



**Schweigen der Ärzteschaft –  
wie lange wollen wir uns das noch leisten?**

Kollege Marti [1] beschreibt einen Fall betrügerischer Tarifierung und gesicherter Unwirtschaftlichkeit durch ärztliche Kollegen. Zu Recht empört er sich über diesen Vorfall. Er wundert sich aber vor allem über das abgestumpfte Rechtsempfinden der Ärzte: Ärzten sei weniger klar als Normalbürgern, was in solchen Fällen inakzeptabel und was zu tun sei.

Beim Fall, über den Kollege Marti schreibt, entstand ein finanzieller Schaden, der, obwohl viele Fragen offenblieben, wieder gutzumachen war. Das abgestumpfte Rechtsempfinden der Ärzte bzw. das Fehlen von Parteilichkeit zugunsten der Opfer wirkt sich fatal aus, wenn es nicht um Geld, sondern um das seelische Wohlbefinden, ja die Existenz eines Menschen geht, der durch systematischen Machtmissbrauch in Form sexueller oder nicht-sexueller Grenzverletzungen in ärztlichen Behandlungen tiefgreifend geschädigt wurde. Diese Opfer erleben oft eine lange, frustrierende und schmerzhaftes Odyssee: sie wenden sich an Standeskommissionen der kantonalen Ärztesellschaften, an Ombudsstellen der kantonalen Ärztesellschaften, an Berufsverbände, in denen die beschuldigten Ärzte auch noch Mitglied sind, an ihre Krankenkasse, an die *santésuisse*, an Opferberatungsstellen, an die kantonalen Aufsichtsbehörden bzw. die Kantonsärzte und schliesslich an Staatsanwaltschaften.

Unsere Erfahrung mit mittlerweile unzähligen Fällen in der ganzen Schweiz ist die, dass Opfer bei Opferberatungsstellen ausserhalb der Ärzteschaft und bei den Staatsanwaltschaften noch am ehesten adäquat behandelt werden. Überall sonst begegnet man diesen Menschen typischerweise mit Unglauben, Pathologiezuschreibungen und bestenfalls mit Unverständnis und Intransparenz. Diese Klagen werden meist nur sehr defensiv, schleppend und oft nur bei genügend Druck von aussen, z.B. durch die Medien, be-

handelt. Die angegangenen Stellen schielen auf andere, bereits involvierte Instanzen und handeln nach dem Motto: wenn andere keine Konsequenzen ziehen, tun wir auch nichts. Offiziell wird z.B. mit der Befürchtung finanzieller Entschädigungsforderungen durch den Täter im Falle einer deliktverurteilenden und sanktionierenden Verfügung argumentiert. So resultiert, dass viele mutmassliche oder durch ein Gericht verurteilte Täter weiter arbeiten können und die Opfer jeden Glauben an Recht und Gerechtigkeit verlieren, ja sich verständlicherweise in ihrem Vorurteil, «Eine Krähe hackt einer anderen kein Auge aus», bestätigt fühlen. Dass das Problem nicht so selten ist, zeigt zum Beispiel eine US-amerikanische Studie aus dem Jahre 1986 [2]: 2/3 der befragten Psychotherapeuten gaben an, schon solche Opfer behandelt zu haben, im Schnitt haben sie 3,29 Opfer in ihrer bisherigen Berufskarriere behandelt. Unter den Tätern sind alle Fachdisziplinen vertreten, Männer sind deutlich übervertreten.

2000 haben wir in der *Ärztezeitung* über den Umgang der Ärzteschaft mit ärztlichen Tätern geschrieben [3]. Reagiert haben in erster Linie etliche Betroffene: Ärztinnen, die während einer ärztlichen Behandlung schwer missbraucht worden waren. Die offizielle Ärzteschaft hat den Artikel mit Schweigen quittiert. Dass Schweigen auch Mitschuld bedeuten kann, hat uns die Geschichte des 20. Jahrhunderts reichlich gelehrt. Der beschriebene Umgang mit solchen Klagen führt nicht nur zu einer sekundären Traumatisierung der Opfer, sondern schädigt ganz wesentlich das Ansehen der ganzen Ärzteschaft. Wie lange wollen wir uns *das* noch leisten?

*Silvia Cueni, Maya Schuppli-Delpy, Basel*

- 1 Marti C. Betrugsverdacht – was nun? *Schweiz Ärztezeitung* 2002;83(46):2521-2.
- 2 Gartrell N, Herman J, Olarte S, Feldstein M, Localio R. Psychiatrist-patient sexual contact: results of a national survey. I: Prevalence. *Am J Psychiatry* 1986;143(9):1126-31.
- 3 Schuppli-Delpy M, Cueni S. Schwarze Schafe. *Schweiz Ärztezeitung* 2000;81(43):2442-4.



«Betrugsverdacht – was nun?»

Lieber Christian

Du bezeichnest das Problem als «Betrugsverdacht». Die Juristen werden die Definition finden, ein Gericht wird wohl urteilen müssen. Manche Kolleginnen und Kollegen werden es eher als Versehen, Übergewissenhaftigkeit oder etwas Ähnliches erklären. Vielleicht wäre hier auch «*corriger la fortune*» passend, wie es Lessing Riccaut de la Marlinière in «*Minna von Barnhelm*» formulieren lässt.

Mir haben in der letzten Zeit ähnlich gelagerte Fälle Kopfzerbrechen und Arbeit bereitet:

1. Ein Waggis erleidet zur Fasnachtszeit eine Durchfallepisode (4× weiche Stühle) mit Blutauflagerung. Verängstigt sucht er eine Notfallstation auf. Befunde gemäss Kurzbericht: «weiches Abdomen, keine Druckdolenz, lebhaftes Darmgeräusche, afebril, kein Vomitus, rectal wenig brauner Stuhl. Labor: SGOT 94 U/l, SGPT\*243 U/l, Hb 15,1 g/dl. Rö.-Thorax und Abdomen o.B., EKG unauffällig. Therapie: nihil. Procedere: Hämoocult mitgeben, Leberwerte kontrollbedürftig. Evtl. Rectoskopie und Sonographie.» Da der Patient hausarztversichert ist, taucht er in der Monatsübersicht auf: Ambulante Behandlung NFS: Fr. 739.–. In der angeforderten Abrechnung sind neben den umfangreichen Standardabklärungen Blutgruppen- sowie Verträglichkeitstests und eine Bluttransfusion verrechnet. Ich erinnere mich an den Hb-Wert von 15,1 g/dl und erlaube mir, beim Oberarzt eine Stellungnahme anzufordern. Es entwickelt sich in der Folge ein recht mühsames Feilschen um die Rückzahlung der nicht durchgeführten Bluttransfusion. Über die andern Positionen wird nicht weiter diskutiert.
2. Ein von mir wegen Sinusitisproblemen bei St. nach Operation zum HNO-Konsiliarius überwiesener Patient bringt mir die Rechnung für ein CT der Nasennebenhöhlen: Betrag Fr. 1098.–. Die Krankenkasse hatte die Positionen überprüft und konnte nichts dagegen einwenden. Da ich selbst die Positionen nicht

beurteilen kann (es findet sich auch ein Dentascan darauf), schicke ich die Rechnung mit meinem Kommentar einem anderen Radiologen zur Beurteilung. Meine Anfrage kommt ohne Kommentar postwendend per Fax zurück. Der HNO-Konsiliarius bestätigt mir, dass der Radiologe die Untersuchung gemäss seinem Auftrag ausgeführt habe. Ein «neutraler» HNO-Spezialist hat mein Schreiben bisher nicht beantwortet.

3. Häufig geben die onkologischen und radioonkologischen Nachkontrollen zu Diskussionen Anlass. Vor allem die regelmässigen Routine-Labor- und -Röntgenkontrollen alle 3, später alle 6 bis 12 Monate, in einem Recall-System ohne Nachfrage beim Hausarzt über Allgemeinzustand und in der Zwischenzeit durchgeführte Kontrollen sind Stein des Anstosses.

Meine Quintessenz: 1. Alle Arzt- und Spitalrechnungen sollten auch von den Patienten überprüft werden. 2. Die behandelnden Ärzte auch in den Spitälern sollten die Rechnungsstellung überwachen. 3. Information des Hausarztes über veranlasste Kosten ist sinnvoll. 4. Die Überprüfung von Abrechnungen von technischen Untersuchungen ist für die Hausärzte und Krankenkassenorgane schwierig. Konsequente Kostenselbstkontrolle der Spezialistenfachgruppen ist angezeigt. 5. Paritätische Vertrauenskommissionen sollten auch zu TARMED-Zeiten weiterfunktionieren, auch wenn sie sich nicht mit Details auseinandersetzen können. 6. Ombudsstellen sind sehr wertvoll. Dort sammeln sich wichtige Informationen. Ihre Jahresberichte sollten einer weiteren Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden, um die unseren Stand schädigenden Verhaltensweisen offenzulegen. 7. Nach dem nachhaltigen Effekt der Einführung eines Offizialdeliktes für ungerechtfertigte Vergütungen im Heilmittelgesetz müsste der Gesetzgeber wohl über einen entsprechenden Artikel im KVG nachdenken.

Herzliche Grüsse  
*Dr. med. Rudolf Ott, Biel-Benken*

1 Marti C. «Betrugsverdacht – was nun?»  
 Schweiz Ärztezeitung 2002;83(46):2521-2.