

Briefe an die SÄZ



MediPort oder die Grossmutter Rotkäppchens

Sehr geehrter Herr Brügger

Ich möchte gerne folgende Fragen durch Sie beantwortet haben:

- 1 Haben Sie aus dieser Werbung für MediData [1] irgendwelchen Profit (Geschenk, Geld etc.) geschlagen?
- 2 Wer hat die Klage am Hals, wenn ein Patient sich über Ihre Abrechnungsart gerichtlich beschwert (Krankenkasse oder Sie selber)?
- 3 Wie viel Kosteneinsparungen bringt es der Krankenkasse, wenn Sie die Rechnung direkt elektronisch bekommt und nicht mehr eintippen muss? Auf dem üblichen Weg bekommt die Krankenkasse den Rückforderungsbeleg per Post zugeschickt!
- 4 Wie viel sollten die Krankenkassen bezahlen, damit Sie die Rechnung elektronisch erhalten?
- 5 Wie viele Rückfragen haben Sie schon von Krankenkassen bekommen, weil irgendwelche Daten unklar waren?
- 6 Wie kollegial finden Sie es, wenn man vor allem die Hintertüre benutzt, um abzurechnen, so dass der eigentlich primär vorgesehene gesetzliche Weg praktisch nicht benutzt wird (und man somit gratis den Krankenkassen Daten liefert)? «Unsere» Trustcenter verlieren so an wirtschaftlicher Macht (weil sie die elektronischen Daten nicht verkaufen können)!

Ich habe selber zu Beginn meiner Praxistätigkeit über MediPort abgerechnet und damit auch selbst meine Erfahrungen gemacht. Es ist klar festzuhalten, dass die Datenanonymisierung viel zeitaufwendiger ist als fürs TrustX. Des Weiteren gibt es häufig Rückfragen der Krankenkassen bezüglich der Rechnungen. Dies entfällt bei mir seit der gesetzlichen Änderung völlig! Die Zahlungsmoral der Patienten ist sicherlich besser als die der Krankenkasse, wie die grosse Mehrheit aller Studien in diese Richtung und auch bei mir zeigt. Schade, dass Sie Ihren Enthusiasmus für ein höheres Ziel verloren haben und nur noch für Ihr

Gärtchen schauen. Aber Sie werden in Zukunft sehen, dass auch Ihr Gärtchen ein Umfeld hat, das Sie nur dann beeinflussen können, wenn Sie mit den Nachbarn respektive mit uns anderen Ärzten zusammenarbeiten. Ich hoffe auf Ihr Umdenken in dieser Beziehung und wünsche mir eine Werbung in gegenteiliger Richtung Ihrerseits.

Dr. med. Andreas Würmli, Altstätten

- 1 Warum ich als Arzt über MediData abrechne. Inserat. Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(47):2014.



Antwort

Sehr geehrter Herr Kollege Würmli

Hiermit versuche ich Ihre Fragen zu beantworten:

- 1 Das Interview fand während des Mittagessens statt (Fitnessteller, Mineralwasser, Café), dazu wurde ich eingeladen. Ich habe mich zu diesem Interview bereit erklärt, um gewisse Missverständnisse aufzuklären und meine Kolleg(inn)en von meinen Erfahrungen profitieren zu lassen.
- 2 Dass ich elektronisch im Tiers Payant (TP) abrechne, ist auf meiner Homepage publiziert; zusätzlich hängt in meinem Wartezimmer ein Informationsposter, und meine Patientinnen werden bei Nachfrage gerne über die Abrechnungsart aufgeklärt. Sie haben auch die Möglichkeit, die Rechnung selber zu bezahlen, wenn sie dies wünschen (was allerdings sehr selten vorkommt, da meine Patientinnen den TP bevorzugen). Gemäss dem Anschlussvertrag des Kantons Bern, wie übrigens auch dem Ihres Praxis-Kantons St. Gallen und allen anderen seit 2006 neu abgeschlossenen kantonalen Anschlussverträgen, hat jeder Arzt die freie Wahl, mit einzelnen Versicherern den TP zu vereinbaren, muss aber die Patienten in angemessener Art und Weise informieren.
- 3 Was die Einsparungen der Krankenkassen angeht, würde der Kostendruck auf uns Ärzte vielleicht etwas abnehmen, wenn die Kassen

- in der Administration Kosten sparen könnten. Sowohl meine Patientinnen als auch ich bevorzugen das elektronische TP-System und meine eigene Administration wird dadurch vereinfacht und verbilligt.
- 4 Meinen Lebensunterhalt verdiene ich nicht mit dem Verkauf von Rechnungen, sondern mit dem Ausüben meines Berufes als Arzt.
 - 5 Von den Versicherern erhalte ich so wenige Rückfragen, dass dies für mich kein Thema ist. Ich bin jedoch froh, dass ich in solchen Fällen die Fragen direkt mit der Kasse regeln kann und dies nicht meinen Patientinnen aufbürden muss.
 - 6 Kollegial verbunden fühle ich mich mit allen Ärzten, die einen korrekten Umgang pflegen. Natürlich auch mit den über 2000 Kolleg(inn)en schweizweit, die bereits Rechnungen via MediPort den Kassen zukommen lassen, und auch den etwa 45 % Ihrer St. Galler Kollegen, welche MediPort direkt oder indirekt nutzen, um Rechnungen auf Wunsch ihrer Patientinnen direkt der Krankenkasse zu schicken.

Es ist für uns Ärzte selbstverständlich wichtig, über eigene Daten zu verfügen. Daher liefere ich, wie im Interview erwähnt, alle meine anonymisierten Daten meiner kantonalen Ärztesgesellschaft. Ich habe jedoch begriffen, dass gewisse Kassen die Rechnungen nicht beim Trustcenter abholen werden, weil sie inzwischen eigene Scanningcenter aufgebaut haben.

Konstruktiv möchte ich anregen, dass wir Ärzte mit den Kassen partnerschaftlich über den Taxpunktwert verhandeln sollten, anstatt zu versuchen, von ihnen Geld für Rechnungen zu erzwingen, für welche sie nicht bezahlen wollen.

Ihre persönlichen MediPort-Erfahrungen erstauen mich. Die Datenanonymisierung erfolgt bei der Abrechnung über MediPort vollautomatisch durch die Praxis-Software im Hintergrund. Bei diesbezüglichen Problemen hätten Sie sich an Ihr Softwarehaus oder an MediData wenden sollen. Diese haben sich mir gegenüber bei Fragen immer sehr hilfsbereit gezeigt.

Dass die Kassen schlechter bezahlen sollen als die Patientinnen, kann ich weder bestätigen noch nachvollziehen. Neben dem schnelleren Zahlungseingang durch die Krankenkassen entfallen zudem hohe Postcheckgebühren, und ich habe auch keine ausgelagerten Inkassospesen für Betreibungen.

Was meinen Enthusiasmus angeht, so kann ich Ihnen sagen, dass er in den über 22 Jahren frauen-

ärztlicher Praxistätigkeit noch zugenommen hat. Ich arbeite mit voller Begeisterung zum Wohle meiner Patientinnen.

*Dr. med. Daniel Brügger, Laupen BE,
www.danielbruegger.gyndoc.ch*



Das Gesundheitspersonal krankschreiben: Eine besondere Form der Zusammen- arbeit zwischen Klinik und Praxis

In der Klinik für Neonatologie am Universitäts-Spital Zürich fielen diesen Sommer auf einmal fünf diplomierte Pflegende aus. Dies aus verschiedenen Gründen: Schwangerschaft, Freizeitunfall, redizivierende Gelenksbeschwerden. Alle wurden von ihrem Hausarzt für mehrere Wochen 100 % krankgeschrieben. Die noch arbeitsfähigen Pflegenden waren zwar bereit, Überstunden zu leisten. Wegen der langen Dauer bestand jedoch die Gefahr einer Überforderung des Personals und damit einer erhöhten Gefährdung unserer kleinen Patienten. Deshalb sahen wir uns gezwungen, die Anzahl der verfügbaren Betten reduzieren. Dies hatte zur Folge, dass vermehrt Patienten abgewiesen werden mussten.

Zwei Lehren haben wir aus dieser Erfahrung gezogen:

- 1 Unter den Kollegen in Praxis und Klinik ist noch zu wenig bekannt, dass es auch eine Teilzeit-Arbeitsunfähigkeit gibt. Nach Unfällen und in der Schwangerschaft können oft leichtere Arbeiten ausgeführt und kann damit für den Betrieb eine Entlastung und für die Betroffenen eine befriedigende Tätigkeit gefunden werden [1,2].
- 2 Arbeitsunfähigkeit ist nicht gleichbedeutend mit Erholungsunfähigkeit. Auch wenn ein Individuum nicht arbeitsfähig ist, kann es sich meist erholen und braucht also nach der Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit die verpassten Ferien nicht noch nachzuholen. Auch hier ist eine Differenzierung durchaus möglich und sinnvoll.

Wenn wir unsere Arbeitsunfähigen auf eine teilweise Wiederaufnahme der Arbeit ansprechen, war die Antwort stets dieselbe: «Der Hausarzt hat mich krankgeschrieben, also darf ich nicht arbeiten.» Hier besteht also ein Informations- und Gesprächsbedarf. Ich rufe meine Kollegen auf, vermehrt eine teilweise Arbeitsunfähigkeit in Be-

tracht zu ziehen, in Absprache mit dem Arbeitgeber und im Einvernehmen mit dem Patienten. Dazu kann das von den Ärzten und Wirtschaftsverbänden der Region Winterthur erarbeitete «erweiterte Arztzeugnis» gute Dienste leisten: www.haw.ch/arztzeugnis/index.html.

Prof. H.U. Bucher, Klinik für Neonatologie,
UniversitätsSpital Zürich

1. Zeller E. Krankheit und Arbeitsunfähigkeit – eine interdisziplinär abgestürzte Studie zu einem drängenden Thema. Mit Kommentaren von D. Kissling und Hp. Kuhn. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(43):1806-8.
2. Winizki D. Krankheit und Arbeitsunfähigkeit. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(49):2090-2.



Wirtschaftlichkeitsverfahren muss verbessert werden

Die Herren Cassis, de Haller und Kuhn haben den Sachverhalt der unkontrollierbar steigenden Gesundheitskosten erneut klar dargestellt [1]. Unklar bleibt der Begriff der Wirtschaftlichkeit einer obligatorischen Krankenversicherung schon deshalb, weil diese sich am Markt mit Gewinnmaximierung orientiert. Bis heute kann sich niemand eine Verfahrensverbesserung zur Wirtschaftlichkeitskontrolle des Gesundheitswesens vorstellen. Ausser bürokratischer Aufwandvermehrung bleiben wohl alle Probleme bestehen (vgl. Weltklimaproblem).

Vielmehr sind *Grundsatzfragen zum KVG* neu zu stellen. So müsste die Abgrenzung zwischen privatrechtlicher und öffentlicher Zuständigkeit im Gesundheitswesen neu diskutiert werden. Das *Werbeverbot der Ärzteschaft* sowie das *Arztgeheimnis* sollten vielleicht gestärkt und die multimediale Angstmacherei in Spielfilmen und Gesundheitsaufklärungen neu überdacht werden. Das Gespenst der Zwei-Klassen-Medizin und der Vetenwirtschaft der Ärzte wurde 1994 aus Marktinteresse instrumentalisiert. Falls der Markt es gestattet, müsste das individuelle Recht eines jeden Bürgers, sich mit Achtung etwa einer Hospitalisation, einer speziellen Behandlung, einer Aufforderung zur Organspende oder Teilnahme an medizinischen Studien, einer genetischen Datei oder onkologischen Therapie zu entziehen, neu geregelt werden. Die mit direkter *Patientenwerbung* geschaffenen Begehrlichkeiten verteuern das Gesundheitswesen sehr (Potenzmittel, Anti-

depressiva, Mittel gegen Migräne und andere Schmerzen, Lichttherapie gegen Winterdepression, Suchtpräventionen oder Entzugstherapien und viele mehr). Die Achtung vor dem Individuum und seinem freien Willen, etwa zu Hause den letzten Lebensabschnitt in Intimität zu erleben, müsste vielleicht geschützt werden. Auch ohne Dignitas, Exit oder Palliative Care und ohne Presse oder Internet ist dies bei vielen meiner Patienten auch heute noch möglich. Die Sensationslust, Moralisererei und divergente Vorstellungen von Ethik mancher Zeitgenossen haben jedoch für viele ein bedrohliches Mass angenommen.

Vielleicht könnte die Öffentlichkeit mit einem *Schutz von Privatsphären* leben und damit die Gesundheitskosten und viele Skandale wirksam eindämmen. Auch die Diagnose Demenz würde weniger oft gestellt, wenn Menschen mit Lebenserfahrung mehr Respekt gezollt würde. Unbezahlte Spitalrechnungen bei unbezahlten Kassenprämien wären wieder seltener.

Dr. med. Dieter Stäger, Zürich

- 1 Cassis I, de Haller J, Kuhn HP. Wirtschaftlichkeitsverfahren muss verbessert werden. Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(44):1889.



Zur Volksabstimmung vom 8. Februar 2009

Zum Leserbrief von Udo Adrian Essers: *Im Interesse der jungen Ärztinnen und Ärzte* [1]

Die Migrationspolitik hat nicht nur Konsequenzen für die Ärzteschaft, sondern das Gesundheitswesen und die Gesellschaft allgemein. Zunächst hat «Überfremdung», d.h. ethnische Entwurzelung, einen pathogenen Einfluss. Die Überbevölkerung, die Entwicklung einer zu grossen Bevölkerungsdichte durch die andauernde Masseneinwanderung ist medizinisch aber fast noch bedeutender. Nicht nur die Einwanderung von sozial Schwachen, Ungebildeten und Kriminellen ist also problematisch, auch diejenige von gewöhnlichen «Fremdarbeitern» und gut Gebildeten. Durch das Ansteigen der Bevölkerungsdichte wird die Umwelt beeinträchtigt und nicht etwa gesünder, es entstehen aber auch psychiatrische Erkrankungen. Der durchschnittliche Aggressionspegel steigt, und die Naherholungsgebiete schrumpfen, was zu einer grösseren Zahl

von Neurosen, Süchten, kriminellen Handlungen usw. führt. Zu erinnern ist auch an die wachsende Anzahl von Invalidenrenten aus psychischen oder psychosomatischen Gründen. Damit wird die hohe Bevölkerungsdichte zum Problem der Psychohygiene und Psychiatrie. Ich verweise hier u. a. auf die wissenschaftlichen Untersuchungen eines Konrad Lorenz [2] und seines Schülers Irenäus Eibl-Eibesfeldt [3]. Zum Teil werden diese Erkenntnisse wegzensuriert, weil sie politisch unbequem, sogar inkorrekt sind. Die Volksabstimmung vom kommenden 8. Februar wird für die Schweiz somit entscheidend, denn sie bildet eine der letzten Gelegenheiten, den kritiklosen Befürwortern von Einwanderung und Wachstum das Handwerk zu legen.

Der Abstimmungskampf wird mit harten Bandagen und leider auch Unwahrheiten geführt. So kolportierte das Fernsehen DRS die Legende, eingewanderte Ärzte und Pflegepersonen müssten bei Durchsetzung der Neinparole zur sogenannten Personenfreizügigkeit das Land wieder verlassen. Auch wurde im jenem Bericht so getan, als gäbe es unter den Patienten keine Eingewanderten und Ausländer. Dabei werden sogar im Ausland zusätzliche Patienten angeworben! Bewusst wurde in der Reportage mit der Angst der Stimmbürger manipuliert, plötzlich ohne genügende ärztliche und pflegerische Versorgung dazustehen. Zwar wurde der Fehler anderntags korrigiert. Aber während die Reportage breit ausgewalzt daherkam, erfolgte das Dementi in knappen Worten, so dass es leicht überhört werden konnte.

Bei Ablehnung eines freien Personenverkehrs mit der EU bleibt der Rechtszustand ja nicht einfach fixiert! Die bisherigen völkerrechtlichen Verträge könnten neu ausgehandelt werden, und sicher könnte damit auch jungen Schweizer Ärzten und Ärztinnen eine genügende Weiterbildungsmöglichkeit in der EU gesichert werden. Die Verhandlungsposition der Schweiz ist ja nicht etwa schwach, ist die EU doch dringend auf Transportmöglichkeiten quer durch das Schweizer Territorium angewiesen! Ausserdem bleibt die autonome Erteilung einer Einwanderungsbewilligung in der Hand der Schweizer Behörden.

Jean-Jacques Hegg,
Dr. med. Psychiater FMH, Dübendorf
(a. Nationalrat)

- Essers UA. Im Interesse der jungen Ärztinnen und Ärzte. Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(49):2118.
- Lorenz Konrad: Die acht Todsünden der zivilisierten Menschheit; Piper München/Zürich 1973.

- Eibl-Eibesfeldt Irenäus: Wider die Misstrauensgesellschaft. Streitschrift für eine bessere Zukunft; Piper München/Zürich 1995.
- Wilson Edward O. Die Einheit des Wissens; Siedler Berlin 1998.
- Hegg Jean-Jacques. Biopolitik. Der Mensch in der Zerreihsprobe zwischen Alt- und Neuhirn; Hans Erpf Bern/München 2001.



Suizidbeihilfe

Die Beihilfe zum Suizid durch eine Organisation wird von Dr. Jean Martin auch mit der geforderten staatlichen Überwachung nur bei Patienten als akzeptabel angesehen, wenn eine tödliche Erkrankung kurz vor dem Lebensende besteht [1]. Die übrigen Fälle werden lediglich mit dem Attribut «Lebensmüdigkeit» oder «Befindlichkeitsstörung» versehen, wie wenn all diese Personen nach langer Bedenkzeit sich ohne grösseres Leiden leichtfertig in den Tod stürzen möchten.

Bedenklich erscheint es, die Tätigkeit von Sterbehilfeorganisationen auf hoffnungslos Schwerkranken beschränken zu wollen. Sollen dann alle anderen Suizidwilligen sich irgendwo in die Tiefe stürzen oder vor einen Zug werfen?

Ist eine solche Ansicht mit der Menschenwürde und fundierten ethischen Überlegungen vereinbar? Und widerspricht dies nicht dem vom Autor bejahten «absoluten persönlichen Recht jedes Menschen, den Freitod zu wählen», wenn diesen Personen die Wahl entzogen wird, ihren Helfer selbst auszuwählen, oder überhaupt die Möglichkeit, Hilfe zu erhalten?

Erfreulich dagegen, dass die Notwendigkeit der Suizidprävention vom Autor Unterstützung erhält. Präventionsprogramme müssen allerdings unabhängig vom Problem der Suizidbeihilfe vorgebracht werden.

Dr. med. Georg Hinz, Mönchaltorf

- 1 Martin J. Suizidbeihilfe und «Lebensmüdigkeit». Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(48):2098.



Offener Brief an Herrn Bundesrat Couchepin

Sehr geehrter Herr Bundesrat Couchepin
Diese Woche bekam ich Ihre Antwort auf mein persönliches Schreiben an Sie betreffend die Labortarife. Obwohl Ihre Anrede persönlich gehalten ist, entnehme ich dem Inhalt, dass es sich um ein allgemeines Schreiben an alle «Bittsteller» handelt.

Sie schreiben, die jährlichen Gesundheitskosten seien seit Ihrer Amtsübernahme nur mehr leicht angestiegen, und Sie führen dies auf Ihre konsequente Sparpolitik zurück. Ich meine, dass Sie es primär uns Grundversorgern zu verdanken haben, dass die Kosten nicht aus dem Ruder laufen; wir suchen Tag für Tag nach der medizinisch besten, aber auch bezahlbaren Lösung. Ich hoffe, Sie werden den Tag nie erleben, an dem Sie uns definitiv wegrationalisiert haben und die Kranken nach Callcenterberatung von Spezialist zu Spezialist weitergereicht werden. Aber vermutlich sind Sie ja dann nicht mehr im Amt, Politiker kommen und gehen und tragen anschliessend nicht mehr die Verantwortung für die angerichteten Schäden.

So richtig bunt treiben Sie es dann mit unseren Einkommen: Diese seien ja wohl seit 2004 über die 200 000-Franken-Grenze geklettert, und eine gewisse Einbusse sei da absolut verkraftbar. Diese Aussage ist wirklich nicht magistral, sie ist falsch und entbehrt einer dokumentierten Begründung. Sie sind auf dem besten Wege, die Grundversorgung in der Schweiz gegen die Wand zu fahren. Sie sollten nicht nur auf die Chefetagen der Krankenkassen hören und uns mit der linken Hand abfertigen, als wären wir lästige Kläffer. Kommen Sie einmal eine Woche in meine Praxis hospitieren, ich bin sicher, Sie würden «Ihr» Gesundheitswesen anschliessend mit anderen Augen sehen. Die guten Könige der Geschichte hatten die Fähigkeit, auf ihre kleinen Untertanen zu hören. Von unseren Verbandspräsidenten erwarte ich eine klar ablehnende Haltung gegen «diesen Bundesrat Couchepin»; bliebe er strikt bei seinen Plänen müssten wir im zivilen Ungehorsam bis zum Äussersten gehen und die Tarifänderungen einfach ignorieren. Der herablassende Unterton im Schreiben unseres Magistraten verheisst nichts Gutes.

Dr. med. Christoph Willi, Illnau



Richtlinien Patientenverfügung vom 27.11.2008 [1]

Problem erkannt – vor 20 Jahren! –, als die Ärztesellschaft des Kantons St. Gallen sich damit konkret befasst und eine praktikable Patientenkarte geschaffen hat (siehe Schweizerische Ärztezeitung 1989, Band 70, Heft 16, Seite 684), die heute noch verlangt wird.

Seither interessiere ich mich für diese Problematik, habe nun mit Interesse die fünfzehn (!) Seiten dieses *Entwurfes* für Richtlinien «Erstellen von Patientenverfügungen und Umsetzung im medizinischen Alltag» im www.samw.ch gelesen. Anerkennenswert die grosse Arbeit aus theologischer, ethischer, medizinischer und – vor allem – juristischer Sicht dieses Fragenkomplexes.

Skeptisch bin ich bei der Bezeichnung «... Umsetzung im medizinischen Alltag». Wohl *kaum je ein Arzt* wird dieses umfangreiche Paper durchlesen, schon gar nicht die Patienten, lediglich «Beauftragte für Ethik» an den Spitälern – die dafür angestellt und bezahlt sind.

Wozu also die ganze Übung? Zumindest sollte für den medizinischen Alltag ein Vorschlag gemacht werden, wie *konkret* eine solche Patientenverfügung, die der Patient verstehen und unterzeichnen soll, etwa aussehen müsste.

Dr. med. Johann Jakob, Bad Ragaz

- 1 Lack P, Salathé M. Vernehmlassung zu «Patientenverfügungen». Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(50):2164-5.



Resolution Fricktaler Hausärzteverein Wirtschaftlichkeitsverfahren

Sehr geehrter Herr Präsident!

Besten Dank für Ihre freundliche Antwort [1] auf unseren Resolution-Leserbrief betreffend Wirtschaftlichkeitsverfahren [2].

Es ist sehr bedauerlich, wenn Sie argumentieren: «für weitergehende Dienstleistungen fehlen schlicht die Ressourcen». Hat denn ein einzelner betroffener Arzt mehr Ressourcen als die FMH?! In unserer Resolution haben wir ganz klar «end-

lich dezidierte Schritte wie Unterstützung von Kollegen in Musterprozessen mit Übernahme der Kostenfolgen durch die FMH» verlangt. Zu dieser Forderung stehen wir nach wie vor, wobei selbstverständlich eine Koordination/Absprache mit Trustcentern usw. erfolgen sollte. Lassen Sie bitte die betroffenen Kollegen nicht im Regen stehen, und tragen Sie dazu bei, weiterhin eine einigermassen frei ausgeübte ärztliche Praxis zu ermöglichen! Die vorderste Front ist der Kleinkrieg an der Basis beim einzelnen Arzt und nicht die selbstverständlich auch nötige politische Auseinandersetzung. Den Wirtschaftlichkeitsverfahren aufgrund von unzulänglichen, ungerechten Statistiken muss an der Basis entgegengetreten werden.

Bitte unternehmen Sie die dazu nötigen Schritte!

*Martin Rickenbacher, Rheinfelden,
Präsident Fricktaler Hausarztverein*

- 1 de Haller J. Antwort. Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(49):2116.
- 2 Rickenbacher M. Wirtschaftlichkeitsverfahren. Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(49):2116.



Mea culpa

Besten Dank an P. Stosiek [1], der ein brennendes Thema aufbringt und einen wunden Punkt in der praktizierten Medizin berührt. Es geht um das spontane Deklarieren eines Kunstfehlers. Solange ein medizinischer Eingriff einer geduldeten Körperverletzung gleichgestellt ist, besteht die Nähe zu einer kriminellen Tat. Das Schweigen des Arztes wird nachvollziehbar. Dennoch sind die Ideen des Autors vielversprechend. Eingeständnisse nach Fehlleistungen würden zu einer menschlicheren Medizin beitragen. Manche schlaflose Nacht bei Patienten wie auch bei Chirurgen und Therapeuten liesse sich so vermeiden. Es würde wohl auch eine Praxisänderung der juristischen Sanktionen in die Wege geleitet. Eine solche Offenheit würde nicht unberücksichtigt bleiben.

Dr. med. Walter Stamm, Aarau

- 1 Stosiek P. Mea culpa. Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(49):2118-9.



Ihr Schreiben vom 28.11.2008 betreffend Praxislabor

Sehr geehrter Herr Couchepin
Besten Dank für Ihren Brief [1] vom 28.11. betreffend Praxislabor bei Hausärzten. Ich erlaube mir einige ergänzende Ausführungen anzubringen. Ihr Anliegen, die Kosten des schweizerischen Gesundheitssystems unter Kontrolle zu halten, ist verständlich und begrüssenswert. Es scheint mir auch richtig, wenn Sie die Margen der Leistungserbringer regelmässig überprüfen. Sie erwähnen in Ihrem Schreiben das durchschnittliche Jahreseinkommen eines Hausarztes von ca. 200 000 Franken. Wenn ich Ihre Angaben richtig interpretiere, wollen Sie mit der Erwähnung dieses Betrages zum Ausdruck bringen, dies sei zu viel. Aus meiner Sicht als Hausarzt kann ich Ihnen versichern, dass ein solches Einkommen nicht mit einer reduzierten Tätigkeit möglich ist. Wie Sie wissen, dauert das Medizinstudium sechs Jahre, anschliessend folgt die Facharztausbildung, minimal fünf Jahre dauernd. In der Regel eröffnen Hausärzte in der Schweiz nach acht bis zehn Jahren eine eigene Praxis. Sie haben damit ein Alter von ungefähr 35 Jahren. Für eine Praxiseröffnung ist in der Regel ein Bankkredit notwendig, der zurückbezahlt werden muss. Aufgrund dieser Tatsachen, der Verantwortung, der Belastung und der langen Arbeitszeiten scheint mir ein solches Durchschnittseinkommen durchaus angemessen zu sein. Es kommt hinzu, dass man als Hausarzt die berufliche Vorsorge allein bezahlt. Auch Sie arbeiten sicher überdurchschnittlich viel, auch Sie haben mehr Verantwortung als der durchschnittliche Arbeitnehmer in der Schweiz, aber auch Sie beziehen einen überdurchschnittlichen Lohn, vermutlich mehr als 200 000 Franken. Wenn Sie nun den Hausärzten den Gewinn des Labors reduzieren, vermindern Sie auch das Einkommen – finden Sie das richtig? Finden Sie, das Einkommen des Hausärztes sollte im Durchschnitt auf 150 000 Franken fallen? Finden Sie, dass der Beruf des Hausarztes unter diesen Voraussetzungen noch erstrebenswert ist? Erstaunlich scheint mir in diesem Zusammenhang auch, dass Sie als FDP-Mitglied den freien Berufsstand des Hausarztes mit den von Ihnen geplanten Massnahmen ausrotten.

Manuel Simonett, Frick

- 1 Am 28.11.2008 liess Bundespräsident Couchepin den Hausärzten, die sich an der Briefaktion für Patienten im Zusammenhang mit dem Praxislabor beteiligt hatten, einen Antwortbrief zukommen.



Pharmavertreter unter Druck

Eine Gruppe Menschen, mit der wir oft zu tun haben, ist praktisch nie Gegenstand von Diskussionen: die Pharmavertreter/innen, die meist still und klaglos ihre Arbeit verrichten. Wegen paar Vorkommnissen in letzter Zeit versuche ich mit diesem Lesebrief in die SÄZ zu kommen. Für uns mag das Problem marginal sein, für die Betroffenen bedeutet es aber oft ihre Existenz.

Da sie praktisch nie von sich aus klagen, muss man schon ausdrücklich fragen, um Missstände zu erfahren: Vor allem sind da die zunehmenden Restriktionen bei der Terminzuteilung, so dass mir beispielsweise ein Vertreter erzählte, dass er früher im Jahr mit 20000 km alle von ihm betreuten Ärztinnen und Ärzte besuchen konnte, heute braucht er 55000 km, da es fast unmöglich sei, einige Termine zusammen in der gleichen Gegend zu vereinbaren. Eine grosszügige Terminzuteilung kann also durchaus auch ökologische Vorteile haben. Weiter sind da aber noch ganz andere Klagen: Langes Sitzenlassen in den Wartezimmern, arrogante Behandlung, Fordern von ungerechtfertigten Rabatten, Spitzeldienste für die betreffenden Pharmafirmen, kürzlich sogar sexuelle Belästigung. Ich will mit dieser Aufzählung nicht ein Nestbeschmutzer sein, insbesondere weil ich meiner eigenen Fehler durchaus bewusst bin. Aber diese glücklicherweise seltenen Missgriffe müssen auch mal erwähnt werden, meines Erachtens die beste Art, sie bewusst zu machen und sie so zu verhindern.

Liebe Kollegen und Kolleginnen, es hat mich niemand gedrängt, dies zu schreiben. Ich bitte Euch wirklich von mir aus, diese Klagen zu berücksichtigen. Wir sind in letzter Zeit so stark unter Druck von Politik, Krankenkassen, Medien, dass wir eigentlich wissen sollten, was ungerechtes Verhalten für subjektive Missempfindungen auslöst.

Renato Werndli, Eichberg



Fehldeutungen der Physik und Philosophie in der Alternativmedizin [1]

Die Zukunftsperspektiven für die kommenden Nobelpreisträger grenzen an paracelsische Visionen in diesem Artikel, der sich durch und durch

auf den Boden der materiellen Wissenschaften stellt. Es gelingt dem Autor zu zeigen, dass die Wahrheit selbst auch diesem Gebiete zuzuordnen ist.

Wäre der ganze Beitrag nicht von leichtem Sarkasmus durchsetzt, der auch eine Prise Zynismus nicht verschmäh't, so könnte der Eindruck entstehen, der Autor meine es ernst mit seinen Ausführungen!

*Björn Riggenbach,
Allgemeinmedizin FMH, Neuenburg*

- 1 Lambeck M. Fehldeutungen der Physik und Philosophie in der Alternativmedizin. Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(50):2186-9.



Bei Atomanlagen: mehr Krebserkrankungen bei Kindern

In Mühleberg, Gösgen und Beznau will man neue Kernkraftwerke bauen. Die Grosskraftwerke, gebaut von ausländischen Konzernen, werden dem schweizerischen Gewerbe und Handwerk kaum neue Aufträge bringen. Anders ist es mit Alternativenenergien, mit Solarzellen- Erdwärmeanlagen usw. Solche Investitionen würden viele neue Arbeitsplätze in unserem Land schaffen und würden die gefährliche Abhängigkeit von Uranlieferungen aus dem Ausland beseitigen.

Zu bedenken ist: In der Nähe von Atomanlagen kommt es vermehrt zu Krebserkrankungen, besonders bei kleinen Kindern und bei Ungeborenen im Mutterleib. Dies zeigten Untersuchungen bei der Wiederaufbereitungsanlage Sellafield in Grossbritannien und beim Kernkraftwerk Krümmel in Norddeutschland. Seit Frühjahr 1986 gab es in der unmittelbaren Umgebung des Kraftwerks Krümmel eine signifikante Häufung von Leukämieerkrankungen: In den Jahren 1990 bis Dezember 2005 sind 16 Leukämie-Neuerkrankungen bei Kindern aufgetreten, das Dreifache dessen, was statistisch zu erwarten gewesen wäre.

Auch die deutsche Studie des Kinderkrebsregisters vom Dezember 2007 fand in der Nähe von Atomkraftwerken in der Bundesrepublik ein erhöhtes Risiko für Krebserkrankungen bei kleinen Kindern. Falls also nun diese neuen AKWs bei uns gebaut werden sollen, müsste man daran denken, zur Verhinderung von Krebserkrankungen Familien und Schwangere im Bereich der Atomanlagen in gefahrlosere Gebiete auszusiedeln.

Heinrich Frei, Zürich