

Briefe an die SÄZ

Brutto- oder Nettoeinkommen?

Brief zu: Gubler M, Lövblad KO, Eichenberger T. Anstellungsbedingungen der Kaderärzteschaft an Schweizer Spitalern. Schweiz Ärztztg. 2020;101(42):1350–7.

Sehr geehrte Damen und Herren
Vielleicht habe ich nicht ganz richtig geschaut, aber ich fand keine Angabe darüber, ob hier Brutto- oder Nettoeinkommen verglichen wurden. Ich nehme eher Bruttoeinkommen an, aber wenn es Nettoeinkommen wären, müsste nicht nur dieses Fakt, sondern noch zusätzlich angegeben werden, wie die Sozialversicherungsabzüge, insbesondere der 2. Säule (aber z.B. auch der UV), verrechnet wurden. Es ist ja z.B. nicht ohne weiteres anzunehmen, dass Pensionskassenabzüge auf variable Lohnbestandteile gemacht werden, wenn doch, müsste ihre Höhe angegeben werden. Ein Vergleich zwischen verschiedenen Lohnbezüglern/-bezügerinnen wäre nur sauber, wenn gleiche Abzüge berechnet würden. In Wirklichkeit variieren die Pensionskasseneinzahlungen, die obligatorischen und erst recht die überobligatorischen, zum Teil ganz deutlich. Die Altersgliederung der Kaderärzteschaft, in ständiger Veränderung, würde die Abzüge – sofern sie tatsächlich einbezogen wurden – und damit die Nettoeinkommen beeinflussen. Im Weiteren fand ich keine Angaben betreffend eine Aufrechnung der Einkommen auf gleiche Arbeitszeiten. Der Anteil Teilzeitarbeitender, vor allem der Frauen, ist ja ganz beträchtlich. Löhne ohne Bezug auf Arbeitszeiten sind weder zwischen den Individuen noch im Zeitablauf von Individuen und Kollektiven vergleichbar; ein durchschnittliches Einkommen hat damit keinen Aussagewert, und Vergleiche über einen Zeitraum sind nicht interpretierbar, wenn gleichzeitig die Zusammensetzung der Pensen über die Jahre ändern. So können Einkommen pro Person über die Jahre sinken, wenn der Anteil der Teilzeitangestellten steigt, und das ist wegen des zunehmenden Frauenanteils zu erwarten. Dabei wären die Löhne (Arbeitsentgelte) pro Zeit nicht gesunken, sondern eventuell oder sogar wahrscheinlich gestiegen.
Eigenartig finde ich auch die unregelmässige Anwendung der Begriffe Einkommen, Einkünfte, Lohn, Honorare und, in Anführungszeichen, Boni: Zum Beispiel sind «variable Lohnbestandteile» gemäss zu erreichenden Jahreszielen weder Löhne noch Honorare, wenn man Honorare als Entgelte für eine bestimmte Leistung definiert. Oder: Der Ausdruck «Einnahmen aus Honoraren zusatzversicherter Spitalpatientinnen und

-patienten sowie Einkünfte aus privater ambulanter Sprechstundentätigkeit» lässt offen, ob in diesem Fall Honorare und Einkünfte als Bruttoeinnahmen des Spitals oder als Nettobezüge des Kaderarztes/der Kaderärztin. Anzunehmen ist das Zweite, doch fragt sich dann immer noch, ob vor oder nach Sozialversicherungsabzügen. Als Lohn bezeichnet man üblicherweise Arbeitsentgelte eines Angestellten/einer Angestellten. «Variable Lohnbestandteile» sind streng genommen keine solchen, sondern «zum Lohn hinzukommende Entgelte, Honorare, Tantiemen, Provisionen oder Boni», so ominös das auch klingen mag. Sie unterliegen wahrscheinlich auch nicht denselben Abzügen wie die Löhne. Aber auch mit Honorar kann eine Bruttoeinnahme («Honorarrechnung» des Spitals an den Patienten/die Patientin oder eine Versicherung) oder eine Nettoeinnahme gemeint sein, im Fall der Kaderärzte/-ärztinnen wahrscheinlich das Letztere.

Dr. med. Paul Fischer, Luzern

Replik auf «Brutto- oder Nettoeinkommen?»

Der Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS) erhebt mit seinen Mitgliederbefragungen nicht den Anspruch, wissenschaftlich fundierte Angaben zur genauen Entwicklung der Einkommenshöhe sowie der Anstellungsbedingungen der Kaderärzteschaft in der Schweiz zu machen. Mit der Umfrage konnten wir somit, anders als bei einer Studie, lediglich allgemeine Trends bei den gesamten (Brutto-)Einkommen aus verschiedenen Einnahmequellen (Lohn, Honorare etc.) und bei den Arbeitsbedingungen erfassen. Darauf haben wir im betreffenden Artikel hingewiesen.

Prof. Dr. med. Karl-Olof Lövblad, Präsident VLSS

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/

Impfen oder warten, das ist hier die Frage!

Brief zu: Quinto CB. To vaccinate, or not to vaccinate...? Schweiz Ärztztg. 2020;101(49):1637.

Keine Frage, die Sicherheit der Impfung ist essenziell. Der Zuwachs an Wissen zum neuen Coronavirus geschieht exponentiell wie dessen Ausbreitung. Zunehmend geraten Folgen von COVID-19 in den wissenschaftlichen Fokus. Das Long-COVID-Syndrom scheint unabhängig von den meisten Risikofaktoren für einen schweren Verlauf von COVID-19 aufzutreten. Menschen, die daran leiden, weisen oft keine speziellen Risiken auf. Betroffen sind auffällig häufig jüngere Frauen. Mit höherem Alter und BMI nimmt das Risiko geschlechtsunabhängig zu. Als Komorbidität könnte Asthma, das kein Prädiktor für einen schweren Verlauf von COVID-19 ist, dazu prädisponieren. Eine interessante Studie [1] bei über 4000 Patienten mit positiver PCR hat ergeben, dass jede siebente Person mehr als 28 Tage daran gelitten hat. Teilweise handelt es sich um Nachwehen, wie sie von anderen viralen Affektionen bekannt sind, teilweise auch nicht. Gehäuft wurden Müdigkeit, Kopfschmerzen, Kurzatmigkeit und Geruchsverlust rapportiert. Verschiedene Organe nebst den Lungen können involviert sein. Viruspersistenz oder Autoantikörper [2], vielleicht stimuliert durch molekulare Mimikry, können pathogenetisch eine Rolle spielen. Vieles ist derzeit noch offen. Der natürliche Verlauf von COVID-19 bei jüngeren Menschen kann mit erheblicher Morbidität einhergehen. Das gilt es bei der Impffrage zu berücksichtigen. Die Impfstoffentwicklung beruht auf verschiedenen Ansätzen [3]. Die raschen Fortschritte bei der Impfstoffentwicklung sind jahrelangen Vorarbeiten zu Impfungen gegen SARS und MERS zu verdanken. Erst mit der Anwendung von Impfstoffen gegen SARS-CoV-2 eröffnet sich über Jahre das Spektrum möglicher unerwünschter Wirkungen. RNA-basierte Impfstoffe sind in Tiermodellen gut untersucht und humane Phase-III-Trials verlaufen ermutigend. Spezielle Überwachung erfordert «Vaccine-enhanced disease». Eine gute Übersicht zum Thema findet sich in der zitierten Review [3]. Nach Translation an den Ribosomen wird mRNA rasch degradiert, sie wird nicht in DNA umgeschrieben und gelangt nicht in den Zellkern, womit keine Veränderungen am Erbgut in somatischen Zellen entstehen. Ob Langzeitfolgen auftreten, ist naturgemäss unbekannt. Dies gilt für die Infektion mit SARS-CoV-2 ebenso. Spätfolgen einer In-

fektion könnten Tumoren oder Autoimmunerkrankheiten [2] sein. Die Pandemie nimmt ihren Lauf. Ohne wirksame Impfungen ist kein Ende in Sicht. Das veränderte Leben führt neben ökonomischen Auswirkungen zu mentalen Problemen. Inwieweit diese krankmachendes Potenzial haben, wird sich weisen. In einer epidemiologischen Notfallsituation stösst die individuelle Freiheit an Grenzen. Soziale Verantwortung ist gefragt. Die Debatte, ob man sich impfen lassen soll, wird möglicherweise bald von einer neuen Realität eingeholt: dass nur Geimpfte Zugang zu bestimmten Dienstleistungen und Konsumgütern haben, sei es weil öffentlich-rechtliche oder private Akteure entsprechende regulatorische Vorschriften erlassen.

Dr. med. Daniel Schlossberg, Zürich

- 1 Sudre CH, et al. Attributes and predictors of Long-COVID: analysis of COVID cases and their symptoms collected by the Covid Symptoms Study App. <https://doi.org/10.1101/2020.10.19.20214494>
- 2 Halpert G, Shoenfeld Y. SARS-CoV-2, the auto-immune virus. <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2020.102695>
- 3 Krammer F. SARS-CoV-2 vaccines in development. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2798-3>

Bester Leitartikel der Schweizerischen Ärztezeitung im Jahr 2020

Brief zu: Quinto CB. To vaccinate, or not to vaccinate ...? Schweiz. Ärzteztg. 2020;101(49):1637.

Dem Kollegen Quinto kann man zu seinem Leitartikel über den neuen mRNA-Impfstoff nur gratulieren. Er erwähnt nicht nur einen allgemeinen Impfnutzen, sondern weist auch auf unbekannte mögliche Nebenwirkungen hin, sog. Spätschäden, die sich erst nach 6 Monaten zeigen; eine Monatszeit, die bei keiner Impfung gegen Corona in Beobachtung stand. Leider ist dieser Beitrag nur in der *Schweizerischen Ärztezeitung* veröffentlicht worden; ein Zugang für uns Ärztinnen und Ärzte müsste aber dringend von der FMH auch in der Publikumspressen möglich sein; denn nur so kann eine Information des Schweizerers ehrlich erfolgen.

*Dr. med. Hans Baumann,
Allgemeinmedizin, Bassersdorf*

Covid-19-Impfpolitik: Sozial- und Präventivmedizin heute

In anderen Sprachen verwendet man für Impfen den Begriff «Vaccination». Der Landarzt Edward Jenner erkannte den für den Men-

schen nützlichen Artensprung des Pockenvirus auf die Kuh. Die zum Schutz vor Pocken wirksame «Übertragung durch Aufpfropfen» («Impfen») dieses weniger pathogenen Virus publizierte er 1799 in der Schweiz.

Die Zeitschrift *Illustration* vom 10.9.1803 publiziert das bekannte Bild über die Vaccination in einer Strasse von Paris. Dabei wird ein Kleinkind mit Impfstoff direkt ab einer Kuh geimpft. Das zahlreiche interessierte Publikum schaut zu. Noble Herren und ein Polizist belegen, dass es sich dabei um eine offiziell unterstützte Aktion handelt.

Mit diesem Impfkonzept: Impfen dort, wo sich die zu Impfinden aufhalten, konnten die Pocken weltweit ausgerottet werden. Was würde die Pockenimpfung heute kosten, wenn unsere Vorfahren diese Seuche nicht weitsichtig sehr aufwändig eliminiert hätten? Bei Covid-19 wünschen viele, von Masken befreit sich im und neben dem Schnee frei zu tummeln. Sorglose «eigenverantwortliche» Parlamentarier singen in Räten, beschliessen harte Massnahmen für das Volk und gefährden selbst das Vertrauen. Impfungen sind unbestritten wichtig für die Prävention. Womit ist bald geklärt. Wen zuerst ist noch umstritten. Sicher nicht, wer zuerst bestellt oder am meisten bezahlt. Da hat man international schlechte Erfahrungen gemacht mit Maskenkäufen, Medikamenten und anderen Impfstoffen, wie aktuell gegen Grippe. Hochrisikopersonen wie Kranke und ihr Pflegepersonal können sich als Erste privilegiert impfen lassen. Hier ist logisch, dass diese am besten dort geimpft werden, wo sie sich aufhalten, also dort, wo sie arbeiten.

Wo man die übrige Bevölkerung am optimalsten impft, bleibt unklar. «Impfen auf der Strasse» ist geplant, neu in Impfcontainern oder Impfpelzen auf öffentlichen Plätzen, Kasernearealen, ausgemusterten Flugplätzen usw.

Damit ergeben sich wieder gleiche Probleme wie bei den Intensivpflegebetten. Man rechnet pro Impfpfplatz mit 10 Personen, davon solle einer ein Arzt sein. Hat man dazu das notwendige ausgebildete Personal?

Wie sollen Impfcontainer auf dem Land funktionieren? Räume in Schulen würden sich besser eignen. Die Akzeptanz wäre über diese Resilienz wie beim Herstellen von Masken in der Schule besser. Mit dem Epidemiegesetz wurde der Schularztendienst flächendeckend aus diversen (standes-)politischen Interessen abgeschafft. Die Haftpflichtfrage bei Impfschäden wurde privatisiert. Die zu Impfinden sollen dies auch in «Eigenverantwortung» übernehmen, teilweise sogar die Impfkosten. Die Impfungen der wichtigen Gruppe der Adoleszenten in höheren Schulen wurden supprimiert. Nun ist man erstaunt, wenn die Akzeptanz vernünftiger Massnahmen bei «Kunden» im

Gesundheitswesen nicht mehr funktioniert. Die Impfungen gegen Hepatitis B, gegen Masern, vielleicht sogar gegen Polio, funktioniert nicht mehr optimal. Man könnte diese Krankheiten auch ausrotten, Reduzieren ist aber kurzfristig billiger. Wegen der hohen Kosten von Covid-19 wäre es sinnvoll, auch diese Impfungen jetzt zu organisieren!

Bei der Impfkampagne der Nomaden mit dem Schweizerischen Katastrophenhilfekorps 1983 in der Sahara hatte ich nie einen Hauch von Impfskepsis gespürt, obwohl sie Impfreaktionen durchaus kannten und uns fragten, wie man diese behandeln kann (Pocken, BCG, Masern gleichzeitig).

Dr. med. Markus Gassner, Landarzt, Grabs

Coronavirus und Patientenverfügung: aktueller denn je

Brief zu: Schubiger G. Coronavirus und Patientenverfügung. Schweiz. Ärzteztg. 2020;101(14):496.

«Die Verhinderung des Todes um jeden Preis ist der ideologische Kern der Coronakrise», schreiben K. Beck und W. Widmer in ihrem neuen Büchlein*. Diese Haltung führt zur Überlastung unserer Intensivstationen und vor allem des Pflegepersonals. Der Leserbrief von Prof. Dr. med. Gregor Schubiger vom 1.4.2020 während der ersten Corona-Welle ist deshalb aktueller denn je, auch seine Ergänzung zur Patientenverfügung. Wir müssen sie uns wieder in Erinnerung rufen und mit unseren betagten Patienten und Patientinnen Gespräche führen, um mitzuhelfen, die Überlastung der Spitäler in der drohenden dritten Welle zu verhindern. Persönlich blicke ich, wie Prof. Schubiger, auf ein erfülltes Leben zurück. Meine Verfügung habe ich deshalb so ergänzt: Sollte ich an einer Covid-19-Lungenentzündung leiden und die Verlegung auf eine Intensivstation zur Diskussion stehen, will ich, dass eine lebensverlängernde Behandlung unterlassen wird (insbesondere Beatmung oder Reanimation). Stattdessen sollen möglichst zu Hause palliative Massnahmen durchgeführt werden. Es gibt ein sehr gutes Zusatzblatt zur Patientenverfügung von Palliative.ch und mfe, und einen hilfreichen Notfallplan zur palliativen Behandlung von Covid-19 zu Hause: www.spac.ch/covid-19

Dr. med. Danielle Lemann, Langnau

* K. Beck, W. Widmer. Corona in der Schweiz – Plädoyer für eine evidenzbasierte Pandemie-Politik. 2020. ISBN 978-3-033-08275-5.

Chassez le naturel, il revient au galop...

Alors que les 3 règles n'assurent déjà qu'une protection élevée, mais loin d'être parfaite (personne ne sait avec certitude à quel degré, mais en tout cas pas à 100%), on constate que partout l'on bricole, chacun selon sa notion très personnelle du «bon sens», et théorise sur le comportement du public, pour ses propres intérêts. On a ainsi vu le Conseil national voter une «déclaration» demandant aux autorités de ne pas diminuer la capacité des télécabines à moins de 80% du maximum autorisé, nonobstant la distanciation sociale. Vous ne serez ainsi qu'à 60 cm de votre voisin et pas à 50 cm comme d'habitude! Or, on sait que chaque fois que les gens se rapprochent cela favorise la contamination. La droite a marqué un bel autogoal, juste pour préserver le «chiffre». Quel cynisme, quel mépris. J'invite un de ces valeureux élus à faire comme moi huit jours intubé aux soins intensifs, en coma induit, atteint par une pneumonie au coronavirus, pour apprécier ensuite plus la vraie vie et le respect que l'on doit aux autres. *Vae victis* disaient les Romains. A-t-on évolué?

Dr méd. Virgile Woringe, Lausanne

Die Schuld liegt vor allem bei den Kantonen

Brief zu: Gilli Y. Datenaufbereitung und Medizininformatik – wie weiter? Schweiz Ärztztg. 2020;101(50):1673.

Die Präsidentin der FMH macht in ihrem Editorial dem BAG Vorwürfe, der Bund habe die Digitalisierung seit 15 Jahren verschleppt. Die Schuld an dieser Verschleppung liegt nach meiner Erfahrung jedoch vor allem bei den Kantonen.

Als Kantonsarzt-Stellvertreter Thurgau übernahm ich 1994 das Meldewesen für übertragbare Krankheiten. Das BAG stellte zu diesem Zweck allen Kantonsärzten einen Computer zur Verfügung. Das BAG hat den Kantonen eine Gratisinstruktion offeriert, wovon ausser mir kein Kanton Gebrauch machte. Eine Mitarbeiterin des BAG ist dafür nach Frauenfeld gekommen und hat mich bestens in die Geheimnisse der Anwendung des Computers eingeführt. In der Folge habe ich jeweils am Freitagnachmittag mit Frau Ramelli «gechattet». Leider kam die elektronische Übermittlung der Laborresultate von übertragbaren Krankheiten nicht zustande, weil der Thurgau der einzige Kanton war, welcher elektronisch mit dem BAG kommunizierte.

Nach einigen Jahren forderte das BAG die Rückgabe des Computers, die meisten Kantone fanden dieses Gerät nicht mehr. Wenn

man heute dem BAG Verschleppung der Digitalisierung vorwirft, muss ich das Bundesamt in Schutz nehmen. Die Kantone waren schlicht und einfach noch nicht reif für die Digitalisierung.

*Dr. med. Alfred Muggli,
Alt-Kantonsarzt Thurgau, Steckborn*

Bezüglich Sprachbarrieren sozialpolitische Lösungsansätze anstreben

Brief zu: Mueller F. Sprachbarrieren in der ärztlichen Konsultation. Schweiz Ärztztg. 2020;101(47):1586–8.

Besten Dank für Ihren im aktuellen politischen Umfeld wichtigen Artikel. Ich erlebe die Problematik der schwierigen Kommunikation täglich in meiner Praxis. Wie Sie beschreiben, führt eine ungenügende Anamnese, eine fehlende Erklärung des Krankheitsbildes sowie der therapeutischen Massnahmen zu einer erheblich verminderten Behandlungsqualität und schlechten Compliance.

Etwas Mühe habe ich allerdings mit Ihrer Unterstellung, dass die ÄrztInnen diesbezüglich eine «enttäuschende Haltung» aufweisen würden. Angesichts der weiterhin ungeklärten Finanzierungsfrage läuft eine Praxis Gefahr, dass sie Kosten selber übernehmen muss, die unter Umständen diejenigen der Konsultation sogar übersteigen. Zusätzlich wurde die Gesprächszeit vom Bundesrat auf 20 Minuten (inklusive Administration!) begrenzt, dies stellt eine weitere Hürde in der Behandlung von Menschen mit Sprachschwierigkeiten dar. Ob diesbezüglich die Rechnungsstellung einer Konsultation «mit erhöhtem Behandlungsbedarf» einer juristischen Prüfung standhalten würde, wage ich angesichts des von Ihnen erwähnten Bundesgerichtsentscheids zu bezweifeln.

Leider beschreiben Sie in Ihrem Artikel keine Lösungsansätze. Kollege Gross empfiehlt in seinem Leserbrief «Vom Dolmetschen» (SÄZ 2020;101(49)) die Möglichkeit, den «Google Übersetzer» einzusetzen. In der praktischen Sprechstunde (15-Minuten-Takt) ist das äusserst schwierig, im Schriftverkehr aber durchaus eine praktikable Lösung. Gute Erfahrungen habe ich mit dem Übersetzungsdienst «Deepl.com» gemacht, den auch meine Praxisassistentin erfolgreich einsetzt. Dieser ist zwar nur für einige Sprachen erhältlich, weist jedoch den aktuell wahrscheinlich besten KI-Algorithmus auf. Zukünftige Lösungen könnten Übersetzungs-Apps sein, wie beispielsweise diejenige von Apple im neuen iOS 14. Diese liefert bei deutschem Sprech-Input einen fremdsprachigen Sprech-Output.

Schliesslich muss diese Problematik auf parlamentarischer Ebene besprochen werden, um eine sozialpolitisch verträgliche Lösung zu finden. Es kann nicht sein, dass man diese Kosten auf die betroffenen PatientInnen oder auf die BehandlerInnen abwälzt. Es müssten staatlich oder kantonale zentralisierte Stellen eingesetzt werden, über welche sich DolmetscherInnen einfach organisieren liessen und welche die Kostenfrage regeln würden. Auch wenn auf diese Art und Weise vermeintlich höhere Kosten anfallen, bin ich überzeugt, dass sich die Gesamtkosten durch die bessere Behandlungsqualität reduzieren liessen.

Dr. med. Daniel Mahler, Luzern

Von Menschen und Muscheln

Brief zu: Wolff E. Über das Husten. Schweiz Ärztztg. 2020;101(50):1712.

Was unter Wasser man entlässt, an Gasen, die hinaus man presst als Husten oder auch als Furz, muss laut Physik stets ziemlich kurz danach zur Oberfläche streben und drüber sanft und schnell entschweben in Hallenbads chlorierter Luft, verbreitend Viren, Staub und Duft, und was noch sonst aus Gases Blasen den Badenden umweht die Nasen. Die Muschel ist sehr viel diskreter, entlässt nicht Blasen, sondern steter die Atemgase fein gelöst mit Schlacken, die ins Wasser stösst sie laut der Forschenden Befund; und jene sinken still zum Grund, wodurch Genossen nicht gepeinigt, jedoch der Lebensraum gereinigt. Ist wohl beim Menschen abgeschaltet die Gengruppierung, die gestaltet, was Rücksicht sozial bedeutet und Muscheln lebenslang begleitet? Wer schwimmend unter Wasser hustet und seinen Speichel weiterpustet, der könnte in Coronazeiten als Hot Spot Viren weit verbreiten.

*Prof. em. Dr. med. Max Stäubli, Ebmatingen,
Dr. med. Bernhard Gurtner, Wetzikon*

Chefärzte verdienen höchsten Respekt

Brief zu: Brügger U, Nägeli B. Das Führen von Spitälern als Balanceakt. Schweiz Ärztztg. 2020;101(48):1632.

Nach den Bankern und Managern werden nun die Chefärzte der Spitäler an den Pranger

gestellt. «Geldgierig», «skrupellos» und «selbstherrlich» sind einige der Adjektive, die man oft liest, wenn es um die Machenschaften der Gilde geht, die einst als Halbgötter in Weiss verehrt wurde. So übertrieben dies war, so unrecht tut man den Ärzten, wenn man sie nun mit dem Prädikat «Abzocker» brandmarkt. Pauschalverurteilungen auch daher, weil vielen gar nicht bewusst ist, was es eigentlich bedeutet, Chefarzt an einem Universitäts- oder Zentrumsspital zu sein. Mit dem Dauerbashing riskieren wir, für diese verantwortungsvollen Aufgaben keine qualifizierten Mediziner mehr zu finden.

Denn für die Leitung von Kliniken oder Departementen mit oftmals über hundert Mitarbeitenden kommen nur die Besten infrage – Leute, die einen langen, anspruchsvollen Ausbildungsweg hinter sich haben. Zu dessen Meilensteinen gehören ein sechsjähriges Medizinstudium und anschliessend die Weiterbildungszeit als Assistenzarzt bis zur Erlangung des Facharztstitels, worauf in der Regel die Beförderung zum Oberarzt erfolgt. Danach spitzt sich die Pyramide immer steiler zu. Nur wenige werden zu Leitenden Ärzten oder Chefärzten berufen. Wer mit diesen höheren Aufgaben betraut wird, steht extrem unter Beobachtung beziehungsweise in der Verantwortung – nicht nur führungsmässig, sondern auch medizinisch. Denn für Fehler

(und wo Menschen arbeiten, geschehen nun einmal Fehler) haftet der Kaderarzt. Dies ist insofern bemerkenswert, als man heute viel rascher in ein juristisches Verfahren oder in den administrativen Fokus gerät als noch vor ein paar Jahren. Eine Verurteilung oder ein Verweis bedeutet meist das Karriereende.

Auf Stufe Chefarzt ist man noch mehr gefordert, weil die akademische Verpflichtung hinzukommt. Wer ein Departement mit mehreren Kliniken oder ein Spital leiten will, braucht den Professorentitel, zumindest in einem Zentrums- oder Unispital. Das Anforderungsprofil ist enorm: Der Chefarzt muss akademisch auf höchstem Niveau sein, jahrelange Forschungs- und Dozententätigkeit vorweisen, regelmässig Forschungsergebnisse publizieren und strenge Vorgaben in der Fortbildung erfüllen. Und selbstverständlich wird von ihm auch Führungs- und Finanzkompetenz erwartet. Dass er überdies ein brillanter Kommunikator ist, der stets ein Ohr für die Sorgen und Nöte der Patienten und Mitarbeitenden hat, wird vorausgesetzt.

Vergessen Sie also das Klischee vom Chefarzt, der über Mittag Golf spielt und sich am Freitag in sein Feriendomizil verabschiedet. In einem öffentlichen Spital ist volle Präsenz und vor allem Bereitschaft während 24 Stunden an 365 Tagen gefordert. Wenn um zwei Uhr nachts nach einem schweren Unfall ein

Patient eingeliefert wird, muss der Chef verfügbar sein, auch wenn die Operation vom Oberarzt oder vom Leitenden Arzt ausgeführt wird. Dafür erhält der Chefarzt eine angemessene Entschädigung. Es ist nachvollziehbar, wenn sich Chefärzte vermehrt die Frage stellen, weshalb sie sich diesen Job noch antun sollen, wenn sie wieder einmal eine Schlagzeile über vermeintliche Abzocke, Selbstbedienungsmentalität oder Vetterwirtschaft lesen und medial in Sippenhaft genommen werden. Für Aussenstehende vielleicht Symptomschmerz, aber all denjenigen Chefärzten, die ihren Job mit Herzblut erfüllen und rund um die Uhr für die Patienten da sind, geht dieses Bashing unter die Haut. Ihre Leistung darf man nicht nur monetär entschädigen. Diese Ärzte verdienen auch unseren höchsten Respekt.

Adrian Schmitter, CEO Kantonsspital Baden

Die Leserbriefे geben die Meinung des Verfassers oder der Verfasserin wieder. Der Inhalt eines Leserbriefes muss nicht die Meinung der Redaktion widerspiegeln. Die Redaktion übernimmt keine Verantwortung für Inhalt und Richtigkeit der getätigten Behauptungen. Jede Verfasserin und jeder Verfasser ist persönlich für ihre/seine Aussagen verantwortlich.

Aktuelle Themen auf unserer Website

www.saez.ch → Tour d'horizon



Ursina Pally Hofmann, Rechtsanwältin, Generalsekretärin und Leiterin Rechtsdienst FMH

COVID-19-Impfung: Haftung und Patientenrechte

Antworten auf die wichtigsten Haftungsfragen im Zusammenhang mit einer Impfung und Pflichten der Ärzteschaft.



Interview mit Yvonne Gilli, neue FMH-Präsidentin

«Als Präsidentin bin ich in einer Vorbildfunktion»

Mit Yvonne Gilli hat die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH zum ersten Mal eine Frau zur Präsidentin gewählt. Werden nun vermehrt Frauen in der Medizin Karriere machen können?

