

# Briefe an die SÄZ

## Vorauselender Gehorsam ist nicht gerechtfertigt

Brief zu: Weiss M. Psychische Beschwerden – Neues aus der Rechtsprechung. Schweiz Ärztztg. 2019;100(6):179–81.

Das Bundesgericht hat in den letzten Jahren seine eigene Praxis in mehreren Urteilen grundlegend revidiert, was aus psychiatrischer Sicht mehr als zu begrüssen ist. Das zeigt auch, dass wir uns in der Begutachtung auf die Frage der Diagnose und deren Auswirkungen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit zu konzentrieren haben und nicht schon im vorauselenden Gehorsam mit Formulierungen, dass etwas aus versicherungsmedizinischer Sicht so oder so sei, uns selber zensieren. Was soll man all den Patienten sagen, denen Gutachter bei einer mittelgradigen Depression per se max. 50% AF attestiert haben, entgegen jedes klinischen Wissens, dass die Diagnose noch gar nichts über allfällige Einschränkungen oder Auswirkungen sagt, genauso wie die Gutachter, die es sich immer schon einfach gemacht haben und bei Schmerzstörungen gar nicht weiter gedacht haben und der Einfachheit halber eine volle AF angenommen haben. Genau gleich verhält es sich mit den psychosozialen Faktoren. Nur weil das im Ge-

setz nicht vorgesehen ist, heisst es nicht, dass sie klinisch nicht relevant sein können. Wenn der Rechtsanwender das dann herausdefiniert, ist es seine Sache und nicht Sache der Ärzte. Nur indem auf diese Dinge weiter hingewiesen wird, kann es auch zu einer Praxisänderung beim Bundesgericht kommen. Wir sind als Sachverständige gefordert, das heisst, der fachärztliche Sachverstand muss dargelegt werden und nicht was wir denken, die Juristen brauchen es. Das ist deren Sachverstand. Aktuell heisst das z.B., dass die Frage nach Therapieoptionen differenziert diskutiert werden sollte. Ein stationärer Aufenthalt kann auch schädigen. Mittelschwere Depressionen können genauso gut auch ohne Medikation behandelt werden. Ich bin der Meinung, dass alle, die gutachterlich tätig sind, auch mindestens 40–50% klinisch tätig sein sollten, um den Kontakt zu den Patienten und dem, was realistisch machbar ist, nicht zu verlieren. Auch im gutachterlichen Prozess gilt die Maxime: nihil nocere, was nicht bedeutet, dass die Patienten immer Recht haben.

Dr. med. Christoph Burz,  
Summaprada

## Plädoyer für den «Umgang mit Sterben und Tod» der SAMW

*Autonome Patienten*, die durch Krankheit oder Handicap Lebensqualität verloren haben, wollen sich entscheiden, damit weiterzuleben oder ihr Leben zu beenden. Und wenn sie es beenden wollen, sagen sie, wie sie es tun möchten. – *Autonome Ärzte* leisten Lebens- und Sterbehilfe, unter Umständen auch Suizidbeihilfe. Sie wollen aber bestimmen, bei wem, welche Hilfe in Frage komme. – *Autonome staatliche und ärztliche Instanzen und autonome Juristen* wollen ihrerseits bestimmen, nach welchen Regelungen Lebens- und Sterbehilfe zu leisten sei. Die FMH lehnte 2018

## Briefe

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

[www.saez.ch/de/publizieren/leserbrief-einreichen/](http://www.saez.ch/de/publizieren/leserbrief-einreichen/)

## Aktuelle Themen auf unserer Website

[www.saez.ch](http://www.saez.ch) → tour d'horizon



Interview mit David Bosshart, Leiter des Gottlieb Duttweiler Instituts

### «Was wir brauchen, sind Besserköner, nicht Besserwisser»

Weshalb nur ein tiefgreifender Kulturwandel ein Ende der Kostenexplosion im Gesundheitswesen herbeiführen kann.



Interview mit Bernhard Keller, pensionierter Hausarzt und Betreiber der Plattform Rent-A-Senior-Doc

### «Hören wir doch auf zu jammern»

Entwicklungen im Arbeitsmarkt wie beispielsweise der Wunsch nach einer Work-Life-Balance machen auch vor der Medizin nicht halt. Anstatt solche Trends zu kritisieren, kann man auch mit innovativen Konzepten darauf reagieren.

die neu formulierten Richtlinien der SAMW mehrheitlich ab. Insbesondere dürfe ärztliche Suizidbeihilfe nur in Betracht kommen, wenn ein Leiden objektiv unzumutbar sei, nicht bloss subjektiv unerträglich. – So viele Autonomien führen zu Kollisionen. Zu einem Konsens kann man nur bei Kompromissbereitschaft von allen Beteiligten gelangen.

Wenn Entscheidungen zum Leben und Sterben anstehen, macht es Sinn, dass ein Patient, ein bio-psycho-sozial Leidender, nicht im Alleingang handelt, sondern sich an einen Arzt seines Vertrauens wendet. Ärzte, besonders Hausärzte und Psychiater, sind nicht nur Diagnostiker und Therapeuten. Sie sind auch Gesprächspartner in kritischen Lebenssituationen. Ihre Angebote: Zuhören und Anteilnahme, Ermutigung, gemeinsame Suche nach Ressourcen beim Patienten und in dessen Umfeld, Beziehung anderer Therapeuten und Helfer, Optimierung von Behandlung und Betreuung, fürsorgliche Unterbringung, das Gespräch zum Sterben und zum letzten Willen, indirekt aktive und passive Sterbehilfe, Suizidbeihilfe. Letztlich kann nur der Patient sagen, wie viel Leiden er erträgt und welche Hilfe er akzeptiert.

Sterbehilfe ist bekanntlich nicht verboten, aber an Bedingungen geknüpft. Der Sterbewillige muss bezüglich seines Sterbewunsches überprüft urteilsfähig sein; solange er urteilsfähig ist, kann er seine Wünsche in einer Patientenverfügung festhalten oder einen Interessenvertreter bestimmen. Der Wunsch für Suizidbeihilfe muss explizit sein, wohlwogen, ohne Druck entstanden und dauerhaft. Der angesprochene Arzt muss herausfinden, ob er bei seiner persönlichen ethischen Haltung im konkreten Fall Suizidbeihilfe leisten kann.

Verstösst er dabei als Mitglied der FMH gegen deren Standesordnung, muss er mit Konsequenzen rechnen.

Die neuen Richtlinien der SAMW zum «Umgang mit Sterben und Tod» sind gut überlegt und zeitgemäss. M. E. sollten sie unverändert in die Standesordnung übernommen werden.

*Dr. med. et phil. Hermann Nüesch,  
St. Gallen*

### Eine notwendige Erwiderung

Brief zu: Scholer M. Was wir brauchen, sind Besserköner, nicht Besserwisser. Schweiz Ärztez. 2019;100(6):182–3.

Gibt es nebst der Ärzteschaft eine andere Profession, die sich regelmässig von professionsfremden, oftmals selbsternannten Experten ins Handwerk pfuschen lässt? Zahntechniker, Juristen, Chauffeure, Ingenieure, Kaminfeger, Bäcker etc.? Was will uns Bosshart sagen mit «... Daten ohne ökonomischen Wert werden spekulativ eingesetzt ...», «Transparenz ist immer ambivalent» usw.? Er nennt sich Trendforscher. Trends in der Medizin werden durch neue diagnostische und therapeutische Möglichkeiten skizziert, welche laufend in die ärztliche Weiterbildung integriert werden.

Scholer stellt die falschen Fragen und beschwört gleich eingangs den notwendigen Wandel im Gesundheitswesen. Der tatsächliche Wandel ist kontinuierlich, unvermeidlich und kaum revolutionär. Scholer spricht jenen Gesundheitsökonomien und -politikern das Wort, das in Bossharts Erwiderung nicht auf sich warten lässt: Reizwort Kostenexplosion. Damit will man uns und der Bevölkerung unablässig weismachen, was es mit den steigenden Gesundheitsausgaben auf sich habe. Da ist nichts Explosives, ausser dem politischen Schwarzpulver, das daraus gemacht wird. Dieses dient dann der Wiederwahl des Politikers, der unablässigen Anschwärzung der Ärzteschaft sowie der Beschwörung einer Anspruchshaltung unserer PatientInnen. Scholer verpasst deshalb wie die meisten zuständigen Politiker ebenfalls die Chance, wirklich ökonomisch zu denken: Nämlich auch an die Gesundheitsnutzen. Er würde feststellen, dass es volkswirtschaftlich absolut rentiert, in unsere Gesundheitsversorgung, die bekanntermassen immer noch sehr gut ist, zu investieren. Für jeden Franken erhalte er ca. 1.30 zurück. Schade, dass sich damit keine Politik machen und auch keine Wahl gewinnen lässt, wo es doch gar nicht so

kompliziert ist! In welchem anderen Bereich kann um die 30–40% Gewinn erzielt werden? Warum spricht niemand von der Explosion der Bildungs-, der Entsorgungs-, der Verwaltungs- oder der Transportkosten?

Wozu will uns Bosshart einen «tiefgreifenden Kulturwandel» im Gesundheitswesen verkaufen? Was hat das Wort Kultur hier zu suchen? Was meint er mit folgendem: «Erst wenn wir Transparenz ins Gesundheitssystem bringen, werden wir feststellen, wie viel Unvernunft sich darin angesammelt hat»? Danach die Binsenwahrheit, dass «... den Kantonen als Bindeglied zwischen Bund und Gemeinden eine entscheidende Rolle zukommt». Bosshart stigmatisiert zu Recht die drohende Einführung des Globalbudgets als populistische Keule und aus Ausdruck davon, dass die Gesundheitspolitik versagt und auch Bundesrat Berset betrifft.

Es folgt die Frage, wie der Kulturwandel im Gesundheitswesen eingeläutet werden könne. Was meint er genau mit Kulturwandel, oder wie würde er die «Kultur im Gesundheitswesen» definieren? Lässt sich ein solcher Wandel a) voraussehen, b) beeinflussen, c) steuern oder messen? Kurz: Kultur ist keine Commodity, kann nicht gekauft werden, kann nicht beschlossen oder direkt gesteuert werden ausser vielleicht in totalitären Systemen. Die Quintessenz von Bossharts Antwort: «Wir müssen das Gesundheitswesen umkrepeln» – warum? Und dann folgt der Satz, der dem Interview den Titel gegeben hat.

Damit outet sich Bosshart definitiv: Er scheint von Medizin und dem schweizerischen Gesundheitswesen nicht mehr zu verstehen als mein Freund von nebenan, doch Bosshart formuliert es besser (der besserkönnende Besserwisser). Schade ist Scholer nicht ebenso kritisch wie mein Freund, sonst wäre er Bosshart vielleicht nicht auf den Leim gegangen.

*Dr. med. Stefan Zlot, Bern*