

# Briefe an die SÄZ



## Ärzte und Armee

Ich beglückwünsche Sie zu Ihrem Artikel [1] und danke Ihnen herzlich für diese positive Stellungnahme. In den vergangenen Jahrzehnten habe ich mich auf verschiedensten Ebenen mit dem Thema «Ärzte und Armee» befasst, unter anderem im Rahmen meiner Aufgaben als Oberst der Sanität im Armeestab, aber auch als Präsident der Eidgenössischen Kommission für Kriegschirurgie.

Engagierte Militärärzte, wie Sie es sind, spielen eine wichtige Rolle für den Erhalt der Kenntnisse und Fertigkeiten im Militärsanitätsdienst. Entscheidend ist vor allem der Geist, der der unsichtbaren Flagge der Humanitas und Caritas inter arma zugrunde liegt.

*PD Dr. med. Jean Henri Dunant,  
Nationalrat, Basel*

1 Muggli F. Ärzte und Armee. Schweiz Ärztezeitung. 2006;87(43):1845.

## Les médecins et l'armée, saison 2

J'ai lu avec intérêt et amusement l'éditorial paru dans le dernier Bulletin des médecins suisses [1]. Vous écrivez votre difficile initiation à la discipline militaire et terminez par cette phrase malheureuse «nous sommes fières d'être et d'avoir été des médecins de milice!».

J'ai dû me pincer pour ne pas rire. Comment pouvez-vous faire l'apologie de la médecine militaire alors que nous savons tous qu'elle est à la médecine ce que la musique militaire est à la musique. Vous ne craignez pas le ridicule lorsque vous écrivez que «c'est par difficultés du respect de l'ordre que vous avez décidé de monter en grade afin que personne ne vous en donne!». Il aurait vraisemblablement été bien plus intelligent de refuser de recevoir des ordres imbéciles plutôt qu'aspérer à une promotion pour pouvoir soi-même en donner aux autres. Il faut être bien prétentieux pour déclarer, comme vous le faites, que l'armée bénéficie d'un service d'assistance médicale de haute qualité alors que de nombreux spécialistes de disciplines militairement inadaptées

(gynécologue, ophtalmologue, urologue, etc.) sont en charge de la visite médicale des soldats qui présentent essentiellement des problèmes orthopédiques et psychologiques. Cette façon de procéder est à l'origine d'un service médiocre que personne n'accepterait dans le civil. Tous les médecins, qui comme moi, ont servi l'armée malgré eux, le savent bien.

Vous êtes fier d'avoir servi 1000 jours dans l'armée suisse! Quelle perte de temps incroyable, imaginez un peu tout ce que vous auriez pu faire, apprendre ou publier pendant ces nombreuses journées durant lesquelles vous avez construit des hôpitaux de campagne aussi inutiles que non fonctionnels. Un officier militaire a besoin d'un long temps de réadaptation pour revenir à la vraie médecine après 1000 jours d'abrutissement. Tous les officiers supérieurs de l'armée suisse sont convaincus de l'utilité de notre armée mais ils sont, heureusement, de moins en moins nombreux. Néanmoins, ils sont tellement convaincus qu'ils ne peuvent pas comprendre qu'un médecin, après de longues études et un apprentissage difficile, n'a pas de temps à perdre dans une armée surannée.

Je suis médecin-chef d'un service hospitalier et éprouve de grandes difficultés à garder mes médecins assistants lorsqu'ils sont appelés à servir, c'est-à-dire à s'ennuyer inutilement dans un hôpital de campagne perdu quelque part sur un alpage en Suisse centrale. Je reçois régulièrement des refus de capitaines bornés, ce qui est parfaitement inadmissible. Avec l'introduction des 50 heures de travail hebdomadaires des médecins assistants, la plupart des services hospitaliers parviennent tout juste à remplir leur mission. Les cours de répétition plombent lourdement notre mode de fonctionnement en diminuant inutilement le nombre de médecins chargés de soigner les malades qui nous sont confiés.

Il est vrai qu'une professionnalisation du secteur médical militaire permettrait d'éviter de soustraire des médecins à l'utile travail qu'ils effectuent quotidiennement au bénéfice de la population. Je crains toutefois que l'armée suisse ne récolte que les plus mauvais d'entre eux, ceux qui n'auront pas trouvé une place ailleurs (mais on obtient en général ce qu'on mérite).

J'invite tous les médecins qui sont appelés à servir, à choisir le service civil, ou, au pire, une autre arme que le service sanitaire, de façon à éviter de

devoir monter en grade. Ils pourront ainsi terminer au plus vite leurs études et s'occuper de vrais patients qui ont réellement besoin d'eux.

L'armée suisse est inutile, chère et dangereuse. On dit qu'il n'y a pas de sot métier: si, si, il y en a!

PD Dr méd. D. Genné, La Chaux-de-Fonds

1 Muggli F. Les médecins et l'armée. Bull Méd Suisses. 2006;87(43):1845.

### Ärzte und Armee

Herzliche Gratulation und Dank für das Editorial in der Ärztezeitung [1]. Als Pendant zu Ihrer «Anamnese»: Am 3. August 1970 rückte ich in der Kaserne Tesserete in die San RS 240 ein, um den Major abzuverdienen. Bei meinen 1033 Dienstagen fand ich nur zwei Truppengattungen, bei denen jeder Einsatz echt ist: die Motorfahrer, die Küchenchefs mit Gehilfen und die Sanitätsoff bei Visite der Trp und Beratung der Stäbe.

Ich bin mit Ihnen einig: Wir dürfen stolz sein, Militärärzte (gewesen) zu sein; tragen wir Sorge für unsere Nachfolger und Nachfolgerinnen!

Dr. med. Adrian Ott-Wirz, Winterthur

1 Muggli F. Ärzte und Armee. Schweiz Ärztezeitung. 2006;87(43):1845.



### Götterdämmerung oder Morgenröte?

Mit grossem Interesse habe ich den Artikel von Berchtold und Schmitz über «Medizin und Management» gelesen [1], in dem der zunehmende Einfluss der Ökonomie auf den Alltag in der Medizin aufgezeigt wird. Die Autoren schrecken nicht davor zurück, die riesigen Probleme zu erwähnen, die eine solche Umstellung mit sich bringt. Wie so vieles wird wohl die Einführung der Gesundheitsökonomie eine Ärztegeneration brauchen, bis sie wirklich zu unserem Berufsalltag gehören wird.

Eines dürfen wir aber bei allem Hadern nicht vergessen. In Deutschland ist es durch die zunehmende Ökonomisierung gelungen – nicht nur bezüglich Patienten, sondern auch hinsichtlich Klinikmanagements –, eine Entwicklung in Gang zu setzen, die eine wohl kostengünstigere, aber auch sicherlich qualitativ bessere Medizin ermöglicht. Man darf dabei nicht vergessen, dass in der Schweiz – trotz anderweitiger Beteuerun-

gen – kein ausreichendes Qualitätsmanagement in den (Universitäts-)Kliniken herrscht, schlicht aus dem Grund, da die wirklich relevanten Zahlen nicht vorliegen (können). Dies wird erst mit der Einführung des DRG-Systems (DRG = Diagnosis Related Groups) der Fall sein.

Darüber, wie viele der heutigen Krankenhäuser dem verschärften Wettbewerb im Gesundheitswesen zum Opfer fallen werden, gibt es inzwischen zahlreiche Prognosen, auch renommierter Unternehmensberatungen. Es sind vier Themenfelder, die ausschlaggebend dafür sein werden, welche bzw. wie viele Krankenhäuser den Verdrängungswettbewerb überstehen werden:

- Die *Weiterentwicklung des DRG-Systems* – das ja in der Schweiz auch eingeführt wird – wird entscheidend sein. Davon profitierten die Maximalversorger, weil ihre Hochleistungsmedizin seitdem zielgenauer abgebildet und vergütet wird. Gegen die Fortsetzung dieses Trends spricht, dass ab einem bestimmten Punkt der Differenzierung «zusätzliche Gerechtigkeit für wenige zu Lasten der Gerechtigkeit für alle geht, weil die Komplexität zu gross wird». Das Problem ist aus dem Steuerrecht bekannt.
- Wie sich die *Krankenhausfinanzierung* gestalten wird, ist ungewiss. Der Extremfall wäre ein völlig freies Preissystem ohne Mengenregulierung: Wettbewerb «pur». Damit die Kosten nicht aus dem Ruder laufen, wird es wahrscheinlich weiterhin Verhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen über Leistungsarten und -mengen geben, auf Basis des DRG-Systems. Denkbar ist, dass künftig Preisverhandlungen in Abhängigkeit von Leistungsmengen oder Leistungsqualität geführt werden.
- Ein wichtiges Thema ist zudem, wie die *Investitionsfinanzierung* künftig gestaltet wird. Vom gegenwärtigen System profitieren vor allem die privaten Krankenhausträger. Denn deren Möglichkeiten, am Kapitalmarkt Geld aufzunehmen, sind wesentlich grösser als die der öffentlichen Träger. In Deutschland sind mittlerweile schon Universitätskliniken unter privater Trägerschaft, eine Tatsache, die in der Schweiz momentan noch unvorstellbar ist.
- Eine entscheidende Zukunftsfrage ist auch, *wieviele Wettbewerber der Gesetzgeber* letztlich zulässt. Wichtig sind dabei die ungelösten Fragen in bezug auf das nationale und internationale Kartellrecht. In Deutschland sind wegen vermeintlich entstehender marktbeherrschender Stellungen etwa dem Rhön-Klinikum bereits zwei beantragte Krankenhausübernahmen gerichtlich verboten worden.

Die zunehmende Ökonomisierung in der Medizin stellt sicherlich Anforderungen an das Klinikmanagement. Daraus resultiert wohl auch der Ruf nach Ökonomen als vorsitzende Klinikleiter. Es darf – wie Berchtold und Schmitz zu Recht anprangern [1] – bezweifelt werden, ob ein sogenannter Klinikmanager dies besser kann. Den Anforderungen der heutigen Zeit können nur noch sehr gutausgebildete Mediziner mit u. a. Zusatzausbildungen in Management auf Klinikleitungsstufe gerecht werden. Reine Ökonomen sind da wohl genauso überfordert wie reine Mediziner. Es darf aber nicht sein, dass es – im Gegensatz zu Deutschland – nicht möglich ist, dass die Verwaltungsbeamten die Aufgabe übernehmen, sich medizinisch einzuarbeiten, um dann das, was in der Medizin diagnostiziert und therapiert wird, kodieren zu können. Für uns, die wir uns zunehmend mit diesen Fragen beschäftigen müssen, ist diese zunehmende Ökonomisierung der Medizin manchmal schmerzhaft, aber wir stehen schlussendlich auch in der Verantwortung, die Gesundheitskosten bei hoher Qualität nicht weiter ansteigen zu lassen, aber auch dem Patienten die bestmögliche Medizin anbieten zu können.

*Dr. Bernhard Schaller, Therwil*

- 1 Berchtold P, Schmitz C. Götterdämmerung oder Morgenröte? Schweiz Ärztezeitung. 2006; 87(43):1864-7.



### Was ist ein Notfall?

Ich habe 7 Thesen/Ergänzungen zum Artikel Gassner-Bachmann [1]. Meine Notfallspanne umfasst Kopfschuss bis reglosen Neonatus und Katastrophe bis neurotische Urbanität.

1. Der Notfall wird durch zwei Entscheide definiert. Es entscheidet der Patient: «Ich bin ein Notfall» oder ein Mitmensch: «Das ist ein Notfall.» Bin ich Notfallarzt, so entscheide ich: «das ist ein Notfall» oder «das ist kein Notfall». Die Fehlentscheide sind massgebend. Im falsch positiven (ich entscheide «Notfall», es zeigt sich «kein Notfall») teile ich mich falsch zu und bin bis zur Fehlererkennung nicht weiter verfügbar. Beim falsch negativen (ich entscheide «kein Notfall», es zeigt sich «Notfall») bleibt die Gefahr bestehen, und ich kann haftbar werden. Bin ich ängstlich, nehme ich falsch positive in Kauf (jeder Husten ein Asthmaanfall), bin ich arrogant-selbstsicher,

nehme ich falsch negative in Kauf (ups, Bauchgrimmen war Herzinfarkt). Definiert man den Notfall über diese Entscheide/Outcomes, ist seine Definition scharf, definiert man ihn über pathologische Entitäten, streiten wir uns über das Was, Wann, Warum, und seine Definition bleibt unscharf.

2. Notfalldienst (NFD) ist ein wichtiger Teil der ärztlichen Corporate identity. Wir Grundversorger tun gut daran, ihn nicht zu delegieren. Wir müssen ihn so gestalten, dass er glaubwürdig funktioniert und dass es klar ist, wer diese Glaubwürdigkeit trägt.
3. Natürlich könnte auch mich ein REGA-Helikopter über meiner Praxis aufwecken. Sehr unüblich, da unsere NF-Zentrale weiss, wann ich einsatzbereit bin: Wir müssen uns so organisieren, dass es immer klar ist, wer einsetzbar und befähigt ist.
4. NFD sollte von denen ausgeführt werden, die wollen und können. Da viele weder wollen noch können, müssen wir uns dringend einiges einfallen lassen.
5. Ich plädiere für wetterfeste Allrounder, die auch Kinder, Gewalttätige, Eingeklemmte und Absurditäten handhaben können und die mit Entschluss- und Improvisationskraft das lokale Rettungsnetz, von Ambulanz, Polizei bis zum Fachkollegen, wirkungsvoll einsetzen. Wir leisten uns bereits einen enormen Luxus, und ein flächendeckendes Notarztsystem kann ich nicht empfehlen. Ich kenne das amerikanische 911-System: hervorragend (Sanität/Polizei/Feuerwehr), aber nicht bezahlbar und auch in den USA weit weg von flächendeckend.
6. Heute ist ein Defi ein Muss. Die Schlagzeile «Notfallarzt ohne Defi, Patient im Himmel» sieht schlecht aus. Er steht hier für Dinge, die aus rechtlich-öffentlicher Sicht erwartet werden. Wie beispielsweise der Ambubeutel: Mund-zu-Nase beim Kachektischen ist weder professionell noch ästhetisch.
7. Ich halte den NFD für Hohe Schule: Grobeinschätzung der Stabilität, Arbeitsdiagnose, Entschluss, Primärtherapie, unter Zeitdruck und mit einfachen Mitteln. Der NFD ist heikel, Abstruses kann passieren, man kann ins Scheinwerferlicht geraten oder in den Gerichtssaal. Man kann ihn nie beherrschen. Er misslingt selten, dann oft auf spektakuläre Art. Das fördert Bescheidenheit: jeder Notfall ein Lernfall.

*Dr. med. Dr. sc. nat. Max Kälin, Zürich*

- 1 Gassner-Bachmann M. Was ist ein Notfall? Schweiz Ärztezeitung 2006;87(42):1813-5.