

La nouvelle association exercera également un impact sur les sociétés de médecine de premier recours. Il est clair que toutes les sociétés fondatrices devront continuer à exister, car chacune d'entre elles assure des fonctions qui lui sont propres comme par exemple, du moins pour le moment, la gestion des titres de spécialiste. La réorganisation est particulièrement simple pour la SSMG, qui devra être capable d'adopter une structure très légère du fait que la plupart des tâches lui incombant pourront être effectuées par l'association. La situation est plus compliquée pour la SSMI et la SSP, car ces sociétés doivent défendre aussi bien les intérêts des médecins de premier recours que ceux des médecins hospitaliers et des spécialistes. Par exemple, alors que la SSMG peut remettre l'ensemble des problèmes tarifaires aux mains de l'association, les deux autres sociétés de discipline médicale doivent rester actives dans ce domaine, car elles sont de surcroît compétentes en matière de tarifs spécialisés et de tarifs hospitaliers. En outre, les sociétés de discipline médicale doivent aussi préparer les projets spécifiques à leur discipline pour les déléguer à l'association. Par exemple, cela fait déjà un certain temps que la pédiatrie s'efforce de faire inscrire une mesure préscolaire préventive reconnue au catalogue des prestations obligatoires des caisses maladie, à savoir l'examen de détection de la dysphasie, qu'il faut effectuer à l'âge de trois ans. Il est important que les sociétés de discipline médicale conservent leur attrait pour les membres qui sont médecins de premier recours. A cet égard, elles devront avant tout aborder des thèmes spécifiques à leur discipline car l'association couvrira déjà les sujets de politique professionnelle des médecins de premier recours établis. Il faut renforcer l'intérêt pour l'adhésion simultanée à l'association et à une société de discipline médicale. L'objectif de l'association n'est en aucun cas de scinder, à l'intérieur d'une même discipline,

la médecine interne et la pédiatrie en médecins de premier recours et en spécialistes. Les sociétés de médecine de premier recours ont besoin de l'association, mais la réciproque est tout aussi valable. Un pédiatre doit pouvoir se sentir comme médecin de premier recours et comme pédiatre, sans devoir se décider pour l'une ou l'autre de ces fonctions. L'association est là pour combler une lacune dans le réseau des médecins de premier recours. Il faut à tout prix éviter que le réseau ne se déchire à la jonction entre les réseaux déjà existants des sociétés de discipline médicale: nous risquerions tous de tomber entre les mailles du filet.

Les tâches de la nouvelle association promettent d'être passionnantes. Les sociétés de discipline médicale, quant à elles, sont mises au défi de se redéfinir, de déplacer leurs priorités et d'offrir une plus-value aux médecins de premier recours. Libérées de la «charge» que représente la politique professionnelle, elles peuvent définir de nouveaux objectifs et s'attaquer à de nouveaux projets. Il serait très souhaitable que les sociétés de discipline médicale maintiennent leur niveau de visibilité et de notoriété au sein du public, en tant que sociétés de DISCIPLINE médicale. Nombreux sont les domaines dans lesquels nous autres médecins pouvons ou devons présenter notre profil: prévention en général et prévention d'accidents, éthique, etc.

Dans tous les cas, je me réjouis de notre nouvelle association car j'ai une grande confiance dans les perspectives de développement qu'elle nous offre. De même, j'ai hâte de voir les changements que vont entreprendre les sociétés de médecine de premier recours. Et j'espère que chaque médecin de premier recours y trouvera son compte et que, même si cela coûte, il adhérera aux deux organisations: l'association faitière et la société de sa discipline médicale.

Courrier des lecteurs

Pénurie de médecins généralistes



La pénurie de médecins généralistes en Suisse à l'horizon 2020, si remarquablement prédite et illustrée chiffres à l'appui par P. Tschudi dans PrimaryCare du 20.5.09 [1] est une chance pour la profession, et non une menace ou une calamité. Les dures lois de l'économie, si chères à nos gouvernants, nous enseignent depuis toujours que ce qui est rare est cher et donc digne de considération.

La stupéfiante arrogance, la morgue et le mépris affichés par notre ministre de la Santé vis-à-vis du corps médical n'auraient tout simplement pas lieu d'être dans un pays dont les campagnes auraient été transformées en désert médical.

Dans dix ans, nous serons une denrée rare, et nous pourrions alors, de par les simples lois du marché, reprendre notre place d'interlocuteurs écoutés et respectés en matière de santé. Cette place, nous l'avons bel et bien perdue aujourd'hui, et nous sommes incapables de la re-

gagner, du fait d'un rapport de force massivement défavorable.

Il convient donc d'accepter avec philosophie la pénurie annoncée de généralistes en Suisse (malgré le sang, la sueur et les larmes versés par nos concitoyens, qui seront hélas rationnés en soins de base), et de la considérer comme un tremplin douloureux mais nécessaire pour la reprise en main du système de santé par la profession médicale.

Dr Pierre Cagli, 1005 Lausanne

- 1 Tschudi P. Le médecin de famille – une balle que se renvoient les patients et les politiciens de la santé? 4^e partie: Tous les signaux sont au rouge: nous avons un urgent besoin de nouveaux médecins de famille! PrimaryCare. 2009; 9(8):158–62.

Absurdes Milliardenspiel



Ich habe mich schon lange darüber gewundert, dass noch kaum jemand auf die Idee gekommen

ist, auch einmal bei den Versicherern nach Sparpotenzial zu suchen. Einige Leute fragen sich aber schon, ob die Mittel für offensichtlich hohe Werbekosten, Sponsoring, Prämienrabatte, zu hohe Löhne der Kader und Verwaltungsräte usw. nicht besser eingesetzt werden könnten. (Art. 22 des KVG würde die gesetzliche Grundlage für eine Kontrolle der Verwaltungskosten der Versicherer bieten.)

Die Publikation Ihres eindrucklichen Artikels [1] in einer medizinischen Zeitschrift hat aber leider zu wenig Wirkung. Es ist wichtig, dass breitere Kreise informiert werden, um eine bessere Wirkung, besseres Verständnis und eine vernetztere Sichtweise zu erzielen. Ohne gezieltes Lobbying werden Ärzte und andere im Gesundheitswesen Tätige immer mehr unter Druck geraten. Ich finde generell, dass die Ärzteorganisationen sich viel mehr um flächendeckende Kampagnen und Informationen bemühen sollten. Dazu müsste eine medienerprobte Person angestellt werden, die Artikel und Leserbriefe streut und koordiniert. In der Vergangenheit war das nie nötig. Die Ärzte definierten sich über ihre Arbeit und ihr Be-

mühen um die Gesundheit ihrer Patienten. Aber: Viele, die z.T. haarsträubende Rezepte gegen die Kostensteigerung im Gesundheitswesen in die Welt setzen, haben kaum eine Ahnung vom Ganzen und/oder können offenbar nicht vernetzt und nachhaltig denken ...

Theres Germann, 9536 Schwarzenbach

- 1 Kissling B. Absurdes Milliardenenspiel im Schweizer Krankenversicherungswesen. *PrimaryCare*. 2009;9: 179.

Replik

Ja, es gibt an vielen Orten Sparpotenzial, bei «Anbietern» und «Konsumenten» und Versicherern und und und ...

Das Gesundheitswesen ist so komplex, dass die Steuerung mit einfachen Massnahmen, wie die jüngsten Versuche zeigen, nicht möglich ist. Es braucht dazu alle, wirklich alle. Die von der CVP aktuell lancierte öffentliche Diskussion über Anfang und Ende, Sinn und Ziel der Medizin, Leben und Tod scheint mir der richtige Weg zu sein. Vielleicht bleibt der Weg das Ziel. Wichtig ist, dass wir alle gemeinsam den Weg ganz bewusst wählen und die Wegstrecke dauernd neu überdenken, mit allen Konsequenzen, die aus den jeweiligen Entscheiden resultieren ...

Es gibt weitere Möglichkeiten zur Kostenoptimierung: die im Gesundheitswesen entstehenden Kosten an den richtigen Ort zu plazieren. Soll die Krankenversicherung beispielsweise Wirtschaftsförderung betreiben, indem sie Medikamente in der Schweiz teurer einkaufen muss als sie im Ausland erhältlich wären? Wirtschaftsförderung ist OK. Doch vielleicht sollten die dadurch resultierenden höheren Medikamentenkosten durch den Staat bezahlt werden und nicht durch die Krankenkassen.

Wer soll, als zweites Beispiel, die oft unendlich kostspieligen «End of life»-Therapien im äussersten Grenznutzenbereich bezahlen bei (heute noch) rettungslosen Krankheiten, wobei sich Ärzte (bewusst) und Patienten (wie bewusst eigentlich?) oft auf ein noch kaum bekanntes Forschungsterrain begeben? Daraus kann durchaus ein Fortschritt in der Therapie für künftige Kranke resultieren; das ist das Gute daran. Doch müssten diese Kosten nicht ehrlicherweise vom Schweizerischen Nationalfonds getragen werden und nicht von der Solidargemeinschaft der Krankenkassen?

Sie haben Recht. Es stellt sich immer die Frage, wo man kritische politphilosophische Gedanken publizieren soll. Jede Zeitschrift versucht attraktiv zu sein. Als Redaktor von *PrimaryCare* will ich selbstverständlich *PrimaryCare* attraktiv machen. In einer Fachzeitschrift ist ein Artikel nur relativ wenigen Leuten direkt zugänglich, jedoch nicht einfach «verlochet». Die Medien durchforsten wichtige Fachzeitschriften regelmässig auf attraktive Inhalte. *PrimaryCare* wird neben der Ärzteschaft an alle Medien sowie die nationalen Politiker geschickt – und von vielen Me-

dienleuten auch durchforstet. *PrimaryCare* wird auch immer wieder zu allen möglichen Themen zitiert.

Die SGAM arbeitet übrigens mit einem professionellen Medienberater zusammen. Ihr Auftritt in der Öffentlichkeit ist dadurch bedeutend gestärkt worden, wie die aktuelle positive Medienpräsenz der Hausarztmedizin zeigt.

Bruno Kissling

Kassenwechsel

Familie Singer (3 Personen) wechselt die Kasse, sobald die Einsparung total mindestens ca. Fr. 200.–/Jahr ergibt (= 1 Nachtessen auswärts), was längst nicht jedes Jahr möglich ist. Das ist absurd, aber die Kassen und Politiker wollen es so, und die Mehrheit der Stimmenden hat leider die Einheitskasse abgelehnt ...

Herr Kissling [1] liegt, was uns betrifft, mit seiner Berechnung also mindestens Fr. 2800.– (= 93%) daneben ...

Jörg Singer, dipl. Architekt ETH/SIA, 8272 Ermatingen

- 1 Kissling B. Absurdes Milliardenenspiel im Schweizer Krankenversicherungswesen. *PrimaryCare*. 2009;9: 179.

Replik

Meine im Artikel erwähnten Zahlen sind alle geschätzt, teils über-, teils unterschätzt. Die Milliarde steht metaphorisch für sehr sehr viel Krankenkassen-Geld, das nicht für Behandlungskosten verwendet werden kann.

Doch Sie sehen, auch Sie sind, wie viele weitere Leute bereit, für bereits CHF 200.– den ganzen Aufwand des Kassenwechsels zu betreiben! Sie haben natürlich Recht, dieses Geld können wir jetzt anders verwenden. Ein Abendessen bringt uns einen direkten Gewinn und macht uns heute Freude. Die Prämie ist eine Investition in schwierige Zeiten. Heute empfinden wir diese als Verlust – bis eines Tages nicht genug viel Geld gespart worden sein kann, damit uns mit unendlich kostspieligen Therapien geholfen werden kann ...

Das Schlimme und Absurde der Kassenwechsel zeigt sich ganz besonders bei Wechseln, aus denen nur eine sehr geringe Ersparnis resultiert. Hier betragen die administrativen Kassenwechsel-Kosten ein Mehrfaches dessen, was der Wechselnde spart – bezahlt von allen Versicherten – und dieses Geld fehlt dann für den «worst case» ...

Ich gehe nicht einig mit Ihnen, dass nur die Einheitskasse diesen Unfug hätte beseitigen können. Bei einem genügend valablen Risikoausgleich könnte die Konkurrenz der Kassen in einer ganz anderen Liga spielen als bei der heutigen blossen Jagd nach Menschen mit geringem Krankheitsrisiko ...

Bruno Kissling

Solidargemeinschaft



Der Artikel [1] zeigt ja nur einen Aspekt dessen auf, was mich oft so in Rage bringt.

Wie kann man die Anwendung der Gesetze der freien Marktwirtschaft fordern für einen Bereich, und sei es ein Markt, wo es um Solidargemeinschaft geht? Es gibt für uns Menschen nicht die Möglichkeit, frei zu wählen, welche Krankheit wir uns zulegen möchten, eine günstige oder teurere Variante. Hier liegt doch immer etwas Schicksalhafteres drin. (Das mit der Eigenverantwortung beim Rauchen oder Trinken ist doch nur ein Herunterbrechen der Problematik auf das Simpelste. Es gibt mehr Krankheiten als die COPD, das Bronchialkarzinom oder die Leberzirrhose. Das zeigt mir mein Praxisalltag.)

Und genau aus diesem Sinn und Geist heraus sind ja im ausgehenden vorletzten Jahrhundert die ersten Krankenkassen in der Schweiz gegründet worden. Gemeinsam die finanzielle Last zu tragen, für diejenigen, denen es nicht bestimmt war, in Gesundheit alt zu werden. Wie sollte das denn verwerflich sein, auf diesem Hintergrund eine Solidargemeinschaft zu bilden, die die anfallenden Kosten gemeinsam zu tragen sucht?

Ein freier Markt hat hier meines Erachtens nichts verloren, denn den Ansprüchen des Stärkeren oder eben Gesunderen mehr Gewicht zu geben als denen des Schwächeren oder Kranken, kann ich in einer Gesellschaft, die durch die Aufklärung gegangen ist, die Menschenrechte hochhält und eine Demokratie zu gestalten versucht, nicht annehmen.

In unserem Gesundheitswesen muss der Markt reguliert und kontrolliert sein. Und ich frage mich, ob es denn so schwierig sein kann, für geschätzte 8 Millionen Menschen verschiedene Szenarien einfach mal durchzurechnen und am Rechenmodell zu erarbeiten, welches System mit welchen Variablen und Prämissen am besten funktionieren kann. Es gibt doch Mathematiker und Informatiker in diesem Land, und 8 Millionen sind doch eine überschaubare Grösse.

Dies hätte ich schon von einem BAG erwartet: Unser Gesundheitssystem auf WZW-Kriterien sauber abzuklopfen. Das hat BR Couchepin wirklich versäumt. Da hat er einen schlechten Job gemacht. Seit Jahren ist das Problem virulent, und alles, was rauschaut, sind Taschenspielertricks als Lösungsvorschlag.

So, jetzt muss ich aber, das Wartezimmer füllt sich ...

pract. med. Klaus Buchholz, 8280 Kreuzlingen

- 1 Kissling B. Absurdes Milliardenenspiel im Schweizer Krankenversicherungswesen. *PrimaryCare*. 2009;9: 179.