

Forum

**Unterstellung der Assistenzärzte unter das Arbeitsgesetz [1]**

Als Assistenzärztin und Mitglied der FMH wie auch des VSAO möchte ich an dieser Stelle meine Verärgerung über obengenannten Artikel zum Ausdruck bringen, d.h. insbesondere über das Verhalten der FMH in dieser Sache. Dass der Artikel jeder aktuellen wissenschaftlichen Grundlage entbehrt und sich laufend in sich selbst widerspricht, sei nur am Rande erwähnt. Die FMH als Standesorganisation, welcher auch die meisten Assistenzärzte als direkt Betroffene angehören, hat aber wenigstens ein Minimum an redaktioneller Verantwortung zu tragen. Im konkreten Fall heisst dies, dass die Veröffentlichung eines solch tendenziösen Artikels mit Ankündigung auf der Titelseite nur 14 Tage vor der Abstimmung im Ständerat höchst fragwürdig ist. Einerseits ist dies politisch fragwürdig und journalistisch höchst unprofessionell und andererseits ein Affront gegenüber Assistenzärzten, welche zweifellos grossmehrheitlich die Abkehr von der Sklaverei zu geregelten Arbeitsverhältnissen begrüssen. Diese sind, wie schon gesagt, ebenfalls Mitglieder der FMH, deren Interessen es zu wahren gilt. Wir, die jungen Ärztinnen und Ärzte, sind an einer qualitativ hochstehenden Weiterbildung interessiert und auch bereit, dafür etwas zu leisten. Wir tragen die Hauptarbeit der Dienstleistungen heute und wohl auch in Zukunft. Damit wir die geforderte Leistung in angemessener Qualität und Sicherheit erbringen können, sind zeitgemässe Arbeitsbedingungen, wie sie ja jeder andere Berufsstand auch kennt, wohl kein übertriebenes Anliegen. Eine Stellungnahme der FMH diesbezüglich, noch vor der Debatte im Ständerat, scheint mir zwingend notwendig.

Susanne Ernst, Assistenzärztin, Bern

- 1 Krapf R. Unterstellung der Assistenzärzte unter das Arbeitsgesetz: falsche Anreize und zu hohe Kosten. Schweiz Ärztezeitung 2002;83(9):421-4.

Unterstellung der Assistenzärzte unter das Arbeitsgesetz [1]**Brief an den FMH-Präsidenten**

Sehr geehrter Herr Kollege Brunner

Ich habe mich unglaublich geärgert, dass in der Ärztezeitung ein solch einseitiger Artikel zum Thema Assistenzärztinnen/-ärzte und Arbeitsgesetz unwidersprochen abgedruckt wurde. Dies so kurz vor der entscheidenden Abstimmung im Ständerat und mit Ankündigung auf dem Titelblatt. Die FMH hatte sich entschieden, uns in dieser Angelegenheit zu unterstützen; mit diesem Rückenschuss in letzter Minute wurde diese Unterstützung völlig unterlaufen. Die Argumentation ist zudem mehr als fragwürdig. Dass die Fehlerquote bei hoher Arbeitszeit ansteige «aufgrund von Frustration und fehlender Perspektive» widerspricht so krass allen arbeitsmedizinischen Untersuchungen, dass diese Behauptung schlicht absolute Unkenntnis der Materie demonstriert. Dass behauptet wird, die Anzahl betreuter Patientinnen und Patienten sei das einzige Kriterium für eine gute Weiterbildung, steht ebenfalls in klarem Widerspruch zu den gängigen lerntheoretischen Modellen. Diese zeigen ganz klar, dass es die *Kombination* von Erfahrung und Erarbeiten der Theorie ist, welche langfristige Sicherheit im Wissen ermöglicht. Dass Herr Krapf auf die völlig fehlende Strukturierung der WB-Curricula nicht eingeht, rundet das sehr einseitige Bild nur ab. Die Reduktion der Arbeitszeiten ist *die* Chance, die veralteten, hierarchischen, unbeweglichen Spitalstrukturen endlich zu überarbeiten, die Arbeitsbedingungen der Assistenzärztinnen/-ärzte endlich modernen Standards anzugleichen. Damit ist den Spitälern langfristig sehr wohl gedient, denn motivierte, engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind das mit Abstand wichtigste Guthaben der Spitäler! Dies bedingt aber ein gewisses Umdenken, und diese Veränderungen in den Köpfen – dies erkenne ich immer mehr – ist eine der grossen Schwierigkeiten unseres Engagements. Ich hoffe, dass so rasch als möglich eine Gegendarstellung und Argumentation unsererseits in der Ärztezeitung ermöglicht wird.

*Dr. St. Schneider,
Co-Präsident VSAO Bern*

- 1 Krapf R. Unterstellung der Assistenzärzte unter das Arbeitsgesetz: falsche Anreize und zu hohe Kosten. Schweiz Ärztezeitung 2002;83(9):421-4.

Sehr geehrter Herr Kollege Schneider

Lassen Sie mich mit der Feststellung beginnen, dass die Ausführungen von Herrn Krapf weder «Lehrmeinung» des ZV oder gar von mir sind und der besagte Artikel keineswegs mit Wissen, im Auftrag oder wie auch immer seitens des ZV publiziert worden ist. Offensichtlich scheint beim VSAO das seit 2000 gültige Konzept der Schweizerischen Ärztezeitung trotz wiederholter Publikationen und Ausführungen in den Gremien nicht bekannt zu sein; der guten Ordnung halber fasse ich es noch einmal zusammen:

1. Die SÄZ wird durch EMH publiziert, unter Leitung eines völlig eigenverantwortlichen und unabhängigen Chefredaktors in der Person von Herrn Dr. Markus Trutmann.
2. Die SÄZ soll auf breiter Palette und wenn nötig kontrovers über die aktuellen gesundheits- und berufspolitischen Belange orientieren. Die SÄZ hat dies in den letzten Jahren mit Erfolg getan, wie die Anzeigeeinnahmen und unabhängige Drittmeinungen bestätigen. Abgesehen von grundsätzlichen politischen Überlegungen, die vor allem eine Absage an das «frühere Pravda-Konzept» einbezogen, waren es auch wirtschaftliche Überlegungen, die hier massgeblich waren. Organe à la SÄZ früheren Zuschnitts mit Schwerpunkt Weisungs- und Verlautbarungsjournalismus haben heute keine Überlebenschance. Ich denke, die Chancen wären in der Ärztekammer gering, mit einem Mitgliederbeitragsanteil von Fr. 120.- für eine solche Hauspostille durchzukommen.
3. Die unangenehme Seite – sofern es denn eine ist: Wir alle, auch der ZV, auch ich, werden nicht selten mit für uns wenig erfreulichen Stellungnahmen und Kommentaren bedacht. Die einzige Strategie hier ist: Halten Sie mit eigenen Artikeln dagegen und erkennen Sie, dass das sehr lesenswerte VSAO-Bulletin auch nicht der Nabel der Welt ist. In dem Sinne sind Sie einmal mehr eingeladen, auch vorliegend auf die Ausführungen von Herrn Krapf zu reagieren.

Hans Heinrich Brunner

Kommentar der Redaktion

Dem VSAO – wie allen anderen Basisorganisationen der FMH – steht jederzeit die Möglichkeit zu, sich in der Schweizerischen Ärztezeitung zu äussern, und dies nicht erst seit gestern, sondern seit die SÄZ in einem neuen redaktionellen Konzept erscheint. Ich hatte dies Verantwortlichen des VSAO bei verschiedenen Gelegenheiten mitgeteilt – und feststellen müssen, dass darauf kaum je eine Reaktion gefolgt ist. Dies ist schade, denn gerade die aktuelle Diskussion zeigt eindrücklich, dass berufspolitische Interessen auch nach aussen bis hin zu den politischen Adressaten kommuniziert werden müssen. Dazu bietet die SÄZ, wie ich meine, eine gute Plattform, denn sie wird von vielen Politikern regelmässig gelesen und ihr wöchentliches Erscheinen erlaubt, rasch auf aktuelle Fragen zu reagieren. Ich konzidiere aber freimütig, dass der Zeitpunkt der Publikation des Artikels von Reto Krapf zu knapp vor der bevorstehenden Behandlung der Parlamentarischen Initiative Suter im Parlament angesetzt wurde. Die Redaktion der SÄZ muss sich überlegen, wie in Zukunft solche politisch eminent relevante Diskussionen inhaltlich und terminlich besser strukturiert werden können. Es ist im Interesse aller Beteiligten, hektische Manöver in letzter Minute zu vermeiden. Prima vista fände ich es sinnvoll, die politische Agenda so früh und so genau, wie das überhaupt möglich ist, bekanntzugeben und das Erscheinen spontan eingereichter oder angefordertes Beiträge zu einzelnen Themen mit dieser abzustimmen. Die Redaktion wird sich dazu noch konkreter und im Detail äussern. Ich hoffe, dass dies als erste Antwort genügen möge und dass wir uns auch in Zukunft auf einen konstruktiven, aber nicht minder spannenden Dialog – wie er hier exemplarisch bereits stattfindet – freuen dürfen. Für den Ärger, den diese Angelegenheit verursacht hat, möchte ich mich entschuldigen – für die Diskussion, die sie ausgelöst hat, möchte ich mich bedanken, nicht zuletzt bei Reto Krapf.

Markus Trutmann, Chefredaktor
Schweizerische Ärztezeitung

**Wieviel muss eine Psychotherapiestunde kosten, damit sich ein Psychiater auch eine Putzfrau leisten kann und ähnliche Zusammenhänge aus psychiatrischer Logik [1, 2]**

Offensichtlich ist es Mode geworden, überall Kosten-Nutzen-Rechnungen anzustellen. Ich bin froh, dass Kollege Trutmann und in seinem Editorial [3] gleich vor solchen Überlegungen warnt. Denn das meiste, was wir in unserer ärztlichen Tätigkeit tun, ist ökonomisch ein blosser Kostenfaktor. Aber glücklicherweise gibt es in unserer Gesellschaft noch einige Nischen, die nicht am Geldwert gemessen werden. Ökonomisch ideal sollen die Leute bis 65 arbeiten und dann aber rasch und ohne Kosten abtreten, dies ist der Idealfall [4]. Aus ökonomischer Sicht hat die Medizin allenfalls dort noch Berechtigung, wo sie zu einer möglichst raschen Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit verhilft. In allen anderen Fällen sind wir lediglich ein leidiger Kostenfaktor, der allenfalls als Arbeitgeber und Teil des riesigen Dienstleistungssektors zum Selbstzweck sein Auskommen finanziert. Offensichtlich scheint es aber bis heute die Politiker nicht zu interessieren, dass das Verhältnis zwischen Kosten und Beschäftigung gar nicht schlecht ist. So schreibt die WOZ [5]: «Das Gesundheitswesen kostet 40 Milliarden. Es verschlingt also etwa 10% des gesamten Bruttoinlandsprodukts. Das ist in Ordnung, wenn man bedenkt, dass im Gesundheitswesen mit 400 000 Beschäftigten auch etwa 10% aller Erwerbstätigen arbeiten. In anderen Branchen, etwa der Juristerei, fällt dieses Verhältnis schlechter aus.» Um auf Ihre Kosten-Nutzen-Rechnung zurückzukommen. Da wird offenbar der Nutzen einer Psychotherapie gegenüber dem Fehlen einer Behandlung verglichen und dann die ökonomischen Kosten verglichen. Ob solche Vergleiche überhaupt zulässig sind? In der medizinischen Ökonomie (im Gegensatz zur Gesundheitsökonomie) geht es nämlich darum, Kosten und Nutzen einer Behandlung gegeneinander abzuwägen und dadurch die Zweckmässigkeit einer Behandlung zu eruieren. Also müsste man bei einem Krankheitsbild wie z.B. der Depression Psychotherapie gegen die medikamentöse Therapie vergleichen, so wie eine Frakturbehandlung operativ gegen konservativ. Es ist sicherlich auch eine grosse Leistung und ein persönlicher Erfolg, wenn es gelingt, jemanden von der Berentung weg wieder zur Arbeit zu bringen, gerade in Ihrem Fachgebiet. Aber ökonomisch gesehen ist es natürlich dasselbe, wenn es gelingt, dass ein Patient gar nicht so weit kommt und da ist der Erfolg unseres Tuns ja nicht so klar ersichtlich. Aber theoretisch müsste sich jeder Orthopäde z.B. seine erfolgreich operierten Pat.

und deren verhinderte Rentenkosten auf seine Fahne schreiben können. Und an diesem Beispiel erkennt man, wie unsinnig solche ökonomischen Rechnungen ausfallen, bei denen Arbeitsausfälle etc. miteinbezogen werden. Sonst wird noch jeder Arzt anfangen auszurechnen, was er persönlich der Gesellschaft genutzt hat. Auch wenn es mir hier und da gelingt, eine verpasste Diagnose zu stellen, darf man das in aller Bescheidenheit nicht überbewerten. Ein anderer Arzt wäre womöglich noch erfolgreicher gewesen. Es geht in der medizinischen Ökonomie wie erwähnt darum, ob man ein Ziel schneller und kostengünstiger erreicht, ob man eine Neurose bzw. soziale Phobie medikamentös, kurzpsychotherapeutisch, verhaltenstherapeutisch oder analytisch behandeln will. Ich will mich aber hier trotz über 10jähriger Psychoanalyse nicht in fachfremde Details einlassen.

Hingegen möchte ich auf einige Details in Ihren beiden Artikeln zu sprechen kommen, die mich schon geärgert haben.

Wie kommen Sie zur Ansicht, dass Psychotherapie (zu) billig sein soll, wenn man von Ihrer Milchbüchlirechnung verhandelter Renten absieht? Das kommt doch einfach auf den Standpunkt des Beobachters an. Sie könnten ja sagen, dass die Leistungen unterbezahlt seien in bezug auf Ausbildung etc., aber billig ist wohl kaum der richtige Ausdruck, oder fragen Sie mal Ihre Patienten, besonders diejenigen, die es aus dem eigenen Sack bezahlen müssen.

Am Schluss wird es dann noch ganz peinlich und larmoyant, wenn sich Psychiater angeblich keine Sekretärin und keine Putzfrau mehr leisten können. Was soll man dazu sagen? Machen wir auch eine Milchbüchlirechnung. Sie können sich also keine Fr. 25.-/Stunde, d.h. Fr. 50.-/Woche zusätzliche Ausgaben leisten. Einfach lächerlich. Da muss ich mich als Allgemeinpraktiker schon fragen, was Sie denn vergleichen mit uns für Unkosten haben? Bei mir (einer eher kleinen Praxis) bleiben ohne Medikamenteneinnahme von jeder Rechnung 25% Nettoverdienst. Was brauchen Sie denn ausser einer kleinen Wohnung (oftmals genügt sogar 1 Zimmer zu Hause) an Unkosten, wenn Sie sich sowohl Sekretärin wie Putzfrau sparen. Da liegen sogar noch teure Fortbildungen und Supervisionen drin, ohne dass Sie auf 50% Unkosten kommen. Und was möchten Sie für Infrastruktur anschaffen, um auf die nicht beantwortete Frage von Kollege Trutmann im Interview [2] zu kommen? Brauchen Sie denn überhaupt eine Sekretärin? Nicht einmal von juristischer Seite werden Sie zu Aufzeichnungen gezwungen, wie man seit dem Fall Hauert weiss. Oder hat dies geändert? Ich habe mit einer einzigen Ausnahme auch noch nie einen Bericht eines frei praktizierenden Psychiaters erhalten, obwohl ich stets eine ordentliche Überweisung schreibe. Auch für den Nachvollzug Ihrer Logik

im Abschnitt «Psychiater, die günstigsten Ärzte» braucht man wohl psychiatrisch zu denken anstatt logisch. Dass Psychiater ohne jegliche Apparaturen durchschnittlich geringere Kosten bewirken, als ihrem Durchschnittsanteil von 13% entsprechen würden, ist ja klar. Dies trifft aber auch für Pädiater zu und ist berufsinhärent.

Besonders abstrus wird Ihre Interpretation bei den Medikamentenkosten, wo Sie uns Grundversorgern quasi unterstellen, zu viele Antidepressiva abzugeben. Der niedrige Medikamentenanteil zeigt lediglich, dass die frei praktizierenden Psychiater nur einen kleinen Teil der Depressionen behandeln. Gerne würde ich öfters Depressionskranke an Psychiater weiterweisen. Aber abgesehen von stationären und öffentlichen ambulanten Einrichtungen, ist es ja meist nicht möglich, jemanden in vernünftiger Zeit bei einem Psychiater unterzubringen.

Und da kommen wir zu Ihrer Arbeitsauslastung. Wie Sie geschrieben haben [2], ist einem Psychiater höchstens eine Arbeitszeit mit Patienten von 1200 Stunden pro Jahr zumutbar. Dies entspricht 200 Arbeitstagen à 6 Stunden bzw. 40 Wochen à 5 Arbeitstagen. Das sind 3 Monate Ferien bei einer nicht übermässigen Tagesleistung. Es wundert mich deshalb auch nicht, wenn neu eröffnete Psychiatriekollegen bereits von Anfang an keine freien Valenzen mehr haben. Auch bei noch so belastender Arbeit taucht da schon die Frage nach der Belastbarkeit psychiatrischer Kollegen auf. In diesem Zusammenhang stösst mir auch die merkwürdig unlogische Beurteilung der hohen Suizidalität sauer auf. Gerade ein Psychiater sollte eigentlich wissen, dass Belastungen durch den Beruf einen psychisch «gesunden» Menschen kaum in den Suizid treiben. Wahrscheinlicher scheint mir die Erklärung zu sein, dass es oftmals «hilflose Helfer» in diese Berufsgattung zieht, die eines Tages dekompensieren.

F. Tapernoux, Rütli ZH

- 1 Lachenmeier H. Das merkwürdige Diktat der zu kleinen Schuhe. Psychotherapie und Kosten. Schweiz Ärztezeitung 2002; 83(7):315-9.
- 2 Trutmann M. Weniger als Fr. 200.- pro Stunde? – Nie! Interview mit Dr. Heiner Lachenmeier, Affoltern am Albis. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(32-33):1766-70.
- 3 Trutmann M. Psychotherapie und Kosten. Schweiz Ärztezeitung 2002;83(7):293.
- 3 Oggier W. Wer hat Interesse am schnellen und gewollten Tod-Gedanken eines Gesundheitsökonom. Praxis 2001;90:2163-5.
- 4 Die Prüfung der Prüfer. WOZ, 20. Dezember 2001.

Replik

Sie monieren, dass Kosten-Nutzen-Rechnungen nur insofern statthaft seien, als ein Vergleich verschiedener Methoden zum Einsatz kommt, nicht aber der Vergleich zur Nichtbehandlung. Das ist grotesk. Grundsätzlich ist es absolut richtig und legitim, bei Kosten-Nutzen-Studien zuerst einmal den Wert einer Leistung im Vergleich zur Nichtleistung zu evaluieren. Werden verschiedene Leistungen in ihrem Kosten-Nutzen-Verhältnis betrachtet, dann handelt es sich um Kostenoptimierungsüberlegungen, was etwas anderes, aber selbstredend ebenfalls legitim ist.

Natürlich fokussieren die Gesundheitsökonom vorwiegend auf die Kostenoptimierungsüberlegungen. Sie möchten ja nicht auf das Gesundheitswesen verzichten. Für uns Ärzte (aller Fachrichtungen) hat das aber schwerwiegende Konsequenzen.

Erstens: werden damit unsere grundsätzlichen Behandlungsleistungen quasi aus dem Handgelenk heraus als Referenzpunkt für die Anerkennung unserer Arbeit negiert. Auf diesem grundlegenden Referenzpunkt müssen wir selbst beharren. Sonst leisten wir weiterhin der Entwicklung Vorschub, die in den letzten Jahrzehnten zu einer kontinuierlichen Entwertung der ärztlichen Arbeit geführt hat. In diesem Sinn kann ich nur hoffen, dass (wie von Ihnen befürchtet) jeder Arzt beginnt, den Wert seiner Arbeit auszurechnen.

Zweitens: müssen wir uns die Kostenoptimierungsüberlegungen etwas genauer betrachten. Sie nehmen das Beispiel des Vergleichs psychotherapeutischer versus pharmakologischer Behandlung einer Depression. Dazu sind mehrere Dinge zu sagen:

- A: Die spezifische Kompetenz und Arbeitsweise des Facharztes für Psychiatrie/ Psychotherapie liegt nicht im entweder oder, sondern in der integriert psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung (psychotherapeutisch, psychopharmakologisch, sozialpsychiatrisch).
- B: Vergleichen Sie die Dauer der Nachkontrolle, dann sehen Sie bei pharmakologischen Studien Zeiträume, die relativ klein sind. Bei Psychotherapiestudien hingegen werden die Effekte bis mehrere Jahre nach Abschluss der Therapie verfolgt (z.B. in der von mir zitierten Studie durchschnittlich 6,5 Jahre nach Abschluss).
- C: Bei solchen Langzeitkatamnesestudien von Psychotherapien zeigt sich, dass die Effekte anhalten oder sogar noch zunehmen. Der Erfolg ist also nachhaltig, was für Kosten-Nutzen- und Kostenoptimierungs-Einschätzungen von grösster Bedeutung ist.

D: Der Effekt von Psychotherapien beschränkt sich nicht nur auf die Reduktion der Leitsymptome, sondern schliesst die Behandlung maladaptiver pathologischer Abwehrsysteme und Verhaltensweisen mit ein (Vergleich: die Behandlung eines Diabetes mellitus beschränkt sich nicht nur auf den BZ-Wert, sie schliesst Bereiche wie Gewicht, Essverhalten, körperliche Aktivität usw. mit ein). Diese sind für den Gesamteffekt einer Behandlung von grösster Wichtigkeit, sowohl für den individuellen Patienten, wie auch im ökonomischen Sinn (siehe Fallbeispiel zu Beginn meines Artikels).

Sie finden meine Überlegungen punkto Medikamentenkosten abstrus. Nun, vielleicht wird mein Fragezeichen hinter der «Rationalität» der allgemeinen Praxis der Antidepressivaverschreibung verständlicher, wenn ich das etwas genauer ausführe: Nimmt man die Häufigkeitsverteilung der Abrechnung psychiatrischer Positionen bei den Grundversorgern zu Hilfe, dann zeigt sich, dass die Mehrzahl der Antidepressivaverschreibungen (wie auch der anschliessenden, begleitenden Termine beim GV) eine durchschnittliche Dauer von weniger als einer halben Stunde aufweisen. Aus fachlicher Sicht ist das als Durchschnitt zu wenig. Wenn ich dann noch sehe, dass sich die Bewerbung der Antidepressiva sehr auf die Grundversorger konzentriert, kombiniert mit der Suggestion, dass Diagnostik und Behandlung depressiver Störungen einfach seien, dann ist die Frage nach der Rationalität der Verschreibungspraxis definitiv zulässig.

Heiner Lachenmeier, Affoltern am Albis



Überlegungen zum Schwangerschaftsabbruch

Im Heft Nr. 49 habe ich die verschiedenen gedanklichen Anstrengungen und ethisch hochwertigen Äusserungen unserer Kollegen gelesen. Gestatten Sie mir, zum Gesetzestext «Schwangerschaftsabbruch» einiges festzuhalten. Zu meiner Person: Ich bin Leiter der Familienplanungsstelle am Spitalzentrum in Biel und seit über 30 Jahren mit der Problematik konfrontiert. Das Ziel der Fristenlösungsinitiative ist die Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruches. Für die Frau kommt es zur Entkriminalisierung, aber wir Ärzte werden mit diesem neuen Gesetz noch mehr kriminalisiert (vergleiche Art. 120).

Zum Art. 118. 3

Hier wird immer noch von einer Frist von zwölf Wochen nach der letzten Periode gesprochen. Es ist unverständlich, dass eine Frist ab letzter Periode gerechnet wird, da sattem bekannt ist, dass bei entsprechenden Zyklusunregelmässigkeiten die Ovulation erst am 28. Tag stattfinden kann, somit gewisse Frauen in der anamnestic 12. Woche erst in der achten Woche schwanger sind. Eine solche Legiferierung entspricht einem Gesetz aus dem 19. oder 20. Jahrhundert, sicher nicht dem 21. Jahrhundert, wo die Schwangerschaftsdauer mittels Ultraschall genau bestimmt werden kann. Ich versuchte, einer namhaften Parlamentarierin dies im Gespräch klarzumachen. Leider ohne Erfolg.

Zum Art. 119. 1

«Die Gefahr muss umso grösser sein, je fortgeschrittener die Schwangerschaft ist». Hier wird nicht klar, ob es sich um Schwangerschaften in der 14. oder 16. Woche handelt, und wer die Grösse der Gefahr einschätzt. Der Arzt oder die Schwangere, oder ein ausstehender Experte?

ad 2

Hier kommt im Text nochmals die Straflosigkeit innerhalb zwölf Wochen nach der letzten Periode, und nicht, wie es korrekt wäre, innerhalb einer effektiven Schwangerschaftsdauer von zehn Wochen (Ultraschall-Definition).

Art 120

Hier wird nun die Frau entkriminalisiert und der Arzt mit Haft und Busse bedroht.

ad a

Es ist denkbar, dass das schriftliche Gesuch von der Schwangeren vergessen wird einzufordern, oder dass es sich um Analphabetinnen handelt. Wie sollen wir uns bei fremdsprachigen Frauen aus dem arabischen oder asiatischen Raum verhalten?

ad b

Ich werde vom Gesetzgeber bedroht, wenn ich kein eingehendes Gespräch mit der Patientin führe, oder vergesse, ihr gegen Unterschrift einen Leitfaden auszuhändigen. Dies führt zu einer Diskriminierung von fremdsprachigen Leuten, da ich ja gar nicht in der Lage sein werde, mit diesen Frauen zu kommunizieren.

ad c

Ich werde mit Gefängnis und Busse bedroht, wenn ich eine schwangere Frau unter 16 Jahren nicht an eine spezialisierte Beratungsstelle für Jugendliche schicke. Ich werde mich gezwungen sehen, bei jeder Patientin eine Identitätskontrolle wie an der Schweizer Grenze zu machen.

ad 2

Ich werde ebenfalls bestraft, wenn ich die zuständige Gesundheitsbehörde nicht mit anonymem Papier versorge. Im Gesetz steht nirgends, dass ich als Arzt oder im Pflegeberuf tätige Person mich weigern kann, diesen Eingriff durchzuführen. Der Schutz der Medizinalpersonen gegenüber dem Druck von aussen fehlt.

Art 30

Bei straflosem Abbruch einer Schwangerschaft nach Art. 119 des Strafgesetzbuches übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit. Dieser Artikel ist unerhört, wenn auch im Interesse der Leistungserbringer, erstmals kann hier eine Person durch Selbstdeklaration Krankenpflegeleistungen in Anspruch nehmen. Mit gleichem Recht könnte ein Mann, der sich in einer Notlage fühlt, einen Kuraufenthalt ohne ärztliche Verordnung verlangen. Es ist auch äusserst erstaunlich, dass im Strafgesetzbuch vorgeschrieben wird, was durch die Krankenpflegeversicherung geleistet werden soll. Wo liegt hier die Einheit der Materie?

Ich bin äusserst erstaunt, dass weder von den Fachgesellschaften der Gynäkologen noch von der FMH gegen diese Penalisation gegen Ärzte im Gegenzug zur Straflosigkeit nicht heftig protestiert wird. Obschon ich selber seit Jahren eine liberale Haltung zum Schwangerschaftsabbruch praktiziere, finde ich dieses Gesetz inakzeptabel und ich erwarte, dass von unseren Fachgesellschaften dagegen Position ergriffen wird. Unabhängig davon, ob man für oder gegen den Abbruch ist.

Dr. med. U. H. Eggimann, Biel/Bienne

Replik

Angesichts der TARMED-Debatten erschien es mir angezeigt, Deinen Brief etwas warten zu lassen. Es ist wünschenswert, dass sich weitere Kolleginnen und Kollegen zu Deinen Darstellungen äussern.

Persönlich kann ich lediglich so viel replizieren: Es ist durchaus wahrscheinlich, dass der vorliegende Gesetzesentwurf vor allem dem «neusten Stand des Irrtums» entspricht, indem das Schwergewicht auf der Entkriminalisierung der betroffenen Frauen liegt. Von uns Ärztinnen und Ärzten wird erwartet und verlangt, dass der Respekt vor dem werdenden Leben hochgehalten werde. Damit auf alle Fälle die nötigen Sicherungen – zum Schutz der Bevölkerung – eingebaut seien, werden vermutbare ärztliche Verfehlungen strengen Ahndungen unterstellt.

Vom philosophisch-ethischen Standpunkt aus betrachtet geht es auch um die Frage, wo die Freiheiten des einen und des andern anfangen und aufhören; wir sind in unserem Berufsstand nicht frei, Sorgfaltspflicht nicht walten zu lassen. So besehen kann ich verstehen, dass der Gesetzgeber im Interesse der Gesamtbevölkerung strenge Vorschriften der Aufklärungspflicht festgeschrieben hat. Es könnte allerdings dann gefordert werden, dass etwa in Sachen Gesuchsformulare oder Leitfaden die entsprechend nötigen Übersetzungen zuhanden der Ärzteschaft zur Verfügung gestellt werden (dass da noch vieles nicht befriedigend – sprich noch immer diskriminierend – gelöst ist, kann an dieser Stelle nicht erörtert werden). Zudem treffen wir diese mit der Aufklärungspflicht verbundene Problematik überall an.

Es steht mir nicht zu, mich zur juristischen Betrachtung des Problems zu äussern. Zum Schluss möchte ich nochmals einladen zur weiteren Diskussion!

*Dr. med. Ursula Steiner-König,
Vizepräsidentin FMH, Bern*



Affäre Grüssner

Warum nicht sein darf, was nicht sein kann, oder warum der Fall Grüssner auch fein sautiert noch bitter schmeckt

Sie kennen die Zürcher Regierungsparagrafen! Erstens hat die Regierung und Spitaldirektion immer recht und zweitens: sollte sie einmal unrecht haben, tritt automatisch Paragraph 1 in Kraft. Vorab noch dies: Ich kenne Professor Sauter als meinen ehemaligen vorgesetzten Hauptmann im Militär als einen integren, der Ehrlichkeit verpflichteten Mann, der auch mir als Berufskollegen einen Arrest beschert hat, wenn die Sachlage dies gebot. Die Fakten im Fall Grüssner sind bekannt: Unter Vorspiegelung falscher Titel, die Prof. Grüssner nie erworben hat, hat dieser die vakante Stelle des Chefarztes Viszeralchirurgie am UniversitätsSpital Zürich gegen schweizerische und allein ob dieses Umstandes unterlegene Konkurrenz ergattert und wie zwischenzeitlich bekannt geworden, unrühmlich, aber um eine gute Million Schweizer Franken reicher geräumt. Man nennt ein solches Gebaren sonst Hochstapelei und vielleicht auch Betrug. Zur Aufdeckung des Sachverhalts beigetragen hat massgeblich Herr Prof. Sauter. Die, die Prof. Grüssner angestellt haben, waschen ihre Hände in Unschuld und sind, wie in der heutigen Zeit üblich, nicht bereit, die politische Verantwortung zu tragen. Statt dessen soll mundtot gemacht werden, wer recht hat, aber eben schweigen sollte, weil nicht sein kann, was nicht sein darf, dass die Obrigkeit reingelegt wurde. Herr Prof. Sauter hätte seine Busse und Reue durch Unterschrift unter ein Papier bezeugen sollen, das es mit der Wahrheit so genau nicht nimmt – und obendrein eine satte Busse zahlen sollen. Das erinnert an Verhältnisse in einer Bananenrepublik: Haben sich auch bei uns Despoten hochgedien(er)t? Diene(r)n in der Zürcher Regierung Leute, die notorisch einen Hang zur Lüge haben? Von der Gesundheitsdirektorin ist bekannt, dass sie einen lockeren Umgang mit dem Volkswillen und auch mit Gerichtsentscheiden pflegt, wie unter anderem ihr Verhalten nach der Ablehnung des Gesundheitsgesetzes bezeugt. Ihr Wort in Kommissionen, so habe ich mir von chirurgisch tätigen Kollegen sagen lassen, die in TARMED-Subkommissionen tätig waren, zähle so viel, wie ein Papier auf dem Müll. Ich schäme mich für solche Ignoranz. Anstatt Prof. Sauter Genugtuung zu verschaffen, soll er noch büssen, aber wofür? Dass er mit anderen die Wahrheit hervorgebracht hat? Als einfache Bürger wissen wir darum, dass unsere demokratischen Grundrechte, in der Verfassung festgeschrieben, so lange hochgehalten werden, wie wir nicht aufmüpfig werden. Chapeau

vor der Zivilcourage Prof. Sauters, der sich der Obrigkeit nicht beugt. Die Machtdemonstration erinnert ans Mittelalter. Eingedenk Giordano Bruno, der noch auf dem Scheiterhaufen monierte: «... und sie dreht sich doch!»

Dr. med. Daniel Schlossberg, Zürich



Das psychohygienische Abörtchen

Haben die Schweizer Ärzte nichts mehr zu sagen?

Das Diskussionsforum der Schweizerischen Ärztezeitung ist für mich ein psychohygienisches Abörtchen in Sachen Gesundheitspolitik. Hier kann ich mich entlasten. Meine geistigen Ausscheidungen fließen in gefasster Form diskret ab in die Umwelt – und werden wahrscheinlich kaum bemerkt!

Wenn ich das Forum von Zeit zu Zeit besuche, frage ich mich, ob die schweizerische Ärzteschaft tatsächlich und im umfassenden Sinn in der heutigen Zeit nichts mehr zu sagen (und somit auch zu schreiben) hat in diesem Land?

Ganz anders die Krankenkassen. Neben der Bauernsamer und den Banken sind sie wahrscheinlich die personell best organisierte und dotierte Wirtschaftsbranche im eidgenössischen Parlament. Vielleicht bringt die FMH – oder die santésuisse – einmal eine Liste der Krankenkassenvertreter im Parlament? Wen wundert da noch der Gang der eidgenössischen Gesetzgebung?

Dr. med. Reto Gross, Altstätten

Pressemitteilung

Spitalfinanzierung

Versicherer bieten Hand zu konstruktiven Lösungen

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK) des Ständerats schlägt dem Parlament vor, das EVG-Urteil betreffend Finanzierung der Spitalbehandlungen von zusatzversicherten Patienten stufenweise umzusetzen. Sie hat zu diesem Zweck einen Entwurf für ein dringliches Bundesgesetz (dBG) ausgearbeitet. Mit diesem Vorgehen kommt die Kommission den Anliegen der Kantone weitgehend entgegen.

Der Entwurf enthält im einzelnen folgende Bestimmungen:

1. Als Grundlage für die Beiträge der Kantone an zusatzversicherte Patienten dienen die Tarife der allgemeinen Abteilung. Aufgrund dieser Tarife, die heute gemäss Berechnungen der Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) nur 43 Prozent der anrechenbaren Kosten finanzieren, würden

die jährlichen Beiträge der Kantone insgesamt gut 500 Mio. Franken betragen. Tatsächlich übernehmen die Kantone aber für die allgemeinversicherten Patienten rund 57 Prozent der Kosten. Auf dieser Grundlage müssten die Kantone Beiträge von knapp 700 Mio. Franken an zusatzversicherte Patienten ausrichten.

2. Die Beiträge der Kantone werden stufenweise angehoben. Im Jahre 2002 betragen sie 60 Prozent, im Jahre 2003 80 Prozent und im Jahre 2004 100 Prozent der geschuldeten Tarife für die allgemeine Abteilung.

santésuisse hat zwar Verständnis für die finanziellen Probleme der Kantone, bedauert aber, dass das dringliche Bundesgesetz eine sofortige und vollumfängliche Umsetzung des EVG-Entscheids verhindert. Danach haben Personen mit einer Zusatzversicherung, genau gleich wie die übrigen Versicherten, das Recht auf einen finanziellen Beitrag durch die Kantone. Denn sie bezahlen ebenso Beiträge an die obligatorische Grundversicherung. Trotzdem bietet der Branchenverband der Krankenversicherer Hand zu einer konstruktiven Lösung.

Der EVG-Entscheid betrifft nicht nur die künftige Spitalfinanzierung, sondern ist eigentlich ab Inkrafttreten des KVG Anfang 1996 anwendbar. Die Krankenversicherer haben jedoch in einem Ende 2000 auslaufenden Stillhalteabkommen mit den Kantonen darauf verzichtet, die von den Kantonen geschuldeten Beiträge auf dem Rechtsweg einzufordern. Im Gegenzug zeigten sich die Kantone bereit, gemeinsam mit den Versicherern konstruktiv an einer raschen Reform der Spitalfinanzierung mitzuarbeiten. Der Entwurf für das dringliche Bundesgesetz enthält keine rückwirkende Bestimmung. Es ist daher noch offen, welche Beiträge die Kantone an die Versicherer für das Jahr 2001 zu bezahlen haben. Ebenso steht eine Lösung aus für die Zahlungen betreffend die Jahre 1996 bis 2000 an Versicherer, welche das Stillhalteabkommen nicht unterzeichnet haben. Diese Beiträge sollen nun mit einem Pauschalbeitrag abgegolten werden. Die entsprechende Vereinbarung zwischen SDK und santésuisse ist in Vorbereitung.

santésuisse

Diese Medienmitteilung können Sie im Internet abrufen unter: www.santesuisse.ch.

Press release

WHO urges influenza vaccination for northern hemisphere

As the influenza season in the northern hemisphere reaches its peak, the World Health Organization (WHO) is scaling up its efforts to fight this potentially devastating disease.

Influenza is one of the oldest and most common diseases known to man. It can also be one of the deadliest. The «Spanish flu» pandemic of 1918–1919 – considered to be the worst disease outbreak in the last century – claimed up to 40 million lives and is thought to have infected half the world's population. The possibility that this could happen again was exemplified by the A(H5N1) episode in Hong Kong, Special Administrative Region of China in 1997 when one third of infected patients died. Fortunately, this outbreak did not develop into a global health emergency. During the annual influenza epidemics, the disease infects as many as 100 million people each year in the northern hemisphere. Exact figures are unavailable for most countries but influenza kills approximately 20 000 people in the United States each year. The elderly and children below 1 year of age are particularly at risk.

For most healthy people, influenza amounts to high fever, headaches, coughing and a few days off work or school, followed by complete recovery. For the elderly and chronically ill however, the disease often leads to hospitalization and death. In developing countries, where it is often not perceived as a major public health problem, there is a particularly urgent need to assess the impact of influenza and tackle the disease.

WHO strongly advises early vaccination as the best prevention.

“Influenza vaccines have an excellent safety record. In particular, the elderly and patients with chronic illnesses should see their doctor or health worker and get their flu vaccination,” says Dr David L. Heymann, Executive Director, Communicable Diseases, WHO.

Each year, WHO brings together international influenza experts to decide the composition of the influenza vaccine for the next year. More than 230 million influenza vaccine doses are then produced and given globally every year, saving lives, reducing illness in those most at risk and decreasing absenteeism from workplaces and schools.

This year's consultation to decide the vaccine content for the northern hemisphere, 2002–2003 season concluded today at WHO headquarters in Geneva, Switzerland. WHO recommends the following viruses be used for influenza production next year:

- an A/New Caledonia/20/99 (H1N1)-like virus
- an A/Moscow/10/99 (H3N2)-like virus (The widely used vaccine strain is A/Panama/2007/99)
- a B/Hong Kong/330/2001-like virus

The WHO recommendation was discussed today with representatives from all major influenza vaccine companies to allow sufficient time for production of the vaccine before influenza hits again next year.

Press Release WHO/08
6 February 2002

Communiqué de presse

L'OMS insiste sur la vaccination antigrippale dans l'hémisphère nord

Genève. Alors que la saison grippale culmine dans l'hémisphère Nord, l'Organisation mondiale de la Santé intensifie ses efforts pour lutter contre cette maladie potentiellement dévastatrice.

La grippe est l'une des maladies les plus anciennes et les plus courantes que l'homme connaisse. C'est aussi l'une des plus mortelles. La «grippe espagnole» de 1918–1919, que l'on considère comme la plus grave pandémie du siècle dernier, a fait plus de 40 millions de morts et l'on pense qu'elle a infecté près de la moitié de la population mondiale. La flambée de grippe à A(H5N1) à Hong Kong (région administrative spéciale de Chine) en 1997, pour laquelle on a enregistré une mortalité d'un tiers des cas, montre bien que cela peut se reproduire. Fort heureusement, l'épidémie n'a pas pris la dimension d'une urgence sanitaire mondiale.

Lors de chaque épidémie annuelle, la grippe peut infecter jusqu'à 100 millions de personnes dans l'hémisphère Nord. S'il est vrai que l'on ne dispose pas des chiffres exacts pour la plupart des pays, on sait toutefois qu'elle tue environ 20 000 personnes par an aux Etats-Unis. Les personnes âgées et les moins d'un an constituent les groupes particulièrement exposés.

Pour la plupart des personnes en bonne santé, la grippe se résume à une forte fièvre, des céphalées, de la toux et quelques jours

d'absence du travail ou de l'école, avant la guérison complète. En revanche, pour les personnes âgées et les malades chroniques, elle entraîne fréquemment l'hospitalisation et les décès ne sont pas rares. Dans les pays en développement où, le plus souvent, elle n'est pas considérée comme un problème de santé publique important, il est particulièrement urgent d'évaluer son impact et de s'y attaquer.

L'OMS préconise la vaccination précoce comme le meilleur moyen de prévention.

«L'innocuité des vaccins antigrippaux est excellente. Les personnes âgées et les malades chroniques en particulier devraient consulter leur docteur ou leur agent de santé pour se faire vacciner», recommande le docteur David L. Heymann, Directeur exécutif, Maladies transmissibles, OMS.

Chaque année, l'OMS rassemble des experts internationaux qui décident de la composition du vaccin antigrippal pour la saison suivante. Plus de 230 millions de doses sont ensuite produites et administrées; elles permettent de sauver un grand nombre de vies, de réduire la morbidité pour les personnes les plus exposées et de diminuer l'absentéisme au travail et dans les écoles.

La consultation de cette année, qui établit la composition du vaccin pour la saison 2002–2003 dans l'hémisphère Nord s'achève aujourd'hui au Siège de l'OMS à Genève. L'Organisation recommande d'utiliser les virus suivants:

- souche analogue à A/New Caledonia/20/99(H1N1)
- souche analogue à A/Moscow/10/99(H3N2). La souche couramment utilisée est A/Panama/2007/99.
- souche analogue à B/Hong Kong/330/2001

En donnant aujourd'hui cette recommandation aux représentants des principaux producteurs de vaccin antigrippal, l'OMS leur laisse suffisamment de temps pour produire le vaccin avant que la grippe ne frappe de nouveau l'année prochaine.

Communiqué de presse OMS/08
6 février 2002