

Briefe an die SÄZ



Nutzung und Akzeptanz von medizinischer Telefonberatung in der Bevölkerung

Meine Erfahrung als Kinderarzt ist die, dass viele Patienten (in meinem Fall Patienteneltern) durch die telefonischen Beratungsdienste verunsichert werden und dann sogar noch häufiger als sonst wegen jedem «Haferkäse» in die Sprechstunde kommen. Als Ursache vermute ich, dass sich die Call-Center keine Fehldiagnosen leisten können und dann im Zweifelsfall eher ängstlich beraten. Meine Aufgabe ist es dann, dem staunenden Patienten zu erklären, dass er vielleicht die Telefonberatung falsch verstanden hat, oder dass die Beratung doch nicht *sooooo* gut war ... was ja dann auch niemand glücklich macht. (Merksatz: jede Beratung kann auf verschiedene Weise verstanden werden!) Dieser Mangel liesse sich mit der *Videotelefonie* verbessern, die sich in einigen Jahren breit durchgesetzt haben wird.

Sofort umsetzbarer Verbesserungsvorschlag: die *Anrufzeiten bei den Call-Centern auf die Zeit von 18 bis 8 Uhr zu beschränken*, in der übrigen Zeit soll der Patient beim Hausarzt anrufen (wo eine MPA am Telefon sitzt, die in der Regel ausgezeichnet triagiert!).

Dr. Heinrich Bucher, Kinderarzt, Zofingen

- 1 Schwarz R. Nutzung und Akzeptanz von medizinischer Telefonberatung in der Bevölkerung. Schweiz Ärztezeitung. 2006;87(36):1551-4.



Aufnahme des Diskussionsfadens bezüglich interdisziplinärer Notfallmedizin

Als Physikalmediziner bin ich in der Behandlungskette weit hinten zu finden und habe als solcher ein ausgezeichnetes Mikroskop zum Suchen von Fehlern meiner Vorgänger in besagter Kette.

Teilweise erkenne ich offensichtliche internistische Probleme bei «chirurgischen» Patienten, aber eben auch offensichtliche chirurgische Probleme bei «internistischen» Patienten bis hin zur verpassten Fraktur.

Vor allem für den Physikalmediziner ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit unerlässlich! Nicht nur von ärztlicher Seite! Auch die Zusammenarbeit mit der öffentlichen Hand, dem klinikinternen Sozialdienst und nicht zuletzt auch mit dem Versicherer (dem Garanten!) ist unumgänglich, will man den Patienten umfassend betreuen.

So ist der Schritt zur konsequenten interdisziplinären und nachgewiesenermassen günstigeren weil effizienteren Medizin ein Muss! Die Chirurgen des Spitals Limmattal scheinen mit Interdisziplinarität keine Probleme zu haben.

Sowohl im Artikel von T. Herren als auch im Artikel von M. Stäubli et al. wird als Konsequenz die Notwendigkeit der Revision des Weiterbildungsprogramms der SGIM erwähnt. Dies scheint eine Art Konsensus in den beiden Artikeln zu sein, ergo sollte wohl diesem Gedanken konsequenter nachgegangen werden.

Dass wir uns eine pfründenorientierte medizinische Betreuung nicht mehr leisten können, ist seit Jahren bekannt. Ein Umdenken muss stattfinden! Es ist an der Zeit, miteinander zu reden, sich auszutauschen und miteinander zu arbeiten, statt sich weiterhin anzuschweigen. Die Zusammenarbeit ist unumgänglich!

Der Ansatz von Matter H. et al. ist interdisziplinär und patientenbezogener. Die Zukunft wird zeigen, dass dieser Ansatz günstiger ist und auch bleibt. Wenn weiterhin bei jeder Änderung der Kopf in den Sand gesteckt wird mit Hinweisen wie «die Ausbildung ist nicht gewährleistet» (sie wird höchstens breiter) oder «wir behandeln weniger Patienten» (notabene das Ziel aller Gesundheitsdirektoren) oder gar mit «Spital im Spital» (nur wenn die Notfallmedizin aus dem Konzept des Spitals weiterhin ausgeschlossen bleibt), so bleiben wir in überalterten Strukturen hängen.

Eine wesentliche Angst der Autoren T. Herren und Stäubli et al. besteht im Untergang der akribischen Anamnese ... bei einem Patienten mit akutem Herzinfarkt die Anamnese inklusiver aller, teilweise jahrealter, Knie- und Hüftprothe-

sen zu erheben, dürfte schwerlich auf Verständnis seitens des Patienten und dessen Angehörigen stossen. Sollte die Akribie nicht gelegentlich zu Gunsten der fokussierten und rasch zum Ziel führenden Anamnese zurückgestellt werden? Dies wäre ein sehr wichtiger Beitrag, den die erfahrenen Internisten den unerfahrenen internistischen und chirurgischen, ja sogar den urologischen etc. etc. Assistenten mitgeben könnten.

Ein Ansatz für alle Kaderärzte, die Notfallmedizin nicht zu verlernen, wäre vielleicht, eine Oberarzt-Rotationsstelle einzuführen und jeden internistischen Oberarzt im Turnus auf dem Notfall einzubinden.

Und zum Schluss noch dies:

Im Hippokratischen Eid steht unter anderem geschrieben: Denjenigen, der mich diese Kunst gelehrt hat, werde ich meinen Eltern gleichstellen und das Leben mit ihm teilen; falls es nötig ist, werde ich ihn mitversorgen. Seine männlichen Nachkommen werde ich wie meine Brüder achten und sie ohne Honorar und ohne Vertrag diese Kunst lehren, wenn sie sie erlernen wollen. Mit Unterricht, Vorlesungen und allen übrigen Aspekten der Ausbildung werde ich meine eigenen Söhne, die Söhne meines Lehrers und diejenigen Schüler versorgen, die nach ärztlichem Brauch den Vertrag unterschrieben und den Eid abgelegt haben, aber sonst niemanden.

Jürg Streuli, Zürich



Managed Care / Ärztenetzwerke

Mit grosser Freude und Begeisterung habe ich erfahren, dass der Stein der Weisen, der heilige Gral, die Panazee für alle Probleme im Gesundheitswesen gefunden wurde: Managed care und Netzwerke!

Politiker, Krankenversicherer und die FMH als Vertreter der Ärzte haben dies in einer kollektiven Erleuchtung klar erkannt.

Ärzte und Patienten sollen, so ein Titel der Basler Zeiatung, ins Netz gehen! Eine Assoziation mit Fischen im Netz ist dabei natürlich völlig unangebracht.

Da die Patienten, eigentlich sowieso nur zu managende Objekte im Gesundheitswesen, ihr Glück häufig nicht erkennen, muss man sie mit erhöhtem Selbstbehalt (wieso nur 20%, warum nicht gleich 50% oder 100%) motivieren, wie dies ja so wunderbar bei den Generika funktioniert hat. Auch die Bindung in mehrjährigen Verträgen ist nur zum Wohl der Patienten, damit sie die Segnungen der Managed care und des Netzwerkes nicht leichtfertig verlassen und sich in die höllischen Abgründe der völlig freien Arzt- und Behandlungswahl begeben.

Managed care und Gesundheitsnetzwerke haben ja unbestreitbar, vielfach dokumentiert und allgemein anerkannt (Evidenz Level AAA+) ihre grossen Vorteile bewiesen, so dass weitere Diskussionen darüber völlig überflüssig sind. Ketzerische Einwände, dass vermehrte Administration in Netzwerken primär zusätzliche Kosten verursachen, sind absurd. Der administrative Aufwand wird gleich wie die obligatorische Fortbildung oder die Kosten der Tarmed-Einführung und der zunehmenden Qualitätskontrollen vergütet: Gar nicht. Da aber die Leistungserbringer vermehrt mit Administration beschäftigt sind, werden sie, wie dies schon im Pflegebereich erfolgreich erprobt, weniger Zeit zur Erbringung von tarifpflichtigen Leistungen haben und damit sinken natürlich die Kosten massiv. Einfach genial!

So lasset uns einstimmen in die Lobpreisung von managed care und «möge das Netz mit Euch sein»!

Dr. med. Andreas Brüngger, Basel



Zur Replik des Präsidenten der FMH auf die Kritik von Grundversorgern

Die Unfähigkeit unseres Präsidenten der FMH, Jacques de Haller, zur Selbstkritik muss einmal mehr beklagt werden [1]. Ohne Absprache und eigenmächtig hat er im Frühjahr einen Übergangsvertrag mit der santésuisse geschlossen, welcher die Abgeltung von Methadonbehandlungen in den Arztpraxen regelt, nachdem sie nicht mehr über TARMED abgegolten werden können. Wider besseres Wissen behauptet er

nun erneut, dass bei den meisten Patienten eine deutliche Erhöhung der Abgeltung resultiere. Das Gegenteil ist der Fall. Zudem können wir für die Mehrheit unserer Patienten die Methadonabgabe zurzeit gar nicht mehr verrechnen. Der Übergangsvertrag gilt nur noch bis Ende des Jahres; eine akzeptable Lösung ist ausser Sicht. Dies ist tatsächlich ein Beispiel, wie die Anliegen der Grundversorger Salamischeibchen für Salamischeibchen beschnitten und umgedeutet werden (erstaunlich wer und was alles die Demo vom 1. April für sich in Anspruch nimmt).

Dr. med. André Seidenberg, Zürich

1 de Haller J. Replik. Schweiz Ärztezeitung. 2006; 87(36):1541-2.



«myFMH» ... brrrr!

Sehr geehrter Herr Kollege Schwarz
Zum Thema «myFMH» [1] möchte ich keine Stellung nehmen, da dies nicht der Inhalt meiner Replik ist. Ich empfinde es als unwürdig und peinlich, wenn Sie sich in Ihrem Leserbrief eines Hinweises auf die «Reichsdeutsche Manier» bedienen müssen, um Ihren Unwillen kundzutun und damit einen Kleingeist zeigen, der in der Schweiz langsam aber sicher nach über 60 Jahren verschwinden sollte. Wischen vor der eigenen Haustür hat noch keinem geschadet.

Dr. med. Markus Rothweiler, Aesch BL

1 Schwarz HR. «myFMH»...brrr! Schweiz Ärztezeitung. 2006;87(33):1405.