

# Courrier au BMS

## Replik der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe SGGG auf den offenen Brief an die Präsidenten der Ärztesellschaften

Brief zu: Gachoud P. Offener Brief an die Präsidenten der Ärztesellschaften. Schweiz. Ärztesztg. 2018;99(23):766–7.

Sehr geehrter Herr Kollege Gachoud und sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen der Foederatio medicorum helveticorum

Wir Ärzte, wir alle, die Fachärzte für allgemeine innere Medizin, also die Hausärzte, und alle anderen Fachärzte haben gemeinsame Ziele (vgl. FMH-Statuten), dass «alle Patientinnen und Patienten in der Schweiz ... einen gerechten Zugang zu einer qualitativ hochstehenden und finanziell tragbaren medizinischen Versorgung haben» und wir alle tragen dazu bei, keine Frage. Ebenso soll gemäss FMH-Statut die Solidarität zwischen den Mitgliedern gefördert und die Beziehung unter ihnen gefestigt werden. Arzthonorare sind ein beliebtes Thema, um genau diese Solidarität aufzubrechen (divide et impera). Selbstverständlich dürfen und sollen Diskussionen auf Faktenbasis geführt werden.

Sowohl Grundversorger als auch die Gynäkologen verrechnen ihre Grundleistungen über TARMED zum selben Ansatz. Schauen wir uns dazu einige Beispiele an. Während der Allgemeinmediziner seinen internistischen Status pro 5 Min. über die Pos. 00.0425 (10.42 AL pro 5 Min.) abrechnet, wird der Gynäkologe seine fachärztliche Untersuchung über die Pos. 22.0030 ebenfalls mit 10.42 AL pro 5 Min. fakturieren. Analoges gilt für Ultraschalleistungen: der Generalist wird die Abdominalsonographie Pos. 39.3240 (63.72 AL / 42.73 TL) verrechnen, der Gynäkologe die Vaginalsonographie über die Pos. 39.3320 (56.64 AL / 42.73 TL). Während der Grundversorger beim Hausbesuch neben der reinen Besuchszeit eine Wegpauschale verrechnen kann (10.42 AL / 8.19 TL pro 5 Min.), darf der Gynäkologe keine Wegpauschale für die ambulante Operation in der Tagesklinik verrechnen. Für eine Abort-Kürettage (20 Min.) werden 109.41 AL erwirtschaftet (die TL behält die Tagesklinik). Für einen 20-minütigen Hausbesuch erhält der Grundversorger – zusammen mit der Wegpauschale – deutlich mehr.

Honorare sollten auch ein Abbild der Weiterbildungen sein. Wir alle haben 6 Jahre Medizin studiert, wofür wir für ein gutes akademisches Gehalt qualifizieren. Nach dem Studium folgen für alle mindestens 5 Jahre Weiterbil-

dung zum Facharzt, zur Fachärztin. Auch das soll im Gehalt abgebildet werden. Um eine gynäkologische Operation selbstständig durchführen zu können und entsprechend in einer Klinik akkreditiert zu werden, müssen unsere Fachärzte den Schwerpunkttitel «Operative Gynäkologie und Geburtshilfe» erwerben, was einer verlängerten Weiterbildungszeit um 2–3 Jahre entspricht. Dem wurde bis Ende 2017 durch eine höhere quantitative Dignität und einen etwas höheren Dignitätsfaktor Rechnung getragen, was der Bundesrat durch die Nivellierung der quantitativen Dignitäten (einheitlich FMH 5) aufgehoben hat. Einen Unterschied macht der Bundesrat nur noch beim praktischen Arzt ohne Facharztstitel, bei welchem er den Dignitätsfaktor etwas absenkt hat. Es gibt viele praktische Ärzte, welche 5 und mehr Jahre Weiterbildung in den Spitälern verbracht haben, aber denen formal anrechenbare Jahre für den Erwerb des Facharztstitels «Allgemeine Innere Medizin» fehlen. Diese Gruppe der gut ausgebildeten praktischen Ärzte wird durch den tieferen Dignitätsfaktor benachteiligt. Analog fühlen sich Fachärzte mit Schwerpunkttitel und längerer Weiterbildungszeit durch den einheitlichen Dignitätsfaktor ebenfalls benachteiligt. Zusätzlich erworbene Schwerpunkttitel und Erfahrungsjahre als Ober- oder gar leitender Arzt sollten ebenfalls im Arzthonorar abgebildet sein. Ferner sollten eine allfällige Führungsspanne und Verantwortung als Weiter- und Fortbildner sowie akademische Zusatzqualifikationen im Gehalt abgebildet sein.

Als weiterer honorarwirksamer Faktor muss das Haftungsrisiko abgebildet sein. Der sogenannte geburtshilfliche Schaden, also das finanzielle Risiko, welches durch einen diagnostischen oder therapeutischen Fehler des Geburtshelfers entstehen kann, wird gegen 20 Millionen Franken geschätzt und ist mit Abstand der höchste Schaden in der Medizin. Ebenfalls hoch ist der chirurgische Schaden. Die Haftpflichtprämien für eine operative gynäkologisch-geburtshilfliche Berufsausübung liegen deshalb um ca. das Drei- bis Vierfache höher als diejenigen für den Grundversorger. Der auf den geburtshilflich oder chirurgisch tätigen Kollegen lastende Druck oder gar Stress ist dementsprechend hoch. Die Forderung nach abgestufter quantitativer Dignität ist deshalb legitim.

Die letzte Publikation der Ärzteeinkommen [1] (aktuellere Daten stehen nicht zur Verfügung) zeigte ein Jahresgehalt von Fr. 213'574 für die Allgemeinmediziner und eines von Fr. 296'086 für die Gynäkologen auf. Dabei

muss darauf hingewiesen werden, dass es sich bei den Gynäkologen nicht nur um ein Einkommen aus TARMED-Leistungen handelt, sondern auch um einen Erlös aus Spitaltätigkeit und Zusatzversicherungen. Aus oben zitiertem Artikel wird auch sichtbar, dass sich weitaus die meisten Kollegen mit ihrem Einkommen innerhalb der Gauss'schen Verteilung bewegen. Vereinzelt Ausreisser gibt es naturgemäss in jeder Disziplin und da besteht ein Bedarf an Überprüfung und ggf. Korrektur.

Zweifelsfrei sind neben Weiterbildung und Risikoübernahme auch Arbeitszeit und Bereitschaftsdienste rund um die Uhr finanziell abzubilden. Das gilt für alle Ärzte, speziell für diejenigen mit häufigen und dringlichen Interventionen in kurzer Zeit, wie zum Beispiel in der Geburtshilfe. Kurze Interventionszeiten bedingen, dass sich die entsprechenden Ärzte in Kliniknähe aufhalten und entsprechend eingeschränkt über ihre Erholungszeit ausserhalb der eigentlichen Praxistätigkeit verfügen können.

Wir alle bewegen uns im Spannungsfeld zwischen betriebswirtschaftlicher Optimierung unserer Praxis oder Klinik, sind aber auch prämierten- und steuerzahlende Mitglieder der Gesellschaft sowie selber Patientinnen und Patienten. Wichtig ist dabei, dass wir bei unserem standespolitischen Denken die Ich-Perspektive zugunsten der Wir-Perspektive verlassen. Der Vorstand der gynécologie suisse setzt sich vorbildlich dafür ein.

*Prof. Dr. René Hornung, St. Gallen  
Präsident Schweizerische Gesellschaft für  
Gynäkologie und Geburtshilfe*

1 Künzi K, Strub S, Stocker D. Erhebung der Einkommensverhältnisse der berufstätigen Ärzteschaft. Schweiz. Ärztesztg. 2011;92(36):1361–6.

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

## Endlich ein mutiger und klarer offener Brief an die Präsidenten

Brief zu: Gachoud P. Offener Brief an die Präsidenten der Ärztesellschaften. Schweiz Ärztztg. 2018;99(23):766–7.

Kollege Pierre Gachoud legt als einer von ganz, ganz wenigen den Finger in die Wunde. Warum gibt es kaum Hausarzt-Nachwuchs? Doch nicht wegen der nebensächlichen Randbedingungen, über die immer gerne diskutiert wird, sondern wegen der Bewertung in dieser Gesellschaft, die sich als Einkommen zeigt.

Die Reichen und Mächtigen brauchen und wollen keine Hausärzte, die wollen nur ein paar Organ-Techniker, die genauso unmenschlich denken wie sie selber. Wenn die Ärzteschaft das nicht versteht und wieder gezielt zusammenhält, drohen in der Schweiz die gleichen Verhältnisse wie heute schon in Deutschland. Dort kämpfen Haus- und Fachärzte brutal und öffentlich gegeneinander – und haben gemeinsam viel an Wertschätzung durch die Patienten verloren. Die Gewinner sind die Gesundheitskonzerne, die schon überall in den Startlöchern stehen.

*Dr. med. Roman Machens, Auw*

## Qualitätskontrollsucht zeugt von fehlendem Vertrauen

Zur Qualitätsstrategie der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin SGAIM [1]

Da sich die Qualitätsbestimmung in der Medizin auf den Menschen bezieht, ist ihre Messung viel komplizierter als bei einem industriellen Produkt. Paragraph 2 der Qualitätsstrategie ist daher daneben. Es wird von Kunden statt von kranken Menschen gesprochen, von Dienstleistern statt von Ärztinnen und Ärzten, von Dienstleistungsprodukten statt von ärztlichen Handlungen an und mit Menschen. Das Papier strotzt vor hochgestochenen, bedeutungsarmen Sprachmonstern. So wird von Priorisierung oder strukturierter partizipativer Entscheidungsfindung gesprochen statt von mit Menschen erarbeiteten Plänen.

Zur Vermeidung von schädlichen Tests und Behandlungen kann etwa das Melden von Nebenwirkungen, die Erfassung des Zeitraums von der Spitalentlassung bis zum Abfassen und Absenden des Arztberichts und Ähnliches beitragen. Die Beurteilung ärztlichen Wirkens darf aber niemals nicht-ärztlich Tätigen in Gesundheitsberufen oder Patienten- und Konsumverbänden übertragen werden. Diese Feststellungen haben gar nichts mit blinder Überheblichkeit des Schreibenden zu

tun. Frage: Würden Sie je einer Brücke eines Brückenbau-Ingenieurs vertrauen, bei dessen Bauten Laien hineingeredet haben?

Selbstverständlich muss der Patient in die Planung von Abklärungen und Therapien einbezogen werden. Es zeugt von Misstrauen den Ärztinnen und Ärzten gegenüber, wenn daran gezweifelt wird, dass wir dies anstreben. Wir wissen, dass die Kommunikationsfähigkeit von Ärztinnen und Ärzten immer verbessert werden kann. Zudem: Ein Patient ist niemals, auch nach der eingehendsten Besprechung, ganz kompetent, es fehlen ihm medizinisches Wissen und medizinische Erfahrung.

Das Qualitätsdokument stellt die unbedachte, naive Unterwerfung eines Teils der Ärzteschaft unter das Diktat von Gesundheitsökonomien, kaufmännischen Direktoren, Krankenkassenleitern und Politikern dar.

Ärztinnen und Ärzte: seid nicht naiv! Bedenkt, dass der heutigen Qualitätskontrollsucht fehlendes Vertrauen zugrunde liegt. Nicht-medizinische Schuster, bleibt bei Euren Leisten – wir bleiben bei den Inguinae.

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

- 1 Die von der «Kommission Qualität der SGAIM» verfasste und vom Vorstand der SGAIM am 15. Februar 2018 genehmigte Qualitätsstrategie ist online abrufbar unter [www.sgaim.ch/fileadmin/user\\_upload/Qualitaet/Qualitaetsstrategie/180215\\_Qualitaetsstrategie\\_D.pdf](http://www.sgaim.ch/fileadmin/user_upload/Qualitaet/Qualitaetsstrategie/180215_Qualitaetsstrategie_D.pdf).

## Replik auf den Leserbrief von Prof. Adler

Die Qualitätskommission der SGAIM bedankt sich bei Kollege Adler, dass er mit seinem Brief einen kritischen Diskurs zu unserer Qualitätsstrategie anstösst. Denn Qualität nach unserem Verständnis basiert immer auf einer kritischen Betrachtung der Ergebnisse mit einem anschliessenden Verbesserungsprozess. Der Begriff Qualität spielt heute in allen Professionen eine grosse Rolle. Die Grundprinzipien sind überall identisch. Wir haben in der Qualitätsstrategie bewusst die Definition einer nichtärztlichen Person aus dem Gesundheitswesen gewählt, um aufzuzeigen, dass das Thema alle Bereiche betrifft: «Qualität ist die Erfüllung von Forderungen und Erwartungen aus interner und externer Kundensicht an einen Dienstleister und seine Dienstleistungsprodukte, unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Ressourcen» [1]. Dieser Qualitätsbegriff ist sehr weit gefasst und zeigt auf, dass unser ärztliches Handeln über die reine Behandlung der Patientin oder des Patienten hinausgeht. Es hat nicht nur Konsequenzen für die Behandelten, sondern auch für andere Ärzte/-innen, für andere Mitarbei-

tende im Gesundheitswesen, für die Versicherungen und letztendlich auch für den Staat und seine Bürger/-innen. Das bedeutet, dass für die Kontrolle der Qualität einer Dienstleistung verschiedene Aspekte und verschiedene Berufsgruppen resp. Experten/-innen einbezogen werden müssen.

Der Vertrauensverlust, den Professor Adler anspricht, ist ein Phänomen in unserer Gesellschaft und betrifft nicht nur die Ärztinnen und Ärzte, sondern alle Berufsgruppen und Institutionen. Im internationalen Vergleich steht aber unser Berufsstand in der Schweiz sehr gut da. Hiesige Mediziner/-innen genießen das Vertrauen von über 80 Prozent der Bevölkerung, während unsere amerikanischen Kollegen/-innen auf einen Wert von nur 58 Prozent kommen [2].

Dieses Vertrauen rechtfertigen, aufbauen und gewinnen wollen wir mit Transparenz, indem wir aufzeigen, wie wir arbeiten und welche Ergebnisse wir erzielen. Dabei genügt es nicht, auf gute Prozesse und moderne Strukturen abzustützen, sondern wir wollen den konkreten individuellen Nutzen für den einzelnen Patienten aufzeigen.

Mit partizipativer Entscheidungsfindung verstehen wir nicht nur, dass die Patientin bei diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen mitbestimmen kann, sondern auch, dass wir als Vertrauensperson den Nutzen und die Risiken von verschiedenen Optionen übermitteln, die Präferenzen und Werte von den Betroffenen einholen [3] und, am wichtigsten, dass wir die Unsicherheiten in der Datenlage übermitteln. Übermittlung von Unsicherheiten kann das Vertrauen erhöhen [4]. Dass das im Umfeld der Allgemeinen Inneren Medizin mit vorwiegend chronisch und multimorbid Erkrankten alles andere als einfach ist, ist uns sehr wohl bewusst. Trotzdem haben wir ein Modell entwickelt, als Ausgangsbasis für einen kritischen Verbesserungsprozess. Die SGAIM hat auch die Qualitäts-Charta der FMH/SAQM unterschrieben und wird sie umsetzen [5].

Unsere Strategie ist zudem in Übereinstimmung mit der Charta der SAMW [6], die im ersten Punkt festhält: «Die interprofessionelle Zusammenarbeit bindet Patienten als Partner ein. Informierte Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen wollen zunehmend eine aktive Rolle im Gesundheitswesen einnehmen und sich an Entscheidungen zur Therapie und Versorgung beteiligen. Sie sind als 'Experten in eigener Sache' massgeblich für die Behandlungsqualität und das Ergebnis mitverantwortlich.»

Bezüglich Qualität wird in der Charta unter Punkt 9 festgehalten: «Für alle Berufsgruppen sind die Qualitätssicherung und die Evaluation des Nutzens für den Patienten und die Gesellschaft ein Teil ihrer professionellen Haltung.»

Entsprechend ist es unsere professionelle Haltung und ein Kernelement unserer Strategie, dass wir den Nutzen unserer Tätigkeit für die Behandelten evaluieren. Ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess mit Fokus auf den individuellen Nutzen der Patienten/-innen – wie zum Beispiel in unseren Qualitätszirkeln – ist für uns Standard.

Auch ein Bauprojekt – Kollege Adler erwähnt den Bau einer Brücke – ist nicht reine Ingenieurskunst, sondern muss multiprofessionell konzipiert sein und wird ohne ökonomisches Fundament scheitern. Wir haben im schweizerischen Gesundheitswesen Ökonomen/-innen mit einer fundierten Kenntnis des Systems, die bemerkenswerte Analysen und Vorschläge vorgelegt haben [7]. Es lohnt sich auch für uns Ärztinnen und Ärzte, ihnen aufmerksam zuzuhören.

Lassen Sie auch uns lateinisch schliessen: *Tempora mutantur et nos mutamur in illis.*

Im Auftrag und in Zusammenarbeit mit den Mitgliedern der Qualitätskommission der SGAIM

*Dr. med. Johannes Brühwiler (Präsident)*

- 1 SGAIM. Qualitätsstrategie. Version vom 15.2.2018.
- 2 Blendon RJ, Benson JM, Hero JO. Public Trust in Physicians – U.S. Medicine in International Perspective. *New England Journal of Medicine.* 2014;371:1570–2.
- 3 Mulley AG, Trimble C, Elwyn G. Stop the silent misdiagnosis: patients' preferences matter. *BMJ.* 2012;345:e6572.
- 4 Armstrong K. If you can't beat it, join it: Uncertainty and trust in medicine. *Annals of Internal Medicine.* 2018;168:818–9.
- 5 Qualitäts-Charta der Schweizer Ärztorganisationen FMH/SAQM, Stand 3.12.2015.
- 6 Charta: Zusammenarbeit der Fachleute im Gesundheitswesen. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 2014.
- 7 Widmer W, Schaffhuser K. Gesundheitswesen gestalten. careum books, 2018.

## Neuer Wein aus alten Schläuchen?

Brief zu: Van Spijk P. Die Medizin: Auf der Suche nach einem neuen Menschenbild. *Schweiz Ärztezeitung.* 2018;99(19–20):633–4. DOI: <https://doi.org/10.4414/saez.2018.06537>

Peter van Spijk fordert für die Medizin ein neues Menschenbild, in welchem (1) sich der Laie wiedererkennt, welches (2) medizini-

schen Aktivitäten sinnvolle Ziele vorgibt und das (3) den heute überhandnehmenden Fehlentwicklungen entgegenwirkt. Seit beinahe 2 Jahrzehnten arbeite ich in meiner Praxis in komplexeren Situationen (psychosomatisch-psychoziale Erkrankungen, ernsthafte Krankheitsbilder mit sich abzeichnendem schwierigem Verlauf) bewusst mit einem Modell (Bild) des Menschen, von dem ich glaube, dass es die besagten Kriterien erfüllt.

Bei der Entwicklung dieses Modells habe ich mich an biblischen Grundlagentexten orientiert. Losgelöst von Fehlentwicklungen in der kirchlichen Tradition und Missverständnissen der Volksfrömmigkeit können diese alten Schriften durchaus etwas zu unserer Fragestellung beitragen. Die Bibel versteht den Menschen als untrennbare Ganzheit. Der von Descartes beschriebene Dualismus zwischen Körper und Seele ist ihr völlig fremd. Der Gedanke einer (nach dem Tod) unabhängig vom Körper existierenden (unsterblichen) Seele ist ausserbiblischen Ursprungs.

Die Ganzheit des Menschen beschreibt der Apostel Paulus folgendermassen: «... und vollständig möge euer Geist und Seele und Leib untadelig bewahrt werden ...! (1. Thess. 5,23)»

In meinem Modell gehe ich von diesem Text aus und stelle die hier verwendeten Begriffe, also Leib (= griech. Soma), Seele (= Psyche) und Geist (= Pneuma), als gleichseitiges Dreieck dar. Die Ganzheit wird dadurch ausgedrückt, dass ein Dreieck nur ein Dreieck ist, wenn es drei Seiten und drei Ecken hat. Wenn etwas fehlt, ist es kein Dreieck mehr, geht die Ganzheit verloren.

*Leib* steht für die materielle Dimension unseres Seins. Leib ist die Domäne der naturwissenschaftlichen Medizin.

*Seele* steht für die psychischen Funktionen des Menschen, also z.B. für unsere Emotionen, Kognitionen und auch unsere Motivationen. Gedanken und Gefühle beruhen zwar auf körperlichen Vorgängen, sind aber wesentlich mehr als bloss diese körperlichen Vorgänge, es sind Äusserungen in einer neuen, anderen Dimension.

*Geist* steht für die religiös-spirituelle Dimension des Lebens, welche jedem Menschen innewohnt, unabhängig davon, wie er diese Dimension gestaltet und wie er die entsprechenden Fragen beantwortet.

Eine spirituell-religiöse Kernfrage ist diejenige nach dem Sinn. Die Sinnfrage kann nicht

einfach über die Verstandesebene, also im Bereich der psychischen Dimension, gelöst werden. Wer in der Lage ist, zu denken, dass etwas Sinn macht, wäre gleichzeitig auch in der Lage, zu denken, dass es keinen Sinn macht. Sinn ist also nicht etwas, das man sich denkt, sondern etwas, das man «findet». Dieser Sinnfindungsprozess kann als religiös-spirituelle Vorgang verstanden werden.

Leib, Seele und Geist stellen nicht drei Teile des Menschen dar, sondern drei Dimensionen. Jeder Punkt im Dreieck steht immer in Beziehung zu allen drei Dimensionen, die sich ihrerseits gegenseitig beeinflussen. Eine Unterteilung (der Ganzheit) ist nicht möglich und erfolgt nur aus didaktischen Gründen. Wie der Raum durch die drei Dimensionen Länge, Breite und Höhe definiert wird, so der Mensch durch die drei Dimensionen Leib, Seele und Geist.

Mit zwei weiteren wichtigen Aspekten muss dieses 3-dimensionale Leib-Seele-Geist-Modell noch ergänzt werden: Der Mensch wurde als Bild Gottes geschaffen und er wurde auf Beziehung hin angelegt. Kein Mensch schafft es alleine. Wir sind von Anfang an auf Mitmenschen angewiesen. Die *soziale Dimension* kann als Kreis um das Dreieck gezeichnet werden. Sie prägt uns von klein auf (z.B. durch epigenetische Programmierungen) und wir prägen diese aktiv mit (vgl. Bindungsforschung).

Im Umgang mit unseren Mitmenschen kommt zum Ausdruck, ob wir unserer *Bestimmung* nachkommen, Bild Gottes darzustellen, Liebe zu üben und für die Mitmenschen da zu sein. Gottesbild und Menschenbild hängen unweigerlich zusammen. Eine Rückbesinnung (und damit Verankerung des Menschenbildes) auf einen Gott der Liebe und Gerechtigkeit könnte unsere Medizin vor weiteren materiellen oder ideellen Fehlentwicklungen schützen und menschlicher machen.

Ich habe die Erfahrung gemacht, dass sich in diesem Modell Menschen unabhängig ihres Bildungsstandes, ihrer religiösen Orientierung oder kulturellen Prägung wiederfinden. Es stellt eine gute Gesprächsgrundlage dar und wirkt vertrauensbildend. Patienten wissen sich verstanden und fühlen sich nun frei, auch über nichtmaterielle Gesichtspunkte des Lebens zu sprechen.

*Dr. med. Ruedi Brodbeck, Alchenflüh*