Briefe an die SÄZ

Wahrung des Besitzstands?

Im Editorial vom 22. August 2007 wird die Ärzteschaft aufgefordert, im Gestaltungsprozess unseres Gesundheitswesens mehr Flexibilität an den Tag zu legen [1]. Diese Position ist ärgerlich und alarmierend. Gerade in einer Zeit, in der die Ärzte allmählich gelernt haben, ihre Berufsneurose, sich nämlich in die Wünsche einer jeden und eines jeden einzufühlen, abzulegen und etwas nachdrücklicher ihre Anliegen, die beileibe nicht destruktiv sind, zu vertreten, kommen hier plötzlich ängstliche entgegengesetzte Signale.

Etwas verwirrend wird der Ausdruck «Besitzstand» benutzt, der den Leser natürlich sofort an das Einkommen denken lässt. Es wird dann aber klar, dass hier in einem allgemeinen Sinn von Besitzstand geredet wird. Es spielt allerdings keine Rolle, was tatsächlich gemeint ist. Wenn es uns wirklich ums Gesundheitswesen geht, dann gehört auch das Festhalten am Einkommen dazu. Ein Blick über die Grenze lehrt uns sehr schnell, dass mit schlechtbezahlten Ärzten unweigerlich ein asoziales und korrumpiertes Gesundheitssystem entsteht. Genauso wichtig ist aber auch die Bewahrung des gesamten Besitzstandes, zu dem natürlich auch das gesamte medizinische Wissen gehört.

Die Gestaltung des Gesundheitswesens ist für jede Gesellschaft wohl die komplexeste und schwierigste Aufgabe. Meines Wissens ist es nirgends gelungen, auf traditionellem Weg eine kluge und befriedigende Lösung zu finden. Zur Erinnerung: Hillary Clinton ist hochkant gescheitert. Offenbar stossen Gesellschaften hier angesichts der Komplexität der Aufgabe an Grenzen.

Die Medizin lebt stark von Wissen, von intellektuellem und emotionalem. Es kommt nicht von ungefähr, dass die Selektion im Rahmen des Numerus clausus hauptsächlich die Fähigkeit berücksichtigt, sich die grosse Menge an Wissen anzueignen. In westlichen Gesellschaften, in denen hauptsächlich Wissen die soziale Stellung bestimmt, haben die Ärzte automatisch eine bedeutende Machtstellung erhalten. Wissen bedeutet schliesslich Macht. Die Assistenten im Kanton Zürich haben uns das demonstriert. Ein Bleistiftstreik hat eine schnelle Wirkung gehabt. Es ist symptomatisch, dass die zuständige Regierungsrätin noch heute an dieser Niederlage kaut (einem Interview aus der Tagespresse entnommen). Die heute nebst den Ärzten im Gesundheitswesen tätigen Akteure leiden meiner Meinung nach unter einem grossen Defizit an Fachwissen und Kenntnis der Mechanismen im medizinischen Alltag. Die vorgebrachten Argumente werden der Komplexität der Probleme kaum je gerecht. Kürzlich hat die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften in Zusammenhang mit Rationierungsproblemen zu einem breit angelegten Dialog aufgerufen. Der im Radio dazu befragte Politiker lehnte diese Anliegen weit von sich. Es wäre von seiten der Ärzteschaft wichtig, hier klar zu signalisieren, dass eine solche Haltung nicht geduldet werden kann. Die nichtärztlichen Gestalter im Gesundheitswesen sind heute der Meinung, dass die Lösung auf der Ebene der reinen Machtverschiebung zu erreichen ist. Aufhebung des Kontrahierungszwangs und Förderung der marktwirtschaftlichen Mechanismen sind vor diesem Hintergrund zu verstehen. Diese Massnahmen werden aber zweifellos nicht den gewünschten Effekt haben. Um etwas mehr Denkarbeit werden wir kaum herumkommen. Und hier haben die Ärzte meiner Meinung nach die Pflicht, eine zentrale Rolle zu spielen, weil eben sie über die umfassendsten Kenntnisse verfügen. Sie müssten sich als Anwälte eines kreativen Gestaltungsprozesses unter Berücksichtigung des gesamten heute zur Verfügung stehenden Wissensstandes verstehen und mit allen Mitteln Bestrebungen entgegentreten, das Gesundheitssystem als Feld für eine plumpe Machtpolitik zu verstehen. Diese Haltung wird aber natürlich den heftigen Widerstand der andern Gestalter im Gesundheitswesen hervorrufen, letzterem wird sie aber zugute kommen.

Die oben beschriebene Rolle würde uns allerdings auch verpflichten, im eigenen Haus mächtig aufzuräumen. Die im Editorial gemachte Feststellung zu TARMED («nicht vollständig befriedigend») zeigt leider gar nicht in diese Richtung. Es würde uns zweifellos mehr Respekt verschaffen, wenn wir dazu stehen würden, dass wir am

ursprünglichen Ziel (und nur dieses macht schlussendlich Sinn), die Bewertung der verschiedenen medizinischen Leistungen den heutigen Bedürfnissen im Gesundheitswesen anzupassen, katastrophal gescheitert sind.
Die erste Ohrfeige hat uns der Nachwuchs schon verpasst. Den beiden zentralen Säulen der heutigen Medizin – nämlich der hausärztlichen und der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung – hat er den Rücken gekehrt. Eine Katastrophe für eine Gesellschaft, die auf einem hohen und komplexen Niveau funktioniert. Hand aufs Herz, eine komplexe medizinische Einzelleistung bekommen wir letztlich heute auch geradesogut in China. Was wir brauchen, ist eine gut koordinierte, die Bedürfnisse der Gesamtgesellschaft einbeziehende medizinische Versorgung, die nicht auf einer einfachen somatischen, sondern auf einer dem heutigen Wissensstand angepassten biopsychosozialen Grundlage aufgebaut ist.
Ich würde mir wünschen, dass die FMH in Zukunft weniger über Besitzstandverlust jammern, sondern unmissverständlich zur Verteidigung und zum Festhalten des heutigen Wissensstandes und zur Abkehr von faulen Lösungen aufrufen würde.
Wahrung des Besitzstandes? Wahrung des Besitzstandes!

Dr. med. G. Schlaginhaufen, FMH Psychiatrie/Psychotherapie, Weinfelden

Anmerkung der Redaktion: Wir möchten die Leserschaft darauf hinweisen, dass Jacques de Haller, Präsident der FMH, im Editorial dieser Ausgabe Bezug nimmt auf die Überlegungen von Kollege Schlaginhaufen.

1 de Haller J, Raggenbass R. Wahrung des Besitzstands? Schweiz Ärztezeitung. 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 Auswertungsresultate 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 offenbar 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 Auswertungsresultate 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 Inneren 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 gruppendynamischen Wassern 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 Grün-

den 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 Praxisgemeinschafts-/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 gutetablierte 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, Küsnacht

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