

Courrier des lecteurs

Stupéfait par la médiocrité

Courrier concernant: Stricker B, Baumann B. «La première mission du médecin est de soigner et pas de poursuivre des buts politiques.»

Interview avec le Conseiller fédéral Pascal Couchepin.

PrimaryCare 2006;6(30-31):549-51.

Messieurs,

La lecture de l'entrevue du Conseiller Fédéral Couchepin m'a inspiré quelques commentaires que je souhaiterais partager avec mes collègues, je vous soumetts donc, ci-après, ces quelques lignes:

On reste stupéfait par la médiocrité des propos tenus par le Conseiller fédéral Couchepin tels que rapportés dans vos colonnes le 4 août 2006.

La maison brûle, la qualité des soins hospitaliers se dégrade, l'accès aux soins devient difficile, spécialement dans certaines régions périphériques (dont la mienne), le rationnement de facto s'installe et Monsieur Couchepin trouve que les solutions résident dans plus de laisser-faire libéral: suppression de l'obligation de contracter, «laisser au système de santé une grande liberté pour qu'il s'adapte aux besoins de chacun» alors que l'intervention de l'Etat entraînerait «le manque de souplesse, la réduction de l'innovation et finalement la pénurie». Que je sache, dans ce pays, et d'autres, l'innovation dans le domaine hospitalier, par exemple, n'a-t-elle pas été surtout rendue possible par le financement public?

Dans le même temps, le Département de Monsieur Couchepin, qui décide des tarifs de laboratoire, ne devrait pas participer à des débats avec les intervenants incontournables du système de santé, les médecins, car le seul interlocuteur admis par Monsieur Couchepin est le Parlement! De plus, il ne faudrait pas que les médecins fassent de la politique! Même pour défendre leur profession ou la qualité des services comme les postiers, les

maçons ou les cheminots? Par ailleurs, Monsieur Couchepin semble se désintéresser du niveau de formation des médecins, le sujet devant être abordé «sans tabou» ce qui laisse sous-entendre que la médiocrité programmée ne le choque pas a priori!

On croit rêver, ce pays est devenu aboulique, quand se décidera-t-on enfin à convoquer des «Etats généraux de la Santé» pour permettre des discussions entre tous les intervenants du système de soins?

Monsieur Couchepin ne pourrait-il prendre une telle initiative, de grande portée, pour l'avenir de ce pays?

Je vous remercie de l'attention que vous porterez à ces quelques considérations et vous présente, Messieurs, mes salutations distinguées.

Dr Marc-H. Blanc, 2932 Cœuve (JU)

Santésuisse: partenaire social à haute voix mais à la sourde oreille

Chers lectrices, chers lecteurs,

Les problèmes de confrontation avec santésuisse sont malheureusement à l'ordre du jour et les confrontations entre médecins praticiens et l'organisme faitier des assureurs maladie laisse un sentiment amer d'incompréhension et de mauvaise foi de la part de ce consortium de soi-disant partenaires sociaux. Il se rapproche infiniment plus d'une police étatique communiste que d'un arbitre avec du bon sens.

Dans sa pratique, santésuisse commence à demander aux médecins estimés coûteux, selon une méthode statistique brute et aléatoire, de se justifier par écrit. Deux à trois années plus tard, cet organisme au patronyme largement usurpé, demande aux médecins concernés, ayant déjà exposé les raisons d'une pratique plus onéreuse, donc de facto des récidivistes,

d'exposer oralement les particularismes de leur pratique. Et ce, devant une commission non paritaire composée de délégués des grandes caisses maladie et d'un employé de santésuisse.

Santésuisse fait systématiquement la sourde oreille quand on exige d'elle de fournir des statistiques intégrant les particularismes (radiologie en cabinet ou non, laboratoire en cabinet ou non, pratique à mi-temps ou plein temps, visites à domicile ou non ...) et la persévérance de la persécution est malheureusement très stigmatisante et épuisante pour les personnes concernées.

Selon le secrétaire général de santésuisse Genève, Louis Moerri, leurs statistiques ne comptabilisent pas les prestations effectuées avant atteinte de la franchise annuelle. Seuls sont pris en compte les patients atteignant la franchise, donc qui coûtent à l'assureur. Toutefois, dès le moment où la franchise est atteinte, les prestations «infrafranchises» sont également comptabilisées!

Ces désagréables procédures m'amènent à quelques réflexions sur la définition de la médecine de premier recours et sur le rôle du médecin de famille.

- Je m'occupe de patients pour lesquels je pratique régulièrement des bilans oncologiques par délégation de l'oncologue qui n'a pas la possibilité de s'occuper de ses patients en période de rémission au-delà de deux ans, dois-je me défausser sur son numéro de concordat pour demander les bilans?
- Je m'occupe de patients HIV positifs pour lesquels j'assure un suivi trimestriel lege artis en restant bien évidemment en rapport avec les spécialistes concernés en cas de problèmes majeurs, dois-je pour autant les transférer aux services spécialisés?
- Toutes les hépatites chroniques doivent-elles être référées aux gastro-entérologues? (Qui verront gonfler leurs propres statistiques!)
- Dois-je systématiquement refuser de

- suivre les patients lourds et grabataires à la demande des services sociaux: diabétiques, AVC restant à domicile, polyneuropathies gravissimes, BPCO sévères et maladie d'Alzheimer, et/ou systématiquement les hospitaliser en cas d'aggravation temporaire?
- Dois-je systématiquement transférer tous mes patients éminemment et lourdement psychiatriques à la consultation psychiatriques des HUG et au Centre de Thérapies Brèves qui sera parfaitement incapable d'éponger le moindre surplus de patients? Personne ne pourra plus alors jouer au chef d'orchestre, vu les rotations périodiques des internes. Par ailleurs, certains psychiatres de la ville ont été victimes de burn-out et ont dû interrompre leur activité de manière plus ou moins prolongée et le traitement a bien évidemment été relayé par le médecin traitant, soit le médecin de famille.
 - Dois-je adresser tous les traumatismes aux permanences et aux services d'urgences des hôpitaux qui sont déjà débordés actuellement et qui nous demandent explicitement de garder nos patients, dans les mesures de nos possibilités (comprenant les soins de petites plaies, les suivis et l'ablation de plâtre, le suivi de la rééducation fonctionnelle ...)?
 - Dois-je toujours et encore empoigner le téléphone pour négocier avec les services des HUG pour faire admettre dans des délais raisonnables des patients pour intervention chirurgicale élective, ou dois-je laisser faire?
 - Dois-je systématiquement renvoyer au service de médecine des voyages et des migrations toutes les demandes de vaccins et de traitement prophylactiques?
 - Dois-je demander à nombre de mes amis et connaissances de venir consulter une fois par année chez moi, de préférence en fin d'année, à l'occasion d'une «grippette» pour facturer des petites consultations pour lifter les statistiques de santésuisse?
 - Dois-je changer de cap et développer de manière importante une activité

hors LAMal et ne m'occuper plus que marginalement de la médecine vitale de premier recours?

- Dois-je référer toutes les oreilles bouchées et/ou infectées aux confrères ORL réputés pour leur économicité?
- Dois-je me retirer du réseau des requérants d'asile, malgré la demande expresse d'y adhérer de la part de nos autorités médicales cantonales?
- Dois-je refuser de m'occuper des marginaux, toxicomanes ou «réimmigrés» perdus dans notre univers social?

Suite aux interrogations non exhaustives susmentionnées, il apparaît clairement qu'il n'est éthiquement pas défendable de se comporter de la sorte.

Adopter une stratégie basée essentiellement sur l'amélioration de ses statistiques, comme semble le souhaiter santésuisse, conduira au discrédit de notre profession. Celle-ci propose d'autres valeurs et demande du savoir, de savoir-faire, de la patience, de l'écoute et une continuelle disponibilité à agir parfois dans les plus brefs délais.

Il n'est pas acceptable que les médecins répondant à ces critères soient discriminés parce qu'ils sont efficaces dans l'administration adaptée des soins.

PS: Je viens de recevoir un courrier de santésuisse abandonnant toute suite. Surprenant, non?

Dr Arno Weisse, 1202 Genève

Wir dürfen uns auch einmal verweigern!



Leserbrief zu: Coradi B. Das Praxislabor braucht andere Richtlinien. PrimaryCare 2006;6(28-29):517.

Lieber Herr Kollege Coradi

Vielen Dank für Ihren Brief an die Arbeitsgruppe von Professor Hänsele. Er verschaffte mir wohlthuende Abkühlung in dieser Sommerhitze: Endlich jemand, der es konkret sagt!

Wir erleben es doch täglich: Die Politiker fragen sich, wie man etwas lösen kann. A sagt X, B sagt Y, C sagt Z. – Folge: lange

Diskussionen: X könnte gut sein, Y auch, Z vielleicht auch noch ...

Mutig ist keiner, daher beschliesst man das «Optimum»: Also werden X, Y und Z vorgeschrieben. Das gilt für das Labor, das gilt für das Röntgen, das gilt für alle diese Dignitäten und Errungenschaften. Die Leute in den Gremien sind gar nicht persönlich betroffen, oder noch besser: Sie sind es eben schon. Es sitzen Laborchefs in den Laborgruppen, Radiologen in der Radiologie ... alles Leute, die ihre Pfründen vergrössern möchten. Sie können es ja angeblich besser, also sollen alle es so machen wie sie.

Da lassen wir uns in der Medizin immer wieder über die EBM vorpredigen. Doch auch die ist kein Allheilmittel, weil selbst sie gewissen Moden unterworfen ist.

Aber in den Vorschriften gilt: Ob etwas wirksam ist oder nicht, interessiert niemanden. Die Kommissionen haben nur drei Gedanken:

1. Es darf nicht vorkommen, dass man etwas vergisst, also macht man alles.
2. Wenn es den Handlungsspielraum der Hausärzte einschränkt, dann fällt mehr ab für die Spezialisten.
3. Und wenn wir schon dabei sind, könnten wir doch gleich noch etwas machen, das sich später vielleicht statistisch auswerten lässt.

Folge: Viel Arbeit, viele Formulare, viel Leerlauf, neue Zwänge, mehr Frust in der Praxis, neue Büros, neue Kommissionen, alles wird teurer. Zum Ausgleich kann man dann den TARMED reduzieren, weil wir ja «kostenneutral» bleiben müssen. Wehren wir uns wie einst am Morgarten:

Es gibt keine Massnahmen, die so dringend sind, dass wir nicht vorher noch prüfen könnten, ob sie etwas bringen!

Spätestens nach dem 1. April sollten wir wissen: Wir dürfen uns auch einmal verweigern!

Aber zuerst kommt das Argumentieren. Und das haben Sie, Herr Coradi, sehr gut gemacht!

Dr. med. Marcel Tièche, 2540 Grenchen

Unterstützung von Eltern mit Schreibabies



Leserbrief zu: Fuchs H, Muser B. Kongressbericht von der 8. Fortbildungstagung des KHM. PrimaryCare 2006;6(28-29):511-4.

Ich teile die Meinung der Referenten des ersten Pädiatriemoduls, dass Eltern von Schreikindern Unterstützung brauchen. Dazu reichen aber Tips wie etwa, eine Auszeit zu nehmen, den Schoppen zu wechseln oder mit dem schreienden Kind eine Autofahrt zu machen, nicht aus. Schreibabies haben meistens keine primären Magen-Darm-Probleme, wie der Ausdruck «Kolik» impliziert, sondern kommen mit den Reizen der Umgebung schlechter zurecht als andere Säuglinge.

Es ist darum hilfreich, die Eltern anzuleiten, wie sie ihrem Kind helfen können, Ruhe zu finden, und wie sie vor allem Überstimulationen vermeiden können. Daneben ist es auch wichtig, den Eltern zu zeigen, wie sie die Momente, in denen ihr Kind wach und zufrieden ist, für beglückende Interaktionen zu nutzen. Auf keinen Fall sollte stillenden Müttern grundlos dazu geraten werden, mit dem Stillen aufzuhören, wenn das Kind vermehrt schreit. Leider hören auch nicht alle Schreikinder nach drei bis vier Monaten auf zu schreien. Diejenigen Kinder, die länger schreien, haben ein höheres Risiko, später Verhaltensstörungen oder ein ADS zu entwickeln. Es lohnt sich darum, ihre Entwicklung genau im Auge zu behalten.

Dr. med. Monika Diethelm-Knoepfel, 9240 Uzwil

Frauen sind keine weiblichen Männer!



Leserbrief zu: Cina C. Die Freude am Bildungsartikel! Der Hausarztmedizin bleiben die Alpträume? / La joie de l'article sur la formation! Cauchemar pour la médecine de famille? PrimaryCare 2006;6(23):416-7.

Sehr geehrter Herr Dr. Cina
Ihr Editorial im «PrimaryCare» hat mir einen weiteren Alptraum beschert: Der Herr Doktor sehen die Fachärztin als Verursacherin des finanziellen Übels. Als selbstverständlich oder folgerichtig nehmen Sie hin, dass die

Feminisierung der Medizin sowieso eine Lohnsenkung mit sich bringt, dabei ist Lohnungleichheit aufgrund des Geschlechtes zumindest formaljuristisch nicht korrekt. Leider sind aber auch die Herren Ärzte am Lohndumping schuld, indem sie zwar eine Fachärztin für ihre Allgemeinpraxis suchen, diese dann wegen der fehlenden eigenen ZSR-Nummer an ihre Kollegen gebunden ist und diese «Kollegen» ihr dafür nur den Hundertprozentlohn eines durchschnittlich fortgeschrittenen Assistenzarztes bezahlen wollen. Dann denkt die Politik sich natürlich, es könnten alle so günstig arbeiten.

Dass Sie den Widerstand gegen die Lohnsenkung als gering einstufen, weist entweder auf einen politischen Mangel der SGAM oder auf die Bequemlichkeit der etablierten Fachärzte hin, die ihre Schäfchen bereits im Trockenen haben. Und schon fürchten Sie sich vor der Hausärztin im Angestelltenlohn. In HMO-Praxen entspricht der Lohn jenem eines Oberarztes mit wenig Berufserfahrung, das heisst einem Allgemeinmedizinerlohn in einem Kanton ohne Medikamentabgabe (siehe dazu die Arbeit von Marty et al. im Heft Nr. 24 von «PrimaryCare» [1]).

Und es bleibt die Tatsache, dass Frauen keine weiblichen Männer sind: Fachärztinnen für Allgemeinmedizin sind zwischen ihrem Facharztabschluss und der fortgeschrittenen Familienerziehung in ihren Arbeitsmöglichkeiten eingeschränkt. Teilzeit lässt sich eine klassische Landpraxis nicht führen. Ihr Partner hat meist auch einen Beruf und kann die Kinderbetreuung nicht allein besorgen. Zwischen den Schwangerschaften eine Praxis zu übernehmen, ist finanziell zu riskant, und im Spital kommen sie als Oberärztinnen auch nicht unter.

Einige Kollegen empfinden den Wunsch vieler Ärztinnen mit Kleinkindern, keinen Notfalldienst zu leisten, als «Sonderzügli».

Aber wenn der Ehemann am Morgen zur Arbeit fährt und die Frau noch bei einem Notfall ist, sind die Kinder allein. Ebenso kann jeder noch so emanzipierte Ehemann das (nächtliche) Stillen nicht übernehmen, das, zumindest vorübergehend, eine stärkere Bindung zur Mutter als zum Vater zur Folge haben kann.

Bei all diesen verschiedenen Aufgaben und Forderungen kann die Ärztin nur in einem

Team oder eben als Angestellte – meist teilszeit – arbeiten, und bereits dies erfordert zusammen mit allen anderen häuslichen Aufgaben eine geschickte Organisation. Dennoch leisten auch wir Frauen 100% Fortbildung, den Mutterschutzurlaub gibt es ja dank der Dreijahresfortbildungsregelung à 240 Stunden nicht mehr. Ich hoffe, dass sich das Angst- und Feindbild «Fachärztin» durch Information, gegenseitige Anerkennung und Unterstützung sowie im gemeinsamen Kampf gegen unsere Berufswidrigkeiten auflösen kann.

Dr. med. Maja Hostettler, 8606 Greifensee

1 Marty F, Hasler N, Späth H. Einkommensverhältnisse der Allgemeinmediziner in der Schweiz 2001. PrimaryCare 2006;6(24):468-9.

Replik

Sehr geehrte Frau Kollegin

Sie haben meine Aussagen im erwähnten Editorial aber ganz gründlich missverstanden!

Ich kann Ihnen versichern, dass sich die SGAM und mit ihr auch ihr Sekretär intensiv mit den Problemen von «Frau und Beruf» beschäftigt.

In Ihrem Brief beschreiben Sie Alltagschwierigkeiten, die eine berufstätige Frau mit Familie zu bewältigen hat. Diese sind mir von meiner Frau, die als Hausärztin auf dem Land teilszeit arbeitet, bestens bekannt, und leider sind sie heute noch in vielen Bereichen Realität! Ich habe grosse Achtung vor dieser fraulichen Leistung.

Die Feminisierung in der Hausarztmedizin sehe ich als echte Chance und in keiner Art und Weise als Angst- und Feindbild. Es ist aber leider schon so, dass in der Regel durch die Feminisierung eines Berufes die Löhne sinken. Es ist eine zentrale Aufgabe der SGAM, dieser Tendenz mit allen Mitteln entgegenzuwirken und für die Zukunft frauenfreundliche Arbeitsmodelle zu schaffen. Auf dieses Ziel müssen wir mit vereinten Kräften hinarbeiten.

Die Zukunft der Hausarztmedizin ist weiblich!

Ihnen wünsche ich in Beruf und Familie viel Freude und Erfüllung.

Christoph Cina, Sekretär der SGAM, 3254 Messen