

# Vierzehn Tage für einen Systemwechsel

Erhard Taverna

Für eine einfache Naht schien ihm der Defekt am Zeigefinger zu gross; der auswärtige Dienstarzt schickte den Patienten weiter in das nahegelegene Bezirksspital. Der Assistent auf der Notfallstation konsultierte den gerade verfügbaren Urologen, denn alle anderen Spezialisten im Hause waren unerreichbar oder beschäftigt. Sie überwiesen den Verletzten ins Zentrumsspital, wo dieser nach mehrstündiger Wartezeit mit einem Verband entlassen wurde. Eine Woche später wurde der Hautdefekt mit einem Vollhauttransplantat vom Vorderarm gedeckt. Seither fährt der Patient eine längere Strecke zur Nachbetreuung ins Spital. Fingerleitungsblockade und Defektdeckung wären ohne weiteres in einer Allgemeinpraxis möglich gewesen.

Die Situation auf der Ärzteseite könnte man zunehmend mit Karl Valentin beschreiben: «Mögen hätte ich schon wollen, aber dürfen hab ich mich nicht getraut!»

## Fakten und Visionen ...

«Brauchen wir in zehn Jahren noch Hausärzte?», fragt «Swissdoc» in «Primary Care» und will «die Menschen für eine Medizin von morgen bewegen». Das Projekt der FIAM Bern sei auf universitärem Boden gesät, doch leider am 20-Jahre-Jubiläum die Basis der Hausarztkollegen praktisch nicht anwesend gewesen. Alle Anstrengungen in Ehren, aber vielleicht denkt die Basis realistischer als die Initianten. Der Systemwechsel ist nicht mehr aufzuhalten. Dafür sorgen in erster Linie der neue Tarif und die vielen Gärtchenpfleger der Fachgesellschaften, die erfolgreich Politiker für ihre Zwecke einspannen.

Dazu genügt nur schon die Lektüre der Zeitungskommentare und Drucksachen der letzten zwei Wochen. Der Tagesanzeiger berichtet detailliert über den seit zehn Jahren zunehmenden Missbrauch der öffentlichen Notfallstationen durch Selbsteinweisungen. Neun von zehn Problemen hätten kostengünstiger durch Allrounder erledigt werden können. Zudem habe die Anspruchshaltung deutlich zugenommen und werde nicht selten mit der Drohung, einen Anwalt beizuziehen, durchgesetzt. Was der Beitrag verschweigt, ist die stillschweigende Komplizität der Spitalleitungen, die in allen Kantonen, auf der Jagd nach neuen Finanzquellen, in die profitablen Ambulanzen investieren. Eine andere

Mitteilung nennt als kostentreibenden Faktor die Hektik, beginnend beim Rettungswesen und endend beim Patienten mit seiner Subito-Mortalität. Oft würden unter diesem Zeitdruck viele Abklärungen parallel, und dadurch zum Teil sinnlos, durchgeführt.

Jede zehnte Vollzeitstelle in der Schweiz findet sich, laut Betriebsstatistik von 2001, im Gesundheits- oder Sozialwesen (298 000 von total 3,1 Millionen Vollzeitstellen), mehr als im Baugewerbe (280 000), im Gastgewerbe oder in Banken und Versicherungen (je 190 000) oder im Unterrichtswesen (160 000). Seit 1991 hat die Zahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen markant mehr zugenommen (26%) als im übrigen Dienstleistungssektor (4,1%).

Gleichzeitig mit diesen Nachrichten geht ein Entwurf zur «Nationalen Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz» in die Vernehmlassung. Das lesenswerte Papier gibt einen guten Eindruck in die Denkweise der «Nationalen Gesundheitspolitik Schweiz», eines im November 1998 gegründeten Unternehmens der Gesundheitsdirektorenkonferenz (vormals SDK) und des Eidgenössischen Departements des Innerns. Konträr zu allen offiziellen Sparappellen endet die umfangreiche Problemanalyse mit einem breitgefächerten Massnahmenkatalog flächendeckender, zusätzlicher Angebote, verschärften Qualitätsforderungen und gesetzlichen Anpassungen. Dabei ist immer von einer psychiatrischen «Grundversorgung» die Rede, die selbstverständlich aus lauter noch auszubildenden, spezialisierten Ärztinnen und Ärzten, Pflegenden, Psychologen/-innen und Sozialarbeitern/-innen besteht. Parallel dazu wird ein «Nationales Netzwerk Psychologische Nothilfe NNPN» vorangetrieben. Federführend sind das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und die Schweizerische Vereinigung der PsychologInnen. Vorgesehen sind Ausbildungsstandards für Peer, Care Givers und Fachpersonen mit notfallpsychologischer Zusatzqualifikation. Was einzelne Kantone bereits, auf eigene Bedürfnisse zugeschnitten, entwickelt haben, ist auf dem (uneigennütigen?) Weg zur tatkräftig geförderten, normierten und vorgeschriebenen Bundessache.

Dabei wäre, wie das Zitat aus einem Beschlussprotokoll des SDK-Vorstandes belegt, die Einsicht durchaus vorhanden: «Es liegt in der Natur der Sache, dass Fachverbände dazu neigen,



Normen in ihrem Zuständigkeitsbereich auf einem maximalen Niveau festzuschreiben. Dabei können auch spezifische berufsständische Sichtweisen eine Rolle spielen.»

### ... und Prognosen

Die erwähnten Beispiele erwähnen nur die zufällig erhaltenen Publikationen der letzten vierzehn Tage! Beizufügen wären noch die Nach-

richten aus dem Bildungssektor Medizin. Die Zahlen des Bundesamtes für Statistik, «Bildungsmonitoring Schweiz, Studierende und Hochschulabsolventen: Prognosen 2003–2012», rechnen für 2012 mit einem Frauenanteil in der Medizin und Pharmazie von 67% (2002: 60%). Die «Schweizerische Ärztinnenzeitung» (Männer sind mitgemeint) dürfte dannzumal andere Themen als heute diskutieren. Welche Ziele und Inhalte werden die Hausärztinnen den ethisch und molekular-zellbiologisch vorgebildeten Medizinstudierenden des reformierten Wintersemesters 2003/4 vermitteln? Das neue Wahlpflichtsystem mit seinen unbestrittenen Vorteilen wird die scheinbar unaufhaltsame Spezialisierung vorantreiben. Wenn alles rund läuft, werden sehr viel mehr Menschen auch einiges mehr bieten. Die Frage ist zu welchem Preis. Denn mit jedem Systemwechsel bleibt auch etwas auf der Strecke; siehe Einleitung. Vielleicht erklärt sich daraus die Skepsis der momentan noch allgemeinmedizinisch tätigen Kollegen und Kolleginnen gegenüber noch so gut gemeinten Zukunftsprojekten.

Quellen vom 4. bis 21. Februar 2004: Tages-Anzeiger, Primary Care, Koordinierter Sanitätsdienst, Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (NGP); ergänzt durch: Medinfo Medizinische Fakultät Zürich 3/2003, Bundesamt für Statistik (2003).

## Pourquoi veut-on supprimer les généralistes?

R. Leuzinger

Ce qu'il on sait:

- des généralistes avec des cabinets bien équipés, avec du personnel compétent, fournissent des prestations étendues à la population, surtout en milieu rural, y compris petite chirurgie et traumatologie, pédiatrie courante, gynécologie courante, analyses fréquentes, radiologie d'usage courant, parfois dispensation des médicaments;
- il est démontré que les médecins qui effectuent eux-mêmes des analyses sanguines génèrent un coût d'examen de laboratoire inférieur que leurs collègues sans laboratoire;
- il est démontré que les médecins pharmaciens génèrent un coût inférieur de médicaments que leurs collègues prescripteurs. Et ceci malgré les abus (qui existent certainement);

- je ne sais pas si la même démonstration a déjà été faite pour la radiologie du praticien;
- moins il y a de généralistes et plus il y a de spécialistes par rapport à la population plus le coût global augmente (Bâle-Ville, Genève, Lausanne).

Mais que fait-on?

On nous impose, sous prétexte de contrôle de qualité, des examens d'expert en radioprotection (coût: au bas mot Fr. 1500.– dont Fr. 455.– pour l'autorisation reçue après avoir réussi l'examen). Les médecins qui n'ont pas de radiologie, mais qui génèrent autant d'examen, donc d'irradiations pour la population, n'ont aucun examen à passer...

Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004 le geste pour la prise de sang (y compris le matériel, le savoir-faire de

Correspondance:  
Dr Ruedi Leuzinger  
Médecine générale FMH  
CH-1623 Semsales  
Tél. 026 918 57 47  
Fax 026 918 58 89

E-mail: r.leuzinger@mcnet.ch

l'assistante, le travail administratif pour les analyses demandées à l'extérieur) n'est plus rémunéré, alors qu'il continue à l'être pour les laboratoires indépendants et des hôpitaux (prise de sang capillaire Fr. 8.-, prise de sang veineux Fr. 12.-, taxe administrative Fr. 12.-, éventuelle surtaxe pour urgence Fr. 50.-).

Certaines analyses faites dans le laboratoire du praticien ne seront plus remboursées, l'équipement acheté à prix fort devient ainsi en partie inexploitable.

D'ici à fin 2006, et ensuite tous les trois ans, je devrai prouver par des attestations que je sais

- examiner des enfants de moins de 6 ans;
- faire des tests allergiques cutanés standards;
- ponctionner un réservoir de portacath;
- faire une anesthésie en bague d'un doigt ou d'un orteil;
- faire un test de tolérance au glucose oral;
- encore et toujours faire des plâtres aux extrémités;
- extraire une pièce de Lego du nez d'un enfant;
- et la liste est encore longue...

Et je devrai repasser l'examen de radioprotection après 10 ans.

Par ailleurs: Les tentatives de restriction de la pharmacie surgissent continuellement ici ou là (les médicaments sont actuellement les moins chers chez le médecin dispensant: Il n'a le droit d'ajouter aucune taxe...).

L'introduction du nouveau tarif unifié (en soi une bonne chose) implique des contraintes invraisemblables, surtout pour les médecins peu habitués aux subtilités de l'informatique et d'internet: Mise en page imposée des factures, pénalisation de ceux qui ne facturent pas par voie électronique, codage des médecins, des caisses maladie, du matériel de pansement, de tous les médicaments: A nous de chercher ces codes et de les introduire. Ce qui implique pour beaucoup de médecins l'achat d'un équipement informatique entièrement nouveau et d'un nouveau logiciel: Ces dépenses se comptent en milliers de francs, sans parler de l'énorme surplus de travail!

Et tout cela pour le bénéfice de qui?

A-t-on jamais demandé à la population ce qu'elle pense du confort offert par des cabinets

bien équipés? Combien de journées d'absences du travail, et ainsi d'indemnités pour perte de gain, sont économisées par le service de proximité offert par des médecins de famille bien formés et répartis sur la totalité du territoire?

Qui trouve un intérêt à voir disparaître notre discipline?

Je ne le sais pas, mais ce qui est certain, c'est que nous nous y dirigeons à grands pas.

A nos frais nous devons prouver ce que nous faisons au quotidien depuis des décennies, sous peine de nous voir supprimé le droit au remboursement de certaines prestations. Combien d'heures et de journées allons-nous passer à la recherche de telles attestations? Aux frais de qui? Le comble: Mieux le médecin est formé, plus il devra courir après des certificats de capacité. A nos frais nous devons faciliter le travail des assurances maladies et accidents, à qui nous présenterons sur un plateau des factures électroniques qui n'auront plus besoin d'être saisies. Et il y a fort à parier que ce seront encore nous, de part notre nombre, qui seront désignés comme coupables en cas de dépassement du budget global, camouflé sous le terme de neutralité des coûts, alors que l'introduction du nouveau tarif devait améliorer la condition des médecins de premier recours.

Qui sera encore intéressé à devenir généraliste, surtout à la campagne où une formation large est indispensable?

J'ai 52 ans, je suis généraliste de campagne par vocation, mais aussi médecin scolaire, actif dans la politique professionnelle et dans l'enseignement, ainsi que médecin conseil d'une assurance fédérale. J'ai 18 ans d'activité indépendante derrière et 13 (ou 15) ans devant moi jusqu'à la retraite. Je suis, dit communément, dans la force de l'âge sur le plan professionnel. Et je me demande sérieusement si je ne vais pas fermer mon cabinet et devenir médecin d'assurance à plein temps, avec un bon salaire et des prestations sociales de salarié, plutôt que de subir ces tracasseries qui empoisonnent mon quotidien et surtout mon avenir de médecin indépendant. A lire le courrier des lecteurs ces derniers temps, d'autres collègues du même âge ressentent le même ras-le-bol.

Est-ce que quelqu'un trouve cela inquiétant?