

Leserbriefe

Die Hausärzte, die Swissair und die eidgenössische Politik



Als Einstieg ein kleines Aufsätzlein, das ich allen bürgerlichen Mitgliedern des eidgenössischen Parlaments widme, die am 1. April 2006 auf dem Bundesplatz mit Abwesenheit gegläntzt und seinerzeit den Swissair-Krediten zugestimmt haben:

Als ich 1984 meine hausärztliche Praxis eröffnete, war ich 34 Jahre alt. Wir hatten damals drei kleine Kinder, und mein letzter Jahresnettolohn als Assistent in einer psychiatrischen Privatklinik betrug runde 60000 Franken. Die Jahresmiete der neuen Praxisräumlichkeiten lag bei 120 Franken pro Quadratmeter, und es waren zusätzlich 300000 Franken an Investitionen nötig, um in diesen Räumen die Praxistätigkeit aufzunehmen. Um es kurz zu machen: Ich riskierte das Fünf- bis Zehnfache meines damaligen Einkommens für die «eigene» Praxis, mitunter fast das Doppelte dessen, was ich in meinem bisherigen Berufsleben als Arzt bereits netto verdient (und wohl auch schon ausgegeben) hatte.

Ich weiss, es geht den jungen Kolleginnen und Kollegen, welche heute ein Praxis eröffnen bzw. übernehmen immer noch gleich.

Nun zur Swissair und dann zur Politik. Man erzählte damals beim Untergang der Swissair, es hätten in diesem Konzern weit über 1000 Mitarbeiter, Manager, Piloten usw. ein Jahresgehalt von mehr als 100000 Franken bezogen. Was wäre wohl geschehen, wenn all diese vielen Mitarbeiter ein vergleichbares Risiko für «ihre» Swissair eingegangen wären, wie es noch heute von jedem jungen Hausarzt für «seine» Praxis erwartet wird, bevor er den ersten Franken verdient hat? Wäre die Swissair ohne Bundeshilfe weitergeflogen, und wäre die Swissair noch heute die Swissair?

Die Politik – ironischerweise unter bürgerlicher Führung – hat in den letzten Jahren gründlich dafür gesorgt, dass im

Gesundheitswesen nur in der Verwaltung, bei den Krankenkassen und in der Politik selber immer mehr (und vor allem: immer risikoloser) gutes Geld verdient wird. Bei den selbständigen Hausärzten an der Front sind die Einkommen dagegen deutlich zurückgegangen. Das hat natürlich mit Interessenpolitik zu tun. Unzählige Nationalräte und der halbe Ständerat sitzen in irgendwelchen Krankenkassengremien, und die Krankenkassen werfen ihre langen Schatten bis in die oberste Landesbehörde, den Bundesrat. Nächstes Jahr finden eidgenössische Wahlen statt. Der 1. April 2006 und seine Vorgeschichte hat uns Hausärzten gezeigt, dass wir noch nicht ganz mit dem Rücken zur Wand stehen. Unser Rückhalt bei den Patienten und damit beim Stimmvolk ist sehr gross, und wenn man die Unterschriftenzahlen gerade auch in einzelnen Kantonen analysiert, wird klar, wie rasch wir ein Referendum oder eine Initiative auf jeder Ebene des Staates zustande bringen. Aber wir müssen dranbleiben und weiter etwas tun. Vor allem: Wir müssen *selber* auch etwas tun! Nebenbei können wir bei den Krankenkassen auch noch lernen, dass man sich offenbar nicht zu scheuen braucht, Prämiegelder der obligatorischen Grundversicherung in politisches Lobbying umzumünzen.

Wir Hausärzte müssen uns weiter organisieren, uns informativ besser vernetzen und unseren Einfluss in der Politik – insbesondere bei den Politikern – geltend machen.

Das Wahljahr 2007 bietet uns eine erste gute Chance dazu, und die Vorbereitungen müssen schon heute und bei jedem einzelnen von uns beginnen. Treten Sie in Kontakt mit den National- und Ständeräten Ihres Kantons, die 2007 wiedergewählt werden wollen und fragen Sie sie nach ihrer Haltung zum Gesundheitswesen. Prüfen Sie diese Volksvertreter im

Lichte der Entwicklung der letzten Jahre, und handeln Sie danach, indem Sie entsprechende Wahlempfehlungen unterstützen. In der Schweiz kann zwar jeder Parlamentarier abgewählt werden, aber Vorsicht: Nach dem Einäugigen soll nicht ein Blinder kommen! Daher ist die informative Vernetzung von grösster Bedeutung, und wir müssen für Alternativen sorgen.

Blicken wir noch einmal zurück ins Jahr 1984: Ein grosses Problem waren damals die Finanzen. Und auch heute bzw. im Wahljahr 2007 wird es so sein: Eine erfolgreiche Politik braucht, wie eine Praxiseröffnung, neben der Vision auch Mittel – Geldmittel, um es ganz konkret zu sagen. Und genau gleich wie damals muss dieser Mitteleinsatz mit einem gewissen Risiko verbunden sein, sonst landen wir alle in der Vollkasko mentalität der Politik der letzten Jahrzehnte, die neben gewissen Fortschritten vor allem eines gebracht hat: Schuldenberge und Anspruchshaltungen.

Ich wünsche dem SGAM-Vorstand und seinen Mitstreitern viel Erfolg für die gute Sache und uns und unseren Nachfolgern eine bessere Perspektive für die Zukunft. Und ganz zum Schluss noch dies: Ganz so leicht wie das Fluggeschäft lässt sich die Organisation des Gesundheitswesens nicht ins nördliche Nachbarland auslagern!

Dr. med. Reto Gross, 9450 Altstätten

Und wo waren die anderen Sponsoren?



Leserbrief zu: Saner B. Herzlichen Dank an die fast 850 Sponsoren für die Demo in Bern. PrimaryCare 2006;6:295

Gut 850 Spenden gingen auf das Konto der SGAM für die Demo in Bern! – Viel oder wenig? Diese Antwort mag sich jeder selbst geben.

Jetzt, wo die Sensibilisierungsphase für unsere Anliegen als Grundversorger auf dem Höhepunkt ist und die Bilder vom weissgefleckten, mit witzigen Transparenten bespickten Bundesplatz noch in den Köpfen und Kurzeitgedächtnissen vieler Bürger und Politiker präsent sind, jetzt beginnt doch erst unsere Arbeit. «König Pascal» möchte ja unsere Vorschläge prüfen, also unsere Anliegen seinen Funktionären des BAG vorlegen. Die santésuisse muss auch bearbeitet werden. Weiter ist bei Politikern und Patientenorganisationen zu lobbieren, die ja Grundversorger und Hausärzte so hoch achten. Unsere Vertreter im SGAM-Vorstand und das Sekretariat in Lichtensteig haben bisher sehr gute Arbeit geleistet, die Demo war ein unerwarteter Riesenerfolg. Herzlichsten Dank dafür und Gratulation zu diesem Coup. – Unsere ärztlichen Vorstandsmitglieder engagieren sich nebenamtlich und selbst in ihrer knappen Freizeit für uns. Sind da überhaupt noch Ressourcen vorhanden, für das, was nun auf uns zukommt? Die Funktionäre des BAG und der santésuisse machen ihren Job hauptberuflich ... finanziert von den Steuerzahlern oder Krankenversicherten. Der Vorstand wird in den nächsten Monaten sehr viel Zeit aufwenden müssen, um unsere Anliegen weiter auszuarbeiten und zu konkretisieren. Harte, zähe und langdauernde (und wahrscheinlich nervenaufreibende) Verhandlungen mit den Vertretern des BAG und der santésuisse stehen bevor. – Haben unsere Kollegen überhaupt soviel Zeit und die SGAM soviel Geld, dass auch ihre Arbeit adäquat entschädigt wird? Müssen Spezialisten (Ökonomen, Juristen) konsultiert werden und Gutachten in Auftrag gegeben werden? Haben unsere finanzschwachen SGAM-Milizionäre überhaupt eine Chance im Kampf gegen die Giganten? Ist nicht auch die Zeit gekommen, jetzt, wo wir von der Basis gegen das Aussterben unseres Berufstandes und für bessere Arbeitsbedingungen für unsere Nachfolger kämpfen, dass wir uns wenigstens materiell und finanziell engagieren und die Kriegskassen füllen? Aber bitte mit unserem Geld: keinesfalls mit Sponsoren aus der Pharmabranche oder der Laborindustrie!

Also ein Aufruf an die anderen Sponsoren aus unseren Reihen (Spendenkonto der SGAM: 85-249416-3). Ich bin auch sehr gerne bereit, einen höheren SGAM-Jahresbeitrag für unseren Kampf zu bezahlen.

Dr. med. Stephan Ebnöther, 8192 Glattfelden



D-Dimères

L'article sur les D-Dimères paru dans PrimaryCare [1] appelle les commentaires suivants du médecin de premier recours engagé dans la défense du laboratoire du praticien depuis une décennie:

Il est certainement indispensable de pratiquer des travaux de recherche pour la médecine générale ambulatoire et j'ai moi-même fonctionné quelques années comme délégué du Comité dans le GT de la SSMG.

Ces travaux ne doivent toutefois pas desservir la cause des MPR dans le domaine précis et spécifique du laboratoire du praticien, comme l'a fait l'article cité. En effet, les D-Dimères avaient été acceptés comme paramètre de la liste pour MPR aussi bien par la REVAL que la CFA, mais ensuite refusés par l'OFSP et le DFI dans une décision politique coutumière de cette institution depuis quelques mois.

J'ai apprécié la collaboration avec les spécialistes des sociétés de discipline du laboratoire médical, collaboration que je soutiens activement dans mes contacts liés à mes fonctions dans ce domaine.

Les D-Dimères sont l'exemple typique du laboratoire de proximité, terme qui traduit probablement le mieux «POCT» ou «Präsenzdiagnostik», mais ils ont une excellente signification, surtout par leur valeur prédictive négative. Leur utilisation doit comprendre l'intégration des critères de Wells pour évaluer la valeur du prétest. Dans ces conditions, les D-Dimères sont très utiles et la source d'économies importantes, en évitant les investigations complémentaires très onéreuses ou des hospitalisations.

Il nous a été reproché que les MPR ne sont pas formés à l'utilisation de ce test,

mais aucune étude n'a été faite dans les hôpitaux suisses pour savoir si nos confrères hospitaliers (en particulier ceux en formation postgraduée) en font une utilisation judicieuse. J'ose affirmer que l'AFCLP et les documents mis à disposition des MPR par le CMPR dans le cadre des dispositions transitoires ainsi que les cours dispensés depuis 3 ans ont amélioré l'utilisation du laboratoire du praticien selon les critères EAE (efficacité, adéquation, économicité). Cet article donne donc de l'eau au moulin de nos contradicteurs, souvent à court d'arguments scientifiques.

Si j'avais été consulté par les confrères bâlois avant ce travail de recherche, je leur aurais suggéré de comparer les divers tests existants sur le marché suisse. Ils auraient alors constaté une très nette différence entre les divers appareils et tests, en particulier sur la précision avec une valeur nettement insuffisante pour les tests rapides en kits. Par contre, les tests disposant de la technique ELISA comme celui de Roche, ont une précision comparable à celle des grands laboratoires hospitaliers et privés.

L'importance de la pré-analytique sur les tests ELISA est surestimée dans ce travail et les assistantes médicales disposent d'une formation adéquate, formation qu'elles doivent certes entretenir avec les conseils avisés de leur employeur.

En conclusion, cet article fait du tort aux MPR et empêchera que les D-Dimères fassent partie de l'arsenal diagnostique du laboratoire de proximité malgré son utilité et sa signification. Il obligera peut-être les autorités fédérales à définir plus précisément les appareils et tests susceptibles d'être remboursés par l'assurance de base. Je regrette donc vivement le choix inadéquat de la rédaction de PrimaryCare et les conséquences néfastes sur la défense du laboratoire du praticien.

Dr Markus Hug, médecine générale FMH, Delémont, président de la Commission Laboratoire du praticien du CMPR, délégué de la FMH dans la REVAL et la CFA.

1 Itin C, Riesen E. Ist der D-Dimer-Test als POCT (point of care test) brauchbar in der Hausarztpraxis? PrimaryCare 2005;5(49-50):1019-22.

Replik

Sehr geehrter Markus Hug

Mit grossem Engagement kämpfen Sie seit Jahren für das Praxislabor des Hausarztes. Herzlichen Dank dafür!

Unsere Beobachtungsstudie zeigt in Übereinstimmung mit internationalen Studien von Polikliniken und Kliniken (wahrscheinlich als weltweit einzige in der Hausarztpraxis durchgeführte Untersuchung), dass der Einsatz des D-Dimer-POCT-Tests eine «mentale Vorbereitung» braucht. Wir müssen die Umstände kennen, unter denen wir den Test durchführen. Dazu dient der Algorithmus.

Ich verstehe nicht, weshalb der D-Dimer-Test seinen Stellenwert verlieren sollte. Im Gegenteil zeigt unsere Studie, dass wir Hausärzte mit Engagement und genauer Fragestellung in Zusammenarbeit mit

Spezialisten unsere eigenen Regeln selber erarbeiten können.

Vor der Untersuchung wurde der Test von vielen unter uns «intuitiv» angeordnet. Jetzt verfügen wir über klare Richtlinien, die vielleicht etwas einschränken, die aber die Aussagekraft des Tests im hausärztlichen Kontext wesentlich verbessern.

Zum Zeitpunkt der Datenerhebung lagen für den ELISA-Trockentest von Roche noch keine ausreichenden Daten vor. Es sind Studien im Gange, deren Resultate unseren Referenten aber nicht bekannt sind. Diverse andere POCT-Tests sind nicht besser (was z.B. Vergleichsstudien am UniversitätsSpital Zürich ergeben haben), als der seit zehn Jahren gut validierte D-Dimer-Test von Nycomed.

Ich nehme an, dass Sie mit mir einig gehen, dass die «Unterdrückung» von Studienresultaten eine der grossen Sünden

der modernen medizinischen Forschung ist. Wenn wir als Hausärzte Untersuchungen durchführen, sind wir der Wahrheit verpflichtet – Politik hin oder her –, sonst müssen wir eigentlich gar nicht damit beginnen. Es wäre schade, wenn eine der wenigen authentischen Hausarztstudien «abgeschossen» würde mit dem Argument, dass sie politisch nicht opportun sei.

Lesen Sie unsere Schlussfolgerungen noch einmal ganz genau, und Sie werden sehen, dass auch wir den D-Dimer-Test im Praxislabor als POCT befürworten. Ja mehr noch: Wir können den Politikern und Experten den Einsatz des Tests in der Hausarztpraxis dank unserer Studie sogar genauer erklären, als dies bis anhin möglich war.

Mit freundlichen Grüssen

Dr. med. Edy Riesen, 4417 Ziefen