

Allgemeinmedizin

Pierre Périat

Schlaglichter für den Hausarzt ergaben sich 2002 weniger durch die medizinischen Neuigkeiten als durch das Umfeld, in dem wir unsere Medizin ausüben. So hat sich in der Hausarztpraxis ein Zweitebereich entwickelt, in dem der Hausarzt wegen Anliegen konsultiert wird, die bisher nicht zum Kerngeschäft gehörten.

Während früher *Zeugnisse* in erster Linie wegen Arbeitsausfällen ausgestellt wurden, werden wir jetzt zusätzlich wegen Zeugnissen für Krankenkassenbeiträge an Fitness-Center, Arbeitsstellen, Ergänzungsleistungen, Reise-Annullationen, Turndispenze für Schulkinder, Alters-/Pflegeheime angefragt. Wesentlich häufiger geworden sind auch die eingeforderten Arztberichte im Zusammenhang mit Versicherungswechseln unserer Patienten. Dabei kommt es zu einer zunehmenden Durchlöcherung des Arztgeheimnisses. Vor allem Arbeitsstellen machen ihre Unterstützungszahlungen abhängig von der Bekanntgabe von ärztlichen Diagnosen an Nicht-Ärzte (Amt für Alterspflege, Ergänzungsleistungen, Hilflosenentschädigung). Zauberwort *Prävention*. Laut Bundesamt für Statistik [1] wurde im Jahr 2000 in der Schweiz erstmals mehr Geld für Prävention ausgegeben als für die gesamte Grundversorgung durch die Hausärzte, dies zusätzlich zur präventiven Tätigkeit der Hausärzte auf der Mikroebene (Mikroebene nach Jürg Sommer: Ebene der Individualbetreuung). Bringen präventive Massnahmen eine Verbesserung von Morbidität

oder Mortalität der Bevölkerung wie beispielsweise die Impfungen, die Sturzprophylaxe bei Betagten oder die Sekundärprophylaxe bei kardiovaskulären Krankheiten, machen sie durchaus Sinn, denn vorbeugen ist bekanntlich besser als heilen. Andererseits werden Unsummen für Prävention ausgegeben ohne evidenten Nutzen für die Bevölkerung. Trotz teurer Aufklärungsaktionen zugunsten eines besseren Lifestyle wird die Bevölkerung im Schnitt schwerer, und sie bewegt sich weniger. Dafür raucht vor allem die Jugend wieder stärker und früher. Lohnt sich das, oder sind solche Massnahmen bloss eine weitere Erweiterung des Gesundheitsmarktes zulasten der Allgemeinheit und ein Geschäft für einige wenige? Spätestens seit Präventiv-Kriege geplant werden [2] sollte jedem klar sein, dass Prävention also nicht eo ipso gut, sondern vom Sinn abhängig ist, den eine Gesellschaft ihr gibt.

Versicherer, Gesundheitsökonomien und Politiker rufen unter Berufung auf das KVG nach Kriterien zur Messung ärztlicher Qualität und damit nach *Zertifizierung der ärztlichen Tätigkeit*. Die Messung einer komplexen Tätigkeit wie der Hausarztmedizin ist jedoch schwierig. Wie messe ich eine auf das einzelne Individuum zugeschnittene, integrierende, zusammenfassende Tätigkeit? So gibt es zurzeit kein verlässliches Kriterium dazu. Teilaspekte sind messbar, reichen aber nicht aus für die Beurteilung der Qualität einer komplexen Tätigkeit



Korrespondenz:
Dr. med. Pierre Périat
Allgemeine Medizin FMH
In den Neumatten 63
CH-4125 Riehen

www.annahartmann.net

annah@rtmann.ch

wie der des Hausarztes. Es besteht die Gefahr, dass bei schlechten Messparametern die Messung der Qualität wichtiger wird als die Qualität selber. Die primäre Frage ist nicht mehr: Ist das gut, was ich mache, vor meinem Wissen und Gewissen dem Patienten gegenüber, sondern: Erfülle ich mit meinem Handeln die Qualitätsmessungskriterien, gemäss denen ich eventuell einen Kontrakt mit den Versicherern erhalte oder in ein Netzwerk eingeschlossen werde? Diese Werteverchiebung können wir in wichtigen Partnerorganisationen verfolgen: Durch die Reorganisation der Spitex, durch die Einführung von RAI/RUG in den Alters- und Pflegeheimen wurden die Leistungen vielleicht zwar messbarer, aber im Alltag wesentlich schwerfälliger und trotz glänzender Qualitätsbescheinigungen de facto schlechter und teurer. Im Bestreben zur Messung der Qualität wurde die Qualität selber zweitrangig. Qualitätskriterien sollten diese Aspekte berücksichtigen. Ich bin froh, dass Hausärzte sich um dieses Thema kümmern. Valable Kriterien kann man jedoch nicht aus dem Boden stampfen. Die Entwicklung braucht Zeit, und solange brauchen diese Kollegen unsere Unterstützung. Es gab im vergangenen Jahr aber auch Schlaglichter in bezug auf unser *Kerngeschäft*, die Triage, Diagnostik, Therapie und biopsychosoziale Betreuung unserer Patienten.

- *D-Dimere*: Die Lungenembolie ist wohl diejenige lebensbedrohliche Krankheit, die wir in der Hausarztpraxis am häufigsten ver-

passen. Bei tiefem Messwert der D-Dimere können wir nun im Praxislabor immerhin eine Lungenembolie ausschliessen.

- *BNP*: Eine beachtliche Hilfe in unserem Alltag dürfte auch das BNP (brain natriuretic peptide) werden. Mit diesem Test können wir im Praxislabor eine Herzinsuffizienz nachweisen. Der Test steht kurz vor der Einführung in die Praxen. Eine wertvolle Ergänzung der Klinik bei Dyspnoe polymorbider Patienten.
- *Cox-2-Hemmer*: Mit den Cox-2-Hemmern haben wir nun Antirheumatika in den Händen, die keine gastrointestinalen Blutungen verursachen. Häufig bewirken sie beim Patienten jedoch einen Blutdruckanstieg und/oder verursachen Knöchelödeme. Dennoch sind sie sicher eine Bereicherung unserer Medikamenten-Palette.
- Mit der Studie «Principal results from the Women's Health Initiative» [3] haben die *Östrogene* ihren Mythos verloren. Der potentielle Nutzen ist zu klein, um das nachgewiesene erhöhte Karzinom-Risiko an Uterus und Mamma sowie das erhöhte Thrombose-Risiko in Kauf zu nehmen. Ich erinnere daran, dass Vertreter unserer Fachgesellschaft (Etzel Gysling, Johannes Schmidt) ebenso wie der Epidemiologe Heiner Bucher seit Jahren davor gewarnt haben, die Östrogene breit und lange einzusetzen, bevor ihr Stellenwert tatsächlich nachgewiesen sei.

Literatur

1 Bundesamt für Statistik. Kosten des Gesundheitswesens. Pressemitteilung, Juni 2002.

2 Neue Zürcher Zeitung. Dossier Irak. 22. 09. 02.

3 Roussouw JE, Anderson GL, Prentic RL, La Croix AZ, Kooperberg C, et al; Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA 2002;288: 321-33.