

Forum ZV



Nicht nur Fragen stellen, sondern auch Antworten wagen!

Stellungnahme zum Editorial «Ambulante Medizin – Prügelknabe des Gesundheitswesens» von Dr. E. Gähler [1]

Herr Gähler stellt im letzten Abschnitt seines Editorials die richtige Frage: «Warum zielt ein grosser Teil der Massnahmen zur Kosteneindämmung immer gegen die kostengünstige und qualitativ gute Medizin in der ambulanten Praxis und dort vorwiegend gegen die in der Grundversorgung tätigen Ärzte?» Unbestritten ist auch seine Aussage im letzten Satz «Die ambulante Medizin wird zu Unrecht zum Prügelknaben des Gesundheitswesens gemacht.»

Die Fragen sind gestellt. Um Antworten drücken Sie sich! Für einen Standespolitiker ist es meiner Meinung nach beschämend, sich um möglicherweise unbequeme Antworten zu drücken und die schwachen, aber einen guten Job verrichtenden Grundversorger in ihrem Elend schmoren zu lassen. Herr Gähler, ich fordere Sie und die FMH auf, die echten Gründe der Kostensteigerung im Gesundheitswesen zu nennen und aus Ihrer Sicht wirksame Massnahmen aufzuzeigen und zu fordern.

Dr. med. Josef Erni, Innere Medizin FMH, Sursee

1 Gähler E. Ambulante Medizin – Prügelknabe des Gesundheitswesens. Schweiz Ärztezeitung. 2009;(90)36:1365.

Antwort

Sehr geehrter Herr Kollege Erni

Vielen Dank für Ihren Leserbrief auf mein Editorial in Heft 36 der Schweizerischen Ärztezeitung, auf den ich Ihnen gerne antworte. Zuerst möchte ich Ihnen als Ausgangslage noch gerne mitteilen, dass ich seit 25 Jahren praktizierender Grundversorger bin. Das Ziel meines Editorials war darauf ausgerichtet, Kolleginnen und Kollegen und vor allem Parlamentarierinnen und Parlamentarier auf die Probleme der aktuellen Kostendämpfungsmassnahmen aufmerksam zu machen und die Folgen aufzuzeigen. Das Massnahmenpaket

lag zu diesem Zeitpunkt zur Beratung in den Gesundheitskommissionen beider Räte vor. Wir haben mit verschiedenen Massnahmen versucht, auf die anstehenden Diskussionen Einfluss zu nehmen. Es ging mir darum, die Parlamentarier und Kommissionsmitglieder im Besonderen auf die Kollateralschäden aufmerksam zu machen, die eine Umsetzung der vorliegenden Vorschläge auslösen könnten. Wo die Kostensteigerung im Gesundheitswesen aktuell stattfindet, können Sie sehr schön aus der santésuisse-Publikation von letzter Woche ersehen.

Mit Schuldzuweisungen und Schwarzpeter-spiel lösen wir weder die anstehenden Probleme bei der Kostendämpfung noch verbessern wir die Lage der Grundversorger. Zur Stärkung der Grundversorgung muss die FMH zusammen mit dem neuen Hausärzterverband Wege finden. «Mitenand gohts besser.»

Dr. med. Ernst Gähler, Vizepräsident der FMH, Verantwortlicher Ressort Tarife und Verträge



LeiKoV

Sehr geehrter Herr Präsident

Dem Protokoll der Ärztekammer vom 28. Mai 2009 entnehme ich, dass die FMH an der LeiKoV als tauglichem Instrument der Kostensteuerung festhält [1]. Diese Aussage erstaunt mich sehr. Anlässlich der Diskussion Ende 2006 über den Beitritt zur LeiKoV hatte ich an der GV unserer KAeG moniert, dass die entscheidenden Bestimmungen in der LeiKoV fehlen, nämlich:

- die definitive Aufzählung der Kriterien, die zur Berechnung des TPW herangezogen werden,
- die Art der Datenerhebung dieser Kriterien,
- der Berechnungsmodus, mit dem aus den Daten die TPW-Empfehlung für jeden Kanton berechnet wird (sog. Korrekturfaktoren X, bestehend aus Korrekturkomponenten Xi bis Xn).

Gemäss LeiKoV Ziff.6.1 ist dies Aufgabe des Lenkungsbüro, das 2006, als die KAeG zum Beitritt aufgefordert worden sind, noch gar nicht bestand, geschweige denn diese drei ent-

scheidenden Bestimmungen. Es wurde einem Vertrag zugestimmt, dessen wesentliche Bestandteile fehlten! Bis anhin sind meines Wissens diese drei entscheidenden Punkte nicht publik gemacht worden, sodass für das einfache FMH-Mitglied völlig intransparent bleibt, wie die TPW-Empfehlungen entstehen!

Wie wenig tauglich die LeiKoV tatsächlich ist, ergibt sich aus dem Umstand, dass die Arztkosten im Kanton Luzern seit eh und je deutlich unter dem schweizerischen Durchschnitt liegen; im Kanton Luzern gilt jedoch seit 1.11.2004 der tiefstmögliche TPW von Fr. 0.80 und soll gemäss LeiKoV noch abgesenkt werden [2]. Dies liegt ganz offensichtlich an der Berechnung der Soll-Kosten, die beim besten Willen nicht eingehalten werden können! Perfiderweise werden im Kanton Luzern die Leistungen für ausserkantonale Patienten hinzugerechnet (Rechnungssteller-Statistik), was die Ist-Kosten erhöht, jene der kleinen Nachbarkantone jedoch deutlich entlastet! [3]. Da die Berechnungen eben zu solchen absurden Resultaten führen können, gilt als Leitplanke ein unterster TPW von Fr. 0.80.

Warum wurde die LeiKoV vor Ende der Kostenneutralitätsphase formuliert (Endversion vom 27. 6. 2005, unterzeichnet am 25. 9. 2005), jedoch nie in der Schweizerischen Ärztezeitung publiziert, sondern erst mehr als ein Jahr später auf der homepage einsehbar gemacht? Die Soll-Kosten des folgenden Jahres werden auf Grund des Kostenvergleichs (Soll- und Ist-Kosten) der vergangenen Jahre berechnet, was die «Kostenneutralitätsphase» de facto auf unbestimmte Zeit verlängert.

Was ich von der FMH erwarte, ist ein Tarif, bei dem die gesetzlichen Vorgaben konsequent eingehalten werden, d.h. auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung geachtet wird (KVG Art. 43, Abs. 4). Auch der Preisüberwacher muss gemäss seinem eigenen Gesetz der Ärzteschaft neben den Betriebskosten einen angemessenen «Gewinn» (= Verdienst) zugestehen (PüG Art. 13, Abs.1 Bst b). Trotz Re-engineering I-III ist der TARMED weit davon entfernt. Ob das Projekt «TARMED 2010» dies erreicht, ist mehr als fraglich. Santésuisse wird mit allen Argumenten der «Kostenneutralität» (die bekanntlich keine gesetzliche Grundlage hat!) jeglichen Kostenschub und daher jede Annäherung an einen kostendeckenden Tarif zu verhindern suchen. Der Bundesrat fürchtet ebenso jeden Kostenschub und kann durch seine Kompetenz der Tarifgenehmigung die eindeutigen Vorgaben des KVG umgehen!

Wie lange noch gelten für die Ärzteschaft nur jene Gesetze, die sie belasten, und jene zu ihren Gunsten werden konsequent ignoriert?

Dr. med. Martin Schilt, Luzern

- 1 Flückiger E. Protokoll der ordentlichen Ärztekammer. Schweiz Ärztezeitung. 2009; 90(28/29):1108.
- 2 Der Luzerner Arzt. 2009;78:6.
- 3 Der Luzerner Arzt. 2007;71:14.

Antwort

Sehr geehrter Herr Kollege Schilt

Was bedeutet die Leistungs-Kosten-Vereinbarung (LeiKoV) eigentlich? Warum wurde sie überhaupt per 1. Januar 2006 als Nachfolgeregelung der Vereinbarung zur Kostenneutralität abgeschlossen? Und weshalb stehen FMH und KKA auch heute noch zur LeiKoV? Das sind alles Fragen, die Sie in Ihrem Brief implizieren.

Die LeiKoV wurde im Anschluss an die Kostenneutralitätsphase eingeführt und beinhaltet – das ist ein Meilenstein in der Geschichte der Tarifverhandlungen – die Berücksichtigung von Leistungsfaktoren. Konkret bedeutete dies eine Abkehr von reinen Kostenbetrachtungen.

Ausser der Genfer Ärztesgesellschaft sind alle kantonalen Ärztesgesellschaften der LeiKoV beigetreten. Beim Abschluss der LeiKoV wurden die von Ihnen monierten Punkte bewusst nicht schon festgelegt. Denn es sind gerade die Leistungsfaktoren, die einem stetigen Wandel unterworfen sind (zum Beispiel: FSME-Impfungen). Diese Eckpunkte müssen sich jährlich wieder in die Verhandlungen einbringen lassen.

Als Berechnungsgrundlagen für die neuen Taxpunktwerte (TPW) dienen die Sollkosten, Labor, FSME, Demographie, medizinischer Fortschritt usw. Die Datenerhebung erfolgt über den Tarif- und Datenpool von santésuisse und wird mit den ärztlichen Zahlen von NewIndex plausibilisiert. Die x-Faktoren = L-Faktoren (Leistungsfaktoren) habe ich oben schon erwähnt.

Die jährlichen Tarifverhandlungen im Lenkungsbüro zwischen KKA und santésuisse werden von der Mantelgruppe (Mitglieder der kantonalen Ärztesgesellschaften und der FMH) vorbereitet. Anschliessend werden die Resultate mit den Präsidenten der kantonalen Ärztesgesellschaften diskutiert. Doch letztlich obliegt der Entscheid, die LeiKoV zu kündigen oder weiterzuführen, jeder einzelnen Ärztesgesellschaft. Die Kantonalpräsidenten erhalten jeweils ein Factsheet zu den Berechnungsgrundlagen. Selbstverständlich wird Ihnen Ihr

Kantonalpräsident auch Einblick in die Berechnungsgrundlagen geben.

Was hat die LeiKoV der Ärzteschaft bis jetzt gebracht? Ist sie wirklich, wie Sie behaupten, eine Belastung für die Ärzteschaft? Die LeiKoV ermöglicht eine Kostenkontrolle mit einem Kostenwachstum aufgrund von Leistungsfaktoren. Eine Kostenneutralität gibt es trotz gegenteiliger Behauptungen nicht mehr. Mit der LeiKoV hat eine Konvergenz der TPW stattgefunden. Keine kantonale Ärztesgesellschaft kann mit ihrem TPW mehr unter 80 Rappen fallen, keine über 95 Rappen ansteigen.

Das Bundesverwaltungsgericht hat die Wichtigkeit der LeiKoV bei einem Entscheid zum TPW spitalambulant im Jura hervorgehoben. Nach dem Rekurs gegen das Festsetzungsverfahren des TPW hat dieses Gericht den TPW ohne Rekursmöglichkeit von 95 Rappen auf den tiefstmöglichen TPW von 82 Rappen abgesenkt. Begründet wurde der Entscheid mit fehlenden eigenen Zahlen des Spitals und dem fehlenden Beweis, dass dieser TPW nicht kostendeckend sei. Dort, wo eine gültige LeiKoV besteht, muss diese eingehalten werden. Fazit: Eigene Zahlen und eine LeiKoV geben eine gewisse Sicherheit vor der Willkür von Politik und Gerichten.

*Dr. med. Ernst Gähler, Vizepräsident FMH,
Leiter Ressort Tarife und Verträge*

Briefe an die SÄZ



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 Plausibilität 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. Beinrührigkeiten 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 Her-

leitung einer Arbeitsunfähigkeit kann damit aber keinesfalls guten Gewissens nachvollzogen werden.

Eine Arbeitsfähigkeit ergibt sich eigentlich selten aus der Diagnose. Sie sollte nach den aus 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 einträ-

lichen 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 Bahnbillet 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 neigen, 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 Exis-

tenz 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 Strebel 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. Strebel 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 Taten 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. Strebel 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 Strebel 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

Ärztbesucher 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 Arztbesuchern, 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 Litschi,
Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, Basel*

- 1 Strebel U, Michaud A. Werbung wirkt, auch bei Ärzten! Schweiz Ärztezeitung. 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 ver-

pflichtet, 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» versickt, 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 Ärztezeitung. 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 Ärztezeitung. 2009;90(39):1498.