

Courrier au BMS

TARMED 2018 – ich empöre mich auch

Wir sind die Deppen/Lölis unter den Ärzten. Der praktische Arzt von früher durfte Besitzstandswahrung anmelden und bekam den Facharzt für Innere Medizin anerkannt. Der Arzt, der 5 Jahre als Assistenzarzt an einem Spital gearbeitet hat, darf sich auch Facharzt für Innere Medizin nennen. Die Ärzte, die eine 3-jährige Ausbildung für den Allgemeinarzt gemacht haben und inzwischen auch viele Jahre als Hausarzt gearbeitet haben, bleiben für immer die praktischen Ärzte. Sie haben keine Chance, je den Facharzt für Innere Medizin zu erlangen. Sie bleiben die unausgebildeten Ärzte. Die Bezeichnung «praktischer Arzt» hat jeder Arzt, der gerade von der Uni kommt.

Aber jetzt sind wir auch die ALDI-Ärzte. Wir sind billig, billiger als die Fachärzte, das dürfte die Krankenkassen freuen.

Wir dürfen nicht das Diplom für Sonografie machen, das dürfen nur Fachärzte.

Wir dürfen nicht eine Zusatzausbildung, z.B. Sportmedizin, machen, das dürfen nur Fachärzte.

Wir dürfen nicht einen zukünftigen Hausarzt ausbilden, das dürfen nur Fachärzte.

Also bleiben wir die Unausgebildeten, die Lölis unter den Ärzten. Und jetzt ist unsere Arbeit auch noch billiger.

Es grüsst eine überaus frustrierte «Praktische Ärztin», die schon einmal die Bezeichnung Fachärztin für Allgemeinmedizin, Sportmedizin hatte und auch an der Uni Frankfurt die Studentenausbildung in der Allgemeinmedizin geleitet hat und sogar angehende Fachärzte für Allgemeinmedizin ausbilden durfte. Aber jetzt ist sie nur noch eine ALDI-Ärztin.

Dr. med. Doreen Hug, Weggis

Realsatire

Brief zu: Erlach A. TARMED 2018 – empört sich denn niemand? Schweiz Ärztezeitung. 2018;99(1-2):14-5

Kurz vor Weihnachten 2017(!) erfährt der Kollege durch einen Leserbrief, welche schmerzhaften Änderungen der bundesrätliche Tarif eingriff in seinen Alltag bringt. Er ist sehr empört, dass sich «niemand» empört.

Dass sich unsere Verbandsführer seit Monaten dagegen die Finger wund schreiben und ihre Kehlen heiser reden, ist ihm schlicht entgangen.

Hier liegt ein wichtiges Problem, um nicht zu sagen die Misere unserer Ärzteschaft.

Wir leben in unserem Turm, haben zwar grossartige Übersicht, aber leider einen sehr kleinen «Standpunkt». Trifft uns die Wirklichkeit schmerzhaft, sind wir empört und wissen natürlich genau, wie es viel besser hätte gemacht werden müssen, wenn nur die Solidarität gespielt hätte – Streik, kollektiver Austritt. – Es bleibt nur Mitleid mit unseren Verbandsführern, die mit einem solchen Haufen Individualisten griffige Gegenmassnahmen organisieren sollen.

*Dr. med. Martin Huber, Rotenthurm,
HA in Pension*

Reanimation versus Sterben in Ruhe

Brief zu: Mattmann E. Kardiale Wiederbelebung. Schweiz Ärztezeitung. 2017;98(51-52):1737.

Kollege Mattmann stellt in seinem Leserbrief die Frage nach der Kostenübernahme bei einer ungewünschten und unverlangten Wiederbelebung. Ich möchte seiner sehr berechtigten Frage noch einen weiteren Aspekt hinzufügen.

Vor kurzem konnte ich in meiner Umgebung den Ablauf einer Reanimation bei einer älteren Person miterleben. Aus vollster Gesundheit und wacher geistiger Präsenz stürzte sie und war nicht mehr ansprechbar. Sofort kam die Ambulanz und nach ca. 20 Minuten begann die professionelle Reanimation. Es erfolgte der Transport in eine Klinik und die Angehörigen wurden informiert. Nach zwei Tagen wurde von ärztlicher Seite erwähnt, dass die Prognose nicht gut sei. Ein Hirnschaden als Folge eines Sauerstoffmangels in den 20 Minuten Wartezeit sei zu erwarten. In gegenseitigem Einvernehmen wurde beschlossen, weitere medizinische Massnahmen einzustellen, und der Patient verstarb nach kurzer Zeit.

Ist der Ablauf dieses Geschehens unausweichlich oder wäre es denkbar, dass in einer solchen Akutsituation die bewusstlose Person nur entsprechend gelagert wird? Entweder wacht sie bald wieder auf, weil es nur ein harmloser Kollaps war, und sie kann selber

entscheiden, ob sie ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen will. Oder es handelt sich um eine schwere Störung wichtiger Körperfunktionen. Dann bleibt die Person bei eingeschränktem Bewusstsein oder ganz bewusstlos und der Sterbeprozess würde wohl bald beginnen.

Ein freier Entscheid diesbezüglich besteht in der Schweiz nicht. Wie kann man kundtun, dass man auf intensive Notfallmassnahmen und Wiederbelebung verzichten will, weil man lieber in Ruhe sterben möchte und dieses Sterben als einen wichtigen Teil seines Lebens empfindet? Wie teilt man geeignet mit, dass man keine Herzmassagen, Intubationen und Katheter möchte und dass man nicht mit Blaulicht in die hektische Umgebung einer Intensivstation mit Monitoring in hellem Licht eintreten möchte. Die Patientenverfügungen wirken in dieser Situation noch nicht.

Die kurze Zeit zwischen Eintreffen der Notfall-équipe und Beginn der Reanimation erlaubt keine differenzierten Überlegungen, ob die Massnahmen richtig und im Sinn des Erkrankten oder bereits Sterbenden sind.

Die NO CPR GmbH propagiert einen Hinweis auf der Brust. Die Buchstaben würden bedeuten, dass keine Reanimation in die Wege geleitet werden soll. Es entzieht sich aber meiner Kenntnis, ob deshalb auch wirklich auf Wiederbelebungs-Massnahmen verzichtet wird. Vermutlich würden hier noch Gesetz und Juristen mitreden wollen. Jedenfalls aber kann man die nächsten Angehörigen informieren, dass sie im Fall auch entsprechend handeln. Sie sind dann einer erheblichen Belastung und Konflikten ausgesetzt, wenn die Situation eintreffen sollte. Ein vorgängiges intensives Gespräch mit schriftlicher Dokumentation dazu ist sicher Voraussetzung und kann die Angehörigen und Medizinalpersonen bei der anschliessenden persönlichen Verarbeitung und auch bei behördlicher Befragung sehr entlasten.

Dr. med. Walter Stamm, Aarau

Irreführende und gefährliche Fehlinterpretationen

Brief zu: Gurtner B. Im Notfall bitte ein Männerteam! Schweiz Ärztezeitung. 2017;98(28-29):924-5.

Interessiert haben wir den Artikel «Im Notfall bitte ein Männerteam!» gelesen, welcher nach

Veröffentlichung eines schlagzeilenträchtigen Artikels im *Journal of Critical Care Medicine* (CCM) erschien [1]. Es hat uns sehr gefreut, dass es kritische Stimmen gibt, welche die unbedacht formulierte Pressemitteilung der Universität Basel hinterfragen. Die zahlreichen Beiträge in verschiedenen Medien weltweit (<https://wolterskluwer.altmetric.com/details/19744195/news>) mussten wir mit Bedenken zur Kenntnis nehmen. Wir sind mit dem Autor einverstanden, dass die Ergebnisse der Originalstudien verallgemeinert und von den Medien missinterpretiert wurden. Infolgedessen wurden irreführende und gefährliche Schlagzeilen (z.B. «*Women may be hopeless in saving lives*») in zahlreichen medizinischen Fachzeitschriften und nicht-medizinischen Medien veröffentlicht, die weibliche Ärztinnen in Misskredit bringen. Solche Schlussfolgerungen sind falsch und können in dieser Form nicht abgeleitet werden [1]. Nun hat das Journal of CCM unsere kritische Hinterfragung der Interpretation der Ergebnisse der Originalstudie publiziert [2]. Ergänzend zu Herrn Dr. Gurtner's Artikel würden wir gerne weitere Kritikpunkte anfügen, welche für die Interpretation der Originalstudie von Amacher et al. unbedingt berücksichtigt werden müssen. Trotz im Titel angekündigter Untersuchung von «*Cardiopulmonary rescue teams*» wurden in der Studie keine richtigen Notfallteams untersucht, sondern ausschliesslich medizinische Studententeams. Daher können die Ergebnisse nur auf Medizinstudenten (und das Studium) und nicht auf ausgebildete Ärztinnen und Ärzte übertragen werden.

In der Studie fehlt, mit Ausnahme des Geschlechts, eine Beschreibung der untersuchten Studienteilnehmer (Alter, Bildungshintergrund, vorangegangene Erfahrungen, Ausbildung in Notfallmedizin). Die Studie wurde in der Schweiz durchgeführt, wo die meisten männlichen Studenten vor dem Studium Militärdienst absolvieren. Dort können sie einen Befehlston erlernen, den die Autoren in Notfallsituationen als vorteilhaft einschätzen. Viele zukünftige männliche Studenten werden dort zu Rettungssanitätern ausgebildet, was ihnen Vorteile im Bereich Notfallmedizin im Vergleich zu ihren Kolleginnen bringt. Obwohl diese Tatsachen die Gültigkeit der Ergebnisse beeinflussen könnten, wurden diese in der Originalstudie weder statistisch kontrolliert noch diskutiert [1].

Medizinstudenten in der Schweiz im 4. [1] von 6 Jahren haben wenig Arbeitserfahrung und Gelegenheit, erfahrene Teamleader, männlich oder weiblich, als Vorbilder für effektive Teamführung zu beobachten. Wir wissen nicht, ob der beobachtete Geschlechtsunter-

schied nach dem Medizinstudium andauert. Daher haben wir schwere Bedenken im Hinblick auf die Verallgemeinerung der Ergebnisse auf Teams bestehend aus ausgebildeten Ärzten und Pflegekräften. Die Hauptschlussfolgerung der Autoren ist irreführend: «*A cardiac arrest situation should therefore favour males as primary leaders*» (p. 5) [1]. Wir denken, dass solche Zitate und die Fehlinterpretation und Verallgemeinerung der Studienergebnisse gefährlich sind, weil sie negative Auswirkungen auf das Selbst- und Fremdbild von Ärztinnen in der Gesellschaft haben. Wir befürchten eine unbegründete Diskriminierung von Ärztinnen.

Dass solche missverständlich dargestellten Tatsachen von den Medien unkritisch übernommen und publiziert werden, ist unserer Meinung nach nicht akzeptabel.

Ruth Löllgen, Jan Schmutz, Walter Eppich,
Ellen Heimberg

- 1 Amacher SA, Schumacher C, Legeret C, Tschan F, Semmer NK, Marsch S, Hunziker S. Influence of Gender on the Performance of Cardiopulmonary Rescue Teams: A Randomized, Prospective Simulator Study. *Crit Care Med.* 2017 Jul;45(7):1184–1191.
- 2 Löllgen RMC, Schmutz JB, Eppich WJ, Heimberg E. Are Women Inferior Leaders in Emergency Situations? An Appeal for a More Careful Interpretation of Research Results. *Crit Care Med.* 2017 Nov;45(11).

Faktisches und Postfaktisches

Offener Brief an Herrn Bundesrat Alain Berset

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Zunächst möchte ich Ihnen herzlich gratulieren zur gelungenen Laudatio anlässlich der Verleihung des Salzburger Stiers an Hazel Brugger. Für einmal war die Laudatio geistreicher als die Dankesrede der Gewürdigten.

Dabei haben Sie, Herr Bundesrat, das postfaktische Zeitalter entlarvt. Die Rede hielten Sie, wenn ich mich richtig erinnere, im April 2017. Zu diesem Zeitpunkt wussten Sie vermutlich noch nicht, dass Sie im gleichen Jahr harte Fakten im Ärzttarif TARMED würden schaffen müssen. Das war zweifellos eine wenig erbauliche Arbeit. Ihre Mannen im zuständigen Bundesamt für Gesundheit, einem Kader von verschiedensten Berufsrichtungen, unter denen pikanterweise meines Wissens einzig ein Vertreter der Medizin fehlt, haben zu meinem Erstaunen einen so differenzierten modifizierten Ärzttarif kreiert, dass dieser jeder praktischen Anwendung widersteht. Die Unüberschaubarkeit der Positionen wäre nicht anzuwenden, würde nicht der elektronische

Validator permanent aufschreiben, wenn wieder ein Eingabefehler gemacht wird. Mindestens so viel Zeit, wie die Sitzung mit dem Patienten beansprucht hat, benötigt eine wirklich sachgerechte Verrechnung der erbrachten Leistungen. Dass wir nun bestimmte Leistungen im Minutentakt abrechnen, ist auch eine Verhöhnung unseres Berufsstandes schlechthin. Bestelle ich einen Sanitär nach Hause, so zahle ich eine satte Wegpauschale, und auch wenn die Arbeit in 10 Minuten erledigt ist, sind es im für den Kunden besten Fall mindestens 30 Minuten Arbeit, die verrechnet werden.

Nun, ich sehe durchaus ein, dass in der Anwendung des Sozialtarifs solche Verrechnungspraktiken vollkommen fehl am Platz wären. Meines Erachtens ist es schon äusserst grosszügig, dass wir für unsere älteren und ganz jungen Patienten etwas mehr Zeit zugestanden erhalten haben, als ursprünglich geplant. Und wenn ich berücksichtige, wie viel Zeit die Leistungserfassung beansprucht, dann macht es ja auch nichts mehr, wenn wir die letzten 15 Minuten unserer Sitzung, die nur um den Preis der Abwanderung des Patienten zu einem anderen Arzt hätte abgekürzt werden können, für Gotteslohn erbringen.

Dieses Faktische, das seit heute, 3. Januar 2018, über mich wie alle übrigen Berufskollegen hereingebrochen ist, bestärkt mich in der richtigen Entscheidung, nämlich mich erst jetzt damit zu beschäftigen. Alles andere hätte den Jahresausklang 2017 nur belastet.

Und Sie, Herr Bundesrat Berset, haben mir mit Ihrer Rede zum Postfaktischen anlässlich jener Laudatio auch gleich den Schlüssel zur Lösung des Problems in die Hände gelegt. Ich führe doch einfach das Faktische ins Postfaktische über durch eine etwas vorgezogene Pensionierung. In diesem Sinn möchte ich Ihnen danken, dass ich nun weiss, was ich mir auf keinen Fall antun möchte: Kasperltheater im Gesundheitswesen zu spielen und nicht zu wissen, ob ich der Kasper oder der Bösewicht sein möchte.

Dr. med. Daniel Schlossberg, Zürich

Lettres de lecteurs

Envoyez vos lettres de lecteur de manière simple et rapide. Sur notre site Internet, vous trouverez un outil spécifique pour le faire. Votre lettre de lecteur pourra ainsi être traitée et publiée rapidement. Vous trouverez toutes les informations sous:

www.bullmed.ch/publier/remettre-un-courrier-des-lecteurs/remettre/

Personenfreizügigkeit in Europa und Sprache

Brief zu: Hänggeli C, Kuhn H. Das Medizinalberufegesetz (MedBG) tritt am 1.1.2018 in Kraft. Schweiz Ärztezeitung. 2017;98(51-52): 1727-8.

Von Anfang an war für die Personenfreizügigkeit in der alten EWG strittig, ob von den begünstigten Personen Sprachkenntnisse verlangt werden dürfen. Vor allem für Ärzte, aber auch für die Angehörigen der anderen medizinischen Berufe und Hilfsberufe könnten berufsspezifische oder allgemeine Sprachkenntnisse als wünschenswert erachtet werden. Dass eine unterschiedliche Behandlung aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse vorgenommen werden kann, ist nicht bestritten. Dass Sprachkenntnisse nicht ohne weiteres verlangt werden dürfen, zeigt sich etwa am Beispiel, dass ein ausländischer Arzt eine im Aufnahmestaat lebende nationale Minderheit zu behandeln

gedenkt. Der Juristische Dienst der Kommission jedenfalls erachtete zumindest die Voraussetzung allgemeiner Sprachkenntnisse als mit der Freizügigkeit unvereinbar. Ein weiteres Problem stellte sich mit Grossbritannien in Bezug auf die Commonwealth-Staaten. Als Kompromiss kam die Lösung heraus, dass die Mitgliedstaaten den begünstigten Personen die Möglichkeit eröffnen, in ihrem Interesse und im Patienteninteresse, die entsprechenden Sprachkenntnisse erwerben zu können. Nichtsdestotrotz muss der Migrant den Patienten abgeben an einen Arzt, der die Sprache versteht, sofern der Migrant Sprachprobleme hat (zu der gesamten Thematik s. meine Dissertation «Das Freizügigkeitsabkommen Schweiz EG: Auswirkungen auf die Berufe der Humanmedizin» an der Universität Fribourg/Schweiz).

Dr. iur. utr. Udo Adrian Essers, Küssnacht

Sujet d'actualité en ligne –

www.bullmed.ch/fr/tour-dhorizon



État des lieux et perspectives

Les résultats du dernier sondage gfs sur la «Presse médicale».



Interview de Susan Göldi, chargée de cours en communication, FHNW

Inévitable évaluation des performances et institutions médicales sur le Net

Comment hôpitaux et cabinets médicaux devraient réagir aux mutations des comportements de communication.