

Martin Röthlisberger

Medizin am Tourismusort: heutige Situation

(Unerfreulicher) Nachtrag zu meinem Artikel über Hausarztmedizin am Tourismusort

So erfreulich und interessant die Medizin am Tourismusort ist, seien die sich in den letzten Jahren häufenden Probleme nicht verschwiegen.

Unsere Generation kannte damals in der Spitalzeit nichts anderes als die Arbeit. 5½ Tage Arbeit im Spital plus Nachtdienste 1–3-mal pro Woche, je nach Grösse des Hauses, und Wochenenddienste ohne Kompensation alle 2–4 Wochen waren normal, die Arbeitszeiten unregelmäßig, man musste einfach seine Arbeit erledigen. Beim Übergang in die Praxis war der Dienst, den wir im Dorf machen mussten, etwa dasselbe, und so hat es mich wenig gestört, dass ich in meinem ersten Sommer der einzige Arzt in Arosa war und ein halbes Jahr Dauerdienst machen musste, weil das einzige Sanatorium, das damals noch existierte, sich am Dienst nicht beteiligte. So empfand ich dann die Niederlassung meines Kollegen Herwig, der seinem erkrankten Vater nachfolgte, als grosse Erleichterung. Der Dienst zwischen uns zweien war unproblematisch. In den ersten Jahren machten wir beide von Weihnachten bis Ostern Dauerdienst. Später konnten wir dann die Sonntage abwechseln (nicht ohne Opposition aus dem Dorf), später auch die Nächte. Als zeitweilig eine weitere Ärztin ihre Praxis neben ihrem Sanatorium eröffnete, fühlten wir uns schon paradiesisch gut!

Die heutige Generation von Kolleginnen und Kollegen ist aber in einem ganz andern Umfeld gross geworden. In den Spitälern herrscht das Arbeitsgesetz, gemäss dem Nachtdienst auch ohne Arbeit voll als Arbeitszeit gilt. Dass diese Generation sich schwer damit tut, 182 Dienste im Jahr und 26 Wochenenddienste zu machen, ist mehr als begreiflich. Auch beteiligen sich die jungen Kollegen mehr an ihrem Familienleben, als wir es taten, und die Ehepartnerinnen sind auch nicht mehr bereit, auf alles zu verzichten, wie es die unsrigen noch waren.

Kommt dazu, dass die meisten «Notfälle» nachts und an Feiertagen genauso gut am Tage vorher oder nachher in die Praxis kommen könnten. Echte Notfälle sind vielleicht ein knappes Viertel der Patienten: akute Unfälle, Asthmaanfall, Nierenstein, schweres Nasenbluten, schmerzhafte Otitis beim Kind, Herzinfarkte, Urtikaria usw. Aus diesem Grunde neigen unsere Nachfolger dazu, in der Zwischensaison keinen Dienst mehr zu machen und die akuten Fälle dem Telefondienst oder der Nummer 144 zu überlassen. Erfreulicherweise hat der Kanton Graubünden jetzt Geld in die Hand genommen, um Ärzte, die mehr als 10 Sonntagsdienste machen müssen, zu entschädigen. Wie sich das auswirken wird, werden wir sehen.

Zunehmende Schwierigkeiten macht auch die Suche nach einem (einer) Assistenzarzt(-ärztin) für die strenge Wintersaison. Und dies, obwohl alle ehemaligen Mitarbeiter unserer beiden Arosener Praxen übereinstimmend sagen, sie hätten in keinem Spital in einem Jahr so viel gelernt wie in einer Kurorts-Allgemeinpraxis in 3 Monaten. Natürlich hat das seinen Preis: Ortswechsel für 3–4 Monate. Das wird nicht geschätzt; die frühere Bereitschaft, für eine interessante Stelle Wohnort und Wohnung zu wechseln, ist heute nicht mehr so gang und gäbe wie früher, als Assistenzärzte während ihrer Weiterbildung in der Regel einmal jährlich zügelnd mussten.

In den 40 Jahren, da ich meine Praxis in Arosa führte, haben wir einen stetigen Abstieg im Verdienst erlebt. In den ersten Jahren verdienten wir sehr gut. Aber dann kam die Salami-Taktik im Gesundheitswesen voll zu ihren Ehren. Es verschwanden zuerst die Schweizer Privatpatienten. Mehr und mehr präsentierte auch der Hotelgast im Fünfsterntel seinen Krankenschein. Noch während einiger Jahre konnten wir bei Auswärtigen auf unsern miesen Bündner Tarif 20% draufschlagen, seit dem neuen KVG geht das nicht mehr. Und weil es keinen Schweizer Einheitstarif gibt, mussten wir die Zürcher, Basler, Genfer usw. für 78 Rappen, später 80 und jetzt 82 Rappen pro Taxpunkt behandeln, die Kassen machen also einen Gewinn, wenn ihre Patienten in den Ferien krank werden. Leider hat es der Bündner Ärzteverein verpasst, den Krankenkassentarif in den 70er Jahren der Tatsache anzupassen, dass Graubünden finanziell nicht mehr ein armer, sondern ein mittelstarker Kanton geworden war. Man hat uns immer gesagt, wir hätten ja die Privatversicherungen. Doch diese für uns angenehmen und etwas besser zahlenden privaten Unfallversicherungen wurden mit dem neuen KVG abgeschafft. Die kollektiven Unfallversicherungen bei der Privatassekuranz, wo die meisten Betriebe der Hotellerie versichert waren, sind 1984 durch das UVG abgelöst worden. Die Suva hat vor ca. 20 Jahren ohne Kompensation die Vergütungen für die Röntgenbilder abgesenkt. Natürlich fast nur für diejenigen, die in der Praxis gemacht wurden. Und seit der Einführung des TARMED arbeiten wir jahrelang für den gleichen Tarif, was unsere Kollegen in der ganzen Schweiz auch bemerken. Und die Absenkung der Labortarife trifft uns alle. Leider hat uns in den achtziger Jahren das Bündnervolk auch noch die Möglichkeit der Selbstdispensation massivstens eingeschränkt.

Schliesslich wurden diverse Ausländer, die wir bisher privat abrechnen konnten, wegen der bilateralen Verträge zu KK-Patienten. Und die Höhe: Deutsche Unfallpatienten müssen wir über den KK-Tarif abrechnen, weil es in Deutschland keine Suva gebe! Hier haben

sich unsere Unterhändler vom Bund schön über den Tisch ziehen lassen ... Dabei hiess es doch in der Abstimmung, Ausländer würden wie Schweizer abgerechnet.

Auf der anderen Seite fallen in den Kurortspraxen erhebliche Kosten an, die ein Arzt an einem Ort ohne Saison-Schwankungen nicht hat. Die Praxis muss punkto Grösse dem Ansturm in der Wintersaison genügen, ist somit für 8 Monate zu gross (und zu teuer). Man braucht im Winter ärztliche und MPA-Mitarbeiter(innen). Bis diese die Praxis kennen und einigermaßen effizient arbeiten, vergeht sicher ein Drittel des Winters. Kennen sie die Praxis, so ist die Saison vorbei, und sie ziehen wieder fort. Da wir aber diese Mitarbeiter(innen) logieren müssen, sind wir gezwungen, Wohnraum für das ganze Jahr zuzumieten, denn nur für den Winter allein gibt es nichts, die Vermieter haben auch ihre Jahreskosten. Und um im nächsten Winter mit versierten Mitarbeiterinnen arbeiten zu können, müssen wir im schwachen Sommer einen eher zu grossen Personalstab behalten.

Diese Kombination von sinkenden Erträgen und steigenden Kosten hat dazu geführt, dass die früher gut bis sehr gut verdienenden Praxen unterdurchschnittlich wurden. Dann ist es kein Wunder, wenn Nachfolger nicht investieren wollen, um sich nicht zu binden, und weil die Banken in ihrer Kreditvergabe auch sehr vorsichtig geworden sind.

Den Kollegen und Kolleginnen im Unterland werden die meisten Fakten sehr bekannt vorkommen. In den Tourismusorten haben sich diese aber kumuliert mit den entsprechenden Folgen. In Arosa hat jetzt die Gemeinde eine Praxis in einem eigens gekauften Stockwerk eingerichtet und vermietet sie einem Kollegen, der dadurch nicht mit seinem eigenen Kapital haftet und, wenn es ihm nicht gefällt, auch wieder wegziehen kann, ohne sich um die Nachfolge kümmern zu müssen.

Ich habe diesen Artikel ohne Freude geschrieben, denn er kontrastiert so krass gegenüber meiner Schilderung über die tolle Medizin an sich an Fremdenverkehrsarten. Aber es ist wahrscheinlich richtig, auch die negative Seite zu zeigen.

Korrespondenz:

Dr. med. Martin Röthlisberger
Allgemeinmedizin FMH
Edenplatz
7050 Arosa
dr.roe.arosa[at]bluewin.ch