

Courrier au BMS



Es gibt schon taugliche Praxissoftware-Lösungen

Zum Beitrag «Das Institut für Praxisinformatik (IPI) ist dringend nötig» [1]

Ohne langes Wenn und Aber, ja vielleicht, aber sicher nicht auf Kosten der Ärzteschaft. Wenn sich Ärzte auf die Fahne schreiben, die Praxissoftware neu zu erfinden, ist das natürlich ihr gutes Recht, aber nicht auf Kosten der FMH-Mitglieder.

Subjektiv könnte man nach dem Lesen des Artikels «Das Institut für Praxisinformatik (IPI) ist dringend nötig» [1] glauben, dass die Ärzte von den Softwarehäusern zu untauglichen Lösungen förmlich gezwungen werden, weil die Software von Technokraten (Programmierern!) und nicht von Ärzten gemacht wird. Das ist so natürlich schon lange nicht mehr richtig und hat verständlicherweise zum Ziel, der Ärzteschaft glaubhaft zu machen, dass ohne IPI die Softwarehäuser an den Ärzten vorbei ihre Lösungen entwickeln.

Heute sind die führenden Softwarehersteller mit engagierten Ärzten in Kontakt, und es käme sicher keinem Entwicklungsverantwortlichen in den Sinn, Software nach seinem Gusto zu entwickeln. Zu gross ist heute die Konkurrenz zwischen den etablierten Praxissoftware-Herstellern und zu anspruchsvoll sind die meist bestens informierten und sorgfältig evaluierenden Ärzte. Es herrscht also ein gesunder Wettbewerb, dem sich diese Firmen stellen müssen. Genau so müsste es auch für die Dienstleistungen von IPI sein.

Wenn sich heute ein Arzt für eine Software entscheidet, weiss er ziemlich genau, was er will. Junge Ärzte haben nicht nur Erfahrung mit einer elektronischen Krankengeschichte, sie kennen sich auch mit allen elektronischen Kommunikationsmöglichkeiten aus. Allein aus diesen Gründen könnte heute kein Ärzte-Softwarehaus mehr überleben, würde es nicht auf die aktuellen Anforderungen der jungen und IT-erfahrenen Ärzte/-innen eingehen.

Wenn IPI der Heilsbringer der «unwissenden» und papierverliebten Ärzte sein möchte, sollen sie sich ebenfalls dem Wettbewerb stellen. Die Software evaluierenden Ärzte können dann selber entscheiden, ob ihnen die Dienste der IPI etwas wert sind. Eine Subvention durch die FMH wäre also der Sache in keiner Weise dienlich.

Was ich jedoch unterstützen würde, wäre eine gesamtschweizerische Know-how-Datenbank à la FIRE. Eine Datenbank, die heute leider eher verkümmert und schweizweit praktisch unbekannt ist. Anhand dieser Datenbank, mit wenigen Erweiterungen, hätten heute alle Ärzte einen direkten Nutzen. Bei solchen Projekten müssten sich das BAG, eHealth Suisse oder die FMH engagieren, und nicht bei IPI.

Für Kolleginnen und Kollegen, die weder FMH Services noch FIRE je gehört haben, ist dieser Artikel sicher (noch) wenig informativ. Sobald Sie sich aber mit einer elektronischen Krankengeschichte befassen, werden Sie feststellen, dass Ihre Daten und Erfahrungen, natürlich anonymisiert, vielleicht auch noch anderen Kollegen von Nutzen sein könnten. Voraussetzung ist natürlich, dass bei der Codierung einer Diagnose eine gewisse Systematik angewendet wird.

Spätestens nun sollten Sie sich fragen, ob sich die FMH nicht besser an einem Projekt wie FIRE beteiligen sollte als an einer Firma wie IPI, die zuerst den Beweis erbringen muss, dass sie einen tatsächlichen Nutzen für uns alle hat.

Als unverbesserliche Idealistin bin ich noch immer der Hoffnung, dass die Damen und Herren, die hinter FIRE stecken, endlich die notwendige Aufmerksamkeit und Unterstützung für dieses zukunftsgerichtete Projekt erhalten werden. Wenn die FMH (also wir alle) schon Beiträge leisten sollen, dann bitte in Projekte, die die Qualität unserer Dienstleistungen weiter verbessern und so auch einen Nutzen für das gesamte Gesundheitswesen in der Schweiz garantieren.

Was ich an dieser Stelle aber auch noch anfügen möchte, ist, dass ich auch ohne IPI eine absolut begeisterte und zufriedene Anwenderin einer Schweizer Ärzte-Software bin, die mir täglich einen echten Nutzen bringt. Und ich bin sicher, es gibt Hunderte von Ärzten, die das von sich ebenfalls behaupten können und die nicht die gleiche Software nutzen wie ich.

Also auch ohne IPI findet man eine taugliche Lösung, und ich vertraue den Softwarehäusern aus reinem Selbstinteresse, dass sie innovativ genug sind und unsere und die zukünftigen Anforderungen abdecken werden.

Dr. med. Verena Meier, Cham

- 1 Schilling G, Bhend H. Das Institut für Praxisinformatik (IPI) ist dringend nötig. Schweiz Ärztezeitung. 2013;94(39):1473.



Renaissance der Anamnese

Wenn sich in kurzer Folge mehrere Artikel der Schweizerischen Ärztezeitung mit den elektronischen Patientendossiers befassen [1–3], ist es offenbar höchste Zeit, die Kunst der Anamnese auch mit moderner Informationstechnik zu erhalten und weiterzuentwickeln. Die anonyme Poolung der mit guten Anamnesen erhobenen Daten könnte zu ganz neuen Erkenntnissen führen. Die Standardisierung der Befragungen darf aber die Freiheit für individuelle Texteingaben nicht zu sehr einschränken.

Die Anamnese ist das einzige medizinische Instrument, das nie veraltet und nach jahrelangem Gebrauch immer besser wird. Der anfänglich hohe Zeitaufwand für das ärztliche Gespräch und die unmittelbare körperliche Untersuchung (Status) lohnt sich, weil danach sehr oft bereits die richtige Diagnose gestellt oder vermutet werden kann. So erübrigen sich ungezielte Laboruntersuchungen und teure bildgebende Verfahren. Sparen ist zwar nicht das Ziel einer gewinn- und fallzahlenorientierten Gesundheitsindustrie, es sollte aber zum professionellen Selbstverständnis gehören, sich nicht unter zeitlichem oder ökonomischem Druck, geschweige denn aus Eigeninteresse als Zuhälter für unseriösen Aufwand zu betätigen. «Weil das Eintritts-CT keinen Befund ergab, entschlossen wir uns zu einer Anamnese»?

Die Anamnese ist nicht nur diagnostisch wertvoll, sondern auch therapeutisch wirksam, wenn die Patienten ihre Beschwerden und Ängste «abladen» können. Das schafft eine Basis des persönlichen Vertrauens, zwei Menschen kommunizieren. Das ist nicht der Fall, wenn die Hilfesuchenden gleich zu Beginn die bohrenden Fragen einer ihnen oft nicht bekannten Person wie in einem Verhör mit Ja/Nein oder Zahlenangaben zu beantworten haben, die sofort auf Papier notiert oder im PC eingetippt werden. Wenn sich heute elektronische Eingabemasken zuerst für das aktuelle Befinden und das jetzige Leiden interessieren, ist das immerhin ein erfreulicher Fortschritt im Vergleich zu überlieferten KG-Formularen, wo die Familienanamnese zuoberst stand und (nur von Anfängern?) auch bei Notfällen zuerst abgefragt wurde.

Schenken Sie jedem Patienten zu Beginn der Konsultation einen warmen Händedruck und einen aufmerksamen Augen-Blick, mit dem Sie

den oft entscheidenden ersten Eindruck gewinnen. Zudem haben alle Patientinnen und Patienten im Wartezimmer den Bonus für einen mindestens zweiminütigen Monolog verdient, bei dem sie nicht voreilig unterbrochen werden dürfen. Diese ärztlichen Schweigeminuten sollten aber nicht nur die knauserigen 18 Sekunden andauern wie das Gedenken für verstorbene Vereinsmitglieder.

Paradigmawechsel zeichnen sich ab: Die Nichtimmer-Erreichbarkeit wird neu zum Statussymbol der Top-Manager und Spitaldirektoren, elektronische Kommunikationsgeräte sind in noblen Restaurants verpönt, Liebespaare sitzen ohne Handy in der Gartenbeiz, Schulklassen üben sich im zeitweisen Verzicht auf SMS und Facebook.

So könnte auch der Beginn jedes ärztlichen Gesprächs in der Praxis und jeder Visite am Spitalbett wieder zu einem Akt apparatloser Zuwendung werden, ohne elektronisches Zubehör und ohne röhrenförmigen Blick auf Bildschirme. Erst das Befinden, dann die Befunde. Alles andere ist Beilage.

Dr. med. Bernhard Gurtner, Wetzikon

- Schilling G, Bhend H. Das Institut für Praxisinformatik (IPI) ist dringend nötig. Schweiz Ärztezeitung. 2013;94(39):1473.
- Biedermann BC. Elektronische Krankengeschichte und Patientendossiers. Höchste Zeit für einen Paradigmawechsel. Schweiz Ärztezeitung. 2013;94(45):1720-2.
- Printzen G. Gesetz über das elektronische Patientendossier - von Haken und Ösen. Schweiz Ärztezeitung. 2013;94(47):1771.



Über Medizinethnologie, ...

Sehr geehrte Mitglieder der Redaktion
Der Beitrag von Herrn Wolff in der SÄZ-Ausgabe 44 [1] macht mich traurig. Es scheint mir unangebracht, das sensible Thema der weiblichen Beschneidung als Aufmacher zu wählen, um für Medizinethnologie und das kulturelle «Verstehen» zu werben. Aber klar, damit sichert man sich Aufmerksamkeit.

Was mich besonders stört: Herr Wolff nennt den Ansatz der Autorin zwar «herausfordernd», übernimmt von ihr aber doch unwidersprochen, wie sie die weibliche Beschneidung als kulturell anererkennungswürdige Tradition idealisiert und dabei vollständig ausblendet, unter welchen erbärmlichen Bedingungen und welchem Zwang die Mehrzahl dieser Eingriffe vorgenommen wird. Und woraus schliesst sie, dass sie kein nachhaltiges Trauma hinterlassen?

Es ist nicht das erste Mal in diesem Jahr, dass in der SÄZ ein Thema einseitig gebracht wird; ver-

mutlich, um damit eine Diskussion zu provozieren. Das Resultat fällt aber zwiespältig aus und ist meines Erachtens der SÄZ unwürdig – und glücklicherweise haben sich die Leserinnen und Leser bisher diesen Versuchen gegenüber weitgehend immun gezeigt.

Meinungen – ja, aber bitte basierend auf einer ausgewogenen Darlegung der Fakten und Umstände. Ich denke, dies kann von den Autoren, die in «unserem Heft» publizieren, erwartet werden. Möglich, dass dann ein Thema plötzlich nicht mehr so spannend ist und sogar über die Klinge springen muss. Dies scheint es mir im Interesse der Qualität und der Reputation der SÄZ und der dahinterstehenden FMH aber wert.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Andres Schneider, Belp

- Wolff E. Über Medizinethnologie, weibliche Beschneidung und das kulturelle «Verstehen». Schweiz Ärztezeitung. 2013;94(44):1694.

Antwort

Sehr geehrter Herr Schneider

Vielen Dank für Ihre Meinung zu meinem Artikel. Vorab nur kurz: Ich kann in meinem Artikel keine unwidersprochene Übernahme einer Idealisierung der weiblichen Genitalbeschneidung finden. Viel wichtiger aber: Ich freue mich, in Ihrer Zuschrift einen Gedanken zu finden, der für mich auf die zentrale Frage hinführt: Ist es «unangebracht, das sensible Thema der weiblichen Beschneidung als Aufmacher zu wählen, um für Medizinethnologie und das kulturelle «Verstehen» zu werben»? Dass es mir nicht einfach um Aufmerksamkeit für ein kleines Fach geht, habe ich versucht klarzumachen, indem ich das grundsätzliche Problem am Ende aufgeworfen habe «Wo liegt die Schmerzgrenze für das kulturelle «Verstehen»?». Ich bin, anders als Sie, überzeugt, dass diese Frage gesundheitspolitisch immens «spannend» und wichtig, ja sogar zentral ist, weit über das kleine Fach hinaus. Zudem wird das Problem gerade – vielleicht sogar erst – bei sensiblen Themen (bis hin zur genannten Shoa) richtig deutlich.

Ich erlaube mir, Ihren wichtigen Gedanken eigenmächtig weiterzuspinnen: Sollte man bei Themen, die einen emotionalen zum Engagement in eine Richtung treiben, wie es bei der weiblichen Beschneidung oft der Fall ist, «verstörende» (so der Kommentar einer Kollegin) Gedanken um des Engagements für eine «gute Sache» willen beiseitlassen? Meine historischen Untersuchungen zum Thema Schutzimpfung haben mich zum Schluss kommen lassen, dass es mehr öffentliches Vertrauen in das eigene Engagement für eine «gute Sache» aufbaut, wenn man dabei mögliche Problemzonen nicht verschweigt. Dies ist mir erst durch Ihren Leserbrief wieder richtig in den Sinn gekommen.

Ich nehme Ihren Leserbrief zudem gerne zum Anlass, Ihnen zu versichern, dass mich das Thema ebenfalls emotional berührt und mir mein Bauch und grosse Teile des Kopfes Schlimmeres als nur ein Unverständnis für die weibliche Genitalbeschneidung mitteilen. Trotzdem finde ich gerade die auch mich «verstörenden» Gedanken wichtig.

PD Dr. rer. soc. Eberhard Wolff, Redaktor Kultur, Geschichte, Gesellschaft

Redaktionelle Ergänzung

Kollege Andres Schneider spricht die Vermutung aus, dass die Redaktion der SÄZ Themen einseitig «bringt», «um damit eine Diskussion zu provozieren». Dies ist nicht die Richtschnur unserer redaktionellen Tätigkeit. In Rubriken wie «Standpunkt» oder der redaktionellen Kolumne «Zu guter Letzt» sollen aber auch pointierte Meinungen vertreten werden dürfen, sofern sie inhaltlich und formal im Einklang mit den in den Autorenrichtlinien festgehaltenen Grundsätzen stehen. Die Redaktion prüft die in aller Regel spontan eingereichten, also nicht «bestellten» Beiträge nach bestem Wissen und Gewissen auf die Einhaltung dieser Grundsätze, ohne den Anspruch auf Unfehlbarkeit zu erheben.

Dr. med. Bruno Kesseli, Chefredaktor



Ces pratiques restent sans justification éthique

En réponse à l'article sur la réflexion ethnique sur la circoncision [1]

Je n'ai pas très bien compris la dernière phrase! Mais la ligne rouge me paraît claire: c'est la contrainte. Vous le dites vous-même: le rite de l'excision vise à asservir, comme tous les bizutages ou rites de passage! Comment peut-on faire, éthiquement, dépendre l'appartenance, la participation à la vie d'une société à une mutilation, à la douleur, à l'abaissement de la personne quand précisément la société est faite pour défendre la personne, avec tout son arsenal légal et/ou coutumier? D'ailleurs cela est-il un moyen efficace de garantir la fidélité? Le manque d'orgasme en est-il le garant? Pourquoi ce rite se fait-il sur des personnes mineures, voire des bébés (comme la circoncision), qui n'ont pas leur pleine capacité de discernement, et pas des adultes? Simplement parce que l'on se marie tôt? Je n'y crois pas un seul instant. Comme dans beaucoup de sociétés qui s'accrochent à des pratiques anciennes (la burka en fait par-

tie), il leur manque de reconnaître que la cause de pratiques «infidèles» est dans l'esprit de l'homme ou de la femme, dans un mouvement projectif bien connu, bien commode car il dispense de réfléchir, et dont ces populations auraient du se distancer depuis longtemps. Ces pratiques restent donc pour moins détestables, sans justification éthique.

Dr Virgile Woringer, Lausanne

- 1 Wolff E. Réflexions sur l'ethnologie médicale, l'excision et la «compréhension». Bull Méd Suisses. 2013;(44):1694.



Jahresbericht über die Aktivitäten der FMH im Bereich MPA

Bezugnehmend auf den Jahresbericht über die Aktivitäten der FMH im Bereich MPA in der SÄZ Nr. 46 vom 13. 11. 2013 [1] möchte ich Folgendes als Leserbrief festhalten:

Dr. Thomas Heuberger schreibt zum Thema Weiterbildung MPA, dass der BSMPA das Projekt «Berufsprüfung Medizinische Praxisassistentin mit eidg. Berufsprüfung» zwar nicht behindert, es aber nicht unterstützt. Das stimmt. Wieso wir (BSMPA) das tun, schreibt er aber nicht. Darum möchte ich hier kurz unsere Position klarstellen:

1. Wir wurden an die ganztägige Sitzung vom 2. 4. 2013 (organisiert vom BAG) am Sitz der be-med AG, zur Feinjustierung und Definition möglicher Konfliktlinien mit den anderen Berufsverbänden, nicht eingeladen.
2. Der Inhalt dieses Weiterbildungsprojektes enthält keine wesentlichen Neuerungen, welche zu weiteren Kompetenzen der MPA führen würden. Er entspricht im Wesentlichen dem, was schon die Grundausbildung der Medizinischen Praxisassistentin beinhaltet. Dieser Fakt lässt die Befürchtung zu, dass, falls das Projekt in der vorliegenden Form impliziert wird, uns aus der Grundausbildung Teile weggenommen werden, um sie in das Weiterbildungsprojekt zu verlagern. Das heisst folglich, dass unsere Grundausbildung nach unten nivelliert und somit unser Beruf massiv abgewertet wird. Die Folge wäre, dass die Ärzte im Praxisleben keine gut grundausgebildeten Praxisassistentinnen mehr hätten. Das können wir in keiner Weise unterstützen. Es darf nicht sein, dass aus unserem Ausbildungsplan Fächer in die Weiterbildung transferiert werden, die dann im Weiterbildungsprojekt teuer bezahlt werden müssten. Das steht zwar noch nirgends geschrieben, aber wer folgerichtig überlegt und weiterdenkt, kommt zu diesem Schluss.

3. Das jetzt beim SBFI (vormals BBT) vorliegende Projekt ist viel zu teuer. Eine Praxisassistentin muss dafür mit ca. CHF 20000.– rechnen (Kurskosten, Arbeitszeit, Spesen). Einen wesentlich höheren Lohn kann sie nicht erwarten, weil es im TARMED noch gar keine Positionen gibt, welche die Arbeit einer MPA abbilden.
4. Das vorliegende Projekt besteht aus Modulen, welche zum Teil frei gewählt werden können. Das ergibt keine einheitliche Ausbildung.

Wir (BSMPA) sind nicht gegen eine Weiterbildung der Praxisassistentin. Wir streben einen Eidgenössischen Fachausweis an, in dem alle im gleichen Rahmen weitergebildet werden. Dazu muss vorgängig von der FMH die Abgeltungsregelung via TARMED geklärt werden. Denn nur wenn der Arzt neuerworbene Leistungen der Praxisassistentin abrechnen kann, ist er auch bereit, einen besseren Lohn zu bezahlen.

Margrith Gertsch, MPA, Rüeggisberg, Präsidentin Berufsverband Medizinischer Praxisassistentinnen

- 1 Sury A. Jahresbericht über die Aktivitäten der FMH im Bereich MPA. Schweiz Ärztezeitung. 2013;94(46):1733–6.



Falsche Sicherheit

Zum Artikel «Datenrevolution und Gesundheitswesen» [1]

Am letzten Freitag um 18 Uhr berichtete mir eine Pflegerin der Spitex notfallmässig über sechswöchige Diarrhoe einer Kundin, einer Patientin, die vor 6 Wochen vom Spital entlassen wurde und die sich seither nicht bei mir meldete. Nach kurzer Suche fand ich, dass die Spitalverordnung für Laxativa noch nicht gestoppt wurde. Vom Verordnungszentrum, den Apothekern, dem Richtdienst für Medikamente im Spitexzentrum, dem Transportdienst der Dosierungsboxen und wechselnden Verantwortlichen für die richtige Einnahme der Medikamente wurde bis dahin die Verordnung richtig übermittelt und kein Fehler festgestellt. So können zu viel Erfassung und Kontrollen von Daten falsche Sicherheit vortäuschen und von selbständig verantwortetem Denken abhalten, da ja andere gedacht haben. («All zu viel ist ungesund» sive «Zu viele Köche verderben den Brei».)

Dieses Beispiel ist typisch und steht für täglich mehrfach erlebte ähnliche Fehler. In Ihrem Artikel geht es um Terrabytes, Leistungsabrechnungen der Helsana, um Werte an der Börse,

Lifftüren, Kreditfirmen, Drehbücher als Blockbuster, Vernetzung von Patienten, Entwicklung künftiger Kosten, analytische Fähigkeiten und um einen leistungsfähigeren Kundendienst.

Sie haben recht: Wir brauchen Zukunft, Arbeitsplätze, Qualität und Glaube an Fortschritt. Mein zentrales Anliegen sind aber meine Patienten und deren privates Erleben von Gesundheit. Um dies zu erreichen, ist permanente Rückmeldung der Wirkung von Therapien und Reflexion mit gesundem Menschenverstand notwendig. Heute bezahlen viele Patienten im Namen von Fortschritt, Qualität und Arbeitsplätzen oft einen zu hohen Preis (am schlimmsten seit Durchführung des Erwachsenenschutzrechtes).

Dr. med. Dieter Stäger, Zürich

- 1 Szucs T. Datenrevolution und Gesundheitswesen. Schweiz Ärztezeitung. 2013;94(47):1796–7.



Die obligatorische Grundversicherung muss unabhängig werden

Im aufschlussreichen Beitrag «Datenrevolution und Gesundheitswesen» [1] wird verdeutlicht, welche Möglichkeiten sich durch die Aufarbeitung digitaler Datenberge eröffnen. Der Verwaltungsratspräsident der Helsana-Gruppe, Prof. Szucs, schildert, dass seine Versicherung Daten durch entsprechende Analyse im Einklang mit der Unternehmensstrategie nutzen und dadurch einen Wettbewerbsvorteil gegenüber der Konkurrenz ausschlagen kann. Was für Helsana AG gut ist, muss nicht im Interesse der Versicherten sein. Über die obligatorische Grundversicherung gelangen die privaten Kassen automatisch zu sensiblen Patienten-Daten, ohne Widerspruchsrecht der Betroffenen! Im Jahr 2010 wurde von einer Ärztesgruppe die eidgenössische Volksinitiative «Transparenz in der Krankenversicherung» lanciert und von der FMH mit unterstützt. (Leider kamen die notwendigen Unterschriften nicht zusammen.) Ziel der Initiative war die vollständige organisatorische und juristische Trennung

Lettres de lecteurs



Envoyez vos lettres de lecteur de manière simple et rapide. Sur notre site internet, vous trouverez un outil spécifique pour le faire. Votre lettre de lecteur pourra ainsi être traitée et publiée rapidement. Vous trouverez toutes les informations sous: www.bullmed.ch/auteurs/envoi-lettres-lecteurs/

zwischen der Grundversicherung und den Zusatzversicherungen. «Transparenz ist unerlässlich, wenn in der Krankenversicherung wieder ein Klima des Vertrauens herrschen soll.» «Ohne Transparenz sind die notwendigen Reformen unseres Gesundheitssystems zum Scheitern verurteilt. Dieses Anliegen ist aktueller denn je, und die Bürgerinnen und Bürger unseres Landes erkennen immer klarer die Notwendigkeit einer umfassenden Reform. Wir werden uns deshalb sicher sehr bald wieder mit dem Thema beschäftigen müssen.» Wie richtig die Einschätzung unserer Kollegen im Jahr 2012 – nach dem Scheitern der Initiative – war, erleben wir heute: Die Versicherungslobby mobilisierte gegen Bundesrat Berset's Vorschlag einer strikten Trennung von Grund- und Zusatzversicherungen. Auch das griffige Aufsichtsgesetz über die obligatorische Grundversicherung fand keine Gnade. (NB: Bei den Zusatzversicherungen musste die Finma, das dafür

zuständige Aufsichtsorgan, für 2014 Prämienenkürzungen in Höhe von 300 Millionen verfügen!) Das Taktieren der Versicherungslobby ist derart dreist, dass die liberale Aargauer FDP-Ständerätin Frau Egerszegi die Nase voll hat und öffentlich ihr Gefallen an der «Initiative für eine öffentliche Krankenkasse» (Einheitskasse) bekundet. Diese bezweckt nämlich die Etablierung einer nationalen, öffentlich-rechtlichen Institution, womit das Hauptanliegen der Transparenz-Initiative erfüllt wäre. Einige Unterstellungen und Fehlinformationen der Gegner seien richtiggestellt: Die freie Arztwahl, Managed-Care-Modelle, wohlverstanden auf freiwilliger Basis, und die kantonalen Regelungen für die Selbstdispensation werden dadurch überhaupt nicht tangiert. Als Leistungserbringer wird die Ärzteschaft im Aufsichtsorgan der nationalen öffentlichen Krankenkasse ihre Stimme haben und die Grundversicherung mitgestalten können. Bedeutet

das eine «Verstaatlichung des Gesundheitswesens»? Endlich werden einheitliche Vorgaben gelten, so beispielsweise in der Tarifpolitik, im Formularwesen oder bei Kostengutsprachen. Dadurch wird der bürokratische Aufwand sicher kleiner. Das Monopol einer öffentlich-rechtlichen (halbstaatlichen) Einheitskasse ist dem unkontrollierbaren Kartell der Privatversicherer allemal vorzuziehen und billiger, wie der Vergleich der Verwaltungskosten zwischen der SUVA und den privaten Unfallversicherern zeigt (6,75% versus 12,5%). Es gibt viele Gründe, weshalb diese Initiative, welche im nächsten Jahr zur Abstimmung kommt, mit der Unterstützung durch die FMH rechnen kann.

Dr. med. Peter Flubacher, Basel

1 Szucs T. Datenrevolution und Gesundheitswesen. Schweiz Ärztezeitung. 2013;94(47): 1796–7.

Sujets actuels de forum

Joignez la discussion en ligne sur www.saez.ch



PD Dr méd. Franz F. Immer, spécialiste FMH en chirurgie cardiaque, CEO de Swisstransplant

Dons d'organes

Le consentement présumé est-il non-éthique?

Photo: FelderVogel, Melchior Bürgi



Cristina Galfetti, psychologue sociale M.A., coach pour les patients, elle-même atteinte d'une maladie chronique
Fondatrice de cg-empowerment

Patient-Empowerment

Réflexions d'une patiente



Dr méd. Peter Kleist, directeur médical de GSK en Suisse

Est-il si difficile que ça d'atteindre la transparence dans la recherche clinique?

Quand on veut, on peut!