

der freipraktizierenden Ärzteschaft betrifft, so verweise ich Sie gerne auf die beiden Studien in der SÄZ Nr 38/2012 [1, 2]). Dort gehen Ihnen die Augen auf.

Wollen Sie wirklich in zäher, unspektakulärer, finanziell und ideell mässig honorierter Kleinarbeit dazu beitragen, unseren tollen Beruf als praktizierende Ärzte und Ärztinnen auf dem Stand zu halten und weiterzubringen, dann engagieren Sie sich einfach in Ihrer Ärztesgesellschaft des Kantons Zug!

Last but not least: Meine Hausarztpraxis habe ich vom ersten Tag an selber aufgebaut. Der Zustrom neuer Patienten hält trotz oder gerade wegen 27-jähriger Erfahrung immer noch an. Mit dem in der gleichen Ortschaft praktizierenden Ärzteehepaar verbindet mich eine sehr konstruktive, Fachproblem-orientierte, freundschaftliche und offene «Konkurrenz»-Situation. Die sehr guten Kontakte untereinander möchten wir nicht missen. Meine durchschnittliche Arbeitsbelastung in beiden Berufen liegt zurzeit bei 80 Stunden pro Woche ... Am Berner Münster ist in Stein gehauen zu lesen «Mach's na».

Dr. med. Beat Gafner, Niederscherli,
Facharzt für Allgemeinmedizin FMH,
Präsident der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern

- 1 Künzi K, Strub S. Einkommen in der Ärzteschaft in freier Praxis 2012: Auswertung der Medisuisse-Daten 2009. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(38):1371-5.
- 2 Kraft E, Laffranchi R. Einkommen der freipraktizierenden Ärzteschaft: Validierung der Resultate. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(38):1376-9.



Die Kopfprämie ist wider die Biologie

Biologie: Kurz sagt es die Sphinx: «Welches Wesen geht am Morgen auf vier, am Mittag auf zwei, am Abend auf drei Beinen?» Das dritte Bein ist der Stock, Sinnbild für Medizin und Pflege, Antwort auf Alter und Krankheit, ungleich von Mensch zu Mensch, auch innerhalb des Menschenlebens.

Kopfprämie: Sie ist der finanzielle Baustein der Grundversicherung der Schweiz. Ihr Prinzip ist Gleichheit.

Die Spanne zwischen der biologischen Ungleichheit und der Gleichheit der Kopfprämie ist das Geschäft der über 60 Krankenkassen. Seit der Einführung des KVG vor 15 Jahren jagt jeder Versicherer, in Konkurrenz zu den anderen, nach guten Risiken: Viele Gesunde sind für ihn rentabel, Kranke nicht. Der Gesundheitsmarkt lebt von der Selektion [1].

Die Kopfprämie ist unsozial, das ist lange bekannt [2]. Sie ist auch ethisch sowie medizi-

nisch problematisch. Die Botschaft der Jäger von guten Risiken lautet: Der (Kopf-)Prämienzahler ist interessant, so lange er sie nichts oder wenig kostet; Krankheit und Alter jedoch belasten ihre Buchhaltung, und sie sind bestrebt, diese loszuwerden. Der Schlag der Krankheit genügt nicht; wer davon betroffen ist, den registriert das System als Last.

Dieselbe Botschaft geht an Ärzte, Spitäler, usw.: Wer viele junge, männliche Patienten «generiert», fällt den Versicherern wenig auf, riskiert weniger Rückzahlungsforderungen. Der Kranke als Last für den Arzt [3].

Die diesbezügliche Kritik wird neuerdings selbst von den Versicherern wahrgenommen; sie sollen sich bereit erklärt haben, die seit 10 Jahren geforderte, aber nie konkretisierte Verfeinerung des Risikoausgleichs zu verhandeln. Und die Ärzte?

Das Rätsel der Sphinx beschreibt die *condition humaine*. Die Lösung heisst: der Mensch. Das ist Bekenntnis, Kranke als Menschen und nicht als Budgetbelastung zu sehen. Der Hippokratische Eid bezieht sich ausdrücklich auf den Menschen; die Deklaration von Genf schliesst jede andere Einflussnahme aus [4]; die Deontologie der FMH enthält den Antiselektionsartikel 4, al.3.

Wenn sich Ärzte und FMH für Selektion aussprechen [5] – «Verbesserung» heisst deren Milderung, nicht Abschaffung! – dann beinhaltet diese Haltung konkret: Selektion im Gesundheitswesen, nicht aber innerhalb der Arztpraxis. Es dürfte der Ärzteschaft schwerfallen, diese Trennung öffentlich zu vertreten.

Selektion ist Folge von Kopfprämie, gepaart mit Markt und Wettbewerb von zahlreichen Kranken-Versicherern. Sie widerspricht der Deontologie der FMH. Die Condition humaine beinhaltet immanent Leid, Krankheit, Sterben. Die Menschen erwarten vom Arzt zu Recht, dass sie nicht selektioniert werden, auch nicht in der sozialen Krankenversicherung. Ärzte und FMH sollten sich dafür einsetzen.

Dr. med. Roland Niedermann, Genf

- 1 «...dans l'assurance de base où le remboursement des prestations est défini dans un catalogue, la concurrence se réduit aujourd'hui à la chasse aux bons risques»: Ständerätin Christine Egerszegi, Präsidentin der Gesundheitskommission des Ständerates; Le Temps 20.10.2012.
- 2 «Le Conseil fédéral rappelle que le système de la réduction des primes...représente, pour les personnes de condition économique modeste, le correctif social central à la perception de la prime par tête, permettant ainsi de réaliser la solidarité....»: Avis du Conseil fédéral du 18.08.1999.
- 3 «Comment être un médecin bon marché: Promouvoir une clientèle de passage et éviter de suivre les patients. Traiter des patients en bonne santé et se débarrasser des patients polymorbides. Hospitaliser et/ou envoyer facilement ses patients en EMS. Envoyer immédiatement les

patients chez des spécialistes pour un suivi ultérieur...»: Revue Médicale Suisse 2009;5: 2287-9.

- 4 «Ich werde mich in meinen ärztlichen Pflichten meinem Patienten gegenüber nicht beeinflussen lassen durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Konfession, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung oder soziale Stellung»: Deklaration von Genf, verabschiedet 1948 in Genf vom Weltärztebund als Antwort auf den Nürnberger Ärzteprozess nach dem 2. Weltkrieg.
- 5 «So soll ... der verbesserte Risikoausgleich umgesetzt werden,...»: Medienmitteilung der FMH vom 17. Juni 2012.



Ist die Love Life-Kampagne zielführend?

Soeben ist die diesjährige Love Life-Kampagne des BAG zur Reduktion der Geschlechtskrankheiten gestartet. Mit Plakaten und TV-Spots. Man erinnert sich automatisch an die letztjährige, wo uns in vier Fernsehspots erklärt wurde, man erkenne Geschlechtskranke daran, dass es sie zwischen den Beinen jucke. So wurden ein Bauarbeiter, eine Lehrerin, Menschen in einem Fitnesscenter und ein Pizzakurier gezeigt, die sich alle auf unterschiedliche Art im Genitalbereich kratzen. Manche Kollegen haben sich gewundert, dass sich auf einmal Patienten mit Oberschenkelektzemen, Soor, Intertrigo oder Blasenentzündung wegen Geschlechtskrankheit untersuchen lassen wollten ... Und wiederum wunderte man sich. Jetzt befasst sich das Bundesamt schon wieder mit dem nationalen Geschlechtsleben, weil viele venerisch Infizierte gar nicht wissen, dass sie geschlechtskrank sind und man sie deshalb darauf aufmerksam machen müsse. Die betreffenden Botschaften sind «den neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen angepasst», und so hofft natürlich der Leser dieses Versprechens auf die legendäre, vielgepriesene Qualität der obersten Hüter unserer Gesundheit. Betrachtet man aber die in den öffentlichen Verkehrsmitteln angebrachten Plakate, so geht die Hoffnung in ungläubige Verwunderung über. Da heisst es zum Beispiel: «*Miis Schnäbi biisst*» (sprich über Geschlechtskrankheiten, egal wie). Oder: «*mein Dingsbums hat Dingsbums*», «*mein Riissel hat Schnupfen*». Vermutlich wird man wegen der Globalisierung solche Botschaften der Love Life-Kampagne doch auch noch auf Englisch vermitteln müssen, etwa «My Joy Stick has Burn Out». Kann man sich noch vorstellen, was damit gemeint ist, gibt ein weiteres Plakat eher Rätsel auf: «*Im kleinen Paradies ist die Hölle los*». Ob da wohl das BAG angesprochen ist ...? Item, wenden wir uns noch den neuen TV-Spots zu, welche ebenfalls den «neusten