

# Ein halbes Jahr FMH-Präsident<sup>1</sup>

*Ein Gespräch zwischen Jacques de Haller und Bruno Kissling*

**Wir beiden langjährigen standespolitischen Weggefährten sprachen am 14. Dezember 2004 miteinander während einem gemeinsamen Mittagessen im Restaurant Burgernziel in Bern. Dieser Ort liegt einen Katzensprung neben unserem jeweiligen Arbeitsplatz – J. de Haller's FMH-Büro und meiner Hausarzt-Praxis. Es ist spürbar, dass der Wechsel unserer Funktionen zum FMH-Präsidenten respektive zum Chefredaktor von PrimaryCare nicht mehr die frühere ungezwungene Gesprächsatmosphäre zulässt, in der wir während unserer gemeinsamen Zeit im SGAM-Vorstand kreative und «freche» Argumente feurig brainstormen und ausprobieren konnten. Jacques de Haller muss seine Aussagen jetzt vorsichtig abwägen, da sie, durch die Feder des Chefredaktors 1000fach repliziert, mit ihrem präsidialen Gewicht leicht einen ungewollten Brand entfachen könnten.**

*Bruno Kissling: Lieber Jacques, wohin willst Du die FMH führen?*

Jacques de Haller: Mein erstes Anliegen war es, dem Zentralvorstand eine *Arbeitsmethode* vorzuschlagen, mit welcher die FMH ihre Ziele gemeinsam definieren und den Weg dahin skizzieren kann. Dieser erste Schritt ist sehr gut gelungen; die ZV-Mitglieder arbeiten hoch motiviert und kreativ mit ... und sind jetzt alle klar überlastet!

**Genau so wichtig ist für mich der aktive Einbezug der FMH-Mitglieder; dazu wünsche ich mir einen echten Kontakt und kontinuierlichen respektvollen Austausch mit allen Gruppierungen und Mitgliedern innerhalb der Ärzteschaft.**

Ich finde es zudem ausserordentlich wichtig, dass sich die FMH als Standesorganisation in ethischen, gesundheitsrelevanten und humanistischen Fragen der allgemeinen Politik profiliert.

Sie darf sich dort nicht «vornehm» zurückhalten, muss – mit dem ganzen damit verbundenen Risiko – Stellung beziehen. In der Asylfrage, beim Gesetzesentwurf zur Verwahrungssinitiative und in der Dieselfrage in der Luftreinhalteverordnung haben wir das bereits getan. Vor diesem Hintergrund werden auch die standespolitischen Bemühungen der Ärzteschaft anders gehört werden.

**Die FMH darf von den Politikern nicht mehr vergessen oder ausschliesslich als Vertreterin von engen Eigeninteressen wahrgenommen werden; sie muss selbstverständlich bei allen Fragen der Gesundheitspolitik mit einbezogen werden.**

Die Pflege einer respektvollen Beziehung – übrigens eine unserer ärztlichen Kernaufgaben und -kompetenzen – zum Departement des Innern sowie zum BAG, zu PolitikerInnen, Versicherern und Apothekern betrachte ich als Basis für eine konstruktive Zusammenarbeit auf der Suche nach Lösungen für unser komplexes Gesundheitswesen.

Dabei steht vor allem bei den PolitikerInnen viel Arbeit an, um ihnen glaubwürdig zu zeigen, dass die FMH nicht vor allem eine Gesellschaft zur Vertretung der Eigeninteressen der Ärzte ist, sondern dass sie durchaus auch bereit ist, viel Energie in die Qualitätsentwicklung zu stecken und dass sie sich auch der ökonomischen Frage nicht verschliesst.

Auch auf dieser Ebene müssen wir alle Ziele gemeinsam mit den betroffenen politischen Instanzen entwickeln. Ein Beispiel dafür ist die Idee der FMH, anstelle der Aufhebung des Kontrahierungs-

zwangs gemeinsam Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien als Voraussetzung für die Zulassung zur freien Praxistätigkeit zu erarbeiten.

*Was meinst Du zu den «Zielen und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts», die zurzeit von einer ExpertInnengruppe der SAMW, der FMH sowie der fünf Medizinischen Fakultäten erarbeitet werden?*

Dies ist ein Work in progress; die nächste Sitzung wird in zwei Tagen, am 16.12.2004, stattfinden; ich kann mich deshalb begreiflicherweise nur ganz vorsichtig dazu äussern. Die Inhalte sind sicher sehr gut überlegt und evident. Ob die Methode eines Projektes, das letztlich doch von oben – top-down – kommt, wirklich Bewegung in den Alltag des Gesundheitswesens zu bringen vermag, darüber bin ich zum jetzigen Zeitpunkt nur zurückhaltend optimistisch.

Aus Sicht der FMH müssen insbesondere auch die für die Gesundheit der Menschen so eminent wichtigen sozio-ökonomischen Bedingungen genügend gewichtet werden. Das aktive Mitwirken der Ärzte ist ein absolutes Muss.

*Ein Top-down-Prozess ist sicher eine problematische Voraussetzung in einem Veränderungsprozess. Hast Du von swissdoc gehört? Es ist eine Diskussionsplattform, die von der FIAM Bern zurzeit entwickelt wird. Menschen aus allen Bevölkerungsschichten und verschiedensten Interessengruppen sollen in Qualitätszirkel-artigen Runden, in einer vertrauensvollen Atmosphäre des respektvollen Zuhörens, miteinander über Fragen von Gesundheit und Krankheit sprechen. Die vertiefte Auseinandersetzung in breiten Kreisen mit diesen zentralen Fragen unseres Daseins dürfte – bottom-up – zu den bestmöglichen Veränderungen führen.*

Veränderungen brauchen Zeit. Das wissen wir bestens von uns selber, aber auch

<sup>1</sup> La version française de cet article a été publiée dans le numéro 3 de PrimaryCare.

von der Arbeit mit unseren PatientInnen. Diese Zeit wird von den Politikern in der Regel leider nicht zugelassen.

*Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs, freie Arztwahl, freier Markt ... heisse Eisen?*

Bemerkenswert ist, dass heute die stärkste politische Unterstützung der Ärzte von links kommt. Die Rechtsparteien machen sich für die Aufhebung des Kontrahierungszwangs, die Beschneidung der freien Arztwahl, den Leistungsabbau und den freien Markt stark.

Diese Methoden sind untauglich, denn die Menschen brauchen, anders als bei anderen Gütern, dann medizinische Leistungen, wenn es ihnen – nicht nur gesundheitlich, sondern in der Folge sehr oft auch ökonomisch – schlecht geht; also gerade dann, wenn sie das Produkt Medizin nicht mehr kaufen könnten.

Die Regeln des Marktes sind somit völlig inkompatibel mit der Methode unserer Arbeit mit den Patienten: dem Prinzip von «Care»!

*Gibt es einen Attraktor zur Steuerung des komplexen Gesundheitswesens?*

Diese Frage ist enorm schwierig zu beantworten, denn die Interessen der verschiedenen Gruppierungen divergieren teilweise so diametral, dass ich mir keinen Attraktor vorstellen kann. Ein Beispiel: Die SUVA will die Menschen möglichst früh, also vor der vollständigen Genesung, stufenweise in den Arbeitsprozess reintegrieren. Die Industrie hingegen will ihre Leute erst dann zurückhaben, wenn sie wieder voll arbeitsfähig sind.

**Ein Attraktor könnte sein, die Befindlichkeit der Menschen, deren Energie und Kreativität anzuheben; denn Lebensjahre ohne Kreativität sind oft verlorene Lebensjahre.**

*Eine Frage in eigener Sache. Bist Du als FMH-Präsident aus PrimaryCare über die Anliegen der Hausärzte informiert?*

Sicher bin ich informiert. Doch als FMH-Präsident bin ich allen Fachgesellschaften gleich nah, und ich darf keine parteiische Initiative, keine parteiische Notmassnahme ergreifen, wie immer auch die Lage ist, wie immer meine persönlichen Gefühle sind.

Im Bereich des Tarmed beispielsweise müssen sich die Grundversorgergesellschaften für ihre Anliegen selber stark machen. Denn es ist ein offenes Geheimnis, dass die von den Hausärzten nach Einführung des Tarmed laut geforderte Dringlichkeitsposition nie umgesetzt werden wird, wenn sie sich nicht selber aktiv dafür einsetzen.

*Was tust Du als FMH-Präsident für die Hausarztmedizin? Ich muss etwas ausholen: Ein gesundes Gesundheitswesen sollte über 60% HausärztInnen und 40% Spezialisten verfügen. Zurzeit ist der Trend gerade umgekehrt und die Schweiz geht einem Hausärztemangel entgegen. Dabei dürfte der aktuelle gesundheitspolitische Kontext eine bedeutende Rolle spielen. Die Attraktivität des Berufes dürfte aber zusätzlich dadurch beeinträchtigt werden, dass man bis heute den Beruf des Hausarztes nicht richtig lernen kann – wenn man die Inhalte der Europäischen Definition der Allgemeinmedizin / Hausarztmedizin Wonca 2002 als Vorgabe für die Lernziele betrachtet und anpeilen möchte. Alle diesbezüglichen Projekte, wie z.B. die Praxisassistenten, scheiterten mehr oder weniger – vordergründig an den Finanzen. Wie unkonventionell darf ein revidiertes SGAM-Weiterbildungsprogramm zur Förderung der Hausarztmedizin sein? Fände beispielsweise ein Projekt, das die ÄrztInnen in Weiterbildung zur Hausarztmedizin zu wöchentlichen Seminaren ausserhalb der Klinik zusammen-*

*ziehen würde, wie es in Holland der Fall ist<sup>2</sup>, die Zustimmung der FMH? Wäre es nicht gar Pflicht der FMH, in dieser gesundheitspolitisch dringenden Frage von sich aus aktiv zu werden?*

Ich will die FMH mit meiner mehrfach erwähnten Methode für alle konstruktiven Ideen – und diese ist wirklich eine solche – so offen wie möglich machen. Doch auch diese Idee muss von den Grundversorgern selber aktiv eingebracht und vertreten werden. Den Entscheid werden die paritätisch zusammengesetzten Instanzen der FMH gemeinsam fällen. Dabei gibt es keine Gewinngarantie; doch die suggestive Steuerung ist ja immerhin eine Grundfähigkeit der HausärztInnen, die sie bei ihrer täglichen Arbeit regelmässig anwenden.

*Lieber Jacques, ich danke Dir herzlich für dieses Gespräch und wünsche Dir – und damit uns allen – viel politischen Erfolg, aber auch viel Freude und Befriedigung bei Deiner grossen Aufgabe als FMH-Präsident.*

<sup>2</sup> Siehe auch: van der Wel M. How to enjoy GP medicine to the max: the importance of a high quality, allround GP traineeship. PrimaryCare 2004;4:817–9.