

Briefe an die SÄZ



Zusatzversicherung gegen Managed Care gefordert

Das einfache «Hausarzt-System» ist in seiner Effizienz nachvollziehbar, belohnt eine gesunde Zurückhaltung, stellt aber ein Schlupfloch für die «Guten Risiken» dar. Die erhofften globalen Kosteneinsparungen sind entsprechend ausgeblieben.

Gesundheitspolitiker jagen nun, in der Idee, Kosten zu senken und gleichzeitig Qualität zu verbessern, fast unisono einem Phantom nach, das bis vor kurzem MC, neuerdings auch IVN (integrierte Versorgungs-Netze) genannt wird.

«Die Aufgaben, die von den Politikern und Versicherern den IVN zugeordnet sind, werden sehr komplex sein, so dass für diese Netze eine professionelle und unternehmerische Organisations- und Führungsstruktur mit einem klaren Leitbild und Unternehmungszielen erforderlich sein wird» und «IVN sollen mit Anreizen wie tieferer Kostenbeteiligung gefördert werden» schreibt Adrian Wirthner, bekannter Promotor von mediX [1]. Die Bereitschaft der Ärzte, endlich in diese Systeme einzusteigen, soll also massiv gefördert, wenn nicht faktisch erzwungen werden. Der Markt mit Patienten, die bereit sein werden, 20% statt 10% Selbstbehalt zu berappen, wird ohne zusätzliches Versicherungsangebot drastisch schmelzen.

Sonderlösungen dieser Art implizieren Zweiklassenmedizin. Die postulierte markante Qualitätsverbesserung und Kostensenkung unter MC oder IVN sind reine Behauptungen ohne jegliche Evidenz und bedeuten einen Affront gegen die etablierten, langjährig tätigen, klassischen Hausärzte.

Ich finde es sehr problematisch, dass diese neuen Trends mittels regulatorischer Massnahmen (bessere Taxpunktwerte, tiefere Franchisen) derart gefördert werden sollen. Ein Konsumentenpreis steigt dann, wenn das Produkt es rechtfertigt, die Nachfrage hoch und/oder das Angebot knapp ist.

Wenn aufgrund gesellschaftlichen Wandels immer weniger «Einzelkämpfer» bereit sein werden, konstante Präsenz und solide Grundversorgung anzubieten, werden sie zur Rarität, und ihr Preis muss entsprechend steigen können, falls ein erheblicher Anteil von Versicherern diesem Angebot den Vorzug geben sollte. Die aktuelle politische Agenda zielt in sozialis-

tischer Manier stramm in die Gegenrichtung. Der klassische Hausarzt als «Einzelkämpfer» soll zum Auslaufmodell gestempelt und wirtschaftlich auf die Hinterbank verwiesen werden.

Libérale Hausärzte mit akademischem Berufsverständnis (keine Fortbildungspunkte wie im Konfirmandenunterricht) und erhaltener Leistungsbereitschaft (kein stereotypes Alibi-Phon ab 17 Uhr) dürfen sich derartige Eingriffe ins System nicht gefallen lassen. Sie müssen sich mit Profil und Selbstbewusstsein im neu entstehenden Markt positionieren. Als EXPERT-Hausärzte werden sie gegen angemessenes Entgelt nur noch diejenigen Patientinnen und Patienten behandeln, welche mittels neu zu schaffender Zusatzversicherung entsprechend vorgesorgt haben. Das persönliche Angebot mit Kontinuitätsgarantie langjähriger Experten der hausärztlichen Grundversorgung gehört endlich befreit vom systematisch heruntergewirtschafteten Sozialtarif! Als Gegenpol zum Phantom «IVN», das jetzt als Allheilmittel gegen die Kostenexplosion erzwängt werden soll, wird die Zusatzversicherung «Expert Hausarzt ganze Schweiz» Furore machen – auch in der Versicherungsbranche, sofern sie es nicht verschläft ...!

Dr. med. Adrian Bühler, Spiez

- 1 Doc.be, Ausgabe 6/09, S. 10–11;
Link: <http://www.berner-aerzte.ch/publikationen/doc.be.php>.



Das neue Weiterbildungsprogramm für Allgemeine Innere Medizin

Ohne vorherige transparente Information der Basis hat das SIWF Ende 2009 einen Titel Allgemeine Innere Medizin «aufgegleist». Eine Stärkung der Hausarztmedizin, wie vollmundig im Titel aufgeführt, lässt sich daraus nicht herauslesen, sondern im Gegenteil eher eine empfindliche Schwächung.

Notgetan hatte sicher ein Weiterbildungsprogramm für Spitalinternisten. Eine gute Zukunftsstrategie wäre die Schaffung eines eigenständigen Facharztes Hausarztmedizin für hausärztlich tätige Allgemeinpraktiker und Internisten gewesen. Diese nun geplante Chimäre zweier internistischer Subspezialitäten birgt aber noch viele ungelöste Probleme,

die zuerst für die Basis transparent ausdiskutiert werden müssen bevor damit fortgefahren werden kann.

Auf Druck der Basis hat in der Zwischenzeit eine Aussprache stattgefunden und einige Verbesserungen sind in Aussicht gestellt worden. Die wesentlichen Kritikpunkte sind folgende:

1. Nicht im Titel und kaum im Text wird der Hausarzt erwähnt. Wie soll er da gefördert werden, wenn er gar nicht vorkommt?
2. Probleme im Austausch mit Europa (siehe auch [1] – ich empfehle Euch allen die Lektüre).

Gemäss EU-Richtlinie muss in jedem Land ein Weiterbildungsprogramm festgelegt sein für Allgemeinmedizin/Hausarztmedizin (General Practice / Family Medicine), und aus Gründen des freien Personenverkehrs müssen überall auch Ärzte mit dreijähriger Weiterbildung (Eurodoc) zur Grundversorgung zugelassen werden. Mit der Überführung unserer Allgemeinmediziner und Internisten in den Facharztstitel Allgemeininternist und der offiziellen Propagierung des med. pract. als Schweizerischer Grundversorgertitel entsteht die groteske Situation, dass nur noch med. pract. und Eurodocs offiziell Hausarztmedizin machen können und die übrigen eine internistische Subspezialität darstellen, die es sonst in Europa nicht gibt. Damit wäre für diese Titelträger auch der freie Personenverkehr in Europa nicht mehr möglich und eigentlich keine Tätigkeit in der Grundversorgung. Ob die EU den «Truc» «Fünfer und Weggli» samt Protektionismus schluckt, ist ebenfalls sehr zu bezweifeln. Den Fehler «Allgemeininternist» haben die Deutschen übrigens schon vor uns gemacht und sind nun im Chaos bei der Wiederauflösung dieses Titels.

3. Inwieweit die in den letzten Jahren gemachten Entwicklungssprünge der hausärztlichen Weiterbildung namentlich der Allgemeinmedizin mit Gründung der IHAMS (Institute für Hausarztmedizin), die Schaffung eigenständiger Forschungsstellen und die Ausbildung der Studenten in Hausarztmedizin vom neuen Titel betroffen sind, ist ebenfalls noch zu klären.

4. Die bisherigen Aussagen zu den Weiterbildungsinhalten und der Betreuung des Titels sind bis jetzt noch sehr verwaschen, lassen aber eine klare internistische Kliniklastigkeit erkennen, und hausärztliche Inhalte erscheinen höchstens als Randbemerkung und nicht, wie es sein sollte, als zentraler Punkt. Hier müssen auf jeden Fall noch Korrekturen erfolgen

5. Die oben genannten Kollateralschäden des geplanten Subspezialistentitels sind den Stu-

dierenden und den Jungen Hausärzten der Schweiz (JHaS) nicht entgangen. Auch sie fürchten dass die *Attraktivität für unseren Nachwuchs, Hausarzt zu werden gegen Null tendieren wird.*

Die Initiative «Ja zur Hausarztmedizin» droht, falls keine wesentlichen Korrekturen erfolgen, zur Makulatur zu werden. Wie sollen wir Bevölkerung und Politiker überzeugen, sich für die Hausarztmedizin einzusetzen, wenn wir dies nicht einmal selbst tun?

Meines Erachtens sind vor allem die SGAM, die IHAMS und die kantonalen Hausarztverbände in der Pflicht, für die Zukunft der Hausarztmedizin Stellung zu beziehen und auf die oben erwähnten Probleme einzugehen. Ein fatalistisches Kopf-in-den-Sand-Stecken und Nachbeten genügt nicht mehr.

*Dr. med. F.G. Fark, Aegerten,
Noch-Hausarzt und UEMO-Delegierter
(Union Européenne des Médecins
Omnipraticiens)*

- 1 Marty F, Meyer RL. Hallo Hausarztmedizin. Schweiz Ärztezeitung. 2009; 90 (28/29):1129–37.



Fragwürdiges Vorbild von Zürcher Medizinprofessoren

Der Artikel «Kommerzialisierung und Effekthascherei in der Medizin» von Max Geiser [1] hätte niemals publiziert werden dürfen, wenn es nach dem Willen der Professoren Lüscher und Fried, zwei prominenten Vertretern und Verwaltungsräten* der Firma Double Check, gegangen wäre. Obwohl in der Laienpresse [2] und in der Ärztezeitung bereits mehrere kritische Artikel [3,4] zum Angebot von Double Check und deren wenig transparente Verbindung mit dem UniversitätsSpital Zürich erschienen sind, ersuchte die Firma Double Check das Bezirksgericht Zürich darum, der Ärztezeitung die Publikation des Artikels oder zumindest die Nennung von Double Check wegen unlauteren Wettbewerbes zu verbieten – jedoch ohne Erfolg.

Von diesem Vorgehen der Firma Double Check haben wir erfahren, weil die Ärztezeitung uns zur Unterstützung ihrer Verteidigung um Zustimmung jenes Protestschreibens gebeten hat, mit dem die Präsidenten von zehn Ärztenetzen die Vorbildfunktion der Zürcher Double Check-Professoren in Frage gestellt hatten [5]. Den Versuch, der Ärztezeitung die Publikation des kritischen Geiser-Artikels auf gerichtlichem Weg zu verbieten, verstehen wir als unverblühten Zensur-Versuch, womit gewisse

Professoren ihre Definitionsmacht verteidigen (*Was sind Checkup-Untersuchungen von erwiesenen Nutzen?*) und private geschäftliche Interessen schützen wollen.

Besonders pikant scheint uns, dass hinter diesem Zensur-Versuch gegenüber der Ärztezeitung mit Thomas Lüscher auch ein Medizinprofessor steht, der selber Chefredaktor des international bisher angesehenen European Journal of Cardiology ist. Gleichzeitig gilt er als einer der einflussreichsten Klinikchefs am UniversitätsSpital Zürich. Der Neuen Zürcher Zeitung gegenüber versicherte Thomas Lüscher sogar, das Projekt Double Check sei vorgängig mit verschiedenen medizinischen Fachgesellschaften besprochen worden [6]. Die Frage, welche Fachgesellschaften damit gemeint seien, wurde nie beantwortet. Folgende, nach unserer Meinung für dieses Thema massgebenden Fachgesellschaften, welche wir direkt angefragt haben, haben eine solche Vorinformation dementiert: Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin, Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin, Zürcher Gesellschaft für Kardiologie, Vereinigung Zürcher Internisten, Gesellschaft für Allgemeinmedizin Zürich. (Die Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie hat beschlossen, nicht auf unsere Anfrage einzutreten).

Werden in der Medizin die kritische Wissenschaft und die Meinungsfreiheit einer Zensur aus ökonomischen Gründen weichen? Steht Double Check für einen Paradigmawechsel, der in vollem Gang ist, den wir aber nicht wahrhaben wollen? Was bedeutet dieser Paradigmenwechsel? Welche Medizin bringt er hervor? Welche Ärzte? Wird ihr Erfolg an der Fähigkeit gemessen, zahlungskräftige Kundenschaft anzuziehen, welche die Kassen klingeln lassen? Wird sie kritische Wissenschaft bleiben können oder wird sie durch Profitgier korruptiert? Wird sie gar ihre Humanität dem ökonomischen Erfolg opfern und die weniger Bemittelten fallen lassen?

Professoren, wie andere Lehrer auch, sind Vorbilder. Ihre Beispiele machen Schule. Daran ändert kein Paradigmenwechsel etwas. Trotz oder gerade wegen der zunehmender Ökonomisierung der Medizin erwarten wir von unseren Medizinprofessoren, dass sie junge Ärztinnen und Ärzte auf den Grundlagen gesicherter wissenschaftlicher Kenntnisse ausbilden. Wir und die Gesellschaft erwarten von ihnen, dass sie eine Medizin lehren, die sich klar am Patientennutzen orientiert, und kritische Fragen mit überzeugenden Argumenten beantworten, nicht mit gerichtlichen Suppressivversuchen.

Dieser Brief ist unterzeichnet von den Präsidenten folgender Ärztenetze im Einzugsgebiet der Universität Zürich:

*Dr. med. Philippe Luchsinger, Ärztenetz Säuliamt
Dr. med. Thomas Ammann,
Hausarztverein Gossau/Flawil*

*Dr. med. Christian Studer LuMed /
Agglomeration Luzern
Dr. med. Felix Huber, mediX zürich
Dr. med. Urs Keller, PizolCare
Dr. med. Hansueli Schläpfer, Säntimed /
Agglomeration AR, St.Gallen und Wil
Dr. med. Roman Buff, Verband Managed Care
Ostschweiz vmco mit
– Grisomed
– Allen Thurgauer Ärztenetzen
– Rhymed
– Hausarztverein St.Gallen
– Xundart, Wil und Toggenburg
– Hausarztverein Appenzellerland
– Hausarztverein Schaffhausen
Dr. med. Marcella Siegrist,
Verein Hausärzte Stadt Zürich VHZ
Dr. med. Felix Bleisch, VR WintiMed*

- 1 Geiser M. Kommerzialisierung und Effekthascherei in der Medizin. Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(44):1711–3.
- 2 Neue Zürcher Zeitung vom 19. 1. und 24. 1. 2009.
- 3 Gurtner B. Check Upper Class. Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(7):247.
- 4 Stalder H. Gesundheitschecks: EBM oder BBM? Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(7):278.
- 5 Offener Brief an die Professorenschaft der medizinischen Fakultät Zürich, Januar 2009.
- 6 NZZ 19. 1. 2009.

* (Anmerkung der Redaktion: Gemäss einer nach Eingang dieses Leserbriefs publizierten Meldung der Neuen Zürcher Zeitung sind die genannten Professoren im Zuge einer vertraglichen Regelung der Zusammenarbeit zwischen dem UniversitätsSpital Zürich [USZ] und der Firma Double Check mittlerweile aus dem Verwaltungsrat der Double Check AG zurückgetreten [NZZ vom 23.12.2009, S. 17]. Die entsprechende Medienmitteilung ist auf der Homepage des USZ unter http://www.usz.ch/UeberUns/Medien/Medienmitteilungen/Seiten/091222_Doublecheck.aspx einsehbar.)



Avez-vous vacciné contre le H1N1?

Prise de position du Dr Grillet [1]

«On peut pisser dans le violon», mais ... il ne jouera pas mieux après. Cette campagne a été effectivement difficile, mais l'exemple (mauvais) de la France voisine et amie doit nous faire réfléchir. En santé publique, il convient d'avoir une formation suffisante (c'est un requis), mais encore une analyse correcte de la situation, et du flair. Se montrer pragmatique n'est pas interdit, ni de faire des révisions en cours d'action. Tout ne pouvait être taillé dans le marbre, parce qu'une épidémie du type

H5N1 (1 mort tous les 2 malades), n'a rien à voir avec cette «petite» épidémie, pas très mortelle, même moins que la grippe saisonnière, mais qui avait la caractéristique d'augmenter les risques des personnes chroniquement malades, des femmes enceintes, et des personnes que l'on ne pouvait vacciner faute de preuves scientifiques de l'efficacité. On a donc raisonné à l'OFSP sur la base d'un modèle H5N1. Ce qui a gêné est effectivement le retard de 3–4 semaines de l'homologation des vaccins, et surtout leur mise très progressive sur le marché, contrairement aux assurances données (toute la dernière semaine d'octobre). Mais chaque système cantonal mérite d'être analysé de manière comparative. Dans le canton de Vaud, en appliquant les directives européennes concernant les priorités, on a fermé samedi 12 décembre les points de vaccinations des hôpitaux régionaux vaudois, ouverts le 26 novembre en appoint de la vaccination chez les médecins, qui se disaient trop chargés et chez qui on avait dirigé les personnes à risque. Les médecins de premier recours ont été la clé de voûte du système (1127 dans le pays de Vaud) (contre l'avis de l'OFSP d'ouvrir en première instance des centres de vaccination, très coûteux en personnel et en organisation/gestion), ils représentent un potentiel d'intervention considérable, et sont les seuls à connaître les personnes à risque et à pouvoir les solliciter efficacement (voir la gabegie française des «bons» de vaccination). Et on a déjà vacciné plus de 200000 personnes, dont certainement les personnes à risque, en tout le tiers du canton ! Comment dire que cela n'a pas fonctionné, pour une maladie encore peu connue, contre laquelle on se vaccinait encore l'an passé à la petite semaine. Comme toujours en situation d'urgence, il convient d'abord de bien réfléchir ... et ensuite de bosser dur à la réalisation. M. Grillet, avez-vous vacciné contre le H1N1?

Dr méd Virgile Woringe, Lausanne

- 1 Grillet J-P. Gestion de la grippe A H1N1. Bull Méd Suisses. 2009;90(50):1961.



Die OECD-Zahlen, Denkanstoss für eine mögliche Gesundheitspolitik

Zugegeben, die Daten sind wohl wenig konsistent, aber mit dem Hinweis auf methodische Mängel schubladisieren wir eine übersichtliche Auslegeordnung gesundheitspolitischer Fakten (SÄZ Heft 46) [1]. In einem föderalistischen System könnten wir ja unter den gleichen Gesichtspunkten unsere eige-

nen kantonalen Daten vergleichen. Werden doch mit den OECD-Zahlen Behauptungen in ein anderes Licht gerückt, die wir über Jahre als Tatsachen hingenommen haben. Es beginnt mit den Gesamtkosten. Gemessen am BIP, liegt die Schweiz mit 10,8% auf dem dritten Platz, aber dieses Rating ist ein blosser Kampf um Kommastellen.

Sechs OECD-Länder bewegen sich in der Bandbreite 10–11%, sieben weitere liegen ein Prozent darunter, diese zeichnen sich dafür mit einer Ausnahme (Island) durch exorbitante Steigerungsraten von teilweise fast 20% während der letzten sieben Jahre aus. Allein diese Steigerungsraten weisen darauf hin, dass sich die Gesundheitskosten in vergleichbaren Staaten leider im Bereich von gut 10% des BIP bewegen. Berücksichtigt man die Ausgaben pro Kopf, steht die Schweiz mit ihrer Zunahme in den letzten sieben Jahren sogar recht gut da. Zielsetzung kann daher nicht der Kampf um ein paar Kommastellen sein, sondern das Kosten-Nutzen-Verhältnis in Teilbereichen. Dies wäre auch politisch eher realisierbar als grosse Systemveränderungen wie Abschaffung der obligatorischen Grundversicherung, Kürzen des Basisleistungskataloges oder Einheitskrankenkasse. Vorerst müsste man einmal überprüfen, was jüngste Veränderungen gespart/gekostet haben (Beispiele: zunehmende Verlagerung der ambulanten Dienstleistungen inklusive Notfalldienst in den Spitalbereich, Korrektur der Laborwerte). Der ständige Blick aufs Ausland ist wirklich sekundär, dort läuft's nämlich auch schief. (Wenn schon Blick ins Ausland, so müsste man sich beispielsweise fragen, ob es zutrifft, und wenn ja, weshalb immer mehr männliche deutsche Studienabgänger den Arztberuf gar nicht erst ausüben ...) Auch die ständige Spitalbettendiskussion wirkt etwas realitätsfremd. Mit 3,5 Betten pro tausend Einwohner steht die Schweiz gegenüber dem OECD-Durchschnitt von 5,5 Betten sehr gut da, dies mit einer sehr guten Bettenbelegung und einer immer noch guten Aufenthaltsdauer. Eine wesentliche Kostenersparnis lässt sich da wohl nicht primär über eine Bettenreduktion und noch bessere Auslastung erreichen. Die Frage ist eher, ob sich via Verlagerung in Zentrums spitäler die Effizienz steigern lässt, oder ob einfach der Verwaltungsapparat vergrössert wird.

Auch das jüngste und liebste Kind der Gesundheitspolitiker, die Managed-Care-Modelle, dürften zumindest in finanzieller Hinsicht einen Dämpfer erfahren. Soll doch dadurch der primäre Arztbesuch beim Spezialisten eingeschränkt werden. Sicher ist die Zahl der Arztbesuche für die Schweizer Bevölkerung mit vier Arztbesuchen pro Kopf und Jahr gegenüber dem OECD-Durchschnitt von 6,8 Arztbesuchen zu tief (s. Leserbrief Prof. Max Baumann [2]). Man könnte nun natürlich darüber philosophieren, wie häufig der

primäre Gang zum Spezialisten von Kindern und Heimbewohnern ist.

Vielleicht geht aber der Durchschnittsschweizer doch nicht so häufig zum Arzt und vielleicht nicht in allen Kantonen gleich häufig. Diese Zahlen sind sicher vorhanden und sie könnten den Unterschied zwischen umfassender Patientenbetreuung und umfassender Kostenkontrolle hinterfragen. Zumindest dürfte das Sparpotential mit der Transformation vom Grundversorger zum Portier (Gatekeeper) eher limitiert sein.

Vielleicht wäre es sinnvoller, den Grundversorger wieder etwas wörtlicher wahrzunehmen, hätte er doch die Möglichkeit, wieder vermehrt zu versorgen und weniger Leistungen auszulagern. Die Frage lautet leider nicht mehr: Wie teuer kommt uns eine zusätzliche Arztpraxis zu stehen?, sondern: Wie viel kostet uns eine Grundversorgerpraxis weniger? Damit wären wir beim Begriff Wertschätzung, die Umsetzung könnte uns beim BIP-Rating einige Jahre ein paar Kommastellen höher bringen, wäre aber eine nachhaltige Investition. Auch Wertschätzung ist als Begriff wörtlich zu nehmen, sie beginnt nicht bei markigen Sprüchen an gesundheitspolitischen Podiumsdiskussionen, sondern beim Taxpunkt!

Dr. med. E. Binkert, Bremgarten, (Rheumatologe, aber zunehmend Grundversorger)

- 1 Kocher G. Schweiz: dritthöchste Gesundheitsausgaben im neuesten OECD-Vergleich. Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(46):1806–11.
- 2 Baumann M. Zum Artikel «Schweiz: dritthöchste Gesundheitsausgaben im neuesten OECD-Vergleich». Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(51/52):2004.



Richtig und falsch!!!

Zum Leserbrief von J. Jeker zur Medikamentenabgabe [1]

Lieber Herr Kollege Jeker
Richtig finde ich die Idee, wie man die ärztliche Medikamentenabgabe in der eigenen Praxis durch Outsourcing für den Patienten erhalten und für den Arzt tragbar halten kann. Das Konzept kann wirklich weiterentwickelt werden (Wie steht's mit der Anwesenheitspflicht eines Apothekers?). Denkbar ist auch eine Handling-Marge für die fixen Kosten. Beides natürlich *nur*, wenn gleichzeitig der lokale Taxpunktwert angehoben wird.
Falsch finde ich – immer noch – die jahrhundertertealte (und deshalb keineswegs richtige) Aussage, wonach der Verschreibende nicht ver-

kaufen und der Verkaufende nicht verschreiben soll. Wir Ärzte mit der direkten Medi-Abgabe würden ja nicht seit langem billiger wirtschaften als die Kantone mit Rezeptierung, wenn wir uns von der ständig herbeigeschimpften Gier leiten liessen: irgendwo scheint doch noch so etwas wie Moral in uns zu stecken! Wenn Bundesräte und deren Beamte diese Zusammenhänge nicht sehen (können/wollen), ist das wegen der Komplexität des Gedankens verständlich, wir Ärzte sollten aber schon den Durchblick haben und an unsere Integrität glauben. Kommt dazu, dass man nicht gleichzeitig den Apothekern das rezeptfreie Verschreiben (das heisst dann wohl «Empfehlen») zumuten kann, wenn sie dann auch kassieren!

Dr. med. Hans-Robert Naef, Luzern

- 1 Jeker J. Medikamentenabgabe. Meinung der Patienten: Wo bleibt die Meinung der Ärzte? Schweiz. Ärztezeitung. 2009;90(51/52):2006.



Medikamentenkosten bei Selbstdispensation und bei Rezeptierung

Die Gründe für den Unterschied sind mir in manch eigenen Erlebnissen klar geworden:

- Bei der Selbstdispensation ist die Abgabe in der Krankenakte automatisch exakt belegt, wodurch bei der nächsten Begegnung die Notwendigkeit einer neuen Abgabe sofort ersichtlich ist – oder eben zuerst sondiert wird, ob und warum die 100er-Packung in diesem Zeitraum bereits aufgebraucht ist.
In einer ausschliesslichen Rezeptierpraxis heisst es – wie ich es auch bei unerfahrenen eigenen Praxisvertretern beanstanden musste – unter dem Eintrag «Therapie:» oft lediglich kurz «Antibiose», oder «NSAR+ Physio», oder «Start Bisoprolol» usw., und eine Kopie des ausgestellten Rezepts liegt nicht bei. Dadurch verunmöglicht sich fast ganz eine Einnahme-, Verbrauchs- und Kostenkontrolle.
- Und bei Hausbesuchen entdeckt man leicht auf Nachttischchen oder beim Händewaschen in Küche und Badezimmer den Vorrat der selber abgegebenen Medikamente – man kennt ja das Aussehen der Verpackung bestens –, doch nicht selten auch ein Sammelsurium anderer Arzneien, ganze und angebrochene und auch verfallene Packungen, alles rezeptiert von andern Ärzten, Spezialisten und Grundversorger-Kollegen, von deren Interventionen der Patient nie etwas verlauten liess ... (dann heisst es: Problem ansprechen, noch

an andern Orten nachsehen und aufräumen – zum Wohl des Patienten).

Solcherart mag ein mehr oder weniger haushalterisches Vorgehen beim Medikamenteneinsatz die regionalen Unterschiede im Gesamtumsatz, (nicht im effektiven Konsum!) und in den durchschnittlichen Medikamentenkosten erklären helfen.

Dr. med. H. R. Schwarz, Porto Ronco



Offener Brief an Herrn Bundesrat Didier Burkhalter

Neuregelung TARMED, Vorgaben santésuisse, Revision Gesundheitswesen

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Die Entwicklung im Gesundheitswesen lässt mich erneut zur Feder bzw. zu den Tasten greifen.

Die Ankündigung, dass mit der erneuten Anpassung des TARMED auf 1.4.2010 die Honorierung der Hausbesuche wegfällt, wirft kein gutes Licht auf Politik und santésuisse. Die Behauptung vieler Politiker aller Couleur, man wolle unbedingt die kostengünstige Hausarztmedizin behalten, wird so zum Lippenbekenntnis.

Auch wenn seit Jahren besonders von politischer Seite immer wieder behauptet wird, das KVG habe sich bewährt, so muss man doch bei genauerem Hinsehen feststellen, dass das einfach nicht stimmt.

Das Überlassen aller notwendigen Sparübungen und Verhandlungen an Krankenkassen und santésuisse-Delegierte führt regelmässig zu einem Desaster. Die santésuisse wird ihrer Aufgabe in keiner Weise gerecht. Warum muss man denn schon wieder bei den Hausärzten sparen (Argument Felix Schneuwly: Wenn kein Geld mehr da ist, dann müssen halt provisorisch eingeführte Tarife wieder gestrichen werden), wenn doch schon länger bekannt ist, dass die Kostensteigerungen gar nicht in diesen Sektor stattfinden?

Das ist etwa so, wie wenn die Feuerwehr der Gemeinde zwar ein neues Tanklöschfahrzeug erhält, das Hydrantennetz aber schon länger nicht mehr richtig funktioniert.

Ich weiss, dass es schwierig ist für Sie: Alle Hoffnung ruht auf Ihnen, und Sie sollen nun den schon länger im Dreck steckenden Karren herausziehen.

Sehr geehrter Herr Bundesrat, bitte denken Sie darüber nach, das KVG nicht nur einfach ständig zu revidieren, sondern auszuhebeln und

durch ein eidgenössisches Gesundheitsgesetz zu ersetzen, das die Kompetenzen, Aufgaben und Pflichten der Kantone und Versicherungen genau regelt und das den politischen Organen wieder mehr Macht verleiht [1], damit diese unsägliche Hin- und Herschieberei von Schwarzen Peter aufhört.

Und reduzieren Sie die Macht der Krankenkassen. Diese haben, man kann es bei ehrlicher Bilanzziehung der letzten zehn Jahre nicht anders formulieren, versagt!!

Sie werden ohnehin reagieren müssen: Wenn die Initiative der Hausärzte durchkommt, und es spricht einiges dafür, dann kann es ohnehin nicht gleich weitergehen.

Trotz meiner erneuten Verärgerung wünsche ich Ihnen von Herzen alles Gute in Ihrem Amt und verbinde dies mit nachträglichen Wünschen für gesegnete Weihnachtstage und alles Gute für 2010.

Dr. med. D. Thumm, Luzern

- 1 Es sei denn, Sie wollen alles – wie den Strommarkt – vollständig privatisieren. Dafür wird sich aber wohl keine Mehrheit finden lassen ...



E Löl, e blöde Siech, e Glünggi un e Sürmel [1]

Begegnung am Stefanstag auf dem Burghorn [2]

Oben auf dem Burghorn angekommen, hörte ich drei gestandene Männer zwischen 58 und 98 Kilogramm über Alkohol und Cholesterin schwatzen. Ein Thema von aktueller Brisanz in diesen Festtagen, dachte ich so vor mich hin. Der Schwerste von ihnen stellte gerade fest: «Früher hatte ich lange Zeit nur 85 Kilos. Doch jetzt, da ist sicher auch diese Pille schuld ... ich habe immer Hunger. Als ich meinem Hausarzt sagte, dass ich seit Jahren problemlos vor dem Zubettgehen drei Flaschen Bier trinke und zwei Würste esse, meinte dieser: «Das ist ja nicht normal!»»

Einhellig ungläubiges Kopfschütteln bei den dreien über das Unverständnis des Arztes. «Kürzlich sagte mir der Doktor: «Wir müssen unbedingt etwas gegen das Cholesterin unternehmen!» Da antwortete ich ihm: «Aber jetzt habe ich doch in der letzten Zeit speziell darauf geachtet, was ich esse!» Worauf der Doktor mir nach kurzem Zögern entgegnet: «Oh, Entschuldigung, das ist ja nicht der aktuelle Cholesterinwert.»»

Wiederum Einigkeit unter den dreien: eine Unverschämtheit, geradezu eine Frechheit, diese Verwechslung des Cholesterinwertes. Und so hört man den Mittelschweren und den Leicht-

ten im Chor voller Entrüstung: «So ein Arschloch, so ein dummer Siech!» Und nach kurzer Gesprächspause folgte dann das Nachbeben: «Sind doch alles blöde Siechen, diese Ärzte!» Dies war dann der Moment, wo mich das mitgerittene Stefanstag-Teufelchen ins Ohr zwickte, und ich hörte mich sagen: «Danke fürs Kompliment!» Mit tiefer Genugtuung nahm ich die Konsternation bei den Maulhelden wahr: Sie gingen alle drei ruckartig in die Knie, so hatte sie mein Outing wohl wie ein elektrischer Schlag an ihrer vermeintlich männlichen Stelle getroffen. Ich benutzte die Schockwirkung und doppelte noch nach: «Ist übrigens ein sehr guter Arzt, euer Hausarzt, kenne ihn gut.»

Die drei fortgeschrittenen Erwachsenen (?) suchten krampfhaft ein anderes Gesprächsthema, und ich hantierte noch ein paar Minuten mit dem Feldstecher herum, suchte den Randen, das Vrenelsgärtli, Schneisingen ... Die gegenseitigen guten Wünsche zum neuen Jahr bei der Trennung kamen eher gekünstelt daher. Beim Abstieg vom Burghorn beschäftigte mich das Mitgehörte, besonders lang aber das Wort «dumm». Und nachdenklich stellte ich fest, dass der Abstieg vom Burghorn, wenn auch aus anderen Gründen als sonst, einmal mehr weniger hoffnungsvoll war als der Aufstieg.

Dr. med. Thomas Hofer, Wettingen

- 1 Lied von Mani Matter, 1972 getextet und komponiert.
- 2 Aussichtspunkt auf der Lägern zwischen Baden und Dielsdorf.



Welche Zukunft hat die spinale (Neuro)chirurgie in der Schweiz?

Zum Beitrag von Dr. Raoul Heilbronner [1]

«Jeder Neurochirurg FMH ist somit primär ein spinaler Chirurg» – und die Kinder bringt der Weichnachtsmann, würde man da passend zur Saison anfügen.

Die Frage, die sich aufdrängt: Wer/was ist ein Wirbelsäulenchirurg? – Jeder, der seine Facharztprüfung für Orthopädie oder Neurochirurgie erfolgreich absolviert hat? Wohl kaum. Den Wirbelsäulenchirurgen gibt es nicht. Dr. Heilbronner bringt es auf den Punkt: Der Neurochirurg muss in seinem Katalog 135 Wirbelsäuleneingriffe erfüllen (davon 15 Stabilisationen), der Orthopäde muss 10 Stabilisierungseingriffe als Operateur ausweisen. Damit ist aber kein Wirbelsäulenchirurg ausgebildet.

Die Ansprüche sind gestiegen! Ein Wirbelsäulenchirurg sollte heute in der Lage sein, die Wirbelsäulenpathologie in ihrer ganzen Breite und Tiefe zu kennen. Es ist der Chirurg, der die Synthese von Klinik und Bildgebung macht und daraus die für den individuellen Patienten beste Behandlungsoption wählt (chirurgisch und konservativ). Wirbelsäulenchirurgie ist mehr als chirurgische Technik, mehr als der chirurgische Akt.

Die Ausbildung des Wirbelsäulenchirurgen bleibt ein ungelöstes Problem. Es gibt bis heute kein verbindliches Kurrikulum zur Ausbildung und keine entsprechende Qualifizierung. Es fehlen Kriterien, die gewährleisten, dass wir künftig für diese gestiegenen Ansprüche fachlich hochqualifizierte Kollegen haben, deren Horizont über das Gesichtsfeld des Mikroskops hinausgeht bzw. welche die Wirbelsäule nicht nur als simplen «Back bone» vor den Augen haben. Dies ist erstaunlich, wenn man sich die Konsequenzen von falscher Indikationsstellung und Fehlbehandlungen vor Augen hält, umso mehr, wenn man bedenkt, dass andere Subspezialitäten wie die Handchirurgie mittlerweile ein verbindliches Ausbildungskonzept mit entsprechender Qualifikation etabliert haben.

Es braucht autonomere Wirbelsäulenabteilungen in den Zentrumsspitalern, mit eigenen Rapporten, einem fixen «Staff» von Wirbelsäulenchirurgen beider Provenienz wie auch assoziierter Disziplinen (Rheumatologie, Schmerztherapie) und rotierenden Assistenten und Oberärzten. Es gibt keine neurochirurgische oder orthopädische Wirbelsäule. In anderen Disziplinen wird dies schon längst vorgelebt. Die innere Medizin hat ihre Subspezialisierung etabliert, und die Ausbildung kann trotzdem gewährleistet werden.

Dr. Heilbronners Vorschläge sind richtig und kurzfristig der einzig gangbare Weg – aber es braucht weitere Schritte mit dem Ziel, der Wirbelsäulenchirurgie jenen Stellenwert zukommen zu lassen, der ihr gebührt, und es muss für jeden zur Verpflichtung werden, der Wirbelsäulenprobleme behandelt, dass er über den Status des Facharztes hinaus qualifiziert ist. Die Ära der Selfmade-Chirurgen sollte langsam zu Ende gehen! Es darf nicht sein, dass der Industrievertreter im Operationsaal über mehr Fachwissen verfügt als der Operateur!

Wir sollten heute unsere jungen Kollegen für die kommenden Herausforderungen vorbereiten. Die jüngsten Entwicklungen geben aber eher Anlass zur Sorge – die Partikularinteressen der einzelnen Disziplinen scheinen wieder aufzukeimen –, es ist kein Zufall, dass zwei Exponenten der Wirbelsäulenchirurgie an den Orthopädischen Universitätskliniken in Bern und Zürich ihren Job quittiert haben. Es ist zu hoffen, dass die privaten Institutionen diese Barrieren überwinden können und in der

Weiterbildung eine aktivere Rolle übernehmen (vgl. zur dargestellten Thematik auch: Heini PF. Wirbelsäulenchirurgie gestern – heute – morgen. *Leading Opinions Orthopädie*. Nr. 2/2008).

*Prof. Dr. med. Paul F. Heini,
Wirbelsäulenchirurgie, Bern*

- 1 Heilbronner R. Welche Zukunft hat die spinale (Neuro)chirurgie in der Schweiz? *Schweizerische Ärztezeitung*. 2009;90(50):1955–6.



Das EKG

Im EKG da hat es kunterbunt
Mal steile Zacken, sanfte Wellen
Sie sind mal eckig und mal rund –
Wie soll man da ein Urteil fällen?
Nicht alle Zacken sind gesund.

Ein Meer von kleinen Zacken rau
Oftmals in V eins gelegen
Dem Patienten wird es flau
Denn sie hüpfen recht verwegen
Ein Vorhofflimmern ist's – genau!

Auch trödeln manchmal sehr apart
Die Ps ganz faul und langsam rum
Dort scheint die Welle eingespart
Und der Patient fällt fast schon um
Man ruft AV-Block-bradrykard!

Da wandern Zacken dick und breit
Bequem im Sinustakte mit
Sie wirken mächtig gross und weit
Und sind Patienten dann nicht fit
Macht ein Bigeminus noch gerne Leid.

Schlimmer wird es mit den Bergen
Wenn sie auf und nieder steigen
Oh teuflisch tanzen diese Schergen
Verrückt in ihrem wilden Reigen
Torsade de Points kann dieses zeigen.

Ein stolzer Dom prunkt unverhohlen
Hoch geschwungen läuft sein Bogen
Der Patient sitzt wie auf Kohlen
die Krawatt' schnell abgezogen
vom Infarkte ist's befohlen.

Am Ende bleibt ein langer Strich
So schmal und still auf geraden Bahnen
Ganz ohne Eile zieht er sich
Und die Erkenntnis ist zu ahnen:
Asystol das Leben wich.

Dr. med. Carolin Rogge