Courrier au BMS

Anmerkung der Redaktion zu den beiden folgenden Leserzuschriften:
Die Rubrik «Briefe» der SÄZ dient der freien Meinungsäusserung und ist nicht für fortgesetzte Diskussionen zwischen Autoren gedacht. Auf solche Formen der Kommunikation sind «schnellere» Medien wie das Internet ideal zugeschnitten. Unter www.saez.ch → Diskussionsforum haben Leserinnen und Leser denn auch die Möglichkeit, in «Echtzeit» Beiträge zu verfassen und zu kommentieren. Repliken auf Leserbriefe sollen in der gedruckten Ausgabe der SÄZ deshalb die Ausnahme bleiben und in der Regel auf Einladung der Redaktion erfolgen.
Die beiden folgenden Beiträge bilden eine solche Ausnahme. Da es im Vorfeld der Abstimmung vom 17. Juni über die «Managed-Care-Vorlage» um wichtige Begriffsklärungen geht, geben wir den Autoren M. Romanens, F. Huber und J. Fritschi abschliessend Gelegenheit, ihre in früheren SÄZ-Ausgaben gemachten Aussagen zu präzisieren und zu ergänzen.

Die Redaktion

Verträge zwischen Ärzten bzw. Netzwerken und Kassen

Replik auf die Leserbriefe von Jörg Fritschi [1] Adrian Wirthner und Felix Huber [2]

Wir nehmen Bezug auf die beiden Leserbriefe von Dr. Fritschi, Dr. Wirthner und Dr. Huber und nehmen dazu wie folgt Stellung: Die Leserbriefschreiber werfen uns Zahlenspielerei vor, bleiben uns dabei aber korrekte Zahlen schuldig oder monieren unsere Berechnungen erst gar nicht. Hier bitten wir um eine Berichtigung, denn wir sind bei unseren Zahlen von den konkreten, publizierten Angaben in der Studie Trottmann ausgegangen. Es handelt sich um die durchschnittlichen und nicht die maximalen Einsparungen von 348 Franken pro Netzwerkpatient, also erkundigen Sie sich doch besser bei den Autoren der Studie, als uns Zahlenspielerei vorzuwerfen. Betreffend die Frage nach dem Gewinn sind wir von einer Annahme basierend auf einer persönlichen Mitteilung betreffend Gewinnbeteiligung HMO Basel ausgegangen. Gerne erwarten wir eine notariell beglaubigte Antwort bezüglich der durch Sie realisierten Gewinne und ein kurzes Statement zur gesetzeskonformen Verwendung solcher Gewinne.
Das Argument, dass nicht der Arzt, sondern das Netzwerk solche Verträge unterzeichne, irritiert. Ist es nicht so, dass letztlich der Arzt und nicht das Netzwerk behandelt, folglich auch rechtlich verantwortlich ist?
Auf Ihre rhetorische Frage, weshalb 50% der Hausärztinnen und Hausärzte für Managed Care sind, gibt es auch eine andere Antwort: Weil sie aufgrund eines verbesserten Risikoausgleichs innerhalb dieser Verträge vor den Wirtschaftlichkeitsverfahren der santésuisse sicherer sind. Ob von solchen Netzwerken realisierte Einsparungen tatsächlich auf eine höhere Effizienz zurückzuführen sind und nicht einfach auf die Vermeidung hoher Risiken und auf die Vorenthaltung notwendiger ärztlicher Leistungen, bleibt noch zu beweisen, und auf dieses Problem gehen beide Leserbriefschreiber interessanterweise erst gar nicht ein.
Wenn Herr Kollege Fritschi einen Vergleich mit der Industrie scheut, so entbehrt das nicht einer gewissen Ironie. In der Industrie sind ja Provisionen (Kick-Backs) ethisch problematisch und müssen dem Kunden offengelegt werden, damit dieser entscheiden kann, ob er einen allfälligen Interessenkonflikt akzeptieren will. Sollten Sie nun tatsächlich hinter Standards hinterherhinken wollen, an die sich sogar das Baugewerbe hält? Ihre Auflagen sollten doch vielmehr über diese hinausgehen. Die Wortwahl Budgetmitverantwortung für dieses Provisionssystem erscheint uns als Wortklauberei. Jedes Provisionssystem, auch und gerade in der Medizin, unterliegt gesetzlichen Auflagen, formuliert im Medizinalberufegesetz (MedBG), welches hier zum Glück sehr restriktiv ist. Diese Problematik zwischen MedBG und den Gesetzesauflagen in der zur Abstimmung anstehenden Vorlage zu Managed Care wurde gemäss unserem Gutachten von PD Dr. Ueli Kieser als Konflikt mit geltendem Recht erkannt.
Wir sind übrigens dabei, juristisch und ethisch saubere Richtlinien für Verträge zwischen Netzwerken und Kassen zu erstellen. Sie würden uns sehr bei dieser Arbeit helfen, wenn Sie uns ihre Vertragswerke zur Überprüfung aushändigen könnten.

Dr. med. Michel Romanens,
Präsident Verein Ethik und Medizin Schweiz

1 Fritschi J. Managed Care: Keine Verträge zwischen Kasse und Arzt. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(14/15): 538.
2 Huber F, Wirthner A. Budgetmitverantwortungsverträge. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(13):496.

Duplik auf die Replik von Herrn Romanens

Die Managed-Care-Vorlage, die am 17. 6. 2012 zur Abstimmung kommt, definiert integrierte Versorgung als Vertrag zwischen Ärztenetz und Krankenversicherer. Das ist ein grosser Fortschritt gegenüber der heutigen Regelung, die es den Kassen erlaubt, einseitig und ohne Vertragsabschluss Listenmodelle anzubieten. Die Verträge berücksichtigen den Integrationsgrad und die Qualitätsarbeit der Netze. Sie spiegeln die Kostenwahrheit und sind risikobereinigt berechnet. Die Ärztenetze können ihre Verträge vergleichen und sich durch kompetente Beratungsgruppen bei den Vertragsabschlüssen beraten lassen.
Managed Care erfüllt die *Charta zur ärztlichen Berufsethik,* die vorsieht, begrenzte Mittel gerecht zu verteilen: «Bei der Berücksichtigung der Bedürfnisse individueller Patienten müssen Ärzte eine Gesundheitsversorgung anbieten, die auf einem klugen und effektiven Einsatz der begrenzten Mittel beruht.»[1]
Das neue Gesetz schafft neue Freiheiten! Jeder Bürger kann zwischen zwei Versicherungsmodellen *frei wählen*. Damit unterscheidet sich das Schweizer Modell von den Verhältnissen in den USA, wo das Versicherungsprodukt durch den Arbeitgeber gewählt und finanziert wird. Vergleiche mit den USA müssen diese unterschiedlichen Rahmenbedingungen berücksichtigen. Bei uns beauftragt der mündige Patient seine Hausärztin gemäss Absprache, die Behandlungen aufeinander abzustimmen und die besten Mittel auszuwählen.
Ein Budget hat es schon immer gegeben und wird es auch immer geben! Die Frage ist nur: Wer verwaltet es? Bisher waren es die Versicherer im Alleingang. Will die Ärzteschaft dieses Feld definitiv Dritten überlassen? Wer mitreden will, muss Verantwortung übernehmen. Man kann den Pelz eben nicht waschen, ohne ihn nass zu machen! Ist die Einzelleistungsvergütung mit ihrer Tendenz zur auch nicht immer ungefährlichen Überversorgung die beste Lösung? Wohl kaum. Oder das ausbezahlte Globalbudget mit seiner Tendenz zur Unterversorgung? Wohl auch nicht! Was liegt näher, als diese beiden Vergütungsformen zu kombinieren? Genau aus diesem Grund hat der Dachverband der Ärztenetze den Begriff der Budget*mit*verantwortung portiert: Ein Ärztenetz kombiniert die Einzelleistungsvergütung seiner Mitglieder mit der Verantwortung für ein Kostenziel (virtuelles, *nicht ausbezahltes Budget*). Damit gleichen sich die Tendenzen der Über- und der Unterversorgung automatisch aus. Der dadurch entstehende *Ver-*

sorgungsausgleich ist ein wesentlicher Beitrag zur *Qualität!*
Die Kassen werden durch das neue Gesetz gezwungen, ihre eigenen Praxen und Netzwerke zu verkaufen. Das ist ein weiterer Schritt zur Kostenwahrheit und zu fairen Rahmenbedingungen für uns Ärzte.
Mit der Managed-Care-Vorlage, die von der FMH bis vor wenigen Monaten über die ganze parlamentarische Entstehungszeit mitgetragen wurde, bekommen wir Ärzte wieder gleich lange Spiesse in den Verhandlungen mit den Kassen. Eine bessere Vorlage gibt es nicht mehr. Wird die Vorlage abgelehnt, kommt die Vertragsfreiheit der Versicherer auf die politische Traktandenliste. Das ist wohl kaum im Sinne des VSAO. Der Praxiszugang für die jungen Ärztinnen und Ärzte würde massiv erschwert.
Wir haben am 17.6.2012 die historische Chance, zu einem hart errungenen und ausgewogenen Kompromiss ein *kreatives Ja* in die Urne zu legen. Nutzen wir sie und verabschieden wir uns von kleinkrämerischen Rückzugsgefechten!

Dr. med. Jörg Fritschi, Präsident medswiss.net
Dr. med. Felix Huber, Präsident mediX Schweiz

1 Charta zur ärztlichen Berufsethik (European Federation of Internal Medicine, American College of Physicians, American Board of Internal Medicine), Schweiz Ärztezeitung. 2003;84(45):2347–9.

Nicht die Aussagen, nein, das Nicht-Gesagte interessiert!

Nach dem im Artikel von IGOMED [1] Aufgezeigten kann wohl kein Arzt mit gesundem Menschenverstand gegen ein Netzwerk, wie es IGOMED geschaffen hat, Einwände erheben, denn die Möglichkeit, als Patient unter fast 100 Grundversorgern und fast 40 Spezialisten auswählen zu können und das beliebte und gutausgewiesene Thuner Spital als stationären Behandlungsort auf sicher zu haben, überzeugt. Es bleiben aber Fragen, die weder im Artikel, noch auf der Website von IGOMED beantwortet werden. Sie sind aber für die Befürworter des Referendums ganz wesentlich:

- Wie lange oder in welcher Form ist man an den gewählten Grundversorger gebunden?
- Was macht der Patient, wenn er mit dem vom Grundversorger vorgeschlagenen Spezialisten nicht einverstanden ist?
- Kann der Patient vom Grundversorger die Zuweisung zum Spezialisten verlangen?
- Wie viel Einfluss hat der Krankenversicherer auf die obigen Fragen und auf die Auswahl der Ärzte im Netzwerk?
- Was ändert sich am auf freiwilliger Basis entstandenen Netzwerk nach einem Ja zu Managed Care?

Es sind dies alles Fragen, die bei den Patienten mit Hausarztmodell, dem Vorläufer von Managed Care, aufgetaucht sind und deshalb unter den Nägeln brennen.
Zusammenfassend geht es um die Frage, wo die freie Arztwahl und die freie Spitalwahl, die von Gesetzes wegen garantiert ist, bleibt, und wie die Störung unserer ethisch fundierten und erlernten Arzttätigkeit durch die Krankenversicherer vermieden werden kann.

Dr. med. Wolf Zimmerli, Oberdiessbach

1 IGOMED. Das ideale Ärztenetz. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(14/15):533–4.

Managed Care – nichts bleibt beim Alten!

Die Managed-Care-Vorlage wird die ambulante Gesundheitsversorgung nachhaltig verändern: Wird sie angenommen, werden Teamarbeit und Qualitätsorientierung gefördert. Bleibt hingegen das heutige Gesetz bestehen, werden in erster Linie die Versicherer die ambulante Gesundheitsversorgung gestalten, selbstverständlich aus ihrer eigenen Sicht. Die Behauptung, es bleibe alles beim Alten, wenn die Managed-Care-Vorlage abgelehnt wird, dürfte eine Fehleinschätzung sein. Dies aus zwei Gründen:

1. Der heute gültige Artikel 41.4 gibt den Krankenversicherern die Macht, «die Leistungserbringer auszuwählen hinsichtlich kostengünstigerer Versorgung». Von dieser Macht haben die Krankenversicherer bis heute nur deshalb noch nicht Gebrauch gemacht, weil die Jagd nach gesunden Risiken mit dem heutigen unvollständigen Risikoausgleich lukrativer ist als die Zusammenarbeit im Rahmen von MC. Dies wird sich ändern, wenn der Risikoausgleich verbessert wird, wie bereits beschlossen auch ausserhalb der Managed-Care-Vorlage. Die heutigen Listenprodukte sind dazu nur ein kleiner Vorgeschmack.
2. Wird die Vorlage abgelehnt, steht im Parlament als Plan B die Abschaffung des Kontrahierungszwanges zur Diskussion. Damit bestimmen die Krankenversicherer nicht nur im Managed-Care-Bereich, sondern im gesamten ambulanten Bereich, mit welchen Leistungserbringern sie zusammenarbeiten wollen. Wo bleibt dann die freie Arztwahl für alle? Um die Grundversorgung infolge des anstehenden Hausärztemangels nicht zu gefährden, ist auch eine selektive Vertragsfreiheit bezüglich Spezialistinnen und Spezialisten denkbar.

Wir tun also gut daran, die Managed-Care-Vorlage der Bevölkerung zur Annahme zu empfehlen. Sie ist die Plattform für eine konstruktive Zusammenarbeit aller Beteiligten: Teamarbeit ist gefragt.

Dr. med. Reto Christian Müller, Luzern

Grundversorger und Spezialärzte führen die Patienten im Netzwerk

Kommentar zum Artikel der IGOMED [1]

Mit Genugtuung stellte ich im genannten Artikel fest, dass IGOMED als eines der ältesten und grössten funktionierenden Netzwerke Spezialisten in ihrem Versorgungsgebiet und das regionale Spital Thun in das integrierte Versicherungsmodell einbezieht. Die parlamentarische Managed-Care-Vorlage spricht nicht mehr von einem Gatekeeping durch Grundversorger und Hausärzte, sondern von einer Prozesssteuerung über die ganze Behandlungskette durch das integrierte Versorgungsnetz hinweg. So sieht es auch die Delegiertenversammlung der Ärztegesellschaft des Kantons Bern in ihrem Positionspapier zu Integrierter Versorgung:
«Es braucht eine ärztliche Patientenführung über die ganze Behandlungskette des Netzwerks hinweg und damit eine Optimierung der Behandlungsqualität. Die Netzwerke integrieren Grundversorger und Spezialisten sowie nach Möglichkeit Spitäler und nachgelagerte Betreuungsstrukturen.» und «Die freie Arztwahl innerhalb eines bestehenden Netzwerkes muss gewährleistet sein. Die Patientenführung kann sowohl von einem Grundversorger wie von einem Spezialisten ausgeübt werden.»
Man kann gute und respektable Gründe für oder gegen die Abstimmungsvorlage anführen. Ärztliche Netzwerke werden aber unabhängig vom Abstimmungsausgang weiterbestehen. An der vernünftigen und gleichberechtigten interkollegialen Zusammenarbeit unter Haus- und Spezialärztinnen und -ärzten habe ich in den letzten 26 Jahren Hausarztpraxis nie Grund zum Zweifeln gehabt. Diese unabdingbar gegenseitige Zusammenarbeit führe ich auch nach der Abstimmung unabhängig vom Ausgang in unverändert kollegialer Weise weiter.

Dr. med. Beat Gafner, Niederscherli

1 IGOMED. Das ideale Ärztenetz. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(14/15):533–4.

Empathie und Numerus clausus

In seinem beachtenswerten Beitrag [1] hat Kollege Otto Knüsel auch auf den seit 1998 gültigen Numerus clausus hingewiesen.

Nachdem eine Bekannte den unsinnigen und untauglichen Eignungstest nicht bestanden hatte, erhielt ich umfassenden Einblick in die Testunterlagen und musste feststellen, dass für den Arztberuf wichtige Voraussetzungen wie charakterliche Eigenschaften, Motivation zum Arztberuf, Dialogfähigkeit und Empathie unberücksichtigt bleiben. Ich musste mir ausserdem eingestehen, dass ich nach 37 Jahren ärztlicher Berufsausübung diesen Test nicht bestanden hätte!

Ich fasste meine Eindrücke im Januar 2007 in einem Leserbrief zusammen und gelangte zu folgendem Fazit: «Diese Eignungsprüfung im Rahmen des Numerus clausus ist nicht nur untauglich und unbrauchbar, sondern auch gefährlich: mit diesem Testverfahren leisten wir der Ausbildung von medizinischen Technokraten, nicht aber von engagierten Ärzten Vorschub.»

Damals hat ein einziger Kollege in zustimmendem Sinn reagiert und anstelle dieses Testes für die Wiedereinführung der Lateinmatur plädiert. Seither sind weitere 5 Jahre vergangen, ohne dass sich die Ärzteschaft und insbesondere die FMH entschieden gegen diesen Eignungstest zur Wehr setzte. Es ist betrüblich, feststellen zu müssen, dass unser Berufsstand diese diskriminierende Hürde gegenüber motivierten und fähigen Interessenten für das Medizinstudium immer noch stillschweigend toleriert. Somit bleibt die Empathie als «Katalysator für ein erfolgreiches ärztliches Handeln» weiterhin auf der Strecke.

Dr. med. Max Schreier, Arzt für Allgemeine Medizin im Ruhestand, Kriegstetten

1 Knüsel O. Empathie und moderne Medizin: Luxus oder Notwendigkeit? Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(14/15):560–3.

C'est le ton qui fait la musique

Kollege Hubschmid moniert zu Recht, dass er nicht dazu da ist, seine Patienten zu kontrollieren [1]. Und dies dann als Polizist der IV weiterzuleiten. Die Wortwahl ist ungeschickt, nicht zeitgemäss und in den heutigen Ohren despektierlich.

Die IV ist im Wandel, viele haben das bemerkt, und die FMH ist daran nicht unbeteiligt. In verschiedenen Treffen (Christine Romann hat dies bereits ausgeführt [2]) konnte eine Gesprächsbasis gelegt werden, die beginnt, ihre Früchte zu tragen. So können wir jetzt Einfluss nehmen auf die Gestaltung und das Wording der neu zu entwerfenden Formulare: am 24. April werden sich Vertreter von IV, Ärzteschaft, Arbeitgebern zu einem Workshop treffen, um die Anmeldungen und Verlaufsberichte neu zu positionieren, neu zu gestalten, und neu zu formulieren.

Den Hinweis von Kollege Hubschmid haben wir bereits dankend umgesetzt. Und sind froh um Hinweise auf andere unglückliche Formulierungen.

Dr. med. Philippe Luchsinger, Affoltern am Albis, philippe.luchsinger[at]hin.ch

1 Hubschmid T. C'est le ton qui fait la musique. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(13):498.

2 Romann C. Zusammenarbeit mit der IV – ein Weg aus der Sackgasse. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(11):397.

Medizinstudium über Internet

Die Autoren R. Ster (01) und A. Pril (04) haben einen hervorragenden und originellen Aprilscherz gelandet: Bravo, beinahe wäre ich auf den Leim gekrochen!

Es wäre noch viel amüsanter, wenn es nicht so dramatisch wäre: Es fehlen tatsächlich jährlich mindestens 250 ausgebildete Ärztinnen und Ärzte, und im OECD-Ranking bezüglich Studienabsolventen pro 1000 Einwohner steht die Schweiz weit hinten. Es ist verständlich, dass die medizinischen Fakultäten primär aus Qualitätsgründen das Angebot im praxisorientierten Master-Teil des Studiums nicht unbegrenzt erweitern können. Neue Ideen sind gefragt: Zum Beispiel könnte durch ein Angebot eines Masterstudiums Medizin an der Universität Luzern eine Lücke gefüllt werden. Das grösste nicht universitäre Spital der Schweiz könnte so sein Ausbildungspotential zukunftsorientiert einbringen – auf jeden Fall sinnvoller, als die Ausbildung von noch mehr Juristen und Ökonomen zu planen!

Prof. G. Schubiger, Weggis

Risikoselektion in der Grundversicherung

Vieles im Beitrag der Autoren Baumgartner und Busato über die Risikoselektion in der Grundversicherung [1] ist richtig und unbestritten, drei Aspekte aber nicht:

1. Die Autoren übernehmen den Vorwurf des Tagesanzeigers vom 27.9.2011, Comparis helfe den Kassen aktiv bei der Risikoselektion: Auf dem Comparis-Prämienrechner sind sämtliche Grundversicherungsprämien. Der User kann alles vergleichen, aber nur dort direkt Offertanfragen zum Versicherer generieren, wo der Versicherer das zulässt. Dort, wo die Möglichkeit nicht besteht, via comparis.ch direkt, bequem und kostengünstig eine Offertanfrage zu generieren, muss direkt der Versicherer oder ein Makler kontaktiert werden. Comparis kann Versicherer nicht zu Offertanfragen zwingen. Das ist übrigens auch beim Prämienrechner des Bundes prominfo.ch so. Trotzdem kommt auch der Tagesanzeiger nicht auf die Idee zu behaupten, die Aufsichtsbehörde helfe den Kassen aktiv bei der Risikoselektion. Weder priminfo.ch noch die für die Offertanfragen eingesetzte Bambus-Software sind gratis, wie die Bundesverwaltung das behauptet.
2. Baumgartner/Busato schlagen den Medikamentenkonsum als Indikator für eine weitere Verfeinerung des Risikoausgleichs vor: Alter und Geschlecht sind statistisch relevante Risikoindikatoren. Spitaltaufenthalt und Medikamentenkonsum sind Konsumindikatoren. Mehr Risikoausgleich mit Konsum- statt Risikoindikatoren setzt für Versicherer *und* Leistungserbringer den falschen Anreiz der Umsatzsteigerung. Besser als Spitalaufenthalt und Medikamentenkonsum sind Diagnosedaten, gekoppelt mit Globalbudgets und transparenter Outcome-Qualität. Gegen Diagnosedaten als Morbiditätsindikatoren würden sich die Leistungserbringer ebenso sträuben, wie sich die Spitäler gegen die Lieferung der Diagnosedaten an die Versicherer zur Rechnungskontrolle sträuben. Werden Rechnungen nach Tagespauschalen kontrolliert, muss die Anzahl Behandlungstage auf jeder Rechnung stehen. Werden Rechnungen nach Fallpauschalen kontrolliert, müssen auf jeder Rechnung Diagnose, allfällige Nebendiagnosen und Behandlungsprozeduren stehen, weil die Fallpauschalen so definiert sind.
3. Die Autoren wollen die neuen KVG-Bestimmungen über Managed Care nach einem Ja am 17. Juni ja nicht vor der Risikoausgleichsreform in Kraft setzen, weil sonst die Kassen die Netzwerke nach der Morbidität ihres Patientenstammes auswählen würden. Auch hier irren sie sich. Die Kasse übernimmt ja nicht den Patientenstamm des Netzwerks. Sie handelt schon jetzt mit dem Netzwerk ein Globalbudget für die eigene Netzwerkkundschaft aus. Da erfahrungsgemäss kranke Versicherte den Versicherer kaum wechseln, obwohl sie das dürften, hat jeder Versicherer ein Interesse daran, dass seine kranken Kunden gut und kosteneffizient behandelt werden. Beim aktuellen Risikoausgleich will die Kasse damit aber nicht neue, kranke Kunden anziehen.

Fazit: Es ist nicht so trivial, die Anreize bei der Verfeinerung des Risikoausgleichs richtig zu setzen. Der verfeinerte Risikoausgleich ohne

Managed Care birgt die Gefahr einer weiteren Mengenausweitung ohne Mehrwert für die Patienten. Managed Care, verfeinerter Risikoausgleich, neue Spitalfinanzierung und transparente Qualität bilden eine solide Basis für richtige Anreize in der Grundversicherung. Es ist etwas gar trivial und schlicht falsch, Comparis als Handlanger der Risikoselektion hinzustellen.

Felix Schneuwly,
Head of Public Affairs, comparis.ch AG, Zürich

1 Baumgartner C, Busato A. Risikoselektion in der Grundversicherung. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(13):510–3.

Die Prophylaxe der Frühgeburt

Der Beitrag «Perinatale Betreuung an der Grenze der Lebensfähigkeit zwischen 22 und 26 vollendeten Schwangerschaftswochen» in der Schweizerischen Ärztezeitung [1] veranlasst mich, zum Thema Stellung zu nehmen.

Es ist erstaunlich, dass die universitäre Medizin keine Kenntnis nehmen will, dass die Frühgeburt verhindert werden kann. Vermutlich weil damit kein Geschäft zu machen ist. Heutzutage dreht sich alles um das Geld. Die teuren Apparate, mit denen nicht lebensfähige Frühgeburten um jeden Preis am Leben erhalten werden sollen, werden von einem profitablen Industriezweig hergestellt. Es werden immer frühere und leichtere Frühgeborene am Leben erhalten; ich habe schon von überlebenden Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von 280 g gehört. Keine Rolle spielt dabei, dass diese Kinder keine gesunden Menschen werden können. Die Rekordjagd geht weiter. Diesen Kindern werden durch Überdruckbeatmung die Lungen zerstört, und der reine Sauerstoff führt zu Erblindung. Hauptsache ist, dass sie am Leben bleiben. Über diese Dinge – Sinn oder Unsinn – kann man diskutieren.

Wichtig ist die Prophylaxe der Frühgeburt, und sie ist möglich. Leider ist sie nur wenigen bekannt, und lediglich ein kleiner Kreis von Ärzten wendet sie an. Das Medikament, das dabei zum Einsatz kommt, heisst Bryophyllum 33% Dilutio von der Weleda AG. Das Problem ist vermutlich, dass es kein Produkt der pharmazeutischen Industrie ist. Es ist ein Phytotherapeutikum, ein Pflanzenextrakt. Ich habe in meiner Praxis in Muttenz (Kanton Baselland) seit 1983 mit Bryophyllum gearbeitet und ich habe damit die Frühgeburtenrate auf unter 1% drücken können (europäischer und schweizerischer Durchschnitt 7–8%). Meine Erfahrungen habe ich in der «Therapeutischen Umschau» Band 59, Heft 12, 2002 publiziert; das Echo darauf war gleich null. 2005 habe ich das AHV-berechtigte Alter erreicht und meine Praxis in Muttenz verlassen, seither arbeite ich in meiner ursprünglichen Heimat Ungarn. Die Erfolge mit Bryophyllum sind identisch. 99% der Schwangeren erreichen die 37. Schwangerschaftswoche. Wenn man meine Empfehlungen landesweit anwenden würde, könnte man mindestens 80% der Abteilungen für Frühgeburten schliessen. (Allerdings würden dann viele Pfleger arbeitslos.)

Was ist der Grund der Frühgeburt? Ich weiss es nicht. In manchen Fällen ist es die mechanische Schwächung der Cervix uteri: Interruptiones, Konisationen – die anderen sind unbekannt. Die Behauptung ist falsch, dass 30% der Frühgeburten durch die Streptokokken verursacht werden. Für die übrigen 70% hat die universitäre Medizin auch keine Erklärung. In meiner Studienzeit (Universität Bern, Geburtshilfe und Gynäkologie, Leitung Prof. Dr. med. W. Neuweiler) habe ich gelernt, dass die Streptokokken bei 40% aller Frauen zur Vaginalflora gehören. Nun sind diese Streptokokken «Erreger» geworden. 30% aller Frühgeburten sollen angeblich durch Streptokokken verursacht werden, bei einer Frühgeburtenrate von 7 bis 8% wäre das bei 2,1 bis 2,4% aller Geburten der Fall. Wenn diese Behauptung zutreffen würde, wie käme ich in meinem Kollektiv dann auf eine Frühgeburtenrate von 1%, obwohl ich nie ein Screening auf Streptokokken gemacht habe?

Dies sollten sich die geschätzten Kollegen überlegen und sich dann um die Prophylaxe der Frühgeburten kümmern. Die Dosierungsempfehlungen für Bryophyllum sind in meiner Publikation in der «Therapeutischen Umschau» angegeben. Ich versichere Ihnen, dass ich von der Weleda AG nicht bezahlt werde für die Bewerbung dieses Produktes.

Ich hoffe, dass diese Zeilen etwas bewirken werden.

Dr. med. Istvàn Vilàghy, Ispànk, Ungarn

1 Berger TM, Bernet V, El Alama S, Fauchère JC, Hösli I, Orion O, Kind C. Perinatale Betreuung an der Grenze der Lebensfähigkeit zwischen 22 und 26 vollendeten Schwangerschaftswochen. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(4):97–100.

Communications

Examen de spécialiste

Examen de spécialiste en vue de l'obtention du titre de spécialiste en médecine tropicale et médecine de voyages

Lieu: Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut Basel

Date: jeudi, 13 décembre 2012

Délai d'inscription: 30 juin 2012

Vous trouverez de plus amples informations sur le site web de l'ISFM www.siwf.ch → formation postgraduée médecins-assistants → Examens de spécialiste

Société Suisse de Médecine d'Urgence et de Sauvetage SSMUS

Examen Attestation de formation complémentaire médecine d'urgence hospitalière SSMUS

Examen oral (français et allemand)
Lieu: Berne

Date: 2 novembre 2012

Délai d'inscription: 20 septembre 2012

Examen pratique (français et allemand)

Lieu: Lausanne, CHUV

Date: 12 novembre 2012

Délai d'inscription: 20 septembre 2012

Vous trouvez des informations supplémentaires sur le site de la SSMUS www.sgnor.ch → AFC's → AFC médecine d'urgence hospitalière SSMUS ou vous les recevez auprès le secrétariat général: sekretariat[at]sgnor.ch

Caisse de secours des médecins suisses

Contributions reçues

Du 1er janvier au 31 mars 2012, nous avons reçu 277 dons d'une valeur totale de 42 475.60 francs. Le Conseil de fondation de la Caisse de secours des médecins suisses est très content de pouvoir publier ces chiffres et tient à remercier vivement tous les donateurs. Afin que les contri-

butions puissent être versées entièrement aux destinataires, nous avons pris la décision de renoncer à l'envoi de lettres de remerciement pour les dons inférieurs à 500 francs. Nous espérons que les donateurs feront preuve de compréhension et nous leur adressons encore une fois nos remerciements.

Le trésorier du Conseil de fondation

Société Suisse de Médecine Intensive (SSMI)

Prix SSMI 2012

Dans le cadre de la Réunion annuelle de la Société Suisse de Médecine Intensive, deux prix d'un montant total de 8000 francs seront attribués pour les meilleurs travaux scientifiques publiés dans le domaine de la médecine intensive. Ces prix concernent les travaux publiés ou acceptés pour publication en 2011/2012 dans des revues révisées. Ceux-ci doivent provenir d'une unité de soins intensifs suisse. Plus d'informations au sujet du prix SSMI et les lauréats vous trouvez sur le site de l'association www.sgi-ssmi.ch dans la rubrique recherche.

Les manuscrits sont à adresser au président de la SSMI au plus tard *jusqu'au 31 mai 2012*: sgi[at]imk.ch, PD Dr Y. Gasche, Président SSMI, Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI), c/o IMK, Münsterberg 1, 4001 Basel.

Les prix seront remis aux bénéficiaires lors de la réunion annuelle du 15 au 17 novembre 2012 à Bâle.

Société suisse pour l'étude des cephalées (SSC)

Bourse de recherche Hansruedi Isler 2012

La SSC décerne la bourse de recherche «Hansruedi Isler» d'une valeur de 5000 francs récompensant les travaux scientifiques traitant d'une recherche dans le domaine des céphalées. L'évaluation des travaux soumis sera faite par un jury qui décernera la bourse de recherche lors du congrès annuel de la SSC.
L'auteur ou responsable du travail doit travailler en Suisse. Les cadres ayant un titre de privat-docent ou de professeur ne seront pas admis.
Sont à joindre à la demande un plan de recherche (au maximum 2 pages A4), un budget (au maximum une page A4) ainsi que le CV du requérant. Le travail doit être soumis sous forme de PDF. Le lauréat est tenu de rendre un compte rendu (une page A4) sur le déroulement du projet scientifique dans l'année qui suit. Celui-ci sera publié sur le site internet de la SSC. La candidature peut être soumise au maximum deux fois de suite, à moins que le contenu du travail de recherche n'ait fondamentalement changé. Le jury se compose de membres de la société Suisse pour l'étude des céphalées ainsi que du président de la société, présidant également le jury. Le jury peut être complété au besoin par des experts externes. L'évaluation se fait par vote secret et le résultat est communiqué après réception de toutes les notes.

Délai de soumission: *30 juin 2012*.

Société Suisse de Neurochirurgie (SSN)

Prix de recherche

La Société Suisse de Neurochirurgie (SSN) met en 2012 un prix de recherche au concours doté d'une somme de 10 000 francs, soutenu et financé par les hôpitaux de Bâle, Berne, Genève, USZ Zurich, Saint-Gall, Aarau, Lausanne et Hirslanden Zurich. Peuvent prendre part au concours les médecins qui exécutent un projet de recherche dans une clinique ou institution suisse. L'inscription doit contenir une courte description du projet ainsi que le curriculum du directeur de projet. Les critères d'évaluation complets sont disponibles sur le site web de la SSN (www.swissneurosurgery.ch).
Conditions de candidature: Le travail peut être présenté au maximum deux années consécutives, excepté si le contenu du travail de recherche a été substantiellement changé. Les candidats doivent être âgés de moins de 40 ans au moment du dépôt de la candidature. Le candidat déposant son dossier ne peut être agrégé.
Critères d'évaluation du travail de recherche: L'attribution des points s'effectue selon les critères suivants: intérêt pour la neurochirurgie; contenu du projet de recherche; structure de l'étude; qualité de l'hypothèse; traitement du fond scientifique; forme, etc.; originalité; soutien financier accordé (faisant preuve de la bonne qualité et de la réalisation du travail de recherche)
Limite d'inscription pour le prix de recherche est *le 30 juin 2012*. Les dossiers sous forme électronique (PDF) sont à envoyer au secrétariat de la SSN: sgn[at]imk.ch

Akademien der Wissenschaften Schweiz

Nutzen und Wert medizinischer Leistungen
«Methoden zur Bestimmung von Nutzen bzw. Wert medizinischer Leistungen»: Diese Studie haben im Auftrag der Akademien der Wissenschaften PD Dr. Matthias Schwenkglenk und Dr. Florian Gutzwiller vom Institut für pharmazeutische Medizin der Universität Basel erstellt. Der Bericht beschreibt die Methoden zur Bewertung medizinischer Leistungen sowie deren Anwendung in verschiedenen Ländern mit Vor- und Nachteilen. Es erfolgt eine zusammenfassende Beurteilung der möglichen Bedeutung dieser Methoden für die Schweiz. Die Studie wurde im Rahmen einer Tagung am 29. März 2012 in Bern der Öffentlichkeit vorgestellt.
Die Studie ist als PDF im Internet unter folgender Adresse zugänglich:
www.akademien-schweiz.ch/dms/D/Publikationen/Berichte/Gutzwiller_et_al_2012.pdf

Hans Neuenschwander-Fonds

Sparsamer Landarbeiter spendet sein Vermögen für Fortbildung junger orthopädischer Chirurgen und orthopädische Forschungsprojekte

Der während vieler Jahre im Gutsbetrieb der St. Petersinsel tätig gewesene 1905 geborene Hans Neuenschwander wurde 1962 wegen seiner Coxarthrose im Inselspital operiert. Dem alleinstehenden, dankbaren Patienten gefiel die Idee, bei seinem Ableben sein verbliebenes Vermögen einer Stiftung zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung und Fortbildung auf dem Gebiet der Orthopädischen Chirurgie zukommen zu lassen. Am 17. 8. 1963 setzte er die Inselspitalstiftung als einzigen Erben seines Nachlasses testamentarisch ein. Nach seinem Tod am 5. 4. 1966 hinterliess er ein Vermögen von 534 768.45 Franken, das von den Inselbehörden am 17. 10. 1967 als «Hans Neuenschwander-Fonds» übernommen wurde. Der Fonds leistete in 30 bewilligten Beitragsgesuchen für Weiterbildung junger orthopädischer Chirurgen im Ausland, für Anschaffungen zu Forschungszwecken und für wissenschaftliche Forschungsprojekte von 1967–2011 insgesamt 1 179 500 Franken. Das Fondsvermögen stieg bis 2010 auf 1 405 331.45 Franken.
Am 9. 11. 2011 beschloss die Kommission des Hans Neuenschwander-Fonds, dass künftige Gesuche für Beiträge aus dem Fonds an den Direktor der Universitätsklinik für Orthopädische Chirurgie des Inselspitals Bern zu richten sind, der gemeinsam mit dem ärztlichen Direktor des Inselspitals über das Gesuch entscheidet. Der Leiter «Stiftungen und Fonds des Inselspitals» ist zuständig für die Erstellung der Jahresrechnung. Die Bevollmächtigten des Hans Neuenschwander-Fonds stehen unter der Aufsicht des Direktionspräsidenten des Inselspitals.
Der einfache, dankbare Bürger Hans Neuenschwander ist ein Vorbild für die private Spendenbereitschaft zugunsten der wissenschaftlichen Ausbildung und Forschung.

Prof. Dr. med. Max Geiser