

Courrier au BMS

Hausarzt heute: Abrechnungshürden – mehr Frust als Lust

Brief zu: Rodondi PY. Aktenstudium in Abwesenheit der Logik. Schweiz Ärztezg. 2018;99(38):1302.

Die Krankenkassen möchten, dass der Patient zuerst zum Hausarzt geht. Damit sollen Kosten gespart werden. Soweit so gut. Der Hausarzt soll ...

- neue Patientendossiers einlesen,
 - Überweisungen zum Facharzt schreiben,
 - Befunde vom Facharzt lesen,
 - Medikamentenpläne kontrollieren und mit dem Patienten besprechen,
 - Bescheinigungen, Rezepte, Physiotherapieverordnungen schreiben,
 - Befunde an die Krankenkasse, Spitäler, Facharzt, Pflegeheime schicken,
 - mit Angehörigen, Therapeuten, Spitex reden ...
- und das alles ist nur 30 min/3 Monate/Patient erlaubt.

Wie soll das gehen? Nach Aufbrauchen des Zeitlimits bekommen wir die Rechnung zurückgeschickt mit dem Vermerk: «2 min zu viel abgerechnet».

Der Hausarzt soll den Patienten maximal 6x 5 min / 3 Monate untersuchen. Wenn der Patient häufiger krank ist, darf der Hausarzt umsonst arbeiten. Wie soll das gehen?

Der Hausarzt soll die sek/min stoppen, die der Patient da ist. Er soll jede Handlung, jedes Einlesen, jedes Telefon stoppen. Aber wehe, es kommt ein Anruf dazwischen, dann muss die Stoppuhr angehalten werden und später wieder aktiviert werden. Wie soll das gehen? So kann ich nicht arbeiten, die Konzentration ist nicht beim Patienten, sondern bei der Stoppuhr.

Der Hausarzt darf nur noch den Notfall abrechnen, wenn Gefahr an Leib und Leben besteht. Also ist ein gebrochener Arm kein Notfall? Eine Schnittwunde kein Notfall? Ein Migräneanfall kein Notfall? Und wie sieht das der Patient? Er verlangt, sofort untersucht zu werden. Er hat beim Notfall-Telefon der Krankenkasse angerufen, diese haben ihm gesagt, er sei ein Notfall und müsse sofort behandelt werden. Wie sollen wir abrechnen?

Der Hausarzt soll in allen Situationen für den Patienten da sein, darf aber für das Gespräch nicht länger als 20 min brauchen. Wie soll das gehen, wenn der Hausarzt über eine neue schwere Erkrankung (z.B. Krebs) sprechen muss? Soll er sagen «kommen sie morgen wieder!»???

Oder wenn er bei einem Sterbenden ist und mit den Angehörigen sprechen muss, soll er dann auch morgen wiederkommen???

Wie soll mit einem solchen Abrechnungssystem die Hausarzt-Medizin funktionieren? Wer möchte da noch Hausarzt werden? Wie geht es weiter? Wie sollen wir Nachfolger für die Praxis finden?

Dr. med. Doreen Hug, Weggis

Das Ende des freien Arztberufes

In der NZZ vom 6.6.2018 und in der SÄZ Nr. 38 vom 19.9.2018 [1] nahm Dr. med. Franz Eigenmann Stellung zu Auflösungserscheinungen des freien Arztberufes.

Ich stimme mit ihm in allen Punkten überein, nur in einem nicht: Der freie Arztberuf zeigt nicht Auflösungserscheinungen, es gibt ihn nicht mehr!

1. Die ersatzlose Abschaffung der Seniorenbewilligung per 1.1.2018 durch die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich ohne Vernehmlassung. Der frühere Präsident der AGZ Dr. med. Walter Grete äussert sich in der erwähnten Ausgabe der SÄZ dazu empört.

Sollte die Behauptung der Gesundheitsdirektion zutreffen, dass die Seniorenbewilligung mit den geltenden Gesetzen in Widerspruch steht, hätte mit der Verordnung über die universitären Medizinalberufe vom 28.5.2008 die Seniorenbewilligung abgeschafft werden müssen. Die Exekutive hätte mithin während 10 Jahren unrechtmässig Bewilligungen erteilt.

Wenn umgekehrt, wie Dr. med. Walter Grete ausführt, gar keine Gesetzesänderung vorliegt, die die Abschaffung der Seniorenbewilligung zwingend fordert, dann liegt Willkür beim Erlass «Neuerungen für Ärztinnen und Ärzte mit Berufsausübungsbewilligung» der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (12/2017) vor, und Gewohnheitsrecht wird mit Füssen getreten.

2. Eine im Wahlstudienjahr des Medizinstudiums stehende junge Frau berichtet, dass Vorlesungen über juristische Implikationen gehalten worden sind, die sie so in Angst versetzt hätten, dass sie keinerlei Massnahmen an Patienten durchführen werde, die potentiell einer Verletzung der körperlichen Integrität entsprechen; sie wird also bei konsequenter Umsetzung all das praktisch so Wichtige wie Spritze setzen, Blut nehmen, Gelenke und lumbal punktieren nicht ausführen

und am Ende des Wahlstudienjahres all dies auch nicht können. Sie weiss jetzt, dass sie niemals in der somatischen Medizin tätig werden könnte mit diesen Vorgaben. Zu unserer Zeit war es einfach so: Wir waren einem Assistenzarzt unterstellt, der wiederum einem Oberarzt. Juristische Diskussionen gab es nie! Wir wurden angeleitet, wie man diese oder jene Tätigkeit praktisch umsetzt und wurden so fähig. Ich kann also Franz Eigenmanns Einschätzung, dass wir medizinische Sachbearbeiter im Medizinstudium heranzüchten, nur beipflichten. Wie sollen Medizinstudenten Ärzte werden, wenn ihre grösste Sorge ist, keinen Fehler zu begehen?

3. Am Staatsexamen finden die praktischen Prüfungen mit Schauspielern anstelle von Patienten statt. Das zeigt: Wir sind am Ende des freien Arztberufes in einer Theateraufführung angelangt, wo jeder eine Rolle spielt. Der Prüfling ist nicht angehender Arzt oder angehende Ärztin, er ist in einem Theaterstück selbst ein Laiendarsteller, der, so gut es eben geht, sich das einbildet, was er physisch beim «gesunden» Schauspieler gar nicht erheben kann. Oder wie sollte es gelingen, beispielsweise Aszites klinisch festzustellen?

Weil dem so ist, ist das Staatsexamen auch gar nichts mehr wert. Für gleichsam alles und jedes, wozu wir damals in freier Ausübung unserer Tätigkeit als Ärzte mit erworbenem Staatsexamen befugt waren, muss nun zuerst eine Dignität erlangt werden, wenn man die erbrachte Leistung selber abrechnen können will. Das ist ja vielleicht das einzig freie noch am Arztberuf, dass wir Tarifpositionen selber in eine Leistungserfassung einbringen dürfen. Man darf natürlich nicht vergessen, dass wir seinerzeit unsere praktische Erfahrung in 50plus-Stunden-Wochen über mehrere Jahre an Spitälern erlangt haben, wobei wir oft an den kleineren Spitälern, wo man in der Regel viel mehr Verantwortung als an grossen Kliniken übernehmen durfte, am meisten gelernt haben. So waren wir am Ende unserer Weiterbildungszeit nicht nur mit einem Curriculum auf Papier versehen, sondern unser Rucksack war für den Praxisalltag gut gepackt. Heute wollen viele gar nicht mehr in einen freien Arztberuf als Selbständigerwerbende eintreten, sondern sich anstellen lassen. Die Gründe verstehen sich von selbst.

4. Ich war immer ein Gegner der Lockerung von Werbung im Arztberuf gewesen, und ich habe auch selber nie Werbung betrieben. Freier Arztberuf und Werbung sind unvereinbar. Sobald Werbung ins Spiel kommt, werden

die Hüter über den Wettbewerb auf den Plan gerufen. In einem nicht freien, hochgradig regulierten Marktumfeld, in dem die Käufer von Leistungen diese nicht vollumfänglich selber bezahlen, werden so viele falsche Anreize geschaffen, dass ein eigenverantwortliches Handeln Ärzten gar nicht mehr überlassen werden darf, immer unter der Prämisse, dass diese potentiell in Bereicherungsabsicht handeln.

Bleibt zum Schluss die Frage, ob es ein Zurück zum freien Arztberuf geben wird. Nach meiner Einschätzung kaum! Die Ärzteschaft müsste in dieser Frage geeint auftreten, und schon da sehe ich keinen Silberstreifen am Horizont. Gesundheitsökonomien und Politiker haben uns längst die Macht über unser eigenes Tun entzogen.

Dr. med. Daniel Schlossberg, Zürich

1 Eigenmann F. Zu den Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit*. Schweiz Ärztezg. 2018;99(38): 1293-1294

Fatale Tendenzen im Gesundheitswesen – Sorgen um die Zukunft des Zürcher Waidspitals

Offener Brief an den Gesundheitsdirektor des Kantons Zürich, an den Gesundheitsvorsteher der Stadt Zürich und den Direktor der Zürcher Stadtspitäler

Als langjährige Hausärztinnen und Hausärzte von Zürich Nord und Mitglieder der institutionalisierten Kontaktgruppe vom ärztlichen Kader des Stadtspitals Waid mit der niedergelassenen Ärzteschaft machen wir uns nach den jüngsten Entwicklungen grosse Sorgen um dessen Zukunft. Es steht zu befürchten, dass mit den von der Politik formulierten Forderungen und Zielsetzungen das Waidspital schrittweise «ausgeblutet und todgeschumpft» werden könnte, ein Horrorszenario für uns und wohl auch grosse Teile der Bevölkerung des Einzugsgebietes. Und dies war am gleichen Tag in der Zeitung zu lesen wie die Prognose zum Bevölkerungswachstum, dass man nämlich mit einer Zunahme von 100 000 Menschen in Zürich Nord und West rechnet. Wo bleibt da der Weitblick?

Es fällt auf, wie viele Widersprüche in den Argumentationen stecken und wie so falsche Anreize gesetzt werden. Gut soll also der Chirurg sein, der möglichst viel operiert. Der generierender Spital viel Ertrag und senkt die Gestehungskosten.

Gut ist aber vielmehr der Chirurg, der nicht nur das Handwerk beherrscht, sondern die Indikation richtig und zum richtigen Zeitpunkt stellt, gut informiert, die Betreuung vor und nach der Operation gewährleistet und interdisziplinär gut vernetzt ist. Ob er nun 10 oder 50 Knie-Endoprothesen im Jahr implantiert,

sagt hingegen sehr wenig aus über seine Qualität. Solche Zahlen sind jedoch heute der Gradmesser für die Vergabe von Leistungsaufträgen und das verdient energischen Widerspruch.

In «Der externe Standpunkt» der *NZZ am Sonntag* vom 23.9.2018 schreibt Jürg Barben: «Gesundheitspolitiker träumen von Spitälern, die eine hervorragende Versorgung für alle bieten und gleichzeitig hochprofitabel sind. Das ist leider unmöglich. Gesundheit kostet etwas.» Seinen Ausführungen ist voll und ganz zuzustimmen und es ist zu hoffen, dass es bei den Entscheidungsträgern langsam wieder zu einem Umdenken kommt. Wettbewerb und freier Markt können im Gesundheitswesen und weiteren Bereichen des öffentlichen Lebens einfach nicht funktionieren. Da gibt es vor allem im Ausland schon genügend Belege. Barben betont auch, Spitäler könnten nur auf Kosten der Qualität Gewinne erzielen!

Es ist betrüblich, sachlich falsch und respektlos, wenn zu lesen ist, es stünde nun «Das grosse Entrümpeln» an im «maroden» Waidspital. Auf Grund unserer langjährigen Erfahrung und Zusammenarbeit wagen wir zu behaupten, dieses Stadtspital sei heute so gut wie noch nie. Vernetzung ist nicht nur ein Schlagwort, sondern wird gelebt. Fast tägliche Telefonate von betreuenden Assistenzärztinnen oder Kaderärzten zeugen davon und dienen der Behandlungsoptimierung unserer gemeinsamen Patientinnen und Patienten. Die erste hausärztliche Spital-Notfallpraxis im Kanton Zürich ist der Notfallstation des Waidspitals angegliedert und vor bald 10 Jahren installiert worden. Es herrscht eine Kultur der Offenheit und des Respektes. Die Patientenbetreuung ist ganzheitlich, medizinisch hochqualifiziert, menschlich und nimmt auf die sozialen Aspekte Rücksicht. Auch nach der Einführung der Fallpauschalen hat sich dies für uns nicht merklich geändert. Im Waidspital werden Operationsindikationen sehr sorgfältig geprüft und mit den Patienten besprochen. Die Altersmedizin und Palliativmedizin sind ebenfalls hervorragend, aber bekanntermassen tariflich sehr schlecht gestellt. Und im Waidspital darf man auch sterben, wenn die Zeit gekommen ist. Ein durchaus wichtiger Aspekt.

Es kann wohl nicht sein, dass ein Spital mit diesem Leistungsprofil nun auf Grund des «ökonomischen Ratings» massive Steuerungseingriffe gewärtigen muss. Wir warnen die Verantwortlichen eindringlich vor einem «Kahlschlag».

Fatale Tendenzen steht in der Überschrift. Damit ist nicht die ursprüngliche Bedeutung gemäss Fremdwörter-Duden gemeint, nämlich «vom Schicksal bestimmt», sondern die Interpretation «verhängnisvoll, folgenschwer»!

Aus menschlicher Sicht, unserer Meinung nach im Gesundheitswesen weiterhin essentiell, können wir eine Schlussbemerkung nicht unterlassen. Wie mit dem bisherigen Direktor des Waidspitals nach 28 Jahren Arbeit für dieses Haus verfahren wurde, empfinden wir als menschenverachtend.

Für die Hausärztinnen und Hausärzte der Arbeitsgruppe Waidkontakt:

Dr. med. Beda Basler, Zürich

La Suisse ne ratifie pas la Convention cadre de l'OMS contre le tabagisme – Inadmissible!

Le 1^{er} octobre s'est ouverte au siège de l'OMS à Genève la conférence des pays parties à cette convention cadre. La Suisse, qui l'a signée en 2004, n'y participe pas... parce que, depuis tantôt quinze ans, elle n'a jamais ratifié ledit texte. Parce qu'on considère qu'il s'agit d'un sujet mineur? Plus probablement, c'est là un signe de l'efficacité à Berne des lobbies anti-prévention, représentant des industries qui sont des *disease mongers* (marchands / colporteurs de maladies).

Difficile, à vrai dire inadmissible, pour les milieux qui se préoccupent de santé (et cela devrait être inadmissible pour notre population!), d'accepter que, année après année, notre pays ne veuille pas reconnaître le danger majeur qu'est le tabac (10 000 morts par an en Suisse). La majorité du Parlement fédéral ne veut rien savoir de l'histoire des prises d'influence et manœuvres de *Big Tobacco* (savoir, l'industrie mondiale du tabac dont des membres importants ont leur siège chez nous), depuis des décennies: désinformation, dénégations indignées, manœuvres dilatoires pour éviter l'instauration de limites à la vente ou la publicité – alors que de telles limites font baisser la consommation. Non contente de manipuler les chiffres attestant de la nocivité du produit, on peut dire qu'elle tente de manipuler les consciences, celles des cibles de leurs lobbyistes.

Le 6 septembre dernier, impressionnante émission «Temps présent» de la RTS Un, intitulée «Attention, ce Parlement peut nuire à votre santé», sur les liens très discutables (le mot est très faible) de dizaines de politiciens inféodés à cette industrie. Y compris dans le cadre d'un groupe dit «pour une prévention raisonnable», qui en réalité freine des quatre fers pour éviter toute prévention.

Après avoir l'an dernier renvoyé à l'expéditeur un projet de loi sur les produits du tabac qui proposait de modestes avancées, le Conseil national vient de refuser à quelques voix près une mesure (minimale) visant à limiter la publicité auprès des jeunes. Je connais passable-

ment de parlementaires bourgeois mais n'arrive guère à réconcilier notre amitié avec leur opposition à la protection de la santé. Clairement, le corps médical et ses organisations devraient s'engager plus fermement dans ce débat.

Dr Jean Martin, Echandens

Invalidisierte Mitmenschen: für alles gut?

Brief zu: Kapp F. Sind Erleichterungen für den Diebstahl an den Sozialversicherungen nötig? Schweiz Ärztztg. 2018;99(32):1018.

Von begünstigtem unstatthaftem Rentenbezug ist nicht die Rede, hingegen könnten ja diejenigen, die auf vermeintliche oder tatsächliche «Erschleicher von IV-Leistungen» zeigen und Detektive auf sie ansetzen möchten (woraus eine Renteneinsparung von 12 Mio. CHF/Jahr resultieren würde, vgl. «Tages-Anzeiger» vom 15.5.2018), bequem von den in finanzieller Hinsicht ungleich relevanteren Steuerhinterziehungs-«Kavalieren» ablenken (Deliktsumme 335 Mio. CHF/Jahr, vgl. ebenfalls «Tages-Anzeiger» vom 15.5.2018). Zudem sind Detektive teuer, besonders, wenn sie auch noch hinter jeder der seitens F. Kapp aufgezählten ärztlichen Dispense (welche immerhin vielleicht Coronarsklerose und -infarkte verhindern helfen?) eine möglicherweise unrechtmässige Belastung der Krankenkasse vermuten und «aufzudecken versuchen» müssten. Die Krankenkassen wurden ja zur Vermeidung einer Zweiklassen-Medizin für obligatorisch erklärt, nachdem viele Patienten z.B. für die hohen Kosten von nötig werdenden chirurgischen Behandlungen nicht aufkommen konnten und hinsichtlich ihrer Arzt- und Spitalrechnungen wegen finanzieller Überforderung in Schulden gerieten. Detektivüberwachungen sind insofern problematisch, als angeblich von 100 «Verdachtsfällen» sich nur gerade 14 bestätigen lassen (von diesen auch nur 3 bis 4 mithilfe von Detektiven) – so dass auf die anderen 86 durch ihre unnötigen in Zweifel gezogene Invalidität ohnehin schon in ihrem Alltag quasi auf Schritt und Tritt handicapierten Leistungsberechtigten zusätzlich ein ganzes Arsenal oder «Sortiment» von detektivischen Aktivitäten und Methoden losgelassen würde: Telefonüberwachung Videocams, Drohnen, GPS-Tracking, Observieren, Hinterherschneifeln, Betreten der Wohnung in Abwesenheit des Bewohners (um im Kühlschrank nach dem teuren Parma-Schinken zu suchen?). Trotz der doch sonst immer so ungemein streng zu beachtenden Unschuldsumutung würden so 86 Betroffene (von hundert Verdächtigen) zu Unrecht mit-verdächtigt, zu-

sätzlich zur Diffamierungstendenz seitens einer gewissen (Volks-)Partei gegenüber Invalidisierten, sie sich «auf Kosten anderer ein – allerdings wegen Behinderung beschwerliches – Gratis-Dasein leisten»?

Peter Süssstrunk, Seewis

BR Cassis verrät die humanitäre Tradition der Schweiz

Verwundert rieb ich mir die Augen und war ehrlich empört, dass ausgerechnet Bundesrat Ignazio Cassis mit seiner Stimme als Aussenminister es ermöglichte, dass der Gesamtbundesrat mit unglaublicher Arroganz am Parlament und am Volk vorbei die Lockerung der Schweizer Waffenexport-Bestimmungen beschloss. Zum Glück erfolgte am 26. September im Nationalrat eine erste Korrektur und zum Glück gibt es eine breite Allianz, die diesen Entscheid rückgängig machen will. Ausgerechnet «unser» BR, ein Arzt, von dem man erwarten dürfte, dass er über ein höheres moralisches Gewissen verfügt als ein ausschliesslich der Wirtschaft und dem Profit verpflichteter FDP-Kollege.

So schnell wird man offenbar vom Filz der Elite in Wirtschaft und Politik «assimiliert» und hebt damit ganz nebenbei die guten diplomatischen Dienste der Schweiz für eine friedliche Welt und die Schweizer Neutralität aus. Unglaublich!

Ich hoffe sehr, dass Bundesrat Cassis diese Haltung überdenkt, sich wieder auf die friedlichen Werte der Schweiz besinnt und die Aussenpolitik unseres Landes in dieser Krisenzeit wieder auf Vermittlung und Dialog ausrichtet und nicht zum Vasall der Kriegstreiber und Gewalt-Exporteure mutiert.

Er wäre gut beraten, sich am Völkerrecht und speziell an der UNO-Charta, Artikel 2 (Gewaltverbot), zu orientieren, welcher die Androhung und Anwendung von Gewalt zwischen Staaten explizit verbietet. Dazu gehört eigentlich auch der Waffenexport, denn niemand weiss, in welche Hände Waffen letztlich gelangen.

Sollten Bundesrat und Parlamentarier die falschen Weichen stellen, dann hoffe ich, dass wir als Zivilgesellschaft und verantwortlich handelnde Menschen nicht weiterhin zivilen Gehorsam leben, sondern erkennen, dass ziviler Ungehorsam Pflicht wird. Das sollten wir aus der Geschichte gelernt haben.

Und das sagte bereits Albert Einstein 1917.

Am 2. Oktober ist der Internationale Tag der Gewaltlosigkeit und der Geburtstag von M. Gandhi. Ihm verdanken wir unter anderem die Erkenntnis, dass nur Gewaltlosigkeit

den Weg aus der Gewaltspirale weisen kann, kombiniert mit Verantwortung für Dialog und Kooperation. Die Schweiz sollte da vorangehen.

Wir lassen uns nicht täuschen und belügen und unsere Kinder in den nächsten Krieg führen.

Es ist an der Zeit aufzuwachen.

www.friedenskraft.ch

Dr. med. Paul Steinmann, Worb

Outcome-orientierte Laborverordnungen oder Präzisionsmedizin

Brief zu: Aujesky D, Bassetti S, Battegay E, Cornuz J, Hess C, Leuppi J, Müller B, Reny JL, Rodondi N, Vollenweider P, Waeber G, Gaspoz JM. Aktionsplan für die Universitäre Allgemeine Innere Medizin. Schweiz Ärztztg. 2018;99(38):1262–5.

Ich möchte der Gruppe von Chefärzten der universitären Kliniken für Allgemeine Innere Medizin herzlich danken und zu ihrem Aktionsplan zur nachhaltigen Attraktivitätssteigerung der Inneren Medizin für den Nachwuchs gratulieren (und natürlich viel Erfolg wünschen). Fast wie eine «*contradictio in adiecto*» las sich aber der Folgeartikel im gleichen Heft – aus eben einer universitären internistischen Klinik. Eines der propagierten Grundprinzipien («Verordnen Sie keine Laboruntersuchungen, die keinen Einfluss auf die Behandlung haben») ist m.E. von einem etwas vereinfachenden Outcome-Denken und der Motivation, gesundheitsökonomischen Beifall zu ergattern, geprägt. Es ist eine zentral wichtige, wenn auch schwierige Aufgabe der stationären (nicht nur der Inneren!) Medizin, eine ursächliche Diagnose zu stellen. Dazu gehört neben vielem anderen auch die Charakterisierung der Thrombophilie (von den AutorInnen angeführtes Beispiel). Wenn wir die Nachteile der Evidenz-basierten Medizin durch eine personalisierte(re) oder Präzisionsmedizin eliminieren und wenn wir die enormen Informationsmengen der «-omics»-Analysen sinnvoll interpretieren und zum Nutzen der PatientInnen einsetzen wollen, ist folgendes von Bedeutung: Klinische Daten (Anamnese, Status, Umfeld etc.), aber auch die verschiedenen Wegstationen des biomedizinischen Lebensverlaufes müssen so genau wie möglich erfasst werden. So kann es sein, dass die Ursache X einer Thrombophilie in 5 Jahren auf Grund neuer Forschungen neue medizinische relevante Konsequenzen haben wird. Wer kümmert sich dann um die Umsetzung beim nicht charakterisierten Patienten? Weiter ist wichtig – wieder nur als sehr kleines Beispiel –, die Diagnose «Ws Grippaler Infekt» im richtigen Setting durch «Erstmanifestation eines Dengue-Fiebers» zu ersetzen, weil ein Folgeinfekt oder allenfalls sogar eine Imp-

fung – nicht nur unbedingt mit diesem spezifischen Erreger – eine erhebliche Morbidität (zumindest!) nach sich ziehen kann.

Die isolierte Konzentrierung auf den akuten «Outcome» (zusammen mit dem immer häufiger beobachteten Nichtstun bei sog. «fehlender» Evidenz) wird kurzfristig vielleicht nicht bestraft, langfristig ist sie ein Risiko für die PatientInnen. Als Kollateralschaden steigert sie auch keinesfalls das Ansehen der Allgemeinen Inneren Medizin als akademische Disziplin.

Prof. Dr. med. Reto Krapf, Liestal

Fehlende wissenschaftliche Evidenz bei Rentenablehnungen

Brief zu: Romanens M et al. IV-Inspektionen, Rentenkürzungen und ärztliche Pflichten. Schweiz Ärztezg. 2018;99(36):1191–4; und Kurth H. Keine oder ungenügende Fakten. Schweiz Ärztezg. 2018;99(39):1314–5.

Die Zahl der IV-Betrüger unter der «gesetzlosen» Überwachung war gering. Die IV-Stellen hatten die Daten dazu erhoben. Die Zahl der IV-Rentenablehnungen/-kürzungen ist viel höher. Die mangelnden Daten sind ein Problem. Das Schicksal der Menschen mit Rentenablehnung oder Rentenkürzung wird von keiner offiziellen Stelle erfasst. Es gibt keine wissenschaftliche Untersuchung zur Frage, wie die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit durch die Versicherungen mit der Lebensrealität der Betroffenen übereinstimmt. Das sollte uns nachdenklich stimmen. Viele von uns in der Praxis Tätigen kennen Einzel-

schicksale unter ihren Patienten. Die von Kollegin Doris Brühlmeier erfolgte Stichprobe weist darauf hin, dass das Erteilen einer (Teil-)Rente eine Unterstützung im Genesungsprozess bedeutet und es damit kranken Menschen eher ermöglicht, Schritte zur Arbeitswiederaufnahme zu machen. Während die finanzielle, oft existenzielle Not bei Rentenablehnung den psychischen Druck und das Leiden verstärkt, was keineswegs zur Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit verhilft.

Das geplante Gesetz erteilt alle Macht den Versicherungen. Es ist keine Gewaltenteilung (Anordnung der Überwachung durch eine dritte Stelle) vorgesehen. Das öffnet Tür und Tor, dass die Überwachung zum Quasi-Standard des Rentenprüfungsverfahrens wird. Damit wären dann alle Antragsteller und Antragstellerinnen Verdächtige.

Dr. med. Maria Cerletti, Zürich

Communications

Examen de spécialiste

Examen de spécialiste pour l'obtention du titre de spécialiste en ophtalmologie

Date: les vendredi/samedi 10 et 11 mai 2019

Lieu: Palais des Congrès de Paris

2, place de la Porte Maillot

Niveau 3, côté Paris

F-75017 Paris

Délai d'inscription: du 1^{er} au 31.10.2018

Vous trouverez de plus amples informations sur le site web de l'ISFM www.siwf.ch

→ Domaines spécialisés → Titres de spécialiste et formations approfondies (formation postgraduée) → ophtalmologie