

Courrier au BMS



Ärztetze – die nächste Generation, Ergänzung

Kollege T. Hofer, Dermatologe, skizziert in seinem Leserbrief [1] eine Möglichkeit der Zusammenarbeit der niedergelassenen Ärzte verschiedener Fachrichtungen.

Genauso, wie er vorschlägt, haben wir Thuner Ärzte vor nun über zehn Jahren unser lokales Ärztenetzwerk Igomed konzipiert. Der Patient bezeichnet einen koordinierenden Arzt (Care Manager), in der Regel seinen frei gewählten Hausarzt. Der Patient hat die Möglichkeit, ohne Rückfrage innerhalb des Netzes Ärzte anderer Fachrichtungen zu konsultieren, diese melden die Konsultation anschliessend dem koordinierenden Arzt. Praktisch alle freipraktizierenden Thuner Ärzte (Grundversorger und Spezialisten) sind Netzmitglieder.

Was sind unsere wesentlichen Erfahrungen? Erstens eine von den beteiligten Krankenkassen bestätigte Kosteneinsparung gegenüber den Vergleichskollektiven. Zweitens, für uns Netzärzte sehr wesentlich, weniger Grabenkämpfe und eine spürbar bessere Zusammenarbeit. Diese basiert auf der Bereitschaft, sich in überschneidenden Bereichen die Behandlungskompetenz gegenseitig zuzugestehen, aber auch, die gegebenenfalls bessere Eignung des Kollegen des anderen Faches anzuerkennen. Drittens eine hohe Akzeptanz und Zufriedenheit von seiten der Patienten. Viertens eine infolge nicht vorhandener Bevorzugung/Benachteiligung von Ärztergruppen erreichte Einigkeit und damit (Verhandlungs-)Stärke.

Dr. med. Markus Känel, Thun

- 1 Hofer T. Ärztenetze – die nächste Generation. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(43):1801-2.



Krankheit und Arbeitsunfähigkeit

Kommentar von Dr. med. D. Kissling, ifa Institut für Arbeitsmedizin Baden (Artikel und nichtredaktionelle Beilage von Prof. Dr. iur. E. Zeller)

Wenn man sich in die Lektüre des Artikels [1] und des Papers von Prof. Zeller über diesen ausserordentlich wichtigen Aspekt (haus-)ärztlicher Alltagsarbeit vertieft, kommt zuerst Erstaunen, dann zunehmender Unmut und letztlich, man merkt die Absicht und ist verstimmt, sogar eine gewisse Wut auf über die Art und Weise, wie hier von hoher juristischer Warte herunter ein ganzer Berufsstand gleichsam unter Generalverdacht gestellt und kollektiven Fehlverhaltens bezichtigt wird, die, vorsichtig ausgedrückt, wenig sachdienlich ist.

Zweifelsohne ist die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eine anspruchsvolle, dies sei nicht bestritten, nicht selten heikle und manchmal auch zwiespältige Aufgabe, die der Quadratur des Kreises nahekommen kann. Sie verlangt vom Arzt sorgfältiges Abwägen von Fakten und Interessen, auch individueller und häufig schwer bis gar nicht objektivierbarer Gegebenheiten, wie dies Dr. Kissling [2] sehr zutreffend beschreibt in seinem Kommentar.

Niemand wird ernsthaft bestreiten wollen, dass Fehler passieren; das wäre naiv und realitätsfern. Ebenso realitätsfern ist es aber, bei einer derart komplexen Problematik mit polemischem Unterton die arbeitsrechtlich-juristischen Aspekte in den Vordergrund zu stellen und das zu enge Verhältnis zwischen dem «Kunden» und dem «Leistungsbringer» zu monieren.

Ja, wie denn nun? Für den Arzt ist der «Kunde» in erster Linie Mensch und Patient und erst dann Kostenfaktor für Arbeitgeber und Kollektiv. Dem Patienten soll ich primär einmal misstrauen?

Das kann nicht sein und steht in krassem Widerspruch zum ärztlichen Berufsethos. Dem Patienten ist ärztlicherseits zuallererst einmal mit Empathie, Vertrauen, Anstand und Respekt zu begegnen, mithin der ärztlich-medizinischen Sorgfaltspflicht auch im juristischen Sinne nachzukommen. Auf einer anderen Basis ist ärztliches Handeln, das diesen Namen verdient, in einem freiheitlich-demokratischen Rechtsstaat, der die Menschen unbesehen ihres Status mit ihren Persönlichkeitsrechten respektiert, nicht denkbar. Vorbeugend grundsätzlich die Möglichkeit unredlichen und betrügerischen Verhaltens anzunehmen ist ein untauglicher Ansatz in der Medizin.

Wenn gefordert wird, dass in die Beurteilung von Arbeitsfähigkeit nur harte medizinische Evidenz und keinerlei Überlegungen zu arbeitsplatzhygienischen, familiären, psychosozialen, sozio-

kulturellen [3], geschweige denn gar gesellschaftspolitischen (sic!) Gegebenheiten einfließen dürfen, dann geht das schon ziemlich weit an den Realitäten des (haus-)ärztlichen Alltages vorbei ... Es darf hier die WONCA (World family doctors. Caring for People. EUROPE) zitiert werden, die in ihren europäischen Definitionen die Wesensmerkmale der Allgemeinmedizin als Disziplin unter anderem wie folgt umschreibt: «Sie beschäftigt sich mit Gesundheitsproblemen in ihren physischen, psychologischen, sozialen, kulturellen und existentiellen Dimensionen» [4]. Die Schaffung eines Fähigkeitsausweises speziell für die Beurteilung von Arbeitsfähigkeit würde zwar bestens in das gegenwärtige gesundheitspolitische Umfeld gerade im Bereich Grundversorgung passen, wobei aber auch hier mehr Reglementierung nicht zwingend mehr Qualität bedeutet.

Dr. med. Max Meier, Jona

- 1 Zeller E. Krankheit und Arbeitsunfähigkeit – eine interdisziplinär abgestützte Studie zu einem drängenden Thema. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(43):1806-7.
- 2 Kissling D. Kommentar aus arbeitsmedizinischer Sicht. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(43):1807-8.
- 3 Zimmermann D. Kulturelle Missverständnisse in der Medizin. Bern: Hans Huber; 2000.
- 4 WONCA EUROPE. Die europäische Definition der Allgemeinmedizin/Hausarztmedizin 2002.



«Krankheit und Arbeitsunfähigkeit»

Zum Artikel [1] und zur nichtredaktionellen Beilage von Ernst Zeller in der SÄZ Nr. 43/2007

Unser Standesblatt veröffentlicht nicht nur diesen Artikel aus der Feder eines Juristen, sondern gleich noch eine 16seitige Beilage desselben Autors, deren Versand dieser vermutlich selber berappt, um seine fundamentale Infragestellung von uns Ärzten bezüglich der Qualität von Arbeitsunfähigkeitszeugnissen weiter auszuführen. Sowohl Artikel als auch Beilage entsprechen inhaltlich nicht ihren Titeln, wie H. Kuhn in seiner Stellungnahme [2] im gleichen Heft schreibt: «Der Titel von Beitrag und Beilage

nimmt in Anspruch, *Krankheit und Arbeitsunfähigkeit* abzuhandeln. Der Inhalt diskutiert dann ausschliesslich die – wichtige – Thematik von Gefälligkeitszeugnissen.» Haben wir Ärzte es nötig, solch einer einseitigen Kritik gegen uns selber in unserem eigenen Standesblatt Raum zu geben? Ist der FMH und der Redaktion bekannt, dass die Tätigkeit des Autors kontrovers diskutiert wurde (vgl. Tages-Anzeiger vom 10. 6., 11. 9. und 31. 10. 2006, Weltwoche vom 6. 7. 2006, NZZ vom 2. 9. 2006)? Er steht via eine Stiftung, die er selber präsidiert, in Verbindung mit einer Privatschule, die er auch berät und die er als Anwalt in diversen Prozessen gegen ehemalige Mitarbeiter vertritt. Damit in Zusammenhang hat er zumindest gegen zwei unserer Kollegen, die Mitarbeitende dieser Privatschule behandelten, Strafanzeige wegen angeblich unkorrekter Arbeitsunfähigkeitszeugnisse eingereicht. Unsere beiden Kollegen erhielten in ihren Praxen auch polizeilichen Besuch zwecks Beschlagnahmung von Krankengeschichten.

Es ist mir unverständlich, dass unser Standesblatt einem Juristen, der gegen Kollegen von uns klagt, Gastrecht gewährt für eine meines Erachtens nicht aufbauende Kritik an uns Ärzten.

Dr. med. Christoph Oertli, Zürich

- 1 Zeller E. Krankheit und Arbeitsunfähigkeit – eine interdisziplinär abgestützte Studie zu einem drängenden Thema. Schweiz Ärztezeitung. 2007; 88(43):1806-7.
- 2 Kuhn H. Kommentar aus Sicht des FMH-Juristen. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(43):1808.

Hinweis der Redaktion:

Die Richtlinien betreffend *nichtredaktionelle* Beilagen wurden von Verlagsseite in der Vergangenheit nach Leserzuschriften mehrfach erläutert (online abrufbar unter www.saez.ch → Archiv):

- Bienz R. Replik. Schweiz Ärztezeitung. 2003; 84(37):1887.
- Bienz R. Replik. Schweiz Ärztezeitung. 2006; 87(14):595.
- Heuss LT, Bienz R. Antwort des Schweizerischen Ärzteverbands EMH. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(16):690-1.

Zu den *redaktionellen* Kriterien für die Publikation von Artikeln in der SÄZ ist ein Beitrag in der Rubrik «Zu guter Letzt» der Doppelnummer 51/52 dieses Jahres vorgesehen.



Zum Editorial «Die Gegenvorschläge des Parlaments sind inakzeptabel» [1]

Sehr geehrter Herr Kollege de Haller

Den Thesen, welche Sie im erwähnten Editorial aufstellen, kann durchaus auch aus ärztlicher Sicht widersprochen werden.

Dass die Regeln des Wettbewerbs und der Marktwirtschaft auch in einem Gesundheitswesen anwendbar sind, zeigen uns z. B. die Zahnärzte, welche ohne krankenkässliches Gängelband ethisch korrekte Arbeit liefern. Auch sie sind in einem Feld tätig, wo der Patient oft schuldlos von einem Unglück getroffen wird, jedoch ohne dass eine Versicherung für deren Kosten aufkommt. Am Beispiel Karies kann man zudem die Frage nach der «Schuld» und damit der Eigenverantwortung stellen. Angesichts Ihrer Argumentation, die armen Armen hätten keine Macht über ihre Risikofaktoren, möchte ich Sie zum umgekehrten Denken auffordern: Mit Ihrer These bevorzugen Sie all diejenigen, welche Risikoverhalten nicht ändern wollen. Implizit bestrafen Sie damit also diejenigen, welche sich günstig verhalten und z. B. auf das Rauchen verzichten! Ist es nicht denkbar, dass auch ein Zusammenhang besteht zwischen Kontrolle über die berufliche Karriere und Kontrolle über die Risikofaktoren? So sind doch aktuell die Faktoren, welche das Gesundheitswesen am meisten belasten, hauptsächlich im falschen Gesundheitsverhalten zu finden: Bewegungsarmut, Suchtmittel, Fehlernährung. In meinem Fachgebiet ist es das falsche Sonnenverhalten, welches unbeirrt weitergeführt wird, obwohl seit mehr als 15 Jahren immer wieder auf die Gefahren hingewiesen wird. Warum sollen diese Menschen nicht für ihr falsches Verhalten Verantwortung übernehmen? Deshalb ist Eigenverantwortung in einem Gesundheitswesen durchaus am Platz.

Ebenso sind die Regeln der Marktwirtschaft anwendbar; schliesslich herrscht auch in der Schweizer Wirtschaft nicht der nackte Wettbewerb, sondern ein gesteuerter. Hier wieder: Denken Sie weiter! Der Arzt als Selbständigerwerbender, sozusagen freier Unternehmer, CEO eines KMU, ist auf Wettbewerb und eine gewisse Freiheit angewiesen. Völliger Ausschluss jeglichen Wettbewerbs führt unweigerlich zu einer geplanten Medizin (Staatsmedizin), in der die Ärzte einfache Angestellte werden, ohne Eigenverantwortung, ohne unternehmerisches Risiko,

ohne Verantwortung über Mitarbeiter, mit zur Verfügung gestellter Infrastruktur, regelmässigen und kontrollierten Arbeitszeiten. Grundsätzlich durchaus ein denkbare Modell! Und dabei würden sich auch gerade die Fragen nach Vertragszwang und Praxisbewilligung von allein erledigen.

Aber ist dieses Arztbild mit unserem gewohnten vereinbar? Und zudem zeigen viele Daten, dass wettbewerbsfreie und staatliche Unternehmen auf die Dauer ihre Leistungen schlechter und teurer erbringen als freie Unternehmen. Wir müssen ja nicht gerade amerikanische Verhältnisse einführen; aber ein versteckter Kommunismus kann auch nicht unser Ziel sein. Denken wir das Undenkbare: Warum soll nicht jemand, der mehr bezahlen will, mehr Leistung bekommen? Es gibt genügend Beispiele dafür, dass «mehr» nicht unbedingt «medizinisch besser» bedeutet. So gelangen Sie im 1.-Klass-Abteil der SBB nicht schneller von Zürich nach Bern, d. h., die Grundleistung «Transport» ist identisch.

Deshalb sollten wir Initiative und Gegenvorschlag nicht einfach diskussionslos und rückwärtsgerichtet, wie wir in der Bevölkerung immer noch gesehen werden, ablehnen, sondern konstruktive Kritik anbringen. Ein Ansatz wäre z. B., klarzumachen, dass das Krankenkassenobligatorium und der Vertragszwang direkt zusammengehören und dass man folglich die beiden zusammen abschaffen müsste – wenn man (das Parlament) mehr Markt wünscht. Das würde die wirklich freie Arztwahl wieder ermöglichen.

Dr. Urs Bader, Zumikon

- 1 de Haller J. Die Gegenvorschläge des Parlaments sind inakzeptabel. Schweiz Ärztezeitung. 2007; 88(44):1831.



Zur neuen Stellungnahme der Nationalen Ethikkommission (NEK) zur Präimplantationsdiagnostik

Die letzte Stellungnahme der NEK zur Präimplantationsdiagnostik (Nr. 14/2007) [1] zeigt klar, wie schnell heutzutage ethische Argumentationen äusseren Sachzwängen und als unumkehrbar gehaltenen Entwicklungen angepasst werden. Dies mag unter anderem daran liegen, dass diese nationale Kommission in ihren Empfehlungen nicht die menschliche Würde, sondern Nützlichkeitsabwägungen und Bedürfnisse

in den Vordergrund stellt. Obwohl das Gremium zweifellos eine vertiefte Analyse unter bestimmten Vorannahmen versucht, fallen die Äusserungen leider auch durch störende und bedenkliche Inkonsistenzen auf. Es sollen an dieser Stelle nur einige wenige Hinweise erfolgen.

So stellt zwar die NEK zu Recht fest, dass der Staat ein differenziertes Bewusstsein für die rechtlich zu schützenden Güter haben müsse. Aber eine der Grundaufgaben des Rechtsstaates besteht im Lebensschutz, in der Gewährleistung des Rechts auf Leben! Mit ihrem Einsatz für die embryonenverbrauchende und selektierende PID ist menschliches Leben jedoch jeglicher fremdnützigen Instrumentalisierung ausgeliefert.

Von der PID wird behauptet, dass sie «im besten Interesse» der Patientinnen und Patienten liege. Hier stellt sich die Frage, wer denn bestimmt, worin dieses «beste Interesse» bestehe, und: Wer ist denn hier alles Patient? Übersehen wird, dass die PID keinesfalls im «besten Interesse» der eliminierten Embryonen sein kann. Hinzuweisen ist auch darauf, dass der Ausdruck «best interest» auch vom umstrittenen Präferenzutilitaristen Peter Singer oft verwendet wird, der eine Interessenethik vertritt und diese Argumentation erst kürzlich noch zur Rechtfertigung des sogenannten «Ashley-Treatment» benutzte [2]!

Die NEK meint, dass PND und PID eine Form von Prävention seien, die nicht am Individuum ansetze, sondern die Entwicklung eines Individuums verhindere. Nun ist aber der ungeborene Mensch seit der Befruchtung als Embryo bereits vollständig in seiner individuellen Anlage bestimmt und damit zweifellos unverwechselbares Individuum. Die Kommission offenbart hier ihre fatalen Voraussetzungen, indem sie dem Embryo jegliche Schutzwürdigkeit abspricht! Euphemistisch wird von einer «abgebrochenen Entwicklung» gesprochen. Die Prävention setzt zwar nicht am Überlebenden, aber an mehreren zu «beseitigenden» Individuen an.

Im Zusammenhang mit dem Tissue typing spricht die NEK nun neuerdings vom «Retterkind» oder von «Retterembryonen». Noch in ihrer ersten Stellungnahme sah sie sich jedoch veranlasst, von der Formel des «saviour baby» Distanz zu nehmen, da dieser Begriff «explizit euphemistische Züge» und einen «moralischen Kontext der Nothilfe oder der Rettung» evoziere. Warum aktuell nun doch der mit Vorurteilen behaftete Begriff verwendet wird, darüber schweigt man sich aus.

Die ganze Stellungnahme Nr. 14 der NEK ist durchsetzt von auf Bedürfnissen, Wünschen und subjektiven Motivationen der Eltern abstützten ethischen Argumentationen. Dies mag auf

den ersten Blick fürsorglich und sympathisch wirken. Aber damit wird eben auch einer Subjektivierung der Wissensbildung und einem daraus resultierenden Relativismus das Wort geredet. Dass PID unmittelbares Instrument der Selektion und Tötung von menschlichen Individuen ist, kommt nicht mehr in den Blick. Ein solches ethisches Konzept vermag politischen Forderungen gegenüber nur noch Rückzugsgefechte zu liefern, deren Ergebnisse von abstimmenden Legitimationsgremien getreulich rapportiert werden.

Dr. med. P. Ryser-Düblin, Seftigen

- 1 www.nek-cne.ch/media/archive1/de/publikationen/stellungnahmen/pid_ii_d.pdf.
- 2 www.nytimes.com/2007/01/26/opinion/26singer.html.



Beispiellose Solidarität

An der 13. Delegiertenversammlung der Spitex St. Gallen wurde über eine Erhöhung der Mitgliederbeiträge abgestimmt, da die Bundessubventionen wegfallen. Der Vorstand der Spitex St. Gallen hatte die Beitragsmodelle so ausgearbeitet: eines, wo die kleinen Organisationen bevorteilt worden wären, und zwei, wo die kleinen sehr benachteiligt gewesen wären. Zum Glück hat der Präsident einer kleinen Organisation eine ausgewogene Variante berechnet und zur Abstimmung gebracht. Diese wurde entgegen dem Vorschlag des Vorstandes mit überwältigendem Mehr angenommen, obwohl einige mittlere Organisationen eher etwas mehr bezahlen mussten. Der Gerechtigkeitsinn hatte gesiegt. Die Freude über diese Solidarität war viel grösser als der Betrag, der weniger bezahlt werden musste.

Das RAIHC, das elektronische Bedarfsabklärungsinstrument, das den Spitex-Organisationen immer als Qualitätsinstrument verkauft und aufgezwängt wurde, wurde der Helsana jetzt als Kontrollinstrument verkauft, in der Hoffnung, dass sich die andern Krankenkassen anschliessen! Dieses Instrument gibt einen grossen unbezahlten Mehraufwand. Das Geld, das für Kontrollen ausgegeben wird und die Administration aufbläht, ist immens. Und das alles nur, weil der Bund die Krankenkassen nicht mehr subventioniert. Warum fragt man sich nicht endlich, warum so viele Leute einen Arzt brauchen, anstatt immer die Ärzte und Spitex als Kostenver-

ursacher hinzustellen? Gibt es denn für die Menschen etwas Wichtigeres als die Gesundheit? Was nützt den Menschen alles Geld und Luxus, wenn sie nicht gesund sind? Warum verbreiten die Medien in Film und Werbung Gewalt, ohne dass die Behörden einschreiten?

Ist denn der gesunde Menschenverstand ganz und gar abhanden gekommen?

Dr. med. H. Meierhans, Kaltbrunn



Der zufriedene Hausarzt in der Einzelpraxis: ein Aufruf pro specia rara

Auch ich danke den Herren Kollegen Fischbacher [1] und Schlaginhaufen [2] für ihre nötig gewordene Verteidigung der Einzelpraxis. Leider stimmte selbst der frühere FMH-Präsident H. Brunner grundlos in den Modetrend ein und bezeichnete im «Bund» die Einzelpraxis als Auslaufmodell und erwies vielen einen Bärendienst. In den 27 Jahren meiner Praxis in Biel gab es

mehr Auflösungen als Neugründungen von Gemeinschaftspraxen. Hut ab vor den Erfolgreichen. Allein Einzelpraxen mit gemeinsamem Besitz und Betrieb von sehr teuren Apparaten wie Röntgen sind günstig und empfehlenswert. In Gruppenpraxen ist die Gefahr von Friktionen mit Verlust von Synergien gross. Es stimmt nicht, dass Ärzte in Einzelpraxen isoliert, auf sich allein gestellt, unzufrieden, unökonomisch und ineffizient sind. Bemüht sich der Arzt um gute kollegiale Kontakte und Fortbildungen, wird er netzwerkartig von Röntgeninstituten, Labors und Spezialisten hervorragend unterstützt und sekundiert. Die Bevorteilung von Gemeinschaftspraxen und künstlich aufgebauten Netzwerken gegenüber Einzelpraxen durch die Versicherungen und Politiker ist mangels jeglicher Evidenz nicht berechtigt. Übrigens fungieren viele einzelarbeitende Spezialisten neben ihrer Spezialisierung als Hausärzte.

Dr. med. B. Blum, Biel

- 1 Fischbacher R. Der zufriedene Hausarzt in der Einzelpraxis: ein Aufruf pro specia rara. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(38):1583-4.
- 2 Schlaginhaufen G. Wahrung des Besitzstands? Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(42):1752-3.