

Forum



Réagissons pendant qu'il est temps

Notre manque de réaction à l'annonce de la décision des sénateurs – bien calfeutrés dans leurs conseils d'administration – de supprimer le libre choix des médecins, est alarmante. On prétextera qu'il ne s'agissait que d'une commission. Mais il serait très dangereux d'attendre les séances plénières des chambres, qui vont débiter très prochainement, pour faire part de notre détermination de défendre le droit médical: libre choix du médecin, libre choix par le médecin des moyens diagnostics et thérapeutiques. Sans compter qu'avec une concurrence basée sur d'autres critères que la qualité des praticiens, on démolira à jamais l'éthique de notre profession.

Je pense donc qu'il faut immédiatement avertir nos députés et, par là nos autorités qu'il y va de l'existence même de la LAMAL. Quand le peuple abusé l'a votée, il était bien précisé qu'entre les trois partenaires-assurés, médecins et caisses-maladies – il existait une obligation: assurance obligatoire – tarif obligatoire et remboursement obligatoire.

Du moment où les caisses ne sont plus obligées de contracter, donc que le libre choix du médecin n'est plus garanti, il faut que les deux autres obligations tombent. C'est pourquoi la FMH doit avertir le parlement, à grand renfort de publicité, que si cette proposition inique passe, nous refusons la TARMED et lancerons une initiative populaire pour supprimer l'obligation de s'assurer.

Que cette menace pèse sur les décisions de nos «élus».

Que tous les médecins d'accord avec cette position ferme envoient leur pleine approbation à notre comité central.

Dr G. Greder, Genève



Stellungnahme zur schulärztlichen Versorgung in der Schweiz

Im Artikel von Ackermann/Sennhauser [1] wird eine Maximalforderung an die Schulärztdienste gestellt, wie sie zurzeit wohl nicht einmal in den Grossstädten durch vollamtliche Schulärztinnen erfüllt werden kann.

Die Forderungen an die politischen Träger kann ich vollumfänglich unterstützen. Das Anliegen ist im übrigen eine schon vor 4 Jahren formulierte Neuerung [2], für welche sich das Forum für Praxispädiatrie schon seit über 6 Jahren einsetzt.

Nun zu den ungelösten Fragen, die diese Stellungnahme einmal mehr offenlässt.

- 1) Die Maximalforderung gemäss ihrem Papier würde für Gemeinden eine Kostensteigerung von 10- bis 50fachem Ausmass bedeuten (je nach System) und den Wechsel zum Schularztvollamt nach sich ziehen. Wer diesen finanziellen Aufwand nicht scheut, müsste dann auch noch zeigen, dass dieser Versorgungstyp auch die gewünschte Gesundheitsverbesserung bringt.
- 2) Bei Erfüllung der Maximalforderung scheinen ab dem Schulalter die Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen (nicht nur für die Eltern) durch die Schularztdienste abgedeckt und es bleibt zumindest offen, was die Autoren unter komplementärer Aufgabe der Individualmedizin verstehen. Die Spezialisierung in Neugeborenen-, Säuglings- und Kleinkinderarzt, Kinder- und Schularzt sowie Adoleszentenmediziner ist somit unaufhaltbar.
- 3) Die Autoren bleiben den Schularztdiensten gegenüber weiter unklar, was denn konkret zur Überprüfung des Gesundheitszustandes der Schulkinder überhaupt nötig und sinnvoll ist. Als (ehemaliger) praktisch tätiger nebenamtlicher Schularzt erhoffe ich mir Daten und Fakten, was zu welchem Zeitpunkt sinnvoll und effektiv zu untersuchen wäre. Die Kinder einfach bei Schuleintritt, in der Mittelstufe und bei Schulabschluss auf «irgendetwas» zu untersuchen, ist wahrscheinlich den Eltern wie auch den Gesundheitsdiensten gegenüber eine «Vorspiegelung falscher Tatsachen», ineffektiv und unwirtschaftlich.
- 4) Als ehemaliger nebenamtlicher Schularzt und Facharzt für Kinder und Jugendliche würde auch ich für die geforderten zukünftigen Aufgaben eine mindestens berufsbegleitende Fortbildung zum Schularzt mit Public-health-Zusatzzertifikat benötigen.

- 5) Die gewünschte Zusammenarbeit der letzten 5 Jahre beschränkte sich leider bisher auf Papierbekenntnisse. In diesem Sinne sind die Autoren aufgefordert, den Kontakt zu den interessierten Kreisen (z.B. Forum für Praxispädiatrie, Arbeitsgruppe Schularztwesen) vermehrt zu pflegen, in ihrem Fachgebiet entsprechende Fortbildungsangebote für Schulärzte zu schaffen und Gemeinden und politische Instanzen in ihrer Aufbauarbeit zu unterstützen. In einem ersten Schritt wären die Schulärzte schon zufrieden, wenn endlich gefestigte Daten zu Morbidität, Schulgesundheit usw. vorgelegt würden, welche Screeninguntersuchungen beziehungsweise alters- und entwicklungsgemässe Beratungsangebote effizient und wirksam werden lassen. Dies kann nur in Zusammenarbeit mit praktizierenden Ärzten geschehen. Die Kostenfolgen, um all diese wünschbaren Bedingungen zu schaffen, sind wahrscheinlich erheblich und sowohl für politische Träger der Schulgesundheit wie auch die Krankenkassen alleine schlecht tragbar.

Darum sehe auch ich nächste Schritte in ihre richtig vorgezeichnete Richtung nur in echter gemeinsamer Vorgehensweise, wozu ich Sie einmal mehr herzlichst einlade.

Dr. med. P. Reinhard, Kloten

- 1 Ackermann-Liebrich U, Sennhauser R. Stellungnahme zur schulärztlichen Versorgung in der Schweiz. Schweiz Ärztezeitung 2001;82(14):714. Prise de position concernant l'offre en matière de médecine scolaire en Suisse. Bull Med Suisse 2001;82(14):715.
- 2 Hofer J, Baumann T, Keller H-P, Wimmersberger A. Prävention im Schulalter. In: Forum für Praxispädiatrie (Hrsg.). Prävention im Kindesalter. Bellach: Verlag Praxispädiatrie; 1997. S. 15-93.

Replik der SGPG

Wir sind froh, dass Kollege Reinhard in seiner Replik auf die «Stellungnahme der Schulärztlichen Versorgung in der Schweiz» [1] die Forderungen der Schweizerischen Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen (SGPG) an die politischen Träger vollumfänglich unterstützt. Darin wird nämlich festgehalten, dass Förderung und Schutz der Gesundheit der Kinder und Jugendlichen eine zentrale gesellschaftliche Aufgabe ist, bei welcher Individualmedizin und Public-health-Bereich komplementäre Aufgaben innehaben, dass die Schulärztlichen Dienste von den politischen Trägern sicherzustellen und bedarfsgerecht weiterzuentwickeln sind und möglichst interkantonal abgestimmt werden sollen, und dass die epidemiologische Arbeit als Voraussetzung für erfolgreiche Strategien zu fördern und finanziell zu unterstützen ist.

Diese Forderungen sind auf folgendem Hintergrund entstanden: mehr als 50% der Morbidität im Erwachsenenalter entsteht infolge von Verhaltensweisen und Lebensstilen, die im Kindes- und Jugendalter entwickelt werden und prinzipiell beeinflussbar sind. Der Gesundheitsförderung und Prävention auf dieser Altersstufe kommt deshalb nicht nur für diese selbst, sondern für die ganze Lebenszeit eine eminente Bedeutung zu.

Trotz der gesundheitspolitischen Bedeutung der ärztlichen Vorsorge im Kindes- und Jugendalter und den spezifischen Anforderungen, die diese stellt, besteht kein kohärentes Vorsorgekonzept in der Schweiz: die Versorgung reicht von modernen Modellen der Vorsorge und Gesundheitsförderung in einzelnen vor allem hauptamtlichen Diensten bis zu Angeboten, die sich auf herkömmliche Reihenuntersuchungen beschränken. Diese ausserordentlich heterogene Organisation entspricht der föderalistischen Struktur unseres Gesundheitssystems. Wir stellen folgendes fest:

- a) Es gibt leider nur an wenigen Orten moderne, bedarfsgerechte, verbindliche Regelungen für die schulärztliche Tätigkeit und für die Zusammenarbeit und Arbeitsteilung zwischen Privatpraxis und öffentlichem Gesundheitsdienst.
- b) Die epidemiologischen Grundlagen sind sehr lückenhaft.
- c) Verbindliche «evidence-based» Empfehlungen für sinnvolle und wirksame Untersuchungs- und Beratungsangebote fehlen zum Teil und werden zum Teil nicht befolgt.
- d) Die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärzte in den relevanten Gebieten der Jugendmedizin ist zurzeit unbefriedigend und muss dementsprechend verbessert werden [2].
- e) Die Rollenverteilung in der Impfpolitik, sowie deren Finanzierung, ist unklar (Bund, Kantone, Versicherer, Arztpraxen, usw.).
- f) Verlässliche Zahlen über die Kosten verschiedener Vorsorgemodelle fehlen.

Die Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen, gestützt auf die Arbeit ihrer Fachgruppe Schulärzte (zurzeit hauptsächlich aus Vertretern der hauptamtlichen Dienste zusammengesetzt), verfolgt auf diesem Hintergrund u.a. folgende Schwerpunktprojekte:

- Entwicklung von bedarfsgerechten Fortbildungsmodulen für Schulärzte/Schulärztinnen;
- Förderung der Datenharmonisierung zwischen den Schulärztlichen Diensten zwecks gemeinsamer Publikation epidemiologischer Gesundheitsdaten;

- Entwicklung eines Weiterbildungscurriculums für Praxisassistentinnen in Schulärztlichen Diensten (zur Unterstützung der Ärzte und Ressourcenoptimierung).

Diese Ziele müssen selbstverständlich in Zusammenarbeit mit allen Partnern, die in der schulärztlichen Versorgung tätig sind, verfolgt werden. Die gewünschte Zusammenarbeit hat sich zwar in letzter Zeit intensiviert, wir sind dennoch nur am Anfang eines gemeinsamen Weges, auf welchem in einem kooperativen Dialog die besten Synergien entwickelt werden sollen, die sowohl individualmedizinischen Aspekten wie auch Public-health-Elementen Rechnung tragen. Mit dem Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie, nebenamtlichen Schulärzten/Schulärztinnen sowie mit Vertretern kantonaler Gesundheitsdienste und Experten für evidence-based Medicine wurde zum Beispiel schon ein Katalog von evidence-based Untersuchungssitem und Beratungssitem erstellt. Dieser Katalog soll als vorläufige Empfehlung demnächst zur Diskussion gestellt werden.

Aus dem Gesagten geht hervor, dass die SGPG ähnliche Mängel in der Organisation der Vorsorge feststellt wie der Autor des Leserbriefes und entsprechend aktiv ist. Wie der Autor ist auch die SGPG mit ihrer Fachgruppe Schulärzte überzeugt, dass die dringende nötige Weiterentwicklung der Vorsorge im Kindes- und Jugendalter – und insbesondere der schulärztlichen Tätigkeit – in Zusammenarbeit mit allen Partnern der Vorsorge zu erfolgen hat.

*Dr. I. Cassis, Bellinzona
Präsident der Schweizerischen Gesellschaft
für Prävention und Gesundheitswesen*

*Dr. D. Frey, Zürich
Präsident der Fachgruppe Schulärzte*

- 1 Ackermann-Liebrich U, Sennhauser R. Stellungnahme zur schulärztlichen Versorgung in der Schweiz. Schweiz Ärztezeitung 2001;82(14):714. Prise de position concernant l'offre en matière de médecine scolaire en Suisse. Bull Med Suisse 2001;82(14):715.
- 2 Stronski SM, Kraus B, Michaud P-A. Adoleszentenmedizin in der Schweiz? Schweiz Ärztezeitung 2001;82:1074-6.



Rückzug von Cerivastatin [1]

Das erste Statin wurde aus dem Handel gezogen und die Aktienkurse der Herstellerfirma sanken dadurch erheblich. 31 Todesfälle wurden mit dem Medikament in Zusammenhang gebracht. In der Pharmakritik las ich, dass gut die doppelte Zahl von Todesfällen möglicherweise die Folge der Einnahme von Viagra war. Offenbar nimmt man den Tod für eine Erektion in Kauf. Ganz spannend fand ich auch die Richtlinie, «dass eine Behandlung bei Patienten mit Statinen indiziert ist, die ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko aufweisen und trotz diätetischen Massnahmen die Interventionswerte bezüglich Lipiden überschreiten. An dieser Richtlinie hält sich wohl niemand. Mir ist kaum ein Patient bekannt, der diätetische Massnahmen befolgt, was ich sehr wohl verstehe. Meiner Meinung nach sollten auch nur Leute mit Lipidsenkern behandelt werden, die sich zu einer Nikotinabstinenz überwinden können. Wenn wir diese Empfehlungen einhielten, geriete der Aktienkurs von mancher Firma schwer ins Wanken.

Dr. med. F. Liebrich, Kloten

- 1 Darioli R, Bategay E, James R, Mordasini R, Nosedà G, Riesen WF. Rückzug von Cerivastatin. Statement der Arbeitsgruppe Lipide und Atherosklerose (AGLA) der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie. Schweiz Ärztezeitung 2001;82:1859-60.



Eine unanständige Preissteigerung?

Der Anstieg der letztjährigen Krankheitskosten und als direkte Folge eine entsprechende Prämienhöhung der Krankenkassen macht vielen Schweizern Sorge. Die hilflose Aussage von Direktor Piller vom zuständigen Bundesamt, «die hohen Medikamentenkosten seien direkt unanständig», ist geradezu lächerlich. Wie billig ist es doch, den Fehler immer bei den andern zu suchen und die eigenen Steuerungsmöglichkeiten aus weiss welchen Gründen nicht auszuschöpfen. Das Versprechen einer besseren Zukunft ist eine alte Floskel. Wir kennen sie aus den ehemals kommunistischen Staaten und haben es bei der Revision des KVG geglaubt. Pillers Einwand, er müsse sich an die Gesetze halten, ist nur teilweise richtig. Der medizinische Fortschritt ist heute auf dem technischen und dem Pharmasektor meist nur noch so marginal, dass durchaus ein freier Ermessensspielraum besteht, ob Neues, das durchwegs teurer ist als Altbewährtes, von den Krankenkassen übernommen werden muss. Bei diesem Entscheid wird Herr

Piller von medizinischen Experten beraten, die meist selbst an der Forschung beteiligt sind und deshalb kaum eine ernsthaft bremsende Wirkung ausüben.

Zur Illustration verweise ich auf das berühmte Xenical, den Umsatzrenner der Firma Roche, das Lifestyle-Präparat zur Gewichtsreduktion. Obwohl die Kostenübernahme an gewisse Bedingungen geknüpft ist, habe ich als Vertrauensarzt erfahren, wie oft Xenical verschrieben wird und wie verschwindend klein der Personenkreis ist, der nachweislich eine wesentliche und dauernde Gewichtsreduktion erreichen konnte. Im September 2001 will das Bundesamt die Wirksamkeit und damit die weitere Kostenübernahme von Xenical überprüfen.

Wer wird stärker sein, das Bundesamt oder die Industrie? Muss Herr Piller wohl wieder über einen unanständigen Preisanstieg jammern?

Dr. med. R. Ganzoni, Zernez



Zur Diskussion über den Entscheid des Zürcher Stadtrats zur Sterbehilfe in Alters- und Pflegeheimen

Es ist richtig, dass wir, wie Herr Kollege Ebner [1] kritisiert, der Meinung sind, Suizid sei zumeist nicht ein autonomer Akt, und dass wir den kategorialen – im Unterschied zur Zurechnungsfähigkeit nicht graduierten – Begriff der Urteilsfähigkeit für ungeeignet halten, um die in der Regel äusserst komplexe Situation von Suizidwilligen zu beurteilen. Es ist auch richtig, dass wir unter normalen politischen Umständen einen frei verantwortlichen Suizid für die grosse Ausnahme und nicht für die Regel halten.

Unsere Argumente beziehen sich auf die Suizidforschung: Die Katamnesen schwerer Suizidversuche zeigen immer wieder, dass der Wunsch zu sterben bei der überwiegenden Mehrzahl der Betroffenen vorübergehender Natur ist. Aus den retrospektiven psychologischen Autopsien von Suizidierten wird ersichtlich, dass der Suizid wider Willen als letzter Ausweg ergriffen wird, wenn alle andern Wege versperrt sind oder versperrt scheinen. Schopenhauer hat diese Tatsache erfasst und formuliert: «Ich möchte leben, aber nicht so».

Wir sind aufgrund einer Evidence-based Medicine effektiv der Meinung, dass nicht die – immer inadäquate – Diagnose vorhandener oder fehlender Urteilsfähigkeit die Antwort auf den Wunsch nach assistiertem Suizid sei, sondern eine genaue Analyse der Belastungen und der mobilisierbaren Ressourcen sowie der ernsthafte und nachhaltige Versuch, die innere und äussere Situation des Suizidalen zu verbessern.

Solange es in der Schweiz Gegenden gibt, welche palliativmedizinisch gesehen Entwicklungsland sind, und solange der Pflege-notstand der Heime, die Langeweile und die Vereinsamung der Bewohner Thema von Tageszeitungen und Anlass zu «Mitleidstötungen» ist, solange ist eine Heroisierung des Suizids als eines freien, autonomen Aktes fehl am Platz und gehört eher ins 19. Jahrhundert als in eine Zeit kontrollierter, empirischer Suizidforschung – die übrigens von Philosophen, Juristen und Theologen zumeist konsequent ignoriert wird. Man könnte die Heroisierung als romantische Marotte abtun, aber sie führt dazu, dass in einem Land mit im europäischen Vergleich hohen Suizidziffern der Suizid allmählich zu einer anerkannten Problemlösung wird und Pflegebedürftige einem assistierten Suizid schliesslich zustimmen oder ihn sogar vorschlagen, weil er Brauch und Sitte geworden ist und sie sich dazu verpflichtet fühlen.

Dr. med. C. Ernst, Prof. K. Ernst, Zürich

- 1 Ebner G. Zur Diskussion über den Entscheid des Zürcher Stadtrats zur Sterbehilfe in Alters- und Pflegeheimen. Schweiz Ärztezeitung 2001;82:1765.



Sportmedizin, Standesordnung und Standesrecht [1, 2]

Als junger Arzt habe ich 6 Jahre lang einen kleinen Leichtathletikclub geleitet. Damals betreute ich auch einen Teil der Athleten sportmedizinisch. Immer wieder musste ich einige Freunde enttäuschen, welche hofften, von mir Wundersubstanzen, also Doping zur Leistungssteigerung, zu erhalten. Selbstverständlich habe ich ein solches Ansinnen immer abgelehnt.

Wenn ethisches Verhalten eine Selbstverständlichkeit wäre, dann erübrigten sich lange Ausführungen im Standesrecht über Sportmedizin bzw. über Doping und Sportmedizin. Der offensichtliche Bedarf an detaillierten Ausführungen über dieses Thema beweist aber leider, dass bei Ärztinnen und Ärzten ethisches Verhalten nicht mehr vorausgesetzt werden kann. Was ist denn die Aufgabe des Arztes, sei er Privatarzt oder Teamärztin, in der Sportmedizin? Er bzw. sie muss der Gesundheit der betreuten Sportlerinnen und Sportlern Sorge tragen; «primum nil nocere» gilt auch hier. Verbotene Substanzen dürfen nicht verordnet und verbotene Manipulationen nicht durchgeführt werden. Der Arzt sollte als Vertrauensperson des Sportlers ein unbestechlicher Berater sein. Der Sportler aber ist als mündiger Mensch für sein Tun und Lassen selbst verantwortlich. Der Sportarzt soll ihn vor

einem allzu leistungsorientierten fordernden Umfeld schützen, auch wenn er dann in Kauf nehmen muss, als «Teamarzt» allenfalls ausrangiert zu werden. Was soll also der geradezu paradoxe Satz: «Falls die Teilnahme am Training oder an Wettkämpfen mit der Erhaltung der Gesundheit eines oder einer Sporttreibenden nicht zu vereinbaren ist, aber der oder die Sporttreibende auf einer Teilnahme beharrt, so liegt ... ein berufsethischer Zielkonflikt vor». Der medizinische Tatbestand und der entsprechende Rat des Arztes sind das eine. Was der Sportler damit macht, ist etwas anderes. Nur ein «Gott in Weiss», der die Mündigkeit des Sportlers oder der Sportlerin negiert, ist hier im Dilemma, sei er «Privatarzt» oder «Teamarzt». Wagt es der Betroffene nicht, selbst zugunsten seiner Gesundheit zu entscheiden, weil er z.B. durch sein Team oder seinen Verein unter Druck gesetzt wird, dann ist es Pflicht des Sportarztes, an zuständiger Stelle auf die Gefahren aufmerksam zu machen.

Doping dient dazu, eine Leistungssteigerung durch Pharmaka zu erreichen, um auf unfaire Art und Weise einen Vorsprung gegenüber den Konkurrenten zu erlangen. Dass Doping verboten ist, weiss inzwischen jedes Kind! Deswegen habe ich mich über die Antworten diverser Ärztegesellschaften gefreut, die keine «Dopingregeln» kennen (z.B. Norwegen). Würden die Autoren des Abschnittes «4. Doping im reglementierten Wettkampfsport» etwa Regeln für Diebstahl, Vergewaltigung oder Mord aufstellen wollen? Wenn etwas verboten ist, braucht es keine Regeln! Die Schweden haben das auf die Kurzformel gebracht: «Es ist deshalb gegen die medizinische Ethik, irgendeine Form von Doping anzuwenden.» Damit könnte man locker den Abschnitt «4. Doping im reglementierten Wettkampfsport» ersetzen, vielleicht ergänzt mit den Sanktionsdrohungen aus Grossbritannien: «... such actions would usually raise a question over the doctor's continued registration». Wenn ethisches Verhalten abhanden kommt, ist die Androhung von Sanktionen unerlässlich. Ein zahnloses Standesrecht nützt niemandem, schon gar nicht den Sportlerinnen und Sportlern.

Dr. H. Wick, Basel

- 1 Monat A, Arbeitsgruppe «Sportmedizin und Standesordnung». Schweiz Ärztezeitung 2001;82(31):1642-5.
- 2 Sportmedizin und Standesrecht. Vernehmlassung. Schweiz Ärztezeitung 2001;82(31):1646-50.