

# Courrier au BMS

## Offener Brief an Heiner Lachenmeier

Lieber Heiner

An dieser Stelle will ich Dir nochmals dafür danken, dass Du Dich seinerzeit als FMPP-Präsident bei der Einführung des TARMED für die Psychiater und deren Tarif, insbesondere für die wichtige Vor- und Nachbereitungszeit, in allen politischen Gremien eingesetzt hast. Dadurch hast Du eine Präzisierung des Tarifs erreicht und eine Anerkennung unserer geistigen Arbeit. Eine Einkommensverminderung hast Du damals mit viel Einsatz verhindert. Heute sind die Zeiten anders – leider! Aufgrund des bundesrätlichen Eingriffs in den Tarif ist eine Reduktion von 3,7% gegeben. Auf Deutsch eine Umsatzreduktion von fast 4%. Dazu kommen die gestiegenen Betriebskosten von v.a. Elektronik und Datenmanagement, Versicherungen, allgemeinen Lebenskosten über die Jahre, was die Einkommenseinbusse noch einiges grösser macht.

Vor 25 Jahren, vor TARMED, war der Tarif für eine Stunde Psychotherapie in Baselland 189 Franken. Heute – 25 Jahre später – ist er 188 Franken. Dazu kann sich jeder selbst Gedanken machen, wenn er es denn wagt.

Psychotherapie kann viele sekundäre Kosten vermeiden, das ist banal und altbekannt. Sei es im Gesundheitswesen, sei es in der Gesellschaft.

An den Grundvoraussetzungen hat sich in dieser Zeit nichts geändert. Die Psychiatrie ist immer noch ein Einkommens-Schlusslicht bei den Medizinerberufen. Im Gegensatz zu den Operateuren können wir vom technologischen Fortschritt nicht profitieren und 3× so schnell sprechen oder zuhören. Die Schere ist auch hier weiter aufgegangen.

Das jüngste Beispiel zeigt, wie wir uns rechtzeitig wehren und engagieren müssen, so wie Du es damals getan hast, Heiner. Wir dürfen uns auch nicht wundern, wenn niemand mehr Psychiater in der Praxis werden will – warum soll man unternehmerisches Risiko ohne unternehmerische Chancen ergreifen? Mit nochmaligem Dank Dir, ganz herzlich

*Dr. med. Laurenz Ehrenzeller, Binningen*

## Stellungnahme zu den aktuellen Ärztelöhnen in den Medien

Nach der Publikation der Studie des Bundesamtes für Gesundheit über Ärzteeinkommen im November 2018 (Datenlage 2009 bis 2014, d.h. vor dem bundesrätlichen Tarifeingriff) wird berichtet, Ärzte verdienen viel mehr als

vermutet, sie seien Abzocker auf Kosten der Grundversicherung.

Zu anderen Zahlen kommt die Studie des Bundesamtes für Statistik, in ihr wird, deckungsgleich mit Zahlen einer FMH-Studie, das Durchschnittseinkommen eines selbständig arbeitenden Arztes mit 155 000 CHF beziffert.

Gemäss der eingangs erwähnten Publikation würden selbständig tätige Psychiater ein Medianeinkommen von 197 000 CHF generieren. Als Vertreter dieser ärztlichen Berufsgruppe, die zusammen mit den Kinder- und Jugendpsychiatern zuunterst auf der Einkommensliste aller ärztlichen Fachrichtungen steht, widersprechen wir dieser Einschätzung (die z.T. auf einer Hochrechnung von Teilzeitlern auf Vollzeit basiert) vehement. Wenn wir alle Tarifvorgaben berücksichtigen, die tatsächlichen Konsultationszeiten und nicht mehr als 60 Minuten Leistung in Abwesenheit (exklusive neuerdings unverrechenbarer Denk- und Konzeptarbeit!) pro Monat und Patient erfassen dürfen, ist die Erreichung eines Einkommens wie oben erwähnt nicht möglich, wenn die Behandlungsqualität, etwas, das uns ein grosses Anliegen ist, gewährleistet werden soll. Deshalb fordern wir, dass all die grosse Arbeit, die neben den Konsultationen in unseren Praxen gehäuft anfällt (Kontaktpflege zu Angehörigen und Netzwerken der Patienten, enge Begleitung von suizidalen Patienten, Zusammenarbeit mit Schulen, Institutionen und Behörden), honoriert wird. Noch eindringlicher fordern wir, dass unsere sehr intensive, beanspruchende psychiatrisch-psychotherapeutische ärztliche Arbeit, welche einer hochkomplexen, oft belastenden Beziehungsarbeit entspricht, nicht minder gewertet wird als die Arbeit der somatischen Ärzte.

Wir sind uns bewusst, dass wir den Outcome unserer Arbeit viel weniger gut belegen können als die Somatiker. Wir können nicht messen, wie viele Arbeitsunfähigkeiten wir verhindert, wie oft wir bei Bindungsstörungen helfen konnten, was der Wert unserer Begleitung bei posttraumatischen Störungen ist, allenfalls auch ob wir Operationen dank adäquater Behandlung von Schmerzstörungen verhindert haben. Wir wissen, dass wir durch unsere Interventionen immer wieder helfen, Suizide zu verhindern, und sind überzeugt, dass unsere spezielle fachärztliche Expertise eine wirksame und wichtige Leistung darstellt, sowohl im Rahmen unseres Auftrages im Gesundheitssystem als auch für die Lebensqualität unserer Patienten.

Diese unsere ärztliche Leistung soll entspre-

chend unserem Einsatz wertschätzend honoriert werden. Humanität und – manchmal Zeit und Geduld forderndes – Engagement dürfen und sollen unser Tun prägen, auch dafür stehen wir.

*Dres. med. Alexandra Ludwig, Iris Schächli, Matthias Schnorf, Markus Süss, Fachärztinnen/Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie*

*Dres. med. Barbara Birchler, Susanne Fischer, Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*

## Einkommensdiskussion in Relation zur Arbeitszeit, Diensttätigkeit und Ausbildungsdauer

Der Nicht-Statistiker fragt sich, von wo das unsägliche BAG wissen will, wie viel (in Prozenten) jede von uns arbeitet, um das sagenumwobene AHV-Einkommen zu generieren. Ich selber habe diese Zahlen nie kommunizieren müssen, mit Ausnahme der (notabene freiwilligen) Roko-Studie.

Neben der *Arbeitszeit*, welche in der Praxis *weit mehr als eine* in der NZZ monierte Kaderarbeitszeit umfasst (*selbstständige Tätigkeit!*), wäre zwingend auch die *Pikettzeit* für Dienste mit einzubeziehen. Erst diese führt vor Augen, was die Bevölkerung insbesondere in den von den Unispitälern entfernten Regionen und insbesondere im Bereiche der «kleineren chirurgischen Fächer» an uns Ärztinnen und Ärzten hat:

In Biel zum Beispiel *teilen sich 2 GastroenterologInnen in 365 Tage Pikettdienst*. Wollte ich als Kleinunternehmer eine IT-Pikettdienstabdeckung von 365 × 24h pro Jahr, müsste ich allein tausende von Franken hinblättern.

Im Übrigen erwähnt das BAG mit keinem Wort unsere *Ausbildungsdauer von rund 16 Jahren* zwischen Matura und Beginn der selbstständigen Tätigkeit. Wie steht das mit Bundesbeamten & Redaktoren?

Ich plädiere dafür, dass die *Diskussion* endlich einmal nicht nur um Geld geht, sondern auch darum, was die *Bevölkerung an uns hat* resp. warum unser Gesundheitswesen weltweit (mit Ausnahme gewisser Bundesräte und Bundesämter) derart geschätzt und geachtet wird.

*Dr. med. Thomas Schweri, Biel*

## Staatlicher Eingriff oder ärztliche Freiheit?

Brief zu: Brandenburg JE, Mindestfallzahlen – Qualität oder Surrogat? Schweiz Ärztztg. 2018;99(47):1647–8.

Der realistische, differenzierte, Fragen stellende und gründliche Beitrag von Kollege Brandenburg hat mich sehr überzeugt. Er hat wichtige Punkte aufgezeigt: Qualität, das heisst, Outcome ist wichtiger, Übung und Erfahrung sind wichtig, vier Augen sehen besser als zwei, die saubere Indikation ist am wichtigsten, weil sonst Mengenausweitung droht. Für den Allgemeinchirurgen im kleinen Spital war das Problem allgegenwärtig. In der Ausbildung als Assistent und Oberarzt in einem Kantonsspital hatte ich zum Teil riesige Fallzahlen, die mich fast exerziermässig schulten. Somit habe ich zum Beispiel im Kleinspital Magenresektionen, Tonsillektomien, Schenkelhalsfrakturen und anderes auch bei kleineren Fallzahlen kompetent operiert. Wo habe ich die Grenze gesetzt? Das ist wohl die wesentliche Frage. Wir haben bei unserem hervorragenden Chef, ja Patron, gelernt, die Grenzen zu kennen und zu wissen, was ich selber kann und wo ich Hilfe zu holen habe. Das behinderte nie den Mut für Neues, wie arthroskopische und laparoskopische Operationen, die man aber nach schweisstreibendem Trockentraining und Kursen sowie Assistenz bei erfahrenen Kollegen mit Freude einsetzte.

Mein Fazit lautet: Mindestfallzahlen mögen eine Hilfe sein, die Grenze zu erkennen, ersetzen aber nie die Eigenverantwortung und Selbsteinschätzung, die uns zu wahren Ärzten machen. Dort wo diese Eigenschaften fehlen, verbessern auch staatliche Eingriffe in unsere Freiheit nichts.

*Dr. Wolf Zimmerli, Oberdiessbach*

## Prüfung Medizinische Praxiskoordinatorin MPK: Experten gesucht

Brief zu: Sury A. Jahresbericht über die Aktivitäten der FMH im Bereich MPA/MPK. Schweiz Ärztztg. 2018;99(46):1606–8.

Eine Medizinische Praxisassistentin kann mit ihrem beruflichen Engagement und ihrer Kompetenz weiterkommen: Seit 2015 gibt es die Möglichkeit der Weiterbildung zur Medizinischen Praxiskoordinatorin MPK. Diese Fachfrauen mit dem entsprechenden eidgenössischen Fähigkeitsausweis sind gesucht und geschätzt. Denn sie unterstützen und entlasten uns Ärztinnen und Ärzte spürbar. Sie übernehmen Führungsaufgaben in den Praxen und helfen mit bei der Betreuung chronisch kranker Patienten. Im Jahresbericht zum Bereich MPA/MPK in der SÄZ werden interessierte Mediziner zur Beteiligung an den zwei Mal jährlich stattfindenden Be-

rufsprüfungen aufgerufen. Es gibt viele gute Gründe, diesem Aufruf Folge zu leisten und sich bei der Geschäftsstelle der Odamed in Bern zu melden. Ich selber bin seit 2015 als Prüfungsexperte dabei – zusammen mit vielen andern Ärztinnen und Ärzten sowie bereits ausgebildeten Praxiskoordinatorinnen. Die Expertinnen und Experten beurteilen die schriftlichen Arbeiten, sehen sich die Präsentationen zu den verschiedensten Themen an und prüfen in einem Gespräch während zwanzig Minuten das Wissen der Kandidatin und ihre Fähigkeit zur Reflexion. Für den Einsatz im Prüfungszimmer wird man gut vorbereitet und für die Arbeit erhält man eine adäquate Entschädigung. Ich habe nach einem Einsatz jeweils auch das Gefühl, etwas getan zu haben für die Attraktivität des Berufes der MPA. Und die Prüfungstage sind für mich immer auch eine intensive Fortbildung – vergleichbar mit einem guten Qualitätszirkel. Die Themen an den Prüfungen sind relevant für jede Praxis. Es geht da beispielsweise um die Gestaltung von Dienstplänen, um gefährliche Zwischenfälle, um Hygiene, die Lagerung von Medikamenten, die Sterilisation von Instrumenten oder die Patientenschulung. Die Auseinandersetzung mit den vorgelegten Arbeiten und der Gedankenaustausch mit dem Koexperten sind für den eigenen Praxisalltag garantiert immer anregend und bereichernd.

*Dr. med. Felix Schürch, Zürich*

## Sujets d'actualité en ligne

[www.bullmed.ch/fr/tour-dhorizon](http://www.bullmed.ch/fr/tour-dhorizon)



Andreas Weber, responsable médical de l'équipe Palliative Care du GZO

### Une vie autodéterminée jusqu'à la fin

Planification prévisionnelle de situations d'urgence et du suivi médical en tant qu'élément clé



Interview du Dr sc. Dominik Glinz, Institut d'épidémiologie clinique et de biostatistique de l'Université de Bâle

### Il est possible d'améliorer l'usage des antibiotiques

Une étude menée en Suisse à l'échelle nationale révèle qu'il est tout à fait possible d'améliorer l'usage des antibiotiques dans les cabinets des médecins de famille.

## Brief vom Samichlaus

*Dir Schwyzer ÄrztInne,  
tüet doch um ds Gottsswiue es Zeiche setze!*

*Mir macht's Sorge: ds Gäüt regiert d Wäüt.  
Ds Gäüt regiert o d Schwyz.  
Wär cha de da gopfridschtutz öppis mache?  
Dir Ärzt wüsstets doch em beschte:  
meh Gäüt macht weder gsünger no glücklecher.  
Auso: de gääät doch es Bischpiu. Wär macht's de süsch?*

*Eifach: die Arzttarife gäge unger aapasse.*

*De passiert de äntlech öppis Würksams  
i Sache Gesundheits-, pardon: Chrankheitschöschte  
u näbebii wird de der Ungerschiid zwüsche öiem Nettoikome  
u däm vo öier Putzfrou chli weniger krass.*

*Wär das o so gseht, söu sech doch em beschte bi sir Fachgeuschaft iibringe  
oder sech süsch au efaus mäude bi öiem Kolleg: abst@hispeed.ch*

*Wäm bringe n i äch znächtscht Jahr Nüss u Manderindli oder wäm e Ruete?*

*I wüschte n ech e bsinnlechi Wiehnachtszyt*

*Der Brueder Chlous  
alias Dr. med. Beat Stettler, Spiez*

### Es fehlt ein Arzneimittelkongress oder eine Tagung in der Schweiz

Medikamente stehen in letzter Zeit als zentrales, gesellschaftliches Thema im Fokus. Die Medien tragen einiges zu dieser Situation bei, d.h., sie beschäftigen sich viel eindringlicher mit dieser Materie als noch vor einigen Jahren. Es ist bekannt, dass die Arzneimittelindustrie in der Schweiz einen wichtigen Akteur im Gesundheitswesen darstellt, aber auch gleichzeitig eine der bedeutendsten Wirtschaftsbranchen der Schweiz ist. Ihre zentralen Eigenschaften sind die Abhängigkeit von Forschung und Entwicklung, die Internationalität, aber auch die Fähigkeit, sich dem stetig ändernden Umfeld anzupassen. Die Branche beschäftigt über 40 000 Personen im Land und ist direkt für eine Wertschöpfung von über 25 Milliarden Franken verantwortlich. Die Schweiz gehört zu den wichtigsten Ländern der Welt, was Arzneimittel betrifft, und es würde somit diesem Land gut anstehen, wenn einmal pro Jahr ein exklusiver Arzneimittelkongress oder eine Tagung durchgeführt werden könnte. An

Themen, die zur Debatte stehen, fehlt es mit Sicherheit nicht.

Die Therapie mit bestehenden wie auch mit neuen und innovativen Arzneimitteln, aber auch die permanenten Preis/Kosten-Diskussionen stellen für die Gesellschaft eine anspruchsvolle Herausforderung dar. Ein Arzneimittelkongress in der Schweiz könnte rund um die Medikamente eine wichtige Lücke schliessen und alle involvierten Institutionen und Personen ansprechen. Zielpersonen oder Gruppen wären Mediziner (Praxis & Spital) / Apotheker (Offizin & Spital) / Pharmaindustrie / Bundesämter / Krankenversicherer / Politiker / Verbände / Patientenorganisation / Gesundheitsligen / Ökonomen u.a. interessierte Kreise. Wer nimmt diese grosse und innovative Herausforderung an, in der Schweiz einen industrieunabhängigen 1. Arzneimittelkongress oder eine Tagung im 2019 zu organisieren?

*Rudolf Wartmann,  
Wettingen,  
Berater im Gesundheitswesen*

### Les nécessités et les écueils des limitations

Lettre à propos de: Brandenburg JE, Nombre minimal de cas – gage de qualité ou succédané? Bull Med Suisses. 2018;99(47):1647–8.

L'article de Dr Brandenburg montre avec la finesse et la clarté qu'on lui connaît, les nécessités et les écueils des limitations. C'est au total une affaire de bon sens, qui devrait se régler par les médecins et entre médecins et pas par des règlements administratifs ou politiques.

La médecine évolue et devient plus commerciale. Les chirurgiens en pratique privée sont déjà poussés par les cliniques à opérer afin de remplir les lits des établissements. Si l'on rajoute à cela des quotas à remplir par chirurgien, alors mieux vaudra ne pas passer trop près de leurs cabinets, sous peine de se faire opérer, même si cela n'est pas vraiment nécessaire! Comment un chirurgien, même doté d'une déontologie inébranlable, va-t-il pouvoir résister à tant de pressions?

Je vois donc, dans ce type de procédure, un élément qui peut avoir de lourdes conséquences non seulement sur le plan purement médical, mais aussi financier, avec des augmentations des coûts et des primes d'assurance, dans une période où l'on essaye de diminuer la facture des soins et où nous sommes déjà la cible d'attaques répétées et injustifiées de la part des politiciens et de l'OFSP.

Un autre phénomène risque également de se produire, avec une concentration des interventions dans certains centres, universitaires entre autres, et une mise au chômage d'excellents chirurgiens installés en privé qui n'aurait juste pas atteint le chiffre fatidique, parce qu'ils auront eu l'honnêteté de ne pas intervenir lorsque ce n'était pas absolument nécessaire.

*Dr Jean-Pierre Grillet, Genève*

### 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/publier/remettre-un-courrier-des-lecteurs-remettre/](http://www.bullmed.ch/publier/remettre-un-courrier-des-lecteurs-remettre/)