

Briefe an die SÄZ



Urabstimmung Managed Care

Es ist klar: Eine Urabstimmung zur Haltung der FMH muss durchgeführt werden, und sie wird auch durchgeführt. Als urdemokratisches Mittel kann sie eigentlich nur dann Verlierer hervorbringen, wenn sie nicht oder zu spät durchgeführt bzw. ihr Resultat zu spät veröffentlicht wird. Selbst wer Feuer und Flamme für die Strategie der FMH bzgl. Managed Care ist, muss zugeben, dass sich in ihren Reihen erheblich Opposition breitgemacht hat. Dies äusserte sich bei der Ärztekammersitzung vom Mai 2011 darin, dass ein Vorstoss zur Strategieänderung dokumentiert mehrheitsfähig war. Es ist nichts als legitim, wenn im dadurch entstandenen Dilemma die Meinung aller Mitglieder als wichtigste Ressource erfragt wird. Dem Kollegium (gegen «innen» und «ausser») wirklich schaden können Stör- und Verzögerungsaktionen, nicht das Verfahren selbst.

Dr. med. Christoph Hollenstein Sarbach, Laufen
Dr. med. Marie-Anne Steinemann, Basel
Dr. med. Christoph Itin, Liestal
Dr. med. Philipp Zinsser, Basel
Dr. med. Christian Gürtler, Gelterkinden



MC-Vorlage: Lassen wir den Puls der Basis fühlen

Vor bald 20 Jahren wurden in der Schweiz die ersten Netzwerke für die hausärztliche Grundversorgung gegründet. Entstanden sind diese mit dem Idealismus einiger motivierter Kolleginnen und Kollegen, die in dieser Versorgungsform eine qualitativ gute und trotzdem kostengünstige Alternative sahen. Nach anfänglichen Pilotmodellen haben sich diese Versicherungsformen etabliert. Sie werden heute als Managed Care und neuerdings als Integrierte Versorgungsmodelle bezeichnet. Gut die Hälfte der Grundversorger/innen sind inzwischen an einem MC-Versicherungsmodell angeschlossen. Wesentlich ist,

dass alle diese Verträge freiwillig abgeschlossen wurden. Das trifft auch auf die Netzwerke mit Budgetmitverantwortung zu.

Mit der MC-Vorlage wird ein bisher gut funktionierendes System durch Zwangsmassnahmen von oben diktiert werden. Die FMH hat diese Vorlage bisher vorbehaltlos unterstützt. Eine Befragung der Basis hat aber nie stattgefunden.

Mit der anstehenden Urabstimmung können wir unsere Meinung zum Ausdruck bringen. Nehmen wir diese Chance wahr und stellen wir uns gegen weitere Zwangsmassnahmen in unserer Praxis!

Dr. med. Jürg Jutzi, Bubendorf



Zum Thema Managed Care

Die Fachgruppe Psychiatrie und Psychotherapie BS hat schon mehrfach darauf hingewiesen (z.B. Synapse Juli 2008), dass die vollständige freie Therapeutenwahl für einen positiven Therapieprozess von herausragender Bedeutung ist, weil sie den Vorgang der «Passung» von Therapeut und Patient am besten gewährleisten kann. Das Zusammenpassen von Therapeut und Patient ist nach dem Kenntnisstand der Psychotherapieforschung der wichtigste Faktor für ein positives Therapieresultat. Wir Psychiater vertreten deshalb die Ansicht, dass die freie Psychiaterwahl in jedem System gewährleistet sein muss. Dies ist in der jetzigen MC-Vorlage nicht der Fall: Sind nur die einem Netzwerk angeschlossenen Psychiater für MC-Patienten zugänglich, bedeutet dies das Ende der Freiheit der Therapeutenwahl. Der politische Entscheid, die freie Arztwahl durch höhere Selbsthalte zu belegen, wird vielen – finanziell oft schlecht gestellten und darum ein MC-Modell wählenden – psychiatrischen Patienten verunmöglichen, ihren Therapeuten weiter frei wählen zu können. Dies schadet dem übergeordneten Therapie-Interesse der Passung. Deswegen kann ich die MC-Vorlage so nicht gutheissen.

Dr. med. Peter Kern, Basel



Unvermeidbare finanzielle Interessenkonflikte

Zum Artikel «Treffen der Qualitätsverantwortlichen der Ärzteschaft» [1]

Die Forderung der FMH nach einem unabhängigen «Nationalen Qualitätsinstitut» wird reines Wunschenken bleiben, da zur Erhebung des Patientennutzens enorme Summen benötigt werden, die, wenn überhaupt, nur durch Steuergelder finanziert werden können. Deshalb kann es nur unter der Führung des BAGs oder eines neu zu definierenden Bundesamtes unter Leitung des EDIs entstehen. Die FMH wird nie in der Lage sein, ein nicht von Bund und Kantonen finanziertes, effizientes und unabhängiges Institut ohne Sponsoring der medizinischen Leistungserbringer auf die Beine stellen zu können. Dies führt bei der Datenanalyse so leider zu den erneut unerwünschten Interessenkonflikten.

Aber auch der Bund ist in seiner Beurteilungsfähigkeit durch das ausgeklügelte politische Lobbyingsystem der Leistungserbringer nicht mehr unbefangen. Deutschland sei hier als eindrückliches Beispiel aufgeführt. 2010 wurde Peter Sawicki als Leiter des «Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen» (IQWiG) als unbequemer Verfechter einer unabhängigen und evidenzbasierten Medizin, die als Grundlage zur Erhebung jeglichen Patientennutzens angesehen werden muss, aufgrund kleinerer, jedoch unbedeutender Unregelmässigkeiten bei den Spesenabrechnungen im Interesse der Pharmaindustrie politisch geopfert [2].

Das «Nationale Qualitätsinstitut» steht oder fällt somit über die Finanzierung und der damit verknüpften Interessenkonflikten. Es ist daher zu befürchten, dass durch das EDI vorwiegend Nutzenserhebungen im Interesse der Leistungserbringer in Auftrag gegeben werden. Hätte die FMH aber wirklich ein konsequent medizinisch evidenzbasiertes Interesse an der Erhebung des Patientennutzens, dann müsste sie sich für eine Abklärung derer durch die wirklich unabhängige, global vertretene «Cochrane Collaboration» einsetzen, welche auch in der Schweiz eine «Zweig-

stelle» des französischen Cochrane Zentrums am CHUV in Lausanne betreibt.

*Dr. med. vet. Andreas Keusch, MEDVICE,
Pfäffikon SZ*

- 1 Hohl F. Treffen der Qualitätsverantwortlichen der Ärzteschaft – Baustelle «nationales Qualitätsinstitut». Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(32/33):1197–9.
- 2 Sax A. Ein unbestechlicher Pharmakritiker. Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(4):142.



Prenons exemple sur les caisses-maladie

La lecture du n° 32-33 du 10.8.2011 du BMS est très instructive concernant l'attitude des 2 «partenaires» du système de santé. [1] Les médecins créent une commission qui se réunit souvent et publie un rapport intermédiaire sur le projet «Tarvision» pour prouver une fois de plus que le TARMED n'est pas conforme à une saine gestion d'entreprise comme cela avait été prévu au départ. La valeur du point n'a jamais été indexée au

coût de la vie: résultat, le revenu réel des médecins continue à diminuer régulièrement. Merci à cette commission de nous répéter... ce que nous savons déjà depuis longtemps. Mais à quoi cela sert-il? Les caisses-maladie n'ont jamais été d'accord d'indexer la valeur du point au coût de la vie: ce n'est pas maintenant qu'elles vont accepter alors que les cotisations continuent à augmenter. A preuve leur attitude face à l'indemnité de dérangements en cas de visites: «Le conseil fédéral a demandé à ce que l'indemnité soit intégrée de manière définitive dans le TARMED. Or, santésuisse met pour le moment son veto à cette demande...»

On croit rêver en lisant cela! Les caisses-maladie peuvent bloquer une «demande» du conseil fédéral par un veto!!! Elles n'ont qu'à dire NON et tout le monde se couche, conseil fédéral compris.

Mais que ne faisons-nous pas de même avec les caisses? Posons des exigences et si elles ne sont pas satisfaites disons-leur NON.

Dr R. Mayer, Pully

- 1 Gähler E, Marty I, Scherrer R. TARVISION: rapport intermédiaire. Bull Méd Suisses, 2011;92(32/33):1200–1.



Das Potential der Graphologie in der Arztpraxis [1]

Peut-être est-il utile de signaler aux intéressés deux livres de Marguerite de Surany [2, 3], qui traitent de la graphologie «médicale» sous un angle différent. L'approche relève plus de la médecine complémentaire, mais permet une analyse intéressante, notamment de l'évolution d'une affection se manifestant par une fluctuation de l'écriture.

Ainsi, dans le bref extrait de texte de Jean Ziegler, on remarquera le fait que le O (lettre symbolique du soi) est lié au E (lettre symbolique de la féminité) qui le précède dans le mot Georges, mais soigneusement séparé du N (lettre symbolique du père) dans les mots Bernanos et nôtres respectivement du T (lettre caractéristique de l'équilibre) dans le mot nôtres. De même, l'accent aigu du E de écrit, placé tardivement et coupant la queue du G, ou encore le T de écrit différant nettement des autres, peuvent non seulement donner des informations sur la personnalité du scripteur, mais sur son état de santé.

Dr méd. vet. Olivier Glardon, Yverdon-les-Bains

- 1 Schreier M. Das Potential der Graphologie in der Arztpraxis. Bull Méd Suisses. 2011;92(18):681–4.
- 2 De Surany M. Essai de graphologie médicale. Paris: Edition du symbolisme; 1962.
- 3 De Surany M. Guide de graphologie moderne. Paris: Ed. Tredaniel; 1990.