

Briefe an die SÄZ



Wirtschaftlichkeitsverfahren

Sehr geehrter Herr Präsident!

Wir haben in der Ärztezeitung 28/29 unsere Resolution zu den Wirtschaftlichkeitsverfahren als Leserbrief veröffentlicht [1]. Leider haben wir bis heute noch keine Antwort erhalten.

Unterdessen ist in der Ärztezeitung unter anderem der Artikel von cand. iur. Simon Häfeli «Wirtschaftlichkeitsverfahren in der Kritik» erschienen [2]. Darin wird auf dasselbe Problem hingewiesen: «Während auf der einen Seite ein gut vorbereiteter, als Verwaltungsorgan amtierender Finanzriese steht, muss sich auf der anderen Seite eine Einzelperson gegen die erheblichen Vorwürfe wehren.» Was spricht dagegen, als Gegengewicht und zur Unterstützung unserer Einzelkämpfer unsere Berufsorganisation, die FMH, einzusetzen?!!

Weshalb unternehmen Sie nichts, sie würdigen Ihre Mitglieder nicht einmal einer Antwort. Der Druck, die psychische Belastung und das Prozessrisiko ist für den einzelnen Arzt zu gross. Wofür haben wir unsere Organisation, wenn nicht zur Unterstützung und Hilfe für unsere Mitglieder, die zu einem grossen Teil in fragwürdigen Verfahren angegriffen werden!

Wir erwarten Ihre Stellungnahme.

Im Namen des Fricktaler Hausärztevereins:

Martin Rickenbacher

- 1 Rickenbacher M. Resolution der 11. ordentlichen Vereinsversammlung des Hausärztevereins Fricktal vom 28. Mai 2008. Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(28/29):1234-5.
- 2 Häfeli S. Wirtschaftlichkeitsverfahren in der Kritik. Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(41):1749-50.

Antwort

Cher Confrère

Ihre «Resolution» wurde in der Tat am 9. Juli in der Ärztezeitung publiziert. Zwei Gründe waren für uns ausschlaggebend, dass Sie darauf keine spezifische Antwort erhalten haben: Erstens beinhaltet Ihre Resolution gar keine Frage (!), und zweitens sprechen Sie eine Reihe von Gesellschaften an «... sowie die FMH». Wenn ich mich nicht in erster Linie angesprochen fühlte, so liegt dies auch daran, dass Ihre Resolution etliche Ungenauigkeiten enthält.

Der Rechtsdienst der FMH bietet Mitgliedern, die darauf angewiesen sind, sehr gern Unterstützung. Er kann dies aber in der Regel nur in Form einer ersten Orientierung tun, für weitergehende Dienstleistungen fehlen schlicht die Ressourcen. Zum Beispiel können für eine bestimmte Problemstellung hilfreiche Dokumentation zu Verfügung gestellt und erste Schritte vorgeschlagen werden – die Übernahme einer Anwaltsrolle für die Mitglieder übersteigt aber die Kapazitäten des Rechtsdienstes bei weitem.

Was das Engagement der FMH im Bereich Wirtschaftlichkeitsverfahren anbelangt, möchte ich mich gegen Ihre Aussagen entschieden verwahren! Die FMH ist in dieser Sache mit voller Energie engagiert, natürlich nicht allein, aber ganz bestimmt an vorderster Front. Die Situation ist alles andere als einfach, und die Resultate sind bis jetzt nicht immer spektakulär. Am Willen und an der Kampfbereitschaft mangelt es der FMH aber ganz sicher nicht!

*Dr. med. Jacques de Haller,
Präsident der FMH*



Mehr als 1350 Büstenhalter auf dem Bundesplatz am 20. Oktober 2008 [1]

Die zweckoptimistischen Behauptungen der Gesellschaft für Senologie sind dringend zu hinterfragen:

Senkung der Brustkrebssterblichkeit durch Mammographiescreening bewiesen?

Die Abnahme der Brustkrebsmortalität setzte bereits vor der Epoche der neuerlichen Screeningprogramme ein [2] und wird überwiegend auf die verbesserte Therapie zurückgeführt. Auch in den nicht dem Screening zugeführten jüngeren Altersgruppen wird eine deutliche Abnahme der Mortalität beobachtet [2].

Olsson und Gotzsche arbeiten für das unabhängige Nordic Cochrane-Centre, das 1993 in Kopenhagen zur Evaluation medizinischer Massnahmen eingerichtet wurde und grosse Reputation besitzt. Die Wirksamkeit der Mammographievorsorge war zur Zeit ihres Reviews keinesfalls «unbestritten». Die kanadische Studie war das grösste durchgeführte Nationalprogramm überhaupt. Ihre Verantwortlichen, die mit grossem Enthusiasmus in die Untersuchungen eingestiegen waren, kamen in der Tat selbstkritisch zu einem negativen Ergebnis [3]. Kanada ist kein Entwicklungsland. Die Behauptung, dass man dort eine «ungenügende Technologie» verwendet habe, ist – gelinde gesagt – arrogant.

Olsson und Gotzsche haben gefordert, nicht nur die Brustkrebsmortalität als Benefit zu betrachten, da sie aus Totenscheinen abgeleitet wird und sich daher bei lebensverlängernden Therapien erheblich verzerrt darstellen kann. Stattdessen müsste eine Senkung der allgemeinen Mortalität der gescreenten Frauen nachgewiesen werden. Dies war bislang statistisch nicht möglich.

Falschpositive Mammographiebefunde kein Problem?

Ein erschreckendes Nebenergebnis des Cochrane-Reviews war, dass die Rate der Brustamputationen in den gescreenten Kohorten – auch in den schwedischen – höher war als in der Kontrolle.

Strahlenrisiko vernachlässigbar?

Diagnostisches Röntgen ist erwiesenermassen karzinogen, auch wenn Nutzen-Risiko-Abschät-

zungen für die zu screenende Altersgruppe rein zahlenmässig mehr Gerettete ergeben [4,5] Ist es aber wirklich ethisch vertretbar, dass eine Frau, die normalerweise vollkommen gesund bliebe, ein Karzinom induziert bekommt für den Nutzen, den wenige (!) andere möglicherweise durch Früherkennung erfahren?

*Prof. Dr. Inge Schmitz-Feuerhake,
Gesellschaft für Strahlenschutz e.V.,
ingesf@uni-bremen.de*

- 1 SGS. Mehr als 1350 Büstenhalter auf dem Bundesplatz am 20. Oktober 2008. Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(42):1801-3.
- 2 Louwman WJ, Voogd AC, van Dijck JAAM, Nieuwenhuijzen GAP, Ribot J, Pruijt JFM, Coebergh JWW. On the rising trends of incidence and prognosis for breast cancer patients diagnosed 1975–2004: a long-term population-based study in southeastern Netherlands. Cancer Causes Control 2008;19:97-106.
- 3 Baines CJ. Are there downsides to mammography screening? Breast J. 2005;11 Suppl 1:S7-10.
- 4 Kuni H, Schmitz-Feuerhake I, Dieckmann H. Mammographiescreening – Vernachlässigte Aspekte der Strahlenrisikobewertung. Gesundheitswesen 2003;65:443-6.
- 5 Berrington de Gonzales A, Reeves G. Mammographic screening before age 50 years in the UK: comparison of the radiation risks with the mortality benefits. Brit J Cancer 2005;93:590-6.



Glaubwürdigkeit II, das Minenfeld der Prävention [1]

Sehr geehrter Herr Kollege Bükki

Vielen Dank für Ihr Interesse an unserem Artikel über das Lobbying in der Passivrauchdebatte des Bundesparlamentes. Wie Sie haben viele Kollegen die Blossstellung der Tabakindustrie begrüsst. – Sie fühlen sich «unbehaglich» wegen der «zunehmend aggressiven [...] Töne», die wir [2] wie auch Jacques Martin [3] brauchen. Ich kann Sie gut begreifen, möchte Sie aber darauf hinweisen, dass wir Ärzte, falls wir gehört werden wollen, auch eine Sprache gebrauchen dürfen und wohl müssen, die das Kind beim Namen nennt (und dies nicht nur, wenn es um den Taxpunktwert geht). Der Begriff «fauler Kompromiss» wird von mir in «Glaubwürdigkeit!» [4] gebraucht (und dann noch einmal in unserm offe-

nen Brief an die Bundesparlamentarier [5], wo darauf hingewiesen wird, dass, was sich als Einigungsmöglichkeit präsentiert, ausschliesslich der Tabakindustrie dient und nicht den Gastrokreisen und deren angeblichen Interessen. Denn die Pubs in Irland (die dortigen «Raucherbeizen» par excellence) und der ganze Restaurationssektor von New York haben im Jahr nach Einführung des Rauchverbotes grösseren Umsatz verzeichnet als im Jahr zuvor. Sie finden auch, dass unsere Parlamentarier ... «in der Lage wären, ihren Töchtern, Söhnen, und Wählern, das neue Gesetz zu erklären»? Ich bin nicht dieser Ansicht: Wenn man, weil Passivrauch toxisch ist, die Angestellten durch das Arbeitsgesetz schützen will, dann gibt es vor dem Gesetz nicht zweitklassige Angestellte, die ausgenommen werden. Und ein Parlament, dessen Aufgabe es ist, im ganzen Land geltende Gesetze zu erlassen, kann nicht (aus welchem Grund?) vorsehen, dass die Kantone weitergehende Massnahmen erlassen dürfen; das ist ja der Beweis, dass das eigene Gesetz als ungenügend angesehen wird. – Dennoch haben Sie recht; es wäre wünschenswert, wenn wir Ärzte unsere Argumente vorbringen könnten, ohne lautstark die Parlamentarier an ihre (moralische) Pflicht erinnern zu müssen. Denn dies Letztere wäre eigentlich die Aufgabe der Medien, die aber, hierin jedenfalls, auffallend wenig neugierig und sehr «politically correct» sind. (Warum wohl?)

*Dr. R. M. Kaelin, FMH Innere Medizin
und Pneumologie, Morges*

- 1 Bükki J. Zu R. M. Kaelin «Glaubwürdigkeit! II» und J. Martin «Gesundheitsförderung» Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(43):1849.
- 2 Kaelin RM. Glaubwürdigkeit! II: das Minenfeld der Prävention. Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(38):1614-6.
- 3 Martin J. Wer versucht, die Menschen zu bevormunden? Gesundheitsförderung. Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(38):1648.
- 4 Gugger M, Cerny T, Barben J, Karrer W, Kaelin RM. Glaubwürdigkeit! Zur Abstimmung des Nationalrates am 4. Oktober 2007. Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(1/2):22-3.
- 5 Gugger M, Cerny T, Barben J, Karrer W, Kaelin RM. «Saubere Rauchfrei Luft ist der Normalzustand», offener Brief an die Ständeräte. Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(11):440-1.



Im Interesse der jungen Ärztinnen und Ärzte

Aus sachlichen, rechtlichen und auch politischen Gründen halte ich es für sehr wichtig, dass in der Volksabstimmung vom 8. Februar 2009 die Verlängerung bzw. Ausdehnung des Freizügigkeitsabkommens Schweiz–EU vom Schweizer Volk gutgeheissen wird. Bei einer Kündigung der Abkommen sind schweizerische Aus- und Weiterbildungen in der EU nicht mehr anerkannt. So können junge Schweizer Ärztinnen und Ärzte nicht mehr ohne weiteres im EU-Ausland arbeiten. Auch junge Auslandschweizer, die in der Schweiz z. B. eine Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Facharzt absolvieren, können mit diesem schweizerischen Diplom im Herkunftsstaat nicht mehr tätig werden. Schweizerische Schulen und Hochschulen sind bei einer Kündigung des Freizügigkeitsabkommens ohnehin international nicht mehr konkurrenzfähig. Familienangehörige von Mitarbeitern Schweizer Firmen im EU-Ausland sind ebenfalls nicht mehr Begünstigte. Dies wäre ein nicht zu verantwortender Schaden für die Schweiz.

Dr. iur. Udo Adrian Essers, Küsnacht



Mea culpa?

Gesetzt den Fall, Sie rammen ein Auto. Es entsteht ein Schaden, ein kleiner nur. Und gesetzt noch einmal den Fall, es wäre dunkel, die Strasse absolut leer und weit und breit kein Mensch zu sehen. Was würden Sie tun? Die Gelegenheit wäre sehr verlockend, sich schlicht aus dem Staube zu machen, nicht wahr? Sich den ganzen Ärger mit Polizei, Haftpflicht und Werkstatt einfach vom Leibe zu halten. Wegen einer kleinen Schramme! Aber Sie würden es trotzdem nicht tun, sich aus dem Staube machen, denn das wäre

Fahrerflucht, und die ist eben verboten, streng verboten und wird verfolgt und bestraft. Es könnte am Ende doch einer was gesehen haben, am nächtlichen Fenster. Ja, wenn das nicht bestraft würde, wenn es nicht diese Meldepflicht gäbe, dann sähe die Sache ganz anders aus.

Szenenwechsel. Ich füge einem Menschen einen Schaden zu, keinem Auto, sondern einem lebenden Menschen. Und ich tue es auch quasi im Dunkeln, in der Klausur eines Krankenhauses, eines Operationssaales, einer Narkose. Ich habe es nicht gewollt. Aber es ist passiert. Ein ärztlicher Kunstfehler. Wie sieht es mit der Meldung aus? Fehlanzeige. Eine Meldung ist nicht vorgesehen. Bei wem auch? Und wenn der Patient nichts merkt, keinen Verdacht schöpft, volles Vertrauen in «seinen Doktor» hat, dann ist es sogar dumm, schlafende Hunde zu wecken. Kein Arzt ist verpflichtet, sich selbst anzuzeigen, heisst es frech in einem renommierten medizinischen Lehrbuch. Haben wir es uns eigentlich einmal wirklich klar gemacht, was das bedeutet? Der Arzt hat in unserem Staat die legale Möglichkeit, Behandlungsfehler zu verschweigen, Schäden an Leib und Leben des Mitmenschen, die er verursacht hat, zu vertuschen. Wo gibt es das sonst noch? Ist das nicht im Prinzip unanständig, skandalös?

Natürlich gibt es Schlichtungsstellen, Gutachterkommissionen und Fehlerstatistiken. Aber die beruhen auf den Klagen der Beschädigten, nicht auf dem Eingeständnis der Verursacher. Sie legen beredtes Zeugnis vom diffusen, begründeten Misstrauen der Patienten ab, denn zwei Drittel dieser Klagen erweisen sich als unbegründet. Das eine verbliebene Drittel aber ist nur die Spitze eines anonymen Eisberges, dessen Grösse keiner abzuschätzen vermag. Können, wollen wir als Ärzte mit diesem Eisberg leben, weiterleben?

Natürlich gibt es auch die rührend anmutenden punktuellen «Good-Will-Aktionen» der Ärzte-

schaft: «Chirurgen sprechen über ihre Kunstfehler» (Berliner Zeitung, 2006), «Freiwillig aus Fehlern lernen» (DÄ, 2006), «Medizinethik und Fehlerkultur: wie können wir lernen?» (Arzt und Krankenhaus, 2006), aber sie lenken nur vom Grund-Dilemma der nicht vorhandenen Aufklärungs- und Meldepflicht bei Fehlern ab, der fehlenden obligatorischen Transparenz bei Verursachung von Schäden. Dieses Thema dürfen wir nicht den versierten Juristen überlassen, das ist ein Thema für die Selbstverwaltung der Ärzte.

Und dabei hatten wir es doch schon einmal in Deutschland im Griff. Aber eben im Osten Deutschlands. Damals war ein ärztlicher Eingriff keine geduldete Körperverletzung, wie heute, sondern ein Heileingriff, ein Kunstfehler konnte nicht verborgen werden, wie heute, sondern musste gemeldet werden, seine Beurteilung oblag nicht dem Staatsanwalt, wie heute, sondern einer unabhängigen Ärztekommision, die zwischen Verschulden und Nichtverschulden unterschied, bei Verschulden den Arzt zur Rechenschaft zog und bei Nichtverschulden den Patienten so entschädigte, als wäre es ein Verschulden gewesen. «Erweiterte materielle Haftung (EMU)» nannte sich das. Das ist natürlich komprimiert und vereinfacht dargestellt. Aber die Strukturen waren damals im Osten «fehlerfreundlicher», in der Medizin jedenfalls. Die Ärzte mussten ihre Fehler melden, und die Patienten konnten sich auf diesen Selbstreinigungsmechanismus der Ärzteschaft verlassen.

Hier müssen also heute Strukturen verändert werden und nicht Gesinnungen. Hier ist der Gesetzgeber gefragt und nicht der Seelsorger. Was dem Auto recht ist, sollte dem Menschen billig sein.

Peter Stosiek, Görlitz/D