

# Briefe an die SÄZ



## Die Ausnahme bestätigt die Regel?

In unserer städtischen Allgemeinpraxis haben wir langjährige Erfahrungen sowohl mit dem tiers garant als auch mit dem tiers payant, und wir können die Aussage der Ärztekasse nicht bestätigen, dass die Debitorenverluste im tiers garant kleiner seien. Im Gegenteil, seit wir grundsätzlich auf tiers payant umgestellt haben, sind unsere Honorarursachen und auch die diesbezüglichen Umtriebe viel kleiner geworden. Wir lassen von allen Rechnungen eine Kopie elektronisch ans Trustcenter weiterleiten, und alle Patienten, die das möchten, erhalten eine Kopie ihrer Rechnung auf Papier (es ist eine Minderheit). Patienten, die den tiers garant wünschen (etwa solche mit hohen Franchisen), können am Empfang sagen «bitte schicken Sie mir die Rechnung, und nicht der Krankenkasse» und entkräften somit das Argument der unnötigen Einsicht der Versicherungen in diese Rechnungen. Sollten wir mit unseren guten Erfahrungen im tiers payant tatsächlich so eine Ausnahme sein?

*Dr. med. Fiona Fröhlich, Winterthur*



## Unveränderte Praxis trotz Zustimmung

### Zum Artikel «Das Nichtstun in der Medizin» [1]

Kollege Beat Gerber hat in einem spannenden Artikel ein wichtiges Thema in den Blickpunkt gerückt: das Nichtstun in der Medizin.

In einer Zeit des überbordenden und nicht selten schädlichen medizinischen Aktivismus (bzw. Hyperaktivismus) tut Besinnung in dieser Sache dringend not, und Beat Gerber dürfte mit seinen Gedanken vielen Kollegen und Kolleginnen aus dem Herzen sprechen. Es ist zu vermuten, dass die meisten sich der Meinung anschliessen, dass gute Mediziner fähig sein sollten, «situativ das «Nichtstun», das bewusst passive Verhalten, das dem spontanen Verlauf des Krankheitsgeschehens den Vortritt gibt», zu pflegen.

So weit, so gut. Ich befürchte aber, dass es ähnlich sein wird wie beim Umweltschutz: ungeteilte Zustimmung auf der einen, unveränderte

Praxis auf der anderen Seite. Sind beim Umweltschutz die Ursachen dafür Gedankenlosigkeit, Eigennutz und Bequemlichkeit, sehe ich beim überbordenden Aktivismus einen wichtigen Grund darin, dass uns Ärzten der westlichen Medizin die Gelassenheit fehlt, die Dinge ihrem eigenen Lauf zu überlassen. Wir können (oder wollen) nicht mehr darauf vertrauen, dass am Ende auch ohne unser Zutun alles gut kommen wird, dass wir – und das scheint mir das Wichtigste – höchstens teilweise für das Schicksal der Patienten verantwortlich sind.

Nichts zu tun und die Verantwortung an etwas abzugeben, das jenseits menschlicher Machbarkeit liegt, beinhaltet in einem und zugleich die Anerkennung dessen, was als das «Transzendente» bezeichnet werden kann. Dieses Transzendente war Hippokrates die Natur, bei Paracelsus der christliche Gott, bei den chinesischen Akupunkteuren ist es das Dao; und bei uns hier und heute?

Damit stellt sich die folgende (keineswegs rhetorisch gemeinte) Frage: Ist es möglich, ohne auf eine transzendente Macht vertrauen zu können, gute Medizin zu betreiben? Oder: Überfordern sich Ärzte und Ärztinnen selber, wenn sie die volle Verantwortung für das Wohl der Patienten übernehmen wollen und wenn sie davon ausgehen, dass das Bestmögliche alleine durch ihr Tun geschehen wird?

Die Meinung der SÄZ-Leserschaft dazu würde mich interessieren.

*Dr. med. et phil. Piet von Spijk, Luzern*

- 1 Gerber B. Das Nichtstun in der Medizin. Schweiz Ärztezeitung. 2014;95(1/2):35–7.



## Eigenverantwortung

### Zum Editorial von Christine Romann [1]

Sehr geehrte Frau Kollegin Romann  
Bereits der Titel Ihres Artikels ist falsch. Die Fristenregelung wird nicht tangiert. Es geht auch nicht um ein Höherschrauben der Hürden, um den Zugang zu einem Schwangerschaftsabbruch zu erschweren. Nein – es geht einzig und allein um Eigenverantwortung! Dies ist nach Ansicht des Initiativkomitees auch das Schlüsselwort, nach welchem der Grundleistungskatalog grundlegend überprüft werden sollte. Schwangerschaftsabbrüche sind mehrheitlich nicht medizinisch indiziert. Jeder praktizierende Arzt weiss, für was alles der Begriff «psycho-

sozial» erhalten muss. Nun haben sich doch – wie bereits vor 10 Jahren – Kolleginnen und Kollegen der Gynäkologie und Geburtshilfe in den Medien zu Wort gemeldet und beteuert, keine Frau treibe leichtfertig ab. Angesichts dessen muss es wohl ein Riesenzufall gewesen sein, dass ich allein während meines sechswöchigen geburtshilflichen Praktikums zweimal von Frauen die Aussage hörte, dass die Verhütung halt nicht von der Krankenkasse bezahlt würde, die Abtreibung hingegen schon. Beide Male Ausländerinnen mit Wohnsitz in der Schweiz, eine davon hatte zuvor schon drei Mal abgetrieben. Wenn wir die Statistik betrachten und dort feststellen, dass die Hälfte (!) der Abtreibungen in der Schweiz solche Konstellationen betrifft, dürfen wir es dem Schweizer Stimmbürger nicht übelnehmen, wenn er solche Praktiken nicht mehr mitfinanzieren will. Weiter zitieren auch Sie «Kostenlüge» des Bundesrates. Es geht doch nicht nur um die direkten, sondern vielmehr um die indirekten Kosten, welche durch Abtreibungen verursacht werden! Auch wenn die zitierte Studie gewisse formale Mängel aufweist, ändert das nichts am unumstösslichen Resultat, dass Abtreibungen in einem sehr hohen Prozentsatz psychische Störungen nach sich ziehen. Diese bewegen sich rasch in einem zwei-, wenn nicht sogar dreistelligen Millionenbereich. Fatal und für unseren Berufsstand erbärmlich ist die Tatsache, dass Frauen z. B. mit Angststörungen auch von Fachkräften oft gar nicht nach stattgehabten Abtreibungen befragt werden. Und nein – wir möchten das Rad vorwärtsdrehen und unser Gesundheitssystem von einer unethischen Last befreien – der Zwangsfinanzierung der intrauterinen Kindstötung!

*Dr. med. Daniel Beutler-Hohenberger,  
Mühlehurnen  
Mitglied des Initiativkomitees*

- 1 Romann C. Initiative zum Schwangerschaftsabbruch gefährdet bewährte Fristenregelung. Schweiz Ärztezeitung. 2014;95(4):97.
- 2 Coleman PK. Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995–2009; BJP 2011, 199: 180–6.



## Respekt aus liberaler und sozialer Sicht

Liberales und auch soziales Denken übt keine Freiheit zulasten anderer aus, auch wenn es sich um ein unerwartetes wehrloses Kind im

Mutterleib handelt. Darüber schreibt Roger Köppel in der Weltwoche 4 vom 23. Januar 2014. In dieser Nummer kommt auch eine junge Gynäkologin unter dem Titel «Ich bin nur die Henkerin» zu Wort. Sie beschreibt, wie es ihr schwer falle, Abtreibungen durchzuführen. Aber es liege nicht an der Ärzteschaft, über Entscheidungen anderer zu urteilen. Die Befürworter der Initiative «Abtreibungsfinanzierung ist Privatsache» respektieren die beschlossene straffreie Fristenlösung, wobei Abtreibung aber grundsätzlich weiter verboten ist. Sie können es aber mit ihrem Gewissen nicht verantworten, dass sie über die Grundversicherung Abtreibungen mitfinanzieren müssen. Ist es darum nicht auch eine Frage des gegenseitigen Respekts, diese Haltung zu akzeptieren und die Abtreibungskosten aus der Grundversicherung herauszunehmen? Wer abtreiben will, kann für nur zwei bis drei Franken pro Monat eine Zusatzversicherung abschliessen. Es ist also nicht so, dass reiche Frauen bevorzugt würden. Nach Studien sinken jedoch die Abtreibungen um 10–25 Prozent (in der Schweiz wären das pro Jahr 1000 Kinder), wenn die Kosten selbst bezahlt werden müssen und nicht automatisch in der Grundversicherung gedeckt sind. Ich habe dieser Initiative jedenfalls zugestimmt.

Emil Rahm, Hallau



### Un des derniers tabous?

#### A propos de l'article de Jean Martin «Autonomie de la personne et choix procréatifs» [1]

Il est intéressant de noter que les points de vue américains qui sont cités tranchent passablement avec ceux des gynécologues et des professionnel-le-s de la santé amenés à faire du conseil contraceptif à Genève. En effet, une étude qualitative menée aux HUG [2] il y a quelques années avait montré qu'ils/elles ne citaient que peu fréquemment la ligature des trompes, et encore moins souvent la vasectomie, comme une méthode contraceptive à conseiller. Sauf si la demande venait d'adultes considérés comme responsables et disciplinés, ayant un partenaire stable, ayant déjà des enfants, ayant passé la quarantaine ou encore si la femme avait déjà subi des césariennes ou de nombreuses opérations chirurgicales. De plus, ils/elles n'entraient en matière qu'après avoir discuté de toutes les autres méthodes contraceptives généralement conseillées. Et après avoir évoqué la possibilité ultérieure d'un divorce ou d'un accident mortel (de voiture, d'avion, etc.) d'un des membres du couple et/ou d'un ou plusieurs de leurs enfants. Ce type

d'événement imprévisible pouvait réactiver le désir d'avoir de nouveau des enfants, avec leur partenaire ou un autre à l'avenir. Leurs réticences étaient justifiées par le caractère irréversible de l'intervention et la possibilité de regrets ultérieurs. S'agit-il d'un des derniers tabous – ou interdit – concernant la sphère de la reproduction? En effet, si nous avons actuellement le droit de faire ou de ne pas faire d'enfant(s), nous n'aurions pas le droit d'attenter à notre «capital reproductif», à nos ovules ou à nos spermatozoïdes?

Eliane Perrin, Dr en sociologie,  
Professeure honoraire, Genève

- 1 Martin J. Autonomie de la personne et choix procréatifs. Bull Méd Suisses. 2014;95(4):140.
- 2 Bianchi-Demicheli F et al. Contraceptive counselling and social representations: a qualitative study. Swiss Med Wkly. 2006;136:127–34. www.smw.ch



### Anreize für zeitgerechten Wiedereinstieg nach Arbeitsunfähigkeit setzen

#### Zum Bericht über die SÄZ-Podiumsdiskussion zum Arztzeugnis [1]

Der Bericht über das SÄZ-Podium zum «Arztzeugnis im Brennpunkt unterschiedlicher Interessen» war gespickt mit diversen Fotos des prominenten Podiums und der Zuhörerschaft. Leider ist dafür der Bericht über die «engagierte Diskussion» des Publikums für mich deutlich zu kurz ausgefallen. In der Region Nordwestschweiz ist ebenfalls ein Arztzeugnis nach dem Modell St.Gallen eingeführt worden. Nach meinen Rückfragen ist es sowohl bei den Arbeitgebern wie auch bei der Ärzteschaft auf wenig Gegenliebe gestossen. Für beide Gruppen scheint der Aufwand dafür zu gross zu sein. Vorgesetzte, vor allem in Kleinbetrieben, haben erheblich Mühe, einen für den Arzt brauchbaren Arbeitsplatzbeschreibung zu liefern. Den Arbeitgebern sind die Kosten für das ausführliche Arztzeugnis zu hoch. Den Ärzten ist die Vergütung für den damit verbundenen Aufwand zu gering (gilt auch für IV- und SUVA-Berichte). Gerade die detaillierte ärztliche Beurteilung, welche Arbeiten in welchem Umfang, in welcher Stellung usw. zuzumuten sind, verlangt genaue Informationen und arbeitsmedizinisches Wissen. Aus eigener Erfahrung weiss ich, dass die Ärzte mit «Gefälligkeitszeugnissen» sowohl von ihren Patienten als auch von Vorgesetzten und Arbeitgebern zu kämpfen haben, je nachdem wie die Auftragslage und die Versicherungssituation der Firma und andererseits, wie sehr der Mitarbeiter am Arbeitsplatz produktiv und teamfähig ist. Aus meiner Sicht würde die Problematik um die Arztzeugnisse deutlich ver-

mindert, wenn die Patienten/Mitarbeiter, ihre Vorgesetzten/Arbeitgeber und auch die beteiligte Ärzteschaft bei zeitgerechtem Wiedereinstieg von echten, auch finanziellen Anreizen profitieren würden.

Dr. med. Rudolf Ott, Biel-Benken  
Facharzt für Allg. Innere Medizin,  
Betriebsarzt SGARM

- 1 Ebnöther E. Das Arztzeugnis im Brennpunkt unterschiedlicher Interessen. Schweiz Ärztezeitung. 2014;95(4):108–11.



### Medizinstudenten sind primär junge Menschen

#### Zum Artikel «Medizinischer Nachwuchs: Wollen wir Diplomierete oder Ärzte?» [1]

Die Überlegungen zur Auslese der geeigneten Studenten sind sicherlich für Finanzierungsfragen des Medizinstudiums berechtigt. Die Frage der Auswahl würde sich allerdings weniger dramatisch stellen, wenn die dringend benötigten, annähernd doppelt so vielen Ausbildungsplätze geschaffen würden: Mit weiter abnehmender Tendenz sind nur noch knapp 60% der Ärzte Schweizer, in der Ostschweiz sind es weniger als 50%! Allerdings scheint mir eine ökonomische Perspektive verkürzt. Ein Auswahlverfahren hat immer zur Folge, dass Bewerber aussortiert werden. Hier handelt es sich aber nicht um passende oder nicht passende «Schrauben», sondern es geht primär um junge Menschen, die den Arztberuf ausüben wollen. Menschen bringen einerseits ihre Biographie mit und haben andererseits ein Entwicklungspotential, das wir ja auch in jeglicher Behandlung voraussetzen. Zu leicht werden in einem Auswahlverfahren Menschen benachteiligt, weil sie möglicherweise keine durchschnittliche Sozialisation erlebt haben. Der einzelne junge Mensch wird leider kaum berücksichtigt, wenn er schon mit der Zulassung, aber schlimmer noch nach 1 oder 2 Jahren aufgrund von diffusen, fraglich geeigneten Kriterien aussortiert wird. Ich finde, wir sollten statt in aufwendige Auswahlverfahren in eine menschliche Universitätsausbildung investieren, in welcher die angehenden Ärzte be-

#### Leserbriefe



Reichen Sie Ihre Leserbriefe rasch und bequem ein. Auf unserer neuen Homepage steht Ihnen dazu ein spezielles Eingabefeld zur Verfügung. Damit kann Ihr Leserbrief rascher bearbeitet und publiziert werden – damit Ihre Meinung nicht untergeht. Alle Infos unter: [www.saez.ch/autoren/leserbriefe-einreichen/](http://www.saez.ch/autoren/leserbriefe-einreichen/)

gleitend zur fachlichen Qualifizierung an die Werte des ärztlichen Ethos herangeführt werden. Wenn das Bild des Arztberufes und auch des Medizinstudiums in der Öffentlichkeit sich an primär ethischen Kriterien festmachen liesse, würden sich hauptsächlich die in diesem Sinne motivierten Bewerber für ein Studium bewerben oder auch die Studenten selbst merken, ob sie den Beruf ausüben können und wollen.

*Med. prakt. Michael Kammer-Spohn, Pfäfers*

- 1 De Haller J. Medizinischer Nachwuchs: Wollen wir Diplomierte oder Ärzte? Schweiz Ärztezeitung. 2014;95(4):129-32.



### Intervention appropriée

En réponse à l'éditorial d'E. Gähler paru dans le BMS du 29.1.2014 [1], je voudrais affirmer que l'intervention tarifaire du Conseil fédéral dans le TARMED est appropriée.

Cela fait plus de vingt ans que l'on promet aux médecins de famille une revalorisation de leur travail via le tarif (GRAT, puis TARMED). Et cela fait vingt ans que les promesses ne sont pas tenues, du fait de l'incapacité des partenaires tarifaires à s'entendre. En particulier, la FMH a

été incapable de s'affirmer vis-à-vis des puissants lobbies qui la composent ou qui lui font face.

Donc le Conseiller fédéral Berset – il est vrai sous la pression d'une initiative populaire en faveur de la médecine de famille – a tranché dans le nœud gordien en optant pour une revalorisation linéaire des prestations de médecine générale. Et, comme celui d'Alexandre, son geste est politiquement approprié.

*Dr Pierre Cagli, 1005 Lausanne*

- 1 Gähler E. Intervention tarifaire du Conseil fédéral: démarche arbitraire versus appropriée. Bull Méd Suisses. 2014;95(5):145.

## Aktuelle Forumthemen

Jetzt online mitdiskutieren auf [www.saez.ch](http://www.saez.ch)



Dr. Ruth Baumann-Hölzle, Leiterin Institut Dialog Ethik

### Organentnahme

Spende oder Übergriff?



Prof. Dr. Volker Amelung und Dr. Sascha Wolf, beide Bundesverband Managed Care e.V.

### Gesundheitswesen

Was die Schweiz von Deutschland lernen kann



PD Dr. med. Franz F. Immer, Facharzt für Herzchirurgie FMH, CEO Swisstransplant

### Organspende

Unethische Widerspruchslösung?

*Foto: FelderVogel, Melchior Bürgi*