

Leserbriefe

Grosse Kosten für eine kleine Sache oder «aktiv sparen»



Folgende Geschichte ging mir während eines Lauftrainings durch den Sinn. Möge sie die abstruse Logik der Finanzierung im Gesundheitswesen illustrieren. Kürzlich rief uns eine sparsame ältere Dame in die Praxis an, sie habe übers Wochenende wegen Rückenweh in der Apotheke ein rezeptfrei erhältliches Schmerzmittel gekauft – Kosten um die Fr. 3.–. Sie brauche ein Rezept, damit die Kosten dafür von der Krankenkasse übernommen werden. Das Medikament sei zwar günstig, aber falls sie das Medikament während des Jahres noch mehrmals benötigen sollte, ginge es dann doch ins Geld ... Sie wäre auch froh, wenn wir das Rezept gleich in die Apotheke schicken könnten, denn sie werde in der nächsten Zeit nicht an der Praxis vorbeikommen. Also habe ich das Rezept abends mitgenommen und im Rahmen meines Lauftrainings, welches sowieso an der Apotheke vorbeiführt, dort in den Briefkasten gesteckt.

Während des Joggens überlegte ich mir, wer alles von diesem kleinen Ereignis profitiert.

- Die ältere Dame: Sie muss die Fr. 3.– nicht selber bezahlen, da sie ihre Franchise 2005 jetzt bereits «aufgebraucht» hat.
- Der Arzt: Er darf (muss aber nicht) für diese erbrachte Leistung die Position 00.0110 (telefonische Konsultation durch den Facharzt) oder 00.0140 (ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten) verrechnen – beide Positionen à 17.76 Taxpunkte, entsprechend Fr. 13.85 bis 17.40, je nach kantonalem Taxpunktswert.
- Die Apotheke: Die Abgabe mittels Rezept berechtigt den Apotheker zum Bezug der Patientenpauschale von Fr. 9.20 und der Apothekerpauschale von Fr. 4.30 pro rezeptierte Zeile sowie, je nach Situation, von Notfallzuschlägen.

– Die Pharmaindustrie: Sie erfreut sich an der Steigerung der Konkurrenzfähigkeit ihres Medikamentes durch die Kassenzulässigkeit, denn identische Konkurrenzpräparate sind nicht kassenzulässig.

Fazit: Das Medikament, welches ursprünglich Fr. 3.– gekostet hätte, kostet bei korrektem und berechtigtem Verhalten des Arztes, des Apothekers und der sparsamen Dame schliesslich zwischen Fr. 30.35 und Fr. 33.90 (je nach Kanton). Mindestens vier Interessensgruppen profitieren davon. Die Kassen bezahlen alles, und Ende Jahr erhöhen sie dann die Prämien ...

Eine nette Geschichte, nicht wahr?

Dr. med. Andreas Luder, 3800 Interlaken

Mitverantwortung



Sehr geehrter Herr Kollege Späth!

Ich bin ein leider (aus Zeitmangel) eher nur Überflieger-Leser der verschiedenen medizinischen Zeitschriften, die so zum Lesestoff gehören. Ich habe eine klassische homöopathische Praxis in Luzern und freue mich natürlich immer, wenn das Thema Hausarzt in dem Sinne aufgegriffen und verstanden wird, wie es im Editorial «Morgenröte» beschrieben wurde [1].

Sie bezeichnen «hausärztlich» als «ganzheitliche, bio-psycho-soziale» Begleitung. Insbesondere der Begriff *Begleitung* gefällt mir sehr gut. Nebenbei bemerkt ist so eine Einstellung gerade für einen Homöopathen eine Grundvoraussetzung, um die Findung eines richtigen Mittels zu ermöglichen. Ein wenig oberhalb dieser Zeilen erwähnen sie – und das veranlasst mich, Ihnen diese Zeilen zu schreiben – «die notwendige Erziehung der Patientinnen und Patienten – weg vom Warenprinzip und hin zur Mitverantwortung». Dies kann ich aus meiner Praxiserfahrung heraus nicht nachvollziehen. Vielleicht kom-

men solche Patienten einfach viel seltener in eine homöopathisch als in eine schulmedizinisch ausgerichtete Praxis. Es kommen aber viele Patienten mit teils auch leidvollen Erfahrungen zu mir und sind froh, hier endlich Mitverantwortung tragen zu dürfen und in der biologischen, psychischen und sozialen Dimension wahrgenommen zu werden. Ich kann aufgrund meiner Praxisstruktur nicht sagen, wie viele Patienten von so einer Umerziehung betroffen sein könnten, ich behaupte aber, dass nicht wenige Patienten bei ihren Hausärzten keine Möglichkeit haben, ihre Mitverantwortung mitzutragen. Ich möchte also ergänzend die «notwendige Erziehung der Ärztinnen und Ärzte – weg vom Warenprinzip und hin zu mehr Mitverantwortung» fordern. Das erfordert viel, u.a. eine andere Kommunikationsstruktur, mehr zeitliche Ressourcen, weniger Medikamentenverkauf. Aber es lohnt sich.

Lassen Sie mich das kurz erläutern: Häufig kommen neue Patienten zu mir und klagen über den Zeitmangel des Hausarztes, also über die fehlende Möglichkeit, ihre Fragen, Sorgen und Vorstellungen überhaupt äussern zu können. Hier lassen sich viele Ärzte eine Chance entgehen: Wenn man die Patienten wirklich ausreden lässt und deren Aussagen auch einfach einmal aufnimmt, ohne sie sofort in das eigene diagnostische und therapeutische System einzuordnen, bzw. daraus auszusondern, wenn man also einem Menschen Eintritt in das eigene System gewährt, dann eröffnen sich dabei häufig neue Perspektiven. Da kristallisiert sich z.B. heraus, dass die Ansprüche eines Patienten meist gar nicht so hoch sind, wie wir immer angstbesetzt meinen. Häufig wollen Patienten Verständnis für die Situation, in der sie stecken, um eigene Lösungswege zu finden, um selbst daraus herauszukommen. Das gilt auch bei körperlichen Leiden, nicht etwa nur bei seelischen oder sozialen Problemen. Erst dann kommen Diagnostik und Medikamente zum Einsatz, und dann weiss ein

Patient auch wofür. Die Suche eines Patienten nach einem Sinn oder zumindest einer Erklärung für seine Erkrankung führt häufig auch zu einer Entlastung auf der diagnostischen Seite. Natürlich müssen zweifelhafte Befunde oder Beschwerden abgeklärt werden, aber je mehr ein Patient die Möglichkeit hat, seine Krankheit in seinen Lebenskontext einzuordnen, um so weniger muss die mit der Krankheit verbundene Angst in die Forderung nach allen nur denkbar möglichen Abklärungen münden. Dann schliesst sich der Kreis: Der Arzt verordnet weniger Medikamente, der Patient verlangt weniger nach Medikamenten und klagt nicht mehr so über die Medikamentenflut. Am Schluss profitieren alle: Arzt und Patient sind wieder Partner, was die Arbeits- und Lebensqualität verbessert, und das Gesundheitswesen wird billiger, weil es über mehr Gespräch weniger zur Kompensation der unausgesprochenen Ängste missbraucht wird.

Besten Dank für das Lesen dieser Zeilen und besten Dank für Ihren Einsatz für diese Art von Hausarztmedizin.

Dr. med. Peter Respondek, 6006 Luzern

1 Späth Hu. Morgenröte / Aurore. PrimaryCare 2005;5:517–8. Internet: <http://www.primary-care.ch/pdf/2005/2005-23/2005-23-250.pdf>.

Chronifizierung aus der Sicht eines Hausarztes



Welcher Arzt¹ kennt sie nicht, die Probleme im Umgang mit der Chronifizierung von Krankheiten, die eigentlich nach den Gesetzen der Natur schon längst (mit oder ohne ärztliches Zutun) hätten heilen sollen. Es ist schon viel «Gescheites» (auch in PrimaryCare) über Mechanismen geschrieben worden, die wohl zu dieser Chronifizierung beitragen. Oftmals muss ich an den spanischen Dichter Miguel Hernandez und sein Gedicht «Llego con tres heridas, la del amor, la de la muerte, la de la vida»² denken, wobei offenbar das Leben die grösste Wunde darstellt. Für viele dieser Patienten scheint deshalb jedes zusätzliche negative Ereignis in ihrem Leben das labile Gleich-

gewicht zum Einsturz zu bringen, ganz abgesehen von kulturellen Gegebenheiten, die sich negativ auf die Verarbeitung auswirken können. Ohne mich hier weiter auf die vielfältigen psychosozialen Gründe einzulassen, die manchmal im Lauf der Behandlung auftauchen, uns vielleicht eine Ahnung oder Erklärung geben: Sowohl der Patient wie auch der behandelnde Arzt bleiben in lähmender Frustration allein mit diesem Problem. Der Patient erwartet zumindest vordergründig die Heilung, die nicht eintritt, und der Arzt erkennt seine Ohnmacht, zu helfen, die er je länger desto mehr empfindet, wenn er seine üblichen Therapiemethoden ausgeschöpft hat. Zurückgeworfen auf diese Beziehungsmedizin, in der es gilt, das «Beste» aus diesem chronischen Leiden zu machen, ist man letztlich sehr allein.

Es stellt sich nun grundsätzlich die Frage, was wir tun können, um diese Chronifizierung zu verhindern. Ich möchte hier die provokative Behauptung aufstellen, dass wir *wahrscheinlich gar nichts tun können*. Wenn jemand an seinem Leben leidet und ein medizinisches «Bagatell-Ereignis» zu einer Dekompensation des labilen Gleichgewichts führt, können wir das nicht verhindern. Ärgerlich finde ich all die guten Ratschläge, die in Artikeln und Fortbildungen von Spezialisten immer wieder wiederholt werden, wie z.B. frühzeitige interdisziplinäre Zusammenarbeit bei Rückenpatienten oder HWS-Distorsionen (Schleudertraumata). Ich wüsste jedenfalls aus meiner Praxis keine Beispiele, wo frühzeitige Beurteilungen durch Spezialisten etwas Wesentliches am Krankheitsverlauf in irgendeiner Richtung verändert hätten. Oftmals vermutet man recht schnell, dass sich eine Chronifizierung anbahnen könnte, bevor diese tatsächlich eingetreten ist. Aber soll man diese Patienten frühzeitig allein wegen Befürchtung auf Chronifizierung dem Spezialisten zuweisen – und was rät dann dieser, um die Chronifizierung zu vermeiden? Die beschränkten Möglichkeiten kennt jeder Grundversorger spätestens nach der 3. Zuweisung. (Auch die kochen nur mit Wasser!) Ausserdem sind die Wartezeiten bei den entsprechenden Spe-

zialisten und Institutionen (Schmerzsprechstunden) gemäss den eigenen Aussagen dieser Kollegen jeglicher Chronifizierung förderlich, sofern die Hypothese «Zeit» tatsächlich einen wesentlichen unabhängigen Faktor darstellen sollte. Ich warte eigentlich nur noch darauf, dass mir einer dieser Kollegen die lange Latenz bis zu seinem spezialärztlichen Eingreifen zum Vorwurf macht. (Über lange Wartezeiten trotz angeblich ärztlicher Überversorgung liesse sich ein separater Artikel schreiben.) Aber allein schon zur eigenen Absicherung, dass man nichts Wesentliches (Somatisches) verpasst hat, muss man diese Patienten ja weiterweisen. Welcher Grundversorger kann es sich schon leisten, ein IV-Zeugnis auszufüllen ohne (mehrfache) spezialärztliche Abklärungen und Therapieversuche, ganz abgesehen vom Drängen dieser Patienten zu den Spezialisten. Ob frühzeitiger Einbezug von Schmerzspezialisten und entsprechend ausgebildeten Psychiatern am Verlauf etwas ändert, möchte ich zumindest stark bezweifeln. Wenn Patienten keine Coping-Möglichkeiten haben, kann man ihnen auch keine beibringen. Ich kann allerdings nicht bestreiten, dass ehrliche Aussagen von Psychiatern wenigstens meine Selbstzweifel beseitigen, wenn sie eine Behandlung für wenig sinnvoll halten, «weil der Patient krank sein will» oder deren Bemühungen erfolglos bleiben.

Was bringt die Komplementärmedizin bei diesen chronifizierten Krankheiten ohne somatische Erklärung für die fehlende Besserung? Nach meiner Ansicht gar nichts, im Gegenteil. Diese Patienten sind ja ohnehin darauf bedacht, auf der somatischen Ebene zu verharren und keinesfalls weiter in die Tiefen ihres Lebens eindringen zu wollen. Lieber lassen sie sich von einer Therapie zur nächsten treiben, was auch immer ihnen an Möglichkeiten im heutigen «Gesundheitsgar-

1 Der Einfachheit halber verwende ich ausschliesslich die männliche (grammatikalische) Form.

2 «Er kam mit drei Wunden, die der Liebe, die des Todes und die des Lebens.» Viele kennen sicherlich die wunderschöne musikalische Umsetzung von Joan Baez.

ten» zugetragen wird. Nach anfänglicher Besserung kommt es meist zum Stillstand, zu gegenseitiger Enttäuschung und zur Wanderung zur nächsten Therapie. Und dies erfolgt meist «komplementär» zu unserer Behandlung; die Patienten erzählen das auch, wenn man sich dem nicht verschliesst. Einen Patienten auf Zeit und Spontanheilung zu vertrösten, wird als Affront unsererseits und absolute Zumutung erlebt. Und sollte die Spontanheilung dann doch eintreten, ist der letzte KM-Therapeut natürlich der Grösste! Zurück zur TSM (traditionellen Schul-

medizin). Zweifellos lassen wir uns auch zu Untersuchungen und Therapien hinreissen, damit der Patient den Eindruck bekommt, man biete ihm die best mögliche Behandlung und wolle ja nicht an ihm Gesundheitskosten einsparen. Der heutige konsumorientierte «Kunde» goutiert das nicht. Während wir bald einmal gezwungen sein werden, unsere wenig effektiven Methoden abzubauen, sind die gleichen Krankenkassen bereits dazu übergegangen, dem «empowerten» Patienten allen möglichen Humbug im Zusatzversicherungsbereich zu bezahlen.

Die Einsamkeit und Frustration des Hausarztes bei der Betreuung dieser speziellen Gruppe von chronischen Patienten wird bleiben. Im Gegenteil, wir sehen uns immer stärker eingezwängt zwischen überlasteten Spezialisten und Institutionen mit immer längeren Wartezeiten und deren (diffusen) Berichten, die am Wesentlichen vorbeiziehen und Forderungen von Versicherungen, für die wir auch noch Berufsberater und Hellseher spielen sollten.

Dr. med. Felix Tapernoux, 8630 Rüti



VASCO DA GAMA MOVEMENT

Einzigartige Gelegenheit für zwei junge oder künftige HausärztInnen!

Zwei junge HausärztInnen in den ersten 5 Praxisjahren und/oder ÄrztInnen in Weiterbildung zum Titel Allgemeinmedizin können als SGAM-Delegierte an der Pre-conference (2./3. September 2005) des Europäischen Wonca-Kongresses in Kos (3.–7. September 2005) teilnehmen.

VdGM is the WONCA Europe working group for young and future general practitioners (GPs).

The movement's aspiration is to create a network for GP/FM young trainees/junior doctors' representation. This is a new and exciting movement, setting out on a voyage of discovery to develop ideas for the discipline of general practice in the future.

This workshop will link the pre-conference participants (and its conclusions) to conference attendees interested in the issue. The aim is to encourage the rise of new ideas and views about VdGM development and to debate the role of trainees and young GPs on the future of GP/FM.

Rasch entschlossene Interessierte können sich umgehend beim SGAM-Sekretariat melden.

SGAM-Sekretariat, Oberplattenstrasse 73, CH-9620 Lichtensteig
Tel. 071 988 66 40; Fax 071 988 66 41; E-Mail: info@sgam.ch