

Courrier des lecteurs / Leserbriefe

«Akademiker sind als Grundversorger zu teuer», wurde der BAG-Direktor Thomas Zeltner im «Bund» vom 3. Februar 2005 zitiert. Diese Aussage wurde zum Ausgangspunkt von Brigitte Saners Editorial «Promotores oder das Modell Zeltner / Promotores ou le modèle Zeltner» in PrimaryCare 10/2005 und zu einigen Leserbriefen, die wir hier zusammen mit einer Replik von Brigitte Saner publizieren.

Herr Professor Zeltner hat nie eine solche Aussage gemacht, wie sich inzwischen (glücklicherweise) herausgestellt hat.

Eine Stellungnahme des SGAM-Präsidenten Hansueli Späth zu diesem Thema ist in PrimaryCare Heft 15 erschienen (Seite 333).

Die Redaktion

Le corps médical doit se poser la question du rôle qu'il voudra jouer



Réponse à l'éditorial paru dans PrimaryCare n° 10

Notre collègue, Brigitte Saner [1], s'offusque à l'idée que l'OFSP et son chef, le Dr Zeltner, puissent penser et même affirmer que (je cite): «Comme médecins de premier recours, les académiciens sont trop chers!». Brigitte Saner s'estime diffamée et croit que dans l'esprit du Dr Zeltner les spécialistes sont plus intelligents et possèdent ainsi une plus grande valeur (sous-entendue financière ...).

J'ose affirmer que Brigitte Saner se trompe. Dans l'esprit du Dr Zeltner, tous les médecins sont à mettre sur un pied d'égalité et dans une logique de marché, il s'agit de savoir comment fournir un service au prix le plus concurrentiel possible.

Il ne fait aucun doute que, dans cette optique, on peut remplacer le médecin à de nombreuses occasions; il suffit d'accepter un léger risque d'erreur ou d'omission,

risque qui existe déjà même avec un médecin.

Aux Etats-Unis, au Canada, des infirmières et des techniciens font des coloscopies, des gastroscopies, du triage au téléphone avec conseil thérapeutique, etc.

Le corps médical serait donc bien inspiré de se poser la question du rôle qu'il voudra bien jouer dans cette lutte de pouvoir. Il ne suffit pas de s'indigner. Le train est en marche et il faudra trouver des arguments autrement plus convaincants pour contrer la logique économique.

Dr Richard Nyffeler, Président de la Société de Médecine du Canton de Fribourg, 1701 Fribourg

1 Saner B. Promotores ou le modèle Zeltner. PrimaryCare 2005;5:220.

Stütze jedes Gesundheitswesens



Bravo Brigitte, für Dein Editorial in PC Heft 10!

Eine meiner besten Freundinnen ist Allgemein-Chirurgin und seit über 5 Jahren in Kambodscha am «Hope Hospital» in der Hauptstadt tätig. Ihre Hauptsorge gilt dem Wiederaufbau der ärztlichen «Grundversorgung» im Lande allgemein und vor allem in den Peripherien. Einmal im Jahr besucht sie uns, und ich backe «Wähen» und wir reflektieren und diskutieren tagelang. Sie schüttelt nur den Kopf darüber, was hier in der Schweiz gesundheitspolitisch abläuft und sagt, dass die Stütze jedes Gesundheitswesens solch gut ausgebildete HausärztInnen sind, wie wir sie hier haben. Sie versucht, genau solche Hausärzte auszubilden. Auch sie stellt fest, dass diese Stütze in unserem Land gefährdet ist, und greift sich jeweils an den Kopf.

Was wollen wir tun, um diese Stütze zu erhalten, und wie wollen wir es tun?

Dr. med. Ingrid Wyler-Brem, Präsidentin FMP, 8048 Zürich

Rétablir l'estime de la médecine générale en tant que spécialité distincte



A propos de l'éditorial de Brigitte Saner paru dans PrimaryCare n° 10 [1]

A vouloir suivre la mode, on risque bien d'en arriver au modèle Zeltner, que vous mettez en question avec beaucoup de pertinence.

Le terme de médecine de premier recours est utilisé depuis une quinzaine d'années. En tant que spécialiste en médecine générale FMH, je ne me sens pas du tout concerné par cette appellation. Je reconnais volontiers que le généraliste a aussi cette fonction de médecin de premier recours, mais je refuse catégoriquement de m'y laisser réduire.

Il ne fait aucun doute que le généraliste effectue un travail «de premier recours» qui se transforme au fil des années en un travail «au long cours» – il y a des patients fidèles – pour devenir finalement un travail «de dernier recours», lorsque le spécialiste a baissé les bras. C'est ce même généraliste qui se voit chargé de maintenir l'équilibre même précaire autour du patient en fin de vie, qui sera appelé au chevet du patient pour accompagner ses derniers instants et qui établira finalement le constat de décès. Le spécialiste a depuis longtemps quitté la partie, je ne l'ai jamais rencontré au service funèbre du patient. Il ne s'agit ici que de la dimension individuelle du médecin généraliste, fréquemment élargie à celle de médecin de famille.

Notre SSMG a le devoir de rétablir l'estime de la médecine générale en tant que spécialité distincte; tant pis pour les projets européens qui visent à rabaisser la médecine de premier recours à une fonction de technicien de santé. Il est vrai que le Collège de Médecine de Premier Recours a eu le mérite de renforcer des liens avec les internistes et les pédiatres. Toutefois, elle n'a pas su défendre l'exigence et la qualité de nos spécialités respectives, qu'il nous tient à cœur de préserver, tant

dans l'intérêt du corps médical que dans celui de nos patients.

Dr Jean-Frédéric Leuenberger, 1427 Bonvillars

1 Saner B. Promotores ou le modèle Zeltner. *PrimaryCare* 2005;5:220.

Unbequeme, aber nötige Überlegungen



Liebe Frau Kollegin Saner

Auch ich war in Peru – etwa 1988 –, und das System mit den Promotores funktionierte recht ordentlich im Alto Chicama, oberhalb Trujillo, wo Kollege Andreas Steiner solche ausgebildet, einige Jahre zuvor jedoch das Handtuch geworfen bzw. der «Sendero» ihn in die Wüste geschickt hatte.

Machen Sie, machen wir es uns nicht etwas zu einfach? Zuerst einmal wäre zu fragen, ob die (über-)lange Aus- und Weiterbildungszeit, die Sie und ich absolviert haben, für unsere tägliche Arbeit a) nötig und b) hinreichend sei (ich nehme meine persönliche Antwort vorweg: weder – noch!). Und dann käme die Frage, ob es für die Überwachung einer Hypertonie, eines Diabetes, für das Management eines Astmas, für Motivations- und Führungsarbeit bei Gewichtsreduktion und Rauchstopp wirklich in erster Linie auf die akademischen Meriten ankomme, bzw. ob es ohne diese Voraussetzung nicht auch ginge. Im Vergleich mit der medizinischen Grundversorgung anderer Länder sind wir halt schon teurer – nicht nur wegen höherer Lebenshaltungskosten und eines höheren Preisniveaus, sondern weil wir nicht gelernt haben, nicht-akademische Arbeit an Nicht-AkademikerInnen zu delegieren – war auch nicht nötig, denn die Kosten spielten ja während langer, goldener Jahre keine Rolle!

Im Tarmed sehen wir das Spiegelbild davon: Einige ganz wenige Aufgaben können demnach an nicht-ärztliches Personal delegiert werden, den ganzen Rest haben wir höchstselbst zu leisten – weitgehend unabhängig davon, was dem Patienten, der Patientin wirklich dient. Vielleicht wird der prognostizierte oder

schon eintretende Grundversorgermangel hier eine Wende bringen, wenn wir uns wegen Überlastung auf das Nötige beschränken und konzentrieren müssen. Wie wäre es, wenn wir zusammen darüber nachdenken würden, unsere Aufgabe und unseren Erfolg nicht in Seelsorge und Sozialarbeit zu suchen (dafür sind wir nicht nur zu teuer, sondern auch nicht qualifiziert!), sondern z.B. darin, nicht-akademische MitarbeiterInnen (MPA, Gesundheitsschwestern, weitere «Paramedics») für Routineaufgaben so gut auszubilden, dass sie im Normalfall kompetent arbeiten und uns dort beiziehen, wo es wirklich schwierig (und für uns spannend und entsprechend unserer Qualifikation herausfordernd) wird?

Die Zahnärzte machen es uns vor: Selbstverständlich könnten sie die Arbeit der Dentalhygienikerinnen auch selber machen, aber zu welchem Preis? In einem Punkt bin ich mit Ihnen einverstanden: Es ist an uns aufzuzeigen, wo unsere spezifischen Kompetenzen unersetzlich und unerlässlich sind, z.B. im Umgang mit komplexen medizinischen Problemen über lange Zeit und im Dialog mit den Betroffenen und Mitbeteiligten; haben wir zwar weder an der Uni noch im Spital wirklich gelernt, aber was soll's? Hören wir doch auf, dem kleinen Latinum nachzutruern! Das akademische Niveau unserer Medizinschulen war in meiner Ausbildungszeit (80er Jahre), mit Verlaub, etwa auf der Stufe einer Koranschule anzusiedeln: Man hatte Fakten auswendig zu lernen, einige Fertigkeiten wurden in Bern auch instruiert, einen Hauch von akademischer Freiheit hatte allenfalls noch das Wahlstudienjahr. Die Krönung der akademischen Laufbahn war dann die Dissertation – was aber hat eine medizinische Diss mit (haus-)ärztlicher Kompetenz zu tun?

Sicher ist Herr Zeltner nicht unser Verbündeter und nicht unser Freund – aber wenn seine provokativen Ideen uns dazu brächten, vom hohen Ross herabzusteigen und einige unbequeme, aber nötige Überlegungen anzustellen, hätten wir einiges zu gewinnen!

Dr. med. Severin Lüscher, 5040 Schöftland

Replik

Ich habe zahlreiche positive Reaktionen zum Editorial «Promotores oder das Modell Zeltner» erhalten, die mich natürlich sehr gefreut haben und die ich auf diesem Weg herzlich verdanken möchte. Daneben gibt es natürlich auch einige kritische Stimmen, zu denen ich mich hier äussern möchte. Das obwohl Herr Zeltner beim letzten Treffen des BAG mit den Grundversorgergesellschaften erklärt hat, dass seine Aussage missverstanden bzw. von den Medien falsch interpretiert worden sei. Die angesprochene Problematik scheint doch eine unerwartet grosse Zahl von Kollegen zu beschäftigen.

Herr Kollege Leuenberger beklagt sich darüber, dass wir in den letzten Jahren zum «médecin de premier recours» reduziert wurden. Ich bin der Meinung, dass es sich hier um ein sprachliches Problem handelt und der Begriff Grundversorger nicht eigentlich dem Begriff «médecin de premier recours» entspricht, auch wenn dies die offizielle Übersetzung ist. Wir sollten viel eher vom «Hausarzt» und «médecin de famille» sprechen. Diese beiden Begriffe entsprechen viel eher unserer beruflichen Tätigkeit. Der «médecin de premier recours» wurde in den USA zum Teil schon vor Jahren durch nicht-ärztliches Personal ersetzt. So dürfen zum Beispiel Krankenschwestern einen banalen Harnwegsinfekt ohne Rücksprache mit einem Arzt antibiotisch behandeln. Trotzdem hat die USA immer noch das teuerste Gesundheitswesen der Welt! Dieser Weg kann also nicht der Weisheit letzter Schluss sein.

Auch Herr Kollege Nyffeler nimmt Bezug auf das amerikanische Gesundheitssystem mit Krankenschwestern, die zum Teil technische Untersuchungen durchführen. Aus eigener Erfahrung (ich habe einige Wochen in den USA mit einer «echo-technician» verbracht, die den ganzen Tag Echokardiogramme registrierte) kann ich sagen, dass die technische Untersuchung sehr wohl durch eine Medizinisch-Technische Assistentin oder eine andere nicht-akademisch gebildete Fachperson durchgeführt werden kann. Ich zweifle aber daran, ob damit Geld

eingespart wird. Muss doch der entsprechende Spezialist sämtliche Untersuchungen überlesen und dann einen Bericht an den zuweisenden Arzt verfassen und eventuell den Befund und die therapeutischen Konsequenzen mit diesem diskutieren. Und der zuweisende Arzt, meistens der «Hausarzt», sollte anschliessend dem Patienten ja auch noch die Resultate mitteilen. Mit der Delegation dieser Untersuchungen an nicht-ärztliches Personal können kaum Grundversorger eingespart werden, um so mehr als es sich hier um Untersuchungen handelt, die bei uns fast ausschliesslich von Spezialisten durchgeführt werden.

Wie Herr Kollege Lüscher richtig bemerkt, wird uns der prognostizierte

Grundversorgermangel dazu zwingen, gewisse Aufgaben zu delegieren ... aber was und an wen? Pflegefachfrauen/-Männer und qualifiziertes technisches Personal haben wir zumindest zur Zeit auch nicht genug und auch dieses wäre nicht gratis! Es liegt also an uns aufzuzeigen, welche Aufgaben der Grundversorger in Zukunft weiter übernehmen kann und muss, und dies primär in Hinblick auf das Wohl unserer Patienten. Sicher ist es dem polymorbiden, älteren Patienten nicht geholfen, wenn er in regelmässigen Abständen zur Diabetes-Schwester, zur Hypertonie-Schwester, zur Herzinsuffizienz-Schwester, zur Orthopädie-Schwester etc. gehen muss. Irgendjemand muss den Patienten als Ganzes sehen und auch die

verschiedenen Therapien und Abklärungen koordinieren. Zudem geht es nicht nur um eine Befunderhebung sondern um eine Gewichtung der Befunde, die sich einerseits nach der medizinischen Evidenz, andererseits aber auch nach der Gesamtsituation (physisch, psychisch und sozial) des Patienten richtet. Deshalb ist es zumindest nicht nachteilig, wenn man für diese anspruchsvollen Aufgaben neben der Ausbildung auch noch eine Bildung hat! Unsere Patienten werden uns dankbar sein, wenn wir uns für ein solches Ärztebild einsetzen.

Brigitte Saner