



François Héritier
Präsident SGAM

www.sgam.ch

www.ssmg.ch

Editorial

Wohin steuern wir?

Wie lange können wir mit einem Gesundheitssystem, dem ein Steuermann fehlt, noch weiterfahren? Diese Frage ist mir nach unserem letzten Gespräch mit Herrn Couchepin Ende Oktober 2008 in den Sinn gekommen, das bei mir einen gemischten, ja sogar unangenehmen Eindruck hinterlassen hatte. Von vornherein schlug er einen schneidenden Ton an, zeigte eine spürbare Gereiztheit, eine Ungeduld, die ich von früheren Gesprächen her nicht bei ihm kannte. Er hielt den üblichen Diskurs, duldete keinen Widerspruch, zeigte keine Verhandlungsbereitschaft. Natürlich war das Thema der Begegnung – die Revision der Analysenliste – dazu angetan, eine solche Reaktion heraufzubeschwören: beiderseits klare Fronten, schwer vergleichbare (da auf verschiedenen Angaben gestützte) Berechnungen, gegenseitiges Unverständnis. Dazu kam vielleicht noch die Müdigkeit nach einem langen Tag oder einfach schlechte Laune. Kurz, alles Zutaten für eine angespannte Diskussion.

Was mich jedoch bei diesem starrköpfigen Verhalten am meisten beunruhigt, ist das Fehlen einer globalen Sichtweise, ein Verlust der komplexen Realität unseres Gesundheitssystems und die Weigerung anzuerkennen, dass durch eine scheinbare Einsparung unsere gesamte qualitativ (noch) hochstehende Hausarztmedizin ernstlich bedroht ist. Was soll man von einem Steuermann halten, der nicht weiter voraussehen kann als bis zum Bug seines Schiffes?

Sollen die Passagiere die Steuerung übernehmen? Den Kapitän absetzen? Unsere Demokratie kennt eine Alternative, wenn die Führerschaft sich fehlbar zeigt: die Volksinitiative. Aufgrund erster sehr positiver Reaktionen auf diese Idee, von denen Sie in dieser Nummer einen Überblick erhalten, haben wir ernsthaft im Sinn, eine solche Debatte zu lancieren, um unsere Hausarztmedizin zu stärken und zu fördern, von der wir von ganzem Herzen überzeugt sind, dass sie die beste Medizin für den grössten Teil der Bevölkerung darstellt.

Dr. François Héritier, Präsident SGAM

Cartoon



Abstracts

- **Interview mit Prof. Thomas Rosemann**, dem ersten Professor für Hausarztmedizin an der Universität Zürich. Fazit: «Die zentrale Rolle der Hausarztmedizin im Hinblick auf die medizinische Grundversorgung der Bevölkerung ist in politischen Kreisen viel zu wenig erkannt. Ausserdem bedarf die Hausarztmedizin dringend eines positiveren Images bei den Medizinstudierenden, sonst wird in Zukunft die Lücke in der Grundversorgung noch gravierendere Ausmasse annehmen.»

- **Volksinitiative:** Der SGAM-Vorstand hat Ende November in «Primary-Care» bei allen Grundversorgern der Schweiz eine breite Vernehmlassung zu einer möglichen Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» lanciert. Erste Reaktionen deuten auf eine breite Unterstützung der Basis. Der Lancierungsentscheid folgt Anfang 2009.

- **Revision Analysenliste:** Das BAG zögert einen Entscheid heraus. Stattdessen verschickt Gesundheitsminister Couchepin Briefe an Patienten (die ihn zuvor in einer Protestnote aufgefordert haben, das Praxislabor nicht zu gefährden), worin er mit populistischen Argumenten Stimmung gegen die Hausärzte zu machen versucht.

Fragen an Prof. Dr. Thomas Rosemann

«Ich habe mit Schrecken festgestellt, dass das Verständnis für die Hausarztmedizin in politischen Kreisen fehlt»

Sie sind seit dem 1. März 2008 Professor für Hausarztmedizin an der Universität Zürich: Welches sind Ihre ersten Eindrücke von Ihrer Arbeit – und von der Schweiz?

Ich bin hier an der Universität und auch am Universitätsspital Zürich sehr offen aufgenommen worden. Es gibt ja keine akademische Tradition der Hausarztmedizin in der Schweiz, und von daher habe ich eigentlich erwartet, etwas mehr Widerstand zu spüren. Die Zusammenarbeit mit dem Chefarzt der Medizinischen Poliklinik ist äusserst konstruktiv. Das heisst: Meine Erwartungen sind positiv überrascht worden. Was mich aber am allermeisten freut, ist die Tatsache, dass ich auch seitens der Hausärztinnen und Hausärzte sehr positiv aufgenommen wurde. Ich verstehe die Skepsis, die es im Vorfeld gab, zum einen, weil da ein Deutscher kommt, und zum andern, weil man jemanden mit einem Forschungshintergrund berufen hat. Ich habe bei sehr vielen Hausärztereinigungen und -gruppierungen eigentlich nur positive Resonanz erhalten.

Die Schweizerinnen und Schweizer habe ich als sehr offen und liebenswürdig kennen gelernt. Meine Frau, die mich in die Schweiz begleitet hat, ging sehr schwer aus Bayern weg. Anfangs waren es die vertrauten Berge und Seen, aber zuletzt vor allem die vielfach erfahrene Herzlichkeit, die uns mittlerweile hier sehr wohl fühlen lässt. Da können sich wirklich viele Deutsche eine Scheibe abschneiden. Sie arbeitet mittlerweile als Kardiologin in einer Praxis und ist wirklich froh, dem deutschen System entflohen zu sein.

Als klar war, dass ich in die Schweiz gehen würde, meinte mein damaliger Chef: «Wunderbar, jetzt hast du auf

Kosten der deutschen Steuerzahler studiert, du hast mit Bundesgeldern jahrelang geforscht, und jetzt gehst du mit deinem gesammelten Know-how in die Schweiz; die werden sich freuen.» Darauf habe ich erwidert: «So ist das Leben.»

Wo werden Sie inhaltlich Schwerpunkte setzen: eher in der Forschung oder in der Lehre?

Beides sind gleichwertige Disziplinen. In der Forschung geht es darum, gemeinsam mit den andern Instituten für Hausarztmedizin eine eigenständige hausärztliche Forschung zu etablieren. Wobei es – angesichts der begrenzten Ressourcen – sehr wichtig ist, Prioritäten zu setzen und nicht querbeet alles beforschen zu wollen. Gerade wegen der begrenzten Ressourcen ist es wichtig, dass Forschung profilbildend ist. Die Forschung, die ich machen möchte, soll die zukünftige Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte deutlich herausarbeiten. Als Beispiel: Für mich gibt es niemanden im Gesundheitssystem, der dem Hausarzt die Lotsen- und Betreuungsfunktion streitig macht. Für mich ist die Hausarztpraxis der Ort, wo Menschen von der Geburt an, von der ersten Impfung bis zum Tod betreut werden. Der Schwerpunkt in diesem Kontinuum wird für mich eher die Betreuung Chronischkranker, multimorbider Patienten sein. Der Hausarzt ist dem Spezialisten auf diesem Gebiet überlegen. Kein Spezialist kann und möchte eine Patientin betreuen, die acht verschiedene Erkrankungen hat.

Gibt es auch einen direkten Nutzen Ihrer Forschung für die Patientinnen und Patienten?

Ja, indem wir die Hausärzte sozusagen mit Wissen aufrüsten, teachen und sie



Prof. Dr. Thomas Rosemann

optimal z.B. auf Chronischkranke vorbereiten. Dann könnte man in einer Studie nachweisen, dass Hausarztpatienten im Hinblick auf ihre Lebensqualität besser abschneiden als nur vom Spezialisten betreute Patienten. Dazu gibt es schon einige Studien, eine etwa zeigt, dass Diabetiker eine geringere Mortalität aufweisen, wenn sie beim Hausarzt in Behandlung sind, als wenn sie nur beim Diabetologen sind. Es gibt auch Studien, die zeigen, dass Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen länger leben, wenn sie vom Hausarzt und dem Kardiologen im Team behandelt werden, als wenn sie nur vom Kardiologen behandelt werden.

Und was geschieht mit der Lehre?

Die Lehre ist gerade hier in Zürich eine grosse Baustelle. Wir müssen in der Lehre ein klares Profil entwickeln und primär medizinische Inhalte vermitteln. Eine Vorlesung darf keine Plattform für standespolitische Diskussionen sein. Die Studierenden wollen kein ständiges Gejammer hören. Der Chirurg kommt auch nicht und sagt, er habe jetzt zehn Stunden operiert und habe dicke Beine. Der Chirurg betritt den Hörsaal und sagt: «Ich habe gerade ein Menschenleben gerettet.» Das Bild, das wir vermitteln müssen, muss positiver werden. Ich möchte damit keinesfalls

die Herausforderungen negieren, vor denen die Hausarztmedizin gesundheits- und standespolitisch steht, aber die Studentinnen und Studenten sind das falsche Forum dafür. Wir müssen in der Lehre professioneller auftreten und uns inhaltlich und auch didaktisch verbessern.

Das heisst: Der Beruf des Hausarztes bedarf eines neuen Images?

Auf jeden Fall. Das ist wie bei einem Autokauf: Wenn ich zum Autohändler gehe und mich für einen Porsche interessiere, dann sagt mir der Händler nicht, dieses Auto brauche über 20 Liter Benzin und sei mit seinen 420 Gramm CO₂-Ausstoss pro Kilometer eigentlich umweltschädlich, sondern er wird mir sagen: «Mit diesem Auto schauen Ihnen alle Frauen nach.» Dieses Prinzip müssen wir übernehmen, ohne allzu dick aufzutragen. Konkret: Ich denke, wir sollten unser Fach professionell und seriös vorstellen und vor allem dessen grosse Bedeutung klar machen. Viele Studierende verstehen Hausarztmedizin als etwas Schönes und Wichtiges, fühlen sich aber durch das öffentliche Jammern über ihren Beruf verunsichert.

Wie interpretieren Sie die Tatsache, dass es jetzt in der Schweiz innert kurzer Zeit möglich war, drei Institute für Hausarztmedizin zu gründen?

Grundsätzlich ist das ein sehr positives Zeichen für die Hausarztmedizin und deren Forschungsauftrag. Denn es gibt in der Schweiz wie in den meisten andern europäischen Ländern nach wie vor ein krasses Missverhältnis zwischen der Datenmenge aus klinischer Forschung und aus der Versorgungsforschung. Wir wissen sehr viel über einzelne Medikamente, aber zum Beispiel fast nichts über das Thema Selbstdispensation. Das ist ein schönes Beispiel, warum wir Forschung in der Hausarztmedizin in der Grundversorgung brauchen. Wir könnten beispielsweise in einer prospektiven Studie zeigen, welche Auswirkungen eine ärztliche Medikamentenabgabe hat: Wenn der Arzt die Präparate selbst abgibt, mögen zwar primär die Kosten höher sein, weil er zu

kleineren Packungen tendiert, aber wenn dadurch die Compliance steigt und die Hospitalisierungsrate zurückgeht, dann überwiegt dieser Kostenvorteil dramatisch die primären Medikamentenkosten. Das Gleiche gilt für das Thema des Praxislabors, auch dazu haben wir keine verlässlichen Daten. Vereinfacht ausgedrückt könnte man sagen, wir leisten uns den Luxus, den Dampfer «Gesundheitssystem» zu steuern, ohne vernünftige Koordinaten zu haben.

Wie interpretieren Sie die Existenz von drei Instituten für Hausarztmedizin politisch? Erfolg der Standespolitik? Druck der Bevölkerung?

Ich glaube, dass die Universitäten eher dem Druck der Bevölkerung nachgegeben haben, denn deren Überzeugung sitzt immer noch tief, dass man nicht wirklich eine akademische Hausarztmedizin braucht. Aber wir haben gute Chancen, sie vom Gegenteil zu überzeugen. Man muss sich auch bewusst sein, dass es im Umfeld eines Hausarztinstituts unterschiedliche Interessen und Perspektiven gibt: Für die Universitätsleitung ist es wichtig, dass ein Institut viele Drittmittel generiert und dass es möglichst viel und gut publiziert. Das Institut für Allgemeinmedizin in Heidelberg zum Beispiel, wo ich herkomme, hat über 40 Mitarbeitende, die mehrere Millionen Drittmittel eingeworben haben, was für die Universität äusserst lukrativ war. Es hat die wissenschaftliche Reputation der Universität deutlich gefördert. Das hat auch dazu geführt, dass die Hausarztmedizin grundsätzlich akademisch anerkannt wurde. Das gilt auch für Länder wie Holland, wo es völlig normal ist, dass sich ein grosser Anteil der Hausärzte an Forschung beteiligt. Niemand käme auf die Idee, das infrage zu stellen.

Wie beurteilen Sie generell die heutige Situation der Hausarztmedizin in der Schweiz?

Ich stelle primär zwei Fakten fest: Wir haben einen Nachwuchsmangel vor allem in den ländlichen Regionen, und wir geniessen als Hausärzte bei der Bevölkerung ein sehr hohes Ansehen.

Das politische Umfeld ist dagegen eher ambivalent: Es gibt zahlreiche Lippenbekenntnisse zugunsten der Hausarztmedizin von Politikern, weil diese wissen, dass die Bevölkerung hinter den Hausärzten steht. Ich vermisse aber die ehrliche Anerkennung vonseiten der Politik, dass es eine starke Hausarztmedizin braucht. Ich habe in vielen Gesprächen mit Vertretern aus der Politik und dem BAG mit einigem Schrecken festgestellt, dass die umfassende Evidenz die es für die positiven Effekte einer starken Hausarztmedizin gibt, in politischen Kreisen fehlt. Damit meine ich zum Beispiel Analysen auf OECD-Datenbasis, die ganz klar zeigen, dass die Lebensqualität in Ländern mit einer höheren Hausarztorientierung in allen Altersgruppen und bei beiden Geschlechtern besser ist. Es gibt Daten, die eindeutig zeigen: je höher die Hausarztorientierung, desto geringer die Kosten im System. Das sind Erkenntnisse, die weitgehend noch nicht bekannt sind. Leider muss man auch davon ausgehen, dass nur etwa 10 Prozent dessen, was wir an Evidenz schaffen, wirklich politisch irgendwie umgesetzt werden. Also 90 Prozent sind für den Mülleimer.

Ist das nicht frustrierend?

Doch, das ist frustrierend. Aber deshalb sollte man nicht aufgeben oder resignieren. Es braucht weiterhin den Druck der Bevölkerung, die hinter uns steht und eine starke Hausarztmedizin will. Die Institute für Hausarztmedizin können zusätzlich mit eigenen Daten aus der Schweiz belegen, dass eine starke Hausarztmedizin günstigere und bessere Medizin möglich macht. Das ist das, was die Politik überzeugt.

Ist es denn letztlich ein Kommunikationsproblem?

Zum Teil. Ich tendiere auch auf diesem Gebiet Richtung positiver Selbstdarstellung und weniger Protest, und zwar nach dem Motto: «Tue Gutes und sprich darüber»..Ich denke da an einen Newsletter, den wir periodisch den politischen Akteuren zustellen könnten.

Wie beurteilen Sie die Tatsache, dass nur noch rund 10 Prozent der

Medizinstudierenden in die Hausarztmedizin gehen wollen?

Es gibt verschiedene Gründe, weshalb die Hausarztmedizin an Attraktivität verloren hat. Dazu gehört erstens das Einkommen. Ein Studierender sagte mir kürzlich, dass jeder Medizinstudierende heute die Einkommensstatistik der FMH auswendig kennt. Ich glaube, dass man das ökonomische Element in diesem Beruf bisher unterschätzt hat. Zweitens wird das Studium bzw. die Hausarztmedizin – wie schon gesagt – zu wenig positiv dargestellt. Und drittens gibt es ein strukturelles Problem, indem uns die Studenten im Verlauf des Studiums «entgleiten». Wer Hausarzt werden will, muss selbst aktiv werden und die Weiterbildungsstelle suchen. Das haben die übrigen Spezialgebiete besser geregelt. Um den Weg in die Hausarztmedizin zu ebnen, muss man Anreize schaffen, primär finanzielle. Grossbritannien ist das einzige Land Europas, das einen deutlichen Zuwachs in der Hausarztmedizin hat. Der Hintergrund: Das Einkommen der britischen Hausärzte ist um 23 Prozent gestiegen.

Was können die Schweizer Hausärzte von den deutschen Hausärzten lernen?

Nicht viel. In Deutschland sind Sonografiegeräte in den Hausarztpraxen Standard, was den Beruf aufwertet. Das könnte man auch für die Schweiz übernehmen.

Die SGAM überlegt sich derzeit, eine Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» zu lancieren. Was halten Sie davon?

Die Idee finde ich natürlich grundsätzlich gut, und sie korrespondiert mit dem Bestreben unseres Instituts, die Hausarztmedizin aufzuwerten.

Die Fragen stellte Bernhard Stricker.

Thomas Rosemann

Am 1. März 2008 hat Thomas Rosemann die neu geschaffene Professur für Hausarztmedizin in Zürich übernommen. Der 38-jährige Deutsche stammt aus Oberbayern. Nach dem Medizinstudium an der Ludwig-Maximilian-Universität in München mit Staatsexamen und Promotion 1996 sammelte er praktische Erfahrungen in Chirurgie und Innerer Medizin. Ab 2002 war er wissenschaftlicher Mitarbeiter und zuletzt Leitender Oberarzt am Institut für Hausarztmedizin in Heidelberg, wo er sich 2007 für das Fach «Allgemeinmedizin» habilitierte. Parallel absolvierte er ein PhD-Studium am Institut für Hausarztmedizin in Nijmegen/NL, das er 2008 mit einer zweiten Promotion abschloss. Daneben arbeitete er Teilzeit in einer «klassischen Landarztpraxis auf dem Dorf». Das Institut für Hausarztmedizin in Zürich ist mit insgesamt 350 Stellenprozenten ausgestattet: Es gibt neben dem Lehrstuhl eine Leitende Arztstelle, eine Assistentenstelle und eine halbe wissenschaftliche Mitarbeiterstelle sowie eine Sekretariatsstelle.

Eine Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin»?

Ende November 2008 hat der SGAM-Vorstand in «PrimaryCare» (dem Verbandsorgan der Hausärzte) einen Artikel mit dem Titel «Hausarztmedizin: Volksentscheid statt Behördenwillkür» publiziert und mit der Frage verbunden: Was halten Sie von der Idee, eine «Volksinitiative Ja zur Hausarztmedizin» (Arbeitstitel) zu lancieren?

Dieses breit angelegte, hausärzteinterne «Vernehmlassungsverfahren» zum Thema Volksinitiative basiert auf einer politischen Neuausrichtung der Hausärztpolitik in der Schweiz. Die Grundidee: Die Hausärztinnen und Hausärzte machen die Patienten zu ihren politischen Partnern und bauen mit ihnen zusammen eine in der Bevölkerung stark verankerte Hausarztmedizin auf, die nicht mehr demontiert werden kann (Beispiel: Analysenliste) und die für künftige Hausarztgenerationen attraktiv bleibt, damit ein Hausärztemangel langfristig abgewendet werden kann.

Die Patientinnen und Patienten sind die natürlichen Verbündeten der Hausärztinnen und Hausärzte, weil sie das gleiche Interesse an einer funktionierenden und qualitativ hochwertigen Hausarztmedizin haben.

Die ersten Reaktionen waren fast ausschliesslich positiv. In den wenigen Tagen bis zum Redaktionsschluss dieses Newsletters sind 150 Mails eingegan-

Erste positive Reaktionen

gen, 148 davon zustimmend. Auch die Diskussion im Forum Hausarztmedizin (www.forum-hausarztmedizin.ch) verläuft nach demselben Muster. Der SGAM-Vorstand wird Anfang 2009 – auch nach Rücksprache mit den anderen Hausärzteverbänden – entscheiden, wie es weitergeht und ob die Initiative lanciert wird. Ihm schwebt dabei eine breite Allianz aller Hausärztinnen und Hausärzte in der Schweiz vor, vielleicht auch in Zusammenhang mit der Neugründung von «Hausärzte Schweiz» (Hach). Sollte sich der SGAM-Vorstand für die Lancierung entscheiden, kann er auf die Beratung und Mitarbeit namhafter Staatsrechtler und juristischer Gesundheitsexperten zählen, die ihre Mitarbeit bei der Ausarbeitung eines Initiativtextes (bzw. Verfassungsartikels) bereits zugesagt haben.

gen, 148 davon zustimmend. Auch die Diskussion im Forum Hausarztmedizin (www.forum-hausarztmedizin.ch) verläuft nach demselben Muster.

Der SGAM-Vorstand wird Anfang 2009 – auch nach Rücksprache mit den anderen Hausärzteverbänden – entscheiden, wie es weitergeht und ob die Initiative lanciert wird. Ihm schwebt dabei eine breite Allianz aller Hausärztinnen und Hausärzte in der Schweiz vor, vielleicht auch in Zusammenhang mit der Neugründung von «Hausärzte Schweiz» (Hach).

Sollte sich der SGAM-Vorstand für die Lancierung entscheiden, kann er auf die Beratung und Mitarbeit namhafter Staatsrechtler und juristischer Gesundheitsexperten zählen, die ihre Mitarbeit bei der Ausarbeitung eines Initiativtextes (bzw. Verfassungsartikels) bereits zugesagt haben.

Bernhard Stricker

Was meinen Sie zur Lancierung einer Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin»?

Erste Reaktionen (Auszüge)

Ich bin begeistert! Sie und die Kollegen im SGAM arbeiten hervorragend und ganz in meinem Sinn. Ich danke Euch von Herzen für den grossen Einsatz. Die Initiative ist richtig und dringend notwendig. Nach der gewonnenen Abstimmung (Medikamentenabgabe im Kanton Zürich) sind Initiativen der Ärzteschaft nicht zu unterschätzen. Die Politiker müssen uns ernst nehmen.

Dr. A. B.

Persönlich würde ich eine entsprechende Aktivität sicher unterstützen, auch wenn ich etwas ambivalent bin: Dennoch – und dies gibt für mich den Ausschlag zu einem «Ja» – steht meinerseits vor allem der Entscheidungs-/Arbeitsprozess, der zu einer Initiative gehört, im Vordergrund. Wenn wir es schaffen, die Unterschriften zusammenzubringen, woran ich kaum zweifle, und wenn wir dann gar die Abstimmung positiv über die Bühne bringen, hätten wir ganz ausserhalb der eigentlichen verfassungsrechtlichen Aspekte ein kräftiges Zeichen gesetzt.

Dr. W. S.

Ich finde die Idee der Volksinitiative zur Rettung der Hausarztmedizin genial. Ich bin absolut dafür, nachdem dies juristisch und textmässig unangreifbar gestaltet wird. Wir haben ja mit dem 1. April 2007 und 2008 Vorarbeit geleistet im Bezug auf Goodwill bei den Patienten. Ich sehe auch jetzt, wie einfach es ist, Unterschriften «Für den Erhalt des Praxislabors» zu erhalten.

Dr. T. W.

Ich wehre mich seit 33 Jahren! Ich unterstütze eine Initiative.

Dr. W. H.

Als zwar pensionierter, aber immer noch mitdenkender Hausarzt möchte ich Euch in Eurer Idee einer Volksinitiative sehr unterstützen. Mut sollte auch die gewonnene Abstimmung im Kanton Zürich über die Medikamentenabgabe machen, welche von der Patientenschaft getragen worden ist. Bei entsprechender Anstrengung und einem rechtlich einwandfreien Initiativtext ist ein Erfolg für eine solche Initiative durchaus im Bereich des Möglichen.

Dr. P. S.

Aus meiner Sicht sollten wir diese Initiative durchführen: Befragen wir unser eigenes Volk, ob es eine starke Hausarztmedizin will. Ist das den Leuten wichtig oder wären sie auch zufrieden mit Krankenschwestern, so wie das BAG es will? Es gibt nichts, was gegen diese Initiative spricht. Sicher ist, dass die Politiker mit der Tat in den nächsten Jahren nicht auf unserer Seite stehen werden. Sicher ist auch, dass wir einen recht grossen Einfluss haben auf unsere eigenen Patienten, das ist uns nur allzu wenig bewusst. Nach über 30 Jahren Hausarztstätigkeit bin ich weiterhin voll überzeugt von der Wichtigkeit meiner Tätigkeit.

Dr. F. B.

Als älteres Semester mit – meine ich – immer noch viel Feuer und Engagement für die Hausarztmedizin und Vorstandsmitglied der ... kann ich die vielen Ausreden von zahlreichen Kolleginnen und Kollegen, immer wenn man etwas von ihnen will, schon bald nicht mehr hören. Andererseits sind es die Gleichen, die – versteckt oder offen – uns Behördenmitgliedern immer wieder vorwerfen, wir unternähmen nichts. «Man sollte» ist ein gängiges «Bonmot» in diesem Zusammenhang. Aber eben, wenn's konkret wird ... Ich bin stolz auf Euch, dass ihr Euch nicht beirren lasst und einen guten, zielstrebigem und konsequentem Weg einschlagt.

Dr. G. B.

Ich bin mit einer Initiative einverstanden: Sie behebt die politische Dysbalance in der strategischen Positionierung der Hausärzte durch eine Gesetzesgrundlage, falls in den Initiativtext hinein ein Beweis komponiert wird, dass die Hausarztmedizin (... in der heute vorhandenen Form mit freipraktizierenden Ärzten in der eigenen Praxis ...) die beste (... weil qualitativ und quantitativ kompetenteste und finanziell verträglichste ...) Garantie einer gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung ist.

Sie kann die Trennung der Hausärzte-Tätigkeit im Dienste des Patienten von der Hausärzte-Tätigkeit im Sinne eines Abhängigkeitsverhältnisses gegenüber den Behörden und den Krankenkassen durch Rechtfertigungsnotigungen letzterer vollbringen. Und ich werde mich voll bei meinen Patienten in der Praxis dafür engagieren.

Dr. R. R.

Endlich eine proaktive Einstellung. Mit dieser Idee besetzen wir für Jahre wichtige Themenfelder. Ich bin aber nicht ganz überzeugt, dass viele Kollegen das Ausmass des Engagements sowohl in zeitlicher wie auch finanzieller Sicht erfassen werden. Eine einfachere Sache dürfte eine eindrückliche Unterschriftensammlung sein, sofern wir gute Titel und wenige, zwingende Argumente portieren. Aber die viele Energie für den langen, steinigen, unschönen Abstimmungskampf, wo mit härtesten Bandagen gekämpft würde, wird zur echten Stunde der Wahrheit. Auf alle Fälle müsste die Initiative ausformuliert sein, sonst wird sie in den Räten verwässert.

Wie sagte Winston Churchill am 13. Mai 1940: «I have nothing to offer but blood, toil, tears and sweat ... We have before us many, many months of struggle and suffering.»

Wir müssten also unsere Mitglieder aufklären, dass wir Hunderte Feierabende, Tausende Arbeitsstunden und Millionen von Franken für einen erfolgreichen Abstimmungskampf brauchen. Nur wenn die Basis zu Beginn sagt: «Yes I will», gibt es später ein «Yes we can».

Dr. A. V.

Ich bin überzeugt, dass es uns innert kurzer Frist gelingen würde, 100 000 Unterschriften zu sammeln, und dass wir eine Volkabstimmung ge-

winnen können. Das Hauptproblem wird die Umsetzung des Verfassungsauftrages auf Gesetzesstufe werden. Der Text muss deshalb möglichst konkret abgefasst sein, was aber auch wieder Angriffsfläche bietet. Ich denke, das Volk ist um einiges weiter als die Politik, die bisher nicht viel mehr als Luftblasen produziert hat.

Dr. M. T.

Ich finde das Mittel einer Initiative eine sehr gute Idee, da damit denen eine Sprache verliehen wird, um die es letztendlich geht: nämlich unseren PatientInnen. Ich finde es schade, dass bisher gerade auch in der Krankenkassen- und Gesundheitspolitik dieser Aspekt vernachlässigt werden kann, weil die PatientInnen zu wenig gut organisiert sind. Ich würde eine Initiative grundsätzlich unterstützen.

Dr. H. G.

Ich finde die Idee einer Volksinitiative zur Garantierung einer breitfächrigen Hausarztmedizin gut. Das Desinteresse der Politiker und für uns deletäre Vorgaben beim Tarmed (Kostenneutralität) bedeuten unseren Untergang. Vor und mit der Lancierung der Initiative braucht es aber – neben allen rechtlichen Abklärungen – eine grosse PR-Aktion in der Bevölkerung. Die Hausärzte müssen gute Arbeit leisten und darüber reden (Tue Gutes und rede darüber). Wir müssen endlich über unsere schöne und vielseitige, gesundheitspolitisch wichtige Arbeit, zu der auch der Notfalldienst gehört, berichten und sie darstellen. Nur wer gute Arbeit und einen guten Service bietet, kann in der Bevölkerung auf Unterstützung zählen.

Dr. G. K.

Die Idee einer Hausarztinitiative begrüsse ich sehr. Nach meiner Meinung sollte sie auch noch einige konkrete Punkte erhalten, die uns aktuell drücken, z.B. Misstrauenskultur durch Wirtschaftlichkeitsüberwachung durch trübe Statistiken, in denen man mit Kollegen verglichen wird, von denen man nicht weiss, wie sie praktizieren, oder z.B. eine Verpflichtung zur Zusammenarbeit, die Drohbriebe und Erpressung, wie sie heute praktiziert werden, ausschliesst.

Dr. F. H.

Es ist eine sehr gute Idee. Initiativen bringen eine grosse Publizität. Die SpezialistInnen haben ein viel grösseres fachliches mediales Forum als wir. Nach meinem Eindruck gibt es aber wieder mehr PatientInnen, die den Hausarzt nicht nur als Überweiser beanspruchen. Diesen Trend müssen wir verstärken, indem wir selbstbewusst auf unsere Möglichkeiten in einer Hausarztpraxis hinweisen, wie gesagt, auch in der Öffentlichkeit. Ich bin bereit, Unterschriften zu sammeln (habe einige Erfahrung darin!).

Dr. R. B.

Ende des Dornröschenschlafes!! Endlich Nägel mit Köpfen!!

Dr. M. D.

Wenn Äpfel mit Birnen verwechselt werden

Unser Gesundheitswesen ist gut – aber es ist auch teuer. Wie überall in der Marktwirtschaft hat Qualität selbstredend ihren Preis.

Dass Gesundheitsminister trotzdem immer wieder versuchen werden, Kosten einzusparen, liegt in der Natur ihres Amtes und wird von allen gefordert. Allerdings sind Gesundheitsminister auch dazu angehalten, für Qualität zu sorgen.

Die Revision der Analysenliste entspringt dem Anliegen, Kosten einzusparen und Unnötiges oder Veraltetes zu eliminieren. Niemand wehrt sich dagegen, eine solche Überarbeitung macht durchaus Sinn. Trotzdem kritisiert die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM) das Vorgehen der Verantwortlichen aufs Schärfste.

Laboranalysen werden in der Schweiz nicht nur von Grosslabors angeboten, sondern auch von den meisten Hausarztpraxen. Diese sogenannte Präsenzanalytik ist elementarer Bestandteil der hausärztlichen Arbeit und garantiert

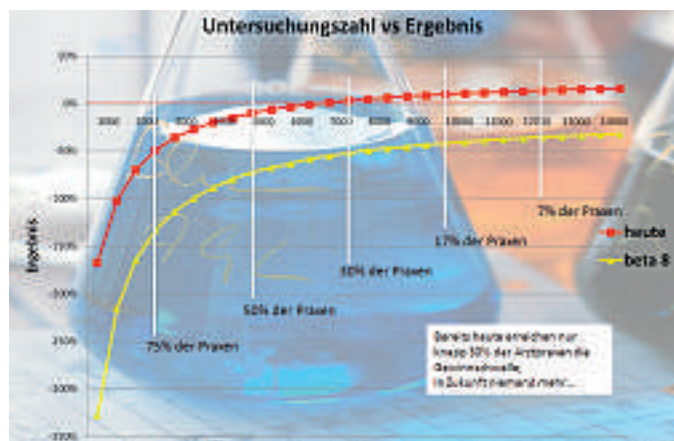
den Patientinnen und Patienten bei Bedarf die rasche und kompetente Einschätzung eines Krankheitsbildes. Angehende Fachärzte für Allgemeinmedizin sind aus diesem Grunde verpflichtet, einen mehrtägigen Kurs zur Führung eines Praxislabors zu absolvieren. Das Praxislabor gehört also zur Grundkompetenz des Arztes. Gezielte Analytik garantiert eine rasche und gezielte Behandlung und verhindert sowohl kostenintensive Weiterabklärungen als auch unnötige Folgebesuche oder gar Hospitalisationen.

Durch die vorliegende Version der Revision der Analysenliste ist das Praxislabor jedoch betriebswirtschaftlich nicht mehr aufrechtzuerhalten! Hier werden Äpfel mit Birnen vermischt: Berechnungen, welche möglicherweise für Grosslabors durchaus zutreffen, sind im Praxislabor schlichtweg falsch. Fachleute aus dem Ausland, welche die hiesigen Verhältnisse nur ungenügend kennen, und ehrgeizige Beamte aus dem BAG berechnen rein zahlenmässig

und auf ökonomischen Grundlagen, wo wie viel gespart werden könnte. Es kann aber keinem Arzt und keiner Ärztin zugemutet werden, Tätigkeiten im Labor durchzuführen, welche nicht mehr kostendeckend sind. Das Praxislabor – und damit tausende Arbeitsstellen von Medizinischen Praxisassistentinnen – ist akut gefährdet!

Die SGAM fordert deshalb, dass Politiker und Behörden ihre Aufgabe wahrnehmen und nicht nur zur Kosteneinsparung, sondern auch zur Qualitätsgarantie verpflichtet werden. Dazu muss ein Paradigmenwechsel stattfinden: Wir fordern die Entflechtung ökonomischer Überlegungen und staatlicher Interventionen in der Hausarztmedizin. Weitere «Einsparungen» werden unweigerlich zu Qualitätsverlusten und vielfach höheren Folgekosten führen. Milchbuchrechnungen sind unseres Gesundheitssystems unwürdig und rücken die Hausarztmedizin mit staatlicher Hilfe ihrem Untergang ein Stück näher. Herr Pascal Couchepin, wollen Sie dies wirklich?!

Dr. med. Hansueli Späth, Hausarzt



Das Diagramm zeigt die Abhängigkeit des finanziellen Ergebnisses von der Anzahl Laboruntersuchungen im Praxislabor heute (AL 06) und auf der Basis der Revision Beta 08. Zusätzlich ist eingetragen, welcher Anteil der Praxen mit Laborleistungen die angegebenen Zahlen überhaupt erreicht. Es ist ersichtlich, dass bereits heute lediglich 30% der Praxislabors einen Gewinn auf ihren Leistungen erreichen. Auf der Basis der Revision Beta 08 würden sämtliche Praxislabors defizitär.

Volkswirtschaftliche Bedeutung Praxislabor	
Anzahl Leistungen mit Praxislabor pro Jahr	17400 19700000
Anzahl Folgekonsultationen wegen fehlendem Praxislabor	21,38% 4101000
Kosten für zusätzliche Arztzeit	88,20 217'762000
Kosten für zusätzliche Arztzeit pro Tag	88,20 160'010'350
Kosten für Folgekonsultation	36'511'710
Zum Vergleich: vom BAG postulierte "Kostenersparung"	64'942'000
Vom BAG postuliert: volkswirtschaftliche Schaden	MA 304'750

Die Berechnung zeigt die zu erwartenden Folgekosten, welche bei der Aufhebung der Praxislabors entstehen würden. Es wird von der Annahme ausgegangen, dass bei jeder dritten Laborsitzung eine Folgekonsultation zur Besprechung der verzögert eingetroffenen Resultate notwendig würde. Die daraus entstehenden Kosten inklusive des zu erwartenden Arbeitsausfalls werden in Relation zu der vom BAG postulierten Kosteneinsparung gesetzt.

Die Reaktion von Bundesrat Couchepin auf den «Patientenbrief zum Erhalt des Praxislabors»

Den Nerv getroffen

Nachdem bereits über 50 000 Patientinnen und Patienten einen Protestbrief ans Eidgenössische Departement des Innern (EDI) geschickt haben (Stand Anfang Dezember 2008), worin sie den Erhalt des Praxislabors fordern, hat nun Gesundheitsminister Pascal Couchepin auf seine Art reagiert: Er hat allen Einsendern einen Antwortbrief geschickt (siehe Faksimile).

Aus Sicht der SGAM lässt sich aus dieser Reaktion ableiten, dass diese «Aktion Patientenbrief» den Nerv des Gesundheitsministers getroffen hat und er darauf völlig unverhältnismässig reagiert hat.

Seine Analyse der Hausarztmedizin greift zudem zu kurz: Es sind in erster Linie gerade solche politischen Fehlentscheide (wie die Revision der Analysenliste) und weitere permanente Schikanen, welche die Hausarztmedizin gefährden, weil sie damit u.a. den drin-

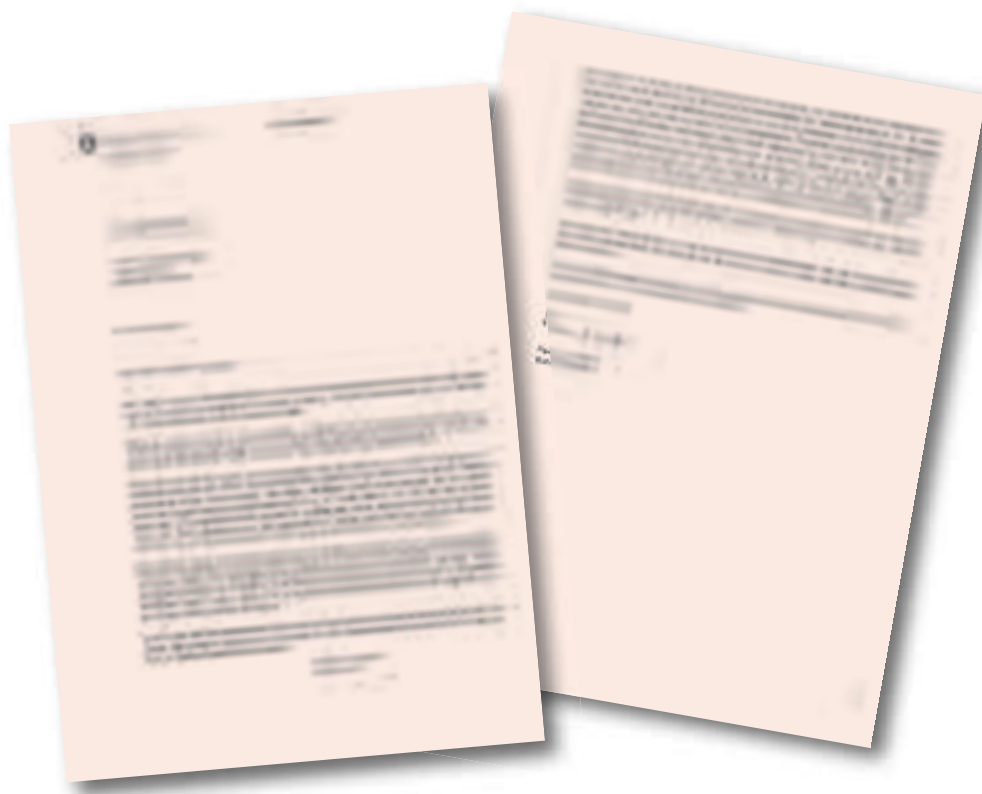
gend benötigten Nachwuchs an Hausärzten abschrecken.

Eine Revision der Analysenliste wurde im Grundsatz von den Hausärzten nie bestritten, ist aber in der geplanten Form inakzeptabel. Es muss möglich sein, betriebswirtschaftlich korrekte Tarife für automatisierte Grosslabors und «handbetriebene» Sofortdiagnostik-Praxislabors getrennt zu führen, auch wenn dies das BAG bestreitet. Die Ärzteschaft hat diesbezüglich konkrete Alternativvorschläge unterbreitet, auf

die das BAG bisher leider überhaupt nicht eingegangen ist (betroffen sind nur ca. 20–40 der wichtigsten Analysen von über 1000!). Stattdessen präsentiert das BAG eine Präsenztaxe als Lösung, die von allen Experten – ausser den vom BAG bezahlten – als *völlig untauglich* entlarvt wurde!

Dazu kommt eine populistische Einkommensargumentation mit veralteten und ungenauen Zahlen und falscher Interpretation. Sie ist schlicht dégoûtant! Die genannten Zahlen unterscheiden nicht zwischen ärztlichem Einkommen und anderen Nebeneinkünften. Die Situation hat sich zudem inzwischen verschlechtert! Eine diesen Herbst publizierte Untersuchung im Raum Zürich kommt zum Schluss, dass das Nettoeinkommen für Hausärzte bei rund Fr. 120 000.– liegt.

*Dr. med. Gerhard Schilling,
SGAM-Vorstand*



Pflicht, die Patienten zu informieren

Der Vorwurf von Bundesrat P. Couchepin, wir missbrauchen unsere Patienten für unsere pekuniären Interessen, kann so nicht stehen gelassen werden. Im Gegenteil, er bedarf einer sehr direkten und klaren Entgegnung. Mit der Briefaktion weisen wir die Öffentlichkeit auf die drohende Beschneidung der Hausarztmedizin hin und geben ihr die Möglichkeit, sich aktiv dagegen einzusetzen. Das Revisionsprojekt des BAG für die Analysenliste bedroht in der aktuellen Form das Praxislabor sehr direkt. Dabei geht es nicht darum, mit dem Labor grosse Gewinne einzufahren, wie das von Bundesrat Couchepin suggeriert wird, sondern, keine Verluste zu schreiben. Vor einigen Jahren hat uns die damalige Gesundheitsministerin Ruth Dreifuss im Hinblick auf den drohenden Hausärztemangel aufgefordert, aktiv dagegen anzugehen: «Es ist an Ihnen, dafür

zu sorgen, dass dieses Szenario nicht Wirklichkeit wird. Sie verfügen über das nötige Wissen und die entsprechenden Möglichkeiten, dies zu verhindern.»

Die klare Aussage und Aufforderung zum Kampf hat mich sehr beeindruckt. Sie gewinnt in der aktuellen Situation erneut an Gewicht. *Es ist unsere Pflicht, die Patienten auf die mögliche Aus-*

wirkung hinzuweisen, falls die aktuelle Version der Analysenliste von BR P. Couchepin ohne Berücksichtigung der speziellen Situation des Praxislabors eingesetzt wird.

Mit dem Schreiben nach Bundesbern wollen wir in erster Linie informieren. Im direkten Kontakt mit den Patienten erklären wir ihnen anhand des Briefes, was auf sie zukommen wird, welche

zusätzlichen Schikanen und Zeitaufwendungen notwendig werden und welche zeitliche Verzögerung die therapeutischen Entscheidungen erfahren werden. Ein sehr direkter Qualitätsabbau unserer Arbeit ist die Folge.

*Dr. med. Margot Enz Kuhn,
SGAM-Vizepräsidentin*

Top-Aktuell

Duale Grundversicherung – die Position der SGAM

In der Diskussion um die Aufhebung des Zulassungsstopps hat sich die SGAM in ihrem Positionspapier vom Juni 2008 für eine **bedarfsgerechte Zulassung** als Sofortmassnahme sowie für die **Förderung von Managed Care** als mittel- und langfristige Handlung ausgesprochen.

Die nun der SGK-S zur Diskussion vorliegenden Modelle beurteilen wir wie folgt:

- Das **GDK/FMH-Modell** entspricht unseren Vorstellungen für eine bedarfsgerechte Zulassung, welche als kurzfristige Massnahme den Zulassungsstopp per 1.1.2010 ablösen soll.
- Die Grundsätze für eine **duale Grundversicherung** ermöglichen die Weiterentwicklung der von uns prinzipiell befürworteten Managed-Care-Modelle. Der Vorschlag Oggier/Forster ist sehr offen gehalten und überzeugt am meisten.

Zum **Modell Oggier/Forster** möchten wir folgende Punkte festhalten:

- Der um die Morbidität erweiterte

Risikoausgleich ist aus unserer Sicht zwingende Voraussetzung für ein duales Versicherungsmodell. Diese Massnahme muss die Solidarität im Rahmen der Grundversicherung garantieren und eine Qualitätssteigerung in der Behandlung polymorbider Patienten zum Ziel haben.

- Das Modell bietet den Vorteil, dass das von uns als Übergangslösung favorisierte **FMH/GDK-Modell** nahtlos in das Submodell «Staatsversorgung» integriert werden kann. Damit ist die Versorgungssicherheit durch die Kantone auch weiterhin garantiert.
- Grundsätzlich schätzen wir sehr, dass das Modell Oggier/Forster auf einer Vertragslösung beruht. Kritisch beurteilen wir hingegen das Verbot von Verbandsverträgen. Aus logistischen und statistischen Gründen sowie zum Schutz des Einzelnen vor allfälligen Willkürakten der Versicherer sind für uns **Verträge mit Gruppen** unabdingbar, wobei «Gruppen» definiert werden müssen. **Einzelverträge bleiben die**

Ausnahme, denn solche verfügen über eine zu geringe Anzahl von Patientendaten und haben per se zu wenig Verhandlungsgewicht.

- Zur Verhinderung von vertraglichen Auswüchsen befürwortet die SGAM die Schaffung eines **paritätischen Kontrollorgans** (Versicherte, Versicherer und Leistungserbringer). Neben den rein ökonomischen Aspekten sind in den Verträgen die soft factors (Arzt-Patienten-Verhältnis, ethische Grundsätze etc.) angemessen zu berücksichtigen.
- Eine wissenschaftliche Begleitung dieses neuen Modells wäre zu begrüssen.

Das **Grundproblem** des drohenden, vom OBSAN bestätigten **Hausärztemangels** ist mit diesem Versicherungsmodell in keiner Weise gelöst. Die Möglichkeit der finanziellen Besserstellung von Hausärzten in unterversorgten Regionen ist zwar ein positiver Aspekt. Es ist aber dringend dafür zu sorgen, dass durch ein solches Modell die administrative Last für die Hausärzte nicht weiter zunimmt und damit unsere Kernaufgabe, nämlich die Betreuung kranker Menschen, nicht kompromittiert wird.

Impressum

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin, Oberplattenstr. 73, 9620 Lichtensteig, Tel. 071 988 66 40, info@sgam.ch, www.sgam.ch
Die SGAM-News erscheinen viermal jährlich in Deutsch und Französisch.

Redaktionskommission: Dr. H.U. Späth, Dr. F. Héritier, Dr. C. Cina, Dr. M. Enz Kuhn
Verantwortliche Redaktoren: Bernhard Stricker (deutsch) bernhard.stricker@sgam.ch, Eliane Gerber (französisch) eliger@bluewin.ch
Auflage gesamt: 1780 Ex.

Druckerei: Schwabe AG, MuttENZ
Verlag: EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Farnsbürgerstrasse 8, CH-4132 MuttENZ
Tel. 061 467 85 54, Fax 061 467 85 56