

EDITORIAL

Wo bleibt da die Logik?

Die Revision des Heilmittelgesetzes geht in die letzte Runde. Die SGK des Nationalrates ist dabei, darin die Aufwertung der Hausarztmedizin, welche sie in den letzten Jahren vehement unterstützt hat, wieder ein bisschen abzuschwächen. Dabei scheint die Logik auf der Strecke zu bleiben.

Während auf der einen Seite Apotheker in Zukunft Diagnosen stellen – ohne diese geht es nicht – und rezeptpflichtige Medikamente ohne Rezept abgeben dürfen, soll den Haus- und Kinderärzten genau das in Zukunft untersagt werden. Sie sollen künftig auch dann ein Rezept ausstellen, wenn sie den Patienten das Medikament selbst abgeben.

Die als Liberalisierung gepriesene Massnahme des Bundes wird die Abgabekanäle in den Kantonen mit direkter Medikamentenabgabe (DMA) beeinflussen und Kantone und Kostenträger unter Druck setzen. Da die Taxtpunktwerte in diesen Kantonen tiefer sind als in den übrigen, muss sich diese Massnahme gezwungenermassen auf die Taxtpunktverhandlungen in den DMA-Kantonen auswirken.

Wir hoffen deshalb, dass das Parlament die Wahlfreiheit des Patienten ins Zentrum stellt und in der Schlussfassung die Ständeratsversion verabschiedet, die es dem Patienten überlässt, ob er ein Rezept erhalten möchte oder nicht. Sonst wird die Logik ausser Kraft gesetzt und das System auf den Kopf gestellt!



Marc Müller
Präsident Hausärzte Schweiz

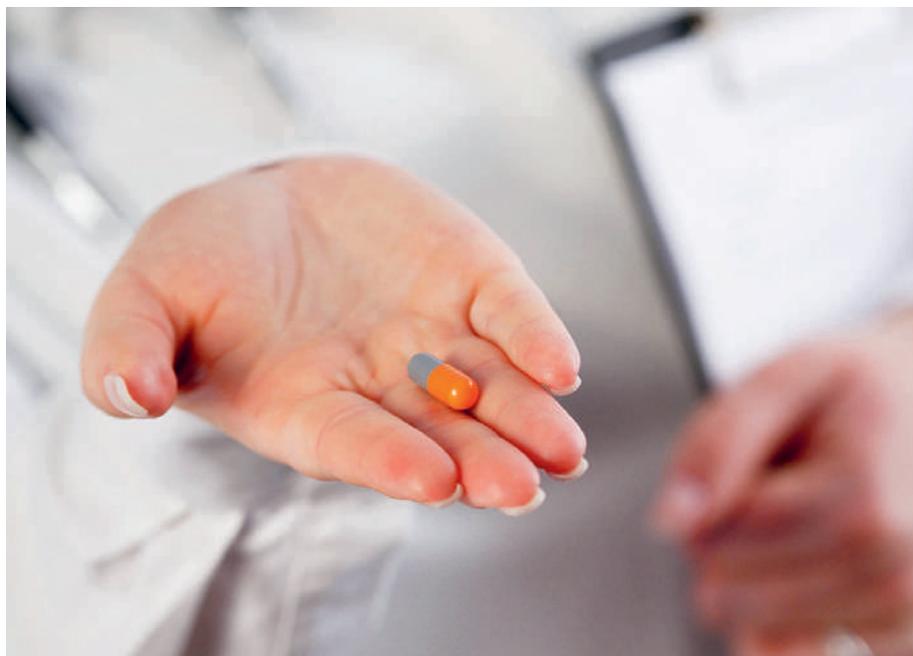


Foto: © emiliau | fotolia.com

Bleibt bei der Debatte um die Abgabe rezeptpflichtiger Medikamente die Logik auf der Strecke?

DEBATTE ÜBER REVISION HEILMITTELGESETZ

Verkehrte Welt

Selbstdispensierende Ärzte sollen sich künftig Rezepte selber ausstellen, Apotheker hingegen rezeptpflichtige Medikamente neu ohne ärztliche Verordnung abgeben. Patientenrisiken, Bürokratiewahn und Kostenexplosionen spielen in der HMG-Revision scheinbar keine Rolle.

> Das neue Heilmittelgesetz (HMG) will den Apothekern erweiterte Kompetenzen zugestehen, deren Umsetzung im Medizinalberufegesetz (MedBG) geregelt werden muss. Viele Grundversorger befürchten Risiken für Patienten und eine Verwischung der Verantwortlichkeiten. Sie kritisieren insbesondere das Tempo der neuen Kompetenzverteilung. Fakt ist, dass die Apotheker für

gesundheit direkt oder indirekt gefährden. Deshalb ist in der Arzneimittelverordnung auch festgehalten, dass es für rezeptpflichtige Medikamente eine Diagnose braucht, was wiederum eine klinische Beurteilung erfordert. Wie sollen Apotheker also verschreibungspflichtige Medikamente ohne klinische Ausbildung abgeben können?

Ausnahmen heute schon möglich

Aus Sicht der FMH gefährdet eine solche Kompetenzverlagerung nicht nur die Patientensicherheit, sie ist auch schlicht unnötig. Wie der Schweizer Ärzterverband ist auch der Verband der Schweizer Haus- und Kinderärzte der Ansicht, dass die aktuelle Gesetzgebung genügt. Bereits heute können Apotheker «in begründeten Ausnahmefällen auch ohne ärztliche Verschreibung» rezeptpflichtige Medikamente abgeben. Für das Beispiel der Medikamentenabgabe bei >>

«Medikamente können die Gesundheit direkt oder indirekt gefährden.»

die rezeptfreie Abgabe von rezeptpflichtigen Medikamenten klinisch nicht ausgebildet sind. Schliesslich sind Medikamente unter anderem deshalb rezeptpflichtig, weil sie Nebenwirkungen haben, zu Abhängigkeiten führen oder Komplikationen auslösen können. Kurzum: Medikamente können die Ge-

akut auftretender Blasenentzündung müsste das HMG also nicht geändert werden. Da die neue Gesetzesversion die Kompetenzerweiterung der Apotheker aber nur für «vom Bundesrat festgelegte» Fälle bewilligen will, stellt sich die Frage, bei welchen häufigen Erkrankungen es wirklich sinnvoll wäre, dass Apotheker ohne Ausschluss von Differentialdiagnosen direkt zur Therapie schreiten?

Wider alle Trends

Die Auswirkungen dieser HMG-Revision könnten auch zu einer nicht mehr kontrollierbaren Medikamentenabgabe führen. Viele Medikamente sind darum rezeptpflichtig, weil sie nicht über längere Zeit in hohen Dosen eingenommen werden sollen. Ein Rezept hat nicht zuletzt deswegen eine begrenzte Bezugsdauer. Ohne ärztliche Verschreibung durch Apotheken abgegebene Medikamente können aber vielfach bezogen werden, was auch Kostenauswirkungen mit sich bringen wird. Aktuell arbeiten

«Was steckt hinter dem aktiven Apothekerlobbying?»

bereits viele Akteure im Gesundheitswesen an Projekten, die darauf abzielen, die Polypharmazie in den Griff zu bekommen, indem weniger Medikamente gegeben werden und allfällige medikamentöse Interaktionen besser kontrolliert werden. Ist es nicht Unsinn, diese Bestrebungen auszubremsen? Darüber hinaus stellt sich die Frage, was hinter dem aktiven Apothekerlobbying steckt? Geht es wirklich um den Patientennutzen oder nicht vielmehr um neue Geschäftsmodelle? Hier wäre es spannend, die vom BAG zurückgehaltene Studie über die Selbstdispensation zu kennen. Oder warum bleibt diese ein gut versteckter Papiertiger der obersten Gesundheitsbehörde?

Huhn oder Ei?

Die Haus- und Kinderärzte sind überzeugt, dass Gesetze grundsätzlich einen Prozess abbilden und nicht neue Hindernisse schaffen sollen, so auch das HMG. Dazu braucht es zuerst den Dialog, der die Prozesse klären und gestalten hilft – und keine politische Verordnung. In diesem Kontext stören sie sich auch am Paradox, dass Apotheker Medikamente künftig ohne Rezepte sollen abgeben können, aber selbstdispensierende Ärzte sich gleichzeitig selber ein Rezept ausstellen müssen. Der bürokratische Aufwand wird explodieren. «Hausärzte Schweiz» unterstützt darum den Vorschlag der SGK-S, die den Patienten eine Wahlfreiheit zuge-



stehen möchte, ob diese ein Rezept wünschen oder nicht, wenn das Medikament durch den Arzt selber abgegeben wird.

«Jeder soll das tun, für das er ausgebildet ist!»

Der Zeitpunkt der vorgeschlagenen bürokratischen Hürde ist von der SGK-N ferner sehr schlecht gewählt, denn eine digitale Umsetzung hängt mit dem schleppenden Vorankommen des EPDG und der eKG noch immer der Zukunft hinterher. Für den Verband ist überdies klar, dass jedwede Verschiebung des Medikamentenabgabekanals Anpassungen im TARMED nach sich ziehen muss. Schliesslich wurden die Taxipunktwerte in den selbstdispensierenden Kantonen

tiefer angesetzt, da darin die zusätzlichen Einnahmen durch die Medikamentenabgabe berücksichtigt wurden. Den Schweizer Haus- und Kinderärzten ist sehr bewusst, dass die aktuellen Revisionen die ersten Gesetzesvorlagen sind, die auf der Basis des Grundversorgerartikels erfolgen. Der Verband fordert gerade deshalb – im Hinblick auf die Umsetzung der Interprofessionalität – Raum und Zeit für die Diskussionen in den Berufsgruppen. Die neue interprofessionelle Zusammenarbeit wird nicht ohne Begleitmassnahmen möglich sein. Maxime für die Patientenbehandlung muss nach wie vor sein, dass jeder das tut, für das er ausgebildet ist.

Studie über Medikamentenabgabe geheim?

Seit über einem Jahr hält das BAG eine Studie über die Selbstdispensation unter Verschluss. Brisanterweise laufen gleichzeitig die parlamentarischen Beratungen über das HMG und das MedBG.

> Die Selbstdispensation sorgt seit langem für Zündstoff zwischen Ärzten und Apothekern. Während die Ärztinnen und Ärzte der Romandie und des Tessins diese unnötig finden, haben in 17 von 19 Deutschschweizer Kantonen die Patienten heute die Wahl, ob sie ihre Medikamente beim Arzt oder beim Apotheker beziehen wollen. Seit einigen Monaten sorgt nun auch das BAG für rote Köpfe, denn es hält eine unabhängige Studie über die Medikamentenabgabe unter Verschluss. Dies sorgt auf allen Seiten für Unverständnis, denn Gegnern und Befürwor-

tern wurde stets vorgeworfen, mit parteiischen Studien zu argumentieren. Höchste Zeit also, dass eine unabhängige Studie die qualitativen und ökonomischen Aspekte

«Was versteckt das BAG?»

dieser Form der Medikamentenabgabe beleuchtet. Warum dauert die Veröffentlichung aber so lange – obwohl das Parlament gleichzeitig über die Revision des Heilmittelgesetzes debattiert und über

Kompetenzerweiterungen der Apotheker berät? Laut dem Magazin «Politik und Patient» sei noch keine Zeit gefunden worden, die Resultate dem Bundesrat vorzulegen. Einzelnen Parlamentariern hätte das BAG aber unter Geheimhaltungserklärungen bereits Einsicht gewährt. Was versteckt das Bundesamt?

Petra Seeburger <



FACHKRÄFTE-INITIATIVE

Initiative auch für Haus- und Kinderärzte?

Der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen soll durch die Förderung inländischer Arbeitskräfte gelindert werden. Beim Bund gibt es dazu wenig Konkretes. Für die Haus- und Kinderärzte werden die richtigen Massnahmen für die Weiterbildungsphase entscheidend sein.

> Das Ja zur Masseneinwanderungsinitiative jährte sich im Februar: Das Schweizer Stimmvolk hatte vor einem Jahr seinen Missmut in Sachen Einwanderung und den damit verbundenen Folgeerscheinungen kund getan. Die Umsetzung bereitet allenthalben Kopfzerbrechen. Hier will die Fachkräfteinitiative nun einen Beitrag leisten. Im Gesundheitswesen wurde die grosse inländische Nachfrage nach Fachkräften bisher durch die Einwanderung kompensiert. Nun sind Ideen in der Schweiz selber gefragt. Der Bundesrat will erst einmal nur die Treiber des Beschäftigungswachstums im Gesundheitswesen untersuchen. Seine Hoffnung ist, dass neue Entwicklungen und vor allem Innovationen den Bedarf an Fachkräften verringern und damit die Knappheit entschärfen.

«Bisher wurde die Nachfrage nach Fachkräften durch die Einwanderung kompensiert.»

So innovativ sind die Ideen aber doch nicht: bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie, altersfreundliche Arbeitsbedingungen und

flexible Arbeitsformen. Dass Haus- und Kinderärzte noch länger arbeiten, halten wir für ausgeschlossen. Schon jetzt müssen unsere Mitglieder einen enormen Effort leisten, um die Nachfolge in der Praxis sicherzustellen.

«Die Weiterbildungsphase ist wenig familienkompatibel, administrativ belastet und sehr spitallastig.»

Für den (hauptsächlich weiblichen) Nachwuchs sind hingegen Flexibilität und Familien-tauglichkeit bei der Berufsausübung entscheidend. Gerade in diesem Bereich sind aber noch gewaltige Anstrengungen nötig. Im Moment fallen 20% der angehenden Ärztinnen und 14% der Ärzte nach dem Studium aus dem Beruf. Sie erwerben keinen Facharzt-titel und stehen dem Gesundheitssystem nicht als Ärzte zur Verfügung. Grund dafür ist die Assistenzarztzeit, denn sie ist eine problematische Phase, da sie kaum familienkompatibel, administrativ immer mehr belastet und sehr spitallastig ist. Hier müssen also neue Lösungen ansetzen. Sie hätten – anders als Numerus-Clau-



Foto: © cirquedesprit | fotolia.com

sus-Diskussionen und solche über die Zahl der Studienplätze – überdies den Vorteil, dass sie ihre Wirkung nicht erst in vielen Jahren entfalten, sondern schneller.

Reto Wiesli <

Der Stern unter all den Strategien?

Gleich zwei Departemente mit insgesamt vier Bundesämtern legen uns ihren Strategiebericht Antibiotikaresistenzen (StAR) zur Anhörung vor. Das Problem wird erkannt, bei der Lektüre beschleicht uns jedoch das Gefühl, dass hier das Kind mitsamt dem Bad ausgeschüttet werden könnte.

> Dass für eine Lagebeurteilung Daten vorhanden sein müssen, ist für alle einsichtig. Doch wie so oft: Es gilt, den goldenen Mittelweg zu finden. Überwachungssysteme, die mittelfristig zur Meldepflicht wie bei Betäubungsmitteln führen, werden kaum mehrheitsfähig sein. Nützlich für die Haus- und Kinderärzte und der Sache dienlich wären einfache und aussagekräftige Untersuchungen für das Praxislabor, die auch

«Nützlich für die Haus- und Kinderärzte wären einfache Untersuchungen für das Praxislabor, die bezahlt werden!»

bezahlt werden (und nicht als angebliche Mengenausweitung zum Bumerang werden). Dass den Hausärzten unterstellt wird, für die Hälfte der viralen Infektionen der Atemwege unnötigerweise Antibiotika zu verschreiben, erhöht die Kooperationsbereitschaft hingegen nicht.

Impfpromotion übernehmen die Grundversorger gerne, hilfreich wäre aber zum Beispiel, dass die empfohlene Pneumokokken-

impfung von den Krankenkassen vergütet wird. Diese und andere niederschwellige Massnahmen unterhalb der Kampagnengrenze können helfen, die Einstellungen von Patientinnen und Patienten in die gewünschte Richtung zu entwickeln.

Dass Richtlinien zum Antibiotikaeinsatz von den Fachgesellschaften à jour gehalten und auch fortgebildet werden, unterstützen wir selbstverständlich. Hingegen sind wir skeptisch, ob der Aufbau eines infektiologischen Kontrollapparates mit Sanktionsmöglichkeiten nicht völlig die Kosten-Nutzen-Relation verfehlt.

«Verfehlt ein infektiologischer Kontrollapparat nicht völlig die Kosten-Nutzen-Relation?»

Und schliesslich sei es der Ärzteschaft erlaubt, auf den möglichen Widerspruch zwischen der laufenden HMG-Revision und dieser Strategie hinzuweisen, wenn in der Apotheke rezeptfrei Antibiotika abgegeben werden dürften. In die Verantwortung soll jede einzelne Berufsgattung in diesem Bereich genommen und die bestehenden Kanäle sollen genutzt werden. Wird dies konsequent verfolgt, können wir auf den Neuaufbau von grossen Kontrollstrukturen verzichten und erreichen die gesetzten Ziele, die wir unterstützen, trotzdem.



Foto: © grafikplusfoto | Fotolia.com

Reto Wiesli <

Antibiotika-Resistenz – was kann der Hausarzt tun?

> Zurzeit wird eine nationale Strategie gegen die Antibiotika-Resistenz geprüft. Jeder Arzt, wie auch jeder Veterinär, der Antibiotika verschreibt, ist verantwortlich dafür, dass diese an sich nützlichen Medikamente für klar definierte Indikationen angemessen, effizient und evidenzbasiert eingesetzt werden. Im Bereich der ambulanten Behandlung haben Studien gezeigt, dass Ärzte zu viele Fehler beim Verschreiben von Antibiotika machen, beispielsweise indem sie diese gegen virale Infektionen einsetzen (unwirksam) oder sie nicht in der korrekten Dosierung verschreiben. All dies führt zu erhöhten Resistenzen mit dramatischen Auswirkungen für Patienten, die diese Medikamente wirklich benötigen.

Aber gibt es Massnahmen, die auch wirklich zu einer verbesserten Verschreibungspraxis führen? In einer Cochrane-Studie [1] wurden sämtliche bis 2005 in Studien publizierten Daten zusammengetragen und daraus wurde folgender Schluss gezogen: Keine Einzelmassnahme kann auf alle Verhaltensweisen und auf alle Umfelder angewendet werden. Multidimensionale Aufklärungsmassnahmen auf mehreren Ebenen können eine lokale Wirkung entfalten, wenn veränderungshindernde Faktoren, wie zum Beispiel Weiterbildungsveranstaltungen für Ärzte in der Form von Qualitätszirkeln (jedoch nicht von Konferenzen) oder die Anwendung von Langzeitverschreibungen, eliminiert wurden. Massnahmen, die sich auf die Patienten selbst konzentrieren, und regelmässige Informationen für die Ärzte scheinen erfolgsversprechend zu sein; solch innovative Methoden verdienen es, vertiefter untersucht zu werden.

Kurz gesagt, einmal mehr erweist sich der «Bottom-up-Ansatz» bei allen Beteiligten, ob Pflegende oder Gepflegte, als wirksamer als lange Reden oder Vorschriften einer zentralen Behörde.

François Héritier <

Impressum

Herausgeber: Berufsverband der Haus- und Kinderärztinnen Schweiz (Hausärzte Schweiz)

Auflage gesamt: 2000 Exemplare, 4 x jährlich
Druckerei: Schwabe AG, Muttenz
Verlag: EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
 Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
 Tel. 061 467 85 54, Fax 061 467 85 56

Geschäftsstelle:

Effingerstr. 2, 3011 Bern,
 Tel. 031 508 36 10, E-Mail: gs@hausarztesschweiz.ch

Redaktionskommission: Dr. Marc Müller,
 Dr. François Héritier, Dr. Gerhard Schilling,
 Dr. Eva Kaiser, Reto Wiesli, Yvan Rielle
 und Petra Seeburger (Leitung).

[1] Arnold SR, Straus SE. Interventions to improve antibiotic prescribing practices in ambulatory care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 4. Art. No.: CD003539. DOI: 10.1002/14651858.CD003539.pub2.