

Briefe an die SÄZ

Replik zum Leserbrief von Simon Hölzer

Brief zu: Hölzer S. Engagement für eine zeitgemässe Medizin statt eine Tariffrent. Schweiz. Ärzteztg. 2019;100(43):1417.

Mit Interesse haben wir in der *Schweizerischen Ärztezeitung* vom 23.10.2019 den Leserbrief von Simon Hölzer gelesen. Er unterstellt darin unter anderem, dass die neue Tarifstruktur TARDOC grosse Anreize zur Mengenausweitung, Patientenselektion und Erbringung unnötiger medizinischer Leistungen am Patienten schaffe, und sieht die Lösung dieser Probleme vorwiegend in ambulanten Pauschalen. Da die FMH im Leserbrief direkt angesprochen wurde, nehmen wir in der Folge gerne kurz Stellung zum Leserbrief.

Aus Sicht der beiden Tarifpartner curafutura und FMH bildet eine vollständig aktualisierte Einzelleistungstarifstruktur auch heute noch die Grundlage für weitere Entwicklungen und Anpassungen einer modernen Tarifstruktur. Deshalb haben curafutura und FMH am 12.7.2019 die Tarifstruktur TARDOC beim Bundesrat eingereicht.

Die Frage Einzelleistungstarif oder Pauschalen greift aus unserer Sicht zu kurz. Auch Pauschalen brauchen klare Tarifierungsgrundsätze, eine valide Datengrundlage und eine klare Abgrenzung. Und gerade im ambulanten Bereich ist die Abgrenzung von medizinischen Leistungen einer Behandlung nicht immer so einfach und klar. Auch das Stichwort Komplexpauschalen hilft da nur bedingt weiter.

Zudem gibt es im ambulanten Bereich eine breite Dichte an chronischen Krankheitsbildern, Multimorbidität und komplexen Fällen. Wieso sollen Pauschalen im Gegensatz zu einem relevanten, sachgerechten und fundierten Einzelleistungstarif unnötige Leistungen verhindern? Wo doch gerade in der Welt der DRG-Pauschalen das oberste Gebot die Steigerung der Fallzahlen ist? Eine Leistung, welche gut in einer Pauschale abgegolten wird, kann

ebenso wie eine angebliche «unnötige» Einzelleistung auch in Form einer «unnötigen» Pauschale an einem Patienten erbracht werden. Die Einzelleistung ist ja nicht tarifiert, obwohl sie gar nicht nötig ist oder keinen Nutzen bietet. Zentral zur Anwendung einer Leistung respektive Tarifposition ist die jeweilige Indikation. Diese Indikation muss aber auch bei der Pauschale stimmen, sonst ist sie ebenso wie die Einzelleistung unnötig. Zudem zeigen Erfahrungen aus anderen Ländern, dass gerade Pauschalen, wenn sie nicht sehr differenziert sind, das Paradebeispiel für eine knallharte Risiko- und Angebotsselektion sein können. Sind sie aber filigran und differenziert und damit sachgerecht, so braucht es für den gleichen Eingriff mehrere Pauschalen, und dann ist man bald wieder beim Einzelleistungstarif respektive bei zahlreichen Zusatzpositionen oder Zusatzentgelten zu den Pauschalen.

Aus Sicht der FMH ist die Zukunft einer modernen Tarifstruktur eine *Kombination* («snap in Tarif») und *Integration von Pauschalen*, wo diese möglich und sinnvoll sind, und einem *Einzelleistungstarif*, wo dieser nötig und sachgerecht ist. Ob das Heil wirklich in den derzeit hochgelobten Pauschalen zu finden ist, wird sich zeigen. Nur am Rande sei hier noch erwähnt, dass die derzeit in Diskussion stehenden Pauschalen für den ambulanten Bereich (insbesondere für die interventionellen Eingriffe, Radiologieleistungen und operativen Eingriffe) nur gerade 16% des gesamten ambulanten Leistungsvolums abdecken – der grosse Teil würde also weiterhin, wenn er sachgerecht sein soll, über einen Einzelleistungstarif abgegolten werden. Der Mythos von entweder Einzelleistungstarif oder Pauschalen sollte endlich entzaubert werden.

Dr. med. Urs Stoffel, Mitglied FMH-Zentralvorstand, Departementsverantwortlicher Ambulante Versorgung und Tarife

Patrick Müller, Leiter Abteilung Ambulante Versorgung und Tarife

medizinisches Fachorgan zu dieser Thematik äussert, die an unserem Zentrum an der Tagesordnung steht. Umso enttäuschender ist jedoch die Tatsache, mit welcher Unterkomplexität diese für den medizinischen Alltag wichtige Materie bisher behandelt wurde.

Sowohl in der Kolumne von Taverna als auch im Brief von Jakob wird die Notwendigkeit einer geschlechtergerechten Gestaltung unserer Sprache als «kämpferischer Feminismus» bzw. als «Lappalie» diffamiert. Es werden lustige Wortspiele durchexerziert und die Verantwortung für die sprachliche Umgestaltung einer utopischen Instanz wie «der Literatur» abdelegiert. Die Kollegen verweisen damit dieses Thema ins Exotische bzw. in eine Irrelevanz jenseits unseres klinischen oder Forschungsalltags.

Im Wissen um den von Taverna richtig erkannten «Machtkampf» und seine Einladung, sich konstruktiv an der Lösung dieses Problems zu beteiligen, schalte ich mich mit folgenden Fakten in die Diskussion ein:

1. Grundsätzlich ist Taverna zuzustimmen, wenn er davon ausgeht, dass unsere Vorstellungen durch die Sprache entscheidend geprägt werden. Das gilt insbesondere für die Entwicklung und Festigung aller unserer (Geschlechts-, Arbeits-, nationalen etc.) Identitäten. Wir sind nicht nur diejenigen, die wir sind, weil wir das behaupten, sondern in erster Linie, weil unser Umfeld uns das auch so reflektiert. Diese psychologische Theorie der sozialen Identitätenkonstruktion ist nichts Neues in der Medizin. Daher ist es schon erstaunlich, dass die berechtigte Forderung von Minderheiten (z.B. Frauen, Transpersonen), im interpersonellen bzw. im institutionellen Kontext sozial korrekt widerspiegelt zu werden, als «kämpferisch» dargestellt und nicht als wichtige Voraussetzung, damit diese Gruppen ihre legitime soziale Stellung einnehmen können, definiert wird.

2. Die Bagatellisierung der Frage nach einer geschlechtersensitiven Sprache missachtet zudem eine weitere Binsenwahrheit: Wörter dienen nicht nur der friedlichen Kommunikation. Sie werden häufig auch als Waffen eingesetzt. Gerade Geschlechterminderheiten werden in jedem erdenklichen Winkel ihres Alltags diskriminiert, was zu massiven psychischen und sozialen Schäden führt. Mehr noch: Die Tatsache, nicht in der erlebten Geschlechtskategorie klassifiziert zu werden, korreliert bei Transpersonen in signifikantem Ausmass mit der Entwicklung einer depressiven Störung. Diese Realitäten sind keine «Lappalien» von «Menschen, denen es langweilig ist und die ansonsten keine Probleme haben»,

Briefe

Reichen Sie Ihre Leserbriefe rasch und bequem ein. Auf unserer neuen Homepage steht Ihnen dazu ein spezielles Eingabeformular zur Verfügung. Damit kann Ihr Brief rascher bearbeitet und publiziert werden – damit Ihre Meinung nicht untergeht. Alle Infos unter:

www.saez.ch/de/publizieren/leserbrief-einreichen/

Es existiert keine Freiheit, andere zu schädigen

Als Leiter vom Schwerpunkt für Geschlechtervarianz bin ich dankbar, dass sich die SÄZ um die Fragestellung, wie unsere Sprache geschlechtergerecht weiterentwickelt werden könnte, kümmert. Es ist selten, dass sich ein

sondern gerade das Gegenteil trifft zu: Das Leben von Transpersonen ist voller Schwierigkeiten, und ihre (sprach-)symbolische Auslöschung bzw. ihr «Missgendering» ist einer der gefährlichsten Diskriminierungsmechanismen, denen sie unterliegen.

Die Frage nach einer gerechten Sprache geht uns alle an – und zwar nicht nur aus Gründen der sozialen Gerechtigkeit. Wie in anderen medizinischen Bereichen (z.B. Tabakprävention) ist es unsere Verantwortung – und nicht etwa diejenige der Literatur –, der Gesellschaft klarzumachen, dass weder ein noch so sensibles Sprachgefühl noch eine ausgeklügelte Freiheitsdefinition eine körperliche, psychische bzw. soziale Schädigung anderer Menschen rechtfertigt.

*Dr. med. David Garcia Nuñez,
Leiter vom interdisziplinären Schwerpunkt
für Geschlechtervarianz (USB)*

Weniger Kostenbegrenzung wäre billiger!

Eigentlich hätte Frau XY am Folgetag aus dem Spital entlassen werden können. Ihre wegen einer ernsthaften Infektion unerlässliche intravenöse antibiotische Therapie hätte ebenso gut ambulant durchgeführt werden können. Wenn die Krankenkasse denn eine Kostengutsprache für intravenöses Flucloxacillin erteilt hätte. Mit Verweis auf die Spezialitätenliste, auf welcher das entsprechende Antibiotikum in der iv-Form seit kurzem nicht mehr aufgeführt ist, bezahlt sie aber nicht. Also bleibt die Patientin – trotz ambulant vor stationär – halt im Spital. Für die Krankenkasse evtl. billiger, gesamthaft aber sicher teurer und aus Sicht des Patienten – und unserer – unsinnig, aber offenbar erwünschter.

Oder: Da wird behauptet, ein HIV-Screeningtest müsse nicht von der Krankenkasse übernommen werden. Was natürlich nicht stimmt. Aber via Art. 12d Bst. a KLV führen die im *BAG-Bulletin* (18.5.2015) formulierten Bedingungen offenbar dazu, dass die Krankenkasse nun automatisch ein Schreiben an uns ausspuckt. Das ich beantworten muss. Und bei der Krankenkasse vermutlich auch wieder jemand lesen. Was das wohl kostet? Dies alles wegen eines Tests von ca. 25 Franken.

Auch wenn die EKIF eine Pneumokokken-Impfempfehlung (PCV13) für erwachsene Risikopersonen ausspricht und im *BAG-Bulletin* veröffentlicht, heisst dies nicht, dass der Impfstoff auch kassenpflichtig ist. Dieser ist bei Swissmedic (im Gegensatz zur EMA, Europa) nur für Kinder registriert, für Erwachsene also off-label, und wird nicht bezahlt. Wäre

schön, wenn EKIF, BAG und Swissmedic sich auf eine Version einigen könnten.

Ganz skurril wird es, wenn man am gleichen Tag von der Krankenkasse zwei Briefe zum gleichen Patienten erhält. Der eine Brief macht korrekt darauf aufmerksam, dass ein bestimmtes HIV-Medikament nur in Kombination mit einem anderen eingesetzt werden darf. Und verlangt daher eine Begründung, warum man es ohne den Kombinationspartner einsetzt. Im zweiten Brief steht dasselbe, nur bezieht man sich auf das andere der beiden verwendeten HIV-Medikamente – eben den Kombinationspartner. Da ist man sprachlos.

Da ich eine Reihe von Infektionen wie z.B. eine Syphilis nur mit ausländischen Präparaten behandeln kann, kenne ich den Art. 71b Abs. 1 oder 2 OAMal inzwischen bestens. Bloss, soll ich den Patienten mit der Syphilis wirklich erst behandeln, wenn nach 1–2 Wochen die Antwort auf das Kostengutsprachege such eintrifft? Wer ist bis dann auch noch angesteckt?

Die Beispiele lassen sich fast endlos fortsetzen. Versuche der Kostenbegrenzung und der Steuerung von Leistungen führen zu unzähligen sich ständig ändernden Limitationen und einschränkenden Verordnungen, welche in einer Folie à deux bei den Krankenkassen dann automatisiert Nachfragen für deren Einsatz auslösen. Oder Medikamente sind im Gegensatz zum restlichen Europa schon gar nicht verfügbar. Die ganze sich exponentiell vermehrende Schreibung kostet Zeit und Geld.

Liebe Politiker, Zulassungsbehörden, Krankenkassenverantwortliche und Verordnungsschreiberinnen: Etwas weniger Vorschriften, etwas mehr Vertrauen in fachliches Know-how, gesunden Menschenverstand sowie das (auch finanzielle) Verantwortungsbewusstsein aller Beteiligten wäre billiger und vernünftiger.

Und liebe Kolleginnen und Kollegen: Verliert nicht den Mut und steht hartnäckig für eine fachlich korrekte, kostenbewusste Medizin auch im Angesicht eines Dschungels nicht nachvollziehbarer Vorschriften ein!

Dr. med. Andrée Friedl, Birmenstorf

Ist es wirklich eine Lappalie?

Brief zu: Jakob. Die Diskussion um gendergerechte Sprache ist eine Lappalie. Schweiz Ärztztg. 2019;100(41):1362.

Mir scheint, Herr Kollege Jakob hat nicht verstanden, um was es geht. Viele Jahre lang habe ich mich als Frau in Berichten, Zeitungen, Zeitschriften und fachlichen Publikationen selten angesprochen gefühlt. Es gab fast nur Männer.

Auch wurde ich meist als Herr Dr. Katrin ... angeschrieben.

In den letzten 10 Jahren hat sich das geändert und plötzlich stelle ich fest, dass auch ich als Frau gemeint bin. Ich fühle mich einbezogen. Das gibt mir ein Gefühl, das sich kaum beschreiben lässt und das im schönen Artikel von E. Taverna deutlich unterstützt wird.

Es gibt immer noch genug Ausnahmen, die unerklärlich und lächerlich sind:

- ... die Schweizer gehen nach Russland, um sich Frauen zu suchen (Radio SRF 1 vor wenigen Monaten. Es ging um Auslandheiraten).
- ... die Deutschen und ihre Frauen ... (eine deutsche Sport-Fernsehsendung 2019).
- Wenn jemand stirbt, soll seine Lebenspartnerin mehr von seinem Erbe erhalten (es ging ums neue Erbrecht, im Echo der Zeit, am 12.9.19).
- Jeder Mensch hat das Recht, eine Frau zu haben (Schweizerische Ärztezeitung vor einigen Jahren!).

Fast jede Woche höre oder lese ich wieder eine neue solche Lappalie, was beweist, dass die gendergerechte Sprache noch lange nicht überall angekommen ist.

Vor Jahren hat mich im Spital ein alter Bergbauer seiner Frau mit folgenden Worten vorgestellt: «Lue Muetter, dasch itz mini Frauenärzti.» Der hatte etwas begriffen.

Dr. med. Katrin Hubschmid, Gümligen

Sämtliche FMH-MitgliederInnen

Wie kann ein Chefredaktor SÄZ und Mitglied der Geschäftsleitung EMH in seiner Replik auf einen Leserbrief in Nummer 42 von «MitgliederInnen» schreiben? Ich meine, es heisst: «das Mitglied», also Neutrum, weder männlich noch weiblich! So ist die fast allgegenwärtige Feminisierung völlig unnötig.

Dr. med. Ruedi Bieri, Oftringen

Harm reduction

Brief zu: Huniker G. Wichtige Fakten, die man als Wähler kennen sollte. Schweiz Ärztztg. 2019;100(42):1388.

Grüezi Frau Kollega Hunziker Obwohl ich überhaupt nicht im gleichen Boot (Jugend ohne Drogen) sitze wie Sie (ich war jahrelang Präsident der ARUD und setze mich für *harm reduction* ein), finde ich Ihren Brief wichtig.

Tatsächlich wird die THC-Problematik ver-harmlost – eigentlich ist das allen klar, die sich informieren.

Nun bin ich nicht wie JoD für die Prohibition – aus auch Ihnen sicher bekannten Gründen.

Bei der Liberalisierung von THC ist es unabdingbar, z.B. die Alterslimiten, Abgabebedingungen und auch die Zusammensetzung zu berücksichtigen (wenig THC, CBD als wahrscheinlicher Schutzfaktor müsste genügend hoch sein etc.).

Eine totale Prohibition können wir vergessen – doch eine Schadensminderung müssen wir unbedingt in Angriff nehmen.

Markus Scheuring,
Arztpraxis Psychosomatik, Zürich

Unwesentliche Meinungs-verschiedenheit

Brief zu: Bruggmann P, Kind J, Beck T. Mit einer Stimme sprechen. Schweiz Ärztezg. 2019;100(40):1341–2.

Sehr geehrte Frau Kind, sehr geehrte Herren Kollegen Beck und Bruggmann
Ihre Replik weckt den Eindruck, unser Artikel «Harm reduction – keine wirksame Strategie zur Tabakbekämpfung» [1] stehe im Widerspruch zu Ihrer Auffassung von *harm reduction*. Die Meinungsverschiedenheit scheint mir definitorisch, unwesentlich. Seit es E-Zigaretten gibt, wird «Schadensminderung» von ihren Promotoren als DAS ARGUMENT verwendet. Die Industrie prägte dazu den Begriff «*potentially reduced risk pro-*

ducts, PRRPs», die ihr Tabakgeschäft in Zukunft ersetzen sollen. Damit zielt sie darauf, unser Parlament davon zu überzeugen, diese Produkte im Tabakproduktegesetz weniger strengen Regeln zu unterwerfen, als was für die Partnerstaaten der WHO – Rahmenkonvention (FCTC) – verpflichtend ist: dass Werbe-, Promotions- und Sponsoringverbote für Tabak- und Nikotinprodukte «umfassend» sein müssen, damit deren Lücken nicht erlauben, die Präventionsbemühungen zu unterwandern (Art. 5.3 der FCTC). Denn die kommerzielle Logik des Tabak- und Nikotingeschäftes gründet sich auf folgende Fakten: 1. Es beruht auf der Nikotinsucht der Kunden. 2. Um «Nicht-mehr-Kunden» (Kranke, Gestorbene, Ex-Raucher) zu ersetzen, müssen Junge in die Nikotinsucht rekrutiert werden. 3. Neurekrutierung von Kunden ist ohne Publikumswerbung und Promotion nicht möglich. Diese besteht aber in der Banalisierung der Nikotinsucht. Von Promotoren der PRRPs und instrumentalisierten Experten wird zwar beteuert, dass sie *ausschliesslich* Rauchern/-innen helfen wollen, vom Tabak frei zu werden; diese Behauptung aus dem Munde der Industrie kann aber unmöglich ehrlich gemeint sein. Denn das würde bedeuten, dass Markt und Geschäft in einer Generation austrocknen werden.

Die instrumentalisierte «Schadensminderung» ist nicht, was Sie in Ihrem Artikel beschreiben. Sie, wie auch wir, nehmen an, dass sehr abhängige Raucher/-innen, die sich (noch) nicht vom Tabakrauchen befreien können, sich mit dem *ausschliesslichen* Gebrauch von E-Zigaretten weniger schaden. (Wobei das Ausmass X dieser Schadensminderung mit

keinerlei Daten belegt ist.) Diese *individuelle* Schadensminderung bedarf keiner Publikumswerbung und Promotion; Beratung durch Sucht-, Rauchstoppexperten oder im Spezialgeschäft genügt. Denn die Regulierung des Tabak- und Nikotinmarktes kann den Jugendschutz nicht allein mit einem Verkaufsverbot an Jugendliche umsetzen; dieses bedingt auch ein lückenloses Werbeverbot. Die PR-Botschaft «Nichts für Junge, aber weniger riskanter Lifestylegenuss für mündige Raucher!» ist die wirksamste Strategie der Droghändler, um Junge anzufixen und damit die Schar ihrer Kunden zu erweitern.

Wie absolut zentral Verbote von Werbung, Promotion und Sponsoring für Drogen sind, wird augenfällig, wenn man die Investitionen der Tabakindustrie in die E-Zigarette JUUL und in das Cannabisgeschäft betrachtet, die sich dadurch einen saftigen Ersatzmarkt erhofft. Aber auch Schweizer Hanfbauern, Cannabishändler sowie CBD- und THC-Extraktmischer scheinen mit der «Legalisierung» der Pflanze boomende Geschäfte zu wittern. Die aber, wie der Tabak, zu einem Problem der öffentlichen Gesundheit werden, wenn den Geschäftemachern nicht ein gesetzlicher Jugendschutz Schranken setzt, der als zentrales Element gemäss FCTC umfassende Verbote von Werbung, Promotion und Sponsoring umfassen muss.

Dr. Rainer M. Kaelin,
Mitglied der SIG Tabak/Umwelt der SGP, Etoy

1 Barben J, et al. Harm reduction – keine wirksame Strategie zur Tabakbekämpfung. Schweiz Ärztezg. 2019;100(31–32):1041–4.

Mitteilungen

Hilfskasse für Schweizer Ärzte

Eingegangene Spenden vom 1.7.2019 bis 30.9.2019

Vom 1. Juli bis 30. September 2019 sind neun Spenden im Gesamtbetrag von 27382.20 CHF eingegangen.

Der Stiftungsrat der Hilfskasse für Schweizer Aerzte freut sich sehr, diese Gaben bekanntgeben zu dürfen, und dankt allen Spendern recht herzlich.

Damit die Spenden in voller Höhe den Destinatären zukommen, haben wir uns entschlossen, für Spenden unter 500 CHF auf den Versand von persönlichen Dankschreiben zu verzichten. Wir hoffen sehr, dass diese Massnahme bei allen Spendern auf Verständnis stösst.

Für die Hilfskasse für Schweizer Aerzte
Der Kassier des Stiftungsrates