

Courrier au BMS



Garantie des droits acquis?

Dans l'éditorial du 22 août 2007, le corps médical est invité à faire preuve de plus de souplesse dans l'organisation de notre système de santé [1]. Cette position est fâcheuse et alarmante. Des signaux angoissés et contradictoires apparaissent soudain ici, à une époque justement où les médecins ont appris peu à peu à se débarrasser de leur névrose professionnelle (s'identifier aux vœux de tout un chacun) et à défendre de manière un peu plus affirmée leurs demandes qui ne sont surtout pas destructrices.

L'expression «droits acquis» est utilisée d'une manière qui prête à confusion car le lecteur pense immédiatement au revenu, ce qui est tout naturel, mais il comprend par la suite qu'on parle, ici, de droits acquis au sens général. Ce qui, en fait, ne joue aucun rôle. Quand il s'agit de santé publique, la référence au revenu va alors de soi pour nous. Il nous suffit de jeter un regard par dessus les frontières pour apprendre très vite qu'un système de santé asocial et corrompu apparaît inévitablement lorsque les médecins sont mal payés. Mais il est tout aussi important de conserver l'ensemble des droits acquis dont fait naturellement aussi partie l'ensemble du savoir médical.

Organiser la santé publique est la tâche la plus complexe et la plus difficile à résoudre pour chaque société. A ma connaissance, personne n'a réussi à trouver une solution intelligente et satisfaisante en suivant une voie traditionnelle. Pour rappel: Hillary Clinton a carrément échoué. Les sociétés butent apparemment ici à leurs limites en raison de la complexité de la tâche.

La médecine vit fortement du savoir intellectuel et émotionnel. Ce n'est pas par hasard si la sélection opérée dans le cadre du numerus clausus tient compte essentiellement de la capacité à acquérir des connaissances en grande quantité. Dans les sociétés occidentales, où la position sociale est essentiellement déterminée par le savoir, les médecins obtiennent automatiquement une position de force importante. Le savoir, c'est finalement le pouvoir. Les assistants du canton de

Zurich nous l'ont démontré. La grève des crayons a eu un effet rapide. Il est symptomatique que la conseillère d'Etat en charge du dossier n'ait pas encore digéré cette défaite (conformément à une interview parue dans la presse quotidienne). A part les médecins, les acteurs actuels de la santé souffrent, à mon avis, d'un grand déficit de savoir spécialisé et de connaissances des mécanismes de la médecine quotidienne. Les arguments avancés rendent à peine justice à la complexité des problèmes.

Récemment, l'Académie suisse des sciences médicales a appelé à un large dialogue dans le contexte des problèmes de rationnement. Le politicien interrogé à ce sujet à la radio rejeta nettement cette proposition. Il serait important que le corps médical signale clairement ici qu'il ne peut pas tolérer une telle attitude. Aujourd'hui, les concepteurs non médicaux de la santé publique sont d'avis qu'on parviendra à une solution uniquement en déplaçant les forces en présence. Il faut comprendre ici levée de l'obligation de contracter et promotion des mécanismes de marché. Mais ces mesures n'auront indubitablement pas l'effet escompté. Nous ne pourrions guère éviter de mener une réflexion approfondie. Et les médecins ont ici, à mon avis, le devoir de jouer un rôle central, parce qu'ils disposent justement des connaissances les plus complètes. Ils devraient se comprendre comme les avocats d'un processus créatif de développement, compte tenu du niveau de savoir à disposition aujourd'hui, et s'opposer avec tous les moyens aux tentatives de faire de notre système de santé un champ de bataille d'une politique de puissance grossière. Notre attitude provoquera naturellement une vive résistance des autres acteurs de la santé, mais elle profitera à cette dernière.

Le rôle décrit ci-avant nous contraindrait certes aussi à faire énormément d'ordre dans notre propre maison. La constatation faite dans l'éditorial au sujet du TARMED («il ne donne manifestement pas entièrement satisfaction») n'indique malheureusement pas du tout cette direction. Nous gagnerons en respect si nous reconnaissons que nous avons échoué de manière catastrophique, vu que nous n'avons pas atteint l'objectif initial (et lui seul donne finalement sens) visant à adapter l'appréciation des prestations médicales aux besoins actuels de la santé.

La première gifle nous a déjà été donnée par la génération montante, qui a tourné le dos aux deux piliers centraux de la médecine actuelle: la médecine de famille et la médecine psychiatrio-psychothérapeutique: une catastrophe pour une société qui fonctionne à un niveau élevé et complexe. Or nous obtenons aujourd'hui des prestations médicales complexes aussi en Chine. Ce dont nous avons besoin, ce sont des soins bien coordonnés et tenant compte des besoins de toute la société, des soins mis en place non pas sur une simple base somatique mais sur une base biopsychosociale adaptée au niveau du savoir actuel.

Je souhaiterais que la FMH gémissse moins à l'avenir sur la perte de droits acquis mais qu'elle appelle clairement à défendre et à conserver le niveau actuel du savoir et qu'elle invite à rejeter les solutions pourries.

Garantie des droits acquis? Garantie des droits acquis!

Dr G. Schlaginhaufen, spécialiste en psychiatrie/psychothérapie FMH, Weinfelden

(Traduction: FMH)

Remarque de la rédaction: Nous indiquons à nos lecteurs que, dans l'éditorial de la présente édition, Jacques de Haller, président de la FMH, se réfère aux considérations du Dr G. Schlaginhaufen.

1 de Haller J, Raggenbass R. Droits acquis? Bull Méd Suisses. 2007;88(34);1381.



Stellungnahme der Peer-group zum Artikel E-Learning in medizinischem Strahlenschutz

Der von den Herren Otto, Valley und Giger verfasste Artikel [1] erschien leider ohne vorgängige Rücksprache mit den Teilnehmern der Peer-group. Die Auswertung am Ende des Artikels enthält eine Anzahl Falschinformationen und Fehlinterpretationen, die nicht unwidersprochen bleiben dürfen.

- Zwei der ursprünglichen sieben Peer-group-Teilnehmer verliessen die Gruppe noch während der Bearbeitung der ersten von 16 Lektionen aufgrund des grossen Zeitaufwandes. Die Auswertungsergebnisse dürften sich somit nur auf fünf Teilnehmer beziehen.
- Die durchschnittlich benötigte Bearbeitungszeit von 17 Stunden und 41 Minuten ist völlig unzutreffend; Basis dieser Zahl war offen-

bar die Einloggzeit am PC, die keineswegs mit der für das Bearbeiten der Lektionen erforderlichen Zeit gleichzusetzen ist; sie liegt mindestens beim Doppelten. Um die Datenmenge zur bearbeiten (auf Papier zwei Bundesordner füllend), war man häufig offline. Alle Teilnehmer haben im Interview übrigens explizit auf diese Tatsache hingewiesen.

- Bei den telefonisch durchgeführten Interviews wurden kaum geschlossene Fragen gestellt; eine graphische Darstellung von freien Antworten auf offene Fragen ist zumindest gewagt; so waren z. B. mindestens zwei Teilnehmer mit Graphik und Darstellungen gar nicht zufrieden, was sich im rechten Diagramm mit 40% statt 0% «weniger gut» niederschlagen und mithin das Bild entscheidend verändern würde.

Als Mitglieder der Peer-group bedauern wir, dass niemand von uns die Auswertung bzw. Beurteilung vor dem Druck mindestens kurz einsehen konnte. Schade.

Im Namen der Peer-group:

Christine Köchli, Corina Fuchs, Severin Meili

- 1 Otto M, Valley J-F, Giger M. Neuer Lehrgang mit optionalem E-Learning in medizinischem Strahlenschutz für Ärztinnen und Ärzte. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(38):1578-80.

Replik

Sehr geehrte Frau Köchli,
Frau Fuchs und Herr Meili

Vielen Dank für Ihren Brief, zu dem wir wie folgt Stellung nehmen:

Es ist richtig, dass wir beim Verfassen unseres Artikels die Peer-group nicht konsultiert haben. Es ist ebenfalls richtig, dass Ergebnisse einer Umfrage unterschiedlich interpretiert werden können. Und selbstverständlich misst eine Statistik zum E-Learning nur die Zeit, die im E-Learning verbracht wird. Das E-Learning ist so aufgebaut, dass keine anderen Lernmethoden (u. a. Ausdrucken der Texte und deren Bearbeitung ausserhalb des Programms) eingesetzt werden müssen. Die Peer-group bestand anfänglich aus sieben Personen, die uns vom VSAO vermittelt worden waren. Nachdem sich einige Teilnehmer der Peer-group viel Zeit liessen, das E-Learning überhaupt anzuschauen, und zwei Teilnehmer über ihre Benutzeraccounts keine einzige Lektion gestartet hatten, wurden zwei weitere Teilnehmer in die Peer-group aufgenommen. So gelang es, innert nützlicher Frist ein Feedback zu erhalten. Und da es wenig sinnvoll ist, Leute zu befragen, die keine einzige Lektion online besucht haben,

beziehen sich die Auswertungsergebnisse auf sieben Personen. Diese haben sämtliche Lektionen bearbeitet. Ihre Behauptung zu den graphischen Auswertungen können durch die Protokolle der einzelnen Befragungen widerlegt werden. Alle Interviews wurden mit demselben Fragenkatalog durchgeführt, der fünf geschlossene und 14 offene Fragen enthielt. Drei Teilnehmer konnten wir – wie geplant – für die Interviews treffen; vier fanden nur Zeit für ein Telefoninterview.

Es ist uns wichtig festzuhalten, dass Sie und die Peer-group dazu beigetragen haben, das E-Learning weiter zu verbessern. So wurde insbesondere hinsichtlich Benutzerführung viel optimiert. Inzwischen haben 41 Ärzte das E-Learning besucht und nach dem Besuch des praktischen Teils auch die Prüfung erfolgreich abgeschlossen. Zurzeit sind über 50 weitere E-Lernende daran, die Theorie online zu besuchen. Obwohl das E-Learning neu auch Tools zur Prüfungsvorbereitung enthält, hat sich die mediane Bearbeitungszeit im Vergleich zur Peer-group nicht wesentlich erhöht.

M. Otto, J. F. Valley, M. Giger



Gibt es Complianceprobleme nur in der Psychiatrie?

Aus gegebenem Anlass möchten wir uns hier an ein breiteres Auditorium wenden. Nachdem ich (GS) bereits in den vergangenen Jahren jeweils im November eine Veranstaltung mit dem Oberthema «Im Fokus» in Basel mit Erfolg veranstaltet hatte, sollte nun eine dritte zum Thema Compliance folgen. Wie in den Vorjahren hofften wir auf die Zuerkennung von Credits durch die Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin. Nachdem in den Vorjahren der Fokus auf der Manie und auf der Aggression gelegen hatte, waren wir um so überraschter, dass das letztgenannte Thema nicht creditwürdig erschien. Auch der schriftlich geäußerte Wunsch, den Entscheid noch einmal zu überprüfen, führte zu einer erneuten Ablehnung. Hierbei wurde ausgeführt: «Die SGIM kommt zum Schluss, dass die Fortbildung Compliance nicht anerkannt werden kann, da es sich um eine Thematik handelt, die nicht zur Inneren Medizin im engeren Sinne gehört. Die Innere Medizin ist ein sehr grosses und weites Fachgebiet, und die Aufgabe der SGIM ist es sicherzustellen, dass in den (wenigen) 50 Stunden pro Jahr die Kerngebiete der In-

neren Medizin einbezogen sind. Die von Ihnen eingereichte Fortbildung ist stark psychiatriebezogen. Aus diesem Grund wird Ihr Rekurs abgelehnt. Vertiefte Erläuterungen finden Sie im Fortbildungsprogramm der SGIM (...).»

Mit einem gewissen inneren Kopfschütteln nehmen wir zur Kenntnis, dass offensichtlich in dem grossen und weiten Gebiet der Inneren Medizin das Problem der Compliance nicht ausreichend wahrgenommen wird. Die Compliance betrifft nämlich die gesamte klinische Medizin, und vielleicht haben wir hier in der Psychiatrie eine Sonderrolle in der Form, dass wir das Problem ernst nehmen und uns seiner auch annehmen. Welche Schäden im Gesundheitswesen insgesamt durch fehlende Compliance entstehen, ist an anderer Stelle vielfach diskutiert worden. Offensichtlich ist der SGIM diese Problematik nicht bekannt.

Falls sich durch dieses Schreiben doch eine Kollegin oder ein Kollege einer anderen Fachrichtung interessiert fühlt, sich mit uns über die Compliance auseinanderzusetzen, laden wir ihn herzlich zu uns nach Basel ein (8.11.2007).

Prof. Dr. Gabriela Stoppe,
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

Prof. Dr. Jürgen Drewe,
Klinische Pharmakologie und Toxikologie,
Universitätsspital Basel



Der zufriedene Hausarzt in der Einzelpraxis: ein Aufruf pro specie rara

Herrn Kollegen Fischbacher ist zu seinem souveränen Artikel herzlich zu gratulieren [1].

Als jemand, der, nach den Assistenz- und Oberarztjahren mit allen gruppenspezifischen Wässern gewaschen, schliesslich vor 21 Jahren in eine Gemeinschaftspraxis (GP) eintrat, kann ich mir ein sehr plastisches Bild über Effizienz von Arbeitsabläufen machen. Vor 2½ Jahren hatte ich nämlich aus den von ihm genannten Gründen genug Praxisgemeinschaftsluft geschnuppert und bin mittlerweile glücklich in einer Einzelpraxis tätig. Keinesfalls möchte ich irgend etwas von den früheren Erfahrungen missen, jedoch hätte ich aus dem heutigen Blickwinkel den Schritt doch bereits früher machen sollen. Als ich ihn mit 58 endlich tat, löste das unter Kollegen mehrheitlich ungläubiges Staunen aus: Wie kann man nur gegen den Strom der Praxis-

gemeinschafts-/HMO-Manie schwimmen? Ist es resignierte Flucht eines Frustrierten? Keineswegs, sind doch jetzt alle drei Akteure in diesem komplexen System einer Praxis zufriedener:

- die eine MPA, die noch in der GP ausgebildet wurde, später in eine andere GP wechselte und nun die vermehrte Selbständigkeit und Effektivität sehr geniesst;
- die vielen Patienten, die trotz z. T. längerer Anfahrtswege eine ruhigere, persönlichere Atmosphäre schätzen;
- nicht zuletzt der Schreibende, der – wie übrigens auch seine Gattin bestätigt – gelassener und engagierter seinem schönen Beruf frönt.

Wer sich von den jungen Kollegen/-innen nicht bereits auf eine GP fixiert hat (weil vielleicht Teilpensen es erzwingen), soll sich die Sache durchaus noch einmal überlegen. Kaum je gab es so viele verlockende Angebote zum Einstieg in gut-etablierte Einzelpraxen wie heute. Die EU-Docs haben es längst gemerkt und begreifen gar nicht recht, warum des Heulens und Wehklagens in unseren helvetischen Reihen soviel ist.

Erich Vogt, Effretikon

1 Fischbacher R. Der zufriedene Hausarzt in der Einzelpraxis: ein Aufruf pro specie rara. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(38):1583-4.



Zulassungsstopp für Ärztinnen und Ärzte

Ich danke sehr für die Belehrung eines Arztes, dass meine «verschachtelt formulierten Konstruktionen» in dem Artikel «Zulassungsstopp für Ärztinnen und Ärzte» in der Schweizerischen Ärztezeitung (SÄZ) Nr. 36/2007 [1] falsch seien. Würde ich mich getrauen, einer Ärztin/einem Arzt oder einer Fachärztin/einem Facharzt in medizinischen Belangen Belehrungen zu erteilen? – Dies würde ich mir sicherlich nicht anmassen. Es gibt leider den kleinen, aber entscheidenden Unterschied zwischen dem Recht des EG-Vertrages und dem Freizügigkeitsabkommen Schweiz–EG. Darauf hier einzugehen, fehlt leider der Platz. Vielmehr verweise ich auf die verschiedensten meiner Publikationen sowohl in der Schweiz als auch in der EU.

Udo Adrian Essers, Küssnacht

1 Essers UA. Zulassungsstopp für Ärztinnen und Ärzte. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(36):1483.