

Briefe an die SÄZ



Differenziertes Nachdenken nötig

Zum Artikel «Was ist ein Vertrauensarzt?»* [1]

* Danken wir also zuerst Dr. Peter Grendelmeier senior, auf dessen Anregung Adler nachzudenken begonnen hat.

Wer Adlers wissenschaftlichen Beitrag kennt, kann angesichts seines hier vorliegenden «Standpunktes» nur noch die Augen reiben. Auch als Provokation hätte sich differenzierteres Nachdenken gelohnt. Selbstverständlich impliziert die Funktion des Vertrauensarztes Kontrolle. Seine Existenz ist ein politischer Entscheid und keine medizinische Notwendigkeit. Derselbe politische Entscheid garantiert Adler auch, ein Einkommen auf der Ebene des KVG zu generieren. Wenn Adler seine ärztlichen Leistungen aus einem privaten Vertrag mit einer Klientin generieren will und kann (Selbstzahlerin), wird sich kein Vertrauensarzt blicken lassen. Ausgerechnet Adler verfällt also der «Übertragung von der Sache auf die Person», um bei Freud zu bleiben. Das Bemühen eines «Vertrauens-Bäckers» oder «Vertrauens-Lokomotivführers» ist müssig; ich hätte noch nie ein Erheben Adlers darüber gehört, dass er im Zug auf einen gültigen Fahrschein hin kontrolliert worden wäre. Wo das Kollektiv zahlt, ist Kontrolle notwendig, so weit ich mit neueren menschlichen Kollektiven vertraut bin. Dies zum «sozialen» des adlerschen «Bio-psycho-sozialen».

Immerhin gesteht er ein Dilemma ein, indem er in der Klinischen Medizin die Beziehung zwischen zwei Subjekten benennt, dies im Gegensatz zum Vertrauensarzt, wo die Patientin auch als Objekt eines Systems zu sehen ist. Bei dieser Feststellung bleibt er hängen, indem er dies gewissermassen als Defizit der anderen Seite zu sehen glaubt und offenbar nicht zu erkennen vermag, dass dieser Umstand systemimmanent ist (was nicht heissen soll, dass dieses System zu überdenken wäre). Entsprechend sein Lösungsansatz: Bei seinem als «asymptotisch» bezeichneten Weg fehlt offensichtlich eine Achse, nämlich seine! Ich gehe mit ihm einig, dass eine «Selbstprüfung» über die Motive des eigenen Entscheides/Handelns (Vorschlag a) hilfreich sein kann. Dass es aber Sache der Vertrauensärzte alleine sein soll, die

Sprache des anderen zu lernen (Vorschlag b) zeigt erneut, dass Adler in seinem Kennenlernen- und Verstehenwollen der relevanten Beziehungen erhebliche Skotome beim Blick auf das KVG-System zu haben scheint. Ich empfehle ihm, als zusätzlichen Ausweg aus dem Dilemma die Sprache der Vertrauensärzte zu erlernen, damit er eben mit diesen sprechen und sie auch verstehen kann.

Da ich übrigens eigenes Brot esse und keine Kassenlieder zu singen brauche, bin ich mit Fragen von Vertrauensärzten häufig konfrontiert. Gelegentlich durchaus als lästig empfunden, helfen sie mir aber auch, gerade im Sinne des Vorschlags a) Adlers fundierter die Motive meines Handelns zu prüfen. Gut begründet hatte ich noch selten Probleme, eine Behandlung (nach KVG!) oder einen AUF-Grad zugestanden zu bekommen.

Der Gedanke einer Namensänderung für «Vertrauensärzte» ist erfrischend und eine Diskussion wert. Ein Interesse für den andern zu entwickeln, dürfte hilfreicher sein.

Dr. med. Bernard Minder, Lenzburg

- 1 Adler RH. Was ist ein Vertrauensarzt? Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(11):466–7.



Keine Pauschalverurteilung

Zum Artikel «Was ist ein Vertrauensarzt?» [1]

Nebst der Feststellung über fachliche Inkompetenz, welche sich aber offenbar allgemein an die mangelhaft ausgebildete Ärzteschaft richtet, beklagt Prof. Adler die Abhängigkeit der Vertrauensärzte von ihren Auftraggebern mit den Worten: «Wess' Brot ich ess, dess' Lied ich sing.» Es kommt dies einer Pauschalverurteilung der Vertrauens- und Versicherungsärzte gleich, welche in dieser Form nicht haltbar ist. Wenn es darum geht, diese zu diskreditieren, dann darf man diese Meinungsäusserung eben als Standpunkt stehen lassen. Wenn es aber darum geht, das Verhältnis zwischen Vertrauensärzten, Leistungserbringern und Versicherern zu verbessern, ist vorerst Widerspruch angezeigt.

Entsprechende Unterstellungen liessen sich ja genauso für die Ärzte in den Privatkliniken, an

öffentlichen Spitälern wie auch in der Praxis machen. Und im Gegensatz zu diesen verbietet z. B. der Vertrauensarztvertrag [2], welcher im Handbuch der Versicherungsmedizin (Kapitel Vertrauens- und Versicherungsarzt) nachgelesen werden kann, klar jegliche Besoldung, abhängig vom Erfolg. Auch die immer wieder kolportierte Behauptung, die Vertrauensärzte hätten die Weisungen der Versicherer zu befolgen, wird durch Wiederholen der Behauptung nicht wahrer. Bezüglich Rehabilitation wurde dies kürzlich von der Sonntagszeitung aufgegriffen [3]. Die Behauptung von Prof. Adler, nur in seltenen Fällen sei seine Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit übernommen worden, müsste noch nachgewiesen werden. Ein allgemeines Phänomen kann sie jedenfalls nicht sein, zu sehr habe ich das Lamentieren speziell einer unserer grossen Parteien über viel zu viele IV-Renten im Ohr.

Der Vergleich mit Bäckern hinkt insofern massiv, als es für die in den Bäckereien gekauften Brote und Patisserie keine Versicherung gibt, welche die Einkäufe nachher zurückvergüten soll, dass vielmehr der Kunde dort selbst beurteilen kann, was er erhalten hat. Leider sehr im Gegensatz zu Leistungen im Gesundheitswesen, wo die freie Marktwirtschaft nicht besteht, was man begrüssen oder bedauern kann. Die Schweizerische Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte bemüht sich, ihre Mitglieder optimal weiter- und fortzubilden: Weiterbildungskurs für den Fähigkeitsausweis Vertrauensarzt, Handbuch der Versicherungsmedizin, Forum in der closed user group. Sie ist sich der Problematik durchaus bewusst, weshalb sie beispielsweise auch immer wieder ethische Fragen diskutiert. Siehe dazu auch das Kapitel Ethik im Handbuch. Ich lade Prof. Adler gerne ein, unsere Homepage sowie kommende Veranstaltungen unserer Gesellschaft zu besuchen. Verbesserungen erreicht man mit Vorschlägen, nicht aber mit Diskreditieren.

Dr. med. Jürg Zollikofer, Präsident der Schweizerischen Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte (SGV), Ossingen

- 1 Adler RH. Was ist ein Vertrauensarzt? Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(11):466–7.
- 2 www.vertrauensaezte.ch/manual/chapter05.html.
- 3 www.sonntagszeitung.ch/index.php?id=108&newsid.



Nur über eine Gesetzesänderung

Zum Artikel «Was ist ein Vertrauensarzt?» [1]

Prof. Adler wirft im Titel seines Beitrags die Frage auf, was ein Vertrauensarzt sei. Er geht aber nicht näher auf die Frage ein, noch beantwortet er sie. Aus nicht plausibel dargelegten Gründen neigt er zur Ansicht, dass es den «Vertrauensärzten» an Objektivität und Wissen über biopsychosoziale Zusammenhänge mangle, bzw. dass sie «geneigt seien, psychische und soziale Einflüsse auf das Krankwerden und Kranksein zu vernachlässigen». Dazu folgendes: Wenn es um die Frage der zumutbaren Arbeit geht, kann für den Versicherten (z. B. die Invalidenversicherung) ärztlicher Rat bzw. eine Stellungnahme aus medizinischer Sicht erforderlich sein. Dabei geht es um die Beurteilung des Gesundheitszustandes (Befunde, Diagnose) und um eine Stellungnahme zu den gesundheitlich bedingten funktionellen Einschränkungen und den psychischen Ressourcen. Die Angaben des Arztes sind dann eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der zumutbaren Arbeitsleistung (BGE 105 V 156 und seitherige ständige Rechtsprechung). Dass hierbei soziale oder soziokulturelle Umstände oder invaliditätsfremde Faktoren wie z. B. Alter, mangelnde Ausbildung oder schlechte Sprachkenntnisse sozialversicherungsrechtlich nicht berücksichtigt werden können, kann entgegen der Ansicht von Prof. Adler nicht mangelnder Objektivität oder Nichtwissen des beratenden Arztes angelastet werden. Denn es ergibt sich aus Gesetz und Rechtsprechung. Beigefügt sei, dass Prof. Adler anscheinend nicht weiss, dass der Begriff des Vertrauensarztes allein auf die Krankenversicherer anwendbar ist (KVG Artikel 57). Sein Vorschlag, die Bezeichnung «Vertrauensarzt» zu verlassen, wäre somit nur über eine Gesetzesänderung auf eidgenössischer Ebene zu realisieren.

Dr. med. Andreas Gerber, Burgdorf

nota: es handelt sich nicht um eine Stellungnahme der IV-Stelle Bern oder des RAD der IV-Stelle.

1 Adler RH. Was ist ein Vertrauensarzt? Schweiz. Ärztezeitung. 2010;91(11):466–7.



Versichertenkarte: Geben wir ihr eine Chance!

Wir Gynäkologen/-innen sind seit vier Jahren (Februar 2006) vom BAG beauftragt, systematisch den Impfausweis unserer Patientinnen zu kontrollieren und gegebenenfalls zu ergänzen. Diese neue frauenärztliche Kernaufgabe und die zum Teil vorgewiesenen unübersichtlich auf zwei bis drei Dokumente verteilten Impfeinträge machen den Einsatz einer dem Schweizerischen Impfplan entsprechenden Impfssoftware (ViaVAC) zum präferentiellen Tool. Und entgegen der nicht ganz objektiven Darstellung von Frau Wagner [1] ist der elektronische Impfausweis eine wohlbekanntere Routineanwendung, mit der wir Ärzte die Immunisierungsdaten unserer Patientinnen schon bisher auf einen externen Datenträger (z. B. USB-Stick) oder als E-Mail-Attachment (1–3 KB) in Form eines xml.file hochladen resp. übermitteln konnten. Welche Schwierigkeiten sollten da beim Speichern auf dem Chip der Versichertenkarte auftauchen? Natürlich braucht die Ärztin zum Import/Export und zum Lesen des ViaVAC.xml-file in ihrer Praxis die kostenpflichtige und installierte ViaVAC-Software. Aber sind wir das nicht sowieso als impfende Ärzte unseren Patientinnen schuldig? Die braune Ausweis-Papyrologie gehört zu den Anachronismen des medizinischen Alltags. Und ein einheitlicher Impf-Algorithmus-Standard dient den Patientinnen mehr als die FMH-Santésuisse-Diskussionen um einen einheitlichen CVC-Standard.

Ich bin in meiner Praxis bereit, sobald die Hardware erhältlich ist, den elektronischen Impfausweis auf die Versichertenkarte hochzuladen.

Dr. med. Daniel Brügger, Laupen

Interessenkonflikt: keiner – ausser der Hoffnung, dass bereits die Pädiater beginnen, ihre Impfungen mit ViaVAC zu dokumentieren, damit wir Erwachsenen-Impfer nicht die ganze Impfanamnese nachträglich erfassen müssen. Die Eingabe neuer Impfdosen ist mit geringerem Zeitaufwand als eine Rezeptausstellung verbunden, und das synchron aktualisierte ViaVAC.xml braucht nur auf dem externen Chip der Versichertenkarte ersetzt zu werden. Let's change it!

1 Wagner J, Kuhn H, Gauthey M. Versichertenkarte: wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich? Schweiz. Ärztezeitung. 2010;91(9):335–8.

Replik

Sehr geehrter Herr Brügger

Hier ist leider ein Missverständnis entstanden: Wir meinen Programme, die Daten von der Versichertenkarte lesen oder schreiben können, nicht mehr und nicht weniger. Dies hat nichts mit einer Impfssoftware wie ViaVac zu tun, deren Nutzen etabliert ist. Nur eben: Bisher gibt es keine Programme, die eine Verbindung zwischen zum Beispiel ViaVac und der Versichertenkarte ermöglichen. Nach neuesten Informationen könnten solche Programme möglicherweise bis zum Herbst verfügbar sein. Vor allem aber unterstützen wir, dass im Rahmen der Umsetzung der eHealth-Strategie Schweiz Möglichkeiten geschaffen werden, Patientendaten den verschiedenen behandelnden Ärzten zur Verfügung zu stellen, d. h. dass auch Sie Zugang zu den Impfdaten des Pädiaters haben.

Dr. sc. hum. Judith Wagner, FMH, Bern



Ist unser Präsident Diplomat oder Politiker?

In seinem Editorial [1] äussert sich unser Präsident diplomatisch: In 88 Zeilen unterstützt er die Entwicklung integrierter Versorgungsnetze, ohne sich konkret zur Ausgestaltung zu äussern: «Selbstverständlich sind dabei für die Förderung des Systems finanzielle Anreize notwendig, doch diese müssen in einem angemessenen Rahmen bleiben» [1].

Mir wäre die politische Aussage lieber, dass wir uns – notfalls per Referendum – dagegen wehren werden, Geld zu verteilen, bevor es gespart wurde, und zwar bei Ärztinnen und Versicherten; denn wir verbitten uns verzerrten Wettbewerb:

- Prämien, Franchise und Selbstbehalt bleiben bei freier Arztwahl und bei integrierten Netzwerken (iN) vorerst gleich. Erweisen sich die iN als günstiger, so erhalten die Versicherten nach Ablauf des ersten Jahres eine Prämienrückerstattung, bzw. wird eine solche auf das neue Jahr angerechnet, genau so, wie den Ärztinnen in iN eine allfällige Einsparung nachträglich und nicht im Voraus auszubezahlen ist.
- Das Argument, so würden sich keine Versicherten gewinnen lassen, stimmt nicht. Versicherte und Patienten sind nicht zu verhätscheln, sondern in die Pflicht zu nehmen. Wenn sie eine kostengünstigere Medizin wollen, sollen sie sich als mündige Erwachsene auch darum bemühen.
- Keine Kasse darf dazu gezwungen werden, iN anzubieten; denn wenn ein und dieselbe Kasse Versicherungsmodelle mit freier Arztwahl und mit iN anbietet, besteht die un-

möglich aufzudeckende Gefahr der Quersubventionierung von iN. Verbleiben aber einzelne Kassen mit nur freier Arztwahl, so wird eine solche Quersubventionierung offensichtlich.

88 verschiedene Krankenkassen machen nur dann Sinn, wenn sie nicht durchwegs gleichgeschaltet werden.

Ein Strukturwandel muss sich aus echtem Wettbewerb ergeben, und darf nicht mit künstlichen Anreizen herbeigeführt werden, bevor sein Nutzen erwiesen ist.

Dr. med. D. Bracher, Bern

- 1 de Haller J. Die FMH und integrierte Versorgungssysteme. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(9):291.



Arztberuf – freier Beruf? [1]

Diese Illusion muss ausdifferenziert werden: Stationär behandelte Privatpatienten erhalten nicht eine Rechnung nach TARMED-Tarif. Wenige Nicht-Pflichtleistungen wie z.B. kosmetische Eingriffe werden ebenfalls nicht nach TARMED-Tarif abgerechnet.

Praktisch 100% der ambulant erbrachten Leistungen der «frei» praktizierenden ÄrztInnen sind Pflichtleistungen. Ohne mit den Krankenkassen abrechnen zu dürfen, können praktizierende Ärzte/-innen nicht überleben.

Demzufolge sind fast alle ambulant tätigen Ärzte/-innen freie Akkordarbeiter im Auftrag der Patienten/-innen zu Lasten der Krankenversicherung zu einem behördlich festgelegten Tarif, aber mit eigenem unternehmerischem Risiko.

TARMED-Abhängige sind keineswegs selbständige Freiberufler, leider!

Dr. med. Peter Vonmoos, Egg

- 1 Cassis I. Ist der Arztberuf noch ein freier Beruf? Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(10):385-6.



Schweizer Nachwuchs fehlt speziell in der Psychiatrie

L'article «Schweizer Nachwuchs fehlt speziell in der Psychiatrie» [1] publié dans le BMS du 10 mars a retenu toute mon attention. Je partage tout à fait les préoccupations de Docteur Daniel Bielinski concernant le manque relève de jeunes médecins en psychiatrie-psycho-

thérapie mais je pense que la solution de revoir la durée de formation proposée par la task force n'est pas appropriée.

La diminution de la durée de formation réduira d'autant plus le temps passé par les médecins assistants et chefs de clinique en institution augmentant ainsi la pénurie dans les services institutionnels et amènera l'installation de jeunes collègues avec une expérience clinique limitée. A mon avis une spécialité médicale est attractive si la formation dispensée est de haut niveau et qu'elle permette ainsi de séduire des jeunes médecins intéressés et prêts à s'investir.

Dans la situation actuelle de rémunération du travail médical, je crains fort qu'une réduction de la durée de formation amène à une dévalorisation de la spécialité de psychiatre-psychothérapeute, avec pour conséquence une diminution de nos honoraires, et de ce fait un désintérêt encore plus marqué.

Enfin, la diminution de la durée de formation entraînera sans aucun doute une révision de son contenu et une réduction du temps consacré à l'enseignement. Quelles branches de la spécialité de psychiatrie-psychothérapie feront les frais de cet élagage et quelles en seront les conséquences pour les compétences cliniques et notamment psychothérapeutiques des futurs médecins psychiatres-psychothérapeutes?

Dr Luisa Jacot Des Combes, Genève

- 1 Taskforce Nachwuchsmangel SGPP/SVPC. Schweizer Nachwuchs fehlt speziell in der Psychiatrie. Bull Méd Suisses. 2010;91(10):389-90.



Gemeinsames Weiterbildungsprogramm für Allgemeine und Innere Medizin

Mit grossem Interesse habe ich die Diskussionen um den neugeschaffenen gemeinsamen Facharztstitel mitverfolgt und glaube, dass mit der aktuellen Vorlage ein vernünftiges und zukunftsorientiertes, den aktuellen Praxisbedingungen gutangepasstes Weiterbildungsprogramm geschaffen wurde. Das modulare Konzept wirkt durchlässig und ermöglicht dadurch auch spätere berufliche Umorientierungen.

Der Fachbereich der Inneren Medizin stellt für die aktuelle Grundversorgung – wenigstens in urbanen und suburbanen Gebieten – unser eigentliches Kerntätigkeitsfeld dar. Selbstverständlich darf und soll der vorliegende Text jeweils den zukünftigen Entwicklungen angepasst werden.

Tatsache ist, dass zum heutigen Zeitpunkt die Arbeit in der Grundversorgung für unsere

jungen Kollegen/-innen wenig attraktiv ist, so dass Tätigkeitsfelder, die nicht mit der Problematik der «halben Fachkompetenz» behaftet sind, bevorzugt werden.

Eine solide und breite, der Inneren Medizin verpflichtete Grundausbildung, in die je nach Bedarf und Neigung weitere Module integriert werden können, dient damit als Grundlage, die Gesundheitsprobleme unserer Bevölkerung im zunehmend «komplexeren» Umfeld anzugehen und zu meistern.

Dr. med. Hans-Rudolf Schwarzenbach, Melide



Entwicklung unserer Medizin: tief beunruhigend! Wie weiter?

Im Rückblick ist die Entwicklung unserer Medizin in den letzten 50 Jahren für einen alten Arzt trotz aller positiven Errungenschaften katastrophal. Trotz des Wissens darum, dass man im Alter dazu neigt, die Vergangenheit zu verherrlichen und neue Aspekte zu verkennen, will ich versuchen, die deletären Veränderungen pointiert aufzulisten.

1. Die *Allgemeinbildung* der Mediziner hat gelitten. Zum Beispiel wurde Latein, geschichtlich wichtig, Logikschulung mit strenger, fast mathematischer Grammatik und Ursprung aller lateinischen Sprachen, abgeschafft.
2. Der *gesunde Menschenverstand*, das *medizinische Gespür* und die *menschliche Reife* sind keine Grundlage mehr für einen Mediziner, Werte, die wir noch von unseren Professoren und Chefärzten mitbekamen.
3. Die *Belastbarkeit* der Jungen hat abgenommen und wird nicht mehr geschult. Wegen der gesetzlich geforderten maximalen Arbeitszeit, der Wohlstands-Verweichlichung und der Ansprüche der Partner hält ein junger Arzt nicht mehr 48 Stunden Dienst durch.
4. *Motivation* und *Leistungsbereitschaft* haben abgenommen, weil Codierungen, Statistiken, Versicherungsberichte und Qualitätssicherung bald mehr der arbeitsbeschränkten Zeit beanspruchen als die ärztliche Tätigkeit. Selbst Chefärzte sind deswegen frustriert.
5. Der *Patient* ist *Klient* oder *Fall*, fühlt sich vernachlässigt und unverstanden, geschweige denn aufgeklärt. Häufiger Arzt- und Schwesternwechsel und niemand, der Zeit für ihn als Mensch hat, machen ihn einsam.
6. Die eindeutig grossartigen Fortschritte der heutigen Medizin betreffen *Medizintechnik*, neue *Medikamente* und *Forschung*. Die heutigen Mediziner vertrauen mehr auf

MRI, Ultraschall und CT als auf Anamnese und klinische Untersuchung. So wird eine Überlaufblase zum cystischen Tumor im Unterbauch. Der Allgemeinpraktiker würde fragen, palpieren und den Katheter einlegen.

7. Die *Super-Spezialisierung* macht den Patienten zum Hallux valgus, zur Mitralklappen-Insuffizienz und zum Menière. Die ganzheitliche Betreuung eines Patienten, die Empathie und das Engagement auch zu Unzeiten gibt es nur noch bei den Hausärzten, so weit es diese noch gibt.
8. Der Jammer über *Ärzte- und Schwesternmangel* ist fehl am Platz, denn die Anzahl der Ärzte und Pflegepersonen pro Patient hat sich verdoppelt bis verdreifacht in den letzten 50 Jahren, was auch zum Letzten führt.
9. Das Gesundheitswesen ist deshalb *immer teurer*, weil die Personalkosten in den Spitälern 85–90% ausmachen, nicht, weil es zu viele Spitäler gibt, wie die Ökonomen immer behaupten. Die Teuerung ruft die Ökonomen auf den Plan und machte die Verwalter zu Direktoren, denn Geld regiert die Welt.

Alle diese Entwicklungen der letzten 50 Jahre sind, trotz besserer Resultate, beunruhigend, weil sie sich gegenseitig in den Schwanz beißen und den Patienten vergessen lassen. Es ist kein Wunder, dass die Komplementärmedizin, die stark patientenzentriert ist, so boomt.

Wie können wir aus diesen Teufelskreisen herausfinden? Sicher nicht durch Spitalschliessungen oder durch schikanöse Sparvorschriften, sicher nicht durch schärferes Qualitätsmanagement mit dem Ziel, Ranglisten zu erstellen, und auch nicht durch weiteren Ausbau der Digitalisierung und Technisierung.

Das Ziel der gemeinsamen Anstrengungen muss sein, den Patienten wieder in den Mittelpunkt der Ausbildung zu stellen, die menschlichen Fähigkeiten, die in allen jungen Ärzten vorhanden sind, zu fördern und ihnen wieder beizubringen, den Patienten anzuschauen, anzuhören, zu erkennen, zu erspüren, was er braucht, aber auch, wo er fehlgeleitet ist, wo er einer Korrektur bedarf. Dass die jungen Mediziner auch wieder mehr gefordert werden müssen, belastbarer, ja shock proofed gemacht werden müssen, gehört dazu. Da sind natürlich vor allem die Chefärzte gefordert, die diese Fähigkeiten neben der soliden Wissens- und Handwerksausbildung zu fördern haben, ja ins Zentrum des Lehrens rücken müssen.

Dass dies nicht einfach ist in unserer geldzentrierten, technikgläubigen und ich-bezogenen Zeit, wissen wir alle, aber es ist die einzige Möglichkeit, die Medizin wieder aus der Abwärtsspirale herauszuzwingen.

Dr. Wolf Zimmerli, Oberdiessbach



Gedicht zum Artikel «Kompetenzprofile» [1]

Das Kompetenzprofil

Das Bundesamt hat uns zum Glücke entdeckt die üble *Wissenslücke**: Es weiss noch nicht, ob richtig keimt die Ärzteschaft, von der es träumt, ob wahre *Health Professionals* erblühen, oder bestenfalls die *Ärzte* nur, die Jahr für Jahr sich bilden *Crédit-modular*, um täglich sorgsam und gekonnt zu wirken an der Krankenfront. Drum denkt und meint das Amt: «Da harzt es beim *Kompetenzprofil* des Arztes», weil aber man nichts Sichres wisse, sei klar, dass hier man forschen müsse. Die böse Ahnung zu erharnten, bestellte es die Fachexperten. Schon sind von deren Resultaten die ersten in die *SÄZ* geraten [1], sie sollten uns von der Idee berichten mittels Resümee, doch weil der Text durch seine Wahl der Wörter sich nicht selbst empfahl, sei er für die, die ihn verpasst, verdeutlicht und in Vers gefasst.

Es braucht ein *Kompetenzprofil* für jeden Arzt als Bildungsziel:

Das *Arbeitsfeld* hat sich verbreitert, weshalb wohl künftig einer scheitert, der das allein, was zählt zur Pflicht, erwirbt im Uni-Unterricht.

Wer nicht dank Unternehmmergeist sich als robust genug erweist, der hat im *Arbeitsmarkt* von morgen in jeder Hinsicht grösste Sorgen.

Drum, wer die Laufbahn will entwerfen, der muss die Kompetenzen schärfen, im Hinblick auf Verwendbarkeit im Inland und europaweit.

Dabei gilt's nicht, sich auszurichten, nur nach Hippokrates'schen Pflichten, jedoch vermehrt nach *Megatrends*, die fordern andre Kompetenz: dem *demographisch* starken Wandel, dem Kostendruck, dem Krankenhandel der *Krankenambulantisierung* der *Internationalisierung*, dem *Management des Personals* der Praxis oder des Spitals; nur dann erfolgreich einer führt, ist er *professionalisiert*.

Auch hat sich der *Diskurs* gewandelt, der von Gesund- und Krankheit handelt, und schliesslich wandelt auch sich schnell das *Arbeitsteilungs-Zeit-Modell*.

Selbst das Verhältnis der Geschlechter wird in der Medizin gerechter.

Dennoch gemischt sind die Gefühle für solche *Kompetenzprofile*, zum neuen Zwecke in der Tat die Seminarien nicht probat. Doch kann man Neues auch erringen, wenn man bereit ist, *mitzuschwingen* mit Lehrern in den weissen Kitteln, die weise subkutan vermitteln, was es im Internet und Skript zu sehen nicht und lesen gibt. Der Lernvorgang, in ihren Mitten ist ein *Curriculum*, das *hidden*; man nennt den Stoff, der schlecht zu fassen, und der sich kaum will prüfen lassen, «*nicht fachspezifisch*», weil er eben den Menschen formen soll fürs Leben.

Dennoch: In Professorenröcken da wimmelt es von Sündenböcken, sie forschen, statt dass sie durch Lehren «*Nicht-Fachspezifisches*» vermehren. Chefärzte scheinen ähnlich träge im Lehrbetrieb, doch ihre Wege sind übersät mit den Papieren, dank denen sie administrieren. Und keine Zeit ist diesen Müden fürs *Extra-Coaching* noch beschieden, das sie dem Nachwuchs bieten müssten, dank dem, was sie vom Leben wüssten; sie pflegen statt *generic skills* die alte Form des *Bed-side-Drills*.

Stark ist daher die Evidenz:

Zu schwach ist manche Kompetenz beim Arzt, und das ist allerhand, der praktiziert im Schweizerland. Der Ökonom schon wittert scharf den neuen Dienstleistungsbedarf.

Prof. Dr. med. Max Stäubli, Ebmatingen

* kursive Wörter sind zitiert aus [1]

1 Menzi B, Heyse V, Schircks A, Pfister C. Kompetenzprofile Humanmedizin und Bedarf im Arbeitsmarkt. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(7): 256–7.