

# Courrier au BMS

## Übernahme sozialer Verantwortung ist mit Gewinnorientierung nicht vereinbar (mit Replik)

Brief zu: Schalch E. Ethik statt Verordnung: Neue Ansätze für die Qualitätssicherung. Schweiz Ärztzeitg. 2022;103(23):783–5

Herr Kollege Schalch ortet die Schwierigkeiten des immer teureren Schweizer Gesundheitswesens bei den Spannungen zwischen Kosteneffizienz und Qualität und erklärt, dass Gesundheitseinrichtungen statt staatlicher Regulationen ein stabiles ethisches Fundament brauchen, um eine hohe Qualität garantieren zu können und ihrer sozialen Verantwortung gerecht zu werden. Um die steigenden Gesundheitskosten sozial verträglich in den Griff zu kriegen, müsse die Schweiz einen Spagat machen zwischen den beiden Stärken ihres Gesundheitssystems: soziale Finanzierung und privatwirtschaftliche Umsetzung. Und weil die Leistungsträger wie -erbringer privatwirtschaftlich aufgestellt seien, gelte die alte Regel: Keine Gewinnmarge – keine Gesundheitsmission. «No margin – no Mission. Bund und Kantone förderten integrierte Versorgungsmodelle, welche sich von der Basis her entwickeln sollten, wie *medix* und Projekte wie «gesundes Freiamt» usw. vorzeigen. Regulierungen von oben seien kontraproduktiv und wie z. B. das e-Patientendossier als Voraussetzung für Berufsausübungsbew. zeige, führe dies zum Scheitern und Vertrauensverlust auf allen Seiten. Er sieht die grösste Chance darin, dass die Ärzte den Spagat zwischen sozialer Verantwortung und Gewinnorientierung schaffen würden, wie sich an Lösungsmodellen wie *medix* zeige, obwohl gerade *medix* eben nicht die Gewinnorientierung im Blick hat, sondern die soziale Verantwortung und somit gar keinen so beschriebenen Spagat macht. Diese Darstellung der Schwierigkeiten im Schweizer Gesundheitswesen zeigt auf, weshalb die Schweizer Gesundheitspolitik daran scheitert, sozial verantwortlich und gleichzeitig bezahlbar zu sein. 2013 schon hat die American Medical Association im *Journal of Ethics* in einem Editorial festgehalten: No Margin – No Mission Is Too Simplistic. Seit Beginn des 20. Jahrhunderts seien Spitäler in den USA von öffentlichen «non profit»-Institutionen zu Ketten von «for profit»-Spitälern geworden. 100 Jahre später frage man sich wieder, ob ein Spital tatsächlich ein «Geschäft mit Gewinnstreben sein soll oder eine sendungsgetriebene öffentliche Quelle, welche daran arbeite, die Gesundheit der regionalen Bevölkerung zu verbessern. «No Margin – no

Mission» sei eine zu einfache Antwort auf die Frage, ob Spitäler gewinnorientierte Unternehmen oder öffentliche Dienstleistungsbetriebe sein sollen. Solange die Schweizer Gesundheitspolitik an Gewinnorientierung der entsprechenden Institutionen des Gesundheitswesens festhält, wird sie scheitern. Anlässlich der Trendtage Gesundheit 2022 in Luzern hat der Chirurg Prof. Bernhard Egger von Freiburg erklärt: «Solange im Gesundheitswesen Gewinne (AG's usw.) erzielt werden können (von Seiten Leistungserbringer wie Leistungsträger!), wird sich das Problem kaum vollständig lösen können. Gesundheitsinstitutionen sollten in meinen Augen alle nicht-staatliche oder staatliche Non Profit Organisationen sein/werden.» Demnach ist es unsere Aufgabe, als erstes die Religion des «No margin – no mission» abzulegen, uns der Falle der markt-, wettbewerbs-, und konsumorientierten Ökonomisierung zu entziehen, unsere soziale Verantwortung wieder wahrzunehmen. Der Spagat zwischen sozialer Verantwortung und Gewinnorientierung ist weder Ziel noch Dilemma, sondern schlicht obsolet.

Dr. med. Bernhard Estermann, Malters

## Replik auf «Übernahme sozialer Verantwortung ist mit Gewinnorientierung nicht vereinbar»

Herr Dr. Estermann hat mit seinem Beitrag die Situation im schweizerischen Gesundheitswesen treffend dargestellt: Man darf nicht über Investitionen und deren Kosten sprechen, sondern nur über Sparen. Unabhängig davon bleiben die drängenden Probleme unseres Gesundheitswesens: Immer mehr ältere und hochaltrige Menschen mit chronischen Krankheiten und mehreren Diagnosen / immer mehr Menschen mit Demenzen / zunehmende Vermischung von Medizinisch-pflegerischem, Sozialem und Juristischem / Langzeitbetreuung bringt Betroffene und Kostenträger, besonders Gemeinden, an ihre Grenzen / knappe hausärztliche Kapazitäten / starke Beanspruchung der (teuren) Notfallstationen in Spitälern / schwierige Betreuung von Menschen aus anderen Kulturkreisen und/oder mit schlechten Sprachkenntnissen. Darauf muss eine Antwort gefunden werden, und meiner Meinung nach innerhalb des gegebenen Systems mit den beiden Säulen «soziale Vorfinanzierung» und «privatwirtschaftliche Umsetzung», welches uns zum besten Gesundheitswesen der Welt gemacht hat.

Im Rahmen meiner Vorträge über unser preisgekröntes Projekt Gesundheitspunkt Oberägeri, welches eine interprofessionelle, patientenzentrierte, integrierte Grundversorgung mit Ärzten, MPKs, MPAs, einem Sozialarbeiter und einer SPITEX-Pflegefachfrau als Antwort auf die oben geschilderten Probleme umsetzt, stellen meine Kollegen immer wieder dieselbe Frage: «Und wer bezahlt dir das? Das ist doch im TARMED nicht abgebildet.» Da der Aufwand, an die nötigen Mittel zu kommen (bei uns Unterstützung durch die Standortgemeinde) sehr gross ist und viel Gratisarbeit bedeutet, ist es mit dem Reformwillen dann meist vorbei. No margin – no mission! Ist das Verhalten verwerflich, Investitionen in eine Qualität, die sich nicht rechnet, nicht zu tätigen? Oder gar sozial verantwortungslos? Sicher ist nur eines: Es führt zu einem Stillstand der Verbesserungsanstrengungen.

Wollen wir eine schweizweite Antwort auf die drängenden Probleme unseres Gesundheitswesens geben – und das sind wir unseren Patienten, welche uns dafür via Prämien und Steuergelder bezahlen, schuldig – braucht es eine koordinierte Anstrengung *aller* am Gesundheitswesen Beteiligten, von der Pharmaindustrie über Ärztesoftware-Firmen, über die Spitäler bis hinunter zu den Apotheken und zu den Hausarztpraxen auf Leistungserbringerseite zusammen mit den Leistungsträgern und dem staatlichen Regulator. Dies ist nur mit einer ernsthaften Gesundheitsreform zu erreichen und nicht mit Pflasterlipolitik in Form von Verordnungen, die keiner wirklich mitträgt (eHealth, Qualitätsartikel usw). Will man so unterschiedliche Leistungserbringer wie die genannten (und viele mehr) im Rahmen ihrer *Kernkompetenzen* eine gemeinsame Antwort finden lassen, braucht es eine gemeinsame Grundlage und gemeinsame Ziele. Mein Vorschlag: eine gemeinsame Versorgungsethik, welche den Spagat zwischen «sozialer Finanzierung» und «privatwirtschaftlicher Umsetzung» schafft, in dem sie die «Ökonomisierung des Gesundheitswesens» begrenzt, aber die privatwirtschaftliche Dynamik nicht völlig herausnimmt. Ich habe oben gezeigt, dass «No margin – no mission» nicht immer mit Gewinnoptimierung zu tun hat, sondern auch mit einem durchaus gesunden Selbsterhaltungstrieb, welcher – so man ihn bei den Verbesserungs- und Qualitätsüberlegungen nicht berücksichtigt – zum Stillstand in der Umsetzung führt = aktuelle Situation im schweizerischen Gesundheitswesen.

Dr. med. Emil Schalch

## Künstliche Intelligenz versus Heilkunst und Erfahrung

Brief zu: Mell E. Was willst du bei uns, Dr. Algorithmus? Schweiz *Ärztztg.* 2022;103(24):826–8

Landauf, landab ertönt laut und lauter das Loblied auf die «Künstliche Intelligenz» und ihren unermesslichen Nutzen für die moderne Medizin. Die Suchmaschine löst die kniffligsten diagnostischen Fragen, der Algorithmus präsentiert die Therapie. Die Diagnosen in meiner Hausarztpraxis sind allerdings eher banal: Adipositas, Bluthochdruck, Diabetes, Depression, Rückenschmerzen. Diese Krankheiten verursachen soziale Probleme, langwierige Leiden und grosse Kosten. Die Diagnosen lassen sich stellen noch bevor der Computer hochgefahren ist. Eine Waage genügt, ein Blutdruckmessgerät, eine kapilläre Blutentnahme, aufmerksames Beobachten und ein vertrauliches Gespräch mit der Patientin und dem Patienten. Ich brauche für diese Diagnosen keine «Künstliche Intelligenz». Eigentlich brauche ich überhaupt keine Intelligenz. Was mir hilft sind die Lehrer, die mir gezeigt haben, worauf es ankommt. Und ein paar Jahre Erfahrung. Schwierig wird es bei der Betreuung der betroffenen Patientinnen und Patienten. Wären nicht hier ein paar Investitionen angebracht? Investitionen für eine Hausarztmedizin mit einer kontinuierlichen Betreuung und einer stabilen Arzt-Patient-Beziehung. Inklusiv einer angemessenen Honorierung der Beratung in der Sprechstunde und der kommunikativen Kompetenz des behandelnden Arztes.

*Dr. med. Felix Schürch, Zürich*

## Mit einem konziliannten «Sowohl-als-auch» ist es nicht getan

Gilli Y, Bounameaux H. Leitplanken für Behandlungen und Betreuung am Lebensende. Schweiz *Ärztztg.* 2022;103(24):796–7.

Nach langem Tauziehen hat die FMH die SAMW-Richtlinien zur Sterbehilfe in die Standesordnung aufgenommen. Yvonne Gilli schliesst in ihrem Artikel, die neuen Richtlinien gewährleisten «Orientierung und Rechtssicherheit sowohl für Ärztinnen und Ärzte, die Suizidhilfe ablehnen, wie für jene, die diese durchführen wollen». Sind damit die Probleme, die sich in der Sterbehilfe stellen, gelöst? Sie sind es nicht. Hierzu als Beispiel ein Fall, den der *Republik*-Artikel «Überstürzter Abschied» vom 20.7.2021 thematisiert hat [1]: Die Familie eines Exit-Mitglieds stellte bei ihrem sterbewilligen Vater einen Wesenswandel fest und hatte das Gefühl, er fälle einen

überstürzten Entscheid. Dafür war im Ablauf von Exit indes kein Platz, der Widerstand der Familie wurde als Nicht-loslassen-Können taxiert, der assistierte Suizid zu deren Befremden unbeirrt durchgeführt. Der Verein Ethik und Medizin Schweiz (VEMS) hat den Fall mit verschiedenen Expertinnen und Experten besprochen. Wir sind uns einig, dass hier zumindest einiges nicht optimal gelaufen ist. Exit übrigens hat unter anderem argumentiert, bereits die Mitgliedschaft in ihrem Verein bezeuge den Sterbewunsch – wobei gleichzeitig in der Mitgliederwerbung argumentiert wird, für die meisten sei eine solche lediglich eine Rückversicherung, sie würden in der Regel keinen Gebrauch vom Angebot machen. Die Sterbehilfe ist heute zu einem Dienstleistungsbetrieb geworden. Da sie am Ende einer Krankheitsgeschichte steht, wirken Fälle wie der obige auf die Medizin zurück. So begrüssenswert es deshalb ist, dass die FMH beiden Positionen gerecht werden will, denen, die dafür sind, und denen, die dagegen sind: Es ist damit nicht getan. Was nützt, ist, dass die offenen Fragen, die sich hier seit längerem stellen und die weder die FMH noch die SAMW beantworten, endlich angegangen werden. Unter anderem ist dies der Einbezug der Angehörigen bei Fällen mit Altersdepression. Diese können oftmals am besten unterscheiden zwischen momentaner Verstimmung und tatsächlichem Sterbewunsch. Des Weiteren fehlt eine Begleitforschung, ebenso eine behördliche Supervision der Ausbildung und der Arbeit der Sterbehelferinnen und Sterbehelfer. Der VEMS hat hierzu mit einem Team von Expertinnen und Experten bereits im Dezember 2017 einen Katalog offener Fragen erstellt [2]. Diese wären nun endlich anzugehen, im Sinne einer Medizin, die sich bis zum Tod für ihre Patientinnen und Patienten engagiert.

*Dr. med. Michel Romanens, Präsident VEMS;  
Dr. med. Edward A. Schober,  
Vorstandsmitglied VEMS; Dr. rer. nat. habil.  
Walter Warmuth, Vorstandsmitglied VEMS;  
Flavian Kurth, Sekretariat VEMS*

### Literatur

- <https://www.republik.ch/2021/07/20/ueberstuerzter-abschied>
- <https://docfind.ch/VEMSArbeitsgruppeSterbehilfe-Fragekatalog.pdf>

**Les courriers des lecteurs publiés reflètent l'opinion de l'auteur. La sélection, les éventuelles coupures et la date de publication sont du ressort exclusif de la rédaction. Il n'y a pas de correspondance à ce sujet. Les contenus diffamatoires, discriminatoires ou illégaux ne seront pas publiés. Chaque auteur est personnellement responsable de ses déclarations.**

## Dilettantischer Versand von Rechnungskopien

Ein führendes Unternehmen für Rechnungsversand bietet an, eine Rechnungskopie an Patienten per E-Mail zu versenden, sofern die E-Mailadresse erfasst wurde. Der elektronische Versand ist deutlich günstiger als mittels Briefpost, und selbstverständlich umwelt- und benutzerfreundlicher. Anscheinend eine gute Idee, aber leider unterirdisch umgesetzt. Das Unternehmen sendet Patienten kostenpflichtig per Mail einen Link zum Download der Rechnungskopie. Wird dies innert Wochenfrist nicht gemacht, dann wird die Kopie zusätzlich in Briefform versendet – selbstverständlich wiederum kostenpflichtig.

Das ABC der Computersicherheit besagt, dass niemals ein Link benützt werden darf, welcher per E-Mail eintrifft. Das weiss jedes Kind – aber nicht das Unternehmen, welches sich mit «Sicherheit auf allen Ebenen» rüstet. Rein grundsätzlich stellt sich bereits die Frage, warum kontrolliert wird, ob ein Patient seine Rechnungskopie herunterlädt. Konsequenz zu Ende gedacht müssten analog auch Briefen eine Antwortkarte beigelegt werden zur Bestätigung, dass der Brief geöffnet und gelesen wurde.

Den vertraglich bei diesem Unternehmen angeschlossenen Leistungserbringern ergeht der dringende Rat, auf den E-Mail-Versand von Rechnungskopien gänzlich zu verzichten, womit zumindest ärgerliche Zusatzkosten eingespart werden. Klüger wäre gar, zu einem Anbieter zu wechseln, welcher die basalen Standards der Computersicherheit kennt und berücksichtigt.

*Dr. med. Markus Jakob, Bad Ragaz*

## Der Umgang mit der Arzt-Patienten-Beziehung kann trainiert werden

Brief zu: Bauer W. Vorbilder sind wir immer – so oder so. Schweiz *Ärztztg.* 2022;103(24):834

Dr. med. Werner Bauer schreibt in seinem spannenden Artikel, Ärzte, die von Assistenzärzten als ausgezeichnete Vorbilder erlebt würden, betonten die Bedeutung der Arzt-Patienten-Beziehung. Das ist nicht erstaunlich, denn eine ungestörte Arzt-Patienten-Beziehung ermöglicht es der Ärztin, ihr Wissen und ihre Fähigkeiten uneingeschränkt für die Patientin einzusetzen. Und die Patientin wird in die Lage versetzt, bei der Behandlung bestmöglich mitzuarbeiten.

Eine gute Arzt-Patienten-Beziehung fällt nicht vom Himmel. Sie ist auch nicht eine Frage des Talents des Arztes in der Beziehungsgestal-

tung, sondern sie kann ebenso eingeübt werden wie das Auskultieren oder eine Ultraschalluntersuchung. Sehr gut gelingt das in Balintgruppen, in denen Ärztinnen und andere Fachleute die Patienten behandeln, anhand von freien Patientenschilderungen üben, ihre Einfälle, Gefühle, Fantasien und körperlichen Sensationen wahrzunehmen und mit ihrer Hilfe die Arzt-Patienten-Beziehung besser zu verstehen.

Literatur zur Balintarbeit findet sich unter [www.balint.ch/balint-literatur.html](http://www.balint.ch/balint-literatur.html), beispielsweise im Artikel des verstorbenen Gründungspräsidenten der Schweizerischen Balintgesellschaft, Dr. med. Heinrich Egli: «Balintarbeit und Wissenschaft.» Schweiz Med Forum 2012;12(23):455–61

*Dr. med. Monika Diethelm-Knoepfel,  
Pastpräsidentin der Schweizerischen  
Balintgesellschaft, Uzwil*

### Fragwürdige Ethik

Brief zu: Gilli Y, Bounameaux H. Leitplanken für Behandlungen und Betreuung am Lebensende. Schweiz Ärztztg. 2022;103(24):796–7.

Die nun in die Standesordnung FMH aufgenommenen SAMW Richtlinien bedeuten durch die Beseitigung der früheren segensreichen «Unklarheit» eine Verschlechterung für alle jene Patientinnen und Patienten bzw. Mitbürgerinnen und Mitbürger, welche z.B. alt und «nur» lebensmüde sind und deswegen keine «ausreichende» ICD-Nummer als Voraussetzung zum humanen Sterben tragen. Selbstverständlich ist es der Ärzteschaft unbenommen, Regeln fürs eigene öffentliche «Image» zu bestimmen, und «Ethik» tönt immer gut. De facto sind die Ärztinnen und Ärzte aber mit den aktuellen Neuerungen das «Hohe Gericht» geworden, das eigenmächtig entscheidet, ob ein freier Mensch human sterben kann oder sich von der Brücke stürzen muss. (Zu meinen Studentenzeiten gab es noch Barbiturat-Hypnotika, welche frei verschrieben werden konnten.)

Mit den neuen Richtlinien innerhalb der FMH wird es nun notwendig, dass das Pentobarbital als «Sterbemittel» ausserhalb der Medizin bezogen werden kann. Man könnte das ein-

malige Bezugsrecht analog einem Waffenschein jeder mündigen und unbescholtenen Person nach einem obligatorischen, rein konsultativen Arztbesuch behördlich erteilen. Der/die Sterbewillige könnte dann in eigener Regie mit einer Sterbehilfeorganisation Kontakt aufnehmen. Ein Arzt ist beim Sterben nicht notwendig. Der Einwand, es würden dadurch Suizide von «nur» psychisch kranken Menschen erleichtert, kann selbstverständlich nicht ganz wegbewiesen werden, aber er relativiert sich durch eine mögliche Abnahme der vielen unmenschlichen und brutalen Alternativen, welche in der Not immer wieder gefunden werden. Aber vor allem: Weshalb sollte es einem leidenden Menschen in einer freien Gesellschaft nicht freigestellt werden, ob er sich behandeln lassen will oder sterben? Wenn schon die ärztliche Ethik bemüht wird: Wer gibt uns Ärzten das Recht, unsere Patientinnen und Patienten zu bevormunden? Respektvolle Fürsorge würde doch ausreichen!

Fazit: Die Ärzte haben sich ethisch eingezäunt, da ist ihr gutes Recht, aber sie haben kein Recht, über die «Ungläubigen» ausserhalb des Zauns zu herrschen. Nun sind die Politikerinnen und Politiker gefordert.

*Dr. med. Matthias Neuenschwander, Bern*

# Communications

## Examen de spécialiste

### Examen de spécialiste en vue de l'obtention du titre de spécialiste en néphrologie

Date: 19 et 20.01.2023

Lieu: Berne

Délai d'inscription: 27.11.2022

Vous trouverez de plus amples informations sur le site Web de l'ISFM [www.siwf.ch](http://www.siwf.ch) → formation postgraduée → titres de spécialiste et formations approfondies → néphrologie