

Briefe an die SÄZ



Kurzbericht vom «Tatort» an den FMH-Präsidenten

Lieber Jacques!

Notfalldienst, kurz nach Mitternacht Anruf der Polizei, bitte sofort kommen, ein Suizid. Ich fahre hin. Am Strassenrand ein junger Polizist mit Taschenlampe, er ist sehr blass und fragt, ob ich einen Cognac brauche, es sehe schrecklich aus da drinnen. Ich lehne dankend ab (Notfalldienst). Es ist mehr als schrecklich: Der junge Mann hat sich mit der Dienstwaffe des Vaters (Karabiner) in den mit Wasser gefüllten Mund geschossen. Die Hälfte des Schädels und praktisch das ganze Gehirn ist in winzigen Teilchen in der «guten Stube» verteilt. Die Polizisten erledigen tapfer und schweigend ihre amtliche Reinigungsarbeit. Ich setze mich zu den Eltern des Opfers an den Küchentisch. Sie sind dermassen betroffen, dass sie nicht einmal weinen können. Ich kann nicht sprechen, sämtliche mühsam im Kopf vorbereiteten Worte bleiben mir in der Kehle stecken. Diese Machtlosigkeit ... sitze ich im falschen Zug? Ist so etwas wirklich nötig? Eine Stunde lang sitzen wir schweigend am Tisch, mindestens die nonverbale Kommunikation funktioniert. Mit zittriger Hand fülle ich die Todesfallbescheinigung aus und übergebe sie den Polizisten. Von ihnen höre ich, dass der junge Mann am Tag zuvor noch bei seinem Hausarzt, einem unbestritten sehr guten Arzt, war.

Auch als sogenannt «guter Schweizer» mit weit über tausend Tagen Militärdienst bin ich überzeugt, dass es heute keine rationalen Gründe mehr gibt, die Armeewaffe mit Munition zu Hause (sehr oft im Schlafzimmerschrank) griffbereit zu halten. Der Beitrag zur dringend nötigen und nachhaltigen Prävention von Suizid mit Schusswaffen ist belegt, es ist nicht einzusehen, dass ausgerechnet bei einem auch zahlenmässig dramatischen medizinischen Problem evidenzbasierte Erkenntnisse («EBM») nicht berücksichtigt werden sollten. Der Widerstand gegen die Volksinitiative dürfte massiv sein, Schiessen ist in der Schweiz fast so beliebt wie Autofahren. Der neue Chef Heer unserer Armee hat seine Position

bezüglich Waffe und Munition im Haus bereits deutlich verkündet. Ich denke, die Initiative hätte bessere Chancen, wenn die Waffen nicht nur im Zeughaus, sondern auch im Tresor der Schützenhäuser aufbewahrt werden könnten. Dies wäre ein Zückerchen, einigen Hunderttausend Schützen (Schiessen gilt bekanntlich als Sport) ein «Ja» abzurufen.

Der FMH ist zu ihrem mutigen Bekenntnis nur zu gratulieren!

Prof. Dr. med. Benedikt Horn, Interlaken



Der Realität ins Auge schauen

Unser FMH-Präsident geht in dem Editorial das heisse Schweizer Eisen «Waffenbesitz» an. Meines Erachtens schaut er der Realität zwar ins Auge, aber einäugig. Er weiss, dass die Schweiz in Europa in der Suizidhäufigkeit im obersten Viertel rangiert. Bei den häufigen Schusswaffen-selbsttötungen stehen wir gar an zweiter Stelle. Zu Recht zeigt er, dass die Länder mit strengeren Waffengesetzen weniger Suizide mit Waffen verzeichnen und dass die Zahl der in einem Haushalt vorhandenen Waffen mit den Waffensuizidzahlen korreliert [1].

Warum aber ist diese Realität einäugig? Weil sie eingleisig nur auf die Schusswaffen gerichtet ist. Wer Suizid begehen will, tut dies am liebsten mit etwas, das er kennt und wo er weiss, dass es rasch wirkt, also bei den Männern mit der vorhandenen Schusswaffe und bei den Frauen mit den vorhandenen Schlaf- und Beruhigungstabletten. Am zweithäufigsten erhängen sich sowohl Männer wie Frauen. Mit dem Alter steigt bei den Frauen die Selbstmordrate über die ganze Lebenszeit fast kontinuierlich an. Die Männer hingegen zeigen einen massiven Anstieg der vorher höher parallel verlaufenden Kurve im Pensionierungsalter, da wo der Lebensinhalt weg ist, wo die Frau gestorben ist, wo die Männer die soziale Vereinsamung schlechter ertragen als Frauen, wo keiner mehr etwas von ihnen wissen will und wo keiner mehr sie braucht [2]. Aus so-

ziologischen Studien geht hervor, dass die soziale Integration, wie Familie, Freundeskreis, Kirchengemeinde, Ehe und viele andere Bindungen, für das Suizidverhalten sehr wichtig ist. Daneben spielen auch andere Faktoren eine Rolle, so beispielsweise kulturelle, ökonomische und ethnische [3].

Die Sicht des anderen Auges ist also, dass wir nur feststellen können, dass wir eine hohe Suizidrate in der Schweiz haben, dass Männer vor allem im höheren Alter Suizid begehen, dass die Suizidneigung bei den Frauen eigentlich höher ist, aber es viel häufiger bei Versuchen bleibt [2]. Damit können wir die Menschen, die Selbstmordgedanken haben, in zwei Kategorien einteilen, nämlich in die «Festentschlossenen» und die «Unentschlossenen» (darunter fallen auch die «Hilfeschreisuizide»). Die Festentschlossenen greifen bei deren Vorhandensein gerne zur Waffe, aber ohne vorhandene Waffe erhängen sie sich oder springen von einer Brücke. Unentschlossene wählen mit Bedacht eine mindestens potentiell reversible Methode. Schliesslich muss klargestellt werden, dass ein zur Schusswaffe Entschlossener auf dem Schwarzmarkt alles findet, was das zu erschiessende Herz begehrt.

Die mit beiden Augen zu schauende Realität ist also die, dass soziologische Faktoren entscheidend sind und nicht der Waffenbesitz, dass ein faktisches Waffenverbot wegen der Zerstörung der in der Schweiz traditionell beliebten Schützenvereine auch viele soziale Bindungen zerbricht, was die Vereinsamung wieder fördert und schliesslich die Selbstmordrate im ganzen mindestens nicht zurückgehen lässt.

Ganz entscheidend heisst das nun für uns Ärzte, dass wir unsere Patienten ganzheitlich betreuen müssen und nicht nur als Spezialisten für das linke Auge, damit wir mit beiden Augen erkennen, ob und wann unser Patient Fürsorge nötig hat. Das ist wichtiger als die Unterstützung einer einäugigen Volksinitiative.

Dr. med. Wolf Zimmerli, Oberdiessbach

- 1 de Haller J. Der Realität ins Auge schauen. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(24):1041.
- 2 Bundesamt für Gesundheit. Suizid und Suizidprävention. Bern: BAG; 15.4.2005.
- 3 Page R. Selbstmord in der Schweiz. Bern: Institut für Soziologie; Mai 2000.

Der Realität ins Auge schauen

Der Realität ins Auge schauend, kommt mir die bittere Erkenntnis, dass unsere FMH nicht in der Lage ist, die Interessen von uns Hausärzten zu vertreten. Statt dessen versucht sie sich, ohne

Rückfrage bei der Basis, politisch zu profilieren.

Vielleicht ist mein Blick durch die wiederholten Enttäuschungen getrübt, aber ich kann mich an nichts Relevantes erinnern, das die FMH zu meinen Gunsten erreicht hat.

Auf der Negativseite häufen sich Misserfolge und Versagen, die unseren Beruf immer unattraktiver machen. Kontrolle, Bürokratie und Belastung nehmen weiter zu, während Einkommen, Ansehen und berufliche Selbstbestimmung inakzeptabel sinken. Dank der FMH werden aus erwachsenen und selbstbestimmten Ärzten kleine ohnmächtige Staatsdiener. Dies alles unter dem verlogenen Verdikt von Qualitätsverbesserung und Kosteneindämmung.

Ich wage zu behaupten, dass wir Hausärzte gute Arbeit leisten und wir mit noch so vielen Kontrollen die wenigen unfähigen Ärzte nicht besser machen können. Ebenfalls wage ich zu behaupten, dass es in der medizinischen Grundversorgung nichts Besseres und Günstigeres als uns Hausärzte gibt.

Standespolitische Probleme und Katastrophen haben wir im Übermass: fehlender Nachwuchs bei Schweizer Ärzten mit gleichzeitiger Überschwemmung durch ausländische, Einkommenseinbussen durch TARMED, Dignität, Taxpunkt-senkung und sinnlose, aber teure Überkontrollen, mediale Verunglimpfung ohne professionelle Gegenwehr, unbefriedigende Notfalldienstsituation, unsere politische Zersplitterung in immer neue Vereine, Projekte wie Versicherungskarte mit Vollelektronisierung der Praxen und Obligatorium für Gruppenpraxen, Netzwerke und Budgetverantwortung.

Leider ist zu erwarten, dass die FMH uns dabei wieder einmal mehr schadet als nützt.

Für mich ist die Einzelhausarztpraxis kein Auslaufmodell. Theoretisch mag eine Gruppenpraxis überlegen wirken, in der Realität scheitert sie aber oft an Kleinigkeiten und allzu Menschlichem.

Seit je arbeiten wir Hausärzte in einem selbstgewählten Netzwerk, das wir ohne bürokratischen Aufwand Veränderungen anpassen können.

Unser Gesundheitswesen wird immer teurer, weil der Fortschritt kostet und unsere Gesellschaft immer älter, dicker, vermischter, verarmter und gestresster wird. Die Politiker wissen das und versuchen mit Schlagworten und Projekten Zeit zu schinden. Unsere FMH ist dabei ein williger Erfüllungsgehilfe und greift ohne Kompetenz in vorausgehendem Gehorsam diese Vorschläge zu unserem Schaden auf.

Anstatt dass sich die FMH gemäss Auftrag standespolitisch zu unseren Gunsten einbringt,

versucht sie, ohne Legitimation durch die Basis, gesellschaftspolitisch in unserem Namen Einfluss zu nehmen. Wenn ich in den Medien lesen und hören darf, dass wir Ärzte diese und jene politische Meinung vertreten, geht mir die Galle hoch. Ich empfinde viele Massnahmen der sogenannten Prävention als eine Beleidigung für ein denkendes Wesen. Auch will ich keine Einheitskrankenkasse. Aus vielen Gründen bin ich ebenfalls gegen eine Verschärfung des Waffengesetzes. Ihr habt also nicht das Recht, in meinem Namen zu sprechen.

Wenn wir uns nicht selber helfen, dann hilft uns niemand. Ich bin gegen eine weitere Zersplitterung unserer Kräfte. Wenn sich aber die FMH nicht in kurzer Zeit reformiert und unsere Interessen befriedigend vertritt, müssen wir Hausärzte (oder alle ambulant tätigen Ärzte) gesamtschweizerisch einen schlagkräftigen Verein mit Basisdemokratie und kleiner professioneller Exekutive aufbauen.

Dr. med. Roland Stäuble, Wahlen b. Laufen



Die Geschichte vom gemachten Nest – und kein Vogel will sich hineinsetzen

Mit Interesse habe ich Ihren Beitrag gelesen [1]. Erlauben Sie mir bitte als seit 20 Jahren in eigener Praxis tätigem Allgemeinpraktiker und Mitbegründer des grössten Hausarztvereins in der Nordwestschweiz einige Ergänzungen dazu.

Zum Mangel an Bewerbungen an Ihrer Klinik für die Ausbildungsstellen zum Grundversorger stellen Sie zwei Fragen zu den Ursachen in den Raum:

1. Ist der Beruf des Grundversorgers derart unattraktiv geworden, dass ...

Antwort: Ja.

Begründung

- Für die Medien ist der Grundversorger die vermeintliche Made, die sich im Speck des Gesundheitswesens vollfrisst.
- Für die Politiker bin ich das «Auslaufmodell in Einzelpraxis».
- Die GesundheitsökonomInnen sehen das Heil des Gesundheitswesens in Managed-Care-Rezepten, die der Gewinnmaximierung der Krankenkassen auf Kosten von Leistungserbringern und Patienten dienen. Von der Politik werden diese Rezepte seit Jahren unreflektiert übernommen und mantrahaft

runtergeleiert, obwohl die USA am besten demonstrieren, wohin dies führt («family physicians» sind in den USA inzwischen praktisch ausgestorben).

- Für die Krankenkassen bin ich ein Kostenversucher der miesesten Sorte, den man in den Würgegriff der Kontrolladministration zu bekommen hat. (Vielleicht lesen Sie einmal die «Heftchen» der Krankenkassen durch, die diese ihren Kunden zusenden, und schauen sich an, wie dort Ärzte dargestellt werden.)
- Blieben früher 50% jedes Frankens Umsatz dem Praxisinhaber, so sind es heute 30 Rappen – Tendenz weiter sinkend.

2. Führen die effektvollen, selbstbemitleidenden Kampagnen der Grundversorger selbst dazu, dass die jungen Leute von einem solchen Leben abgeschreckt werden?

Antwort: Nein.

Begründung: Von einer selbstbemitleidenden Kampagne ist mir nichts bekannt. Ich war am 1. April 2006 bei der Grundversorgerdemo in Bern. Von Selbstmitleid konnte ich da nichts entdecken, wohl aber von berechtigtem Zorn und einem gesunden Selbstbewusstsein. Im übrigen erinnert mich diese Argumentation an die bierselige Stammtischargumentation, bei der das Opfer selbst schuld ist (z.B. vergewaltigte Frauen sind selbst schuld, da sie ja den Mann mit kurzem Rock usw. provoziert haben). Hingegen höre ich sehr wohl selbstmitleidige Töne in Ihrem Beitrag.

Weiter unten führen Sie dann auf: «Niemand stuft den Zehnkämpfer niedriger ein als den Superspezialisten.»

Oh doch! Ein Blick auf den TARMED zeigt sehr wohl, wie niedrig der «medizinische Zehnkämpfer Grundversorger» von seiner eigenen Standesorganisation und der Gesellschaft eingestuft wird. Der TARMED sollte die Grundversorger gegenüber den Spezialisten aufwerten. Entstanden ist hingegen: ein *Leistungstarif* für den Spezialisten, ein *Zeittarif* für den Grundversorger. Besser lässt sich wohl Doppelmoral nicht illustrieren!

Fazit: Wenn sich heute ein junger Kollege dazu entschliesst, *nicht* Grundversorger zu werden, so zeigt er damit eine Fähigkeit, die es nur zu begrüssen und zu fördern gilt: nämlich die Fähigkeit zum «good clinical judgement», unter anderem auch der Situation des Grundversorgers.

Ich biete keine Studienplätze für Studenten/Assistenten in meiner Praxis an. Ich empfinde es als unehrlich und unethisch und auch dem Geist des hippokratischen Eids widersprechend, junge, hoffnungsvolle Menschen in einen dermassen

missbrauchten/ausgebeuteten Zweig der Medizin zu locken.

In einem Punkt allerdings kann ich Ihnen vollständig beipflichten: «Niemand wird ernsthaft bestreiten, dass der Zehnkämpfer wohl die meisten und härtesten Trainingseinheiten aufbringt, um das Geforderte zu leisten.» Denn: «General practice is front-line medicine: no air cover, no body armour, no back up. Street fighting, house to house, door to door.»

Dr. med. M. G. Evison, Reinach BL

- 1 Würsten H-U. Die Geschichte vom gemachten Nest – und kein Vogel will sich hineinsetzen. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(24):1059-60.



Tiers payant – Tiers garant. Endlich Klartext in den neuen kantonalen Anschlussverträgen

Als Mitglied der Berner Kantonalen Ärztesellschaft (BEKAG) versende ich seit 2004 meine Rechnungen statt im Tiers garant über MediPort [1] im System Tiers payant (TP). Die BEKAG hat mich deswegen am 12. Oktober 2005 beim Kantonalen Schiedsgericht eingeklagt, nachdem sie den erstinstanzlichen PVK-Patt-Entscheid [2] nicht akzeptieren wollte. Zwischenzeitlich haben

FMH und santésuisse einen Vorschlag zur Formulierung der Kantonalen Anschlussverträge (AV) ausgearbeitet [3]. So erstaunt es nicht, dass derselbe (anklagende) Kantonalvorstand nun plötzlich den Mitgliedern in der Vertragsrevision mit santésuisse (per 1.1.2008) die individuelle Tiers-payant-Vereinbarung erlauben muss [4]. Ist dies nicht eine späte Einsicht, dass die Formulierung des Rahmenvertrages TARMED (Art. 11), dessen Inhalt mit dem Art. 42 KVG übereinstimmt, nicht durch willkürlich einschränkende kantonale AV verändert werden darf? Warum wird die revidierte Fassung des Art. 10 Abs. 2 AV nicht offiziell von der FMH in dieser Zeitung kommentiert und kommuniziert? Übrigens: Die Schiedsgerichtsklage der BEKAG gegen mich – ihr Mitglied seit über 20 Jahren – läuft weiter! Ein Angebot auf Prozessrückzug zum Preise eines Maulkorbs habe ich abgelehnt. Das Recht, meinen Ärger in einem Leserbrief auszudrücken, möchte ich mir nicht nehmen lassen.

Dr. med. Daniel Brügger, Laupen

- 1 Brügger D. MediData – PonteNova – oder Standespolitik und das liebe Geld. Schweiz Ärztezeitung. 2005;86(12):714.
- 2 Brügger D. Individueller TP oder diktierter TG: Patt vor PVK. Schweiz Ärztezeitung. 2005;86(49):2689.
- 3 Brügger D. Elektronische Abrechnung unter TARMED. Schweiz Ärztezeitung. 2005;86(39):2221.
- 4 Eichenberger T. Beschlüsse der Delegiertenversammlung vom 21. Juni 2007; im Internet unter <http://www.bekag.ch/cms/docs/3098.pdf>.