

# Briefe an die SÄZ

## Qualitätsgewinn oder Motivationskiller?

### Zum Interview von Petra Seeburger [1]

Ich stimme mit Frau Dr. Eva Kaiser vom Schweizer Hausärzterverband völlig überein, dass ein hohes Mass an Qualität unter den Hausärzten/-innen gewährleistet sein muss, und dass eine dreijährige Weiterbildungszeit – wo auch immer absolviert – zu knapp bemessen ist.

Dennoch möchte ich als in einer Gruppenpraxis tätige Hausärztin stellvertretend für viele meiner Kollegen beispielhaft aufzeigen, dass sehr wohl eine qualitativ hochwertige Ausbildung hinter einem «praktischen Arzt» stecken kann:

1999 erhielt ich meine Facharztanerkennung in Deutschland nach dreijähriger Weiterbildung, seither bin ich in Basel als Assistenz- und Oberärztin tätig. Insgesamt zähle ich mehr als 6 Jahre Weiterbildungszeit in verschiedenen Fachrichtungen, 5 Jahre Oberarztstätigkeit, 2 Jahre spitalfachärztliche Tätigkeit. Mit diesem Werdegang fehlen mir gemäss SIWF noch 6 Monate Weiterbildung in Allgemeiner Innerer Medizin an einer Schweizer Weiterbildungsstätte zum Erhalt des eidgenössischen Facharztstitels Allgemeine Innere Medizin (deutsche Weiterbildungszeiten werden nicht vollständig anerkannt, obwohl in universitären Lehrkrankenhäusern absolviert). Mit der Entscheidung der SIWF kann ich mittlerweile leben, denn für mich und meine Patienten zählt nicht der Titel, sondern die Qualität der Behandlung.

Ist es aber nicht fragwürdig, dass ein praktischer Arzt mit solch einer Ausbildung schlechtere Qualität leisten soll als die Kollegin im Nachbarzimmer, die mit ihm sogar den gleichen Qualitätszirkel besucht? Erscheint es nicht absurd, dass man sich nach knapp 20-jähriger Berufstätigkeit noch mal 6 Monate weiterbilden soll und die Facharztprüfung wiederholen soll? Ist es nicht genug, dass praktische Ärzte/-innen bei der Anwendung des TARMED beschnitten werden?

Woran messen wir eigentlich Qualität? Kann Qualität nur durch den Besitz eines eidgenössischen Facharztstitels Allgemeine Innere Medizin vollumfänglich gemessen werden? Ich meine, nein.

In diesem Zusammenhang sei am Rande erwähnt, dass vor Jahren nach einem abgeschlossenen Schweizer Staatsexamen und anschliessender Absolvierung der Assistenzarzt- respektive Oberarztjahre an den geforderten Weiterbildungsstätten die eidgenössischen Facharztstitel «Allgemeinmedizin» ohne wei-

tere Auflagen zugesprochen wurden. Noch mal meine Frage: Bürgt ein eidgenössischer Facharztstitel Allgemeine Innere Medizin alleine für fachlich und menschlich hochstehende Qualität?

Für mich ist das Vorhaben einer geringeren Vergütung für Träger des Facharztstitels praktische Ärzte/-innen ein absoluter Motivationskiller, da die ärztliche Leistung gleicher Qualität unterschiedlich bewertet würde. Es wäre sogar denkbar, dass einige der mittlerweile gut integrierten und ausgebildeten praktischen Ärzte/-innen die Schweiz wieder verlassen. In Zeiten des immer grösser werdenden Hausärztemangels dürfte dies kaum von Interesse sein.

Es ist zu befürchten, dass die von Frau Dr. Eva Kaiser vorgeschlagenen Auflagen für die Weiterbildung der praktischen Ärzte/-innen weit am standespolitischen Ziel vorbeischiessen: die medizinische Grundversorgung würde weiter geschwächt unter dem Deckmantel eines unnötigen eidgenössischen Facharztstitels.

Wäre es aktuell nicht eher sinnvoll, alle Energien in tragfähige Zukunftsmodelle zu investieren und bestehende Ressourcen positiv zu motivieren, anstatt engagierte Kollegen/-innen mit den vorgeschlagenen Massnahmen zu verärgern oder gar zu verlieren?

*Dr. med. Nicole Tölle, Allschwil*

1 Seeburger P. Qualität soll sich auszahlen. Schweiz Ärztezeitung. 2015;96(4):91-3.

## Hilfe, ich habe einen Nachfolger gefunden

### Zum Editorial «Wie finde ich einen Nachfolger?» [1]

Nicht nur das Finden, auch das Umsetzen einer Praxisübergabe kann seine Tücken haben.

Als Grundversorger mit einem schweizweit bekannten medizinischen Schwerpunktfach mit mehreren Psychologen plante ich die Übergabe zeitgerecht. Die FMH-Praxisvermittlung zeigte mir klar die dabei zu erwartenden Schwierigkeiten. Deutlich positiver war die Beurteilung durch eine bekannte Unternehmensberatung im Gesundheitswesen (UiG). Für viel Geld wurde eine farbenfrohe Praxisdokumentation und ein dem Markt schon lange nicht mehr entsprechender «Goodwill» resp. Praxisverkaufspreis erstellt.

Zusätzlich zu bezahlende Inserate in der SÄZ und im Deutschen Ärzteblatt blieben ohne Echo. Über zwei Jahre hüllte sich die UiG in

Schweigen, um dann lediglich weitere Anzeigen vorzuschlagen. In dieser Zeit erkrankte ich überraschend an einem onkologischen Leiden, das einen 3-monatigen Praxisunterbruch zur Folge hatte. Ebenfalls überraschend meldete sich Monate später ein Schweizer Kollege, der in meinem Schwerpunktfach bereits tätig war. Mein langjähriges Team und auch ich waren von ihm angegan und vereinbarten die Übergabe zu einem Preis von ca. 40% des fachmännisch berechneten «Goodwills».

Kurz vor dem Wechsel zeigte der neueste Praxisabschluss ein durch meine Erkrankung erklärbares deutlich schlechteres Ergebnis, was den Nachfolger zu Recht etwas stutzig machte, obwohl ich ihm versichern konnte, dass die Praxis wieder auf Hochtouren lief. Dennoch war ich bereit, vorerst nur die Hälfte des Verkaufspreises zu akzeptieren. Der einige Zeit später erstellte Abschluss des letzten Praxisjahres zeigte – wie von mir vermutet – einen noch nie erzielten hohen Abschluss. Auf Wunsch meines Nachfolgers trafen wir uns erneut im Büro der UiG und waren uns dabei alle einig, dass der vereinbarte Preis weiterhin gerechtfertigt sei. Entgegenkommenderweise war ich aber mit der zinsfreien Stundung des ausstehenden Betrages für neun Monate bereit, da mein Nachfolger (übrigens jetzt als «GmbH») umfangreiche Renovations plante. Dies wurde in einem Protokoll festgehalten.

Die vereinbarte Zahlung erfolgte nie, plötzlich hiess es, die Praxis laufe nicht so, wie ich das «vorgetäuscht» hätte (obwohl ich von meinem alten Praxisteam wusste, dass diese weiterhin bestens lief). Mein Nachfolger verlangte deshalb auch eine Rückzahlung von mehr als der Hälfte des bereits von ihm bezahlten Betrages! Telefonische oder persönliche Besprechungen wurden ausgeschlagen, die um Rat gefragte UiG antwortete nicht, so dass ich einen Anwalt einschalten musste. Das im Verkaufsvertrag vorgesehene aussergerichtliche Vermittlungsverfahren wurde abgelehnt, so dass mein Anwalt gerichtlich vorgehen musste. Die dabei um Unterstützung angefragte UiG verweigerte erneut jegliche Mithilfe. Im gerichtlichen Vermittlungsverfahren wurde festgestellt, dass der von der UiG verwendete Praxisverkaufsvertrag juristisch etwas fragwürdig und das später erstellte Protokoll juristisch ohne Bedeutung seien. Vor einem endgültigen Gerichtsurteil müssten über diese Vertragspapiere noch Gutachten erstellt werden, damit ich dann mit grosser Wahrscheinlichkeit Recht bekäme. Da mir im vorgeschlagenen

Vergleich immerhin 75% des noch ausstehenden Betrages zugesprochen wurden, verzichtete ich – vor allem im Interesse meiner Familie – auf eine Fortsetzung des Verfahrens.

Fazit: Eine kostspielige Beratung durch eine UiG lohnt sich nicht und ein Schweizer Kollege ist kein Garant für die Einhaltung des Grundsatzes von Treu und Glauben.

*N.N. (Name der Redaktion bekannt)*

- 1 Osterwalder R. Wie finde ich einen Nachfolger? Schweiz Ärztezeitung. 2015;96(6):173.

## Veraltetes Medizinmodell

### Zum Artikel «Was ist gute Medizin?» [1]

Aus einem langen Artikel kann ich nur eine Auswahl kritischer Stellen beleuchten.

Das Spalten in endogene (ärztliche) und exogene (organisatorische, pflegerische und soziale) Faktoren entspricht einem längst veralteten Medizinmodell, einem additiven, statt einem integrativen, biopsychosozialen Modell (vgl. GL Engel, in Science, 1977). FW Peabody, in JAMA 1927 hat es kurz und bündig so ausgedrückt: «The Care of the Patient is in Caring for the Patient.» Dabei versteht er unter Patient die biopsychosoziale Einheit des Kranken.

Gemäss den Autoren soll die erste und wichtigste Frage des Arztes an den Patienten lauten: «Was wollen und brauchen die Patienten?» Dies ist Ausdruck eines Verkennens, was ein Patient ist. Er ist genug gescheit, um auf bewusster Ebene rational zu wissen, was er will und braucht; dazu benötigt er nicht den Arzt. Was er benötigt, ist die Frage des Arztes: «Wie fühlen Sie sich?» Denn es sind die Gefühle, die ausdrücken, wie und warum die psychische und physiologische Homöostase aus dem Gleichgewicht geraten ist. Diese Frage bezieht auch das Unbewusste ein, das zum Patienten gehört wie das Amen zur Kirche.

Die Hoffnung und Erwartung von W. Oggier und U. Stoffel, die Organisation sei das Wesentliche an einer «guten Medizin», ist der Patientenwelt fremd. Die Ärzte gestalten ihren

Arbeitsplatz und ihre Beziehungen zu andern Ärzten und Einrichtungen allein, wenn sie von der Ökonomie, und andern dem Arzttum fremden Einflüssen verschont bleiben. Nur sie wissen, als Beispiel, welche Biomarker wesentlich sind und an welche Spezialisten sie gelangen müssen.

Dass vor- und nachgelagerte Arbeiten nicht zu den Kernkompetenzen des Arztes gehören, kann nur der Arzt beurteilen. Soll etwa, wie ein Jurist und Mitarbeiter einer Krankenkasse bei einem Vortrag bemerkte, der Trauernde Mensch als Patient sofort dem Pfarrer oder Priester überwiesen werden?

Abschliessend zur Aufgabe des Chefarztes: Er soll delegieren und die medizinische Aufgabe Oberärzten überlassen. Wie können W. Oggier und U. Stoffel solches empfehlen, wenn doch der erfahrene Chef am Krankenbett das wesentliche Vorbild für eine «gute Medizin» ist. Wir lernen ja von der Säuglingszeit an am Vorbild, am Modell, d.h. am Verhalten von Mutter und Vater.

Zu guter Letzt ein frommer Wunsch: Verschonen uns mit Leuten, die vom Arzttum wenig verstehen und lass uns ruhig – nicht schlafen, sondern unsere Arbeit als Ärzte tun!

*Prof. em. Dr. med. Rolf H. Adler, Kehrsatz*

- 1 Oggier W, Stoffel U. Was ist gute Medizin? Schweiz Ärztezeitung. 2015;96(8):288–90.

## Wo bleiben die Hausärztinnen und Hausärzte?

### Zum Artikel «Was ist gute Medizin?» [1]

Was ist gute Medizin ist eine wichtige Frage. Die Arbeitsgruppe hat einige wichtige Grundsätze ausgearbeitet und formuliert. Was mir fehlt ist, dass nicht ein einziger Hausarzt- oder Ärztenetzwerkvertreter in dieser Arbeitsgruppe mitgearbeitet hat. Sie ist sehr Spital-lastig. Am Beginn der Behandlungskette macht doch meist der Hausarzt «gute Medizin, die mit der Frage beginnt, was PatientInnen wollen und brauchen». «Das Bild des klassischen Hausarztes, der eine Familie über Generationen betreut, ist nicht mehr zeitgerecht» heisst es im Artikel. Das gilt derart absolut nicht und widerspricht den Erfahrungen von Einzel- und Gruppenpraxen, die doch noch im Vergleich zu Permanenzen und Walk-in-Praxen in der Überzahl sind. Abschliessend ein Beispiel aus der Grundversorger-Perspektive, was die Versorgungs- und Hausärztemangel-Situation sehr verbessern würde und gute Medizin ist: Wir Hausärzte delegieren viele Arbeiten an unsere MPAs (z.B. Diabetes-Betreuung, Chronic Care Management etc.), damit wir uns um un-

sere Kernkompetenzen kümmern können. Wir finanzieren die Ausbildung unserer MPAs in diesem Bereich, können aber diese wichtige Arbeit der MPAs im TARMED nicht abrechnen. Meine Wahrnehmung ist, dass das niemand wirklich interessiert und ein solcher Prozess, wenn es jemand interessiert, jahrelang geht.

*Dr. med. Roman Buff, Arbon*

- 1 Oggier W, Stoffel U. Was ist gute Medizin? Schweiz Ärztezeitung. 2015;96(8):288–90.

## Sind freipraktizierende Ärzte Luft?

Es ist erstaunlich, wie viel Aufwand die Arbeitsgruppe betrieben hat, um uns zu erklären, was gute Medizin ist. Über die Wertigkeit des Ergebnisses im Hinblick auf die Entwicklung des Gesundheitswesens in der Schweiz mögen die Beurteilungen auseinander gehen. Das ist ein anderes Thema. Betrüblich ist jedoch, dass einmal mehr kein niedergelassener Facharzt oder Grundversorger, der täglich Stunden in seiner Praxis mit den Patienten verbringt, zur Meinungsbildung eingeladen worden ist. Das gleiche Phänomen beobachten wir beim Swiss Medical Board (0 von 7 Mitgliedern im Fachgremium), bei der SAMW (1 von 13 Vorstandsmitgliedern), bei der NEK (1 von 15 Kommissionsmitgliedern) und anderen wichtigen Institutionen, die sich zur vermeintlichen Verbesserung der ärztlichen Versorgung in unserem Land pointiert äussern. Die Überbringer der Botschaften (PSA, Mamma-Ca, VKB-Plastik etc.) sind meistens die niedergelassenen Ärzte. «Was der Patient in einer älter werdenden Gesellschaft ... braucht», weiss und spürt niemand besser als ein freipraktizierender Arzt mit Zehntausenden von Patientenkontakten. Administration und Verwaltung mögen zwar Zahlen und Statistiken beherrschen, das Patientengespräch ist ihnen aber fremd.

Es äussert sich also immer wieder eine Gruppe von Weisen in verschiedensten Gremien über Möglichkeiten zur Verbesserung des Ist-Zustandes oder über die Gestaltung der Zukunft in der Medizin. Die Hauptakteure aber, die niedergelassenen Ärzte, werden nicht dazu befragt. Auch die kommende Generation, die wir uns so sehr in grosser Zahl herbeiwünschen, aus der Gruppe der Jungen Hausärzte Schweiz (JHaS), wird ignoriert. So kommt es immer wieder zu praxisfremden Konklusionen, die uns keinen Schritt weiter bringen. Warum sollten festbesoldete Funktionäre im Direktionsbüro alles so viel besser wissen als die vielen Ärzte in ihren eigenen Praxen. Jede Theorie und jede Hypothese umso wertvoller, als sie in der Praxis wirklich

## Briefe

Reichen Sie Ihre Leserbriefe rasch und bequem ein. Auf unserer neuen Homepage steht Ihnen dazu ein spezielles Eingabetool zur Verfügung. Damit kann Ihr Brief rascher bearbeitet und publiziert werden – damit Ihre Meinung nicht untergeht. Alle Infos unter:

[www.saez.ch/autoren/leserbriefe-einreichen/](http://www.saez.ch/autoren/leserbriefe-einreichen/)

umsetzbar ist oder realisiert werden kann. Die Praxisrelevanz muss bei Workshops, bei Findungsprozessen, bei Empfehlungen, bei Richtlinien oder Studien aller Art immer im Vordergrund stehen.

*Dr. med. Bernhard Sorg, Wallisellen*

### Leadership dans l'interprofessionnalité

Et si, pour dépasser la réaction émotionnelle qui surgit inévitablement chez les médecins de famille lors de tout débat sur l'interprofessionnalité, nous prenions de la distance et élargissons notre regard au travers de la pensée chinoise: dans l'imaginaire chinois (tel que je le perçois, je ne suis pas spécialiste de ce domaine) ce sont les ministres et les généraux qui donnent des ordres. L'empereur n'agit pas; il détient l'autorité suprême du simple fait qu'il est présent quelque part au cœur de la Cité Interdite et que son autorité est respectée par tous.

Bien sûr les valeurs de notre société actuelle ne reposent plus sur un modèle vertical de loyauté et d'obéissance dans une structure hiérarchisée, mais bien sur un modèle construit autour de l'autonomie du patient dans un système de soin horizontal, interprofessionnel. Mon intuition est que, dans un tel système, c'est la confiance du patient qui «autorise» le leadership, qu'est leader dans le réseau de soin celui que la confiance du patient désigne comme tel. Dans cette optique, le leadership ne peut se décider dans des lois ou dans un organigramme parce que la confiance est par essence personnelle et appartient au patient. La détermination de qui est le leader dans une situation particulière pourrait ainsi remettre au centre du dispositif de soin la relation thérapeutique entre un patient et un soignant qu'il a choisi.

Il est évident que le médecin de famille, de par sa position d'accompagnant au long cours du patient, ses capacités à gérer la complexité et l'incertitude, son ouverture sur le monde du patient au delà de l'aspect santé/maladie est le plus souvent le dépositaire de cette confiance du patient. Même si ce n'est pas toujours le cas: nous vivons tous aussi ces situations difficiles où l'on ne nous consulte que pour un certificat ou une ordonnance, la confiance reposant sur le naturopathe, la sage-femme, voire l'assistant du service d'urgence. Mais dans mon expérience, c'est plutôt l'exception qui confirme la règle.

Alors, refusons lors des discussions sur l'interprofessionnalité de nous laisser enfermer dans le rôle défensif de ceux qui s'accrochent à leur pouvoir pour nous concentrer sur l'essentiel: exigeons que l'élargissement de la palette de prestations autorisées aux infirmiers ou pharmaciens se fasse en cohérence avec leur identité professionnelle et leur fonction, qu'ils acquièrent la formation initiale et continue nécessaire pour assumer l'acte lui-même et ses conséquences directes et qu'ils offrent des conditions pratiques suffisantes pour garantir la sécurité et le respect du patient.

Quant à nous, mettons notre énergie à mieux définir notre identité propre et défendre ce rôle particulier du médecin de famille qui est de créer dans la consultation, en tandem avec les assistantes médicales, un espace accueillant et bienveillant dans lequel la confiance du patient puisse éclore et fructifier, ainsi qu'à développer tout au long de notre carrière les compétences techniques, scientifiques et d'empathie qui nous rendent dignes de cette confiance. Et traitons avec humilité et professionnalisme les patients qui se fient à une autre autorité que la notre: c'est leur liberté de faire d'autres choix que le nôtre et ils ont besoin de nous.

*Dre Anne-Lise Tesarik, Fribourg*

### Sterben im Spital

Ich danke Anita Lanz für ihren interessanten Beitrag. Meine Eltern sind (2009 die Mutter und 2010 der Vater) im Spital verstorben. Ich habe abwechslungsweise mit meinen Geschwistern an ihrem Bett gewacht, bis sie nach schweren Kämpfen endlich erlöst wurden. Die Pfleger/-innen durften zwar nach dem «Point of no Return» in immer kürzeren Abständen Morphin spritzen, die Dosierung wurde aber so gewählt, dass man ihnen nicht aktive Sterbehilfe hätte vorwerfen können. Also mussten sowohl mein Vater wie auch meine Mutter noch zwei bzw. drei Nächte durchstehen, die für alle Beteiligten sehr schmerzvoll waren. Schliesslich hat doch bei beiden eine Spritze den längst ersehnten Tod herbeigeführt.

Mein Hund musste vor ein paar Wochen eingeschläfert werden. Er hatte einen friedlichen Tod. Meine Eltern hingegen mussten im Spital einen meines Erachtens unnötig langen Toteskampf ausfechten.

Die Pfleger/-innen haben ihre Arbeit mit Empathie und Respekt gegenüber den Sterbenden gemacht.

Trotzdem bedaure ich, dass in der finalen Lebensphase eines Menschen (auf dessen Wunsch hin) im Spital keine aktive Sterbehilfe möglich ist. Für mich steht fest, dass ich die Hilfe von Exit in Anspruch nehmen werde.

*Monika Anderhalden, Belpberg*

<sup>1</sup> Lanz A. Sterben: Schicksal, Selbstbestimmung oder beides? Schweiz Ärztezeitung. 2015;96(8):293-4.