Courrier au BMS

Les Ayatollahs de l'antitabac

Bientôt vieux comme Job (Dipl. féd. 1942) et non fumeur depuis belle lurette, je suis stupéfait des réactions suscitées par l'article du Prof. M. Geiser [1].

Je conviens volontiers que je dois avoir les neurones qui dysfonctionnent et des artères sclérosées, mais, pour autant que je me souvienne, cet article ne faisait que la critique d'une certaine intolérance.

Il me semble quant à moi que nous avons quelques problèmes de santé publique plus importants qu'un peu de fumée passive dans un moment de convivialité. Ceci n'implique nullement que j'encourage le tabagisme et trouve injustifiées de nombreuses mesures prises dans des lieux publics, les trains et les avions.

Il s'agit simplement d'un problème de proportionnalité! Et mettre le tabagisme et la fumée passive dans le même paquet, c'est confondre la pharyngite et la broncho-pneumonie, ou une grippe saisonnière avec la peste ou le choléra.

L'alcool, le haschisch, les amphétamines, l'ecstasy, la cocaïne, l'héroïne, le dopage des sportifs, la pollution atmosphérique, l'absurdité de certains sports dits extrêmes, les étranges effets sur la «psychologie des masses» qu'entraîne la médiatisation de tout et de rien, me paraissent être des sujets de préoccupation pour le moins aussi importants que la fumée passive.

Mais peut-être, les chers confrères indignés par M. Geiser ne regardent-ils pas la TV et ne se déplacent-ils qu'à pied, à cheval ou à vélo? Et, sans doute n'ont-ils jamais eu de grand-père qui savourait sa pipe après le repas. Dommage pour eux.

Dr H. C. Plattner, Genève

1 Geiser M. Werden die Raucher zu einer schützenswerten Minderheit? Schweiz Ärztezeitung. 2006; 87(22):984-5.

«Grossmutter, warum hast Du ein so grosses Maul?»

Leserbrief zum Artikel «Warum Begriffe aus der Ökonomie uns Ärztinnen und Ärzte nicht erschrecken müssen!» [1]

Als einfacher Kinderarzt verstehe ich wenig von Ökonomie und das, was ich zu begreifen vermeine, versuche ich mir in einfachen, anschaulichen Begriffen zu erklären. Alles, was ich von Budgetverantwortung verstehe, ist, dass es sich um eine Verantwortung, meinetwegen auch «nur» Mitverantwortung, wie die Autoren betonen, für ein Budget handelt. Und darunter verstehe ich, dass diese Verantwortung sich bei Nichteinhalten des Budgets negativ auf diejenigen auswirkt, welche diese Verantwortung tragen. Im umgekehrten Fall kann sich die Verantwortung bei Einhalten des Budgets natürlich auch positiv auswirken, aber auswirken muss sie sich auf jeden Fall, sonst wäre es ja eben keine (Mit-)Verantwortung. Mein in Wirtschaftsfragen wenig gebildeter Verstand schliesst daraus, dass sich der budgetmitverantwortliche Arzt dementsprechend Gedanken machen und versuchen wird, das Budget einzuhalten oder sogar zu unterbieten. Schliesslich will er ja nicht bestraft werden (in was für einer Form auch immer). Und schon sind wir am heiklen Punkt, über den ich bei allen Bemühungen der beiden Exponenten von med-swiss.net, mir die Vorteile von Managed Care zu schildern, immer stolpere: Durch die Budgetverantwortung (in welcher Form auch immer und mit welchen Auswirkungen auch immer!) beginnen andere als nur medizinische Entscheidungskriterien in meine Arbeit einzufliessen, nämlich ökonomische. Es steht nicht mehr nur die Frage im Raum, ob dieser individuelle Patient diese (teure) Abklärung, dieses (teure) Medikament aus medizinischen Gründen wirklich braucht, sondern auch die Frage, ob ich dies dem Budget meines Netzwerks antun soll. Und damit wird – man kann es drehen, wie man will – meine ärztliche Ethik korrumpiert!

Natürlich bin ich auch der Meinung, dass jede Massnahme überlegt sein und eine echte Fragestellung hinter jeder Abklärung stehen muss, natürlich bin ich auch dafür, Medikamente nur dann einzusetzen, wenn sie wirklich nötig sind, Operationen, Hospitalisationen zu vermeiden, wenn es anders möglich ist. Natürlich glaube ich auch, dass da an vielen Orten ein Umdenken stattfinden muss, dass wir Ärzte lernen sollten, besser zusammenzuarbeiten – auch in Netzwerken –, dass hohe Ansprüche an die Qualität der Patientenbetreuung gestellt werden müssen. Aber dies alles nur und ausschliesslich aufgrund *medizinischer* Überlegungen! Ökonomische Erwägungen werden unsere Patienten nicht gesund machen, im Gegenteil, sie schaffen ein Klima der Verunsicherung und können die Qualität der Patientenbetreuung nur verschlechtern. Wer tagtäglich die Zeitung liest, kann mitverfolgen, was das Primat der Ökonomie in der Politik bewirkt, in den letzten Jahrzehnten bewirkt hat: Erosion von Sozialstandards, sich immer weiter öffnende Schere zwischen Arm und Reich, Verschlechterung der Umweltschutzbedingungen, um nur einige wenige Stichworte zu nennen. Die Frage ist, wie weit wir unsere medizinische Versorgung und den sozialen Auftrag des KVG diesem Primat opfern wollen … Von Rotkäppchen haben wir gelernt, dass nicht jeder, der sich ein Spitzenhäubchen aufsetzt, deswegen die liebe Grossmutter sein muss. Deshalb erlaube ich mir, vor Begriffen der Ökonomie nicht zu erschrecken, aber zu versuchen, dieselben zu verstehen und zu hinterfragen. Mein – vielleicht zu banales – Verständnis von Ökonomie, Managed Care und Budgetverantwortung jedenfalls lässt mich darin nichts Positives erkennen. Ich lasse mich gerne eines Besseren belehren!

Gian Bischoff, Zürich

1 Dreiding P, Fritschi J. Warum Begriffe aus der Ökonomie uns Ärztinnen und Ärzte nicht erschrecken müssen! Schweiz. Ärztezeitung. 2006; 87 (29/30):1315-19.

Nul n'est prophète …

Merci d'avoir publié cet excellent hommage au Docteur Charles Bugnon [1], que j'ai eu la chance de connaître et d'apprécier; il le mérite amplement. Merci également à Jean Martin d'avoir pris la peine de rappeler le parcours lumineux de ce regretté collègue et son travail de pionnier dans le domaine de l'éducation sexuelle dans les écoles.

Merci cependant de corriger une petite erreur qui a trait à notre canton. En effet, il est dit dans l'article «Il y a aujourd'hui encore, en 2006 – près de 40 ans après le ‹scandale› Charles Bugnon, des communes du canton du Jura qui refusent cette éducation».

Concernant cette dernière information, je puis vous assurer qu'il y a eu erreur et/ou confusion (avec une autre région … presque homonyme?). En effet, je tiens à porter à votre connaissance que le canton du Jura a créée, à l'époque où l'information sida dans les écoles devenait aussi une priorité, un service généralisé d'éducation sexuelle. Cette prestation est depuis lors inscrite dans les programmes scolaires, et toutes les écoles ont l'obligation de la fournir. Les parents qui le souhaitent peuvent en dispenser leurs enfants mais ce type de demande est extrêmement rare. Des interventions adaptées à tous les types d'âge sont offertes aux élèves depuis l'école enfantine jusqu'au lycée, et à plusieurs reprises au cours de la scolarité obligatoire. Des soirées de parents sont également mises sur pied, afin d'expliquer à ceux-ci le travail qui sera fait avec leurs enfants dans les écoles. Sans se prétendre pionnier du modèle, le canton du Jura peut donc faire état d'une véritable volonté politique d'introduire de manière systématisée ce qu'il est convenu maintenant d'appeler une «éducation à la santé sexuelle et reproductive»; cela méritait d'être souligné et rectifié.

Dr Jean-Luc Baierle,
médecin cantonal, Delémont

1 Martin J. Nul n'est prophète …
Bull Méd Suisses 2006;87(18):802-3.

15 Jahre «helvetisches Schleudertrauma»

Ein scharfsinniger und erfrischend offener Artikel [1] zu diesem belastenden Thema. Er wird wohl den einen oder andern entrüsteten Aufschrei auslösen, aber bei allem Verständnis für diejenigen, welche an den lästigen Beschwerden nach einem solchen Unfall leiden, kann ich G. Jenzer nur beipflichten.

Ich möchte eigentlich nur einen Punkt beifügen, der mir etwas zu kurz gekommen ist: Die Bedeu-

tung der Haltung, mit welcher ein Verunfallter sich mit seinem Unfall auseinandersetzt, ob er sich gleich als Opfer fühlt oder einen unbefangenen, vielleicht sogar hemdsärmligen Umgang mit dem Trauma hat.

Meine Beobachtung ist, dass etwa 90% der Schleudertraumata mit gestörtem Heilungsverlauf, mit welchen ich je in irgendeiner Art zu tun hatte, Opfer des Strassenverkehrs sind. Als Folge unserer Freizeitaktivität sind sie dagegen eine Rarität. Ob einigermassen genaue Zahlen dazu existieren, weiss ich nicht. Es ist aber schlicht unverständlich, dass die zahlreichen Traumatisierungen, welchen wir uns beim Skilauf, Snowboarden, Kampfsport, bei Mannschaftssportarten wie Hockey und Funaktivitäten bis hin zum Bungeejumping aussetzen, kaum je zu ähnlichen Folgen führen wie die Verkehrsunfälle.

Richard Hochuli, mein Chirurgie-Lehrer, hat vor bald dreissig Jahren schon jedem Assistenten einmal folgende Frage gestellt: «Ein Autofahrer kracht dem andern ins Heck. Beide erleiden dabei eine Peitschenhiebverletzung. Der eine ist nach drei Wochen wieder gesund und der andere wird invalid. Welcher?» Unsere Erklärungsversuche waren natürlich vielfältig, seine Antwort aber immer kurz und prägnant: «Der hintere wird sofort gesund, denn er ist selber schuld und arrangiert sich darum schnell mit seinen Beschwerden. Der vordere fühlt sich als Opfer und hintersinnt sich oft fast wegen der meist nicht starken, aber dauernd präsenten Symptome. Wenn man das nicht richtig angeht, droht die Chronifizierung bis hin zur Invalidität».

G. Jenzers Empfehlungen zum Management im letzten Abschnitt nimmt genau diesen Sachverhalt auf: Ernstnehmen ohne überzubewerten, den Patienten in einer optimistischen Grundhaltung durch die unangenehme Phase begleiten. Dass dieser Optimismus gerechtfertigt ist, begründet er klar.

Dr. med. U. Nägeli, Bilten

1 Jenzer G. 15 Jahre «helvetisches Schleudertrauma». Schweiz Ärztezeitung 2006;87(26):1230-3.

Handeln statt Jammern!

Die zunehmende Belastung mit administrativen Arbeiten ist einer der zentralen Punkte, wenn Ärztinnen und Ärzte über verschlechterte Arbeitsbedingungen klagen. Wesentlich dazu tragen die mit uneingeschränkter gestalterischer Phantasie in immer höherer Kadenz eingeführten Formulare und Arztberichte der Versicherungen bei. Die altbekannten und übersichtlichen SUVA-Meldungen und Lebensversicherungsformulare werden dabei immer häufiger durch Mammutberichte von bis zu vier Seiten (Helsana, Berichte für den Case Manager) in den Schatten gestellt. Teilweise kann man wenigstens noch einigermassen den Sinn der Fragen nachvollziehen oder diese gar nützlich finden (HWS-Fragebogen der Unfallversicherer), oft unterschreiben wir aber Zettel, ohne überprüfen zu können, ob der Inhalt überhaupt zutrifft (Spitexformulare). Den Vogel abgeschossen haben nun die Fragen zum Windelbedarf bei Inkontinenz! Andere verlangte Berichte, zum Beispiel bei länger dauernder Physiotherapie, sind derart umfangreich mit meist sinnlosen Fragen, dass deren Zweck nur sein kann, uns vor weiteren Verordnungen abzuschrecken.

So kann es nicht weitergehen! Wir müssen uns gemeinsam wehren:

- Verlangen wir von unseren Versicherungs-«Partnern», dass sie Formulare unseren Berufsverbänden (FMH, SGAM, etc.) vor Benützung zur Prüfung auf die Praxistauglichkeit vorlegen. Eventuell ist zusätzlich der Datenschützer beizuziehen. Nur durch diese abgesegnete Dokumente werden von uns ausgefüllt.
- Verlangen wir, dass mit einer möglichst kleinen Auswahl von Formularen und Berichtsvorlagen gearbeitet und in elektronischer Form allen Softwareanbietern zur kostenlosen Installation zur Verfügung gestellt wird. Für die gleiche Fragestellung müssen alle Versicherungen die gleiche Vorlage benützen.
- Weigern wir uns kollektiv, Berichte und Formulare zu unterzeichnen, deren Wahrheitsgehalt wir nicht lückenlos überprüfen können.

Das Gesetz verlangt von den Versicherungen, die Leistungen nach WZW-Kriterien zu überprüfen. Nirgends steht aber, dass damit ein Wildwuchs an Dokumentation gemeint ist. Wir sind schluss-

endlich für die korrekte Diagnose und Behandlung der Patienten und nicht für die Überwachung der richtigen Abrechnungsweise von Spitexorganisationen und Altersheimen da. Der VSAO hat mit dem Bleistiftstreik bewiesen, dass man ohne Schaden für den Patienten etwas erreichen kann. Tun wir's ihm gleich!

Dr. med. Max-Albrecht Fischer, Seengen

Analyse de la collaboration entre médecins et ostéopathes

Wie viele alternative Heilmethoden hat heute auch die Osteopathie den Wind der Publikumsgunst in ihren Segeln.

Andererseits hat Gobet [1] in seinen Erhebungen in der Westschweiz festgestellt, dass die Ärzte wenig Genaues über die Osteopathie wissen.

Weil es nicht einfach ist, sich über dieses heterogene Gebiet zu informieren, verweise ich auf drei leicht zugängliche Publikationen:

1. Cameron M. Geschichte, Ausbildung und Praxis der Osteopathie in Australien und den USA. Manuelle Medizin 1998;(6):282-9. 63 Literaturhinweise.

Fazit: Der heute schillernde Begriff der Osteopathie ist vom amerikanischen Arzt Still im 19. Jahrhundert geprägt worden. Wichtig ist es zu wissen, dass in den USA der Doctor of Osteopathy (D.O.) dem schulmedizinischen Arzt (M.D.) in jeder Weise gleichgestellt ist.

Er praktiziert sein Spezialfach der Osteopathie eher selten und ist meistens in den klassischen medizinischen Fachrichtungen tätig, etwa als Allgemeinpraktiker oder als Anästhesist oder Chirurg.

Sein Status ist keinesfalls gleichzusetzen mit dem nicht universitären O.D. (Osteopathy Diploma). Die Verwechslungsmöglichkeit ist wahrscheinlich gerne toleriert, besagt aber nichts Negatives über die Ausbildung der O.D.-Träger in unserem Land.

Die Osteopathen sind, weltweit gesehen, eine heteroklite Ansammlung von Individualisten mit unterschiedlichen Ansichten (Lindsay N., zitiert in der Arbeit von Cameron).

2. Dvorak J, et al. Manuelle Medizin, Chiropraktik, Osteopathie. Manuelle Medizin und osteopathische Medizin 2001;(2):66-71. 25 Literaturhinweise.

Fazit: Die drei in Europa praktizierten Disziplinen der Manuellen Medizin, Chiropraktik und Osteopathie unterscheiden sich in der praktischen Ausübung ihrer vielseitigen Techniken erstaunlich wenig.

Im Gegensatz zur Osteopathie verwendet die Manuelle Medizin weder:

- die neurolymphatische Reflextechnik,
- die viszeralen Manipulationen noch
- die kraniosakralen Interventionen.

Die Manuelle Medizin, in der Vollausbildung von Ärzten ausgeübt, erweist sich als offen für neue Akquisitionen, wie zum Beispiel die Triggerpunktechnik.

Alle drei Methoden kranken daran, dass mindestens sektoriell überzeugende Beweise für ihre Effizienz immer noch nicht erbracht sind.

3. Hugentobler B. Osteopathie. PrimaryCare 2006;6(12):227-9. Ohne Literaturverzeichnis.

Fazit: Der Autor beschreibt einige osteopathische Techniken, unter anderem auch die im Kreuzfeuer der Kritiker stehende Kraniosakraltherapie, die an der Mobilisierung der angeblich auch im späteren Lebensalter immer noch beweglichen Schädelknochen ansetzt. Als Therapieindikationen seiner Methode nennt Hugentobler: das muskuloskelettale System, die inneren Organe, den Schädel, die Pädiatrie ohne weitere Spezifikationen.

In der eingangs erwähnten Arbeit von J.-P. Gobet wird die Osteopathie idealerweise als eigenständige und frei zu praktizierende medizinische Tätigkeit gesehen.

Angesichts der optimistisch tönenden Aussagen über die fast unbegrenzten Möglichkeiten, bei aber wenig präziser Indikationsliste und angesichts des fehlenden Wirkungsnachweises, ist es sicher angezeigt, den Stellenwert der Osteopathie vorläufig nicht festzulegen.

Wenn Patienten berichten, dass sie sich nach osteopathischer Behandlung bessergefühlt haben, mag man das wohl glauben. Vielleicht aber waren sie einfach «weller». Ob es ihnen aber dauerhaft besserging und ob sie gar von funktionellen Störungen befreit oder geheilt waren, das wissen wir nicht.

Es drängt sich die Frage auf, wer es denn nun eigentlich besser mache, die Osteopathie, die Chiropraktik, die Manuelle Medizin, die Physiotherapie oder vielleicht einfach, falls indiziert, die in Selbstregie auszuführenden Übungen und Bewegungen …

Peter Kuhn (SAMM), Genf

1 Gobet J-P. Analyse de la collaboration entre medecins et osteopathes. Schweiz Ärztezeitung 2006; 87(25):1178-81.

Welcher psychotherapeutische Zugang für den Grundversorger?

Dr. Gamba erwähnt im Artikel «Welcher psychotherapeutische Zugang für den Grundversorger?» [1] unter den «klassischen psychotherapeutischen Methoden» u.a. psychoanalytisch inspirierte Therapie (Balint). Da Michael Balint zwar Psychoanalytiker war, aber keine eigene Form psychoanalytischer Behandlung begründet hat, nehme ich an, dass damit die Balint-Gruppen-Arbeit gemeint ist. Diese ist aber keine eigene Form von Psychotherapie, sondern eine Möglichkeit, Erleben, Gefühle und (Körper)-wahrnehmungen des Arztes, die sich in der Gruppe spiegeln, zusammen mit den Befunden aus Anamnese und Untersuchungen zu einer «Gesamtdiagnose» zu integrieren und so den Patienten im wahrsten Sinne des Wortes ganzheitlich zu erfassen. Von Balint-Arbeit kann jeder Arzt profitieren, der mit Patienten zu tun hat, egal ob er Hausarzt, somatischer Spezialarzt, analytischer, systemischer oder kognitiver Psychotherapeut ist.

Dr. med. Monika Diethelm-Knoepfel, Uzwil

1 Gamba L. Welcher psychotherapeutische Zugang für den Grundversorger? Schweiz Ärztezeitung. 2006;87(27/28):1269-30.