

Leserbriefe

Où se fait la prévention primaire?



La participation de la SSMG à la campagne de prévention cardiovasculaire faite par les pharmaciens m'interpelle [1]. A ma connaissance, ces derniers demandent 40 francs pour un dosage capillaire des lipides (quid du contrôle de qualité?), de la mesure de la tension artérielle et de différents paramètres morphométriques. Nous faisons, nous médecins généralistes, quasi tous les jours, ces mesures avec d'ailleurs une rémunération bien moindre pour le laboratoire puisque le TARMED nous offre généreusement 25 points pour le bilan lipidique. Cette prévention est du ressort du médecin de premier recours et la SSMG ne doit pas accepter que le pharmacien vienne «marcher sur nos plates-bandes».

Dans le même numéro de PrimaryCare [2, 3], j'ai lu un plaidoyer contre la vaccination VPH qui serait financée sur le dos des médecins de famille. Quelle incohérence! D'un côté, on laisse le pharmacien se profiler pour faire du labo dans son officine et, de l'autre, on demande une meilleure rémunération pour une prestation qui peut être faite par nos assistantes médicales.

Dans le canton de Fribourg, la collaboration avec les pharmaciens est excellente, pour preuve le succès des cercles de qualité pharmaciens-médecins pour la prescription médicamenteuse. Il serait à mon sens dommageable que cette collaboration puisse être entachée par des actions qui affaiblissent une fois de plus le médecin de premier recours.

Même si les intentions de la Société suisse de cardiologie et celles des pharmaciens sont louables, il ne faut pas oublier que la prévention primaire se fait essentiellement dans les cabinets médicaux des médecins de famille.

- 1 Journée mondiale du cœur – connaissez-vous vos valeurs sanguines? Information dans les pharmacies du 1^{er} au 30 septembre 2008. PrimaryCare. 2008;8(14):273.
- 2 Rupp S. La vaccination contre le VPH – un œuf de coucou. PrimaryCare. 2008;8(14):265–6.
- 3 Späth HU. Non à une vaccination contre le VPH financée sur le dos des médecins de famille! PrimaryCare. 2008;8(14):271.

Dr Hervé Magnin, 1752 Villars-sur-Glâne

Notfalldienste, Notfallpraxen, Pikettdienste – Lassen wir uns doch einfach treiben!



Ambulanzen sausen mit viel Getöse durchs Land und machen damit Werbung fürs Spital, «Medical Shopping», warum auch nicht sofort ins Spital, wenn was piekt? Bezahlen tut's ja sowieso ein anderer.

Der Staat investiert Millionen in Notfallstationen und Notfallpraxen von Spitälern. Sollten statt dessen wirklich wir Hausärztinnen und Hausärzte diese Investitionen tätigen? Woher das Geld nehmen? Warum ist die Notfallversorgung der Bevölkerung eigentlich unsere Aufgabe und nicht die des Staates?

Zu viel Dienst, zu strenger Dienst, zu wenig zu tun, ungenügende Bezahlung. Die Notfallpraxen entlasten uns. Die Notfallpraxen nehmen uns die Patienten und das Futter weg. Was wollen wir Hausärzte eigentlich?

Jede und jeder will etwas anderes. Die Eine will Pikettdienste, aber bitte nicht zu viel zu tun. Der andere will keine Pikettdienste, und wenn doch, wenigstens soviel zu tun, dass ihm das Wasser bis zum Hals steht. Wobei dieselbe Ärztin durchaus zu verschiedenen Zeitpunkten mal dies, mal jenes wollen kann.

Was mit dem hausärztlichen Pikettdienst in den nächsten Jahren passiert, ist nicht einfach Schicksal, dem man sich willenlos anpassen muss. Man kann das steuern, wenn man will. Aber was wollen wir denn eigentlich?

1. Wollen wir uns lieber von den Notfall- und Pikettdiensten entlasten? Dann lassen wir die Dinge doch treiben, sollen doch die Patienten direkt ins Spital gehen. Dann haben wir im Pikettdienst immer weniger zu tun, vergrössern nach und nach die Dienstkreise und machen zum Schluss nur noch selten und quasi pro forma Pikettdienst.

2. Wollen wir den Pikettdienst aufrechterhalten? Dann verstecken wir uns doch nicht so zurückhaltend in unserer Praxis! Dann machen wir doch, wie die Spitäler auch, Werbung für unseren super «Pikettdienst»! Lassen wir den Journalisten der Lokalzeitung an unseren Abenteuern teilhaben! Dann kommen wieder viele Patienten zu uns in die Praxen, statt dass sie sofort ins Spital gehen. Wenn die Patienten einmal daran gedacht haben, uns anzurufen, so ist das Auffinden

der Praxis kein Problem: Erstellen wir nur eine Internetseite, wo die geographischen Angaben zur Praxis zu finden sind. Da die Leute (leider) ohnehin mit dem Auto kommen, ist mit den allgegenwärtigen GPS unsere Praxis nicht schwerer zu finden, als eine hausärztliche Praxis neben dem Spital.

Dann ist auch noch die Politik gefragt: Will die Öffentlichkeit unseren relativ kostengünstigen Service eigentlich mit adäquater finanzieller Abgeltung honorieren? Inklusive Hilfe beim Inkasso unbezahlter Rechnungen und Unterstützung bei den Werbemassnahmen? Oder will sie lieber millionenschwere Investitionen in Notfallstationen tätigen?

Entscheidet sich die Politik für die Investitionen, so tritt natürlich automatisch Variante 1 in Kraft. Dann lassen wir unseren Notfall- und Pikettdienst langsam sterben: Wenn die Öffentlichkeit ihn nicht will, so soll sie es lassen. Und hören wir doch auf davon zu reden, wie «wichtig» unser Notfalldienst sei. Wenn die Politik lieber das Spital fördert als unseren Pikettdienst, dann geht es auch ohne uns.

Dr. med. Martin Gallmann, 8600 Dübendorf

Boycott ist der falsche Weg



Leserbrief zu: Späth HU. Keine HPV-Impfung auf Kosten der Hausärzte! PrimaryCare 2008(14): 271.

Die SGAM ruft in PrimaryCare zum Boycott der HPV-Impfung auf – mit absolut nachvollziehbarer Begründung. Ebenfalls nachvollziehbar ist die Reaktion der Patientenorganisation: «unethisch!» Nach langem Hick-Hack kann die HPV-Impfung nun endlich den jungen Frauen angeboten werden. Deshalb ist es imagemässig völlig falsch, wenn Hausärztinnen und Hausärzte zu einem Boycott aufrufen! Aus dieser Situation sollte positives Kapital geschlagen werden: Die Hausärztinnen und Hausärzte investieren freiwillig Geld und Zeit, damit die jungen Frauen endlich gegen Gebärmutterhalskrebs geimpft werden können! Wir dürfen nicht unsere «Kundschaft» zu Schaden kommen lassen, sondern müssen die Gesundheitsdirektionen, die Tarifmacher (Versicherungen, FMH usw.) und die Politik spüren lassen, dass es ohne uns nicht geht.

Wir Hausärztinnen und Hausärzte besitzen eine Unmenge von Informationen, die leider erst im Rechnungsstellerwesen gezielt gesammelt und ausgewertet werden (Trust-Center). Anstelle von Boykottaufrufen mit der Inkaufnahme von gesundheitlichen Risiken für unsere Klientel schlage ich nun vor, dass wir diese Informationen den interessierten Institutionen nicht mehr zur Verfügung stellen. Damit können wir zeigen, welche wichtige Rolle die Grundversorgenden im Gesundheitswesen spielen. Wenn wir jetzt nicht endlich zeigen, dass wir ein äusserst wichtiger Pfeiler des Gesundheitswesens sind, wird die Politik und die Versicherungsbranche dies erst realisieren, wenn dieser Pfeiler nicht mehr stützt! Im Kanton Bern laufen zurzeit zwei Studien an: «Häufigkeit von MRSA und ESBL im ambulanten Bereich des Kantons Bern» und «Wissen der Hausärzte betreffend beginnender psychotischer Krankheiten» (diese Studie läuft auch in anderen Kantonen). Vor allem die erste Studie ist auf Informationen aus den Hausarztpraxen angewiesen und wird von der kantonalen Gesundheitsdirektion unterstützt. Ich werde an diesen Studien nicht teilnehmen und hoffe, dass sich die SGAM, sollte es zu einer Reduktion der Labortarife kommen, eine Aktion überlegt, bei der die Patientinnen und die Patienten nicht zu Schaden kommen!

Dr. med. C. Hug, 4934 Madiswil

Guidelines-Compliance-Zwang für Arzt und Patient



Diskussionsbeitrag zu einem Artikel von Kollege Pirmin Pfister («Ihr Hausarzt – der Compliance-Spezialist», in *PrimaryCare* 2007;7(35-36):557–8. Ob nun in der ärztlichen Behandlung dem Patienten etwas «befohlen» oder nur «empfohlen» wird, woran liegt es, dass die Vorschläge so ungleich befolgt werden? Man ersehnt sich dies und das, aber es darf nicht zuviel kosten, schon gar nicht eine Anstrengung, ein Opfer oder eine Verzichtleistung, sonst lässt der «Gehorsam», die **Compliance, die Treue zum Therapiebündnis** mit dem Arzt einiges zu wünschen übrig. Die übergrosse «Verlust-Aversion» verhindert rationelles Abwägen von Einsatz und Gewinn. Ein nur versprochener Gesundheitsgewinn in der Zu-

kunft überzeugt wenig – und ebenso die nur statistische Aussicht auf unangenehme Spätfolgen bei schlechter Compliance.

Die jeweilige Reaktion des Patienten kann auf verschiedene Weise interpretiert werden. Da gibt es zum Beispiel den aktuellen Leidensdruck: Wer Zahnweh hat, ist compliant. Wenn man indessen von einer Therapie nichts direkt und unmittelbar spürt, wird Compliance zur Spielerspekulation, d.h. es kommt Überlegung und Kognition ins Spiel. Wer die Vorteile für sich einsieht (z.B. Diabetesbehandlung) und verantwortungsbewusst ist, gibt sich eher Mühe. Manchmal aber spielt auch der Charakter und das Temperament eine Rolle. Es gibt den Typ, der auf Genuss prinzipiell nicht verzichten möchte, süchtig oder abhängig ist, und sich dann bei kritischen Entscheidungen gegen das Primat oder gar Diktat der Vernunft zu sträuben pflegt.

Eine wichtige Voraussetzung für bessere Compliance und Adherence an die Therapie wäre in jedem Fall die empathische Beziehungsarbeit des Arztes. An die Vernunft appellieren, kognitiv die Einsicht fördern oder allenfalls emotionell genügend Angst machen: Das tun ja auch alle Scharlatane ...

Fast noch beunruhigender ist indessen das verwandte Problem der ärztlichen Compliance: Die **Compliance der Ärzteschaft**, wissenschaftlich fundierte Guidelines zu befolgen und einzuhalten, ist im Durchschnitt tatsächlich ebenso schlecht! Es zeigt sich hier dasselbe Spektrum der verschiedenen Reaktionsweisen wie beim Patienten.

Es wäre zu fragen, und das ist – als ethischer Aspekt – auch mein persönliches Problem, was einen letztlich zu solch einer Beziehungsarbeit mit einem widerstrebenden Patienten veranlasst.

Teils handle ich in meinem ureigenen Interesse, sonst bekomme ich am Ende Malpracticeprozesse oder erleide finanzielle Einbussen (falls ich mich z.B. mit einem Glyc-Hb von 8 vorschnell zufrieden gebe, verursache ich damit berechenbare zukünftige Folgekosten und behandle also unwirtschaftlich und wäre demnach nicht mehr kassenzugelassen ...). Vor allem aber in kognitiver Weise bin ich nun als Arzt gefordert – sofern man an das Prinzip der Vernunft, an die Wissenschaft und die Statistik glaubt (Glaubensfragen!). Oder dann wäre es ein situatives Handeln aus Verantwortungsgefühl und moralischer Verpflichtung, (die zehnerlei strengen Verpflichtun-

gen der «Charta zur ärztlichen Berufsethik», SÄZ 2003; 45), nämlich der Gesellschaft, dem eigenen Weltbild und seinem Gewissen gegenüber (also Gewissens-, Charakter- und Temperamentsfragen!).

Letztlich bleibt es wohl unentschieden, welche Art Motivation hier besteht, oder **welche Autorität mit welcher Legitimation** mir befehlen kann, Guidelines zu befolgen und dann «to guide the patient to follow the guidelines». Sind es nun die Vernunft oder die berufsethischen Standesregeln, Erwartung und Auftrag der Gesellschaft oder meine uneigennützigste Nächstenliebe: Wer will mir ein schlechtes Gewissen einreden, falls ich mich ungenügend «für die Erhaltung möglichst vieler produktiver, oder mindestens leidartermer und kostengünstiger Lebensjahre» einsetze? Zum Beispiel in Befolgung von Hufelands problematischer Forderung, der Arzt dürfe nichts anderes als Leben erhalten, Wertfragen gingen ihn nichts an, um dann, statistikbasiert und gesellschaftsbewusst, für eine grösstmögliche menschliche Biomasse in der Welt und gegen Tod und Teufel zu kämpfen? Oder denkbar wäre auch das Axiom einer hypothetischen, mit dem Recht auf Leben und Gesundheit verbundenen «Pflicht zum Leben und zur Rücksicht auf das Kollektiv», eine eher fragwürdige totalitäre Konvention, wenn nicht gar Ausfluss privater Daseinsphilosophie, mit dogmatisch absoluter Wertsetzung und vitalistischer Lebensvergötzung?

All diese Theorien können als moralischer Zwang oder Bevormundung des Individuums durch das Kollektiv empfunden werden. Sich solchen mehr weltanschaulichen «Lebens-Guidelines», d.h. dem bevölkerungspolitischen und ökonomischen Diktat der Allgemeinheit, beugen zu müssen, stösst deshalb auf Widerstand. Und die Meinungs- und Willensbildung der Mehrheit muss denselben akzeptieren und ihn zu steuern versuchen, mit Geduldsstrategien und sanftem Druck («empfohlen aber nicht befohlen!») bezüglich einer generellen **Compliance gegenüber unse- ren sogenannten gesellschaftlichen Grundprinzipien**.

Sicher gibt es hier nie generell gültige, sondern nur persönliche Antworten, die ein jeder, auch der einfache Hausarzt, für sich selber finden und geben muss.

Dr. med. Hans R. Schwarz, 6613 Porto Ronco