

Courrier au BMS



Die integrierte Versorgung verändert meine Arbeit als Hausarzt positiv

Alle reden von integrierter Versorgung, einige Ärzte haben Angst davor. Sie sehen die freie Arztwahl gefährdet, sammeln Unterschriften gegen die Managed-Care-Vorlage.

Als Hausarzt erlebe ich im Alltag die positiven Seiten dieser neuen Modelle. Meine Beziehung zu den Spezialisten hat sich intensiviert, wir reden offener miteinander, pflegen eine partnerschaftliche Zusammenarbeit. Ich muss bei den Überweisungen klare Fragen stellen, mitteilen, was ich schon abgeklärt habe. Das schärft mein Denken und Handeln. Und die Patienten profitieren von dieser engeren Zusammenarbeit. Sie spüren, dass ich meine Spezialisten kenne, ihnen vertraue und wir unsere gemeinsamen Patienten gut betreuen wollen.

Billige, schnelle Medizin hat da keinen Platz. Im Gespräch zwischen Hausarzt und Spezialarzt diskutieren wir die optimale Medizin für den Patienten, Geldangelegenheiten haben da keinen Platz.

Als engagierter Hausarzt möchte ich die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Spezialisten nicht mehr missen. Die integrierte Versorgung gibt uns den Rahmen dazu. Die Patienten wissen: Mein Hausarzt hat ein Netz von Spezialisten, von welchem alle profitieren können.

Geben wir der integrierten Versorgung die Chance, sich im Alltag weiterhin zu bewähren und die fächerübergreifende Zusammenarbeit zu verbessern. Wir Ärzte haben es jetzt in der Hand, dieses Gefäss selber zu füllen und uns nicht von anderen das Vorgehen diktieren zu lassen.

Dr. med. Wilfried Oesch, Netzwerk Linthärzte, Gommiswald



Es braucht eine integrale Allgemeinmedizin

Zum Leserbrief von Danielle Lemann in der SÄZ Nr. 49/2011 [1]

Liebe Danielle Lemann

Eine nicht geringe Gruppe von Kollegen hat sich mit dem Managed-Care-Entwurf zurechtgefunden, und wir alle müssen mit der Suppe, die auf den Tisch kommt, den Hunger zu stillen lernen. In Anbetracht dessen, was die nahe Zukunft zu bringen droht, wird sie knapper, nicht ausgiebiger werden. Insofern hast Du recht.

Unseren Beruf als frei praktizierende, selbstverantwortliche Ärzte ausüben, das ist unser aller unbestrittenes Grundanliegen und Voraussetzung für die Genesung unseres kranken Gesundheitswesens. Da ist die ärztliche Hoheit der diagnostischen und therapeutischen Berufsausübung bedingungslose Voraussetzung, was jegliche staatliche (swissmedic) und Kassenbürokratie ins hintere Glied verweist. Und von dieser Grundbedingung ist der Gesetzesentwurf meilenweit entfernt. Wir wollen dieselbe berufliche Hoheit, die bei Lokomotivführern und Stellwerkwärtern von jeher selbstverständlich gewesen ist. Letztere werden heute entsprechend als «Disponenten» bezeichnet!

Von jeher war der allgemeinpraktizierende Hausarzt der von den Kranken erstangesprochene Helfer und hat seinerseits bei Bedarf Kollegen, Spezialisten und Akademiker um Hilfe angesprochen. Nun hat die einseitige universitäre Grundausbildung in Richtung zentralisierter industrieller Spezialisierung uns Allgemeinpraktiker geschwächt, was zu einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen geführt hat, zufolge welcher Behörden und Kassen die Missgeburt «Managed Care» als Ersatz der selbstgewachsenen Ordnung neu erfunden haben. Letztere verteidigen auch wir und wollen sie unter dem landessprachlichen Namen «Médecine aiguillée» unterschieden wissen.

Das alles führt aber zu nichts, wenn nicht die universitäre Ausbildung auf eine «integrale Allgemeinmedizin» zielt, welche sowohl die moderne industrielle Medizin als auch die verschiedenen komplementären Richtungen unter einen Hut bringt. Wir brauchen eine

tiefgreifende Erneuerung unserer universitären Vatikane!

Ich nehme an, dass Du das Deinerseits unterschreiben kannst.

Dr. med. Holger Gelpke, Kippel

1 Lemann D. Concedo, sed distingo. Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(49):1912.



Was ist «Heilung»?

In Jean Martins sehr einfühlsamem *Zu guter Letzt* [1] erkenne ich eine Übereinstimmung mit den Werthaltungen, welche unserem interprofessionellen Team in der Alltagsarbeit seit 16 Jahren den Weg weisen: Schmerz ist, was der Patient signalisiert; Würde ist im Einzelfall stets, was der Patient als Würde definiert; Lebensqualität ist, was der Patient als Lebensqualität empfindet.

Dabei müssen wir immer aufpassen, dass wir nicht in die Rolle von «EXIT-Stopp» gedrängt werden. Diese Vereinnahmungsversuche seitens der Politik bestanden für mein Empfinden besonders während der Ära Couchepin.

Leiden ist vielgestaltig und individuell; Palliative Care ist kein Allheilmittel dagegen. Wenn wir dies nicht beherzigen würden, fänden wir uns in genau derselben Machbarkeitsfalle wieder, in die sich eine rein kurativ orientierte Medizin immer wieder zu verheddert droht. Und wenn ein Mensch in seiner Not trotz aller Angebote letzten Endes keinen anderen Weg mehr sieht, als seinem Leiden mittels assistiertem Suizid ein Ende zu setzen, so ist dies zu akzeptieren. Dabei verbietet sich jegliches Moralisieren.

As I see it, we know that we are only grown up, when we stop trying to fix people. Life is a mystery.

Aus: Philip Simmons: Learning to Fall; the Blessings of an Imperfect Life

In diesem Zusammenhang möchte ich Sie auf die im Jahr 2007 erschienene Studie *Healing Connection: Moving from Suffering to a Sense of Well-Being* [2] des kanadischen Onkologen und Palliative-Care-Pioniers Balfour Mount hinweisen, worin sich für mich das Konzept der Total Patient Care erschliesst: Es ist der Versuch, die Lebensqualität des Patienten zu

optimieren. Es bedeutet, ein Umfeld zu gestalten, welches dem Patienten ermöglicht, «heil» zu werden: nicht heil im Sinne einer physiologischen Heilung. Nicht durch Überzuckern des Leides durch Sinngebungsangebote von aussen her. Sondern indem der Kranke darin unterstützt wird, an seine Ressourcen anzukoppeln, welche es ihm ermöglichen mögen, seine Krankheit zu integrieren. Mount hat in dieser Studie folgende vier wichtige Ressourcenfelder identifiziert:

Erstens: die Kraft, in sich selbst zu ruhen. Es geht um die Grundfrage, wie sie Erich Fromm in seinem Buch *Haben oder Sein* formuliert hat;

Zweitens: die Beziehung zu Mitmenschen;
Drittens: die Fähigkeit, sich als kleiner Teil der phänomenologischen Welt zu verorten – wir kommen aus der Natur, wir sind Teil der Natur und gehen wieder in die Natur zurück;
Viertens: die Spiritualität; die Fähigkeit zu einer metaphysischen Verankerung.

Zentrale Ressourcen auf diesem Weg des Patienten sind bestmögliche Symptomkontrolle, Zeit, Begegnungen und Gespräche. Dabei ist es völlig offen, welche Gedanken oder Nöte der Patient mit welchen Angehörigen, Freunden oder Mitgliedern des interprofessionellen Teams teilen kann und will. Jedes von uns kann gefragt sein: Physiotherapeut, Musiktherapeutin, freiwillige Mitarbeiterinnen, Ärztin, Pflegende, Psychoonkologen, Seelsorgerinnen ... Balfour Mount: «Total personal care requires a whole carer – until one comes along, use a team!» (Vorlesung Kongress EAPC 2011, Lissabon).

Wir Ärzte täten gut daran, vermehrt über den Begriff der Heilung nachzudenken – nicht ganz einfach in diesem Strudel aus therapeutischem Aktivismus und betäubender Betriebsamkeit, welcher unseren modernen Medizinbetrieb zunehmend auszeichnet. Das in den letzten Jahren auch beim Bundesamt für Gesundheit in die Mode gekommene Mortalitäts-Benchmarking bei Akut-Spitälern macht das Ganze nicht einfacher.

*Dr. med. Andreas Gerber,
Palliative Care der Stiftung Diaconis Bern*

- 1 Martin J. Palliativmedizin darf nicht in eine Ecke verbannt werden, weit weg von der «Medizin, die heilt». Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(47):1846.
- 2 Mount BM, Boston PH, Cohen RS. Healing Connections: On Moving from Suffering to a Sense of Well-Being. J Pain Symptom Manage. 2007;33(4):372–88.



Keine falschen Hoffnungen wecken

Zum Artikel «Medikamente gegen geistige Behinderung» in der NZZ am Sonntag [1]

Als in der Behindertenmedizin tätiger Arzt habe ich mich über den Artikel in der NZZ vom 13.11.2011 und die damit wahrscheinlich erzeugte Aufmerksamkeit für das Thema geistige Behinderung zunächst gefreut. So wird zu Recht auf die oft genetische Ursache einer Minderintelligenz hingewiesen und über die auch von mir mit grossem Interesse seit einigen Jahren schon wahrgenommene Forschung der pharmazeutischen Industrie zur Behandlung verschiedener Symptome bzw. der eingeschränkten kognitiven Funktionen bei einzelnen genetisch bedingten Syndromen hingewiesen. Dennoch erscheinen hierzu einige kritische Anmerkungen angezeigt.

Bei dem bei der Trisomie 21 vorgestellten Therapieansatz handelt es sich um einen relativ weit in der Peripherie des grösstenteils unverstandenen Entstehungsmechanismus der kognitiven Funktionsstörungen stattfindenden Eingriff, der viele der anderen zum Syndrom gehörenden Symptome nicht beeinflussen wird. Aufgrund der Interferenz mit dem hemmenden Botenstoff GABA birgt er überdies die Gefahr, epileptische Anfälle auszulösen. Auch von der gegenwärtig bei der tuberösen Sklerose bereits möglichen Therapie mit einem Rapamycin-Derivat darf nicht einfach erwartet werden, dass sie die häufig anzutreffende Intelligenzminderung und die Verhaltensstörungen bessert; bisher konnte lediglich ein hemmender Effekt auf das Wachstum eines bestimmten zu diesem Syndrom gehörenden Hirntumortyps gezeigt werden.

Es werden in dem Beitrag auch nur vier, relativ gut untersuchte genetisch bedingte Syndrome beleuchtet, wobei unerwähnt bleibt, dass es mehrere Hundert verschiedene genetische Syndrome gibt, die mit geistiger Behinderung einhergehen können, deren Entstehungsmechanismus noch völlig im Dunkeln und damit noch fern von jeglicher

Beeinflussbarkeit liegt. Darüber hinaus kann geistige Behinderung natürlich auch z.B. durch Verletzungen und Meningoenzephalitiden erworben werden.

Der Bericht wird also bei Betroffenen und Angehörigen Hoffnungen wecken, die nicht erfüllt werden können, was in mühsamen Gesprächen von uns Ärzten zu klären sein wird.

Die erwähnten und andere derartigen Therapien sind wie die für andere seltene Erkrankungen auch sehr teuer. Es ist also ein gesellschaftlicher Diskurs darüber nötig, wie die Preise für solche Therapien zustande kommen und was die Gesellschaft dafür zu zahlen bereit ist. Dabei bleibt zu hoffen, dass die Antwort auf diese Fragen nicht einem Gericht überlassen wird, wie es bereits beim «Myozymeurteil» geschehen ist.

Wir werden also trotz der interessanten wissenschaftlichen Fortschritte geistige Behinderung nicht einfach auf die Liste der behandelbaren Krankheiten setzen können, sondern darauf hinwirken müssen, dass geistig behinderte Menschen mit und trotz ihres Andersseins in unsere Gesellschaft integriert sind. Es wird im Gesundheitswesen darum gehen, Patienten mit Intelligenzminderung den aufgrund ihrer Behinderung oft erschwerten Zugang zum gesamten Spektrum der modernen Schul- und Spitzenmedizin auch im heranbrechenden DRG-Zeitalter sicherzustellen bzw. weiter auszubauen.

Die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft von Ärzten für Menschen mit geistiger und Mehrfachbehinderung (SAGB, www.sagb.ch) wird sich am 14.6.2012 auf ihrer Jahrestagung am Berner Inselspital den genetischen Ursachen von geistiger Behinderung und neuen, syndrombezogenen Ansätzen zur Therapie bestimmter Symptome sowie den damit verbundenen ethischen und ökonomischen Fragen widmen.

*Dr. med. Thomas Dorn, Vizepräsident SAGB,
Zürich*

- 1 Lüthi T. Medikamente gegen geistige Behinderung. NZZ am Sonntag vom 13.11.2011. www.nzz.ch/marktplaetze/uebersicht/medikamente_gegen_geistige_behinderung_1.13300396.html (Zugriff am 16.12.2011).