

# Courrier au BMS



## Heureka – eine aktive Hausarztzene gefunden! [1]

Der historische Ausruf ἤρηκα heisst ja wörtlich «ich hab's gefunden!», und nicht etwa «Freude herrscht». Ob Kollege Max Giger wie einst Archimedes in der Badewanne die plötzliche und freudige Erkenntnis überkam, er habe die mehrheitsfähige Lösung gefunden (in diesem Falle: wie Spitalgrundversorger und Praxisgrundversorger in einem Facharzttitel zusammenschweissen sind)? Wohl eher hat ihn nun die Erkenntnis eingeholt, dass ein solches, für die Zukunft des Hausarztberufes so wichtiges Anliegen eine ausführliche Diskussion und Vernehmlassung unter den Betroffenen benötigt. Gefunden hat er eine kräftige Resonanz unter engagierten Kollegen. Aus deren Voten, denen PrimaryCare (Nr. 4 vom 3. 3. 2010) eine gelungene Sonderausgabe widmet, fallen vor allem die konstruktiven Vorschläge der Jungen [2] und engagierten Altgedienten [3] positiv auf.

In meiner eigenen 7-jährigen Weiterbildung zum Allgemeininternisten ahnte ich bereits, dass es mich in die Hausarztpraxis ziehen wird. Nach nun 14 Praxisjahren bin ich vor allem für zwei Teile innerhalb dieser Weiterbildung dankbar, die mich für die Praxisarbeit fit gemacht haben: Die Arbeit auf der *Notfallstation*, besonders im kleineren Spital, erlaubt reiche Erfahrungen mit dem fast ungefilterten Patientengut, mit der Zusammenarbeit zwischen den Disziplinen und das Erkennen der eigenen Grenzen. Im spitalassoziierten *Ambulatorium* (später ergänzt durch *Praxisvertretungen*) lernte ich, Patienten über lange Zeit zu begleiten und ihre soziale Umgebung miteinzubeziehen, und das Herz ging mir auf dabei – ich war definitiv für die Hausarztmedizin gewonnen. Nichts scheint mir logischer, als dass ambulante Medizin nur mit ambulanten Patienten 1:1 gelernt und geübt werden kann, und der Einsatz auf Notfallstationen und als Praxisassistent (oder ersatzweise im Spitalambulatorium) gehört deshalb *zwingend* ins Weiterbildungsprogramm zum Hausarzt-Fachtitel. Archimedes' Aufgabe hatte darin bestanden, die Echtheit der goldenen Krone seines Auftragsgebers zu prüfen, ohne sie zu zerstören. Er löste die Aufgabe durch ein Experiment in der Badewanne, indem er das Gewicht der Krone in deren Auftriebskraft («Verdrängung des Wassers») übersetzte, und konnte nach-

weisen, dass sie teilweise mit unedlen Materialien versetzt war. Mir scheint wie vielen Kollegen, dass die Vorlage des Weiterbildungsprogramms in Hausarztmedizin mit einigen unpassenden Anteilen versetzt ist, und dass die «Veredelung» zu einem stimmigen, nützlichen und wertvollen Instrument zugunsten der Hausarztmedizin dringend nötig ist. Die Programmverantwortlichen sind in der Pflicht, dies *gemeinsam mit den Akteuren der Hausarztmedizin* umzusetzen, damit wir alle einmal «Heureka» rufen können ...!

Dr. med. Stefan Neuner-Jehle, Zug

- 1 Giger M. Heureka! – ein gemeinsamer Facharzttitel für die Grundversorgung. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(6):201.
- 2 Streit S. Welche Weiterbildung brauche ich für mein Berufsziel «Hausarzt»? PrimaryCare. 2010;10(4): 72–3.
- 3 Marty F. Weiterbildungsprogramm in Hausarztmedizin: Ein Gegenvorschlag zum Weiterbildungsprogramm «Allgemeine Innere Medizin». PrimaryCare. 2010;10(4):69–70.



## Gegen die Verwässerung der Hausarztmedizin

Lieber Herr Kollege

Wie sprechen Sie mir aus dem Herzen [1]! 30 Jahre Allgemeinpraxis, die meiste Zeit in einem Voralpentale, als Mitarbeiter am Gesundheitswesen im Rahmen des Stellenleiters Koordinationsstelle für Hausarztmedizin des Kt. St. Gallen, habe ich die ganze Diskussion um den *tronc commun* miterlebt und damals bereits die Verschiedenheit der beiden Fachspezialisten gesehen. Vorbereitet mit den notwendigen Fachausbildungen in Chirurgie, Pädiatrie und Gynäkologie, nebst Praxisassistentz in ORL und Dermatologie, habe ich mich niedergelassen und mich in keiner Art und Weise mit einem Allgemeininternisten vergleichen lassen. Ein gemeinsamer *Tronc commun* von vielleicht zwei Jahren, dann aber die Spezifität des Hausarztes zu lernen, ist eine Notwendigkeit. Das Weiterbildungsprogramm «Allgemeine Innere Medizin», zu dem Sie in Ihrem Artikel «Weiterbildungsprogramm Allgemeine Innere Medizin» – eine systemische und berufphilosophische Kritik» Stellung nehmen, ist inakzeptabel ... Kämpfen Sie weiter gegen diese «Verwässerung» der Hausarztmedizin ...

Zurück auf Feld eins, würde ich meinen ... Besten Dank für Ihren Artikel.

Dr. med. Hans Ulrich Schär, Degersheim

- 1 Kissling B. Weiterbildungsprogramm «Allgemeine Innere Medizin» – eine systemische und berufphilosophische Kritik. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(6):230–3.



## Weiterbildungsprogramm Allgemeine Innere Medizin

### Notfallmedizinische Inhalte

Die SGNOR als Fachgesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin nimmt mit grossem Befremden Kenntnis vom neuen Weiterbildungsprogramm Allgemeine Innere Medizin, welches am 26. November 2009 vom Plenum SIWF verabschiedet wurde und per 1. 7. 2010 in Kraft gesetzt wird. Mit Bedauern stellt sie fest, dass einige Errungenschaften der letzten Jahre wie mit einem Federstrich zunichte gemacht wurden. Diese Errungenschaften wurden gemeinsam mit den beteiligten Partnern entwickelt und realisiert; sie verbesserten aus Sicht der SNGOR die Versorgung von potentiell vital bedrohten Verletzten und Erkrankten nachhaltig.

Nachfolgend finden Sie einige Aspekte, die bei der Umsetzung des Programms zu Problemen und damit zu einer Abnahme der notfallmedizinischen Kompetenz der neuen Titelträger Allgemeine Innere Medizin im Vergleich zu heute führen werden. Wegleitend dabei ist auch das von der KWFB FMH gutgeheissene Reglement der Plattform Rettungswesen FMH [1] bezüglich der Inhalte einer genügenden notfallmedizinischen Ausbildung für die Grundversorgung. Der Grundgedanke dabei ist, dass der Grundversorgende den Patienten die erste halbe Stunde bis zum Eintreffen der professionellen Rettungskräfte betreuen und am Leben erhalten kann.

Im neuen Weiterbildungsprogramm Allgemeine Innere Medizin wird für die Erlangung der notfallmedizinischen Kompetenz eine 3-monatige Tätigkeit an einer Notfallstation einer internistischen oder interdisziplinären Notfallstation an einer für Allgemeine Innere Medizin anerkannten Weiterbildungsstätte festgelegt. Dabei sollen die im Lernzielkatalog deklarierten Skills erarbeitet werden können

(vgl. Weiterbildungsprogramm AIM, Art. 2.2.5). Das Setting in einer Notfallstation eines Spitals ist grundlegend verschieden von demjenigen im Notfalldienst beim Patienten zu Hause oder in der Praxis. Auf einer Notfallstation werden vital bedrohte Patienten von einem Team betreut. In der Praxis, beim Hausbesuch oder am Unfallort ist der Grundversorger meistens alleine oder mit seinem in dieser Hinsicht wenig trainierten Praxisteam tätig. Zudem sind diese Ereignisse zahlenmässig sehr selten. Die entsprechenden Skills und notwendigen Notfallmassnahmen unterscheiden sich relevant von denen in einer Notfallstation; Algorithmen für die Grundversorgung müssen vereinfacht und Skills auf wenige, aber dennoch sicher durchführbare reduziert werden.

Die SGNOR hat sich in den letzten fünf Jahren stark dafür eingesetzt, dass die in der Grundversorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte als wichtiges Glied in der Rettungskette wahrgenommen werden. Dies ist insbesondere ausserhalb der Ballungszentren von Bedeutung. Die SGNOR suchte aus diesem Grund die Kooperation mit der Plattform Rettungswesen der FMH, um die Bedürfnisse aller beteiligten Fachgesellschaften berücksichtigen zu können. Der daraus resultierende Konsens wurde einerseits bereits von den ersten medizinischen Fakultäten aufgenommen und in die neuen Curricula integriert, andererseits wurde der spezifische Dienststarkurs entwickelt, der in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten das Training zum Erkennen und Behandeln entsprechender Notfallsituationen bietet. Der Lernzielkatalog «Dienststarkurs» wurde von der Plattform Rettungswesen der FMH 2009 nach einem langen Konsensprozess verabschiedet: [www.fmh.ch/service/plattform\\_rettungswesen.html](http://www.fmh.ch/service/plattform_rettungswesen.html).

Die Plattform Rettungswesen übernimmt die Zertifizierung und eine regelmässige Qualitätskontrolle dieser Kurse.

Wir sind überzeugt, dass es sich lohnen wird, diese Vorschläge kritisch zu prüfen und in die Umsetzung des Programms aufzunehmen.

SGNOR

*Dr. med. Ulrich Bürgi, Präsident;*

*Mathias Zürcher, Vorstand Ressort Kurse;*

*Dr. med. Andreas Früh, Dienststarkurs-Faculty*

- 1 Ummerhofer W, Zürcher M, Wiget U, Gähler E. Der Dienststarkurs als Qualitätsausweis für die Notfallkompetenz des Grundversorgers. Schweiz Ärztezeitung.2009;90(18):701.



### Haro sur la propharmacie: un autogoal?

La distribution et vente directe de médicaments par le médecin à ses patients (propharmacie) est depuis toujours un sujet de critique pour certains politiciens, économistes et pharmaciens. Il peut en effet y avoir quelque chose de choquant à voir la même personne contrôler l'offre et la demande: le médecin vendant directement un médicament qu'il est le seul à pouvoir prescrire. Pour un esprit dominé par le mercantilisme, une telle situation ne peut conduire qu'à des abus; les médecins s'engraissent au détriment de leurs patients et des coûts de la santé publique. Il n'est donc pas étonnant de voir le sujet ressurgir périodiquement et l'abolition de la propharmacie présentée comme une source potentielle d'économies. Qu'en est-il en réalité? O surprise: les chiffres officiels montrent une image très différente (fig. 1). En effet, dans les 13 cantons où la propharmacie est autorisée, les coûts de médicaments par assuré sont de 30% inférieurs aux 9 cantons où la propharmacie est interdite (cantons avec propharmacie: coût des médicaments par assuré Fr. 481.– par an – cantons

sans propharmacie: Fr. 693.–) [1]. Dans les 4 cantons où la propharmacie n'est autorisée qu'avec restrictions, le coût moyen par assuré se situe entre les deux (Fr. 585.–). Cette différence n'est pas seulement due au fait que les coûts de la santé sont plus bas dans les cantons avec propharmacie. En fait, dans les cantons avec propharmacie, la part des médicaments dans les coûts totaux de la santé (19,1% – Fr. 481.– / Fr. 2516.– coût total par assuré) est également plus basse que dans les cantons sans propharmacie (21,7% – Fr. 693.– / Fr. 3191.– coût total par assuré). Cela signifie clairement que la propharmacie, loin de créer des surcoûts, est en fait une source d'économies.

Comment est-ce possible? Serait-il de l'angélisme de penser que le médecin, face à son patient, particulièrement en zone rurale, ne lui prescrira que les médicaments indispensables et urgents (par ex., antibiotiques) au lieu de penser en premier lieu à son propre portemonnaie? Croit-on que la propagande pharmaceutique et les conseils des pharmaciens sont sans influence sur la consommation de médicaments?

En bref, la défense de la propharmacie n'est pas seulement pour les médecins une affaire de bifteck. C'est aussi une question d'économie et d'efficacité, particulièrement pour les

patients en zone rurale. L'abolition de la propharmacie, selon la base de calcul prévisionnel utilisée (2,6% de surcoût ou 150 Frs par assuré) coûterait entre 50 et 300 millions à notre système de santé. Apprentis sorciers, soyez sur vos gardes!

*Prof. Dr méd.*

*Alain de Weck, Fribourg*

1 Health Monitoring OFSP, 2008. Message Conseil Fédéral, mai 2009.

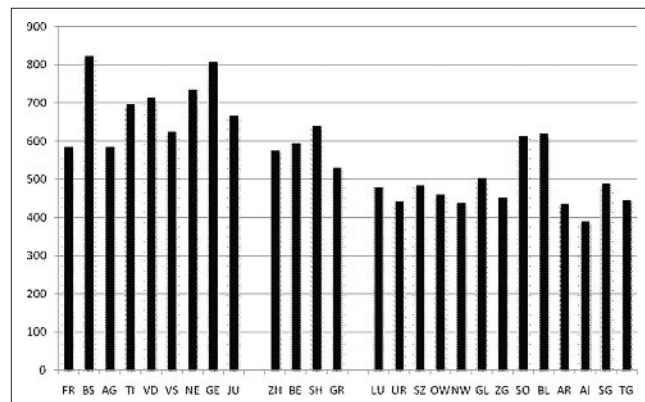


Fig. 1 Coût des médicaments par an et par assuré selon les cantons (OFSP, 2008).



### Diagnosebezogene Fallkosten-Pauschalen ab 2012: die nächste Explosion der Gesundheitskosten

Unbemerkt von den meisten Politikern, Medien sowie Patienten und deren Angehörigen steuert das Schweizer Gesundheitswesen auf das nächste finanzielle Fiasko zu. Mit der Einführung von DRG (Abkürzung für Diagnosis Related Groups, dt.: Diagnosebezogene

Fallkosten-Pauschalen) zur Abgeltung der stationären Leistungen, auf den 1. Januar 2012 werden die Spitäler nicht mehr für die medizinischen Leistungen, sondern für die Diagnosen der behandelten Patienten entschädigt ([www.swissdrg.org](http://www.swissdrg.org)). Die Spitalverwaltungen bereiten sich bereits jetzt vor, wie man die Diagnosen der Patienten so «optimiert», dass möglichst hohe Erträge resultieren. Das Geld wird dringend gebraucht, um den ganzen administrativen DRG-Überbau zu finanzieren. Wie die schlechten Erfahrungen aus dem Ausland zeigen, führen DRG dazu, dass die Patienten kodierungsmässig kränker gemacht

werden, während gleichzeitig die Qualität der medizinischen Leistung sinkt, weil noch mehr Geld im Verwaltungsapparat versickert. Es gibt keinen dümmen Zeitpunkt, als die DRG gerade jetzt, d.h. während einer wirtschaftlichen Krise, einzuführen. Das Risiko einer finanziellen Entgleisung ist für die Krankenversicherten und die Steuerzahler zu gross, ganz zu schweigen von ungelösten Problemen der DRG hinsichtlich des Datenschutzes. Ich möchte deshalb dringend zu einem Übungsabbruch raten!

*Prof. Dr. med. D. Straumann, Zürich*

## Communications

### Examen de spécialiste

#### Examen de spécialiste en vue de l'obtention du titre de spécialiste en prévention et santé publique

*Lieu:* Maison de la Ligue suisse contre le cancer, Effingerstrasse 40, Berne

*Date:* Jeudi, le 9 décembre 2010

*Délai d'inscription:* le 18 octobre 2010

Vous trouverez de plus amples informations sur le site web de l'ISFM [www.siwf.ch](http://www.siwf.ch) → formation postgraduée médecins-assistants → Examens de spécialiste

### Académies suisses des sciences

#### Prix de Quervain pour la recherche polaire et de haute altitude

La Commission suisse pour la recherche polaire et de haute altitude (CSPH), créée en 1984, se donne notamment comme mission de promouvoir la relève scientifique. Le Prix de Quervain 2010 est mis au concours dans le domaine de la recherche médicale dans les régions polaires ou de haute montagne. Le symposium aura lieu lors d'une soirée en novembre 2010 au Musée Alpin Suisse à Berne. Le Prix de Quervain sera mis au concours chaque année, en alternance pour la recherche polaire et de haute altitude. Il s'adresse à des jeunes chercheurs qui ont déposé leur travail de master, de diplôme ou de thèse de doctorat depuis au maximum deux ans. Ce prix de Fr. 5000.– pourra être attribué in toto ou partagé en fonction de la qualité des travaux déposés.

La remise du prix aura lieu chaque année en automne à Berne. Les lauréates ou lauréats du prix auront l'opportunité de présenter les travaux primés dans le cadre d'un symposium public avec des intervenants réputés et devant un public interdisciplinaire.

Nous nous adressons à toutes les institutions engagées dans la recherche médicale polaire et de haute montagne, à tous les directeurs et à toutes les directrices de thèses ou de travaux de diplôme ou de master, dont la thématique est liée aux régions polaires ou de haute montagne. Vous pouvez nous faire parvenir les candidatures de jeunes chercheurs qui ont terminé – depuis avril 2008 – ou vont terminer – jusqu'en avril 2010 – la rédaction de leurs travaux. Les travaux de bachelor ne seront pas acceptés.

La mise au concours et le formulaire d'inscription sur [www.polar-research.ch/e/prix\\_De\\_quervain/](http://www.polar-research.ch/e/prix_De_quervain/)