

Forum

**«Schleudertrauma» – ein Dauerbrenner
medizinischer und juristischer Verwirrung**

Im Beitrag von W. Kissel [1] ist die Absicht, Klarheit in einem juristisch-medizinischen Irrgarten zu schaffen, willkommen. Wenn jedoch zur Schlagwortdiagnose «Schleudertrauma» noch weitere vieldeutige Diagnosen wie «kognitive Störung», «Hirnfunktionsstörung» und «psychisches Leiden» als charakteristisch für die Folgen der Verletzung des Hals-Nacken-Bereichs nach dem Schleudermechanismus hinzugefügt werden, besteht die Gefahr, dass die Verwirrung rund um das Schlagwort «Schleudertrauma» nicht kleiner, sondern grösser oder zumindest im gleichen Mass weiterbestehen wird. Gilt die heutige Medizin als modern, weil sie die Ergebnisse früherer Untersuchungen der Pathologie des Hals-Nacken-Bereichs kurzerhand als überholt deklariert und das Heil voreingenommen bei Abklärungs- und Therapiemassnahmen sucht, obwohl dieselben angesichts des noch bescheidenen Verständnisses der Hirnfunktionen fragwürdig sind?

Ich vermisse im Beitrag von W. Kissel die Darstellung der eher peinlichen Geschichte des 1928 von Crowe [2] eingeführten Begriffs «Whiplash», der als Peitschenhieb-Syndrom oder Schleudertrauma bei Laien, Rechtsanwälten, Medienleuten und sogar bei Ärzten zum Schlagwort verkam [3] und als Pseudodiagnose Verwirrung stiftete und offenbar auch nach 70 Jahren immer noch stiftet.

Im Beitrag von Kissel fehlt die Darstellung der funktionellen Anatomie der Halswirbelsäule und der Biomechanik der Akzelerationsverletzung. Die Anatomie zeigt, dass Rückenmark, Hirnstamm und Nervenwurzeln bei normaler HWS in Ruhe und Bewegung gut geschützt sind, solange die Verletzung nach dem Schleudermechanismus keine Fraktur und Luxation erzeugt. Die funktionelle Anatomie erklärt, weswegen die Schleuderbewegung zu einer ungebremsten Extension mit Verletzung von Weichteilen im Halsbereich führt [4–11], während nach der durch Sternum bzw. Schultern gebremsten Flexion (Frontalkollision) und Seitenneigung (seitliche Kollision) selten persistierende Symptome auftreten [10]. Die nach einer Beschleunigungsverletzung der Halswirbelsäule auftretenden Beschwerden sind nicht charakteristisch für den Unfall. Sie entsprechen der Symptomatik des Zervikalsyndroms [4], das mehrere Ursachen hat und bei dem Schmerzen im Kopf, Nacken, in den Schultern, im Thorax, in den Armen und Händen, Sehstörungen, Lidzuckungen, Tränen, Schluckstörungen, Schwindel und Übelkeit beobachtet werden. Die dem «Schleudertrauma» angelasteten Hirnfunktionsstörun-

gen wie Defizite beim Wahrnehmen und Erkennen, Antriebsmangel, Konzentrationsstörung, Reizbarkeit, Schlafstörung, Vergesslichkeit und Ängstlichkeit kommen auch nach anderen Unfällen ohne Verletzung im Hals- und Kopfbereich und auch innerhalb von unfallunabhängigen reversiblen Alltagsbeschwerden vor. Wegen der weiten Verbreitung und spontanen Reversibilität ist die pathognomonische Bedeutung solcher Hirnfunktionsstörungen fraglich.

Auch wenn heutzutage Versuche mit Tieren fast verpönter sind als solche mit Menschen, sind die Ergebnisse von bisher durchgeführten Tierversuchen zur Klärung der Akzelerationsverletzung der Halswirbelsäule nicht veraltet und nicht überholt. Die im Gegensatz zur Flexion und Seitenneigung ungebremste Extension der Halswirbelsäule verursacht mannigfaltige Weichteilverletzungen (Bänder, Muskeln, Sympathikus, Gefässe) mit sofort oder später (Schwellung, Blutung) auftretenden Beschwerden im Rahmen des Zervikalsyndroms nach einer Auffahrkollision [6, 10]. Nur wenn im Tierversuch die Kopfbeschleunigung sehr hohe Energiewerte erreichte, kam es zur commotio cerebri und zu reversiblen EEG-Veränderungen [6, 7].

Das empfindbare menschliche Verhalten des gut Versicherten [3, 12–16] und die Beeinflussung des Beschwerdebildes durch Verzögerung des Entscheids über Entschädigungsansprüche, wiederholte Abklärungs- und jahrelange, effektlose therapeutische Bemühungen sind nicht ohne Bedeutung für die Persistenz und Ausweitung von Beschwerden [3, 15, 16]. Die juristische Erweiterung des natürlichen Kausalzusammenhangs mit der Einführung des neuen (modernen), aber unklaren Begriffs «adäquater Kausalzusammenhang»* bei der Bewertung posttraumatisch festgestellter Hirnfunktionsstörungen hat zu Verwirrung bei Ärzten und Versicherungen [15] geführt und informierte Patienten zu Entschädigungsansprüchen wegen lästigen, aber nicht invalidisierenden Beschwerden nach Auffahrkollisionen ermuntert.

Juristen, Versicherungen und Medien beschäftigen sich nun schon seit 70 Jahren mit den Folgen der mit der Verkehrsdichte zunehmenden Auffahrkollisionen. Die Schlagworte «whiplash» und «Schleudertrauma» dürften wohl erst verschwinden, wenn es den Sicherheitsingenieuren gelingt, die Hyperextensionsbewegung der Halswirbelsäule im Falle einer Kollision zu verhindern oder innerhalb des anatomischen Bewegungsbereiches zu bremsen. Neuere Nackenstützen sollen angeblich dazu fähig sein. Die von W. Kissel geforderten Aktivitäten der «modernen Medizin» tragen eher zur weiteren Aufblähung der juristischen, medizinischen

* Ein adäquater Kausalzusammenhang wird vom Juristen angenommen, wenn der versicherte Unfall «generell» geeignet ist, einen bestimmten Schaden herbeizuführen oder zu begünstigen.

und versicherungstechnischen Probleme und Verängstigung der Patienten und nicht zur Klärung der herrschenden Konfusion bei. Bei aller Skepsis gegen die Verursachung von Hirnfunktionsstörungen mit kognitiven Defiziten durch Schleuderverletzungen der Halswirbelsäule und Vorbehalten wegen der unsicheren Deutung neuropsychologischer Tests darf nicht übersehen werden, dass die Schleuderverletzung der Halswirbelsäule bei psychisch Kranken dieselben Verletzungen im Hals-Nacken-Bereich verursachen wie beim psychisch Gesunden. Die vorbestehende Symptomatik der psychischen Krankheit muss von den Unfallresiduen im Hals-Nacken-Bereich getrennt werden, um Entschädigungsforderungen für Unfallresiduen möglichst unvoreingenommen beurteilen zu können.

Prof. Dr. med. Max Geiser, Wabern

- 1 Kissel W. Whiplash/Schleudertrauma – vom Unfall «Schleudertrauma» zur chronischen Krankheit. Schweiz Ärztezeitung 2000; 81:2803-9.
- 2 Crowe HD. Whiplash injuries of the cervical spine. Proceedings of the Section of Insurance Negligence and Compensation LAW. Chicago; American Bar Association, 1958. p. 176-184.
- 3 Geiser M. «Schleudertrauma» – ein verwirrendes Schlagwort. Schweiz Med Wochenschr 1993;123:630-6.
- 4 Jackson R. The cervical syndrome. Springfield; 1958.
- 5 Krämer G. HWS-Schleudertraumen. Zur Pathogenese der cerebralen Beteiligung und persistierender posttraumatischer Störungen. Medwelt 1983;34:1134-40.
- 6 Ommaya AK, Faas F, Yarnell P. Whiplash injury and brain damage. JAMA 1968;204:285-9.
- 7 Norris SH, Watt J. The prognosis of neck injuries resulting from rear-end vehicular collisions. J Bone Jt Surg 1983;65-B:608.
- 8 Laubichler W. Zerebrale Störungen nach Schleudertrauma der HWS. Beiträge gerichtliche Medizin 1973;30:264-73.
- 9 Hohl M. Soft tissue injuries of the neck in automobile accidents. J Bone Jt Surg 1974; 56-A:1675.
- 10 Macnab J. Acceleration injuries of the cervical spine. J Bone Jt Surg 1964;46-A:1797-9.
- 11 Howcroft AJ, Jenkins T. Potentially fatal asphyxia following a minor injury of the cervical spine. J Bone Jt Surg 1977;59-B:93.
- 12 Gay, Abbott. Common whiplash injuries of the neck. JAMA 1953;52:1698-704.
- 13 Kind H. Zum Schleudertraumaentscheid des Eidg. Versicherungsgerichts vom 4.2.1991. Schweiz Ärztezeitung 1991;72(22):935.
- 14 Debrunner HU. Das Privileg des Schleudertraumas. Schweiz Ärztezeitung 1991;72(44):1862.
- 15 Jenzer G. Zum Stellenwert ärztlicher Wahrnehmungen nach Beschleunigungsverletzung (sog. «Schleudertrauma» der HWS). Schweiz Ärztezeitung 1992;73:273-5.
- 16 Horne IG, Mills HJ. Whiplash – manmade disease? NZ Med J 1986;99:373-4.

Replik

Herr Professor Geiser führt an, dass nun zur «Schlagwortdiagnose Schleudertrauma» noch weitere vieldeutige Diagnosen wie «kognitive Störung», «Hirnfunktionsstörung» und «psychisches Leiden» hinzugefügt würden, was die Verwirrung möglicherweise noch vergrössere.

Hier nun unterliegt Herr Professor Geiser leider einem eindeutigen Missverständnis: Schon der Titel unserer zur Diskussion stehenden Studie («Whiplash/Schleudertrauma – vom Unfall «Schleudertrauma» zur chronischen Krankheit») legt eindeutig offen, dass wir gerade eben von dieser «Schlagwortdiagnose Schleudertrauma» wegkommen möchten zu einer ganzheitlichen Betrachtung des chronifizierten Whiplash-Syndroms! Die Betroffenen zeigen sich ja effektiv als «Kranke», und die Symptomatik, welche sie zeigen, ist meistens weitab von allem, was man sich als Unfallfolgen vorstellt!

Wir fassen diesen Symptomenkomplex als eigentliches «Syndrom» auf – und jedes Syndrom setzt sich aus Teildiagnosen zusammen (etwa das Cushing-Syndrom, welches Stamm-Fettsucht, Diabetes, Hypertonie umfasst).

Das «Drama des Schleudertraumas» besteht zu einem grossen Teil aus der Tatsache, dass unsere heutige Diagnostik oft noch beinahe total auf eine Pathologie in der Halswirbelsäule fokussiert ist, entsprechend auch die Therapie. Alle Begleitsymptome nun werden einer Halswirbelsäulenpathologie zugeordnet, auch wenn dies in vielen Fällen kaum mehr einsichtig ist – und typischerweise bei chronifizierten PatientInnen ja alle Therapien (Schanz-Kragen, monatelange Physiotherapien, Schmerzmedikamente, Myorelaxantien, Spondylodesen ...) ineffektiv geblieben sind!

Bei unserer Begutachtung von 80 grösstenteils arbeitsunfähigen Explorandinnen und Exploranden fanden die Rheumatologen oder Orthopäden in 27% der Fälle keine Pathologie mehr an der HWS; sie konnten folglich (aus der Sicht ihres Fachgebietes) keine Arbeitsunfähigkeit attestieren. Alle diese Betroffenen litten aber an psychischen und/oder kognitiven Störungen!

Die Darlegungen und Einwände von Herrn Professor Geiser nun sind extrem HWS-orientiert. Gerade eben weil (s. Ausführungen von Prof. Geiser) die «nach einer Beschleunigungsverletzung der HWS auftretenden Beschwerden nicht charakteristisch für den Unfall» sind – gerade eben deswegen gilt es, jeden Einzelfall genau abzuklären, die ausschliessliche Zentrierung auf die HWS aufzugeben und die Diagnostik auf die anderen Facetten des Syndroms zu erweitern! Wir haben dies 1999 als «Frühabschluss» bezüglich HWS-Pathologie und -Therapie bezeichnet. Die von Professor Geiser zitierte Literatur ist zum grossen Teil veraltet und trägt zur Klärung der uns aktuell beschäftigenden Problematik nichts bei! Was sollen die zitierten Versuche von Ommaya et al. (1968) an

Rhesusaffen uns noch aussagen? Heute beschäftigen uns die allfälligen «milden traumatischen Hirnschädigungen» und ihre allfälligen kognitiven Auswirkungen – nur am Menschen und nur testmässig prüfbar. (Diskussion s. auch bei di Stefano G. Das sogenannte Schleudertrauma. Bern: Hans Huber; 1999).

Was wir bei unseren Begutachtungen sehen, sind Menschen mit vielfältigen Beschwerden, mit kognitiven Störungen jeglichen Schweregrades (über 80% der Betroffenen), mit psychischen Leiden (über 60%), mit Zerviko-Zephalosyndrom. In unserer jetzt in Diskussion stehenden Studie haben wir klar dargelegt, dass wir in vielen Fällen gerade in diesen Bereichen Neuropsychologie/Psychiatrie die bedeutsamsten Einschränkungen sehen, weniger in der Pathologie der HWS (welche ja aber definitionsgemäss immer vorliegt). Wird nun nicht nach psychischen und kognitiven Störungen gefahndet, gehen diese Befunde unter, der Patient «läuft» weiterhin unter dem Schlagwort «Schleudertrauma», er absolviert monate- und jahrelange Physiotherapien ... – und fällt möglicherweise wegen seiner kognitiven Defizite (Beispiel: EDV-Spezialist) oder wegen seiner Depression aus dem Erwerbsleben heraus! Vehement wehrt sich der Unterzeichnende deshalb gegen die Annahme von Herrn Professor Geiser, «... die von W. Kissel geforderten Aktivitäten der «modernem Medizin» tragen eher zur weiteren Aufblähung der juristischen, medizinischen und versicherungstechnischen Probleme und zur Verängstigung der Patienten und nicht zur Klärung der herrschenden Konfusion bei.»

Hier muss entgegengetreten werden: Hunderte und Tausende von Betroffenen sind bereits verängstigt, sie leiden an Beschwerden, und niemand – auch kein Arzt! – kann ihnen erklären, an was sie denn eigentlich leiden, wo der Herd ihrer Störung liegt! Wir Ärzte sind ja ebenfalls verunsichert und wir haben ja das Problem Schleudertrauma bei weitem noch nicht im Griff!

Was tun nun viele Ärzte? Sie projizieren ihre diagnostische Unsicherheit und ihr zugegebenermassen frustrierendes therapeutisches «Versagen» auf die Patienten! Zitate von Herrn Professor Geiser: «Schleudertrauma ist eine Pseudodiagnose». – Ja, zugegeben – aber wurde diese Diagnose nicht von uns Ärzten kreiert? «Wiederholte Abklärungs- und jahrelange effektlose therapeutische Bemühungen sind nicht ohne Bedeutung für die Persistenz und Ausweitung von Beschwerden.» – Ja, zugegeben – aber wer veranlasst die wiederholten Abklärungen, die repetierten MRIs, die wiederholten Funktionsaufnahmen der HWS, die ... – wir Ärzte! Und wer verschreibt die jahrelangen Physiotherapien, die Cranio-Sakraltherapie, Vitologie, Schmerzmittel bis hin zum heute oft gesehenen Tramadolol usw. ...?

Wäre da nicht doch vielleicht eine gezielte Frühabklärung mit folgender gezielter Frühtherapie das Richtige? Sollte man nicht viel-

leicht doch die erfolglos bleibenden HWS-Therapien nach einigen Monaten abbrechen, weil hier nicht das zu beherrschende Problem liegt? Sollte man nicht doch frühzeitig nach kognitiven Defiziten, nach einer Depression, nach einer posttraumatischen Belastungsstörung suchen? Auf jeden Fall kommt es – sollten solche Störungen vorliegen – nicht zu einer Ausheilung durch isolierte therapeutische Massnahmen an der HWS!

Zusammenfassend erscheinen dem Schreibenden die Argumente von Prof. Geiser einerseits extrem auf veralteten mechanistischen Vorstellungen zu beruhen, andererseits bieten sie keinerlei neue oder hoffnungsvolle therapeutische Optionen. Es gibt aber solche Optionen; sie können jedoch nur realisiert werden, wenn in der Schleudertraumafrage modernere Wege beschritten werden.

Dr. Walter Kissel, Luzern

**Schleudertrauma**

In seinem interessanten Artikel über die schwierige Therapie und Beurteilung von Patienten nach «Schleudertrauma» der HWS erwähnt Herr Kollege Kissel [1] die Verschlechterung der Prognose durch kognitive Defizite und depressive Entwicklungen. Ich möchte seinen Ausführungen noch beifügen, dass ich noch weitere ungünstige Einflüsse auf den Verlauf annehmen muss. Zum einen gibt es Patienten, die sehr früh einen Anwalt zuziehen, damit sie ja zu ihrem Recht kommen, wenn der Verlauf sich in die Länge ziehen würde. Ich habe den Eindruck, dass die juristische Beeinflussung der Patienten der Heilung nicht förderlich ist.

Zum ändern müssen die Patienten aus vielen Artikeln in der Laienpresse und aus Fernsehsendungen entnehmen, dass die Beschwerden nach einem «Schleudertrauma» ja oft sehr hartnäckig sind. So kriegen sie den Eindruck, dass man ja fast normalerweise an chronischen Schmerzen nach einem solchen Unfall erkranken müsse. Daher wäre es wichtig, dass in den Medien auch einmal die Information verbreitet würde, dass eine Mehrheit der Patienten nach einiger Zeit beschwerdefrei wird oder eben doch recht gut mit gewissen Restbeschwerden leben kann. Schliesslich möchte ich Dr. Kissel noch die Frage stellen, warum in der Schweiz offenbar so deutliche regionale Unterschiede im Verlauf von «Schleudertrauma» bestehen, haben doch die Romands und Ticinesi weniger solche Probleme, obwohl sie ja nicht unbedingt weniger schmerzempfindlich sein dürften?

Dr. med. A. Bleisch, Niedergösgen

1 Kissel W. Whiplash/Schleudertrauma – vom Unfall «Schleudertrauma» zur chronischen Krankheit. Schweiz Ärztezeitung 2000; 81(49):2803-9.

Replik

Der Unterzeichnende kann Herrn Kollegen Bleisch bestens beipflichten, was die vielen Publikationen und TV-Sendungen zum Thema «Schleudertrauma» betrifft. Es kommt hinzu, dass jene zwei Fernsehsendungen, die der Schreibende selber sah, extrem ärztefeindlich angelegt waren – in einer der Sendungen kamen sozusagen nur die PatientInnen zu Wort, die anwesenden und vor allem auch die nicht-anwesenden Ärzte von Unfallversicherungen wurden ohne Verteidigungsmöglichkeit mit vollem Namen auf's Größte auch in ihrer Ehre verletzt. Schliesslich muss man dies alles als Ausdruck der grossen Verunsicherung in diesem drückenden Problem «Schleudertrauma» auffassen. Immerhin wurden im Jahre 2000 mindestens zwei prominente Schweizer/innen in den Medien gezeigt, die einen HWS-Distorsionsunfall erlitten haben. Beide zeigten sich beeindruckt durch eine Symptomatik, die sie nicht erwartet hatten. Die eine Persönlichkeit, Frau B. Tschanz, Pressesprecherin der *Swissair*, gab sich eher sthenisch-positiv; der Verlauf beim Musiker Toni Vescoli ist mir nicht bekannt; nach massivem, repetitivem Heckaufprall war er aber zumindest nach dem Unfall arbeitsunfähig und musste eine Tournee absagen.

Den von Dr. Bleisch angeführten frühen Bezug von Anwälten sehen wir nicht gerade regelmässig in dieser Extremform. In der Regel stehen die arbeitsunfähigen Verunfallten wochen- und monatelang unter ärztlicher Aufsicht und Therapie, und in der Regel zahlen die Unfallversicherungen ohne Probleme. Nach Monaten dann wird der Fall natürlich hinterfragt, die Versicherungen fordern spezialärztliche Abklärungen, eventuell dann Begutachtungen. Dies kann aber schon 1–2 Jahre dauern. Das Problem wird dann virulent, wenn der Patient arbeitsfähig erklärt wird, sich aber nicht in der Lage fühlt zu arbeiten – die Versicherung stellt die Leistungen ein, und der Betroffene ist vielleicht aus dem Erwerbsleben bereits herausgefallen. In der Regel wird jetzt gegebenenfalls der Anwalt beigezogen, selten aber in der Frühphase, im Subakutstadium.

Ob nun, wie Herr Kollege Bleisch zitiert die «juristische Beeinflussung des Patienten der Heilung nicht förderlich» ist oder ob es häufig halt doch umgekehrt verläuft, nämlich dass ein verzweifelter und arbeitsunfähiger Patient auch rechtliche Hilfe sucht, ist ein ewiges Diskussionsthema (siehe auch Leserbrief von Prof. Geiser) – eine Entscheidung ist nur im individuellen Einzelfall möglich.

Kommen wir zum heikelsten Diskussionspunkt, welchen Herr Kollege Bleisch anschnidet: regionale Unterschiede! Man hört dies immer wieder, aber eine sichere und aussagekräftige Statistik ist mir nicht bekannt. Hier wäre die SUVA kompetent, welche ja in allen Landesteilen Kreisärzte hat und über eine zentrale Statistik verfügt. Der Schreibende möchte aber doch anhand von Beispielen illustrieren, wie unsicher und ungerecht solche Aussagen sein können:

1996 erschien im *LANCET* die sogenannte «Litauen-Studie» (Schrader H, Obelieniene D, Bovim G, Surkiene D, Mickeviciene D, Miseviciene I, Sand T. Natural evolution of late whiplash syndrome outside the medicolegal context. *LANCET* 1996;347:1207-11). Die Studie – aus zwei Universitäts-Neurologien stammend und in der prominentesten medizinischen Fachzeitschrift veröffentlicht sagt nichts anderes aus als dass man in Litauen das chronifizierte Schleudertraumaproblem nicht kenne – weil erstens nicht die hochgezüchteten technisch-apparativen Strukturen und Informationen vorhanden seien und weil zweitens die Betroffenen von den (schlechten) Unfallversicherungen keine Leistungen zu erwarten hätten ...!

Die Studie weist nach der Meinung des Schreibenden (und Anderer) schwerste Mängel auf:

1. Die AutorInnen haben keinen Patienten selber gesehen – reine Fragebogen-Studie.
2. Da es eine Fragebogen-Studie war, wurde das Syndrom «Schleudertrauma» verpasst – wie will man psychische und kognitive Störungen exakt erfassen?
3. Die statistischen Ansätze und Vergleiche sind schlicht falsch – es wurden gesunde Populationen mit kranken verglichen usw.!

Anderorts wurden Unterschiede zwischen Provinzen (z.B. Kanada) und zwischen Ländern diskutiert. Man muss mit der Beurteilung sehr vorsichtig sein: es gibt Länder, in welchen Versicherungsleistungen bei Unfällen nur erstattet werden, wenn ein Polizeirapport vorliegt, also tut man gut daran, bei jedem Unfall die Polizei beizuziehen, auch bei einer (oft scheinbaren) Bagatelle wie Heckaufprall-Unfall! Entsprechend häufig erscheinen dann die Unfälle in solchen Statistiken.

Dr. Walter Kissel, Luzern



Tarif des physiothérapeutes, un premier signe?

Comme vous l'avez récemment appris par la presse, les physiothérapeutes se sont brutalement vus imposer par les caisses-maladie, avec effet rétroactif, une valeur de leur point fédéral (Tarphi) qui menace leurs revenus d'une baisse proche de 30%, tout ceci avec la bénédiction de l'OFAS et du Conseil fédéral.

Je crois qu'on peut parier sans grands risques de se tromper que ce qui vient de se passer n'est qu'une répétition générale de ce qui arrivera en 2001 avec TarMed.

Naïvement nous élaborons un tarif médical détaillé et chronométré jusqu'à l'obsession. Nous livrons cette structure unifiée et l'instrument statistique qu'elle représente aux assureurs, lesquels ont été en revanche dispensés de comptabilité analytique uniforme par le Conseil des Etats! Nous nous prétons à de laborieuses évaluations parallèles de façon à essayer d'obtenir une valeur du point qui garantisse la neutralité des coûts et, lorsque ce travail de fourmi sera enfin achevé, ce sera pour se voir imposer un point de 10 à 20 centimes en dessous des prétentions médicales, comme dans un souk! Là encore ce ne sera pas le Conseil fédéral, partisan d'un point à 80 centimes, qui nous défendra.

Cessons donc de croire à la bonne foi de nos interlocuteurs en matière de santé. Lisons plutôt la «lettre ouverte aux médecins genevois» publiée par d'anciens membres du réseau REMED qui se sont vus dénoncer unilatéralement leur contrat Optimed par la Cosama. La candeur de ces médecins qui croyaient élaborer un réseau de soins de qualité a été à la mesure de leur désillusion lorsqu'ils se sont aperçus des vrais intérêts de leurs partenaires.

Cessons donc ces expériences humiliantes pour le corps médical; disons également clairement non à ces tarifs centralisés qui ne servent qu'à nous dresser les uns contre les autres pour le plus grand profit de nos adversaires. Lorsque je lis les «questions les plus fréquentes sur le TarMed» paraissant régulièrement dans le «Bulletin des médecins suisses» je suis toujours surpris de leur futilité dans le détail alors que c'est d'une mutation complète de notre philosophie médicale dont il s'agit!

Dr Gilbert Guignard, Payerne