Briefe an die SÄZ

Das Demokratieverständnis von Zentralvorstand und Ärztezeitung

Die FMH ist bekanntlich, zusammen mit santésuisse, GDK und H+ eine der vier Aktionärinnen der SwissDRG AG und damit massgeblich mitverantwortlich für die operative Planung der Fallkostenpauschalen ab 1.1.2012. Mit grossem personellen und finanziellen Aufwand glauben die FMH-Gremien, dabei die Meinung der Mehrheit ihrer Basis zu vertreten.

In Sachen demokratischer Legitimation befinden sie sich allerdings auf sehr dünnem Eis: Irgendein Ärztekammerentscheid aus dem Paläozoikum der DRG-Debatte vor etwa vier Jahren dient als Rechtfertigung. Zu jener Zeit wurde aber noch allen Ernstes versprochen, mit den Fallkostenpauschalen liessen sich Kosten im Gesundheitswesen sparen, eine Begleitforschung werde den Prozess evaluieren usw.

Heute ist klar, dass nicht nur das System insgesamt teurer, sondern mit mindestens fünf Prämienprozenten auch noch unsozialer finanziert wird. Auch alle Befürchtungen der Nationalen Ethikkommission [1] vom August 2008 sind eingetroffen. Die versprochene Begleitforschung verkümmerte zum Feigenblatt einer Bestandesaufnahme des Status quo ante von ganzen 6 (sechs!) Monaten ab 1.7.2011. Unbeirrt davon beharren alle Gremien der FMH hartnäckig auf ihrem seiltänzerischen Balanceakt in den gesundheitsökonomischen Wolken. Vor zwei Jahren verlangten sie noch, die DRG-Übung abzubrechen ohne Begleitforschung [3]. Unterdessen behaupten sie, ohne Begleitforschung mit fast schon arroganter Ignoranz, etwas beitragen zu können, dass das schweizerische DRG-Experiment besser rauskomme als das deutsche. Wer's glaubt zahlt einen Taler! In dieser Situation greift eine Gruppe besorgter Kolleginnen und Kollegen zum verzweifelten Mittel einer aufwendigen Petition [2], um die Meinung der FMH-Basis zu den Fallkostenpauschalen zu erfahren.

Als ich die Doppelseite [4, 5] in der Ärztezeitung vom 16. März vor mir hatte, glaubte ich meinen Augen nicht zu trauen: Da erlaubte sich doch der Zentralvorstand – im Einverständnis mit der Redaktion! – dem Tribünenartikel der DRG-Gegner einen Text des ZV-Mitgliedes und unbeirrbaren DRG-Befürworters Cuénoud vorauszuschicken, der nicht nur die üblichen zehn Zeilen Vorspann für umstrittene Tribünenartikel umfasste, sondern buchstäblich länger war als der Artikel, auf den er sich bezog [3].

Wenn das dem Verständnis des Zentralvorstandes von öffentlicher Debatte und Demokratie entspricht, besteht meines Erachtens dringend ein grosser Erklärungsbedarf. Hält der ZV die SÄZ-Leserschaft eigentlich für so dumm, dass er ihr nicht zutraut, sich ohne Cuénouds Hilfe eine Meinung zu bilden? Fürchtet er die Basisbefragung? Warum setzt er sich nicht endlich vehement dafür ein, dass dieser DRG-Geisterzug abgebremst wird?

Dr. med. David Winizki, Zürich

1 NEK-CNE. Zur Einführung von diagnosebezogenen Fallpauschalen in Schweizer Spitälern. Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(36):1533–6.

2 www.drg-petition-aerzteschaft.ch/de

3 Meyer B, Locher H, Paccaud F. SwissDRG: Monitoring für eine nachhaltige Gesundheitspolitik erforderlich. Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(40):1533–4.

4 Cuénoud P-F. Die Einführung der leistungsbezogenen Fallpauschalen zu verschieben, ist nicht nur gesetzeswidrig, sondern auch überflüssig. Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(11):422.

5 Hess C, Strebel U, Krapf R. Für die Einführung der Fallpauschalen (DRG) am 1. Januar 2012 ist es zu früh! – Petition an den Zentralvorstand der FMH. Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(11):423.

Kontraproduktiver Aufruf

Zum Artikel «Falls er gewählt wird, müssen wir uns einen neuen Präsidenten suchen» in der Medical Tribune vom 25.3.2011

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen der fmCh

Gemäss der Aussage Ihres Präsidenten Prof. Urban Laffer finden Sie, dass Parlamentsmandat und FMH-Präsidentschaft unvereinbar sind, da Aktivitäten der Partei und jene der FMH schwer zu trennen seien. Um Interessenkonflikte zu vermeiden, sollen unsere Vertreter das Gesetzemachen denen überlassen, welche in diesem Bereich weniger Skrupel haben als Doktoren. Dass viele Parlamentarier in Bern handfest die Partikularinteressen von Gewerkschaften, Wirtschaftsverbänden, Versicherungen usw. vor jenen ihrer Wähler verfolgen, ist Ihnen bewusst, aber Doktoren sollten ihre sauberen Hände vom Spiele lassen. Ihre Haltung ist lobenswert und entspricht der integren Persönlichkeit Ihres Präsidenten.

Diese Haltung ist naiv; sie ist untauglich, heutzutage die Interessen unseres Berufsstandes (und des öffentlichen Gesundheitswesens) zu fördern. Denn der Lobbyfilz jener, welche im immer komplexeren Gesundheitswesen ihren eigenen Vorteil suchen, ist sehr unübersichtlich und deswegen so effizient. Die mangelnde Transparenz der Parteifinanzierung und die Krise der Medien, welche aus Rücksicht auf ihre Geldgeber weder kritisch noch neugierig sein dürfen, tragen auch dazu bei, dass Stimmbürger/Wähler nicht verstehen, was im politischen Seilziehen gespielt wird [1,2,3].

Nein: Wenn wir Ärzte unsere Interessen (einschliesslich der Gesundheitsinteressen der Bevölkerung) wahrnehmen wollen, müssen wir überall anpacken; sonst überlassen wir das Feld denen, die weniger transparente Hebel als die unsrigen zu bewegen gewillt sind. Deswegen sind Präsident und Vizepräsident der FMH (sind diese Situationen verschieden?) und alle Kollegen in Parlamenten von Bund und Kantonen zu beglückwünschen, die Ärzteschaft in verschiedenen Parteien zu vertreten. Die Haltung der Kollegen de Haller und Cassis ist Ärzten und Wählern gegenüber glasklar; sie haben keine heimlichen Verwaltungsratsmandate; ihre Stimmabgaben im Nationalrat kann jeder von uns verfolgen (www.adm.ch/parlamente); wir können sie via SÄZ jederzeit öffentlich kritisieren. Und unsere in demokratische Strukturen der Korporation gewählten Vertreter erarbeiten offizielle Positionierungen der FMH (wie dies mit der Waffenschutzinitiative der Fall war).

Dass die fmCh kritische Fragen stellt, ist gut. – Ihr Aufruf, einen Nachfolger zu suchen, falls unser Präsident Jacques de Haller in den Nationalrat gewählt wird, ist kontraproduktiv.

Dr. med. Rainer M. Kaelin, Morges

Referenzen

1 Christoffel Brändli setzte 2007 als Ständeratspräsident mit Stichentscheid einen Verfassungsartikel zum Vorteil der Versicherer in Kraft, was vom Präsidenten von santésuisse nicht erstaunte. Derselbe Gesundheitspolitiker verhalf 2008 ebenso präsidial dem durch Ausnahmen zahnlos gewordenen Bundesgesetz zum Passivrauchschutz (dem «Gastroborotext») zur Annahme. Diente dies seinen Wählern, santéssuisse, seiner Partei oder deren Geldgebern?

2 Der Schweizerische Gewerbeverband gründete 2008 die Allianz für eine mässige Präventionspolitik (www.awmp.ch), welcher Verbände der Zigarettenbranche und des Gastgewerbes angehören und welche (neben Philip Morris, Japan Tobacco und British-American Tobacco) von CVP und der SVP unterstützt wird. Wie viele Wähler dieser Parteien wissen um diese Einfluss- und Finanzierungsmontagen?

3 Die Schweizerische Gewerbezeitung nannte im April 2008 den BAG-Direkor Prof. Zeltner «Gesundheitstaliban», was dann prompt lautstark vom *Blick* und von der Sendung *zehn vor zehn* aufgenommen wurde. Diese Verunglimpfung erschwerte die Arbeit aller (einschliesslich der FMH), welche sich in Öffentlichkeit und Parlament für ein modernes Präventionsgesetz einsetzten.

Offener Brief

Sehr geehrter Herr Kollege de Haller

Mit Interesse habe ich die Diskussionen und die Rücktrittsforderungen von Ihrem Amt als FMH-Präsident verfolgt.

Im Interesse der Ärzteschaft sollte es sein, dass wir diese Kollegen/-innen in wichtigen politischen Gremien unterstützen und sie auch in diese Gremien wählen. Daraus ergibt sich aber noch nicht automatisch ein Freibrief dafür, dass diejenigen glauben, Sprachrohr der FMH zu sein. Wie Sie an den vielen Reaktionen spüren dürften, ist das wirklich ein sehr sensibles Thema.

Selbstverständlich sollte auch der Präsident der FMH, wie auch jedes andere FMH-Mitglied, einer Partei angehören und seine politische Meinung äussern dürfen.

In Ihrem Fall sehe ich diese Entwicklung jedoch sehr differenziert. Sie wurden zum Präsidenten der FMH gewählt ohne Kenntnis der Mitglieder, welcher Partei Sie nahestehen. Dass Sie jetzt der SP beigetreten sind und für diese Partei für den Nationalrat kandidieren wollen, ist nicht von vornherein verwerflich. Es ändert aber für viele Mitglieder die Einstellung zu Ihnen und zur Glaubwürdigkeit in Ihrem Amt als Präsident der FMH. Sie hätten auch einer anderen Partei beitreten können, dann hätten sich Kollegen der anderen Parteien negativ dazu geäussert. Natürlich haben Sie mit der Aussage recht, dass man es nicht allen über 30 000 Mitgliedern der FMH recht machen kann und es immer wieder Kollegen/-innen mit einer anderen Meinung geben wird. Das ist ja auch richtig so – man nennt das Demokratie. Dazu gehört aber auch, dass man sich der Mehrheit stellt und nicht, wie Sie es tun, einfach davon ausgeht, dass man die Mehrheit der FMH-Mitglieder hinter sich hat. Auf die alleinige Unterstützung durch den Zentralvorstand zu setzen und daraus zu schliessen, man hätte die Mehrheit der Mitglieder hinter sich, ist doch sehr vermessen. Sollte Ihr Vorgehen durch die Satzung der FMH gedeckt sein, so bin ich der Meinung, dass diese umgehend im Sinne einer Demokratisierung angepasst werden muss.

Vielleicht war es ja nur ein Zufall, dass es sich bei der Unterstützung der Waffeninitiative um eine SP-Initiative gehandelt hat. Auch wenn die Satzung der FMH es deckt, dass die DV einen Beitritt zu Initiativen zulässt [1], so zeigen doch die heftigen Diskussionen der letzten Wochen, dass es in der Mitgliederbasis brodelt. Offensichtlich haben die DV und Sie als Präsident die Tragweite dieser Entscheidung unterschätzt. Um künftig Schaden von der FMH und deren Mitgliedern abzuwenden, empfehle ich, die Beschlüsse der DV noch vor einer Veröffentlichung den Mitgliedern informativ vorzulegen. Im Zweifelsfall könnte dann, gemäss den Statuten, ein Referendum gegen den Beschluss ergriffen werden.

Dr. med. Gottfried Kirchgessner, Luzern

1 Kuhn H. Anmerkung. Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(12):449.

Offener Brief an die FMH-Leitung

Sehr geehrter Herr Kollege de Haller

Offenbar gibt es auch in der FMH-Leitung Leute, die daran denken, über eine margenunabhängige Medikamentenabgabe zu verhandeln. Persönlich finde ich das eine sehr unglückliche Idee und ich glaube nicht, dass diese Idee unter den selbstdispensierenden Grundversorgern eine grosse Anhängerschaft findet.

Meine Hauptfrage ist folgende: Wieso sollte der Gewinn aus der Medikamentenabgabe margenunabhängig sein, während der Verlust dies nicht ist? Der Verlust aus nicht bezahlten Rechnungen und abgelaufenen Medikamenten (was es auch in der bestgeführten Praxisapotheke gibt) schlägt voll zu Buche! Das Risiko in der SD bleibt margenabhängig, auch teure Medikamente verfallen oder werden nicht bezahlt!

Welches Sportgeschäft könnte überleben, wenn es 10 Franken pro verkauften Artikel verdient, unabhängig davon, ob es sich um 30-fränkige Sportsocken oder 1000-fränkige Skier handelt? Nur kann das Sportgeschäft die letzt- und vorletztjährigen Modelle immer noch verkaufen, zu reduzierten Preisen, aber immer noch kostendeckend! Dürfen wir bei Einführung einer margenunabhängigen Medikamentenabgabe dafür unsere abgelaufenen Medikamente noch zum Einkaufspreis verkaufen, und die Verluste aus nicht bezahlten Rechnungen werden von den Krankenkassen gedeckt?

Einmal mehr hat irgendein Gesundheitspolitiker (gibt es für diesen Titel eigentlich eine kostenpflichtige Qualitätskontrolle und Zertifizierung oder reicht dazu ein VR-Mandat bei einer Krankenkasse?) einen Misthaufen in die Welt gesetzt, nun springen alle auf diesen Mistwagen auf und wenn man lange genug auf dem Wagen mitfährt merkt man nicht mehr, wie sehr der Mist stinkt!

Dr. med. Dominik Nauer, Bülach

Anmerkung der Redaktion

Zu den im Leserbrief von Dr. Nauer angesprochenen Fragen haben Dr. med. Ernst Gähler, Vizepräsident der FMH und Verantwortlicher Ressort Tarife und Verträge, und Co-Autoren mehrfach Stellung bezogen:

- Gähler E. Antwort auf Guidon L. «Nicht ohne meine Marge!». Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(5):159.
- de Haller J, Gähler E. Antwort auf Baumann H. «Die FMH steht nicht hinter der Selbstdispensation». Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(47):1862.
- Gähler E. Tages-Anzeiger vom 9.10.2010.
- Gähler E, Marty I. Aktuelles aus dem Ressort Tarife und Verträge. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(44)1719–20.
- Küttel J, Gähler E. TARMED-Revision. Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(7):236.

Ärzte in die Politik! Egal wer? Sicher nicht!

Der FMH-Präsident Jacques de Haller als Nationalrat?

Die KMUler sind bestürzt, die Sozis oder die, die von ihnen profitieren (zum Beispiel Angehörige mit tieferen Einkommen oder Teilzeitangestellte in grösseren Managed Care-Betrieben mit kleineren Löhnen), sind begeistert. Emeritierte Professoren erinnern an andere Interessenverbände, die auch ihre Nationalräte haben. Aber: Schicken die Wirtschaftsverbände denn einen Sozi, der ihre Interessen vertreten soll? Oder die Gewerkschaften einen SVP-Mann?

Da zur Zeit wohl keine verlässlichen Daten über die Zusammensetzung der Ärzteschaft in der FMH vorhanden sind, und die Sozis vermutlich eher nicht die überwiegende Mehrheit stellen, geht es schlicht und einfach nicht, dass ein Antikapitalist (JdH) die FMH im NR vertritt! Insbesondere, da seine schon vor-elektoralen Ideen umstritten sind.
Also, Herr Präsident: Wenn Sie die Demokratie Ihrer Mitglieder nicht aushebeln wollen, veranstalten Sie eine Urabstimmung, um herauszufinden, wer von uns Mitgliedern Sie wirklich noch will, mit oder ohne NR-Gelüste. Und bezahlen Sie die Abstimmung bitte aus dem eigenen Sack. Andernfalls verzichten Sie auf das Amt!
Eines ist sicher: Noch lange nicht jeder Arzt wird von allen in der Politik gewünscht!

Dr. med. Hans-Robert Naef, Luzern

Artikel Präventionsgesetz: modern times in der SÄZ [1]

Sehr geehrte Frau Dr. Romann
Sehr geehrte Frau Weil
Offensichtlich ist es modern, für einen unnötigen Zentralismus einzustehen und dabei schweizerische Werte wie Föderalismus zu vergessen. Sie dürfen sicher Ihre persönliche Meinung äussern, allerdings hätte ich von einem Artikel in der SÄZ doch mehr Substanz erwartet.
Sie schreiben:
«Gruppen mit niedrigem sozio-ökonomischem Status …» Wie belegen Sie das? «Nach Einschätzung vieler Experten», eine weitere unbewiesene Behauptung.
«So ist es erwiesen, dass Massnahmen …», noch ein leeres Statement.
Und Ihre Schlagwörter wie «zeitgemässe nationale Gesundheitsziele», «kantonsübergreifende Strategie», «Strukturen vereinfacht», «Aktivitäten besser koordiniert» sind hohle Phrasen.
Sie zitieren also namenlose Experten und werfen mit Schlagwörtern um sich, dies ist keine fundierte FMH-Position. Allerorten lese ich, dass sich Ärzte wissenschaftlich orientieren sollen, also halten Sie sich als Mitglied des Zentralvorstandes und Abteilungsleiterin doch auch daran (oder treten Sie ganz einfach zurück).

Dr. med. Silvio Marugg, Luzern

1 Romann C, Weil B. Präventionsgesetz: modern times. Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(9):303.

Replik

Lieber Herr Marugg
Der Zusammenhang zwischen sozio-ökonomischem Status und Gesundheitszustand ist empirisch gut belegt und lässt sich in etwa so zusammenfassen: lieber reich und gesund als arm und krank. Es gibt unzählige Studien, die diese These stützen, wir können Ihnen ohne weiteres eine entsprechende Liste zukommen lassen, wenn Sie dies wünschen. Gerne verweisen wir auch auf den 4. Gesundheitsbericht des Kantons Bern, der sich unter dem Titel «Die Gesundheitschancen sind ungleich verteilt» ebenfalls diesem Thema widmet, auch dort finden Sie zahllose Fakten, die diesen Zusammenhang belegen. In einem Interview im Dezember 2008 ortet Sir Michael Marmot, Professor für Epidemiology und Public Health und damaliger Vorsitzender der *«Kommission über die sozialen Gesundheitsdeterminanten»* der WHO, den Grund für den ebenso deutlichen wie stossenden Zusammenhang in ebendiesen sozialen Determinanten der Gesundheit, nämlich Bildung, Beruf und Einkommen, aber auch Geschlecht und ethnische Herkunft und geht der Frage nach, was weltweit und in einzelnen Ländern dagegen getan werden kann.
Es geht uns weder um «Schlagwörter» noch um «hohle Phrasen», sondern ganz einfach darum, dass das Präventionsgesetz als Rahmengesetz Möglichkeiten schafft, Prävention gezielter und effizienter zu gestalten – Möglichkeiten, die es dann allerdings auch zu nutzen gilt.

Dr. med. Christine Romann, Mitglied des Zentralvorstands der FMH, Verantwortliche Ressort Gesundheitsförderung und Prävention

Managed Care, das Killerkriterium der Sozialversicherung

Gemäss den Managed-Care-Ärztenetzwerken besteht der wichtigste Kernpunkt in der Forderung eines differenzierten Selbstbehaltes. Andere Parameter sind nicht wichtig bzw. könnten als Killerkriterien für dieses Hauptanliegen angesehen werden [1].
Diese Ansicht deckt sich mit den Konzepten der PizolCare-AG. Nach Aktienrecht legt sie fest, was sie akzeptiert. Damit stellt sie sich ethisch auf das Niveau der Marktwirtschaft. Über die regionale Monopolstellung bestimmt diese AG, wer unter welchen Bedingungen Hausarzt sein darf [2]. Für die Qualität eines Arztes sei das Wichtigste die Patientenzufriedenheit.
Standespolitisch setzen sich Ärzte für soziale Belange ein, nicht nur um das eigene Einkommen und um das individuelle Wohl der Patienten bzw. die Befriedigung derer Bedürfnisse. Sie waren deshalb geachtet. Vor 100 Jahren kämpften die Ärzte mitunter ohne Erfolg gegen Scharlatanerien: – So beschlossen die Männer Graubündens am 30. April 1922: Für die Ambulanz genüge das Pferd, ein Auto ist nicht notwendig, dafür die Medizin von Pfarrer Künzle [3]. – Das Schweizer Volk will auch heute Kräutermedizin und hat immer recht. Wenigstens dürfen heute sogar im Kanton Graubünden Patienten in einem Auto transportiert werden.
Hausärzte sind sehr wichtig. Heute schafft Managed Care neue Machtstrukturen, welche alte Hausarztmodelle behindern statt fördern. Hausärzte, die eine Budgetverantwortung, eine Wellness-Medizin oder Comparis als Qualitätskriterium ablehnen, werden als Hausarzt über Managed Care «gekillt»! Sozialversicherungen kündigen fristlos individuelle Verträge und nötigen langjährige Patienten, einen anderen, offiziell «gemanagten» Hausarzt zu suchen [4]. Das Bundesamt für Sozialversicherung hatte bisher nicht die Güte, dies zu beurteilen. Die Grenze zum Fürstentum Liechtenstein zeigt hier, zu was dies führt. Hausarztbeziehungen über die Grenze wurden kassenpolitisch massiv erschwert, de facto wirksam gekillt.
In dieser Situation stellt sich die Gegenfrage: Sind nicht gerade die Forderungen von Managed Care das Killerkriterium für die Zukunft der Sozialversicherungen?
Jede Franchise oder jeder Selbstbehalt widerspricht naturgemäss dem Solidaritätskonzept. Sie benachteiligen die kranken und begünstigen die gesunden Versicherten. Die Solidarität der Gesunden mit den benachteiligten Kranken ist jedoch der wesentliche Grundgedanke jeder Sozialversicherung. Jede Entsolidarisierungsregelung ritzt den Sinn aller Sozialversicherungen.
Heute besteht in der Schweiz der einzige Konsens, dass man genau dies tun soll. – Aber der Zweck eines jeden Staates (und von Staatengemeinschaften) ist doch gerade die Solidarität. Nur sie gewährt langfristig eine innere und äussere Sicherheit.

Dr. med. Markus Gassner, Grabs

1 Keller U. Managed-Care-Ärztenetze: Rückblick auf das Jahr 2010 und Ausblick. Schweiz Ärztezeitung. 2011; 92(8): 290–1.
2 Gassner M. Managed Care – Kontrahierungszwang. Wer darf Hausarzt sein? Schweiz Ärztezeitung. 2006; 87(8/9):2127–8.
3 Äsculap in Graubünden. Beiträge zur Geschichte der Medizin und des Ärztestandes. Zum Anlass seines 150-jährigen Bestehens vom Bündnerischen Ärzteverein. Calven Verlag Chur 1970: zit. aus: Keel Hans Jörg: Kräuterpfarrer Johann Künzle und die Ärzteschaft. In: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften: Erinnern wir uns …

Die Entwicklung der Lage der in isolierten Regionen tätigen Ärzte im Laufe der letzten hundert Jahre. Hallwag; 1990.

4 Gassner M. Managed Care. Schweiz Ärztezeitung. 2010; 91(21):799–80.

Bürokratie stopp!

Offener Brief an die FDP Schweiz

Sehr geehrte Damen und Herren

Die FDP-Initiative gegen Bürokratie ist sehr unterstützungswürdig! – Aber: Weshalb unterstützt ausgerechnet der FDP-Bundesrat D. Burkhalter die bürokratische «Managed Care»-Vorlage zur Krankenversicherung derart eifrig?

Als Arzt mit Praxis seit 1984 habe ich das Gesundheitswesen in den letzten 30 Jahren hautnah miterlebt. Die Fehlentwicklung begann mit dem KVG/TARMED in den 1990er Jahren, als die Ärzte/-innen mit falschen Versprechungen geködert wurden. Es folgte Sozialismus pur (Dreifuss/Piller), und nun Bürokratie pur mit MC und DRGs! Ein seriöser und gutwilliger, aber gesundheitspolitisch unerfahrener neuer FDP-Bundesrat wurde von Kassen, «Gesundheitsfachleuten» sowie sozialistischen (de Haller) und praxisfernen (Gutzwiller) Ärzten intensiv lobbyiert bzw. wohl eher «brain washed».

Es ist kein Ruhmesblatt für die Ärzteschaft, sich so problematische FMH-Präsidenten wie Brunner und de Haller gegeben zu haben. Es gibt aber unter den Ärzten/-innen eine grosse Zahl von liberalen, verantwortungsvollen Kollegen/-innen, welche weder bürokratische Korsetts noch entwürdigende Gängelungen benötigen. Die aktuellen FMH-Apparatschiks repräsentieren längst nicht alle Schweizer Ärzte/-innen (vgl. die jüngsten Abstimmungsempfehlungen).

Es müsste doch das ureigenste Anliegen der FDP sein, ein freiheitliches Gesundheitswesen zu fördern und nicht an dessen Zerstörung mitzuwirken! – Von wem lässt sich die Partei eigentlich fachlich beraten?

Neue Wege versucht z.B. die FMGS zu gehen (www.freiberufliche-medizinische-grundversorger.ch).

Das Gesundheitswesen nützt den Kranken und Helfenden und es kostet etwas. Kann eine FDP wirklich glauben, dass ein gesellschaftliches Zukunftsproblem mit so grossen ethischen und ökonomischen Implikationen nur mittels totalitärer bürokratischer Methoden gelöst werden kann? Müssten nicht liberale Kräfte gerade hier liberale Lösungen erarbeiten? – Wo ständen wir wohl heute, wenn unsere weitsichtigen Vorfahren die grossen Probleme ihrer Zeit derart hilflos und fragwürdig angepackt hätten (z.B. Verkehrsinfrastruktur, Industrialisierung), wie man es heute versucht?

Warum stellt sich die FDP gleichzeitig in die Reihe der Rechten, welche vorwiegend kurzsichtige kassenökonomische Interessen vertritt und gleichzeitig auch in die Reihe der Linken, welcher die Eigenverantwortung traditionell ein Gräuel ist? Wer könnte denn ökonomisch sinnvolle und gleichzeitig freiheitliche und bürgerfreundliche Lösungen eher vertreten als die FDP? Soll das Gesundheitswesen wirklich entweder zur seelenlosen Reparaturwerkstätte oder zum bevormundenden Versorgungsapparat – oder zu beidem gleichzeitig – mutieren? Die FDP sollte sich z.B. doch einmal den bereits beschlossenen Unsinn überlegen, wonach heute voll ausgebildete Ärzte in Spitälern eigens für die DRGs angestellt werden, einzig um möglichst rentable Rechnungen zu erstellen. Und gleichzeitig muss diese Abrechnungsweise (nicht die Krankheit der Patienten!) begleitend wissenschaftlich beforscht werden, um sie umfassend zu «optimieren»? Und die Kassen müssen selbstredend entblössende Patientendaten haben, um die professionell «hochcodierten» Rechnungen beim bereits erwarteten «Bschiss» wieder hinunterschrauben zu können.

In Sorge um unser einst bewährtes Gesundheitswesen und mit freundlichen Grüssen

Dr. med. Matthias Neuenschwander, Bern

Alte und neue Tricks zur Vortäuschung von Wirksamkeit

Im Beitrag «Komplementärmedizin nach 20 Jahren Erfahrung» [1] finden sich bekannte, den Gesundheitsmarkt belebende Schlagworte und umstrittene Begriffe wie Ganzheitsmedizin, ganzheitliche Zahnmedizin, Salutogenese, integrierte Onkologie und probiotische Therapie. Auf die naturwissenschaftlich fundierte, die Wirksamkeit überprüfende Medizin wird mit der Bezeichnung «Schulmedizin» die von den Komplementärmedizinern betriebene Dogmatik auf die moderne Medizin projiziert und den vernünftig, wirksam und mitmenschlich praktizierenden Ärzten werden Defizite unterstellt. Die auch für komplementärmedizinische Praktiken geforderten Wirksamkeitsprüfungen werden umgangen, wenn diese Praktiken mit der wirksamen, erfolgreichen modernen Medizin kombiniert werden.

Komplementärmedizinisch tätige Therapeuten behaupten wunschdenkerisch ohne Nachweis, dass ihre Praktiken das Selbstheilungs-, Regenerations- und Abwehrpotential des menschlichen Organismus unterstützen und verbessern können. Gleichzeitig bekämpfen sie häufig Impfungen, die als einzige medizinische Massnahmen das Immunsystem nachweisbar stärken und damit die Gesundheit schützen.

Die als komplementär bezeichnete Praktiken betreibenden Heilkundigen müssen zwar eingestehen, dass die wissenschaftlich fundierte Medizin mit dem gesetzlich geschützten (Art. 28 ZGB und Art. 127 SBG) Interesse des Patienten an oberster Stelle [2] dank ihrer Wirksamkeit zahlreiche Heilerfolge für die ganze Bevölkerung brachte und weitere Durchbrüche zu erwarten sind. Aber sie wollen nicht zur Kenntnis nehmen, dass die sogenannt ergänzenden Praktiken bis heute keinen einzigen medizinischen Durchbruch vorweisen können.

Der neueste Trick zur Täuschung des Lesers besteht darin, dass der komplementärmedizinische Praktiken seit 20 Jahren mit der modernen Medizin kombinierende Dr. med. C. Winnicki Bundesrichtern in einem die Militärversicherung betreffenden BGE Aussagen unterstellt, die sich im Text des BGE 123 V 53 nirgends zu finden sind. Aus dem vom Bundesgericht publizierten, 6 Druckseiten umfassenden Entscheid vom 20.2.1997 geht nicht hervor, dass die Wirksamkeit von komplementären Methoden nicht durch Doppelblindstudien nachgewiesen werden könnte und dürfte, dass die Wirkung, nicht aber der Wirkmechanismus darzulegen sei und dass der Nachweis der Wirksamkeit vorrangig unter Alltagsbedingungen dargelegt werden müsse, wie in der 2. Kolonne der Seite 341 des Beitrags von Dr. med. C. Winnicki behauptet wird.

Im Text des BGE 123 V 53 werden Doppelblindstudien, die von Sir A.B. Hill 1952 in Grossbritannien eingeführt wurden [3,4], weder erwähnt noch ausgeschlossen. Von Alltagsbedingungen und Wirkmechanismen findet sich nichts im Text des BGE 123 V 53. Dagegen wird im Text auf die Unterschiede zwischen den Sozialversicherungsgesetzen KVG, MV, UVG und IV hingewiesen und dass gemäss Art. 32 Abs. 1 des KVG vom 18.3.1994 für die Übernahme der obligatorischen Leistungen (Art. 25–31 KVG) vorausgesetzt wird, dass diese Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen (Satz 1). Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen werden (Satz 2).

Unabhängig davon, wie der Gerichtsentscheid BGE 123 V 53, der einen die Militärversicherung betreffenden Streitfall behandelt, beurteilt wird, muss festgehalten werden, dass die von Dr. med. C. Winnicki in den BGE hineingeschummelten Aussagen einem tendenziösen Irreführungsversuch des Lesers seines Beitrags entsprechen.

Prof. Dr. med. Max Geiser, Wabern

1 Winnicki C. Komplementärmedizin nach 20 Jahren Erfahrung. Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(9):341–4.

2 Geiser M. Die ärztliche Hilfepflicht. Schweiz Ärztezeitung. 2005;86(50):2740–1.
3 Hill AB, Daniels M. Chemotherapy of pulmonary tuberculosis in young adults. Analysis of the combined results of three Medical Research Council Trials. Br Med J. 1952:1162.
4 Cochrane AL. Effectiveness and Efficiency, Random reflexions on health services. The Nuffield Provincial Hospital Trust; 1972.

Replik

Sucht nicht nach der Wahrheit,
sondern verzichtet lediglich auf Vorurteile.
Meister Taisen Deshimaru

In der Tat ist die Interpretation der Bundesgerichtsentscheide nicht jedermanns Sache. Selten gelingt dies isoliert, sondern muss vor dem Hintergrund der historischen, über hundertjährigen Entwicklung der Sozialversicherung in der Schweiz sowie der umfangreichen Rechtsprechung erfolgen. In meinem Text stützte ich mich zum einem auf das Standardwerk über die Rechtsprechung in Zusammenhang mit dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) von Gebhard Eugster [1], zum zweiten auf den Bericht der Parlamentarischen Verwaltungskontrolle (PVK) vom 21.8.2008. In diesem Bericht wurden ärztliche Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung kritisch beleuchtet, der Komplementärmedizin wurde explizit Kapitel 3.10 gewidmet [2].
Die ausführliche Analyse der vorhandenen Gesetze sowie der Bundesgerichtsentscheide führt zum Schluss, dass «die Prüfung der Wirksamkeit komplementärmedizinischer Methoden primär nach eigenen, diesen angepassten Kriterien zu erfolgen habe. Für die Komplementärmedizin reicht der Nachweis der Wirksamkeit im Sinne der effectiveness aus [3].» Noch eindeutiger und klarer äussert sich zum Thema Wirksamkeitsnachweis der Komplementärmedizin die Parlamentarische Verwaltungskontrolle in ihrem Gutachten zuhanden des Nationalrates. «Die Wirksamkeit komplementärmedizinischer Methoden kann in der Regel nicht mit RCTs, dem ‹Goldstandard› der evidenzbasierten Medizin, nachgewiesen werden. Einschlägigen KVG-Kommentaren und der Rechtsprechung zufolge wird dieser Standard bei schwieriger Datenlage vom KVG aber auch nicht zwingend verlangt. Auch die Zulassungsbehörden räumen explizit ein, dass die Wirksamkeit gewisser unter Umständen durchaus sinnvoller medizinischer Interventionen nicht mit RCT-Studien nachweisbar ist und andere Formen des wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweises in solchen Fällen grundsätzlich anerkannt sind. Zudem betonen sie, dass neben der Wirksamkeit unter Studienbedingungen (‹efficacy›) die Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen (‹effectiveness›) bei der Beurteilung eine wichtige Rolle spielt [4].»
Ich hoffe nun, dass die von mir vermeintlich «hineingeschummelten Aussagen» durch die offiziellen Expertenmeinungen auch für die Skeptiker genügend bestätigt und untermauert sind.
Weil die restlichen Elaborationen von Prof. Geiser keinerlei sachlichen Aspekte aufweisen, werde ich auf deren Kommentierung verzichten.

Dr. med. Cesar Winnicki, Brunnen

1 Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG. Herausgegeben von Erwin Murer und Hans-Ulrich Stauffer, bearbeitet von Gebhard Eugster, Schulthess, 2010.
2 Bestimmung und Überprüfung ärztlicher Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, Bericht der Parlamentarischen Verwaltungskontrolle zuhanden der Geschäftsprüfungskommission des Nationalrates vom 21. August 2008.
3 Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG. Herausgegeben von Erwin Murer und Hans-Ulrich Stauffer, bearbeitet von Gebhard Eugster, Schulthess, 2010, S. 200, Kapitel 6.
4 Bestimmung und Überprüfung ärztlicher Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Bericht der Parlamentarischen Verwaltungskontrolle zuhanden der Geschäftsprüfungskommission des Nationalrates vom 21. August 2008, Exkurs zur Komplementärmedizin, S. 44-6.

Hungerstreik und Zwangsernährung: Instrumentalisierung der Medizin! [1]

Nicht erstaunt, sondern mit Beklemmung stelle ich fest, dass mit Ausnahme des juristischen Sachverständigen des ZV (Fürsprecher Hanspeter Kuhn) [2] und von Kollegen Josef Bättig (Muttenz) [3] innert eines Monates nicht eine einzige Stellungnahme zu diesem Artikel erschienen ist. Es geht dabei um viel mehr, als «nur» um die Zwangsernährung bei Gefangenen im Hungerstreik. Die Forderungen der beiden renommierten Juristen sind nämlich in der Tat ungeheuerlich! Ganz abgesehen davon, dass eine einmalige (!) Zwangsernährung, sozusagen als «Lehrblätz» (Lektion) sowohl medizinischer Unsinn wie auch menschlich völlig inakzeptabel ist, sollten wir Ärzte endlich aufwachen: Das Diktat der Juristen wird in Kürze nicht nur für Menschen im Hungerstreik, sondern auch in zahlreichen anderen Bereichen gelten. Die Rechtsprechung wird mehr und mehr über die medizinische Entscheidungsfindung gebieten. Fürsprecher H.P. Kuhn von der FMH nennt dies prägnant «Instrumentalisierung der Medizin». Der Schluss-Satz der Autoren sollte uns aufrütteln: «Ärztliches Gewissen und ärztliche Autonomie müssen insoweit der Zweckrationalität des Strafvollzugs weichen.» Dass dem Arzt straf- und disziplinarrechtliche Folgen drohen, wenn er den dienstlichen Gehorsam verweigert, wäre allenfalls (mit viel Zähneknirschen) noch verständlich. Dass aber Standesregeln und entsprechend auch die mit grösster Sorgfalt und interdisziplinär erarbeiteten Richtlinien der SAMW nur von subsidiärer Bedeutung sein sollen, ist schlicht inakzeptabel. Wir wissen nur zu gut, wie leicht politische Entscheide auf höchster Ebene ohne medizinischen Sachverstand gefällt werden. Die Juristen werden diese Entscheide rigoros als «geltendes Recht» durchsetzen. Trübe Aussichten.

Prof. Dr. med. Benedikt Horn, Interlaken

1 Müller M, Jenni C. Hungerstreik und Zwangsernährung. Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(8): 284–7.
2 Kuhn H. Kommentar von Hanspeter Kuhn, Fürsprecher und stv. Generalsekretär der FMH. Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(8):284.
3 Bättig J. Hungerstreik und Zwangsernährung. Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(10):365.

Flinke IV? Faule Gutachter? Faule Gutachten?

Der Tatbestand ist schnell erzählt: Ein findiger Detektiv «entlarvt» einen potentiellen IV-Betrüger. Die flinke IV suspendiert sofort die Rente – es bezahlt jetzt die Fürsorge – und veranlasst eine Begutachtung. Der «Betrüger» wird im November 2010 von einem versicherungsgesponserten Begutachtungsinstitut in Basel beurteilt. Und jetzt? Funkstille! Fünf Monate später immer noch kein Gutachten.
Was treiben die Gutachter? Sinnieren sie Tag und Nacht über ihre Befunde oder wird das Gutachten, einem Stück Fleisch entsprechend in eine Beize gelegt, damit es ein der IV genehmes «Geschmäckle» annimmt?
Was tut die flinke IV? Sie wartet – die Fürsorge bezahlt ja.
Einzelfall? In einem vergleichbaren Fall, diesmal beurteilt durch ein famoses Gutachterinstitut am unteren Ende des Emmentals, fand die Begutachtung bereits im September 2010 statt. Auch hier Funkstille.
Flinke IV? Faule Gutachter? Faule Gutachten?

Dr. M. Huber, Rothenthurm

PS: Fast hätte auch ich es vergessen: Es geht beim ganzen Verfahren um Menschen und ihre Familien.