

Briefe an die SÄZ



Hausarzt oder Spezialist – Weshalb nicht beides?

Es besteht heute in ärztlichen Gremien ein sinnloser Machtkampf zwischen Spezialisten und Hausärzten. Auf dem Lande ist es schwierig, sowohl Hausärzte wie Spezialisten anzusiedeln. Gesundheitspolitiker und Gesundheitsökonom finden, dass gesundheitspolitische Probleme über Netzwerke gelöst werden sollen.

Von 1979 bis 1990 arbeitete ich als Arzt für Allgemeinmedizin FMH. Diese Fachgesellschaft hatte mir entgegen ursprünglicher Zusicherungen nicht gestattet, den bereits vorher erworbenen Titel «speziell Allergologie und klin. Immunologie» zu führen. Dies ergab immer wieder diverse Friktionen bei zugewiesenen Patienten. Deshalb liess ich mich titelmässig zum Arzt für Innere Medizin FMH umteilen. Hier war der Subtitel akzeptiert. Multiple nachhaltige Forschungsarbeiten aus den Themenkreisen Labormedizin, Aerobiologie, Genetik, Epidemiologie, Medizingeschichte usw. kompensierten ein paar fehlende Monate in der fachspezifischen Ausbildung.

Heute werde ich als Hausarzt von einigen Versicherungen nicht mehr akzeptiert, weil ich eine wissenschaftlich unsinnige Zertifizierung durch ein gemäss Aktienrecht organisiertes lokales Netzwerk abgelehnt habe.

Gesundheitspolitiker möchten um jeden Preis einen Kostenanstieg im Gesundheitswesen verhindern. Manchen sind dabei alle Mittel recht. Man bildet in der Schweiz zu wenige Medizinstudenten aus (Numerus clausus). Der Import von Ärzten aus dem Norden ist kurzfristig sicher billiger! Man frustriert die Landärzte über «kostenneutrale» TARMED-Verträge. Dabei wird die ambulante Medizin der Spitäler und Polikliniken munter weiter ausgebaut. Für sie gelten andere marktwirtschaftliche Richtlinien.

Evidence-based Medicine ist ein Schlagwort. Leider gilt dies nur für klassische Schulmediziner, nicht für Gesundheitsökonom. Oder haben Sie je von einer Studie gehört, wo die Evidence der z. B. in St. Gallen ausgebildeten Betriebswirt-

schafter hinsichtlich medizinischer und ökonomischer Wirksamkeit/Kosten je untersucht wurde? Beispiel Notfälle in der Praxis, verglichen mit Behandlungen in einem Ambulatorium in einem Spital.

Das «persönliche Netzwerk» Spezialist–Hausarzt wäre insbesondere auf dem Lande eine optimale Ergänzung für diese Bevölkerungsgruppe! Davon profitieren könnte auch die Forschung in der ambulanten Medizin. Diese wurde vor Jahrzehnten noch gepflegt. Heute ist sie leider verinstitutionalisiert, vermarktwirtschaftlicht bedeutungslos geworden.

Dr. med. Markus Gassner, Grabs



Ärztetze – die nächste Generation

Natürlich habe ich mit höchstem Interesse Ihren neuesten Beitrag [1] gelesen. Was Sie über die Variante Gatekeeping bei Kaiser Permanente berichten, ist sehr interessant und könnte zur Konsensfindung beitragen. Als Vertreter einer kleinen Spezialistengruppe, der medizinischen Fachgesellschaft der Dermatologen, muss ich zu Ihrem zweiten Vorschlag des spezialisierten Care Managers folgende Bedenken anmelden:

Obwohl ich nach meiner Ausbildung zum Mediziner als erstes zwei Jahre Chirurgie und ein Jahr Geburtshilfe und Gynäkologie als Assistenzarzt absolviert habe, anschliessend ein Jahr an einem pathologischen Institut, weitere vier Jahre Ausbildung in Dermatologie und ein weiteres knappes Jahr in Allergologie und Immunologie, sieben Jahre allgemeinen Notfalldienst, in gut 2000 Fällen verantwortlicher Chirurg für Varizenpatienten an einem Belegspital und Erstautor von gegen 20 Publikationen in Peer-review-Zeitschriften bin, fühle ich mich heute, wenn ich meine medizinischen Fähigkeiten ehrlich beurteile, nicht kompetent, die Funktion eines Care Managers eines an einer chronischen Hautkrankheit Leidenden zu übernehmen (entschuldigen Sie bitte diesen langen Satz). Zudem ist es in der Dermatologie nicht der Chronischkranke,

der therapeutisch das Hauptproblem darstellt und diagnostisch schon gar nicht, da ja seine Diagnose bekannt ist. Nein, es sind die neu Erkrankenden, die in erster Linie die Hilfe des Facharztes brauchen, um vor Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen geschützt zu werden. Ein Psoriatiker mit Husten oder Pollakisurie, eine Patientin mit Ulcus cruris mit nächtlichem Schwitzen, eine junge Aknepatientin mit chronischem Kopfwegh verweise ich an den Hausarzt, ohne irgendwelche weiter gehende Abklärung vorerst überhaupt durchzuführen. Symptome sollen dort abgeklärt und behandelt werden, wo ärztliche Kompetenz dem Kranken das Optimum bieten kann.

Dermatologen sind aufgrund ihres Fachgebietes kaum versucht, in grossem Stile aufwendige Abklärungen und stationäre Hospitalisationen zu veranlassen. Sie sind kaum massgebliche Ursache einer teuren, mehrspurig sich abspielenden Medizin. Ich denke, dass aufgrund ihrer Ausbildung Angehörige sogenannt kleiner medizinischer Spezialitäten, wie sie die Dermatologie, die ORL, die Ophthalmologie usw. darstellen, sich in den meisten Fällen nicht eignen für die Übernahme einer Care-Manager-Rolle. Die Arbeitszeit dieser Spezialisten sollte auch nicht für die Lösung fachfremder Probleme «missbraucht» werden. Zudem dürfte beim Grossteil dieser Spezialisten nicht genügend allgemeinmedizinisches Wissen vorhanden sein. Umgekehrt sind es dann gerade wieder diese kleinen medizinischen Spezialgebiete, wo auch der Grundversorger wissensmässig die grössten Defizite aufweist.

Ich könnte mir daher für die Dermatologen (evtl. auch andere Fachgruppen) folgendes Procedere zu Managed Care vorstellen: Dermatologen sind Mitglied von Netzwerken, deren Patienten jederzeit, wenn sie es für notwendig halten, den Dermatologen des Netzwerks um Rat angehen können, ohne eine Überweisung durch ihren Care Manager abwarten zu müssen. Hat der Dermatologe aufgrund seiner Beurteilung Anlass für weitere Abklärungen, die nicht in die Kompetenz seines ärztlichen Handlungsbereichs (Biopsien, Exzisionen, allerg. Abklärungen usw. usw.) fallen, seien sie invasiver Art (Endoskopien, Angiographie usw.) oder Anlass für eine Weiterweisung an andere Spezialisten (Neurologe, Endokrinologe usw.), so soll das nur nach Rücksprache mit dem Care Manager möglich sein. Ob, in Analogie zum Modell Kaiser Permanente, dem Besuch beim

Dermatologen zwingend ein Erstbesuch beim Care Manager vorausgehen soll, dürfte sich ökonomisch wohl nicht als sinnvoll erweisen.

Freier Zugang zum Dermatologen – keine Weiterweisung durch den Dermatologen ohne Zustimmung des Care Managers!

Wäre das nicht ein prüfenswerter Vorschlag?

Dr. med Thomas Hofer, Wettingen

- 1 Berchtold P. Ärztenetze – die nächste Generation. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(38):1586-7.



Ärztenetze – die nächste Generation

Nachdem Kollege Berchtold seinen Artikel bereits im Internet in Prof. Neftels Kolumne publiziert hat, muss er nun auch den Rest der Ärzteschaft damit beglücken [1]. Bedenklicher Weise stellen sich gewisse Kollegen (vor allem diejenigen, die davon profitieren!) schon gar nicht mehr die Frage, ob es tatsächlich ein Mehr an Steuerung braucht und auf welcher Ebene im Gesundheitswesen. Dieser Artikel zeigt exemplarisch den Unsinn von Steuerung und Managed Care auf einer Ebene, wo es diese gar nicht braucht.

Man kann das Rad auch neu erfinden oder Steuerungen im Gesundheitswesen, die an sowjetische Planwirtschaft erinnern, so modifizieren, dass am Schluss wieder das rauskommt, was wir bereits ohne Managed Care haben, nämlich demjenigen die Verantwortung für den Patienten übertragen, der bei komplexen Krankheiten etwas davon versteht. So bin ich den Hämatologen nicht böse, wenn sie mir seitenlange Berichte über eine akute lymphatische Leukämie zukommen lassen und ich allenfalls zwischendurch Laborwerte beisteuern darf und dies ganz ohne Abmachung, wer hier den Steuermann spielen will. Man sollte sich zuerst einmal fragen, wo Steuerung sinnvoll wäre, bevor man das ganze Gesundheitswesen und speziell die Grundversorgung, koste es, was es wolle, mit sinnlosen Steuerungsmassnahmen kaputtsaniert.

Dr. med. Felix Tapernoux, Rüti

- 1 Berchtold P. Ärztenetze – die nächste Generation. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(38):1586-7.