

Briefe an die SÄZ



Wirkungen stationärer Fallpauschalen auf den ambulanten Bereich

Mit Einführung von Fallpauschalen im stationären Gesundheitsbereich befürchtet die ambulant tätige Ärzteschaft, dass durch Verlagerung von medizinischen Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich infolge Mengenausweitung tarifarisches Mechanismen (LeiKoV) ausgelöst werden, welche die Einkommenssituation der Ärzte in den Praxen negativ beeinflussen könnten. Die FMH hat daher im Rahmen der Begleitforschung zur Einführung der SwissDRG eine entsprechende Studie in Auftrag gegeben [1]. Dass unter Fallpauschalen bezüglich Vorabklärung/Vorbereitung und Nachbehandlung Teilleistungen vermehrt in den ambulanten Praxis-/Spitalbereich verlagert werden, ist aus der Perspektive des akutstationären Bereichs aus ökonomischen Gründen zu erwarten.

Das gleiche Phänomen zeigte sich in der Schweiz schon vor der TARMED-Ära Anfang der 1990er Jahre mit dem vermehrten Aufkommen von Tageskliniken mit dem Unterschied, dass damals die Verlagerung von Teilleistungen aus organisatorischen Gründen erfolgte und bei der ambulant in Praxen tätigen Ärzteschaft keine entsprechenden Befürchtungen auslöste. Eine Mengenausweitung führte bei den damaligen kantonalen Tarifverträgen zu keinen Kosten-stabilisierenden Mechanismen, da dies noch gar nicht vorgesehen war. Strittig war in einzelnen Kantonen (Kt. Zürich) nur, ob die ursprünglich stationär, dann in Tageskliniken erbrachten medizinischen Leistungen mit dem ambulanten Tarif der Arztpraxis abzurechnen waren, oder ob dabei der stationäre Spitaltarif weiterhin massgebend blieb. Die Grenzziehung stationär-ambulant mit der Definition «mindestens 24 Stunden Hospitalisationszeit und damit Bettenbelegung um Mitternacht» führte bei einer «Hospitalisation unter 24 Stunden», wie es ja bei Tageskliniken der Fall war, auch nicht zu klaren Verhältnissen [2].

Mit Einführung des KVG 1996 schien sich eine Lösung anzubahnen, indem im ursprünglichen Gesetzestext neu drei Bereiche vorgesehen waren: stationär – teilstationär – ambulant. Weder im Gesetz noch in den nachfolgenden Verordnungen waren aber die für die Tarif-/Finanzierungssysteme und Statistiken wichtigen Bereichsgrenzen definiert. Bei der

bald folgenden Gesetzesrevision ging das Parlament den Weg des geringsten Widerstandes und strich den Begriff «teilstationär» wieder. Nach KVG darf es nur noch schweizweit einheitliche Tarifstrukturen geben. Die Tarife müssen sachgerecht und betriebswirtschaftlich gerechnet sein. Die im schweizerischen Gesundheitswesen massgebenden Akteure einigten sich 2004 im ambulanten Bereich auf den Einzelleistungstarif TARMED und 2012 im stationären Bereich auf den Fallpauschalentarif SwissDRG. Zusatzleistungen dürfen, sofern ausgewiesen, nur im stationären Bereich zuhanden einer Privatversicherung zusätzlich in Rechnung gestellt werden (Tarifschutz). Eine direkte Mitfinanzierung durch den Staat findet nur im stationären Bereich statt.

Unter diesen Voraussetzungen stehen in tariflicher, finanzierungsmässiger und statistischer Hinsicht im schweizerischen Gesundheitswesen Tageskliniken auch seit Einführung KVG weiterhin in einem «rechtsfreien Raum». Es ist daher unschwer zu kombinieren, welcher der massgebenden Akteure an einer medizinischen Leistungserbringung in Tageskliniken – eine jedenfalls wirksame Form der Kostenstabilisierung – mehr oder weniger interessiert ist [3]. Eine vermehrte Aufmerksamkeit vonseiten FMH/fmCh und H+ wäre daher auch diesem Teilgebiet der operativen Medizin, das seit Jahren in den angelsächsischen und skandinavischen Ländern grossen Zuspruch erfährt, immer noch zu wünschen.

Dr. med. Karl Niedermann, Küssnacht

- 1 Lobsiger M, Meyer St, Pfinninger T, Tondelli T, Kägi W, Felder S. Wirkungen stationärer Fallpauschalen auf den ambulanten Bereich in den Jahren 2009–2011. Schweiz Ärztezeitung. 2013;94(3):43–5.
- 2 Niedermann K. Politische Defizite als Teilursache der Kostenmisere im Schweizerischen Gesundheitswesen. Schweiz Ärztezeitung. 2002;83(35):1817.
- 3 Niedermann K. Ein Lehrstück helvetischer Polit- und Behördenkultur. Schweiz Ärztezeitung. 2004;85(22):146–8.



Riskantes Schweigen des FMH-Präsidenten

Politisch beurteilt stellen die «freie Arztwahl» und die «Selbstdispensation» (SD) unumstrit-

tene Grundsatzentscheide unserer Bevölkerung dar. Sie dürfen jedoch nicht als selbstverständlich zu erachtende «Cartes Blanches» betrachtet werden, wie dies FMH-Vizepräsident Ernst Gähler in seinem Editorial zur SD zu pflegen scheint [1]. Im Interesse vieler gemäss Art. 33 HMG, Art. 56 Abs. 3 KVG, Art 322ter ff. StGB und Art. 38 FMH-Standesordnung korrekt verordnender Ärztinnen und Ärzte forderte Jacques de Haller zur Verteidigung der SD deshalb stets die Offenlegung der in Ärztenetzwerken mit integrierter medizinischer Versorgung (Managed Care) über Geheimverträge intransparent geregelten Arzneimittelverordnung ein.

Die Förderung der Hausarztmedizin über «Retrozessionen/Kickbacks» als gezielte Zweckentfremdung von Prämiegeldern in einzelnen Netzwerken stellt eine äusserst kontrovers diskutierte ökonomische Übervorteilung dieser marktstärkender, wettbewerbsverzerrender Positionierung einzelner Hersteller und Versicherer dar. In diesem Abrechnungssystem muss von massiven Rabatten der Hersteller gegenüber den Versicherern in Höhe von bis zu 70% unter Fabrikabgabepreis gerechnet werden, um einem Netzwerk einen Gewinnanteil von bis zu 70 Franken pro OP eines gezielt verordneten Generikums (z.B. aus der Gruppe der Statine) seitens der Versicherer als angeblich qualitätsfördernde ärztliche Zusatzleistung – um gesetzmässig nicht als «geldwerter Vorteil» zu gelten – gewähren zu können.

FMH-Präsident Jürg Schlup hüllt sich in vornehmes Schweigen. Sein Vize, Ernst Gähler, selbst ein Mitglied eines in Verdacht stehenden, «Kickback»-erhaltenden Netzwerkes, äussert sich nun zum über finanzielle Verordnungsanreize leicht korrumpierbaren Regime der SD, anstatt diplomatisch in dieser Debatte zur parlamentarischen Wahrung der Glaubwürdigkeit der FMH in den Ausstand zu treten. Kein Wunder, gerät die SD, aber auch das Regime «Rezeptur» bei dieser Zweckentfremdung von Prämiegeldern in dreistelliger Millionenhöhe erneut unter Druck. Angesichts der «Abzockerinitiative» und der stets steigenden Krankenkassenprämien ist es zur Wahrung der Glaubwürdigkeit der FMH und jedes einzelnen Arztes von enormer Bedeutung, nicht länger zu schweigen, sondern Stellung zu den vorliegenden Retrozessionen und Geheimverträgen im Gesundheitswesen zu beziehen, ansonsten man im wirtschaftlichen Interesse der Industrie und Versicherer nur zu einer fremdgesteuerten Marionette zu mutieren droht und seine Glaubwürdigkeit nachhaltig aufs Spiel setzt.

Ein parlamentarisches Verbot der SD würde angesichts der aktuell unbefriedigenden Tariflösung unserer Hausärzte zusätzlich zu einem überlebensnotwendigen Einkommensverlust führen. Sie darf aber auch nicht als selbstverständlich zu erachtende Einkommensquelle zur Rechtfertigung der aktuell vorliegenden Retrozessionen missbraucht werden. Die FMH braucht deshalb dringend einen Stellung beziehenden und nicht einen in dieser Angelegenheit schweigenden Präsidenten.

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

- 1 Gähler E. Die Selbstdispensation ist eine Erfolgsgeschichte. Schweiz Ärztezeitung. 2013; 94(3):41.



Pharmakovigilanz – ein unsicheres Geschäft

Zu «Pharmacovigilance und Spontanmeldungen unerwünschter Arzneimittelwirkungen 10 Jahre nach Inkrafttreten des Heilmittelgesetzes» [1]

In der Swissmedic-Festschrift zum 10-Jahr-Jubiläum des Inkrafttretens des Heilmittelgesetzes findet sich ein bemerkenswertes Statement: «Das (Pharmakovigilanz-)System erlaubt ... keine zuverlässige Aussage über die Häufigkeit einer unerwünschten Arzneimittelwirkung (UAW)». Weder die Anzahl der UAW noch die Zahl der behandelten Patienten werden systematisch erfasst.

Aus obiger Aussage kann gefolgert werden, dass mit dem bestehenden Pharmakovigilanz-System UAW, die lediglich die Inzidenz auch sonst vorkommender Gesundheitsstörungen steigern, nicht mit genügender Zuverlässigkeit detektiert werden können. Just zu dieser Lücke in der Medikamentenüberwachung haben wir 2012 einen Aufsatz im European Journal of Clinical Pharmacology veröffentlicht [2], in dem wir eine neue Klasse von UAW vorschlagen, die die natürliche Veranlagung (Disposition) von Individuen verstärken, bestimmte Krankheiten zu entwickeln (z. B. L-Dopa und Osteoporose). Diese UAW werden umso häufiger verpasst, je mehr der folgenden Faktoren vorhanden sind:

- Häufiges Vorkommen der Krankheitsentität, auch bei Patienten, die das Medikament nicht verwenden
- Schleichender Beginn
- Fehlende Unterscheidbarkeit von «normalen» Altersleiden
- Auftreten bei Anwendung von «altbekanntem» Mitteln
- Langzeitanwendung

- Anwendung bei alten oder gebrechlichen Personen
- Vorhandensein von alternativen Erklärungen

Signale für solche UAW könnten lediglich mit einer systematischen Suchstrategie detektiert werden.

Übrigens wurde unser Artikel bei der von den Autoren verwendeten Begriffen («Signal detection pharmacovigilance») nicht entdeckt, da er mit «Drug surveillance» und «Adverse drug reactions» referenziert war. Die Suche nach diesen zwei Stichworten ergibt über 20000 Artikel.

Dr. med. Markus Gnädinger, Steinach, und Dr. med. Hans-Ulrich Mellinghoff, St. Gallen

- 1 Levy G, Caduff P, Stoller R: Pharmacovigilance und Spontanmeldungen unerwünschter Arzneimittelwirkungen 10 Jahre nach Inkrafttreten des Heilmittelgesetzes Schweiz Ärztezeitung. 2013;94(4):101–4.
- 2 Gnädinger M, Mellinghoff HU: The out-of-focus bias in drug surveillance, Eur J Clin Pharmacol 2012, DOI 10.1007/s00228-012-1371-x.



Verhüten von Verzweiflungstaten

Auch nach der Lektüre des sehr lesenswerten Berichtes über die Podiumsdiskussion der SÄZ vom 27. 11. 2012 von Anna Sax [1] vermisste ich einen wesentlichen Aspekt, der meines Wissens in den unzähligen Artikeln über Suizidhilfe, sogar in den Infos von EXIT, nicht erwähnt wird. Wie steht es um die missglückten echten Suizidversuche, die zu dauernder physisch und/oder geistig bedingter voller Invalidität führen? Wir gross ist deren Zahl, und was bedeuten deren menschliche und auch finanzielle Folgen?

Ich habe zweimal ein solch tragisches Schicksal – als junger Assistenzarzt und später als schon reifer Kliniker – miterlebt und bin zeitlebens davon geprägt. Die Belastung für den Patienten und besonders auch für dessen Familie ist unvergleichlich viel grösser. Sterbehilfeorganisationen können sicher auch viele solche Fälle verhindern. Das Verhüten solcher Verzweiflungstaten ist auch eine ärztliche Aufgabe; sei es im Extremfall durch Suizidhilfe.

Dr. med. Eduard Mattmann, Luzern

- 1 Sax A. Suizidhilfe – (k)eine ärztliche Aufgabe? Schweiz Ärztezeitung. 2013;94(4):108–11.



L'insoutenable légèreté de la FMH...

Fin décembre 2012, la journée de consultation débute par une demande de transfert des dossiers médicaux de trois patients d'une famille suivie depuis plusieurs années.

Aux ressources financières limitées, ils ont choisi, comme bien d'autres, l'option «médecin de famille» avec réduction de primes proposée par ASSURA. Cette assurance refuse de rembourser mes patients depuis cet été car elle m'a exclu de ce modèle pour le seul motif que je suis porteur de deux titres FMH (médecine interne et immuno-allergologie). Le soir même, je transmets donc les dossiers à un collègue avec une excellente formation médicale, mais non reconnue à l'époque par la FMH, lui permettant ainsi d'être accepté par ASSURA... encore une journée ordinaire!

Le maintien de l'obligation de contracter, plébiscité par le peuple suisse, est ainsi bafoué dans le cadre de l'assurance-maladie de base et les porteurs de deux titres FMH en subissant jour après jour les conséquences, leur unique tort étant d'avoir effectué une formation complémentaire reconnue...

Depuis début 2010, cette discrimination injustifiée et aberrante a été dénoncée sans relâche auprès de la FMH par notre groupement de spécialistes afin de défendre nos droits à un traitement équitable par les assureurs. La situation empire. De plus en plus de patients nous quittent pour des raisons financières. Conséquence immédiate, la destruction de la relation de confiance et de la connaissance de nos patients, construite sur des années, essentielle pour le maintien d'une médecine économique et de qualité. Médecin indépendant, c'est aussi une atteinte inacceptable à notre outil de travail.

L'inertie de la FMH face à nos demandes répétées est incompréhensible. Minoritaires (le problème touche essentiellement les porteurs de deux titres en Suisse Romande), nous avons fait preuve de patience pendant de longs mois, toujours dans l'attente de réponses ou de promesses non tenues... Pourtant, notre exclusion pourrait aussi toucher d'autres médecins, peut-être demain le collègue qui a reçu mes dossiers? et après-demain d'autres, mais sur quels critères, le coût de leur travail? leur appartenance politique ou religieuse? La porte est maintenant ouverte à toutes les dérives...

Au sabotage délibéré de notre activité médicale par ces assureurs, il faut malheureusement ajouter une inactivité coupable de la FMH, sensée défendre ses membres, mais qui ne prend pas au sérieux nos difficultés et finalement nous laisse tomber. Une telle attitude s'accommode mal avec les salaires confortables et les pa-

rachutes dorés récemment étalés dans la presse...
Avec l'espoir d'être entendu et qu'un vent nouveau soufflera au sein de la FMH en 2013!

Dr Christian Frigerio, Paudex



Credits für Sprachkurse

In fast jedem medizinischen *paper* wird auf die Wichtigkeit der Anamnese hingewiesen, in jedem medizinischen Algorithmus findet sich ein Kästchen «Anamnese». Mehr Zeit für den Patienten, zum Gespräch mit dem Patienten, ist eine Forderung, die immer lauter ertönt. Das Gespräch als wichtiges Werkzeug ist nicht nur dem Psychiater vorbehalten.

Nirgends in einer Fortbildungsordnung finden sich *credits für Sprachkurse*. Es ist höchste Zeit, dass solche anerkannt werden, was ohne juristische Neuerung möglich ist in: Fortbildungsordnung (FBO) «Art. 4 a) Allgemeine oder besondere Fortbildung: Kurse ...»

Es darf doch nicht sein, dass ein Kardiologe zur vollen Erfüllung seiner restlichen Creditspflicht Vorträge über Epidemiologie des Prostatacarcinoms besuchen kann, jedoch Serbischkurse, um seine Patienten besser zu verstehen, abgelehnt werden.

Dr. med. Johann Jakob, Bad Ragaz



Ärztstopp nur noch für Fachärzte?

Auch ein teilweiser Zulassungsstopp für Ärzte ist mit nationalem Recht (passive Wirtschaftsfreiheit, persönliche Freiheit u. a.), dem Freizügigkeitsabkommen Schweiz-EG (FZA) und mit dem Allgemeinen Übereinkommen über den Handel mit Dienstleistungen (GATS) unvereinbar. Und v. a. wird hierbei ein Problem übersehen, weswegen man in der alten EWG bzw. der EU von solchen Scheinlösungen Abstand nahm: Es würden immer mehr Ärztinnen und Ärzte in die Hausarztmedizin gehen, und zum Schluss fehlt es an gutaus- und weitergebildeten anderen Fachärzten!

Dr. iur. utr. Udo Adrian Essers, Küsnacht



Schweizer Sprachregelung

Hochdeutsch: im Elternhaus nie, im Kindergarten sporadisch, in der Schule ungeliebte Pflicht Grundsätzliches:

- Im Gegensatz zu dem als Muttersprache empfundenen und verinnerlichten Dialekt bleibt Hochdeutsch weiterhin eine in der Schule erlernte Fremdsprache.
- Auch die Schweizer Deutschlehrer und Kindergärtnerinnen fühlen sich von Haus aus unsicher in der hochdeutschen Sprache. Sie mussten Deutsch ja selbst ebenfalls als Fremdsprache lernen.
- Im Schulunterricht wird in vielen Fächern konstant weiterhin Dialekt gesprochen.
- Eine allen Deutschschweizern gemeinsame Sprache existiert nicht. Es gibt weder ein einheitliches Vokabular noch eine definierte Schweizerdeutsche Grammatik.

Was «native» Schweizer sich mit der Sprachregelung selbst antun:

- Bei Konversation mit nativ Deutschen bzw. den «sekundären», in der deutschen Sprache aufgewachsenen Schweizern sind mehr oder weniger bewusste Unterlegenheitsgefühle der ausschliesslich im Dialekt aufgewachsenen Schweizer Mitbürger keineswegs selten.
- Die Kommunikation der Deutschschweizer untereinander stösst zwangsläufig auf erhebliche Schwierigkeiten (Züridütsch vs. Berndütsch vs. Baseldütsch vs. Walliserdütsch vs. usw.), erst recht die Kommunikation von Schweizern mit Landsleuten aus der Romandie oder aus dem Tessin.
- Bei kantonsübergreifenden Kongressen und Tagungen wird zumeist Englisch gesprochen.
- Unsicherheiten, Schwächen und Fehler beim Abfassen von Dokumenten in der deutschen Schriftsprache sind ausserordentlich verbreitet. Siehe dazu auch die Ergebnisse der PISA-Erhebungen.
- Einheimische, international berühmte Schweizer Autoren schreiben und schrieben in ebendieser, in der Schule als Fremdsprache erlernten, verpönten Sprache. Dass sie

aus diesem Grunde von ihren Landsleuten eher selten und mit eingeschränktem Genuss gelesen werden, würde nicht verwundern.

Was Schweizer «sekundären» Schweizern mit der Sprachregelung antun:

- Eine allseits befriedigende Integration ist nur über eine gemeinsame Sprache möglich.
- Der im Hochdeutschen sicherere primär Deutsche hat keinerlei Chance, sich vollständig zu integrieren: Sein Schweizerdeutsch behält einen bestenfalls belächelten, schlimmstenfalls verhassten deutschen Akzent.
- Zur Einbürgerung in der Deutschschweiz werden mit gutem Grund Deutschkenntnisse verlangt. In der Praxis sind damit jedoch perfekte Fertigkeiten im jeweils lokalen Schweizer Dialekt gemeint, ein letztendlich unerreichbares Ziel.
- Der im Hochdeutschen sicherere, im Dialekt jedoch unveränderlich schwache Deutsche gilt deshalb gemeinhin als arrogant. Es ist dies das in Umfragen am häufigsten benannte Vorurteil gegenüber deutschen Mitbürgern.
- Deutsch, also die in der Deutschschweiz gültige, in Ämtern und Medien benutzte Landessprache, ist vielerorts regelrecht verhasst: Man spricht und liest z. B. von einer «unerträglichen Germanisierung der Schweizer Universitäten», und Ähnlichem mehr. Dieser Hass gilt dann leicht auch den deutschen Mitbürgern selbst.
- Auch nach der Einbürgerung muss sich mancher Deutsche vielerorts nach wie vor als unerwünschter Fremdkörper fühlen, z. B., wenn er in einem Leserbrief zur Kenntnis nehmen muss, dass der Schreiber auch einen eingebürgerten Deutschen mit allen unangenehmen Eigenschaften und Vorurteilen belegt, insbesondere natürlich der sprichwörtlichen Arroganz. Auch der eingebürgerte Deutsche ist vielerorts, um ein weiteres Beispiel zu nennen, als Nachtessensgast mit seiner hochdeutschen Muttersprache eher unbequem, so dass man es lieber bei zwar zahlreichen, jedoch unverbindlichen Absichtserklärungen belässt. Dergleichen Beispiele gäbe es noch manche.

Dr. med. Klaus Kellermann, Männedorf