

# Briefe an die SÄZ



## Fin de la clause du besoin

Le 31.12.2011, la clause du besoin devrait être terminée lors de la prochaine session. Cette clause du besoin est d'abord une conséquence directe des accords bilatéraux, dont le moins que l'on puisse espérer est qu'ils sont à la source de bien des ennuis pour le corps médical suisse. Cette clause a naturellement des effets tout à fait regrettables et préjudiciables pour les jeunes médecins suisses qui ont investi beaucoup de temps et d'énergie dans leur formation, qui reste de très bonne qualité dans notre pays. Et il n'est pas admissible que, compte tenu du coût de cette formation pour la population, on se retrouve avec des médecins suisses au chômage, faute de pouvoir s'installer.

Mais les situations sont très différentes dans les régions suisses, et l'ouverture à l'installation à tout demandeur pose donc des problèmes très différents. Ainsi, l'abrogation de la clause du besoin ne va pas améliorer la situation des régions périphériques, puisque l'on n'a pas constaté d'augmentation notable des médecins généralistes de campagne, alors que la clause du besoin ne les concerne plus. En revanche, dans les centres urbains, et notamment dans les cantons frontalières, la disparition d'une limitation à l'installation va créer des problèmes majeurs de concurrence et surtout de coûts. Il a été bien démontré que la multiplication des médecins sur un territoire s'accompagne d'une augmentation de la consommation. Par conséquent, pour un canton comme Genève, cette fin de la clause du besoin pourrait bien avoir des conséquences catastrophiques, engendrant des faillites en masse, une explosion des coûts et finalement une baisse de la qualité des soins aux patients. Une régulation organisée entre les différents acteurs du système (associations de médecins, hôpitaux, administration cantonale) est donc absolument indispensable dans ces régions. La FMH se doit naturellement de défendre les jeunes confrères qui veulent s'installer afin d'assurer une relève de qualité, mais elle doit aussi défendre ses membres qui sont en place et dont la survie risque d'être fortement menacée par une ouverture illimitée des cabinets médicaux en ville.

Dr Jean-Pierre Grillet, Président SSDV-SGDV,  
Genève

*Remarque de la rédaction:* L'Assemblée des délégués de la FMH a traité ce point en mars dernier. Elle a constaté que la FMH avait déjà soumis à deux reprises ces dernières années un projet précis, formulé, au Parlement, et que ce dernier n'en avait pas voulu. Elle a également pris connaissance du fait que la CDS (Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé) ne demandait plus la possibilité de réguler, en cas de besoin, la démographie médicale, mais souhaitait dorénavant la simple poursuite du système actuel pour une nouvelle période.

Face à cette situation, la plupart des organisations faitières représentées à l'Assemblée des délégués ont plaidé pour la suppression pure et simple de la clause du besoin. La suppression d'une réglementation inutile qui n'a jamais fait ses preuves, la manière très variable dont la loi était mise en œuvre selon les cantons, la volonté de garder à l'Etat un rôle subsidiaire, et enfin aussi le souhait de ne pas donner trop de pouvoir aux cantons, ont été les éléments décisifs de la réflexion.



## Für die Einführung der Fallpauschalen am 1. Januar 2012 ist es zu früh!

In der SÄZ vom 16. März 2011 haben wir die Schweizer Ärztinnen und Ärzte zum Unterzeichnen eines dem Heft beiliegenden Petitionsbogens aufgerufen [1]. Gründe dafür waren einerseits unsere Überzeugung, dass zu viele mit der Einführung der SwissDRG verbundenen Probleme noch ungelöst sind (Betreuung von Patienten mit komplexen Krankheiten, falsche Anreize, Frage der Vergütung von Weiterbildung und Investitionen, Begleitforschung etc.) und andererseits die Tatsache, dass die FMH-Leitung die Einführung unterstützt, wir aufgrund der Reaktionen aus Kollegenkreisen aber realisierten, dass die Basis nicht mit der gleichen Überzeugung hinter dem FMH-Entscheid steht, mit der er offiziell vertreten wird. Unterdessen forderte auch die FMH-Spitze mit Nachdruck eine Übergangsregelung [2]. Uns war von Anfang an klar, dass wir mit diesen Unterschriften nur die Einstellung der interessierten Ärztinnen und Ärzte zur Frage SwissDRG in Erfahrung bringen können und dass es zu einer aussagekräftigen Befragung der Basis im

Grunde genommen eine Urabstimmung brauchte.

Mit diesem Brief möchten wir den Kolleginnen und Kollegen, die unterschrieben haben, danken und mitteilen, dass bis Ende Mai gut 3400 Unterschriften eingegangen sind. Laut FMH-Ärzttestatistik waren 2010 in der Schweiz 30273 Ärztinnen und Ärzte beschäftigt. Damit haben bis jetzt bereits über 10% die Petition unterschrieben, was angesichts eines einmaligen Aufrufs ohne standes- oder fachgesellschaftliche Unterstützung einer nicht zu unterschätzenden Rücklaufquote entspricht.

Die Sammlung geht weiter und wir möchten alle, die sich bis jetzt noch nicht vertieft mit den Problemen der SwissDRG befasst haben, bitten, sich dazu ihre Gedanken zu machen [3] und die Petition zu unterzeichnen, wenn sie zu einem ähnlichen Schluss kommen wie wir [4]. Die auch objektiv betrachtet schlecht vorbereitete Einführung der SwissDRG wird uns alle (Ärztenschaft, Pflege, Patienten) betreffen und Kosten verursachen, die mit einem Aufschub zu verhindern wären.

Für das ärztliche Petitionskomitee:  
Dr. med. Urs Strebel, Männedorf ZH  
Dr. med. René Kofmehl, Meilen ZH

- 1 Hess Ch., Krapf R. und Strebel U. 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.
- 2 Wettstein J. «Eine Übergangsregelung ist für die Einführung von SwissDRG zwingend» Interview mit P.-F. Cuénoud. Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(10):354.
- 3 [www.drg-moratorium.ch](http://www.drg-moratorium.ch)
- 4 [www.drg-petition-aerzteschaft.ch](http://www.drg-petition-aerzteschaft.ch)

*Anmerkung der Redaktion:* Siehe zum Thema dieses Leserbriefs auch die von der Ärztekammer vom 16. Mai 2011 verabschiedete Deklaration, die unter dem Titel «Erklärung der FMH zur Einführung der neuen Spitalfinanzierung am 1.1.2012» in der SÄZ Nr. 25/2011 (S. 924–5) erschienen ist. Der Beitrag ist online zugänglich unter [www.saez.ch](http://www.saez.ch) → Archiv → 2011 → 25.



### Wir wollen die Wirklichkeit darstellen [1]

Verina Wild und Eliane Pfister wollen die Wirklichkeit darstellen. Die Frage ist, wie das gehen soll, ohne dass man an dieser Wirklichkeit teilnimmt. Ist die Sicht durch das Fenster eines Instituts für biomedizinische Ethik dafür geeignet? Und für was braucht es nun auch noch eine Virtualisierung der Wirklichkeit, wenn die Wirklichkeit doch so klar und offen vor uns liegt?

Die Wirklichkeit, die dargestellt werden soll, findet in der Realität des Gesundheitswesens statt. In der Sprechstunde, am Krankenbett und im Operationssaal. Es geht um Krankheit, es geht um Therapie und es geht darum, wie diese finanziert werden kann. Und es stellt sich die Frage, wie gross der personale Aufwand denn sein muss, um die «Ökonomie» im Gesundheitswesen zu bewältigen. In der Schweiz gibt es rund drei Mal mehr Abgänger im Fach Wirtschaftswissenschaften als im Fach Medizin. Medizin wurde zum Markt erklärt. Von wem wohl, von den Ökonomen. Wen wundert das, wenn man die Anzahl von Wirtschaftsstudenten sieht? Aber braucht es sie wirklich in der Medizin? Oder brauchen sie die Medizin? Braucht man so viele Wirtschaftswissenschaftler auch dann, wenn man von den Modebegriffen: Wettbewerb, Kostentransparenz und Benchmarking Abstand nähme und wieder einfach nur Medizin betreiben würde? Wenn man sich wieder mit *der* Realität beschäftigen würde, die da ist und drängt. Und nun drängt noch ein weiterer bunter Trupp in die Medizin, um auch noch davon zu leben. Die Ethiker, Ideenfabrikanten mit unterschiedlichem Hintergrund. Sie spielen sich zum Gewissen der Medizin auf. Ist das nicht bloss eine neue Religion mit neuen Priestern, den Bioethikern? Und wer ist deren Gott? Der Markt, der Mensch oder beides zusammen? Wurde hier mit der «homo mensura» eine Apotheose betrieben?

Nach Wild kommt es mit den DRG «zu einer nie dagewesenen Transparenz». Und nicht nur das, es kommt die «Kundenlogik» und die verbesserte Führung von Spitälern nach betriebswissenschaftlichen Kriterien (erinnern Sie sich noch: drei Mal mehr Wirtschaftsabgänger als Mediziner?). Und die DRG sind es, welche diese Logik konsequent einführen sollen. Mir wird übel, wenn ich diese Metonymien anhören muss! Hier wird an einer neuen Welt gebastelt, hier entstehen virtuelle Kunstprodukte, hier entsteht eine neue EU der Medizin, eine künstliche Welt, in der es von «Theoretikern» nur so wimmelt. Aber, frage ich mich, wird es auch noch Ärzte geben, die in einer solchen Welt wirken wollen?

Oder schärfer formuliert, die unter einer solchen Ägide ihren harten und realen Beruf ausüben wollen? Auf was soll man sie vorbereiten? Auf Ethik, Wirtschaft, Transparenz, Benchmarking oder auf Medizin? Und wo werden sie wohl tätig sein? Im Spital, der Praxis oder im Cyberspace?

Prof. Dr. med. Dr. H.E. Killer, Aarau

- 1 Sax A. «Wir wollen die Wirklichkeit darstellen». Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(23/24):907-9.



### Hurra – eine Selbstverständlichkeit wird ausgezeichnet [1]

Schon als Unterassistenten lernten wir, dass ein Dauerkatheter nie länger als nötig belassen werden darf. Als Oberarzt und Chefarzt auf der Visite war die Frage: «Braucht er/sie den Katheter noch?» stereotyp. Auch die Oberschwester drillte die Schwestern, dem Assistenten diese Frage immer wieder zu stellen. Nun wird eine Klinik, die diese Selbstverständlichkeit wieder entdeckt, mit dem Swiss Award ausgezeichnet. Wie weit sind wir in unseren Spitälern gekommen? Falls im Klinikalltag eines Spitals diese Regel nicht mehr gilt, gehört das Spital bestraft. Also nicht Selbstverständlichkeiten belohnen, sondern Fehlbare bestrafen, würde die Parole des gesunden Menschenverstandes lauten.

Dr. med. Wolf Zimmerli, Oberdiessbach

- 1 Egger M, Balmer F, Näf EM, Friedli-Wüthrich H, Mühlemann K. Swiss Quality Award 2011 – Die Gewinner (Teil 1). Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(23/24):878-80.



### Freizügigkeitsabkommen Schweiz-EG

Würde das Freizügigkeitsabkommen Schweiz-EG und alsdann die gesamten bilateralen Verträge Schweiz-EG gekündigt werden, wären vor allem junge Auslandschweizerinnen und Auslandschweizer betroffen, die nach dem 1. Juni 2002 in der Schweiz eine Aus- oder Weiterbildung begonnen haben, in der Hoffnung, diese werde auf Grund des Freizügigkeitsabkommens Schweiz-EG auch in der EG anerkannt. Folgende Beispiele zur Verdeutlichung: Eine junge Auslandschweizerin und ein junger Auslandschweizer gehen nach ihrem Abitur bzw. nach dem Erwerb des staatlichen Arzt diploms in ihre Heimat,

um eine Ausbildung zur Pflegefachfrau (früher Krankenschwester) bzw. zum Facharzt zu absolvieren. Bis jetzt können sie sich darauf verlassen, dass ihre Aus- und Weiterbildung in der EU anerkannt wird. Würde nun der freie Personenverkehr Schweiz-EG gekündigt werden, so würden diese Aus- und Weiterbildungen in der EG nicht mehr automatisch anerkannt (zum Ganzen siehe meine Dissertation «Das Freizügigkeitsabkommen Schweiz-EG: Auswirkungen auf die Berufe der Humanmedizin»).

Dr. iur. utr. Udo Adrian Essers, Küsnacht ZH



### Spitalambulatorien: cui bono?

Aufgrund der nachfolgenden Fakten stellt sich wirklich die Frage, wozu Spitalambulatorien nütze sind.

1. Spitalambulatorien betreiben eine viel zu teure ambulante Medizin (Studie Universität Bern) – im Durchschnitt sind vergleichbare Fälle 50% teurer als beim Hausarzt.
2. Spitalambulatorien haben die höchste Wachstumsrate: Was teuer ist, wird noch teurer gemacht!
3. Die teuren Spitalambulatorien werden in der Regel mit einem höheren Taxpunktwert belohnt als die Hausärzte im gleichen Kanton.
4. Wie die Erfahrung zeigt, wurde im Rahmen des Praxisstopps für Hausärzte und Spezialisten das Praxisverbot von den Spitälern ignoriert – ganz im Gegenteil, ganze Abteilungen wurden massiv personell aufgestockt (mit Ärzten ohne Praxisbewilligung), um damit «illegal» ambulante Medizin zu betreiben.
5. Die Spitalambulatorien haben das Subsidiaritätsprinzip dankend ignoriert; Die Prämienexplosion wurde hingegen lächelnd den niedergelassenen Ärzten in die Schuhe geschoben.
6. Spitalambulatorien dienen zu einer versteckten Querfinanzierung der stationären Kosten – eine Transparenz der Spitalrechnungen wird somit verunmöglicht.
7. Spitalambulatorien sind die Totengräber der ambulanten Medizin – alleine in meinem Kanton werden bereits 40% der ambulanten Behandlungen (zu 60% der Kosten) durchgeführt.

Es gilt also – im Rahmen der notwendigen Sparmassnahmen – die Spitalambulatorien schnell abzuschaffen und die Spitäler auf ihre Kernaufgabe, nämlich die Behandlung der stationären Patienten und Notfälle zu reduzieren. Wer als Politiker sofort 10–20% sparen will, muss schleunigst handeln.

Es wäre auch eine Aufgabe der FMH, die sich ja offiziell für die «Stärkung der Hausarztmedizin» starkmacht – und in diesem Sektor die Entwicklung völlig aus dem Ruder laufen liess.

*Dr. med. Silvio Marugg, Luzern*

PS: Ich höre schon den Aufschrei der Nutzniesser: «Die Ausbildung der jungen Mediziner ist nicht mehr gewährleistet!» – wozu auch ausbilden, wenn sowieso keine Berufsaussichten mehr bestehen! «Die Versorgung der Bevölkerung ist nicht mehr gewährleistet!» – es müsste nur der Praxisstopp aufgehoben werden!



#### «Faktor V» – eine statistische Unbekannte

Seit Einführung der Pauschalen darf man «für den Patienten» auch dann keine Zeit haben, wenn man sie hat. Vorher erklärte einem der Chef, man sollte für den Patienten auch Zeit haben, wenn man keine hätte, sonst sei man für die Medizinertätigkeit nicht geschaffen und sollte auf etwas Anderes umsatteln.

Seit es heisst «Gleich viel Qualität bei (noch?) weniger Zeit» –, wenn beim Patienten in seinem Fall die Pauschale schon fast ausgeschöpft ist – treten mehr Krankheitskomplikationen auf, die ihrerseits mehr Zeitaufwand erfordern. Pro solche gibt es jeweils eine neue Pauschale, die betragsmässig nicht zu überschreiten ist. Darauf antworten (?) die Patienten einfach mit neuen Komplikationen. So kann man zwar die nächste «diagnosis-related group» beanspruchen, andererseits ist es etwas umständlich und dauert so lange, bis

«der Patient» den Eindruck gewinnt, nun habe sich endlich jemand Zeit genommen und sich dazu hergegeben, ihm die ganze Aufmerksamkeit zu widmen, obwohl er nur Patient –

*Patienten tricksen die Statistiker aus?*

Die anderen Spitäler haben dieselben Sorgen. Seit wir festgestellt haben, dass wir gegenseitig verglichen werden. I.S. «welches Spital leistet dem Patienten beim Gesundwerden am besten Beistand, ohne den diagnosebezogenen Betrag zu überschreiten», halten alle zusammen, Schulter an Schulter – äh – Spital an Spital: Mit Gruss an die Statistiker, denen unbekannt scheint, dass es vielleicht irgendwie doch «etwas Anderes» ist, sich von morgens bis abends den Belangen «des Patienten» zur Verfügung zu stellen: Faktor V (wie: Verfügbar).

Ob es allein unsere Schuld ist, dass wir jetzt für die Statistiker undurchdringlich und -aufweichbar sind, wie sie sagen? Jedenfalls geht es keinem von uns darum, sie das Fürchten zu lehren, denn dazu ist keine Zeit übrig.

*P. Süssstrunk, Mediziner, Seewis*