

# Courrier au BMS



## Einheitskasse führt zu Qualitätsabbau (oder: Wir spielen mit dem Feuer)

Die Initiative für eine soziale Einheitskasse verlangt Prämien nach wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit – das heisst, wie SP-Präsident Fehr im Sommer ausführte: Prämien nach Einkommen und Vermögen. Heute tönt es zwar von einigen Initianten schon wieder in bisschen anders, aber gehen wir einmal davon aus, dass eine neue Gesundheitssteuer eingeführt wird. Gehen wir weiter davon aus, dass die Kosten in den kommenden Jahren ähnlich wachsen wie in den vergangenen Jahren. Was bedeutet das? Die Prämien respektive die einkommensabhängigen Gesundheitssteuern müssten jedes Jahr mit Steuererhöhungen angepasst werden. Da Steuererhöhungen unpopulär sind, werden sich die Politiker hüten, jedes Jahr neue Anpassungen vorzunehmen. Die Konsequenz ist klar: Entweder Abbau von Leistungen oder eine Schuldenwirtschaft. Hochstehende medizinische Leistungen blieben jenen vorbehalten, die sich eine teure Privatversicherung leisten können. Wo das endet, macht uns die Bundesrepublik Deutschland vor.

## Steuererhöhung oder Rationierung der Leistungen

Schulden sind vorprogrammiert in staatlichen Gesundheitssystemen – die desolaten Zustände der medizinischen Grundversorgung verdeutlichen dies. Wenn das Globalbudget aufgebraucht ist, muss mit ärztlichen Behandlungen gewartet werden, bis wieder genügend Geld vorhanden ist! Wir müssen gar nicht über die Landesgrenzen hinausschauen. Auch die IV ist ein Beispiel für die Anfälligkeit staatlicher Versicherungen für Schuldenwirtschaft mit der Konsequenz von Leistungskürzungen. Die Verknappung der Mittel führt letztlich über kurz oder lang zu Leistungseinschränkungen in der Grundversorgung und zur Zweiklassenmedizin. Wollen wir das wirklich?

Das aktuelle Gesundheitssystem ist solide und sicher finanziert. Wir haben ein qualitativ hochstehendes Gesundheitswesen, die vorgeschriebe-

nen Reserven der Versicherer garantieren Liquidität und die Anpassungen der Prämien an die Kostenentwicklung. So hinterlassen wir unseren Nachkommen zumindest im Gesundheitsbereich keinen Schuldenberg.

*Dr. med. Guido Schüpfer, MBA HSG, PhD, Luzern*



## Contrôle de qualité

Au responsable du CSCQ, Chêne-Bourg

Cette lettre sera la dernière que je vous écrirai pour vous signaler un certain nombre d'aberrations dans votre système de contrôle.

Petit rappel des faits:

Il y a plus de deux ans, j'ai reçu un résultat du TP qui m'a pour le moins surpris. Comme vous le savez, le résultat est exprimé en % et en INR. L'un des deux résultats était excellent et le second hors norme.

Or, l'appareil me donne un temps en seconde qui est ensuite comparé à un tableau de conversion fourni par le fabricant du réactif. Dans ce tableau, il existe des rapports fixes entre l'INR et le %. Ainsi, il est impossible d'avoir un résultat correct et un résultat incorrect. Soit les deux résultats sont bons, soit les deux sont mauvais, l'un étant trop et l'autre trop bas. Tout autre cas de figure relève d'une erreur du contrôleur et non du laboratoire.

La responsable de mon laboratoire a téléphoné à Genève pour s'informer. Une aimable laborantine lui a répondu qu'elle ferait mieux d'apprendre à pipeter plutôt que de rouspéter.

Mon titre de médecin m'a cependant valu un peu plus de respect et j'ai pu parler directement au Dr Deom. Il m'a au moins écouté mais m'a dit que mon tableau était probablement faux ou pas adapté à mon appareil. J'ai pris des renseignements auprès de mon fournisseur et du fabricant du réactif: le tableau était adapté à l'appareil et aux réactifs utilisés.

Par la suite, la formule rouge s'est révélée régulièrement anormale, avec toujours le même pourcentage d'écart, alors que les formules de contrôle livrées par Abbott passaient avec des écarts de moins de 1%.

J'ai contacté le fournisseur qui m'a dit qu'il ne pouvait rien faire: le Cell-Dyn 1200 que j'utilisais était comparé à d'autres appareils totalement différents ou d'autres systèmes. Ils m'ont proposé un facteur de correction par lequel je devais multiplier mes résultats. Les formules sont devenues parfaites au point de vue du CSCQ mais la solution ne m'a pas satisfait. J'en ai d'ailleurs un peu honte. J'ai donc repris contact avec Monsieur Deom qui cette fois-ci m'a écouté et a comparé mon appareil avec d'autres du même type. Tout est rentré dans l'ordre sauf le MCHC. J'ai donc regardé de plus près mes résultats, hémoglobine et hématocrite étaient parfaits avec un MCHC hors norme. Les deux premiers étaient comparés à une quinzaine d'autres appareils du même type, le troisième était, lui, comparé à plusieurs centaines d'autres appareils.

Nouvelle réclamation de ma part, entendue je le reconnais puisqu'à présent le MCHC est comparé à une quinzaine d'autres Cell-Dyn.

Par contre, lors du dernier résultat, je constate à nouveau que hématocrite et hémoglobine sont quasiment sur la valeur cible. Je recalculer le nouveau MCHC avec les valeurs cibles et j'obtiens 304 et non 330 comme vous le notez comme votre valeur cible.

Je vous laisse donc voir si le problème vient de chez moi ou de chez vous.

Petite remarque complémentaire, quand la responsable de mon laboratoire a téléphoné pour lui dire que nous avons changé d'appareil pour la sérologie et que nous utilisons maintenant un appareil à chimie liquide automatisé, nous a une fois de plus été aimablement répondu qu'un tel appareil était bien trop compliqué pour nous ... En conclusion, je pense que votre méthode statistique présente d'énormes failles. Elle n'est pas du tout fiable. Vos contrôles ne nous aident pas, bien au contraire. Il faut absolument sortir de vos programmes informatiques pour revenir à la pratique. Vous n'êtes pas un laboratoire «qui a raison de droit divin». Vous devez vous autocontrôler, ce que vous ne pouvez faire qu'en fournissant de temps en temps du sérum ou des globules dont le titre est connu, par exemple en utilisant le sérum de contrôle de grands laboratoires. Dans le cas contraire, vous ne resterez qu'une formalité administrative désagréable et coûteuse.

L'homme et le médecin ne sont pas au service de l'ordinateur, mais c'est le contraire qui doit se faire. Le travail de l'ordinateur doit être soumis à la critique du cerveau humain.

Je vous renvoie une copie des feuilles de résultats que j'ai surlignés au marqueur pour attirer votre attention sur les problèmes qu'elles contiennent. Je fais parvenir une copie de cette lettre à la FMH,

à la Société Suisse de Médecine générale et à Monsieur Norbert Michaud, c/o Laboratoire UNILABS Michaud à Sion.

*Dr Claude Imobersteg, Ayent*



### **Praxiseröffnung Physiotherapie – Brief an den Direktor des BAG**

Soeben flattert auf meinen Schreibtisch eine Einladung zur Eröffnung einer neuen Physiotherapiepraxis im Nachbardorf. Für uns Ärzte im Gebiet ist der Bedarf einer neuen, zusätzlichen Physiotherapie nicht gegeben, und wir haben dies dem neuen Physiotherapeuten auch so zum Ausdruck gebracht.

Auf uns Ärzten lastet der «Fluch» des Praxiszulasungsstopps; es braucht klar definierte Vorgaben, wenn eine neue Arztpraxis zugelassen werden soll. Dies hat weitreichende Konsequenzen auch auf unsere Nachfolgeplanung; für junge Mediziner in Ausbildung ein negatives Signal.

Wieso gilt die gleiche Regelung nicht bei den paramedizinischen Berufen wie Physiotherapie, Masseuren etc.? Vielleicht würde dies auch – zumindest als Signal – einen Einfluss auf die Kostenkontrolle im Gesundheitswesen haben.

*Dr. med. A. Stürchler, Utzenstorf*



### **Rehabilitation im Ausland – ein Fallbericht**

Anlässlich des Aufklärungsgesprächs vor der Implantation einer Hüfttotalprothese wurde dem 76jährigen, leicht dementen Patienten und der begleitenden Ehefrau erklärt, dass nach Spitalaustritt gelenkmobilisierende Massnahmen nicht erwünscht seien, um Schmerzen und Schäden zu vermeiden. Somit sei ein Rehabilitationsaufenthalt unmittelbar nach Austritt aus der Akutklinik nicht sinnvoll. Der Ehegattin wurde zudem unter vier Augen erklärt, dass Demenzkranke sich am besten in der gewohnten häuslichen Umgebung zurechtfinden, weshalb eine baldige Rückkehr nach Hause einem Kuraufenthalt vorzuziehen sei. Mit diesem Behandlungskonzept war der Hausarzt einverstanden.

Bei Eintritt am Vorabend des Eingriffes – einem Sonntagabend, sechs Wochen nach dem Aufklärungsgespräch – teilte der begleitende Sohn mit, dass die Krankenkasse angeordnet hätte, der Patient müsse nach dem Klinikaufenthalt zur Rehabilitation nach B.S. (D). Es sei alles organisiert und es werde alles bezahlt. Sogar eine Begleitperson könne mitfahren. Alles komme viel billiger als die Nachbehandlung in der Schweiz. Auf Anfrage bestätigte die Krankenkasse den Sachverhalt und bekräftigte die Absicht, den Patienten im Rahmen des neuen Case-managements ins Ausland zu schicken.

Die Hüftoperation verlief komplikationslos, die ersten Tage gestalteten sich erfreulich, Herr W. B. machte Fortschritte beim Gehen und wurde innerhalb einer Woche selbständig. Eine Entlassung nach Hause wäre ab 8. postoperativen Tag aus orthopädischchirurgischer Sicht möglich gewesen. Doch die Verwaltung der Krankenkasse hatte den Eintritt in die Rehaklinik erst fünf Tage später anberaumt und dort auf diesen Zeitpunkt das Bett reserviert.

Ausgerüstet mit Röntgenbildern, Medikamentenliste, Operations- und Austrittsbericht wurde der Patient am 13. postoperativen Tag in die Rehabilitation entlassen. Die Anweisungen des Operateurs im Austrittsbericht sind unmissverständlich: Gelenkmobilisierende Physiotherapien sind kontraindiziert. Die Massnahmen haben sich auf die Gehschule zu beschränken. Vollbelastung innerhalb der Schmerzgrenze möglich.

Fünf Tage später teilte die Familie mit, der Patient sei völlig verwirrt, hätte in der Rehaklinik weder das eigene Zimmer noch den Speisesaal gefunden, sei urin- und stuhlinkontinent geworden, hätte dauernd geweint und über vermehrte Schmerzen geklagt. Man habe ihn nach Hause geholt und sei beunruhigt ob der Schmerzen. Man bat um eine vorgezogene Kontrolle beim Operateur. Der orthopädischchirurgische Status war zeitgerecht und unauffällig, die Familie konnte beruhigt werden. In der häuslichen Umgebung fand sich Herr W. B. wieder zurecht und ohne jegliche weitere Physiotherapie ging es rasch aufwärts. Die Schmerzen verschwanden spontan, die Gehleistung nahm täglich zu. Der Patient wurde wieder kontinent. Zur Halbjahreskontrolle erschien er sogar ohne Begleitung in gutem AZ, ohne Hinken, ohne Schmerzen. Die Behandlung konnte abgeschlossen werden.

Dem sechsseitigen Austrittsbericht der Rehabilitationsklinik kann entnommen werden, dass bei Eintritt eine ausführliche Untersuchung mit Labor und EKG stattfand. Als eines der Behandlungsziele wurde die Funktionsverbesserung

durch vorsichtige und gezielte Mobilisierung genannt. In der knappen Woche wurde ein krankengymnastisches und physiotherapeutisches Behandlungsprogramm mit Schwerpunkt auf Einzelkrankengymnastik durchgeführt. Über die traurige Vereinsamung, Orientierungslosigkeit, die Inkontinenz wurde ebenfalls berichtet. Der vorzeitige Klinikaustritt wurde bedauert. Der Bericht endet mit dem Ratschlag an den Sohn, sich frühzeitig um eine Heimunterbringung zu kümmern.

Die Krankenkasse hat im weitem nichts mehr von sich hören lassen. Es wurde alles anstandslos bezahlt. Die Rechnungen für die Operation konnten der Patient und seine Familie kontrollieren (tiers garant), diejenige der Rehabilitationsklinik ging direkt an den Kostenträger (tiers payant). In den Kundenzeitschriften der Krankenkassen und in den Medien werden die viel, viel billigeren Behandlungen im Ausland angepriesen. Namhafte Gesundheitspolitiker loben dies als Erfolg im Kampf gegen die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen. Weitere Kommentare erübrigen sich!

*Dr. med. Josef E. Brandenburg,  
Orthopädische Klinik Luzern*



### **Ubi solitudinem faciunt, pacem appellant!**

En lisant l'éditorial de notre bulletin du 13.12.06 [1] je me suis creusé la tête pour savoir ce que signifiait psychiatrie *forensique*; ce dernier terme ne figure ni dans le «Robert» 1991 ni dans un «Nouveau Larousse universel» datant, je le veux bien, de 50 ans. Cherchant dans mes dictionnaires allemand et anglais, j'ai trouvé: en allemand: forensisch (gerichtlich), judiciaire, et en anglais: forensic medicine, médecine légale. Pouvez-vous me dire s'il y a une différence entre la psychiatrie légale et la psychiatrie forensique? Ne sommes-nous pas une fois de plus envahis par des termes anglo-saxons?

Par ailleurs j'ai beaucoup apprécié l'article de mon confrère R. Raggenbass et sa remarquable citation de Tacite: je me suis réjoui de ce que le latin soit encore en honneur dans notre culture et dans notre profession: veuillez l'en féliciter.

*Dr F. Richard, Nyon*

1 Raggenbass R. Bull Méd Suisses.2006;87(50):2163-4.

### Réponse

Tout d'abord je vous remercie pour la lecture attentive de l'éditorial auquel vous faites référence. Vous avez parfaitement raison le terme de psychiatrie forensique ne vient pas de notre vocabulaire. Il nous vient de l'allemand, non pas de l'anglais comme nous pourrions le penser. Cela dit, il tend de plus en plus à s'imposer dans la francophonie. Pour preuve le laboratoire de génétique forensique à Lausanne ou encore l'Unité de médecine forensique à Genève. La dénomination de psychiatrie forensique est progressivement préférée parce qu'elle cerne de manière plus serrée l'objet criminologique et pénal auquel il a affaire que la psychiatrie légale (plus large).

Il faut savoir que le terme forensique renvoie à «venu de l'extérieur». Il aurait un lien avec le «Forum» latin mais il est surtout apparu chez Luther dans la théorie dite «de la justification forensique»: «L'homme placé devant autrui, devant le monde, devant soi-même, devant Dieu comme devant des instances qui le prennent à partie, l'évaluent et le jugent, se prononçant sur lui, sur sa valeur. Il est alors appelé à se situer face à ces instances. Saisi dans cette perspective forensique l'homme se caractérise essentiellement par son effort de justification» (Encyclopédie Universalis, 2006). Cet éclairage peut à mon sens soutenir son usage en français et le rendre un peu moins barbare à notre ouïe.

*Dr R. Raggenbass,  
membre du Comité central de la FMH, Martigny*



### Körper und Geist: Ist die Genderprägung biologisch zwei- bis dreidimensional?

«Die männliche Prägung des kindlichen Gehirnes durch die intrauterine Androgenexposition und das bisherige Aufwachsen in der Rolle des Knaben wären nur bedingt korrigierbar und die psychischen Auswirkungen auf das Kind enorm.» [1] – es tut dem Inhalt dieses interessanten Artikels keinen Abbruch, eröffnet hingegen ein Beispiel dafür, dass die Natur mannigfaltig ist, wenn man (seit wenigen Monaten) erfährt, dass das Gehirn initial durch (aus den Hoden stammendes) Östrogen «vermännlicht» wird und nicht nur durch Androgen [2]. Beim Weibchen sequestrieren das Alpha-Feto-Protein (AFP) bzw. seine Peptide perinatal das viel spärlichere Östrogen genügend, um eine Vermännlichung

des Sexualverhaltens zu verhindern. Jetzt erklärt sich auch, warum männliche Mitzwillige ihre Schwestern nicht vermännlichen.

Diese Wirkung des AFP liess sich kürzlich in AFP-knock-out-Mäusen durch einen Aromataseinhibitor ersetzen [3]. Die Entweiblichung wesentlicher Hirnfunktionen und Verhaltensweisen wurde hierdurch verhindert. Die Gruppe um das Bostoner Prof.-Michael-J.-Baum-Labor mit der jungen Lütticher Wissenschaftlerin Julie Bakker hat ausserdem herausgefunden, dass das Riechepithel zumindest auch bei lebenserfahrenen Nagermännchen (aber auch bei Weibchen [4]) wesentlich für deren Sexualkompetenz ist [5]. Weibchen hingegen brauchen das Vomeronasalorgan der Nasenschleimhaut zur kopulationsnotwendigen Lordose [6]. Eine nasogenitale Verbindung wurde medizinhistorisch nicht nur von Freuds engem Freund (und Mittäter) Wilhelm Fliess [7, 8] als Ursache der «Hysterie» vermutet und, durch Ausschaltung des Keilbeinglions, bei der Ratte auch nachgewiesen [9].

Bei der Ratte differenzieren Östrogene die Area preoptica, die zum männlichen Kopulationschaltkreis gehört, und steigert die PGE2-Produktion durch COX-2. Eine kurze postnatale NSAR-Gabe kann diesen bleibend stören, wohingegen eine PGE2-Gabe zu Vermännlichung des späteren Sexualverhaltens führt [10].

Für die Klinik kann somit vermutet werden, dass Körper und Geist initial orthogonal durch zwei verschiedene Einflüsse vermännlicht bzw. weiblicht werden. In der Tat kommen Menschen in die Psychotherapie, weil sie, bei konformer Sexualorientierung, ein bezüglich männlichweiblich differenzierter Hirnleistungsneigungen (Aggression, rauhes Spiel und Autolenken vs. Fürsorglichkeit und emotionale Kompetenz) nicht nur bezüglich der Reproduktionserwartungen non-konformes Verhaltensmuster haben.

Später [11] werden Verhalten und Körpermerkmale in verschiedenen Zeitfenstern durch geschlechtsspezifische Sexualhormone teilweise bleibend *parallel* geprägt. Der Zwischengewebe kern der Hirnanhangdrüse ist bei Männern grösser: Hierdurch wird als 3. Dimension die Sexualpräferenz mitbeeinflusst. Während AGS-Mädchen ohne Therapie bleibend Androgenen ausgesetzt sind, hatten durch Medikation der Mütter mit zuwenig überwachten Steroiden bei der Geburt maskulinisierte Mädchen in den 70er Jahren z.B. ein bubentypischeres Spielverhalten.

Auch auf diesem facettenreichen Gebiet spricht aber alles dafür, dass oft lediglich ein weicher Biologismus gerechtfertigt ist, der zudem u.a.

auch durch manische Dynamiken moduliert werden kann (z.B. Verzicht auf Testosteroneinnahme bei Hodenagenese und bipolarer Störung, um Aggressionsdurchbrüche zu vermeiden, die einen Stimmungsfestiger erfordern würden).

*med. pract. Gottfried R. Treviranus, Bern*

- 1 Redaktion Ethik. Das ethische Dilemma der «richtigen» Geschlechtszuteilung. Schweiz Ärztezeitung. 2006;87(47):2041-3.
- 2 Bakker J, De Mees C, Douhard Q, et al. Alpha-fetoprotein protects the developing female mouse brain from masculinization and defeminization by estrogens. Nat Neurosci. 2006;9:220-6.
- 3 De Mees C, Laes JF, Bakker J, et al. Alpha-fetoprotein controls female fertility and prenatal development of the gonadotropin-releasing hormone pathway through an antiestrogenic action. Mol Cell Biol. 2006;26:2012-8.
- 4 Destruction of the main olfactory epithelium reduces female sexual behavior and olfactory investigation in female mice. Chem Senses. 2006; 31:315-23.
- 5 Keller M, Douhard Q, Baum MJ, Bakker J. Sexual experience does not compensate for the disruptive effects of zinc sulfate lesioning of the main olfactory epithelium on sexual behavior in male mice. Chem Senses. 2006;31(4):315-23.
- 6 Keller M, Pierman s, Douhard Q, Baum MJ, Bakker J. The vomeronasal organ is required for the expression of lordosis behaviour, but not sex discrimination in female mice. Eur J Neurosci. 2006;24:521-30.
- 7 Young AR. Freud's friend Fliess. J Larangol Otol. 2002;116:992-5.
- 8 Masson JM. Was hat man Dir, Du armes Kind angetan. Sigmund Freuds Unterdrückung der Verführungstheorie. Reinbek: Rowohl, dt. 1984, engl. 1983.
- 9 Rosen S, Zacharias LR. Nasogenital relationship II: pseudopregnancy following ... of sphenopalatine ganglion in rat. Endocrinology. 1946;27:463-8.
- 10 Amateau SK, McCarthy MM. Induction of PGE2 by estradiol mediates developmental masculinization of sex behavior. Nature Neuroscience. 2004; 7:643-50.
- 11 Kimura D. Sex Differences in the Brain. Scientific Am. May 13, 2002. www.sciam.com.