

Courrier au BMS



26-Milliarden-KVG-Markt

Zum Leserbrief von Dr. Niedermann [1]

Sehr geehrter Herr Dr. Niedermann

Sie stossen sich in Ihrem Brief an meiner Formulierung «26-Milliarden-KVG-Markt». Ich verstehe ihren Einwand, wenn ich den Ausdruck «kommerzieller KVG-Markt» einsetze, was dann aber eine *contradictio in adjecto* wäre. Ökonomen verstehen unter einem Markt den Ort, wo Nachfrager und Anbieter zusammen kommen, um Waren und Dienstleistungen zu tauschen. Das muss nicht zwingend geldgesteuert sein. Der politische Markt läuft über (gleichverteilte) Stimm- und Wahlzettel (auch hier zieht man den Wettbewerb der Ideen einem Gewaltmonopol vor), der Beziehungs- und Heiratsmarkt läuft bei uns praktisch ohne Geld ab. Im KVG Markt geht es um die Nachfrage nach medizinischen Dienstleistungen oder Gütern (z.B. Medikamenten). Wir sind uns sicher einig, dass es sich hier um eine sehr besondere, weil oft existentielle Nachfrage handelt. Darum ist nicht verwunderlich, dass dieser Markt besonderen Schutz erfährt. Über eine obligatorische Versicherung soll die Nachfrage jederzeit zahlungsfähig gemacht werden, auch gibt es non-profit Vorschriften (zwingend für die KVG-Krankenversicherer(!)), freiwillig (soviel ich weiss) für die Spitex, aber beispielsweise nicht gegeben für die ambulanten Ärzte) und weitere sozialpolitisch motivierte Regelungen. Der Vorteil von Märkten ist der: Sie sind spontan und effizient. Effizienz bedeutet, dass sie (tendenziell zumindest) sicherstellen, dass mit den vorhandenen Mitteln so vielen bedürftigen Personen wie irgend möglich geholfen werden kann. Von Monopolen weiss man, dass sie (nicht zwingend) effizient sind. So formuliert hat die Effizienzanforderung durchaus eine ethisch wichtige Tragweite. Darum bin ich für einen KVG-Markt im Gesundheitswesen, wobei es selbstverständlich ist, dass dieser Markt spezifischen Regulierungen unterworfen sein muss.

Prof. Dr. Konstantin Beck,
Leiter CSS Institut

1 Niedermann R. 26 Milliarden für den Markt oder die Gesundheit? Schweiz Ärztezeitung. 2014;95(20):777.



Argumentation lacunaire

Prof. J.-Fr. Etter au sujet de la cigarette électronique

Ses projections parfaites, son anglais sans faute et sa diction pondérée sollicitaient le soutien des docteurs lors du congrès des sociétés Suisses de pneumologie et de pneumologie pédiatrique à Interlaken le 9 mai 2014. L'e-cigarette serait *la révolution* dans les efforts de santé publique, comparable à l'introduction des antibiotiques dans l'arsenal thérapeutique. Et que la récente prise de position de nos sociétés [1], tout comme la réglementation de l'Union Européenne à ce sujet, seraient des regrettables méprises du potentiel de ce produit technologique de pointe, destiné à endiguer l'épidémie du tabagisme. Le Prof. Etter défend partout depuis une année avec obstination la même argumentation [2, 3], toujours avec les mêmes lacunes:

- Si l'e-cigarette, (selon sa vision) devait un jour remplacer la cigarette auprès des tabagiques dépendants, elle devrait actuellement être un moyen de désaccoutumance efficace. Or, ceci n'est pas le cas. Les rares études, suffisantes sur le plan méthodologique, sont négatives [4, 5].
- Les efforts actuels de prévention du tabagisme sont les plus efficaces, là où comme en Australie, (pays de liberté, où seulement 12% de la population fument), les réglementations refoulent de manière cohérente la fumée du quotidien de la société. Le professeur Etter ne mentionne pas que l'e-cigarette s'oppose à cette dé-normalisation de la fumée et qu'elle est un moyen de banalisation de la fumée pour les enfants et la jeunesse
- Il est naïf de vouloir faire croire au public que la large diffusion de l'e-cigarette par les forces du marché réduira l'utilisation du tabac à un taux négligeable. Les multinationales du tabac se sont introduites massivement dans le marché de l'e-cigarette. Et elles, qui depuis Lausanne et Genève dominent à la manière des cartels le marché du tabac de la culture de la plante jusqu' à la dépendance de leurs clients, se chargeront sans doute, à l' aide des e-cigarettes, des e-shishas et bien d' autres astuces du marketing et du sponsoring, que les jeunes tenteront comme à présent, d'essayer l' original

de tabac, plutôt que la copie électronique. Le Prof. Etter de l'institut de médecine sociale et préventive de l'université de Genève n'a pas convaincu à Interlaken, mais semé la confusion. Est-ce qu'il a servi la prévention du tabagisme avec cette attitude?

Dr Rainer M. Kaelin, Médecine interne
et Pneumologie FMH, Morges

- Société Suisse de Pneumologie (SSP), Société Suisse de Pneumologie pédiatrique (SSPP). Prise de position sur la Cigarette électronique. Bull Méd Suisses 2014;95(16/17):645-6.
- Jean-François Etter: Should electronic cigarettes be as freely available as tobacco? Yes. BMJ 2013;346:f3845 doi: 10.1136/bmj.f3845 (published 14 June 2013).
- Jean-François Etter: La vérité sur la cigarette électronique. Editions Fayard, Paris. Octobre 2013.
- Bullen C, Howe C, Laugesen M et al. Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomised controlled trial. Lancet 2013;382:1629-37.
- Caponetto P, Campagna D, Cibella F et al. Efficiency and Safety of an electronic Cigarette (ECLAT) as Tobacco Cigarette Substitute: A prospective 12 - month Randomized Control Study Design Study. Plos One 2013;8:e66317.

La cigarette rendue obsolète par la e-cigarette

Réponse à la lettre de Dr Kaelin

- Bien que lacunaires, les études portant sur l'impact de la e-cigarette (EC) sur l'arrêt du tabac suggèrent que la EC aide à arrêter de fumer ou à réduire sa consommation de tabac. Il est vrai cependant que les résultats des deux essais randomisés publiés à ce jour sont peu convaincants, parce que dans ces études on a utilisé des EC de première génération, qui délivrent peu de nicotine. Les nouveaux modèles délivrent plus de nicotine et sont donc plus efficaces. De plus, il est difficile d'ignorer que dans les pays comme la France où la EC est très utilisée, les ventes de tabac ont connu une chute sans précédent.
- L'argument selon lequel la EC renormaliserait le tabac n'est pas étayé par des données et il manque de logique. Vapoter incite à vapoter, pas à fumer. Les méthodes classiques de prévention n'éradiqueront pas le tabagisme, et personne ne croit qu'elles permettront d'atteindre prochainement une prévalence du tabagisme de 12% en Suisse. Avec notre politique actuelle, cet objectif sera atteint dans 30 ans au mieux. On ne peut pas attendre.

- C. Les analystes financiers prédisent que d'ici 10 ans, la moitié du marché de la cigarette disparaîtra au profit des EC et des autres nouvelles technologies de vaporisation de la nicotine et du tabac. La cigarette ne disparaîtra pas, mais elle est rendue obsolète par ces technologies. Qu'on le veuille ou non, l'industrie du tabac sera un acteur incontournable dans cette révolution pour la santé publique, car elle dominera le marché des vaporisateurs de tabac et de nicotine.
- D. Jusqu'ici, la dépendance à la nicotine n'a été observée que chez des personnes qui ont commencé à utiliser la nicotine avec du tabac. L'initiation à la dépendance nicotinique n'a été observée que de manière exceptionnelle chez des personnes n'ayant jamais utilisé de tabac [1]. A ce jour, l'usage quotidien de EC chez des personnes n'ayant jamais fumé n'a pas été rapporté dans la littérature scientifique. L'hypothèse selon laquelle la EC conduirait au tabagisme n'est donc pas étayée par les faits. Au contraire, la prévalence du tabagisme diminue chez les jeunes dans les pays où la EC est populaire (p. ex. France) [2].
- E. Plusieurs recommandations listées dans la prise de position de la Société Suisse de Pneumologie sur la EC, publiée en avril 2014, sont contraires à la santé publique (p. ex. interdiction du liquide nicotiné et de la publicité, impôt punitif, etc.). En s'attaquant à la EC, les pneumologues paraissent vouloir défendre la «cancerette». Je les invite à réfléchir de manière plus approfondie à ce sujet important.

Prof. Dr Jean-François Etter,
Institut de Médecine Sociale et Préventive, Genève

- 1 Etter JF. Addiction to the nicotine gum in never smokers. BMC Public Health 2007;7:159.
- 2 Le tabac «ringardisé» par la cigarette électronique chez les jeunes. Libération, 16 mai 2014.



Die Einheitskasse wäre kinderfeindlich

Zum Beitrag «Stimmfreigabe-Beschluss der Ärztekammer» [1]

Obwohl die Autoren N Wille, M Wepfer und J Schlup sich in der Schweizerischen Ärztezeitung vom 21. 5. 2014 um eine objektive Darstellung des Pro und Contra «für eine öffentliche Krankenkasse» bemüht haben, ist eine Ergänzung des Sachverhalts angebracht: Die Einheitskasse wäre kinderfeindlich. Diese Schlussfolgerung drängt sich auf bei der Annahme der «Volksinitiative für eine öffentliche Krankenkasse»: Ein Gutachten des St. Galler Rechtsprofessors Ueli Kieser weist darauf

hin, dass diese Initiative eine Einheitsprämie vorsieht [2]. Die derzeitigen tieferen Kinderprämien wären dann hinfällig. Eine Familie mit zwei Kindern (z. Zt. im Hausarztmodell) müsste z. B. CHF 480 mehr bezahlen pro Monat (ein Plus von 81%).

Dr. med. Peter Merian, Basel

- 1 Wille N, Wepfer M, Schlup J. Stimmfreigabe-Beschluss der Ärztekammer. Schweiz Ärztezeitung. 2014;95(21):811-3.
- 2 Feusi D: Einheitskasse stellt Kinderprämie in Frage. Basler Zeitung vom 24.5.2014



Hausärzteorganisation ist gegen die Einheitskasse

Zum Artikel «Stimmfreigabe zur öffentlichen Krankenkasse» [1]

Die Ärztekammer hat sich leider nicht zu einer klaren Stellungnahme durchgerungen und hat Stimmfreigabe beschlossen. Immerhin hat unser Präsident verschiedene Pro- und Contra-Argumente aufgelistet. Wir meinen, dass die Contra-Argumente klar zutreffen, während die Pro-Argumente eher blauäugig sind. Glaubt jemand wirklich, eine Einheitskasse würde auf die Wirtschaftlichkeitskontrolle verzichten, welche vielen von uns schon schlaflose Nächte bereitet hat? Zugegeben: auch wir ärgern uns über den Pseudowettbewerb um die guten Risiken und über den Marketingaufwand der Kassen. Jedoch kostet das nur einen Bruchteil der 5% Administrationskosten der Kassen (95% werden als Leistungen ausbezahlt). Die erhofften Einsparungen würden durch den höheren Verwaltungsaufwand der Riesenorganisation «öffentliche Krankenkasse» längst aufgefressen, von der milliardenteuren Systemumstellung und Softwareentwicklung einmal abgesehen. Die Nachteile des heutigen Systems können mit einem verbesserten Risikoausgleich und besserer Kontrolle durch das BAG reduziert werden, ohne gleich das Kind mit dem Bade auszuschütten. Die Hausarztmedizin in der Schweiz ist eng mit der Entwicklung von Managed Care und Ärztenetzen verknüpft. Neben zweckmässigen Organisationsstrukturen und der Verpflichtung zur Qualitätsarbeit hat diese Entwicklung intensive Kontakte unter den Hausarztkollegen und einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf Form, Inhalt und Qualität von Fortbildungsveranstaltungen gebracht. Dies wirkt sich befruchtend und bereichernd auf die alltägliche Praxis und Behandlungsqualität aus, wovon alle Ärzte und Patienten profitieren. Eine künftige Einheitskasse wird versucht sein, Managed Care als Normalfall zu definieren, für den es weder für Patienten noch für Ärzte einen Anreiz bedarf. Die

bisher partnerschaftlich vereinbarten Massnahmen (u. a. Qualitätsarbeit) würden als Obligatorium top-down verordnet, mit vorhersehbar dem desaströsen Effekt auf die Motivation der Zwangsverpflichteten. Die einzelnen Ärzte (ob Haus-, Spezial- oder Spitalärzte) und auch die Patienten sähen sich einem Moloch gegenüber, der mit ihnen nach Belieben umspringt. Unsere Stellungnahme ist klar: Die Einheitskasse hätte verheerende Folgen für Ärzte und Patienten und muss abgelehnt werden.

Dr. med. Heini Zürcher,
Hausarzt, Argomed Ärzte AG

- 1 Schlup J. Stimmfreigabe zur öffentlichen Krankenkasse. Schweiz Ärztezeitung. 2014;95(21):809.



Drei Antworten

Zum Brief von Dieter Würsten [1] und zum Artikel von Tina-Maria Willner [2]

Lieber Dieter, ich danke dir für deinen Brief «Drei Fragen» in der SÄZ vom 21.05.14. Mir geht es wie Dir, was hoffentlich nicht an unserer humanistischen Bildung liegt.

(1) Ich frage mich oft, wo das Problem liegt, wenn ich einen Artikel lese, den ich nicht oder höchstens nach dreimaliger Lektüre einigermaßen verstehe. In diesem Punkt bist Du mir mit Deinem Brief zuvor gekommen, denn ich hatte vor, mich zum Artikel von Frau Dr. Willner «Zwischen Ethos und Markt» in der SÄZ vom 14. Mai zu äussern. Ich begann den Artikel mit Interesse zu lesen, musste aber bald feststellen, dass ich nicht verstand, was die Autorin sagen will, und dass ich keine Antworten auf die mich interessierenden Fragen fand. Ich habe deshalb die Originalarbeit herunter geladen, aber ich habe es noch nicht geschafft, die 688 Seiten lange Dissertation zu lesen (mit Ausnahme von Seite 689 mit dem CV).

Klar hat jede Fachrichtung ihre Sprache, aber wenn wir einen gemeinsamen Dialog führen wollen, müssen wir uns so ausdrücken, dass wir auch von Nicht-Fachleuten verstanden werden. Der gute und intelligente Arzt zeichnet sich

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/

u. a. dadurch aus, dass er dem Patienten auch bei einer komplizierten Krankheit verständlich erklären kann, was ihm fehlt.

(2) Ich zweifle, ob die Redaktion immer alles versteht. Ich fände es richtig, wenn in der SÄZ nur Artikel publiziert werden, die vorher von zwei Ärzten gelesen und verstanden worden sind, einem der sich in der abgehandelten Materie auskennt und einem, der sich in seinem Alltag nicht damit befasst. Ich stelle mich gern als ein solch nicht-spezialisierter Reviewer zur Verfügung, der vor allem auf die Verständlichkeit für den Durchschnittsleser achtet.

(3) Du liegst sicher nicht falsch: die meisten Kolleginnen und Kollegen lesen die Artikel nicht, wenn sie nach drei Sätzen nicht begreifen, um was es geht.

Ich habe mich über viele Jahre mit medizinischer Ethik befasst und eine meiner Hauptbitten an Philosophen und Theologen war, verständlich (und bündig) zu schreiben. Im Rahmen der zunehmende Interdisziplinarität gilt das natürlich für alle, auch für uns Ärztinnen und Ärzte.

Dr. med. Urs Strelbel, Stäfa

- 1 Würsten D. Drei Fragen. Schweiz Ärztezeitung. 2014;95(21):819.
- 2 Willner TN. Zwischen Ethos und Markt. Schweiz Ärztezeitung. 2014;95(20):794-7.



Phantasienamen der Medikamente sind teuer und schädlich

In den meisten Ländern der Welt dürfen die Pharmafirmen ihre Produkte bei der Registrierung für den Handel mit einem Phantasienamen bezeichnen.

Diese aus markttechnischen Gründen übliche Bezeichnung von Medikamenten mit Phantasienamen, welche sich wesentlich vom Wirkstoffnamen unterscheiden, sollte gesetzlich verboten werden, weil

- der Konsument damit irreführt wird (z.B. Saridon ist nicht mehr Saridon von früher, Name gleich, Inhalt pharmakologisch völlig verschieden);

- Ärzten, Apothekern, Pflegefachfrauen usw. und allen Konsumenten wird die Transparenz und die Wahrnehmung der Sorgfaltspflicht erschwert und der Aufwand vergrössert;
- die Verwechslungsgefahr ist grösser (z.B. Mephador/Mephanol);
- die Kumulations- und Intoxikationsgefahr ist grösser (z.B. Patient nimmt Inflammac plus Olfen plus Voltaren und weiss nicht, dass es sich bei allen drei Produkten um Diclofenac handelt);
- allen Personen, welche professionell im Gesundheitswesen mit Medikamenten umgehen, wird durch die Differenz von Wirkstoffnamen zu Handelsbezeichnung ein Mehraufwand generiert, wodurch unnötig intellektuelle Ressourcen verschleudert werden.

Die Phantasienamensgebung von Medikamenten ist ein gefährlicher, aufwandauslösender und letztlich teurer Unsinn, welcher lediglich der Verkaufs- und Gewinnmaximierung dient.

Dr. med. Bernhard Estermann, Malters

Sujets actuels de forum

Joignez la discussion en ligne sur www.saez.ch



Dr rer. publ. HSG Sven Bradke, Directeur de l'association alémanique APA (Ärzte mit Patientenapotheke)

Bien-être des patients et qualité des soins menacés

Bilan intermédiaire critique de la révision de la LPTH



Dr méd. Daniel Bracher, auteur de «Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen»

Une querelle d'experts déconcertante

Pourquoi la politique d'information du Swiss Medical Board doit changer



Dr méd. Andy Fischer, CEO de Medgate

Mise en réseau

La base de soins intégrés performants