

Courrier au BMS



Zum Artikel von Werner Bauer über die Deprofessionalisierung unseres Berufsstandes [1]

Was Dr. Bauer aus den Arbeiten von Prof. Unschuld zitiert [2, 3], kommt mir nur allzu bekannt vor. Auch wenn ich versuche, die subjektive Note meiner Einschätzung wegzustreichen, bleibt die Erkenntnis, dass sich das Berufsbild des Arztes, sein Selbstbild wie auch das Bild der Fremdwahrnehmung in den letzten 20 Jahren grundsätzlich verändert hat. Der Prozess der Deprofessionalisierung ist in erster Linie auch durch uns Ärzte selber verschuldet. Ist vor nicht allzu langer Zeit der Arztberuf noch eine Lebensform gewesen, verändert er sich immer mehr in Richtung Job. Organisationen wie der VSAO, welche in erster Linie Vorstellungen wie Life Work Balance verwirklichen wollen, sind kontraproduktiv für die Professionalität des Berufsstandes. Wenn wir eine hermetische Trennung zwischen «life» und «work» herstellen sollen, dann weist das darauf hin, dass wir unsere Arbeit nicht lieben, sie nicht zu unserem Leben zählen. Wie bei jeder Tätigkeit ist Qualität, Wissen und Kompetenz aufwandabhängig. Wer den Arztberuf ergreift, mit dem Ziel, eine 45-Stunden-Woche einhalten zu können, sollte vielleicht in einer anderen Branche tätig werden. Kein Berufsmusiker könnte mit einer solchen Vorstellung erfolgreich werden. So viel zur Kritik an die eigenen Reihen. Die Deprofessionalisierung des Arztberufes wird andererseits aber durch ein Umfeld vorangetrieben, das aus nichtärztlichen Akteuren besteht, welche die seltsame Vorstellung pflegen, dass sie als Aussenstehende kompetenter über unseren Beruf entscheiden können, als wir Ärzte selber. Ein typisches Beispiel sind Gesundheitsökonominnen. Sie rechnen aus, wie viele Spitäler und Ärzte pro Bevölkerung zur Verfügung stehen müssen. Mit Powerpoint-Grafiken, auf denen Histogramme als Kurven verkauft werden (mathematische Analphabeten glauben solches), werden Entwicklungen und Trends beschrieben. Das Problem bei solchen «Rechnungen» sind nicht die Rechenprozesse selber, sondern die dabei eingespeisten Zahlen. Woher kommen sie, wer hat sie festgelegt? Im Weiteren mischen sogenannte Gesundheitsberater und Gesundheitspolitiker mit, daneben Gesundheitsfach-

leute aus der Medienbranche (aus Fachferne seid herzlich gegrüsst). Die meisten dieser bunten «Gesundheitsbegleittruppe» hat ein Ziel des VSO bereits erreicht, die 40-Stunden-Woche. Allen gemeinsam ist, dass sie vom Gesundheitswesen leben. Tragen sie aber auch etwas dazu bei? Würde, bliebe ihre Tätigkeit für zwei Monate aus, jemand sie vermissen? Sind dies lediglich Wehklagen eines Betroffenen? Dies lässt sich am besten mit einem sogenannten Drittpersonentest durchführen. Dabei entscheidet ein Nichtinvolvierter (weder Arzt noch Gesundheitsökonom), wie er das Gesundheitssystem möchte. Ich glaube, keiner voreiligen Spekulation auf den Leim zu gehen, wenn ich vermute, dass er den Arzt im Zentrum möchte. Denn nur damit ist die Kompetenz im Gesundheitswesen gegeben und gesichert.

Prof. Dr. med. H.E. Killer, Aarau

- 1 Bauer W. Deprofessionalisierung – ein nüchternes Wort für eine unerfreuliche Diagnose. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(5):196.
- 2 Unschuld P. Der Arzt als Fremdling in der Medizin. München: Zuckschwerdt;2005.
- 3 Unschuld P. Ware Gesundheit. München: C.H. Beck; 2009.



Heureka? [1]

Nicht nur die Jungen Hausärzte Schweiz (JHaS) haben grosse Bedenken betreffend die neuen Ideen über die Weiterbildung zum Hausarzt – auch ein grosser Teil der Alten Hausärzte Schweiz (AHaS)!

Da muss ein grosses Missverständnis sein: Ich habe die Initiative «Ja zur Hausarztmedizin» nicht unterstützt, damit sie aus den zukünftigen Hausärzten und Hausärztinnen Praxis-Internisten macht! Der Unterschied zwischen den beiden jetzt ähnlich zusammengefassten Berufen des Spitalinternisten und dem des Hausarztes kann grösser nicht sein! Darum müssen auch die Weiterbildungen ganz anders sein. Was ist denn der Sinn eines Auslöschens des «Hausarztes», gerade jetzt, wo wir uns endlich ein neues Selbstbewusstsein erarbeitet haben, und uns mit den andern europäischen Hausärzten zusammen an die Wonca-Defini-

tion der Hausarztmedizin gewöhnt haben, einer «akademischen und wissenschaftlichen Medizin mit eigenen Lehrinhalten, eigener Forschung, eigener Nachweisbasis und einer eigenständigen klinischen Tätigkeit, die als klinisches Spezialgebiet auf die Primärversorgung ausgerichtet ist», wo die Hausarztmedizin endlich auch in der Schweiz an den Universitäten vertreten ist? Die fünf Forderungen der JHaS müssen ernst genommen werden, vor allem die nach Reduktion der internistischen Basisweiterbildung auf zwei Jahre und der Verzicht auf das A-Jahr. Natürlich darf auch ein Hausarzt drei Jahre Innere Medizin und ein A-Jahr absolvieren. Aber Praxisassistenzen von mindestens einem Jahr sind eine noch wichtigere Grundlage für die Primärversorgung; ebenso Chirurgie, Pädiatrie und idealerweise ein Curriculum braucht es dringend, vor allem für LandärztInnen. Auch soll weiterhin ein halbes Jahr Betreuung der eigenen Kinder angerechnet werden können. Und trotzdem darf die Weiterbildungs-

Courrier des lecteurs

Les lettres de lecteurs sont bienvenues et peuvent être publiées, pour autant qu'elles restent acceptables, tant dans la forme que dans le fond, selon les principes de la bienséance généralement admis dans notre culture, qu'elles ne contiennent pas d'informations manifestement erronées et qu'elles ne dépassent pas une longueur de 2500 caractères. La rédaction se réserve le droit d'effectuer une sélection, de résumer ou de remanier le texte. La rédaction n'est en outre soumise à aucune obligation de publier les textes qui lui sont fournis. En règle générale, aucune correspondance ne sera échangée s'agissant des lettres de lecteurs; le fait de ne pas publier une communication ne fait notamment pas l'objet d'une justification. Il peut y avoir dérogation à ces principes si la rédaction le juge nécessaire.

Le manuscrit complet doit être adressé à la rédaction, si possible par e-mail: Rédaction Bulletin des médecins suisses, EMH Editions médicales suisses SA, Farnsburgerstrasse 8, 4132 Muttenz, tél. 061 467 85 72, fax 061 467 85 56, e-mail: redaction.bms@emh.ch.

zeit nicht zu lange werden – die Hausärztinnen und -ärzte werden dringend gebraucht! Als alte Hausärztin Schweiz kann ich also nicht Heureka ausrufen wie Max Giger! Eher O je!

Danielle Lemann, *Gemeinschaftspraxis für Hausarztmedizin, Langnau*

- 1 Giger M. Heureka! – ein gemeinsamer Facharztstitel für die Grundversorgung. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(6):201.



Heureka! – ein gemeinsamer Facharztstitel für die Grundversorgung?

In seinem Artikel über das neue und umstrittene Weiterbildungsprogramm [1] schreibt Max Giger: «Das neue Programm erfüllt auch die Forderungen, welche die Initianten der Volksinitiative »Ja zur Hausarztmedizin« an die Weiterbildung stellen.» Diese Aussage trifft sicher nicht zu. Max Giger hat diese Aussage formuliert, ohne das Initiativkomitee zu befragen.

Im Initiativtext und den Erläuterungen heisst es dazu:

«Der Bund erlässt Vorschriften über: ...»

«a. die universitäre Ausbildung, die berufliche Weiterbildung zur Fachärztin oder Facharzt sowie die klinische Forschung auf dem Gebiet der Hausarztmedizin;»

Lit. a. verlangt eine Ergänzung des Medizinalberufegesetzes (SR 811.11) und eine weitergehende Regelung der universitären Ausbildung und der beruflichen Weiterbildung auf dem Gebiete der Hausarztmedizin, insbesondere die Schaffung adäquater Facharztstitel.

Bezüglich der beruflichen Weiterbildung gehen die Erwartungen in Richtung eines modulartig aufgebauten Weiterbildungsprogramms (WBP) mit garantierter Durchlässigkeit zu anderen Betätigungsfeldern in der Medizin. Die Initiantinnen und Initianten versprechen sich eine Aufwertung des Berufes durch eine zielgerichtete, anspruchsvolle und hochwertige Weiterbildung, die Ansprüchen der Wissenschaft und der Praxis zu genügen vermag. Es ist zu fordern, dass Hausarztmedizin nur von Fachärzten betrieben wird, die ein entsprechendes, mindestens fünfjähriges WBP absolviert haben. Für die Betreuung von Erwachsenen könnten diese Bedingungen der Hausarztmedizin zum Beispiel vom WBP (und entsprechendem Facharztstitel) erfüllt werden, welches aus der angestrebten Integration der bisherigen WBP »Innere Medizin« und »Allgemeine Medizin« hervorgeht.

Wichtig ist auch, dass der erwähnte Facharztstitel auf das europäische Umfeld abgestimmt ist.

Max Giger propagiert einen gemeinsamen Titel »Grundversorgung in der Ambulanz und im Spital«. Das Initiativkomitee hat aber bis jetzt noch nicht darüber diskutiert und entschieden, ob dieses vorgeschlagene neue Weiterbildungsprogramm den Bedürfnissen der Hausarzt-Medizin entspricht. Wir haben bis jetzt formuliert: Nur noch ein Facharztstitel für die Hausärzte, 5 Jahre Weiterbildung, den Bedürfnissen der Bevölkerung angepasst usw. Bis jetzt stand NIE zur Diskussion, die »Grundversorgung in der Ambulanz und im Spital« (man beachte besonders die hausärztliche Wortwahl von Grundversorgung und Ambulanz ...). *Im Namen des Initiativkomitees möchte ich mich in aller Form von dieser Formulierung, dass das vorgeschlagene neue WBP die Forderungen der Initiative erfüllt, distanzieren!* Es ist zudem nicht zulässig, die Initiative für Eigeninteressen zu instrumentalisieren!

Die Volksinitiative »Ja zur Hausarztmedizin«, die am 1. 4. 2010 eingereicht wird, bietet die einmalige Gelegenheit und Chance, einen NEUANFANG in der Hausarztmedizin zu planen jenseits aller interessenbezogener Grabenkämpfe!

Prof. Dr. med. Peter Tschudi,
Präsident des Initiativ-Komitees
»Ja zur Hausarztmedizin«, Basel

- 1 Giger M. Heureka! – ein gemeinsamer Facharztstitel für die Grundversorgung. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(6):201.



Heureka! – ein gemeinsamer Facharztstitel für die Grundversorgung [1]

Das Weiterbildungsprogramm (WBP) Allgemeine Innere Medizin (AIM), ein WBP für die Hausarztmedizin und die stationäre allgemeine Innere Medizin ist ein politisches Produkt, aus der Not geboren.

Die Praktikabilität eines gemeinsamen WBP in ambulanter und stationärer Medizin ist unklar – die negativen Erfahrungen in Deutschland sind eine Warnung. Die Problematik als solche, d.h. der Wunsch eines »WBP Innere Medizin«, welche als Spezialarzt-WB auch in ambulanter Primärversorgung adäquat weiterbilden und für eine kompetente ärztliche Tätigkeit im hausärztlichen und stationären Sektor Grundlage bieten soll, kennen nur die deutschsprachigen Länder mit ihrer traditionell starken Präsenz der »Inneren Medizin« in

der ambulanten Primärversorgung. Weltweit liegen »Hybridlösungen« solcher Art völlig quer in der Landschaft, sie sind, wegen der Verschiedenartigkeit der beruflichen Beanspruchung gar keine Option.

Das jetzt als Entwurf vorliegende »gemeinsame« WBP, eine sanfte Revision des WBP Innere Medizin ist betreffend Lernziele und spezifische WB-Inhalte in Hausarztmedizin völlig unbestimmt, die Innere Medizin mit 3 Jahren WB stark übergewichtet. Die Hausarztmedizin bekommt so nicht das nötige, klare Profil als eigenständige Fachdisziplin.

Ein neues WBP für die ärztliche Tätigkeit in der ambulanten Primärversorgung sollte sich an den internationalen Standards orientieren: eine 5-jährige WB mit klinischer Kernkompetenz, d.h. 2 Jahre stationärer WB in den beiden medizinischen Grundlagenfächern Chirurgie und Medizin mit Notfall, und anschliessend eine dreijährige, modulare WB zum Aufbau einer klinischen Breitenkompetenz und Kenntnissen in den verschiedenen Bereichen der ambulanten Primärversorgung (mind. 12 Monate).

Der Rahmen eines offenen, flexiblen WB-Programms wird in PrimaryCare Nr. 4/2010 vorgestellt. Bei entsprechender Wahl der Optionen im modularen Bereich besteht die Möglichkeit, auch zusätzlich in »Allgemeiner Innerer Medizin« abzuschliessen – oder allenfalls mit einem zusätzlichen 6. WB-Jahr diesen Weiterbildungstitel einfach zu erreichen (siehe PrimaryCare Nr. 4/2010).

Dr. med. Franz Marty, Chur

- 1 Giger M. Heureka! – ein gemeinsamer Facharztstitel für die Grundversorgung. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(6):201.



Frontalangriff auf die Würde des Menschen

Zur Abstimmung vom 7. März über die Forschung am Menschen

Der vorgeschlagene Verfassungsartikel 118 b BV stellt eine Kehrtwende weg von den Menschenrechten und den Grundrechten dar. Die Forschung am Menschen darf nie der Menschenwürde gleichgestellt werden.

Zur Erinnerung: In der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte von 1948 wurde nach den schrecklichen Experimenten an Menschen im Nationalsozialismus folgendes festgehalten: *Artikel 1:* Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren. Sie sind mit

Vernunft und Gewissen begabt und sollen einander im Geiste der Brüderlichkeit begegnen.

Artikel 2: Jeder hat Anspruch auf alle in dieser Erklärung verkündeten Rechte und Freiheiten, ohne irgendeinen Unterschied.

Artikel 3: Jeder hat das Recht auf Leben, Freiheit und Sicherheit der Person.

Die Reihenfolge der Artikel hat rechtlich bindende Bedeutung. Art. 1 darf nie durch einen anderen Artikel in seiner erstrangigen Bedeutung herabgestuft werden. Das gilt auch für Forschung und Wirtschaft – und Forschung für die Pharmaindustrie ist Wirtschaftsforschung.

Die meisten Mitbürger erfahren erst jetzt durch die Abstimmungsunterlagen, was zur Abstimmung kommt. Der vorgeschlagene Art. 118 b BV, Abs. 1, lautet: «Der Bund erlässt Vorschriften über die Forschung am Menschen, soweit der Schutz seiner Würde und seiner Persönlichkeit es erfordert. Er wahrt dabei die Forschungsfreiheit und trägt der Bedeutung der Forschung für Gesundheit und Gesellschaft Rechnung.»

Die Würde des Menschen wird durch das kleine Wort «dabei» der Forschungsfreiheit gleichgestellt. Durch diese Gleichstellung wird das Grundprinzip, dass die Menschenwürde oberstes Gebot ist, verlassen. Das bringt einen radikalen Bruch mit dem, was europäische Rechtstradition ist und worauf alle demokratischen Rechtsstaaten bis heute aufbauen. Forschung an urteilsunfähigen Menschen – Kindern, Ungeborenen, geistig Behinderten, Komatösen, Demenzkranken, schwer psychisch Kranken – darf nirgends zugelassen werden.

Dagegen lautet Art. 118 b BV, Abs. 2c: «Mit urteilsunfähigen Personen darf ein Forschungsvorhaben nur durchgeführt werden, wenn gleichwertige Erkenntnisse nicht mit urteilsfähigen Personen gewonnen werden können. Lässt das Forschungsvorhaben keinen unmittelbaren Nutzen für die urteilsunfähigen Personen erwarten, so dürfen die Risiken und Belastungen nur minimal sein.»

Damit werden Tür und Tor geöffnet zur Forschung am Menschen, wie unser nördliches Nachbarland sie vor dem Zweiten Weltkrieg gekannt hat. Dieser Artikel würde die sogenannte fremdnützige Forschung am urteilsunfähigen Menschen ermöglichen. Urteilsunfähige Menschen sind die schwächsten Glieder jeder Gesellschaft und stehen unter besonderem Schutz. Davon abzuweichen, gibt den Weg frei für jede Forschung im Interesse von Pharmaindustrie, Gentechnik oder Fortpflanzungsmedizin.

Die angeklagten Ärzte des Nürnberger Ärzteprozesses haben auch den guten Willen für ihre barbarischen Versuche zum Wohle der Volksgesundheit beteuert. Auch in anderen

Ländern wie den USA, der Sowjetunion, China, Japan ist inzwischen ohne Information und Einwilligung der Probanden barbarisch geforscht worden. Verfassungsartikel und Gesetze der Schweiz müssen deshalb die Grundlage der unantastbaren, unveräusserlichen Würde des Menschen als oberstes Prinzip beibehalten. Wir als Ärzte stehen in einer besonderen Verantwortung. Die ärztliche Aufgabe ist es, Leben zu erhalten – immer unter der ethischen Einstellung, dass die Würde des Menschen unantastbar und unverhandelbar ist. Dieser Grundsatz gilt für alle Menschen gleich. Die Schweiz hat in der Qualität der medizinischen Versorgung einen guten Ruf. Unsere Forschung hat bisher gut gearbeitet, und die Pharmaindustrie gedeiht entsprechend ... Die vorgeschlagene Änderung auf Verfassungsebene ist deshalb abzulehnen.

Im Namen der Hippokratischen Gesellschaft Schweiz: Dr. med. Raimund Klesse, Präsident



«Dichtestress ist ein Problem»

Zum Kommentar von Herrn Dr. P. Süsstrunk [2] auf einen Leserbrief von Dr. Hegg [1]

Ich verstehe die unschöne Attacke auf Kollege Hegg nicht. Herr Hegg hat auf den zunehmenden Dichtestress in unserem Land hingewiesen, meint damit also keine Minderheit, sondern schaut zu Recht die Gesamtbevölkerung an. Die Tausenden wirklich und wahrhaftig entstehenden Probleme damit sind zweifellos eine Betrachtung wert. In derselben SÄZ fragt im Streiflicht Werner Graf in «Vom Turmbau zu Babel» nach dem Sinn und Unsinn des «Immer mehr» und wünscht sich mehr gesunden Menschenverstand [3].

Der unklare Schreibstil des Kollegen Süsstrunk macht klar, dass eher er selbst in «Beweisnotstand» ist, wenn er von brauner Brühe spricht. Seit 1972 der Club of Rome von den Grenzen des Wachstums sprach, hat sich die Weltbevölkerung von 3,8 Milliarden auf 6,8 Milliarden Menschen vermehrt. Trotz aller Sisyphus-Versuche, die Folgen dieses Wahnsinns zu bändigen, beklagen wir heute über eine Milliarde Hungernder, mehr als je zuvor. Die unqualifizierte Bemerkung unseres «Hungerministers» Jean Ziegler, «die Landwirtschaft könnte auch doppelt so viele Menschen ernähren, warum soll ich mir Sorgen über die Überbevölkerung machen?» war kurz zuvor in der Migros-Zeitung zu lesen. Wenn Meinungsmacher derart am Ziel vorbeischiessen, dann muss die Lemming-Gesellschaft sich nicht wundern, wenn

der ganze Planet bachabgeht. Zweifellos das Grundproblem ist, dass alle an der Überbevölkerung und ihrem krebsartigen Wachstum verdienen und dass die Natur scheinbar nichts kostet. Mein 15-jähriger Sohn wird in weiteren 42 Jahren die erneute Verdoppelung der Weltbevölkerung noch erleben müssen, wenn nicht gerade wir Ärzte und weitere kompetente Menschen auf die überlebensnotwendige Familienplanung hinweisen und diese ganz vorne mit auf die Agenda fordern.

Herr Kollege Hegg hat in verdankenswerter Weise die Dichte-Stressproblematik illustriert, welche wohlverstanden auch schon von unseren ausländischen Gästen wahrgenommen und beklagt wird und welche Dauerthema in all unseren Medien ist, natürlich ohne Klartext zu sprechen, wie wir es leider gewohnt sind: «Wohnungsnot, Verbetonierung, Artenschwund, dritte Gubriströhre, Stress, Energieverbrauch, Abfall» usw., alles grosse Themen, die viel Ressourcen verbrauchen im ewigen Geschwätz um den heissen (?) Brei herum. Wie lange wollen wir uns selbst noch belügen bevor wir für die Schweiz Wanderungssaldo Null und für die Welt Familienplanung fordern? Einen umfassenderen, logischeren, humaneren und nachhaltigeren Weg gibt es nicht, auch das ewige Klagen und Jammern über die Tausende von Symptomen der Überbevölkerung könnte dann langsam abnehmen. Aldous Huxley: Wenn wir das Problem der Überbevölkerung nicht zu lösen vermögen, werden alle andern Probleme unlösbar. Die Überbevölkerung ist menschengemacht, also auch wieder durch den Menschen korrigierbar. Humaner als mit der Familienplanung geht das nicht, weil damit überall Win-win-Situationen geschaffen werden. Denn der Kuchen wird nicht grösser, nur die Stücke kleiner. Warum also mehr Menschen jedes Jahr, wenn gemäss UNO 200 Mio. Frauen/Paare familienplanen möchten, es aber nicht können, weil wir Ignoranten es verpasst haben, die nötige Infrastruktur dafür dorthin zu bringen, wo sie so erwünscht ist.

Ich bitte die Kolleginnen und Kollegen, dieses Thema breit aufzugreifen, da die Familienplanung in unsere Kompetenz fällt und da es neben den TARMED-Klagen doch noch andere Themen gibt, die uns besonders als verantwortlichen Eltern auch wichtig sein sollten.

Dr. med. Peter Meyer, Zürich

- 1 Hegg JJ. Medizinisches ausgeklammert! Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(1/2):26.
- 2 Süsstrunk P. «Tue nicht recht und scheue alle» – eine Analyse. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(4):124.
- 3 Graf W. Vom Turmbau zu Babel. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(4):145.