

## Forum

### Welche Fortbildung braucht der Mensch?

Bekanntlich sollte der Mensch sich von der Geburt bis mindestens zum Ende des Berufslebens weiterentwickeln und weiterbilden. Dies gilt speziell für Akademiker, zum Beispiel Ärzte und Ärztinnen. Als allgemeininternistischer Hausarzt meine ich mit dem «Menschen» somit natürlich vor allem die Grundversorger.

Nachdem die Fortbildungspflicht nun seit einigen Jahren besteht und alle Fachgesellschaften diese eingeführt haben, stellt sich die Frage, ob jetzt alles zum Besten bestellt sei. Wenn man die Anzahl und somit Auswahl an Fortbildungsveranstaltungen sieht, könnte man dies meinen. Die Tendenz zum Stunden-, Punkte-, Credits- oder «Was-auch-immer»-Sammeln ist aber unübersehbar. Das Spielchen, an der Veranstaltung auszuharren, bis die Bestätigung abgegeben oder bis die Urne zum Einwerfen der Teilnehmerkarten aufgestellt wird, ist bekannt und erinnert – ich kann die Assoziation nicht vermeiden – an den Kindergarten. Auch die Tendenz, dass jeder, der etwas auf sich hält, auch noch irgendwo ein von der Industrie gesponsertes «Vorträgli» halten muss, fördert nicht unbedingt die Bereitschaft der Ärzte, durch die Fortbildung tatsächlich eine Änderung des Praxisverhaltens einzuleiten. Für viele Ärzte ist Fortbildung auch ein soziales Ereignis, ein Ausspannen, das durch den erbauenden Effekt der Vorträge ergänzt wird – aber was bringt dies dann wirklich in der Praxis?

Damit komme ich zur entscheidenden Frage, nämlich welche Art (und nicht wieviel) Fortbildung wir Grundversorger brauchen. Dazu einige Fortbildungsbeispiele, wie sie jeder von uns Grundversorgern erlebt haben könnte:

**Fortbildung 1:** Grosser Kongress, viel Arzt-, Prominenz- und Industrievolk. Grundversorger X ist beein-

druckt, hört aufmerksam den sehr gelehrten (oft fremdsprachigen) Vorträgen zu, besucht zwischen zwei Rahmenveranstaltungen etwas unlustig mitelmässige Workshops. Am Abend oft gesponserte oder andere Festivitäten. Nach zwei (oder mehr) Tagen bleibt vor allem viel Rummel im Kopf, wenig Brauchbares für den Praxisalltag.

**Fortbildung 2:** Wöchentlich im Regionalspital, einstündige, oft hochstehende Vorträge, kompetente, meist praxisnahe Referenten. Wenn Grundversorger X nicht (wie meist) zu spät kommt oder zu müde ist zum Zuhören, dann ist der Profit für die Praxis recht gross.

**Fortbildung 3:** Regionaler Workshop, drei Stunden, limitierte Anzahl Teilnehmer, zwar gesponsert und organisiert von einer Firma, aber geleitet von einem Kommunikationsprofi und mit Teilnahme der lokalen Autorität im betreffenden Fach (Praxis). Die Themen werden mittels Punkten (und Abstimmung) vergeben, dann anhand von Fällen in kleinen Gruppen diskutiert und am Schluss mit Kommentar des Fachspezialisten ausgewertet. Alle sind hellwach, begeistert, die Zeit wird überzogen. Fortbildungs-Wert sehr gross.

**Fortbildung 4:** Auch die Privatklinik muss etwas offerieren. Auf Hochglanzpapier kommt die Einladung – mindestens zweimal. In distinguiertem Rahmen Empfang am «Abend-Sekretariat», Abgabe von vielen Papieren und einer wunderschönen Teilnahmebestätigung. Vortrag mit den modernsten audiovisuellen Einrichtungen, Vortragende haben mindestens PD-, meist Professorentitel. Aufwendige und interessante Beiträge im halbdunklen Raum, einige Kollegen dösen, der Inhalt ist weit entfernt von der Praxis. Die Absicht ist klar, man will Eindruck machen, zeigen was die Klinik kann, für Zuweisungen motivieren.

**Fortbildung 5:** Der regionale Spezialist in einem beliebigen Fach fühlt sich «verpflichtet» (oder gedrängt) einen ein- bis zweistündigen Vortrag zu halten. Organisiert und gesponsert von der Firma, die für dieses Fach auch Medikamente anbietet, meist verbunden mit Apéro oder Nachtessen. Der Vortrag ist so gut wie das Talent des betreffenden Spezialarztes, die Nähe zur Pharmaindustrie oft sehr gross.

Ich überlasse es dem geeigneten Leser zu entscheiden, welche Fortbildungsform den grössten Nutzen für die Praxis und die Patienten hat – und darum geht es letztlich. Eigentlich wissen wir alle, welche Fortbildungen uns wirklich etwas nützen. Interaktivität – nicht nur zuhören, sondern mitdenken und mitreden – und Praxisrelevanz sind zwei wichtige Bonitätskriterien. Warum sind diese nur so schwer umzusetzen?

Auch ist die Frage nicht wirklich geklärt, welche Fortbildung wie und wieviel anerkannt wird, noch weniger die Frage, wie das sinnvoll kontrolliert werden soll. Bei noch mehr Vorschriften und Reglementen ist es ganz natürlich, dass Wege zu deren Umgehung gefunden werden. Bei ungenügender Kontrolle sind wieder die Pflichtbewussten die Dummen.

Es sind also noch viele Probleme ungelöst. Bevor die jetzige, kaum richtig eingeführte Fortbildungsordnung wieder revidiert wird, müssen sicher die Erfahrungen und Schwächen dieser Ordnung breit evaluiert und diskutiert werden.

*Dr. med. R. Frey*  
Ferrachstrasse 9, CH-8630 Rüti

## Leserbrief zu: Pharmagewinn und Taxpunktwert – eine Auslegeordnung

### Auslegeordnung II

Als selbstdispensierender Arzt verfolgte ich das Geschehen um die Neuregelung der Medikamentenabgabe ebenfalls mit Interesse. Viele Ihrer Erwägungen in PrimaryCare 10 verwirrten mich und sind meines Erachtens mit dem neuen System nicht vereinbar. Das neue Preisgestaltungssystem für Medikamente setzt die Vorgaben klar und einfach.

Der Höchstpreis für Medikamente (SL-Preis) setzt sich neu aus dem «Fabrikabgabepreis» und einem «Vertriebsanteil» zusammen. Letzterer teilt sich in einen «preisbezogenen Zuschlag» (berücksichtigt insbesondere die Kapitalkosten für Lagerhaltung und ausstehende Guthaben) und in «einen fixen Zuschlag» (berücksichtigt insbesondere die Transport-, Infrastruktur- und Personalkosten).

Das neue Preisgestaltungssystem sieht die Vergütung der (Beratungs-) Leistungen unabhängig vom Medika-

mentenpreis vor. Die Leistungen der Apotheker werden neu mit Taxpunkten im Rahmen der Grundversicherung abgegolten. Die Leistungen der Ärztinnen und Ärzte werden aufgrund des geltenden Rechts bereits nach Tarif abgegolten.

Die Absicht des Gesetzgebers, Definitionen und Angaben zur Höhe der Entschädigung des logistischen Aufwandes findet man unter <http://www.bsv.admin.ch/kv/aktuell/d/InfoMedi1.pdf>.

Konkret lassen sich folgende Schlüsse ziehen:

1. Im neuen Preisgestaltungssystem setzt sich der Preis der Medikamente aus betriebswirtschaftlich begründeten Komponenten zusammen – vergütet werden Fabrikabgabepreis und der Aufwand für die Logistik. Eine «Marge», ein «Pharmagewinn» und die damit im herkömmlichen Abgeltungssystem verbundene Einkommenskomponente entfällt. Es gibt daher auch nichts umzulagern.
2. Eine Verquickung von Medikamentenabgabe und Taxpunktwert

(TPW) ist von der Sache her nicht mehr gegeben – der «Mischtarif» ist Geschichte.

3. Der aktuelle Zeitplan zieht die Einführung des neuen Preisgestaltungssystemes vor die Einführung des TarMed. Damit entfällt für den selbstdispensierenden Arzt eine herkömmliche Einnahmequelle und dieser hat sich, zumindest bis zur Einführung des TarMed, für seine medizinisch-fachlichen Leistungen mit dem schlechten Mischtarif abzufinden.

Das neue Preisgestaltungssystem ermöglicht der Ärzteschaft auch weiterhin die Medikamentenabgabe, die zeitlich gestaffelte Einführung zu TarMed bedeutet einen empfindlichen Einkommensverlust. Die neue Regelung ist jedoch einfach und transparent – die Position gegenüber den nicht dispensierenden Ärzten neutral und gegenüber den Kassen ebenfalls geklärt.

*Dr. med. F. Marty*