

# Courrier au BMS

## Neue Modelle können ohne Qualitätseinbusse funktionieren

Brief zu: Marti C. Teilzeitärzte – ein Trend mit Brisanz. Schweiz Ärztezeitung. 2018;99(17):538.

Sehr geehrter Herr Kollege Marti  
Zuerst mit grossem Interesse (aufgrund des Titels), danach mit grosser Enttäuschung habe ich Ihren Brief in der letzten SÄZ gelesen. Sie beginnen mit Gründen der zunehmenden Teilzeitarbeit bei jungen Ärzten/-innen und enden mit der Abnahme der sog. «selbständigen Ärzte». Das eine hat aus meiner Sicht mit dem anderen nichts zu tun. Zum Thema Selbstständigkeit zitiere ich gerne unseren FMH-Präsidenten Jürg Schlup: Ein Arzt ist aus seiner Sicht selbständig, wenn er seine Entscheide / sein medizinisches Handeln frei und ohne Vorgaben gestalten kann, ob er nun angestellt ist oder nicht. Ich denke, zur Sicherstellung der Grundversorgung müssen wir wegkommen vom alten, «verkrusteten» Denken, dass ein Arzt in der Praxis «finanziell» selbständig sein muss und alle Gruppenpraxen oder medizinische Zentren, welche nicht mehrheitlich in ärztlicher Hand sind, von gewissen Kollegen nicht zu den Grundversorgern gezählt werden und die dort arbeitenden Ärzte oft auch in Hausarzt-Qualitätszirkeln nicht willkommen sind.

Teilzeitpensen sind heute mit der Veränderung des Rollenbildes von Mann und Frau, der Aufteilung bei der Erziehung der Kinder, Work-Life-Balance etc. eher die Regel als die Ausnahme geworden. Nun sollte man aus meiner Sicht schauen, wie man dieser Realität begegnet, statt «alten Modellen» nachzutraumern. In vielen Praxen und Spitälern wurden unterdessen sehr gute Lösungen gefunden, damit die Qualität in der Patientenbetreuung stimmt. Eine elektronische Krankengeschichte mit KG-Einträgen gemäss SOAP-Kriterien, eine aktuelle Diagnosenliste sowie eine sauber geführte Medikamentenliste sind nur ein paar organisatorische Beispiele, welche bei Teilzeitarbeit ein «Muss» sind. Wenn zusätzlich noch Zeit für den Austausch reser-

## 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/](http://www.bullmed.ch/publier/remettre-un-courrier-des-lecteurs-remettre/)

viert wird, funktioniert eine Praxis mit Teilzeitangestellten aus meiner Sicht ohne Qualitätseinbusse.

Zum Schluss möchte ich an alle Kollegen/-innen der Grundversorgung zusammen zu gestalten, ob selbständig erwerbend oder angestellt, ob alleine, in einer Gruppenpraxis oder in einem medizinischen Zentrum. Wir ziehen alle am gleichen Strick.

*Dr. med. Patrik Noack,  
Standortleiter Medbase Abtwil*

## Wahrheit mit Humor und Augenzwinkern

Brief zu: Oertle D. Zukunft nach der Praxis. Schweiz Ärztezeitung. 2018;99(15):491-2.

Den Artikel «Zukunft nach der Praxis» habe ich mit grösstem Vergnügen gelesen. So viel Wahrheit, so viel Charme, so gekonnt formuliert. Lieber Herr Kollege Oertle: auch wenn am 2. März 2021 Schluss ist – ich hoffe, spätestens dann beginnt Ihre Karriere als Schriftsteller. Ich würde so gerne noch mehr von Ihnen lesen. So ganz und gar ehrliche Zeilen, die Sie schreiben, ohne in Selbstmitleid zu fallen, ohne zu beschönigen – Sie formulieren erfrischend und gut, Sie haben wirklich Talent (aber ich denke, Sie wissen das schon). Ich werde Sie am 2. März 2021 an meinen Vorschlag erinnern. Sie sollen, wenn's geht, fröhlich bleiben. Und uns Leserinnen und Leser weiterhin fröhlich machen!

*Dr. med. Silva Keberle, Basel*

## Solidarität?

Wenn es um die Tarifverhandlungen geht, lese ich immer wieder von der FMH das Wort «Solidarität unter der Ärzteschaft». Wenn ich von Patienten erfahre, wie viel beispielsweise der Ohrenarzt für 10 Minuten Gehörgangreinigung verrechnet, dann habe ich ganz andere Gedanken. Mir selber schickte der Rheumatologe für Untersuchung und Injektion (ohne apparative Untersuchungen) eine Rechnung für 350 CHF für einen Zeitaufwand von etwa 40 Minuten. Dies erreiche ich mit meinem Hausarzttarif bestenfalls in der doppelten Zeit. Oder sollte ich es machen wie er: Überlappen von Status, Injektion, Gesprächsminuten? Schaffe ich nicht! Sicher gibt es auch Grundversorger, die so verrechnen. Unsolidarisch und unkorrekt.

*Dr. med. Daniela Steiger Neining, Zürich*

## Zu Fragen der Selbstreflexion

Brief zu: Keller HE. Fragen der Selbstreflexion. Schweiz Ärztezeitung. 2018;99(16):532.

Der Artikel zu den Fragen der Selbstreflexion habe ich mit Interesse und Erstaunen gelesen, denn es ist selten, dass Autor(inn)en aus andern Fakultäten im «gelben» Heft zu Wort kommen.

Zur Selbstreflexion habe ich einige Gedanken beizufügen, denn während meiner Tätigkeit als Arzt im Münstertal – oft auf mich allein gestellt – war Selbstreflexion für mich sehr wichtig:

- Ist das gut, was ich da tue oder getan habe?
- Warum habe ich dies oder das getan und den Patienten z.B. nicht in eine grosses Spital verlegt?
- Stimmt die Qualität meines Tuns? usw. Etwas, das mich immer wieder beschäftigt hat: Wenn ich als Arzt handle, so muss ich von der Richtigkeit meines Tuns überzeugt sein. Denn wenn ich unsicher bin oder zweifle, so spürt dies der Patient sehr wohl. Und wer möchte sich schon gerne von einem unsicheren oder zaudernden Arzt behandeln lassen? Das Problem ist für mich unlösbar gewesen. Ich habe mich «getrötet» mit der Feststellung, dass ich zwei Seelen in meiner Brust habe: Überzeugung, dass ich es meistern kann einerseits, und fast tägliches Zweifeln und Hinterfragen meines Tuns andererseits.

Es geht also mir vorab um eine Reflexion auf das eigene Tun, nicht auf das eigene Sein.

Das etwa ist das, was ich «inside of me» spüren konnte und immer wieder versuchen musste, es zu bewältigen.

Wäre das Schreiben einer Kurzgeschichte da hilfreich? Ich zweifle.

*Dr. med. Peter Spinnler, Valchava*

## «Ja, ihr geht's wohl und nichts kann übel stehn (ausser dass sie nicht mehr lebt)»

(nach *Romeo und Julia*, William Shakespeare)

Brief zu: Achermann F. Selbstbestimmtes Sterben: Sicht des Betroffenen. Schweiz Ärztezeitung. 2018;99(11):340.

F. Achermann schreibt: «Wie dieses 'sein Leben' dem Tod zu übergeben ist, ist Folge der eigenen, selbst getroffenen Entscheidung.» Was ist, wenn es sich z.B. insofern um eine irrtümliche Entscheidung handelt, als der Betref-

fende weiterhin einen spontanen Lebenswunsch hat, dieser jedoch seitens einer sich z.B. wegen «Sich (von der sich über die Solidarität mit ihren Kranken hinwegsetzenden Gesellschaft) allein gelassen Fühlens» langsam etablierenden «Ablebe-Optik» an die Wand gefahren (ins Unbewusste verdrängt) wird, so dass er zwar weiterhin vorhanden, aber nicht mehr bewusst ist? Bekanntlich fühlen sich 9 von 10 dieser sich gegen ihr Leben zu wenden beginnenden Betroffenen gesellschaftlich «im Abseits» und «nicht mehr gebraucht»; was folgt, ist die Entwicklung einer solchen (Ablebe-)Optik. Auch kann man (gemäss Prof. Klaus Ernst, vormaliger ärztl. Direktor der Zürcher Universitätsklinik für Psychiatrie «Burghölzli») annehmen, dass die Betroffenen sich unter dem angeblich gewünschten Ableben eigentlich kein solches, sondern «ein weniger leidvolles Leben» vorstellen, ohne sich dieses geradezu lebensentscheidenden Irrtums bewusst zu sein und

sich darüber Rechenschaft ablegen zu können. Hier setzt nun das allzu «naheliegende» Verständnis der Sterbe-(statt Lebens-)Begleiter ein, indem sie ohne Berücksichtigung eines vorhandenen, wenn auch quasi verschüttet liegenden, ansonsten gesunden und legitimen Lebenswunschs die de facto lebensfeindliche Ablebe-Optik für den eigentlichen Wunsch halten (sowie für «autonom»?) und dem in medizinisch-psychiatrischer Hinsicht sich in einem Zustand der Lebensgefährdung befindenden Betroffenen auch noch versichern, es gebe keinen Grund, an der Zuverlässigkeit seiner Entscheidung gegen ein weiteres Dasein zu zweifeln, denn sein bisheriges Leben habe ja gezeigt, dass er in der Lage sei, bei wichtigen Belangen wie z.B. Berufs- sowie Wahl des Lebenspartners richtig zu entscheiden. Damit versuchen sie jedoch, die lebensfeindliche Ablebe-Optik abzusegnen, wie wenn sie für solche «Segenserteilung» tatsächlich befugt und qualifiziert wären.

F. Achermann zitiert aus der Deklaration von Genf, der Arzt habe sich in den Dienst der Menschlichkeit (also des seitens Ablebe-Optik bedrängten menschlichen Lebenswunschs, siehe oben?) zu stellen und die Gesundheit und das Wohlergehen Kranker als oberstes Anliegen hochzuhalten – und wie steht es andererseits um die «zu respektierende Entscheidungsautonomie des Betroffenen», wenn irrtümlicherweise ein vorliegender, spontaner Lebenswunsch unbeachtet bleibt, der als Folge der genannten Optik zurzeit nur nicht verfügbar ist (zurzeit nicht «erinnerbar»)? Das Wohlergehen als oberstes Anliegen – nur, wie «wohl» ergeht es jemandem dadurch, sich gegen sich selbst und seine Vita zu wenden? Wo verbleibt die eigentliche Autonomie, nämlich, wünschenswert, diejenige des Lebenswunschs? Und wie «gesund» (!) ist Natrium-Pentobarbital?

*Peter Süssstrunk, Arzt i.R., Seewis*

## Sujet d'actualité en ligne

[www.bullmed.ch/fr/tour-dhorizon](http://www.bullmed.ch/fr/tour-dhorizon)



### Explosion des coûts? Non, progrès formidables!

La hausse des dépenses de santé est corrélée à d'énormes progrès.



Interview de Franz Immer, directeur de Swisstransplant

### «Un registre est source de clarté et de sécurité»

Pourquoi il est désormais temps, en Suisse aussi, de réfléchir à l'introduction du consentement présumé au sujet des dons d'organes.