

# Briefe an die SÄZ



## Über die Lernfähigkeit eines Bundesrates

Nach der eindrucklichen Ärztedemo auf dem Bundeshausplatz in Bern brachte die Tagesschau am 1. April ein kurzes Interview mit unserem Gesundheitsminister Pascal Couchepin. Er wurde gefragt, ob er sich durch diese Ärztedemo angesprochen fühle. Sie oder ich hätten etwa folgendes geantwortet: «Natürlich fühle ich mich durch diese engagierte Kundgebung angesprochen, schliesslich bin ich ja der zuständige Gesundheitsminister. Mein Name war auf vielen mitgeführten Transparenten zu lesen, und in Leserbriefen der Ärztezeitung wurde der Unmut der Hausärzte über die politische Entwicklung des Gesundheitswesens oft mit meinem Namen verbunden. Ich nehme die Sorgen der Grundversorger in unserem Land sehr ernst und werde demnächst eine Delegation der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin empfangen und alle hängigen Probleme diskutieren und wirksame und akzeptable Lösungsvorschläge erarbeiten lassen.»

Was aber hat Bundesrat Couchepin wirklich geantwortet? «Also nein, ich glaube nicht, dass die Hausärzte meine Gesundheitspolitik kritisieren, sie sind besorgt ...» Kommentar des Tagesschausprechers Fischlin: «Pascal Couchepin fühlt sich nicht angesprochen».

Immerhin hat er sich am Schluss der Stellungnahme bereiterklärt, die Vorschläge der Hausärzte zu diskutieren, sofern sie eintreffen ...

Wir sollten nun Herrn Couchepin beim Wort nehmen, die Gelegenheit beim Schopf packen und auch das Bundeshaus selbst so lange «belagern», bis unsere Forderungen in die Tat umgesetzt werden!

*Max Schreier, Kriegstetten  
(seit 3½ Jahren im «Unruhezustand»,  
aber immer noch solidarisch!)*



## Al comitato organizzatore della manifestazione dei medici Svizzeri del primo aprile a Berna

Cari colleghi, sono un anziano medico di settantacinque anni, ancora sulla breccia, e già nel passato vi ho scritto. Ho mandato fotocopie dei miei interventi alle autorità ma non hanno avuto nessuna risposta importante.

Non potrò essere presente alla manifestazione, ma vi assicuro che per la classe medica – a parte per me stesso – ho lottato tantissimo in questi anni. E quello che mi pare che non vi accorgete è che la situazione attuale dei medici di base, ma comunque di tutta la medicina ambulatoriale, è dovuta al fatto che da parte nostra vi è stata sempre una forte passività di fronte alle autorità e alle casse malati.

Pian piano ci siamo fatti imporre dei cronometraggi ridicoli e degli accertamenti per ineconomicità – forse differenti da un cantone all'altro – per delle cifre che un artigiano incassa senza particolari problemi. Insomma abbiamo accettato umiliazioni incomprensibili.

Tutto ciò perché? Ma non ve ne siete accorti o fate finta di non accorgervene? Si vuol colpevolizzare i medici per il rincaro delle spese per la salute ma, a mio giudizio, che purtroppo non posso dimostrare, vi è un'enorme furto e fuga di capitali nelle tasche di qualche lobbista. E per accorgersi di ciò basta fare due calcoli molto semplici.

Vi consiglieri, fra le altre rivendicazioni, di chiedere, di potere verificare esattamente la contabilità delle casse malati e poterla controllare come loro controllano i nostri conti.

Con cordiali saluti.

*Dr. med. F. S. Prinz, Bellinzona*



### Neugefasstes Kapitel «Berichte» im TARMED [1]

Die GI-14 im TARMED ist mit einem wichtigen Satz ergänzt worden, die neue Pos. 00.2285 wird mit vier Sätzen umschrieben (siehe Änderungsprotokoll, 54 Seiten, unter [www.tarmedsuisse.ch/154.html](http://www.tarmedsuisse.ch/154.html)). Es braucht vier namhafte Juristen, die auf vier Seiten erklären, wie dieser an sich *gesetzeswidrige Text* doch gesetzeskonform umgesetzt wird!

Man darf dem Wortlaut dieser vertraglichen (und vom Bundesrat genehmigten!) Bestimmung *nicht* folgen und sämtliche Berichte/Dokumentationen dem Versicherer auf Verlangen zustellen, auch dann nicht, wenn der Versicherer mit Sanktionen droht (KVG Art. 59, Abs. 3, Bst. b), ansonsten der Patient seinen Arzt einklagen kann (BV Art. 13, StGB Art. 312, DSGVO Art. 17, KVG Art. 84). Die Weitergabe der unveränderten Dokumente ausschliesslich an den Vertrauensarzt ist keine Lösung, denn er genießt das Vertrauen der Versicherung, der behandelnde Arzt jedoch jenes des Pat. (SÄZ 2006, Nr. 12, S. 505-6 und SÄZ 2005, Nr. 50, S. 2751-7).

Es braucht in jedem Fall ein umständliches, stufenweises Vorgehen: Rücksprache mit Pat., Einverlangen konkreter Fragen mit konkreter Begründung beim Versicherer etc.

Ich würde mir wünschen, dass verbindliche Verträge in verständlichen Worten und gesetzeskonform abgefasst werden, deren Befolgung nicht in eine juristische Falle führen!

*Vision:* Ärzte schliessen sich in Gruppenpraxen zusammen, Juristen in gemeinsamen Kanzleien. Ärzte und Juristen werden zur gegenseitigen Unterstützung eigene «Kompetenzzentren» aufbauen müssen.

Weitere Referenzen:

- Merkblatt «Austrittsberichte» des EDSB: [www.edsb.ch/d/doku/merkblaetter/austritt.htm](http://www.edsb.ch/d/doku/merkblaetter/austritt.htm)
- Leitfaden «Personendaten im medizinischen Bereich» des EDSB, 46 Seiten: [www.edsb.ch/d/doku/leitfaeden/medizin/index.htm](http://www.edsb.ch/d/doku/leitfaeden/medizin/index.htm)
- SÄZ 2001, Nr. 24, S. 1266-1275

1 Kuhn H, Rabia L, Ischi D, Stettler S. Neugefasstes Kapitel «Berichte» im TARMED per 1. April 2006. Schweiz Ärztezeitung 2006;87(13):535-8.



### Schweigepflicht/ Ansteckung mit dem HIV-Virus

Mich hat die Lektüre der Artikel der Kollegen Grete [1] und Liebrich [2] sehr nachdenklich gemacht. Auch ich gehöre wohl zur gleichen Ausbildungsgeneration, auch mir wurde das Recht des Patienten auf Geheimnis und Schutz durch meine Lehrer und in der folgenden Weiterbildung als absolut dargestellt. Ich meine, dass Kollege Liebrich bei der Frage seiner Patientin eigentlich zwischen dem Anspruch der Patientin auf Schutz vor Ansteckung mit einer potentiell tödlichen Krankheit und dem Patientengeheimnis des HIV-positiven Patienten entscheiden musste. Die Juristen sind anscheinend der Meinung, dass der Schutz vor Ansteckung mit einer zum Tode führenden Krankheit wichtiger ist als der Anspruch des Patienten auf Wahrung seines Geheimnisses. Wenn ich mir dies so darstelle, kann ich es sogar auch gedanklich nachvollziehen.

Stehen wir vor einer Veränderung von der reinen Individualmedizin her zu einer Medizin, die das Kollektiv oder betroffene Dritte auch zu berücksichtigen hat? Ist vielleicht die uns beigebrachte Medizinethik unvollständig, weil ein fortgesetzter Schaden des Kollektivs oder Dritter durch einen unverantwortlichen einzelnen uns zu Mit-tätern macht, wenn wir dies wissen? Immerhin gibt es ja meines Wissens im Strafgesetzbuch den Notstandsartikel, der besagt, dass diejenige straf-frei bleibt, die zum Schutze von Leib und Leben eines Menschen eine Straftat begeht ... Und das ist eine Norm, die meines Wissens schon lange im StGB steht!

*Dr. med. R. Huber, St. Margrethen*

- 1 Grete W. Die Schweigepflicht auf der Anklagebank – oder «Der Arzt soll zahlen, er hat eine Versicherung!». Schweiz Ärztezeitung 2006;87(11):454.
- 2 Liebrich F. «Dinge gehen vor im Mond, die das Kalb selbst nicht gewohnt». Schweiz Ärztezeitung 2006;87(11):455-6.



### Verzicht auf Ethik und Gerechtigkeit

Zwei Beispiele aus jüngster Vergangenheit stellen uns wirklich vor ethische Probleme:

1. Vier Krankenkassen (Concordia, KPT/CPT, Intras und Provita) bieten eine Vergünstigung bei den Zusatzversicherungen an, wenn eine «ethische Verzichtserklärung», wie sie es nennen, unterschrieben wird. Darin wird auf folgende Leistungen der obligatorischen Grundversicherung verzichtet:

- Abtreibung
- Pränatale Diagnostik, die das Leben des ungeborenen Kindes gefährdet (sogenannte invasive Methoden wie Chorionzottenbiopsie, Amniozentese, etc.)
- In-vitro-Fertilisation
- Drogen und Drogentherapien

Die Organisatorin der Kollektivverträge nennt sich «Schweizerische Hilfe für Mutter und Kind (SHMK)». Worin bei diesen Kollektivverträgen die Hilfe für die Mutter besteht, ist schleierhaft. Und ob Drogen von diesen Kassen in der Grundleistung sonst finanziert werden?

2. Das Bezirksgericht Zürich verurteilt eine mehrfach vergewaltigte, HIV-positive, drogenabhängige Frau wegen mehrfach versuchten Verbreitens menschlicher Krankheiten zu einer bedingten Gefängnisstrafe von zwölf Monaten. Die drei «betroffenen» Männer wurden von ihr über ihren HIV-Status informiert, bestanden aber auf ungeschützten Verkehr! Gemäss Urteil muss die Frau künftig alle ihre Sexualpartner melden, unabhängig davon, ob geschützter oder ungeschützter Geschlechtsverkehr stattfand.

Anscheinend führen Ideologie und Moral zunehmend zu einer Verzichtserklärung auf Ethik und Gerechtigkeit. Drogenkonsum, ob selbstgefährdend oder nicht, bleibt nach wie vor eine Straftat; Drogenabhängigkeit soll wieder aus dem Verständnis als Krankheit und aus den Grundversicherungen verschwinden; die Kinderfrage erfährt eine neue Moralisierung und selbstgefährdender Geschlechtsverkehr macht die ehrliche «Partnerin» zur Täterin.

Männern empfehle ich, präventiv bei jedem Versicherungsantrag schriftlich auf Abtreibung und pränatale Diagnostik zu verzichten. Eine weitere Möglichkeit ist der Verzicht auf Mitgliedschaft von bestimmten Krankenkassen durch beide Geschlechter.

Das erste Beispiel spricht für die Richtigkeit des Vorschlags der FMH, die soziale Grundversicherung nach KVG strikt von den Privatversicherungen zu trennen (als Gegenvorschlag für die vermutlich nicht mehrheitsfähige Einheitskasse).

*Dr. med. Daniel Meili, Chefarzt ARUD Zürich, Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen*



### Primes d'assurance-maladie réduites pour des motifs «éthiques» – Première manifestation de choses à venir?

L'Association suisse pour la mère et l'enfant (ASME), qui s'est illustrée par des oppositions dogmatiques à l'interruption de grossesse, offre des rabais de prime d'assurance à condition de renoncer à certaines prestations (*Le Temps* du 18 mars, courrier de lecteur du 28 mars). Même si le procédé apparaît licite dans une société libérale, cela confirme que ce qui n'est pas illégal n'est pas pour autant bon, estimable. Le danger principal, à moyen ou long terme, est que ce type d'initiatives désolidarisantes fleurissent. Ainsi, avec les potentialités vraisemblables de l'analyse génétique, permettant par exemple d'émettre un pronostic statistique (pas pour une personne isolée, mais pour un collectif aux caractéristiques semblables) selon quoi on sera au cours de sa vie moins malade que la moyenne, que risque-t-on de voir: des groupes de personnes qui demanderont des primes d'assurance réduites, ou ne voudront plus cotiser autant à l'AI, au motif que leur bonne constitution causera des coûts moindres ... (à noter il est vrai qu'on pourrait alors, compte tenu d'une espérance de vie accrue, exiger d'elles des cotisations AVS plus élevées!). Musique d'avenir, mais inquiétante mélodie néanmoins à une époque où le principe de mutualité n'est plus très visible ni porteur. Autre chose: même si je ne partage absolument pas les opinions de l'ASME, j'admets qu'elle a le droit de défendre ses idées. Toutefois, que dire de ce qu'elle tend à discriminer aussi nos concitoyens confrontés à une problématique de dépendance, en donnant à penser qu'avoir besoin d'une prise en charge à la méthadone équivaut à un péché? Pas acceptable.

*Dr Jean Martin, ancien médecin cantonal vaudois, Echandens*



### **Kosten sparen à la Insepsital, doch die Pointe kommt am Schluss ...**

Es begab sich in der Nacht vom 11. auf den 12. März dieses Jahres, dass ein 67jähriger Zecher beim Gang zur Erleichterung seiner Blase im Restaurant die Stufen zur Toilette verfehlte und unglücklich in die Tiefe stürzte. Flugs wurde der diensthabende Notfallarzt herbeigerufen. Er stellte klinisch eine Fraktur des rechten Oberarmes fest. Daneben berichtete der mittelgradig betrunkene, neurologisch unauffällige Zecher über Schmerzen im linken Knie und es fand sich ein Hämatom an der rechten Schläfe. Weder Bewusstlosigkeit noch Amnesie lagen vor.

Zur Versorgung der Oberarmfraktur wurde der Mann ins Insepsital zu Bern gebracht. Dort wurde er aufs gründlichste untersucht: Glasgow coma scale 15, neurologisch unauffällig, keine Schädelkalotten-, Druck- oder Klopfdolenz, beginnendes Hämatom der rechten Schläfe. Unauffällige kardiopulmonale Befunde, Kompressionschmerz der distalen rechten Rippen, keine Krepitation, kein Luftpneumothorax, Abdomen weich ohne Druckdolenz, Prellmarken oder Resistenzen, normale Darmgeräusche. Die Wirbelsäule war nicht klopfdolent, ohne Stufenbildungen, keine Prellmarken. Becken ohne Kompressionschmerz. Die Beweglichkeit der rechten Schulter war schmerzhaft eingeschränkt. Es fand sich eine Eindellung suprapatellär links und eine eingeschränkte Extension des linken Knies.

Doch darf man der Klinik heute noch trauen? Besser ist's, radiologisch hinzuschauen!

#### *Röntgen:*

- rechte Schulter: proximale Humerusfraktur
- Sonographie: Teilruptur der Quadrizepssehne links
- CT Schädel: alles o. B.
- CT HWS: alles o. B.
- CT Thorax: alles o. B.
- CT Abdomen/Becken: alles o. B.

Procedere: Verlegung auf die Orthopädie zur Operation der Humerusfraktur.

Und die Moral von der Geschichte, so gründlich abklären kann der Hausarzt nicht. Was all dies kosten tut, das nimmt uns wunder. Ei, fragt doch den zuständigen Oberarzt, den H. H. Brunner!

Es trinket Wein, wer Wasser predigt ...

PS 1: der anonymisierte Bericht des Notfallzentrums Chirurgie des Insepsitals und die Schilder-

ung des Notfallarztes liegen mir schriftlich vor. PS 2: Ich bewundere unseren ehemaligen Präsidenten, dass er es schafft, als Kardiologe all die nötigen Fortbildungen zum Erhalt Dignitäten für die chirurgische Notfallstation zu absolvieren.

*Dr. med. Michel Marchev, Safnern*



### **Offener Brief an Bundesrat P. Couchepin**

Sehr geehrter Herr Couchepin

Uns Hausärzte braucht es vielleicht wirklich nicht mehr, zum Glück haben wir die Spitäler. Donnerstag, 16. März, 7.15 Uhr, ich treffe in meiner Allgemeinpraxis ein und betrachte die Agenda. Ah, ein relativ ruhiger Morgen, noch Termine frei! Ich freue mich schon auf den freien Nachmittag.

Kurz nach Eintreffen der MPA ruft Frau G. A. aus dem Dorf an, sie habe seit gestern Nachmittag so Bauchweh. Die MPA weiss, dass Bauchschmerzen stets zu bestellen sind. Ich untersuche die mir gut bekannte 61jährige Frau und hege schon beim Untersuchen den Verdacht auf eine Appendicitis acuta, sage aber noch nichts und lasse lediglich vier Blutwerte (Hb, Lc, Tc und CRP) und einen Urinstatus machen. Diese Werte untermauern meinen Verdacht weiter. Ich bestelle Frau G. nochmals ins Sprechzimmer und eröffne ihr: «Sie haben einen Blinddarm!» «Das ist nicht Ihr Ernst, Herr Wälti, in meinem Alter doch nicht!», erwidert sie. «Doch, Blinddarm ist in jedem Alter möglich, ich habe einen über 80jährigen Mann schon schicken müssen.» Etwas irritiert verlässt sie meine Praxis und ihr Mann fährt sie ins Spital.

Anderntags rufe ich im Kantonsspital St. Gallen an und erkundige mich, ob Frau G. noch auf der Chirurgie liege und lasse mich mit der Patientin in ihrem Zimmer verbinden. «Sie hatten recht, Herr Wälti, es war ein Blinddarm, man hat mich abends schliesslich operiert». Sie sagte noch so beiläufig, der Notfallassistent habe nach der klinischen Untersuchung mit dem Oberarzt gewettet, Frau G. habe eine Appendizitis. Der Oberarzt zögerte offenbar und liess einen Ultraschall machen und danach noch ein Computertomogramm des Abdomens, welche die Diagnose vollkommen sicherte!

Dieses Beispiel ärgert mich im höchsten Mass, vor allem unter der Vorgabe, dass gerade wir

Grundversorger so angeprangert werden und für jede Kostensteigerung im Gesundheitswesen unseren Kopf hinhalten müssen.

Dazu kommt, dass wir mit einfachsten Mitteln (Praxislabor!) auf dem Lande die korrekte Diagnose stellen können und die Spitäler sich jeder Apparatur in mehrfacher Ausführung bedienen. Hier sind die wahren Kostentreiber entlarvt.

Was hier der Assistent lernte und was sich der Oberarzt dabei dachte, lasse ich unkommentiert. Ich danke Ihnen für Ihre Kenntnisnahme und verbleibe mit freundlichen Grüßen

*Dr. med. Bernhard Wälti, Freidorf*



### **Was macht eigentlich das Schweizer Gesundheitswesen so krank?**

Ich bin meinem Kollegen Daniel Schlossberg sehr dankbar und bin froh, dass mit seinem Artikel endlich jemand sich die Mühe genommen hat, den zeitlichen Ablauf in unserem Gesundheitswesen seit der KVG-Revision Revue passieren zu lassen [1]. Ich bin ihm insbesondere dafür dankbar, dass er die Dinge beim Namen nennt. Gerade das eingangs erwähnte Beispiel zweier erkrankter Gesundheitsstrategen, die an einer Herzerkrankung litten und interventionell erfolgreich behandelt werden konnten, ist ein Paradebeispiel dafür, mit welchen Ellen gemessen wird. Nach der Behandlung sei in ihrer Stellungnahme eine Wende zu beobachten gewesen, bis sie sich schliesslich aus der Gesundheitspolitik ganz zurückzogen. Will heissen, wenn es um die eigene Gesundheit geht, wird mit anderen Ellen gemessen, als wenn es um die Gesundheit anderer geht. Von Solidarität und Gemeinschaftsgefühl ist nichts zu spüren. Die Krankenkassen haben den Solidaritätsgedanken

schon lange aufgegeben; bei den Politikern scheint er gar nie existiert zu haben; bei ihnen stehen immer nur kurzfristige, engstirnige polit-strategische Überlegungen im Vordergrund.

Vom Gemeinwohl und von der ursprünglichen Solidaritätsidee im Gesundheitswesen, und das sind nicht abgedroschene Phrasen, hat unsere Generation bisher profitieren können. Kein Gesundheitssystem weltweit konnte sich mit dem unseren vergleichen lassen. Das Niveau war einzigartig. Und genau das wird nun innerhalb weniger Jahre irreversibel, oder modern ausgedrückt nachhaltig, willentlich zerstört.

Daniel Schlossberg hat meiner Meinung nach sehr treffende und zentrale Problempunkte angeschnitten. Die versprochenen Ziele wurden nirgends eingehalten, die Krankenkassenprämien steigen noch immer usw. Gerade jetzt, wo in Deutschland 30 000 Ärzte wegen desolater Zustände nun gegen den weiteren Abbau im Gesundheitswesen demonstrieren, entscheidet der Bund, das deutsche Modell als Vorbild zu übernehmen und ab 2009 die Fallkostenpauschale in den Spitälern einzuführen. Ein grotesker Entscheid, wenn man die Entwicklung in Deutschland beobachtet und wenn man mit deutschen Kollegen aus Praxis und Spital diskutiert.

Die geplante Globalisierung im Gesundheitswesen findet schon lange auch in der Schweiz statt. Der globale Einheitsbrei findet keine Grenzen mehr, auch nicht bei Nicht-EU-Mitgliedern. Der vorausseilende Gehorsam unserer Bundesräte ist unerträglich. Die Sparargumente sind alles nur Lippenbekenntnisse, um von der wahren Absicht einer gesamteuropäischen, einheitlichen Gesundheitsversorgung im Sinne einer krassen Zweiklassenmedizin abzulenken. Der Fahrplan ist schon längst vorbestimmt. Die Frage ist nur, ob wir auf diesen Zug aufspringen sollen.

*Dr. med. Daniel Güntert, Wattwil*

1 Schlossberg D. Was macht eigentlich das Schweizer Gesundheitswesen so krank? Schweiz Ärztezeitung 2006;87(11):457-9.