

Courrier au BMS



Keine Ökonomie am Krankenbett [1]

Für Frau Sax sind Patienten gut informierte, interneterprobte und nutzenorientierte Kunden. Ironisch berichtet sie von der Sorge der Ärztinnen um ihre Patientinnen, denn für sie ist die Patientin Kundin und die Ärztin Anbieterin. Folgerichtig wären dann Schülerinnen Kundinnen und Lehrerinnen Wissensvermittlerinnen und Eltern womöglich nur noch Erzieherinnen. (In Sax's gendertransformierten Welt gib es kein Maskulin). Die neuen Bezeichnungen definieren sich durch eine Semantik ohne Gefühle. Aber wenn diese wegfallen, geht etwas verloren, möglicherweise sogar das Wesentliche. Denn Eltern unterscheiden sich von Erziehenden durch ihre Hingabe und Liebe (Gefühle), und ein Arzt unterscheidet sich von einem Leistungserbringer durch genau dieselbe Qualität. Die Ökonomie glaubt, mit ihren reduktionistischen Modellen das Wesen der Medizin zu beschreiben. Genauso wenig aber, wie die Naturgesetze die Naturphänomene erklären (sie messen sie nur), kann die Ökonomie die Dynamik in der Arzt-Patienten-Beziehung, dem Kernprozess der Medizin, erklären. Aber genau dort, wo die Ökonomen geglaubt haben, mit mathematischen Modellen (Spieltheorie, Monte-Carlo-Analyse usw.) Wirtschaftsgeschehen deterministisch erkennen und lenken zu können, sehen wir heute auf den Scherbenhaufen einer Weltwirtschaft, deren Geist sich lachend über diejenigen erhebt, welche glaubten, mit einer vereinfachenden Formelsprache die Komplexität der letztendlich in der psychologischen Dimension des Menschen verankerten Motivation und Triebkraft der Wirtschaft verstanden zu haben.

Die Pseudowissenschaftlichkeit und Realitätsferne der Ökonomie wird auch in ihrer Terminologie offensichtlich. Ein Beispiel dafür ist das Schlagwort «Qualitätsmanagement». Gemagt und gemessen werden soll die Qualität. Was aber genau ist das, und was ist ihre Einheit? Sind es kg, Meter, Joule oder Watt? Die Unmöglichkeit, Qualität streng zu definieren, und daher die Sinnlosigkeit, sie messen zu wollen, sollte diejenigen nachdenklich und bescheiden machen, welche auf Powerpoint-Präsentation in ihren Büros, fern vom wirklichen Geschehen der Welt, ihre Fantasien entwickeln und dabei noch glauben, dies habe auch nur etwas mit der realen Welt gemeinsam. Wird ein solch reduktionistisches und virtuel-

les Wirtschaftsbild über die Medizin gestülpt, sehe ich mit Entsetzen auf eine neue Generation von Akteuren, denen es durch ökonomische Doktrinen verwehrt wurde, zu dem zu werden, was sie eigentlich wollten: zu Ärzten. Wir brauchen die Ökonomie, um uns über die numerischen Verhältnisse unserer Möglichkeiten zu informieren, aber nicht, um uns ein neues Menschenbild aufzudrängen. Am Krankenbett spielt eine hochkomplexe menschliche Interaktion, bei der gerade Gefühle eine wesentliche Komponente ausmachen. Gesundheit ist keine Ware, kranke Menschen sind keine Kunden. Die Ökonomie soll sich mit Gesunden befassen und nicht mit Patienten. Zur Titelfrage «Was hat die Ökonomie am Krankenbett verloren?» deshalb einen Einwortsatz: nichts.

Prof. Dr. med. Hanspeter Esriel Killer, Aarau

- 1 Sax A. Was hat die Ökonomie am Krankenbett verloren? Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(25): 1020.

Replik

Was meine Haltung zur Rolle der Ökonomie im Gesundheitswesen betrifft, so hat mich Professor Killer leider gründlich missverstanden. Er interpretiert meine Aussagen so, als ob ich mich mit der ökonomischen Sichtweise vollkommen identifizieren würde. Das ist aber nicht der Fall. Vielmehr teile ich sehr wohl die Vorbehalte vieler Gesundheitsfachleute gegenüber der technokratischen Sprache der Betriebswirtschaft und bringe das in meinem Artikel auch zum Ausdruck.

Selbstverständlich wird Qualität in der Medizin zum allergrössten Teil durch eine gute Beziehung zwischen Ärztin und Patientin (und natürlich auch zwischen Arzt und Patient) hergestellt. Deshalb versuche ich in meinem Artikel und bei anderen Gelegenheiten aufzuzeigen, dass die ökonomische Theorie gerade in der Gesundheitsversorgung an ihre Grenzen stösst, und dass der Glaube an die Segnungen des freien Wettbewerbs den Erfahrungen in der Praxis nicht standhält. Herr Professor Killer fordert, dass sich die Ökonomie mit den Gesunden befasst. Genau das tue ich, wenn ich die Ansicht vertrete, dass die Prämien- und Steuerzahlenden, welche die Versorgung der Kranken solidarisch mitfinanzieren, ein Anrecht auf einen wirtschaftlichen und transparenten Umgang mit den Ressourcen haben. Zur Verwendung des Feminins: Selbstverständlich sind bei allen weiblichen Formulierungen

die männlichen Leser mitgemeint. Ebenso wie die Frauen dort, wo ausschliesslich die männliche Form verwendet wird, also in 99 Prozent aller Fälle, mitgemeint sind. Das will ich wenigstens hoffen.

lic. oec. publ. Anna Sax, MHA, Zürich



Verträge mit Krankenkassen künden!

Seit vielen Jahren bezahle ich der FMH und den verschiedenen fachärztlichen, lokalen und kantonalen Ärztesellschaften viel gutes Geld u. a. zur Vertretung und Verteidigung unserer beruflichen und finanziellen Interessen bei Bund, Kanton und bei den Krankenkassen. Obwohl die verschiedenen Jahresbeiträge in den letzten 15 Jahren gestiegen sind, obwohl mein Arbeitseinsatz in dieser Zeit zugenommen hat und die Praxiskosten deutlich gestiegen sind, trotz alledem haben unsere Delegierten und Interessenvertreter lediglich erreicht, dass unser Einkommen statt um 30% «nur» um 20% gesunken ist. Gleichzeitig werden die Arbeitsbedingungen immer schlechter und unsere ärztliche Tätigkeit wird immer mehr gestört im Formulkrieg.

Mit anderen Worten: Wir haben uns von Politikern, von den Krankenkassen und den Grosslabor-Lobbys über verschiedene Tische ziehen lassen. Die Erfolge unserer Protest-Aktionen wie 1.-April-Scherze, Bleistift-Streiks usw. bewegen sich um die 0,0%. Die Uneinigkeit und Mutlosigkeit der Ärzte und ihrer Delegierten wurde erkannt und wird weiterhin schamlos ausgenutzt. Nachdem die Physikalische Therapie in der Praxis gestrichen wurde, das Labor nicht mehr kostendeckend ist, das Röntgen mit einer guten, aber teuren Apparatur nicht mehr lohnend ist, sind weitere Schikanen zu erwarten. Ohne diese zusätzlichen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten wird unsere Arbeit sowohl finanziell als auch inhaltlich uninteressant. Ohne wirkungsvolle therapeutische Eingriffe gibt es den Hausarzt bald nur noch im Geschichtsbuch. Erst dann kommt tatsächlich eine Kostenexplosion zusammen mit einem massiven Qualitätsabfall in der ambulanten ärztlichen Versorgung.

Die Ärztezeitung ist voll von Gejammer und Praxis-Offerten für nicht vorhandene Nachfolger. Ich sehe nur eine Lösungsmöglichkeit, diese traurige Entwicklung zu stoppen und

vielleicht sogar rückgängig zu machen: Wenn alle Hausärzte und Internisten, die Hausarzt-Medizin betreiben, auf den 1. Januar 2010 die Verträge mit allen Versicherungen kündigen und dem Patienten seine Rechnungen direkt schicken, fällt der ganze Ärger mit Politikern und Krankenkassen weg. Eine vorübergehende Einkommenseinbusse muss in Kauf genommen werden. Auf lange Sicht werden die Krankheiten aber nicht seltener und als Leistungserbringer sind wir am längeren Hebelarm, aber nur in einer gemeinsamen Aktion. Eine eigene Ärzte-Krankenkasse muss Ziel der Bemühungen sein, womit die misslichen Querelen mit den 100 Krankenkassen ebenfalls wegfallen würden.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir sind freie Akademiker in einer freien Schweiz, aber wir schuften, schwitzen und machen die Faust im Sack wie eine versklavte Gesellschaft. Wenn wir zusammenhalten in einer mutigen Aktion, erreichen wir Wunder. Wenn nicht, werden wir weiterhin wie Spielbälle behandelt und ausgenutzt. Ich erwarte vom Vorstand der FMH, der Internisten und Allgemein-Mediziner sowie von unseren Delegierten, entsprechende Schritte zu unternehmen, zum Erfolg einer gemeinsamen, erfolgreichen Aktion. Meine persönlichen Verträge mit den Krankenkassen werde ich jedenfalls im nächsten Jahr kündigen.

Lukas Guidon, Winterthur



Hinweise zum Artikel «Arbeitsrecht in der Praxis» [1]

Nachdem der eingangs erwähnte Artikel offensichtlich sowohl bei Ärzten als auch bei MPA auf Interesse gestossen ist, erlaube ich mir, Sie auf einige Ungenauigkeiten und Fehler im Artikel aufmerksam zu machen.

Mehrarbeit, Überstunden:

Jede Arbeit, die über die verabredete (vertragliche) oder übliche Dauer der Arbeit hinaus geleistet wird, ist Überstundenarbeit und als solche zu entschädigen. Die betriebsübliche Arbeitszeit spielt in diesem Zusammenhang keine Rolle. Massgebend ist die vertragliche Abmachung mit dem Mitarbeiter resp. die von diesem üblicherweise geleistete Arbeitszeit. Zur Entschädigung von Überstunden ist festzuhalten, dass diese grundsätzlich mit dem üblichen Lohn nebst einem Zuschlag von 25% zu bezahlen sind. Andere Entschädigungsformen sind möglich, müssen aber ausdrücklich vereinbart werden. So kann ein Ausgleich der Überstunden mit Freizeit von gleicher Dauer

abgemacht werden, d. h. er benötigt das Einverständnis des Mitarbeiters. Dieses kann mündlich erfolgen. Eine andere Regelung wie gänzliche Wegbedingung einer Entschädigung, Bezahlung der Überstunden zum üblichen Lohn ohne Zuschlag u. dgl. muss gar schriftlich oder durch Normal- oder Gesamtarbeitsvertrag erfolgen. Bezüglich der Erfassung der Arbeitszeit ist dem Autor des Artikels dahingehend beizupflichten, dass es wichtig ist, die Arbeitszeit der MPA und anderen Angestellten zu erfassen und im Auge zu behalten.

Ferien:

Die Aussage, dass Angestellten ab dem 50. Altersjahr von Gesetzes wegen wenigstens fünf Wochen Ferien zu gewähren seien, ist nicht korrekt. Der Artikel des OR, der dies vorgesehen hatte (Art. 329a Abs.2 OR), ist per 1. Juli 1984 aufgehoben worden. Arbeitnehmer haben nach dem 20. Altersjahr einen Mindestferienanspruch von vier Wochen, auch nach Erreichen des 50. Altersjahres. Selbstverständlich steht es jedem Arbeitgeber frei, älteren Arbeitnehmern mehr Ferien zu gewähren. Oft sehen Einzel- oder Gesamtarbeitsverträge dies auch vor. Bezüglich Auszahlung des Ferienlohnes an Angestellte im Stundenlohn ist zu ergänzen, dass der Anteil des Lohnes, welcher Ferienentschädigung darstellt, in der Lohnabrechnung klar ausgewiesen werden muss. Bei einem Ferienanspruch von vier Wochen pro Jahr beträgt der Ferienlohn 8,33% des Lohnes.

Freistellung:

Ob während der Freistellung Überstunden und insbesondere Ferien kompensiert werden müssen, kann nicht allgemein beantwortet werden. Dies hängt unter anderem davon ab, ob dem Arbeitnehmer neben der Abgeltung von Ferien noch genügend Zeit für die Suche einer neuen Arbeitsstelle bleibt.

Kündigung/Krankheit:

Im Zusammenhang mit dem Thema Kündigung und Krankheit ist zu ergänzen, dass einem kranken oder verunfallten Mitarbeiter während gewissen Fristen nicht gekündigt werden kann. Die Fristen betragen im ersten Dienstjahr 30 Tage, vom zweiten bis und mit fünftem Dienstjahr 90 Tage und ab dem sechsten Dienstjahr 180 Tage. Während der Probezeit besteht keine solche Schutzfrist, d. h. auch einem erkrankten Mitarbeiter kann sofort gekündigt werden. Die erwähnten Sperrfristen gelten nur für Arbeitgeber. Ein kranker/verunfallter Arbeitnehmer darf kündigen.

Christine Boutellier, Rechtsanwältin
und Fachanwältin SAV Arbeitsrecht, Laufenburg

- 1 Dahinden P. Arbeitsrecht in der Praxis. Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(20):829-30.



Wahre Schönheit freilegen

Ästhetische Chirurgie im Trend

Schönheitsoperationen wie Brustvergrösserungen und Haartransplantationen sind in der Schweiz kein Luxus mehr, sondern eine Frage des Lifestyles. Tatsache ist, wer sich in seinem Körper wohl fühlt, hat bessere Chancen im Leben und im Beruf. Attraktive Menschen verdienen mehr. Die ästhetische Chirurgie kann helfen, die Lebensqualität einer Person zu steigern, indem sie die äussere Erscheinung in Einklang bringt mit der inneren Befindlichkeit. Diese Branche kennt keine Krise.

Dem Boom in der Schönheitsbranche der letzten zehn Jahre kann nicht einmal die Wirtschaftskrise etwas anhaben. Im Gegenteil, während die Finanz-, Hotel- und Automobilindustrie in sich zusammenfallen, sind Schönheitskliniken, Starcoiffeurs und Kosmetikstudios ausgebucht wie nie zuvor. Gerade jetzt wollen Herr und Frau Schweizer schön sein. Viele versprechen sich von einer Verschönerung ihres Äusseren eine erhöhte Lebensqualität und mehr Erfolg im Berufs- und Privatleben. Dafür sind sie sogar bereit, finanzielle Opfer in anderen Lebensbereichen zu erbringen.

Die ästhetische Chirurgie ist ein Weg unter vielen, das Aussehen eines Menschen zu verschönern. Im Unterschied zur rekonstruktiven Chirurgie handelt es sich dabei nicht um aus medizinischer Sicht notwendige Eingriffe, sondern um eine Dienstleistung, deren Ziel es ist, einer Person zu mehr Lebensqualität und Glück zu verhelfen.

Die Herausforderung für den behandelnden Arzt liegt daher nicht in erster Linie im Absaugen überflüssiger Fettpölsterchen oder in der Modellierung des weiblichen Busens, denn das simple Verfolgen der durch die Werbeindustrie kommunizierten Schönheitsideale wird keinen Klienten wirklich glücklich machen oder seine Lebensqualität nachhaltig verbessern. Nicht allen Kunden ist mit einer Schönheitsoperation gedient. Glaubt eine Kundin, dass sie durch eine Schönheitsoperation den Lebenspartner an sich binden kann, ist die Gefahr gross, dass sie auch nach einem perfekt ausgeführten Eingriff nicht glücklich wird.

Doch was ist Schönheit? Es gibt viele schöne Menschen in der Schweiz, doch die wenigsten entsprechen dem von den Medien und der Werbeindustrie künstlich geschaffenen Schönheitsideal. Aus diesem Grund ist der Begriff «Schönheitschirurgie» eigentlich das falsche Wort, wenn es darum geht, unsere Fachrich-

tung zu beschreiben. Der Begriff «ästhetische Chirurgie» trifft mein Metier besser, denn die wahre Herausforderung liegt darin, die bereits vorhandenen individuellen Vorzüge einer Person zu erkennen und diese hervorzuheben. Eine gelungene Schönheitsoperation ist daran zu erkennen, dass sie – ähnlich wie ein gut aufgetragenes Tages-Make-up – die Person zwar attraktiver macht, jedoch nicht künstlich oder gar aufgesetzt wirkt.

Wird die ästhetische Chirurgie unter diesem Gesichtspunkt angewendet, hilft sie den Menschen, wieder zu einem guten Körpergefühl zurückzufinden. Wer mit sich und seiner Erscheinung im Einklang ist, wirkt glücklicher und attraktiver auf seine Mitmenschen. Die dadurch ausgelöste Verbindung positiver Effekte führt dazu, dass sich die Menschen zufriedener fühlen und ihr gesundes Selbstbewusstsein wiedererlangen.

Dr. med. Sascha Dunst, Facharzt für plastische und ästhetische Chirurgie FMH, Olten



Die Qualität der Qualität – ein Moratorium ist gefordert

Seit der Geburt des «Total Quality Management» (TQM, schon damals «Total»!) vor mehr als 20 oder 30 Jahren wird unablässig über Qualität publiziert. Qualität ist zwar nicht sauber definiert. Trotzdem füllen Qualitätsanliegen (Oberbegriff für Qualitäts- Kontrolle, -Prüfung, -Sicherung und -Sicherheit, -Überwachung, -Garantie, -Erhaltung, -Nachweis, -Wettbewerb, -Indikatoren usw.) noch und noch Spalten, Seiten und unzählige Bücher. Und trotzdem bleibt es immer noch unzulässig, der Medizin nach Art der Industrienormen auf allen Gebieten Zertifikationsreife verpassen zu wollen. Mittlerweile kennt jeder die Struktur-, die Prozess- und die Erfolgs-(neueinglich Outcome-)Qualität, aber nicht die wichtigste vierte, die Qualität der Ermittlung und der Ermittler. Rund um Qualität hat sich ein Geschäftsbereich, eine Industrie entwickelt, von der Seminarhotels, Kursleiter und Referenten, Buchverlage, Institute und Institutionen ungemein profitieren können – Kursangebot: Fr. 4800.– für 2–3 Tage (Unterlagen und Zwischenverpflegung samt Apéro und Buffet inbegriffen). Ein Interesse an Beschränkung der Aktivitäten ist von dieser Seite nicht zu erwarten.

Die Zahl der ausgewiesenen und der selbsternannten Experten und der Gremien steigt un-

aufhörlich. Fatale Ereignisse, seien sie noch so selten, sind gesucht, auf die sich die Gurus vom Dienst, alle Nutzniesser und die Medien stürzen können, um Verantwortliche dingfest zu machen, Unterlassungen aufzudecken und Vorkehrungen zu fordern. Vorkehrungen werden dann politisch durchgesetzt und durchgesetzt und stehen oft in keinem Verhältnis zum Erreichbaren bzw. Verhütbaren. In der Schweiz losgetreten wurden die inflationären Bemühungen z. T. durch das KVG, wozu die Arbeitsgruppe Qualität der FMH in einem vernünftigen Artikel zur Transparenz [1] schreibt: «Für den ambulanten Bereich bleibt jedoch offen, mit welchen Indikatoren der (Q-)Nachweis erbracht werden soll.» Und, dass die Veröffentlichung von Qualitätsdaten erstens problematisch sei und zweitens dass sie (wie auch die Erhebung an sich) nur beschränkt die Ergebnisqualität verbessere. Die SAMW [2] ergänzt, die Durchschnittsbevölkerung sei nicht in der Lage, die Aussagekraft von Daten richtig einzuschätzen, und sie publiziert trotzdem das unten kritisierte zwiespältige Pamphlet. Sie schießt damit bezüglich des Themas den Vogel ab, was mich dazu provoziert, diese Zeilen zu schreiben. In einem 10-seitigen Artikel über Datenerhebung betreffend Behandlungsqualität bringt sie eine Anhäufung von Selbstverständlichkeiten, von Binsenwahrheiten, von unablässigen Wiederholungen, von praxisfernen und realitätsfremden, z. T. widersprüchlichen Statements, für Betroffene und für normal intelligente Leser nicht zumutbar und obendrein für die Herausgeber beschämend. Eine Anspielung auf den gesunden Menschenverstand im Text wirkt geradezu ironisch. Es ist allerdings kaum anzunehmen, dass ausser mir noch weitere Personen den Artikel überhaupt gelesen haben.

Zur Illustration zwei kurze Beispiele: Da wird naiv festgestellt, dass prinzipiell nur validierte und verlässliche Fragebogen verwendet werden dürfen (!) und a. a. O., dass das Ziel der medizinischen Behandlung sei, den Gesundheitszustand des Patienten zu bessern (!). «Mensch, werde wesentlich», meinte Angelus Silesius [3], und der Leser möge meinen Ruf nach einem Moratorium verstehen und den Wunsch vielleicht sogar teilen.

Kurt F. Bösch, Rorschacherberg

- 1 Qualitätstransparenz. Grundlagenpapier der AGQ-FMH. Schweiz Ärztezeitung. 2009; 90(26/27):1037.
- 2 Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität. Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(26/27):1044.
- 3 Angelus Silesius. Geistliche Hirtenlieder und Sprüche aus dem Cherubinischen Wandersmann



Miteinander gegen Kommunikationsprobleme

Der Beitrag «Miteinander» von Annette Eichholtz in der Ärztezeitung 24/2009 [1] hat mich sehr gefreut und ich möchte ihr zu diesem Statement herzlich gratulieren. Als 2. Ombudsmann unserer kantonalen Ärztesgesellschaft stelle ich immer wieder fest, dass Kommunikationsprobleme oft verantwortlich sind für Missverständnisse und Fehlbeurteilungen im ärztlichen Alltag. Die Ausführungen sind geeignet, wesentlich zu einer besseren Arzt-Patienten-Beziehung als wichtiger Voraussetzung für allseits befriedigende ärztliche Tätigkeit beizutragen.

Dr. med. Max Schreier, Kriegstetten

- 1 Eichholtz A. Miteinander. Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(24):974.



Globalbudget mit Budgetverantwortung bitte für alle!

Das Rezept, wie die steigenden Gesundheitskosten in den Griff zu bekommen sind, haben der Bundesrat und das Parlament ja nun endlich gefunden: Sie verordnen ein Globalbudget mit Budgetverantwortung durch die Ärzteschaft. Im Klartext heisst das, dass der Bundesrat sich die Kompetenz erteilen liess, bei jeder weiteren Kostensteigerung einfach den Taxpunktwert abzusenken und damit unsere Löhne zu kürzen. Dass wir Ärztinnen und Ärzte für die steigenden Kosten nur zum kleinen Teil verantwortlich sind (die wenigsten Patientinnen und Patienten werden durch uns krank, wir versuchen lediglich ihre Beschwerden zu lindern oder im besten Fall zu kurieren), wird vom Bundesrat und vom Parlament praktischerweise einfach ignoriert. Wir könnten vom Bundesrat und Parlament im Gegenzug ebenso gut verlangen, dass jedes Mal, wenn zum Beispiel die Sozialausgaben wieder steigen (was in den letzten Jahren ebenfalls mit Regelmässigkeit geschehen ist), – dem gleichen Modell entsprechend – einfach die Löhne der Angestellten gekürzt werden. Oder ist das etwa ebenso absurd wie die Lohnkürzung, die das Parlament und der Bundesrat uns in den nächsten Jahren zumuten? Haben Sie, liebe Kolle-

ginnen und Kollegen, übrigens schon bemerkt, dass die immer wichtiger werdende Betreuung der Informatik in unseren Praxen immer mehr kostet? Triamun hat vor ca. 3 Monaten ihre neuen Preispläne publiziert und dabei für die unterste Stufe (PC-Support, die Ausbildung kann in Abendkursen erworben werden) einen Stundenansatz von Fr. 195.–/Std. veranschlagt (es wird im 15-Minuten-Takt abgerechnet bzw. aufgerundet und übersteigt klar unseren Stundenansatz von Fr. 183.–). Akademiker werden mit Fr. 240.– bis 280.–/Std. verrechnet. Auch für die kleinste telefonische Auskunft werden mindestens 15 Minuten verrechnet. Es braucht sich also niemand zu wundern, wenn es immer schwieriger wird, Nachfolgerinnen und Nachfolger für eine alters- oder krankheitshalber abzugebende Praxis zu finden! Doch darüber müssen sich die Parlamentarierinnen und Parlamentarier und der Bundesrat glücklicherweise keine Gedanken machen, von ihnen übernimmt ja (leider) niemand die Verantwortung für einen auch noch so grossen Scherbenhaufen. Ich kann mir jedenfalls nicht vorstellen, dass Bundesrat Couchepin oder Prof. Zeltner ihre Pension von ca. Fr. 300 000.– pro Jahr nicht als vollkommen gerechtfertigt ansehen und sie in vollen Zügen geniessen (solange sie gesund bleiben).

Dr. med. A. W. Gerbig, Köniz



Allgemeinmedizin und Freizügigkeitsabkommen Schweiz-EG

Auf europäischer Ebene war die Allgemein- oder Hausarztmedizin nach dem 2. Weltkrieg ebenfalls in der Krise. In dieser Zeit verlor die Allgemeinmedizin zusehends an Bedeutung. Der Hausarzt, der die ganze Familie kannte

und der für sämtliche kleinen Krankheiten zuständig war, war im Verschwinden begriffen. Stattdessen gewann die Bedeutung der Spezialisierungen. Dies auch nicht zuletzt deswegen, weil man mit einer Spezialisierung mehr verdienen konnte als mit dem Fachgebiet der Allgemeinmedizin. Die Niederlande führten in den 60er und 70er Jahren wieder das Fachgebiet der Allgemeinmedizin ein. Um nun den eigenen Staatsangehörigen, die Inhaber eines Allgemeinmedizin-Diploms waren, in der Gemeinschaft die Freizügigkeit zu ermöglichen, drangen die Niederlande darauf, dass das Fachgebiet der Allgemeinmedizin auf Gemeinschaftsebene anerkannt wird. Nach der Richtlinie 93/16/EWG besteht eine spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin, die mindestens 2 Jahre dauern muss. Nach Richtlinie 2005/36/EG wird diese zur besonderen Ausbildung in der Allgemeinmedizin von mindestens 3 Jahren Dauer. So ist die Schweiz keinesfalls verpflichtet, eine zweijährige spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin einzuführen, sie kann die fünfjährige Weiterbildung in Allgemeinmedizin ohne weiteres beibehalten. Die Schweiz geht einzig die Verpflichtung ein, die zwei- oder in Zukunft dreijährige spezifische bzw. besondere Ausbildung in der Allgemeinmedizin anzuerkennen. Nach der Richtlinie 86/457/EWG (danach Art. 30 ff. Ri 93/16/EWG) dauert die spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin mindestens 2 Jahre. Die ersten Diplome mussten spätestens am 1. 1. 1990 (bzw. 1. 1. 1995) erteilt werden. Damit ist die spezifische bzw. besondere Ausbildung in der Allgemeinmedizin eben eine Aus- und keine Weiterbildung. Das Spezialgebiet Innere Medizin bleibt eine Weiterbildung von mindestens fünf Jahren Dauer, in der EG und in der Schweiz. Nach Ri 75/362/EWG hiess die Fachbezeichnung für Innere Medizin in Deutschland Innere Medizin, in Frankreich médecine interne, im Vereinigten Königreich general medicine. Nach Richtlinie 93/16/EWG

mit dem Rechtsstand 21. 6. 1996 hiessen die Fachbezeichnungen für Innere Medizin:

Belgien:	médecine interne/ inwendige geneeskunde
Dänemark:	intern medicin eller medicinske sygdomme
Deutschland:	Innere Medizin
Spanien:	medicina interna
Frankreich:	médecine interne
Irland:	general (internal) medicine
Italien:	medicina interna
Luxemburg:	maladies internes
Niederlande:	inwendige geneeskunde
Portugal:	medicina interna
Vereinigtes Königreich:	general (internal) medicine
Österreich:	Innere Medizin
Finnland:	sisätaudit/inremedicin
Schweden:	internmedicin

Aufgrund der Richtlinie 2005/36 /EG sind für das Fachgebiet Allgemeine (innere) Medizin mit mindestens fünfjähriger Weiterbildung folgende Fachbezeichnungen vorgesehen:

Belgien:	médecine interne/ inwendige geneeskunde
Dänemark:	intern medicin
Deutschland:	Innere Medizin
Spanien:	medicina interna
Frankreich:	médecine interne
Irland:	general medicine
Italien:	medicina interna
Luxemburg:	médecine interne
Niederlande:	interne geneeskunde
Portugal:	medicina interna
Vereinigtes Königreich:	general (internal) medicine
Österreich:	Innere Medizin
Finnland:	sisätaudit/inre medicin
Schweden:	internmedicin

Udo Adrian Essers, Küsnacht