

Leserbriefe

Ist Mitmenschlichkeit bezahlbar?



Die Anwendung des neuen Tarifs mit seiner Zeit-Taxierung bringt eine oft übersehene Problematik der allgemeinärztlichen Tätigkeit wieder ans Licht: Menschenliebe und persönliche Zuwendung gehörten zwar schon seit jeher zu den Tugenden des Arztes. Und diese selbstverständlichen Dienste, wo immer beim Hausarzt in Anspruch genommen, wurden auch oft ganz unkompliziert honoriert: mit Aufrundung der Rechnung, mit Naturalgaben, Gelegenheitsgeschenken. In den letzten Jahrzehnten jedoch, wo sich in unserer Gesellschaft nur noch selten eine schwesterliche Freundin, ein väterlicher Freund findet und der Zugang zu den kirchlichen Seelsorgern ausser Mode geraten ist, hat das Mass solch mitmenschlicher Bereitschaftsdienste in der allgemeinärztlichen Tätigkeit ungeahnt zugenommen; der medizinische Spezialist, aber auch ein Versicherungsfachmann konnte sich schwerlich ein Bild davon machen. Neuerdings aber, wo überall die Minuten zählen, wird überraschend sichtbar, wie viel Zeit ein Hausarzt für allgemeine Zuwendung, für Begleitung, Aussprache, Beratung, für Zuhören, Trösten und Mutmachen investiert!

Zwei grundsätzliche Fragen drängen sich hier auf:

Ist wirklich all dieser Aufwand entschädigungswürdig, wobei die Kosten dafür zu versichern sind? Entsprechend der ursprünglichen Grundidee der Sozialversicherung sicher nicht; allenfalls wäre es als Wellness-Bedarf dem Privatsektor zuzuordnen.

Und darf ich als Arzt mit gutem Gewissen eine Grundleistungs-Minutage verrechnen, für Selbstverständlichkeiten, die meistens keinerlei spezielle Berufsausbildung und -Ausrüstung benötigen? Wenn andererseits die sogenannte kleine Psychotherapie beim Hausarzt als «Miete eines Freundes» definiert wird, müsste

wohl auch über den geschuldeten Mietzins zu befinden sein.

Hier tritt ausserdem eine bisher wenig beachtete Ursache für die beklagte Kostensteigerung im Medizinalwesen in Erscheinung!

In einer Krankenkassenzeitung ist schon vor Jahren die Zunahme derartiger Arztbeanspruchungen kritisch vermerkt worden: Die Leute sollten doch ihre Sorgen und Probleme zum Pfarrer oder zur Sozialfürsorgerin tragen, die bereits für solches bezahlt seien ... Müssten also derartige Konsultations-Minuten als «Nicht-Pflichtleistungen für die obligatorische Versicherung» markiert werden? Man hat sie ja auch schon öfters hinterher administrativ beanstandet, in Fällen von überdurchschnittlichem totalem Zeitaufwand für das angegebene Leiden. Heute indes gibt es zum Glück den Diagnose-Code «M6: psychosomatisch», welcher aus obigen Gründen prinzipiell, bei überhaupt jedem hausärztlichen Fall, vorsorglich mitdeklariert werden sollte! Ob's funktioniert?

Dr. med. Hans Rudolf Schwarz, 6613 Porto Ronco

Wer wird die chronisch Kranken noch betreuen?



Sehr geehrte Frau Saner

Herzliche Gratulation zu Ihrem Editorial zum Thema «Billigkeit» (im doppelten Sinne) unserer Medizin [1]!

Sie beschreiben treffend die Folgen einer Indexierung der Kosten unserer Medizin. Trotzdem geht es bei der Kostenstellerstatistik der Santésuisse «nur» um Rückforderungen von Geld. Unseren Politikern schwebt aber mit der Einführung der Vertragsfreiheit vor, noch «einen Zacken zuzulegen». Statt nur eine Rückforderung zu gewärtigen, müssen wir nun auch Angst davor haben, ganz den Zugang zum «Fressnapf» der Sozialversicherungen zu verlieren. Und dies (bei enger Streuung) schon unterhalb der ominösen

120%-Grenze und ohne jede Begründung seitens der Kassen oder Rekursmöglichkeit! Wenn eine solche Regelung ohne adäquate Berücksichtigung des Krankheitszustandes der Klientel einer Praxis durchkommt, dann ist es vorbei mit der Betreuung von chronisch Kranken. Jedermann wird Halali zur Jagd nach «guten Risiken» blasen und versuchen, seine Praxis den chronisch Kranken durch Passivität und «minimal care» verleiden zu machen.

Während die «in Bern droben» am Politisieren sind: Was können wir in der Zwischenzeit tun? Sie beschreiben die Notfallmassnahmen von Betroffenen mit Kostenschnitt um 120% und mehr: Generika verordnen, Stellvertretungen machen (wo hernehmen?), keine Notfallgebühren mehr verrechnen (gratis arbeiten?), Praxispensum reduzieren etc. Genauso sollten alle statistisch Begünstigten, die Teilzeit-Arbeitenden, Mitglieder von Gemeinschaftspraxen mit separater Konkordatsnummer, die mit dem Schnitt um 80% oder darunter liegen, schauen, dass sie in Zukunft etwas grosszügiger verordnen, oder vermehrt chronisch Kranke oder Tumorpatienten mit teuren Therapien behandeln. So würden die Kolleginnen und Kollegen mit einer ungünstigeren Praxisstruktur entlastet und eine gefährliche Abwärtsspirale der Kosten und damit mutmasslich der Behandlungsqualität vermieden.

Dr. med. Markus Gnädinger, 9525 Steinach

1 Saner B. Die Spirale dreht sich oder: Weshalb wir immer «billiger» werden müssen / Pris dans la spirale infernale ... ou pourquoi nous sommes condamnés à devenir sans cesse «meilleur marché». PrimaryCare 2004;4:599-600.

Flüssigkeitszufuhr bei Nierenkolik?



Eine Frage zum Artikel über Nierenkolik [1] bzw. zu deren Therapie: Sie schreiben gerade als ersten Satz im Abschnitt «Be-

handlung der Krise» (S. 608): «Es ist wichtig, die Flüssigkeitszufuhr während der Krise auf <1 Liter / 24 Stunden zu begrenzen.»

Bisher war ich der Meinung, bei Nierenkoliken müsse die Flüssigkeitszufuhr gesteigert werden auf ca. 3 Liter pro 24 Stunden, um das Konkrement eventuell ausschwemmen zu können.

Ihre Empfehlung lautet gerade umgekehrt, und Ihre pathophysiologische Erklärung leuchtet mir auch ein – aber warum wurde bisher stets diese Flüssigkeitssteigerung empfohlen?

Ich bitte Sie um Ihre fachspezifische Hilfe zur Klärung.

Dr. med. Andreas Schmid-Meister, 3114 Wichtrach

Réplique

Dr A. Schmid-Meister s'étonne du fait que l'on préconise une restriction hydrique en période aiguë d'une colique néphrétique, alors qu'il avait la notion qu'il fallait forcer la diurèse à 3 L/24 h.

Cette attitude a longtemps prévalu car on avait probablement pensé qu'il fallait «rincer» le système pour évacuer le calcul ... Elle a cependant été abandonnée en raison du risque d'augmenter la pression intra-urétérale, ce qui majore la douleur, et du risque de rupture des calices.

Notre attitude qui est aujourd'hui proposée en Suisse [2] et en Europe, notamment en France [3, 4] s'appuie cependant uniquement sur des opinions consensuelles des experts et n'est donc pas basée sur des preuves.

Pr Hans Stalder, 1211 Genève

- 1 Pechère-Bertschi A, Stalder H. Die Nierenkolik. *PrimaryCare* 2003;3:607–12.
- 2 Hess B. Pathophysiologie, Diagnostik und konservative Therapie bei Kalzium-Nierensteinen. *Ther Umsch* 2003;60:79–87.
- 3 Deteix P, Boiteux JP. [Renal colic. Diagnostic orientation and emergency treatment]. *Revue Praticien* 1996;46:649–52.
- 4 Chretien Y. [Renal colic. Diagnostic orientation and emergency treatment]. *Revue Praticien* 1993;43:901–3.

CIRSmedical der SGAM

Chers collègues,

Vous avez peut-être constaté que l'adresse de la page Internet pour les annonces d'erreurs médicales ne répond plus. La nouvelle adresse du CIRSmedical pour les médecins de famille est dorénavant la suivante:

<https://www.cirsmmedical.ch/GP>

Vous pouvez également y accéder par l'intermédiaire d'un lien situé sur la homepage de la SSMG, www.ssmg.ch.

Le mot de passe reste inchangé et se trouve sur la facture de votre cotisation annuelle. Vous pouvez également l'obtenir auprès du secrétariat de la SSMG (e-mail: info@sgam.ch) en mentionnant votre nom et votre numéro FMH.

Profitez de cette opportunité très intéressante pour échanger des informations des (presque) incidents éventuellement survenus dans votre pratique, afin que chacun d'entre nous puisse tirer les enseignements des erreurs des uns et des autres.

Anne Girard et Andreas Brun, Modérateurs du CIRSmedical de la SSMG