Wem gehört der Patient?[1]

Bruno Kissling

Ueli Heiniger, bekannt vom Zyschtig-Club von Fernsehen DRS, moderiert die Gesprächsrunde mit Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die aus verschiedensten Gründen ins Gesundheitssystem involviert sind. Wem der Patient als Person gehört, konnte schnell und ohne grosse Kontroversen beantwortet werden. So landete auch dieses Gespräch, trotz des verheissungsvollen Titels, schnell bei den altbekannten Themen, die weiterhin ungelöst bleiben, worüber sich aber dennoch zu lesen lohnt.

Ueli Heiniger, connu pour sa participation au «Zyschtig-Club» de la chaîne de télévision DRS, animait les entretiens entre des personnes toutes impliquées d'une manière ou l'autre dans le système de santé publique. La question «à qui appartient le patient en tant que personne», fut rapidement résolue sans grandes controverses. Le débat s'enlisa alors, malgré son titre prometteur, dans les thèmes bien connus mais encore sans solution. Ce qui n'empêche pas que l'article vaut d'être lu.

Die TeilnehmerInnen und ihre Beziehung zum Gesundheitswesen

Christine Egerszegi-Obrist kennt die Seite der Patientin aus eigener Erfahrung, da sie an einer Poliomyelitis erkrankt war. Zudem ist sie aufgrund ihres Mitwirkens an den KVG-Revisionen eine profunde Kennerin des Gesundheitswesens.
Urs Stoffel stammt aus einer Arztfamilie und wurde, nach einer Tätigkeit im Wirtschaftsbereich, erst auf dem zweiten Bildungsweg Arzt. Seine Kindheitserinnerungen an das Arztbild seien eher negativ geprägt durch die häufige Abwesenheit des Vaters und die Notfälle, die das Familienleben störten.
Vreni Vogelsanger ist Mutter eines geistig behinderten Kindes, das ihr grösster Lehrmeister und Motivator ist. Sie ist Sozialarbeiterin und Leiterin der Stiftung Kosch, der Dachorganisation zur Koordination und Förderung von über 350 Selbsthilfegruppen. Bei ihrem Rollenwechsel auf die Patientenseite empfindet sie die Orientierung an Mitbetroffenen als grosse Hilfe.
Pius Gyger ist Volkswirt. Als vormaliger Sekretär bei der Wettbewerbskommission WEKO war er seit Jahren theoretisch am Gesundheitswesen interessiert; nun ist er durch seine Tätigkeit bei der Helsana praktisch in das Gesundheitswesen involviert.
Hans Heinrich Brunner ist trotz seines häufigen Auftritts im «Chirurgen-Look», worauf ihn U. Heiniger angesprochen hat, nicht Herzchirurg geworden, wie ursprünglich beabsichtigt. Nach seinem FMH-Präsidium wurde er anfangs 2005 Vizedirektor des BAG. Auch in dieser neuen Funktion bleibt er zu einem geringen Prozentsatz als Arzt im Inselspital tätig. Er will so den «Bodenkontakt» halten, und:

«Das Arztsein bringt man nicht weg».

Priska Wildhaber ist Krankenschwester, hat sich in Non-Profit-Management weitergebildet und wirkt heute, nach leitender Stellung im Spitalbereich, in der Geschäftsleitung der Spitex Küsnacht.
Hans Ruppanner hat während Jahren am Arzneimittel-Kompendium von Documed mitgewirkt. Nach einer Tätigkeit in der Kaderselektion baut er heute mit der Medicopharm AG ein Patienten-Beratungssystem in Apotheken auf; dies sei eine interessante Zusammenarbeit zwischen Arzt und Apotheker.
Andy Fischer hat nach seiner Tätigkeit bei der REGA vor 5 Jahren das Telekonsultationszentrum Medgate gegründet.

Wem gehört der Patient?

Der Patient gehört, gemäss *V. Vogelsanger*, sich selber; getreu dem Credo der Autonomie sei die Selbstkontrolle Grundlage jeder Qualität.
Ch. Egerszegi empfand diese Frage zuerst als Frechheit; in Anbetracht der ökonomischen Bedeutung des Gesundheitswesens sei sie jedoch berechtigt, denn in der Schweiz leben 1,2 Millionen Menschen

1 Gesundheitspolitisches Roundtable-Gespräch am KHM-Kongress 2005 in Luzern (30.6.–1.7.2005).

direkt oder indirekt vom Gesundheitswesen. Verteilkämpfe seien eine Realität. Der Begriff «mein Patient» sei dann O.K., wenn er als Ausdruck des Respekts vor dem Patienten verstanden werde.
H. H. Brunner sieht in «mein Patient» den Beziehungsaspekt und einen Ausdruck des Vertrauens, nicht eine possessive Haltung. Wie der Patient «mein Arzt» sagt, spricht auch der Arzt von «meinem Patienten». *U. Stoffel* betrachtet den Ausdruck «mein Patient» zudem als Zeichen für die Übernahme von Verantwortung für den ganzen Menschen. Schlimm wäre es, von «meiner Leber» zu sprechen.
Zuletzt fragt *P. Gyger*:

Der Patient gehört niemandem, das ist schnell beantwortet, doch «wird er gehört»?

Themawechsel

Die Ausgangsfrage des Roundtable wurde schon nach wenigen Minuten in den Hintergrund gestellt und die Runde widmete sich, einmal mehr, den alten Fragen – leider ohne neue Antworten.

Hausärztemangel und seine Ursachen

Er habe bisher geglaubt, dass viele Hausärzte sehr gut verdienen, viele über CHF 220 000.–, und deswegen von vielen Leuten beneidet werden. Dann aber habe er in einer kürzlich publizierten Studie [1] von der hohen Burnout-Rate unter den Schweizer Ärzten gelesen. Ein sehr widersprüchliches Bild. Muss dies als Zeichen für einen bevorstehenden Ärztemangel gedeutet werden, fragt *U. Heiniger*. Mehr als 60% der Schweizer Hausärzte sind über 50 Jahre alt, während nur wenige nachkommen, antwortet *U. Stoffel*. Vor allem in ländlichen Gegenden sei dadurch die Gesundheits-, vor allem aber die Notfallversorgung bedroht. Die viel zitierten hohen Ärzteeinkommen bewegen sich jedoch gemäss der Studie von N. Hasler [2] auf dem Niveau eines Sekundarlehrer-Lohnes um CHF 140–180 000.
Das Problem des mangelnden Nachwuchses habe, so *H. H. Brunner*, nicht in erster Linie mit dem Prestige-Schwund oder den Einkommensverhältnissen des Hausarztes zu tun, sondern beruhe auf komplexen Ursachen. Erwähnt seien: ein gewandeltes Selbstverständnis des Arztberufes mit einer zunehmenden Gewichtung der sozialen Elemente in der Arbeit; die abnehmende oder fehlende Bereitschaft der jungen Leute, als Einzelkämpfer, während 24 Stunden, allein in kritischen Situationen, Verantwortung zu übernehmen; sie wollen in Teams und in Teilzeit arbeiten.
Schwindendes Sozialprestige eines Berufes und abnehmendes Einkommen gehen einher mit der Feminisierung, ergänzt *Ch. Egerszegi*. Früher habe die Frau des Dorfarztes als «Frau Doktor» einen höheren Stellenwert in der Gemeinschaft gehabt als heute eine Ärztin. Für die Tendenz zur Feminisierung seien erstaunlich viel mehr Männer im Plenarsaal als Frauen, stellt *U. Heiniger* fest.
Und trotz des sich abzeichnenden Mangels wurde der Zulassungsstopp erlassen und verlängert? *V. Vogelsanger* kann die PolitikerInnen nicht verstehen. *Ch. Egerszegi* stellt diese Frage in einen erweiterten Zusammenhang: zur Personenfreizügigkeit, welche zu einem ungewollten Zustrom von Ärzten aus Europa hätte führen können; zur Aufhebung des Kontrahierungszwangs, dessen Stellenwert nun zu schwinden beginne, da ein Ausschluss «schwarzer Schafe» durch den Artikel 59 Absatz 1 und 2 (neu) möglich sei; zur Absicht, dadurch die Zahl der Hausärzte in der Peripherie zu fördern, nachdem die FMH es verpasst habe, entsprechend steuernd einzugreifen, «dass nicht alle Ärzte ihre Praxis in Basel-Stadt eröffnen». Ein Ärztemangel bestehe noch nicht, erklärt *H. H. Brunner*, die Schweiz habe immerhin die weltweit dritthöchste Ärztedichte. Es bestehe hingegen ein Verteilproblem zu Ungunsten der Peripherie, so dass sich der auf uns zukommende Mangel in gewissen Gebieten schneller einstellen werde.

Praxisassistenz – zu wenig gefördert

Die Hausarzttätigkeit mit allen ihren spezifischen Anforderungen könne gelernt werden, meldet sich ein *Kollege aus dem Plenum*, am wirksamsten und kosteneffizientesten im Rahmen einer Praxisassistenz, also im Umfeld der künftigen eigenständigen Tätigkeit. Dort könne das breite Fachwissen gelernt werden und, anders als im Spital, die Fähigkeit, allein in der Unsicherheit zu entscheiden. Dazu fehle aber weiterhin eine genügende Finanzierung. *H. H. Brunner* relativiert, dass die Weiterbildung besser durchstrukturiert werden müsste. Die Finanzierung der Weiterbildung müsse durch die Weiterzubildenden getragen werden.

Hausärzte, Telemedizin und Google-informierte Patienten

Trotz der vielen IT-Möglichkeiten seien wir weit weg von einer Roboter-Medizin, erläutert *A. Fischer*. In

Reichweite sei das Messen von Laborparametern in der Toilettenschüssel, des Zuckers beispielsweise.
Vorerst gelte es, die telemedizinischen Möglichkeiten im Bereich der Telefonkonsultationen auszuschöpfen. Bei Beschwerden können die Ratsuchenden niederschwellig mit einer medizinischen Fachperson in Kontakt kommen. Die Telekonsultation habe bereits einen bedeutenden Stellenwert erreicht. 500 Anrufe bewältige Medgate täglich: per Telefon, Videokonferenz und Internet. Auch im Bereich der Betreuung chronisch Kranker gebe es ein grosses Potential für die Telemedizin, mittels Monitoring elektronisch übermittelter Biodaten. Im Interesse eines angemessenen Einsatzes der verfügbaren Mittel seien diese Beratungswege auch für die Krankenkassen interessant. Es sei zudem eine Tatsache, dass Patienten die Informationen aus dem Internet jenen durch einen Arzt vorzögen. Allerdings werde dadurch viel Halbwissen generiert und die Angst verstärkt. Die Zukunft liege darin, den Patienten auf dem Niveau seines Halbwissens abzuholen.
Im Projekt der Medicopharm AG, so *H. Ruppanner*, können Menschen, die in der Apotheke Rat suchen, vom Apotheker, in Zusammenarbeit mit dem Telekonsultationszentrum Medgate, per Telefon oder Videokonferenz mit einem Arzt verbunden werden. Die Patienten seien begeistert.
Der Patient soll entscheiden, wo und wie er Hilfe hole. Die neuen Möglichkeiten der Tele- und Apothekenberatungen nähmen niemandem etwas weg und führten nicht zu mehr Kosten, da die Patienten diese selber bezahlen würden, solange sie nicht zu einem Arzt gehen müssten, meint *P. Gyger*.
Auch wenn eines Tages ferngesteuerte Operationen möglich sein sollten, das direkte Arzt-Patientengespräch wird nie ersetzt werden können, ergänzt *U. Stoffel*. Für *U. Heiniger* ist dies selbstverständlich, denn:

Der Hausarzt kennt – anders als Google oder wer auch immer – die persönlichen Umstände des Patienten. – Der Hausarzt hat Zukunft.

Hausarzt-Nachwuchs – Lehrstühle für Hausarztmedizin oder Substitution der Hausärzte durch Pflegende

Nicht an der Verteilung der Ärzte müsse gearbeitet werden, sondern es gelte, die geeigneten jungen Leute für das Medizinstudium zu gewinnen; ein Drop out von 12% der Medizin-Studierenden sei zu hoch, so *U. Stoffel*. Die Kriterien für die Selektion der «richtigen» Ärzte seien kaum festzulegen, antwortet *H. H. Brunner*.

Ch. Egerszegi-Obrist fordert Lehrstühle für Hausarztmedizin.

«Jeder ist sein eigener Arzt», ist die Devise von *P. Gyger*. Die künftige Gesundheitsversorgung dürfe nicht allein auf der Nachfolge von Hausärzten basieren, sondern müsse neue Modelle mit einbeziehen, z.B. die Umverteilung vieler bisher hausärztlicher Aufgaben an die Pflegenden. Die Zahl der nötigen Ärzte sei somit ein politischer Entscheid und nicht eine Frage von Zahlen, dazu gebe es viele Studien.
Die Spitex ist im Kommen. Sie verstehe sich aber nicht als Konkurrenz zu den Hausärzten, betont *P. Wildhaber*. Es gebe nur wenige medizinische Leistungen, welche von Arzt und Spitex erbracht und somit substituiert werden könnten. Das Wachstum der Spitex beruhe vielmehr auf der Pflegetätigkeit – durch den Wunsch der Menschen, trotz vermehrtem Pflegebedarf möglichst bis zum Tod zu Hause leben zu können.

Literatur

1 Goehring C, Bouvier Gallacchi M, Künzi B, Bovier P. Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. Swiss Med Wkly 2005;135:101–8.
2 Hasler N. Einkommensverhältnisse der freien Ärzteschaft der Schweiz in den Jahren 1997/98 und im Jahr 2001. Schweiz Ärztezeitung 2004;85:2202–8.

Dr. med. Bruno Kissling
Elfenauweg 6
CH-3006 Bern
kissling@primary-care.ch