

Briefe an die SÄZ

Teilzeitärzte – ein Trend mit Brisanz

Ärzte schätzen Teilzeit – so überschreibt die NZZ am 29.3.2018 ihre Zusammenfassung der FMH-Ärzttestatistik 2017 [1]. Mit diesem Titel beleuchtet die NZZ zwar eine brisante Entwicklung, geht aber genauso wenig wie die FMH selbst auf Hintergründe und Auswirkungen dieses Trends ein.

Teilzeitarbeit und Work-Life-Balance

Die steigende Nachfrage nach Teilzeitpensen im stationären wie im ambulanten Bereich hängt nicht nur mit der seit Jahren erkennbaren Feminisierung des Arztberufes zusammen. Immer mehr suchen auch männliche Ärzte Teilzeitpensen, sei es, um ihre berufstätige Lebenspartnerin in der Kindererziehung zu entlasten und um deren eigene berufliche Karriere zu unterstützen, oder sei es, um einem spannenden Nebenberuf oder Hobby nachzugehen.

Die jüngere Ärztegeneration gewichtet ihre Work-Life-Balance grundsätzlich anders als die älteren Semester. Für die eigenen Patienten rund um die Uhr erreichbar zu sein ist längst passé.

Der Trend zu Teilzeitpensen ist brisant und wird sich auf die Qualität der Patientenbetreuung und auf den Arztberuf selbst auswirken:

Teilzeitpensen und Betreuungskontinuität

Speziell betroffen durch die Teilzeitarbeit ihrer Ärzte ist der wachsende Anteil jener Menschen, die durch chronische und Mehrfach-erkrankungen vermehrt gefährdet sind. Studien belegen für solche Menschen eine stabilere Gesundheit und weniger Hospitalisationen, wenn sie langfristig durch die gleiche ärztliche Bezugsperson betreut werden – auch in Gruppenpraxen.

Aus wirtschaftlichen Gründen sind ärztliche Teilzeitpensen nur noch in Gruppen- und Grosspraxen möglich. Chronisch Kranken trotz zunehmenden Teilzeitpensen eine hohe Betreuungskontinuität zu bieten wird somit zu einer entscheidenden Herausforderung für Gruppen- und Grosspraxen.

Vom Freiberufler zum Angestellten

47% der Ärzte arbeiten im stationären Sektor, die überwältigende Mehrheit davon als Lohnempfänger. Dazu kommen aus dem ambulanten Sektor 4,2% als Praxisassistenten oder angestellte Fachärzte, deren Anteil mit Zunahme der Teilzeitarbeit ständig wächst [2]. Somit zählt demnächst oder bereits jetzt die Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte zu den Lohnempfängern.

Teilzeitärzte suchen bevorzugt eine Arbeit im Angestelltenverhältnis. Sie sind auf Investo-

ren angewiesen, die ihnen die erforderliche Infrastruktur zur Verfügung stellen und einen angemessenen Lohn zahlen. Bereits heute investieren nicht nur Spitäler, Krankenversicherungen und Ärztenetze, sondern auch finanzkräftige anonyme und branchenfremde Investoren in Gruppenpraxen und Praxisketten (Beispiel: Medbase bei Migros).

Somit stellen sich folgende Fragen: Wird sich der schrumpfende Rest selbständig erwerbender Ärzte all diesen Investoren unternehmerisch als ebenbürtig erweisen? Oder signalisiert der Trend zur ärztlichen Teilzeitarbeit das Ende der freiberuflichen Arztstätigkeit?

Dr. med. Christian Marti,
mediX-Gruppenpraxis Zürich

- 1 Hostettler S, Kraft E. FMH-Ärzttestatistik 2017. Schweiz Ärztezeitung. 2018;99(13–14):408–13.
- 2 Barker I, et al. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions. BMJ. 2017;356:j84 / <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.j84>

Es wäre fahrlässig, die Flinte bzw. das Stethoskop ins Korn zu werfen

Brief zu: Osterwalder A. Stethoskop – Museumsstück. Schweiz Ärztezeitung. 2018;99(15):477–8.

Es wäre wohl fahrlässig, die Flinte bzw. das Stethoskop ins Korn zu werfen. Es gibt immer noch gute Gründe, eines bei sich zu haben, selbst im Spital.

- Angenommen das CT steigt in der Nacht aus und kann nicht umgehend repariert werden: Das Stethoskop kann zur Diagnose «Peritonismus» plötzlich sehr nützlich sein.
- Das anamnestiche Gespräch, die Palpation und Auskultation begünstigen die Bildung des Beziehungshormons Oxytocin, das dämpfend auf die Amygdala wirkt, wodurch sich Stress und Angst verringern. Eine gewiss nicht unerhebliche Nebenwirkung.
- Besagte Trias (Gespräch, Palpation und Auskultation) stellt ein vertrautes ärztliches Ritual dar, das als Placebo (über eine Endorphinausschüttung) zu einer Schmerzlinderung führt. Auch dieser Effekt darf sich sehen lassen.
- Was ich schliesslich als Unterassistent vor bald 40 Jahren gelernt habe: Die Auskultation gibt der Ärztin oder dem Arzt überdies entscheidende 10 bis 15 Sekunden Zeit, um über die Differentialdiagnose, Abklärungsmodalitäten und mögliche Therapien

nachzudenken. Mehr noch: wertvollste Sekunden, die uns auch gestatten, auf unsere Intuition und unser Körpergefühl zu achten, was für die Entscheidungsfindung von erheblicher Bedeutung sein kann.

Fazit: So segensreich die Technik auch sein mag – den menschlichen Kontakt kann sie nicht verdrängen, und hierzu gehört u.U. nun mal auch das Stethoskop.

Dr. med. lic. theol. Michel Lansel, Zürich

Frauen sind anders. Männer auch.

Brief zu: Löllgen R. Irreführende und gefährliche Fehlinterpretationen. Schweiz Ärztezeitung. 2018;99(3):60–1.

Wir danken Dr. Löllgen und Kollegen für Ihren Kommentar [1] zu unserer im Juli 2017 im *Critical Care Medicine* publizierten Studie [2]. Diese Studie hat weltweit ein grosses Medien-echo hervorgerufen, wurde aber teilweise in den Medien falsch und verzerrt dargestellt. Das ist schade, weil das Thema wichtig ist für unsere Studentinnen und jungen Kolleginnen. Unsere Studie wollte keinesfalls Frauen in diesem Beruf beleidigen oder diskreditieren. Die Studie hat lediglich das Führungsverhalten von unerfahrenen Studentinnen in einer Reanimationssituation mit dem ihrer männlichen Kollegen verglichen und dabei Unterschiede festgestellt, welche einen Einfluss auf Patientenoutcomes haben können. Bei zunehmendem Anteil von Frauen im Medizinstudium ist dies eine wichtige Erkenntnis, welche uns veranlassen sollte, einen entsprechenden Schwerpunkt in der Ausbildung zu legen. Nur eine bessere Kenntnis und offene Diskussion der geschlechtsspezifischen Unterschiede kann die Qualität der medizinischen Versorgung verbessern und ermöglicht eine effizientere Schulung von angehenden Teamleiterinnen und Teamleadern. Bei all den zu Recht kritisierten Limitationen hat unsere randomisierte prospektive Simulatorstudie hierzu einen Beitrag geleistet.

Es ist richtig, dass die Vorerfahrung der Probandinnen und Probanden nicht untersucht wurde und wir insbesondere die bereits gesammelte Erfahrung in Führungspositionen (z.B. Militärdienst) nicht erfasst haben. Es wäre wünschenswert, dass der Militärdienst wirklich einen solchen Effekt auf das Führungsverhalten in Notfallsituationen hätte. Selbst wenn dies so wäre, müsste aber der Fokus von nicht Militär-erprobten Medizinern im Studium auf Führungsverhalten umso

wichtiger sein. Ohne Forschungsstudien in diesem Bereich, welche genau dieses Thema untersuchen, können wir keine Fortschritte erreichen. Geschlechtsunterschiede nicht zu thematisieren ist deshalb kontraproduktiv und nicht lösungsorientiert.

In einer Folgestudie (noch unveröffentlicht) haben wir mittels unmittelbar vor der simulierten Reanimation ausgefüllter Fragebögen den Kenntnisstand über und die konkrete Erfahrung in der geprüften Situation erfasst und dabei keinen Unterschied zwischen den Geschlechtern gefunden. Die beobachteten Unterschiede im Verhalten sind demnach nicht mit Unterschieden im Wissen und/oder in der Erfahrung erklärbar.

Frauen sind anders. Männer auch. Wir sollten diese Unterschiede genauer beleuchten und voneinander lernen, mit dem Ziel, die Patientenversorgung zu verbessern. Eine grosse amerikanische Studie hat zum Beispiel tiefere Mortalität bei Patienten gefunden, die von weiblichen Ärzten behandelt wurden, im Vergleich zu Patienten, die von männlichen Kollegen behandelt wurden [4]. Möglicherweise treffen Frauen im stationären Bereich bessere Entscheidungen? In der Notfallsituation zeigen männliche Medizinstudenten ein besseres Führungsverhalten verglichen mit weiblichen Medizinstudenten, obwohl die Studentinnen bewiesenermassen kein schlechteres Wissen und keine schlechteren Fähigkeiten besitzen. Führung in Notfallsituationen ist zentral wichtig und kann und soll in der Aus- und Weiterbildung gelehrt werden. Vielleicht profitieren besonders in diesem Bereich unerfahrene Frauen davon. Es braucht aber auch weitere Forschung bei erfahrenen Reanimationsteams, um Notfallsituationen optimal meistern zu können.

*Dr. Simon Amacher, Chur
Prof. Stephan Marsch, Basel
Prof. Sabina Hunziker, Basel*

- 1 Löllgen R, Schmutz J, Eppich W, Heimberg E. Irreführende und gefährliche Fehlinterpretationen. *Schweiz Ärztezeitung*. 2018;99(3):60–1.
- 2 Amacher SA, Schumacher C, Legeret C, Tschan F, Semmer NK, Marsch S, Hunziker S. Influence of Gender on the Performance of Cardiopulmonary Rescue Teams: A Randomized, Prospective Simulator Study. *Crit Care Med*. 2017 Jul;45(7):1184–91.
- 3 Eagly AH, Karau SJ. Gender and the emergence of leaders: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991;60(5):685–710.
- 4 Tsugawa Y, Jena AB, Figueroa JF, Orav EJ, Blumenthal DM, Jha AK: Comparison of Hospital Mortality and Readmission Rates for Medicare Patients Treated by Male vs Female Physicians. *JAMA Intern Med*. 2017;177(2):206–13.

Assurance maladie complémentaire: un système sans contrôle?

En octobre 2017, j'ai (homme, 79 ans, bonne santé, assurance complémentaire semi-privée) été opéré d'une hernie inguinale dans une clinique de la place.

Le 9 janvier 2018, je reçois la facture du chirurgien (5380.10). Je lis: «hernie bilatérale». Or il n'avait été question que d'une hernie unilatérale.

Je fais suivre la facture à mon assurance (A.), avec une note signalant l'erreur. En réponse (26 janv.), elle m'informe que: «Les factures relatives à des honoraires privés stationnaires ne peuvent être contrôlées», et me suggère de contacter les «fournisseurs de prestation». J'écris donc au chirurgien, qui me répond (8 févr.) qu'effectivement il y a erreur et qu'il va revoir la facturation. Peu avant m'était parvenue la facture d'un second chirurgien pour «assistance opératoire» (1275.80). (Je n'avais jamais entendu parler de lui; sa présence est-elle nécessaire dans le cadre d'une opération somme toute banale et routinière?)

En février me parviennent la facture rectifiée du chirurgien (3851.–), et un remboursement (379.80) de son collègue «assistant». Au total, la facture des chirurgiens est réduite de 1898.90 francs, donc de plus d'un quart!

Du côté de l'A., bien que je lui aie demandé de retenir provisoirement les factures initiales, j'en reçois le remboursement! A moi la tâche de lui retourner la somme économisée! Je lui adresse les factures révisées, lui demande par courriel comment procéder, et ajoute quelques remarques et questions. Ce 15 mars, je reçois de l'A. un «Décompte de prestations» qui m'octroie jusqu'au 9 avril pour le paiement (sic!). Quant aux questions posées, à ce jour, pas de réponse.

Au départ, la facture du chirurgien, avec une erreur dans la mention de son intervention (bilatérale au lieu de unilatérale), dont résulte une surfacturation.

Errare humanum est. Certes, mais cela met en évidence l'enjeu du contrôle. Quel contrôle et qui contrôle?

On l'a vu, l'A. s'en déclare incapable. Étonnant, car une ligne de la facture du chirurgien men-

tionne «Rapport succinct (à la demande de l'assureur): 69,30», et ce dernier m'a confirmé (20 févr.) qu'il y est écrit noir sur blanc «hernie inguinale unilatérale!» Il suffirait à l'A. de comparer rapport et facture!

Dans un complément d'informations fourni par l'A. (19 févr.), j'apprends que dans le cadre de la complémentaire les «prestataires de soins» fixent «librement» leurs honoraires «en dehors de toute convention» et que «la vérification [des factures] doit être faite par l'assuré lui-même». Première nouvelle! Je n'ai pas souvenir d'en avoir jamais été informé ni que l'A. ait jamais sollicité mon feu vert avant le règlement d'une facture.

Pour conclure: l'A. a la possibilité de vérifier au moins si l'intervention facturée est bien l'intervention effectuée. Elle ne le fait pas, et défausse la responsabilité du contrôle sur l'assuré, qui n'en sait rien! Sur la base du présent épisode, mon sentiment est qu'elle n'a que faire d'un contrôle par l'assuré; pour sa bureaucratie, m'a-t-il semblé, mon intervention a été une perturbation, non pas une contribution.

La note de l'A. du 19 février se conclut ainsi: «La prise en charge de ces frais par les caisses-maladie est basée sur un rapport de confiance entre les fournisseurs de prestations, les assurés et les caisses-maladies.» Voilà qui laisse songeur! Dans les faits, n'aurait-on pas affaire là à un système sans contrôle?

*Christian Lalive d'Epinay
Dr sc. écon. et soc.
Prof. hon. de l'Université, Genève*

Briefe

Reichen Sie Ihre Leserbriefe rasch und bequem ein. Auf unserer neuen Homepage steht Ihnen dazu ein spezielles Eingabebotool 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/