihre Intuition, Ihre Empathie und schliesslich Ihre Pünktlichkeit verbindlich erheben, ohne in die Nähe der Objektivität von Misswahlen abzurutschen, ... und die Frage sei erlaubt, haben sie mit diesem «vernetzenden, wohl-evaluierten, trendigen Akt» einen relevanten Gesundheitsschaden abgewendet oder gar ein Leben gerettet? Letzteres wäre Qualität im Sinne des «Kerngeschäftes Arzt». Die Macht des Trends (Managed Care) und der Drang zur Opportunität verschiedener Akteure werden sich kaum in einer messbar gestiegenen Gesundheit der Bevölkerung widerspiegeln; in diesem Sinne bewegt sich die institutionalisierte Qualitätserhebung im Dunstkreis des «Selbstzwecks ohne Portefeuille», jedoch mit klarem Auftrag zur Kapitalvernichtung.

*Lorenzo Friedrich und
Hansjakob Nüesch, Seuzach*

1 Ramstein C, Schneider P. Qualitäts-Basismodell. Schweiz Ärztzeitung. 2009;90(39):1498.