

# Courrier au BMS



## Offener Brief zur Konsultationstaxe

Bundesrat Couchepin möchte in einem Dringlichkeitspaket 30 Franken pro Konsultation, zusätzlich zum Selbstbehalt von 10 Prozent, einführen. Dieser Vorschlag tangiert die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung ganz besonders, und er läuft allen Konzepten einer wirksamen Gesundheitsversorgung entgegen.

Halten wir uns vor Augen: 50 Prozent aller Menschen erkranken irgendwann in ihrem Leben an psychischen Störungen: Diese haben weltweit die höchste Krankheitslast. Somit sind die volkswirtschaftlichen Kosten bei diesen Krankheiten sehr hoch. Aber nur etwa ein Zehntel der Patienten wird adäquat behandelt, wie Studien – auch in der Schweiz – zeigen.

Mit einer Konsultationsgebühr wird die Schwelle für eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung massiv erhöht, was sich angesichts der schon bestehenden Hürden und der Hemmungen der Patienten, sich eine seelische Krankheit einzugestehen, eine fachgerechte Behandlung massiv erschwert, ja sogar verhindert. So wird die frühzeitige Erfassung psychischer Erkrankungen verunmöglicht – erinnert sei hier an die Suizidprophylaxe – chronisch psychisch Kranke werden benachteiligt und sozial wenig integrierte Menschen erst recht ausgegrenzt. Eine 30-fränkige Konsultationsgebühr verunmöglicht eine adäquate psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und wird insgesamt die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz zusätzlich verschlechtern.

Die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) lehnt diesen Vorschlag vehement ab und wird sich aktiv für die Ablehnung dieser Massnahme einsetzen.

*Dr. med. Hans Kurt, Präsident SGPP,*

*Dr. med. Gerhard Ebner, Vorstandsmitglied SGPP*



## Kommentar zum Artikel «PSA-Screening verringert Sterblichkeit um 20 %»

Die Kollegen des Prostatazentrums KSA [1] kommentieren die Resultate einer Studie zum Nutzen des PSA-Screenings, die am 26. März im NEJM veröffentlicht

wurde, m. E. zu unkritisch, was schon in der Titelwahl zum Ausdruck kommt.

Es stimmt zwar, dass in der von Schröder et al. publizierten Europäischen ERSCP-Studie [2] die Sterblichkeit in der Screening-Gruppe 20% tiefer war, aber wenn man die Zahlen genauer anschaut, muss der von den Aarauern gezogene Schluss relativiert werden: In der ERSCP-Studie wurden über 162 000 Männer zwischen 55 und 69 Jahren in eine Screening- und eine Kontrollgruppe eingeteilt. In der Screening-Gruppe fanden sich 8,2% Prostatakarzinome, in der Kontrollgruppe 4,8%. Die Sterblichkeit betrug nach einer mittleren Beobachtungszeit von 9 Jahren 0,29% in der Screening- und 0,36% in der Kontrollgruppe. Die relative Differenz beträgt 20%, die absolute aber nur 0,7%. Um einen Todesfall zu verhindern, müssen also 1410 Männer behandelt werden. Wenn man die Nebenwirkungen der Operation und/oder der Bestrahlung berücksichtigt, kann man ausrechnen, wie viele Männer inkontinent oder impotent werden, um einen Todesfall zu verhindern. Auch wird wegen des Screenings bei 8,2 statt 4,8% (absolut + 3,4%, relativ + 70%) der Männer eine Krebsdiagnose gestellt, die bei wenigstens 3,4% bekannt, aber nicht manifest wird. Die Frage heisst daher nicht, ob das PSA-Screening allgemein empfohlen werden soll, sondern ob der geringe Nutzen den beträchtlichen Schaden aufwiegt.

In derselben Nummer des NEJM wurde zum gleichen Thema die US-amerikanische PLCO-Studie [3] veröffentlicht, in der über 76 000 Männer mit der gleichen Fragestellung über 11 Jahre beobachtet wurden. Sie zeigte keinen Nutzen des PSA-Screenings und wurde von den Aarauern nicht erwähnt. Prof. Barry von der Harvard Medical School äussert sich in seinem Editorial [4] denn auch viel vorsichtiger als die Schweizer Kollegen.

Aus den Studien kann m.E. nicht der Schluss gezogen werden, dass die Kontroverse um den Nutzen des PSA-Screenings gelöst ist. Vielmehr fragt es sich, ob sie je zu beantworten ist, nachdem das PSA seit über 20 Jahren bestimmt werden kann, aber noch kein klarer Beweis für seinen Nutzen in der Prävention vorliegt. Persönlich rate ich vom Screening ab und habe bei mir das PSA auch noch nie bestimmt.

*Dr. med. Urs Strebel, Männedorf*

- 1 Kwiatkowski M, Huber A, Recker F. PSA-Screening verringert Sterblichkeit um 20%. Schweiz Ärztezeitung. 2009; 90(13):514.
- 2 Schröder F. et al. Screening and Prostate-Cancer. Mortality in a Randomized European Study. N Engl J Med. 2009;360:1320-8.
- 3 Andriole G. et al. Mortality Results from a Randomized Prostate-Cancer. Screening Trial. N Engl J Med 2009. 360:1310-9.
- 4 Barry M., Screening for Prostate-Cancer. The Controversy That Refuses to Die, N Engl J Med 2009;360: 1351-4.



### PSA-Screening verringert Sterblichkeit um 20%: einseitige Darstellung

#### Entgegnung zum Artikel von M. Kwiatkowski des Prostatazentrums Aarau [1]

Der schnell nach Publikation der ERSCP-Studie im «New England Journal of Medicine» erschienene Artikel [2] verschweigt gewisse Aspekte: Es handelt sich um die 3. Interims-Analyse. Die im gleichen Heft publizierte PLCO-Studie [3] fand keinen Mortalitätsunterschied.

Der Gewinn in der ERSCP-Studie in Form einer relativen Verminderung der Todesrate an Prostata-Ca ist statistisch knapp signifikant ( $p = 0,04$ ) und bezüglich klinischer Relevanz diskutabel: number needed to screen: 1410, number needed to treat: 48, um einen Todesfall infolge Prostata-Ca während 10 Jahren zu vermeiden.

Der Editorialist in der gleichen Nummer meint: «The key question is not whether PSA-screening is effective but whether it does more good than harm.»

«Harm» meint: Überdiagnose und Überbehandlung, Verängstigung, Folgeprobleme wie Inkontinenz und Impotenz, vor allem bei unnötig behandelten Männern.

Eine number needed to treat von 48 heisst, dass 48 Männer behandelt werden müssen, damit einer profitiert. Doch die 47 anderen gehen auch ein Therapierisiko ein: Bei der Behandlung des klinisch lokal begrenzten Prostata-Ca von 48 Männern sind gemäss bisherigen Untersuchungen folgende Beeinträchtigungen zu erwarten [4]: Inkontinenz infolge Radikaler Prostatektomie (RPE) in 35% (= 16 Männer), infolge Radiotherapie (RT) in 12% (= 5 Männer), Erektile Dysfunktion infolge RPE in 58% (= 27 Männer), infolge RT in 43% (= 20 Männer).

Soll ich nun als Grundversorger meinen Patienten im Alter von 50 bis 69 und mit einer Lebenserwartung von mindestens 10 Jahren zu einem PSA-Screening raten? Ich weiss die Antwort auch jetzt nicht. Warten wir doch die Ergebnisse der ERSCP-Studie ab, die uns weitere Aufschlüsse zu Lebensqualität und Kosteneffizienz des PSA-Screenings verspricht.

*Dr. med. Hansjörg Bumbacher, Zürich*

- 1 Kwiatkowski M, Huber A, Recker F. PSA-Screening verringert Sterblichkeit um 20%. Schweiz Ärztezeitung. 2009; 90(13):514.
- 2 Schröder PH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Ciatto S, Nelen V, Kwiatkowski M, et al. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. N Engl J Med. 2009; 360:1320-8.
- 3 Andriole GL, Grubb RL 3rd, Buys SS, Chia D, Church TR, Fouad MN, et al. Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial. N Engl J Med. 2009;360: 1310-9.
- 4 Wilt TJ, MacDonald R, Rutks J, Shamlivan TA, Taylor BC, Kane RL. Systematic review: comparative effectiveness and harms of treatments for clinically localized prostate cancer. Ann Intern Med. 2008;148:435-48.

- 1 Kwiatkowski M, Huber A, Recker F. PSA-Screening verringert Sterblichkeit um 20%. Schweiz Ärztezeitung. 2009; 90(13):514.
- 2 Andriole GL, Grubb RL 3rd, Buys SS, Chia D, Church TR, Fouad MN, et al. Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial. N Engl J Med. 2009;360: 1310-9.



### Männer über 55: hopp, hopp zum PSA-Test ... sonst sterbt ihr!

#### Zum Beitrag Kwiatkowski M, Huber A, Recker F. PSA-Screening verringert Sterblichkeit um 20% [1]

Warum interessiert sich ein Pneumologe für diese Studie? Weil er ein 50+-Mann ist, Internist dazu. Ob die Schweizerische Ärztezeitung Plattform sein muss für einseitig präsentierte Studien, will ich nicht diskutieren. Immerhin: Ein Artikel im gelben Heft gilt (oder galt bis anhin) für mich als evidenz-gefiltert.

Der obige Artikel «bewies», dass durch das PSA-Screening auf 10000 Männer sieben weniger an Prostatakrebs sterben, dies bei einem bescheidenen P-Wert 0,04. Um einen Todesfall an Prostatakrebs zu verhindern, müssen fast 1500 Männer gescreent werden.

Ich zähle 10 Punkte auf, die der Artikel nicht oder nur angedeutet erwähnt:

1. dass in derselben Nummer des «New England Journal of Medicine» eine ähnlich angelegte amerikanische Studie publiziert ist, die keine Unterschiede der (sehr kleinen) Sterblichkeit zwischen Kontroll- und Screeninggruppe zeigt [2];
2. dass durch das Screening Tausende überflüssiger Biopsien gemacht werden;
3. dass die radikale Prostatektomie, und sei sie technisch noch so brillant gemacht, eine verstümmelnde Operation ist mit den Folgen Impotenz und, zum Glück selten, Inkontinenz;
4. dass das Screening nun wirklich nicht verglichen werden kann mit dem Screening für Dickdarmkrebs, wo in den allermeisten Fällen eben keine verstümmelnde Operation zur definitiven Heilung nötig ist;
5. dass es nicht nur falsch-positive, sondern auch falsch-negative PSA-Cutoff-Werte gibt;
6. dass die Komplikationen der Biopsieentnahme nicht unbedeutend sind;
7. dass es sehr viele Prostatakrebs gibt, die bis zum Tode des Mannes gar nicht manifest werden. Wir Älteren wissen das aus unserer Assistenzzeit anlässlich der damals ja noch häufigen Obduktionen;
8. dass die Therapie des manifesten Prostatakarzinoms immer besser wird;
9. dass man über die Lebensqualität von prostatektomierten Männern wissenschaftlich nur wenig weiss;
10. dass aus dem Screening exorbitante Kosten resultieren.

Deshalb meine ganz private Meinung: So lange die Datenlage über einen Nettoprofit des PSA-Screenings derart ambivalent ist, halte ich mich an den gesunden Menschenverstand und an mein egoistisches Interesse,

meine Männerorgane möglichst lange unversehrt zu halten. Es käme mir nicht in den Sinn, ein PSA-Screening zu machen.

Dr. A. Paky, St. Gallen

*Anmerkung der Redaktion:* Der angesprochene Beitrag fasst die Studienergebnisse aus der Perspektive der Verantwortlichen eines der involvierten Zentren zusammen, was durch die Ressort- und Rubrikzuordnung auf dem Seitenkopf signalisiert wurde. Eine Diskussion dieser Darstellung, wie sie durch die Zuschriften der Kollegen Strelbel, Bumbacher und Paky geführt wird, ist durchaus im Sinn der Redaktion.



### Osterbotschaft «Zeit der Erneuerung»

Kollege Martins Osterbotschaft «Zeit der Erneuerung» [1] hat vielfältig ins Schwarze getroffen. Im zweiten Teil äussert er Erstaunen über die Reaktion eines seiner Söhne nach Lektüre des Romanes «Melnitz», geschrieben vom Zürcher Dramaturgen Charles Lewinsky [2]. Ob es sich dabei um eine Reaktion gehandelt hat, ähnlich derjenigen, die mich überfallen hat nach der nur wenige Jahre nach Ende des Zweiten Weltkrieges gemachten Erkenntnis der jüdischen Abkunft nicht nur der drei damals führenden Hämatologen in den Niederlanden, sondern auch der zwei Kollegen mit denen ich zusammen beim Aufbau der Abteilung Hämatologie in Leiden beschäftigt war? Sicher ist, dass es Lewinsky gelungen ist, viele der guten Seiten jüdischen Geistes prachtvoll in Bild zu bringen, und dass seine Figur Melnitz zugleich diesbezügliches Gewissen und Geschichte repräsentiert – nach Ansicht des NZZ-Rezensenten «unfassbar». Sicher ist auch, dass Lewinsky die Periode des 2. Weltkrieges überspringt, dass er jedoch heute damit beschäftigt ist, hat er doch kürzlich das niederländische Durchgangslager «Westerbork» auf dem Weg der extrem hohen Anzahl Juden nach Auschwitz besucht.

Gerne möchte ich darauf hinweisen, dass von jüdischer Seite die Periode 1939–1945 behandelt worden ist in der Monographie einer Schweizer Ärztin im Ruhestand, Hanna Zweig-Strauss, unter dem Titel «Saly Mayer, 1882–1950. Ein Retter jüdischen Lebens während des Holocaust» [3]. Merkwürdigerweise zeigt sie im Bildteil nur ein Jugendporträt Mayers. Dessen Altersaufnahme mit für diesbezüglich Empfindliche deutlich angsteinjagenden Gesichtszügen wurde aber anlässlich der Besprechung des Buches in der schweizerischen Sonntagszeitung in Grossformat abgebildet. In Übereinstimmung damit steht seine Freundschaft mit Heinrich Rothmund, der während des 2. Weltkrieges mit grosser Selbständigkeit die diesbezügliche

Politik betrieben hat, zusammen mit seiner «rechten Hand», die ebenfalls jüdischer Dignität war. Dem Resultat der Studien Lewinsky darf mit Interesse entgegengesehen werden.

Eine eigene Studie über «Beziehungen zum Judentum» (Teil IV meiner Familienchronik, die seit 2004 im Basellandschaftlichen Staatsarchiv vorhanden ist) hat ergeben, dass zu Zeiten der Konstitution des Schweizerischen Bundesstaates – also um 1848 – Personen jüdischer Dignität die Grenze bei Schaffhausen offiziell überschreiten durften, jedoch nur unter Verschweigung jüdischer Provenienz, resp. nach Bekehrung zum Katholizismus, wie dies bei Vorahnen von meinem Freund fürs Leben der Fall war, dem Architekten Eduard Neuenschwander, Erbauer des Zürcher Gymnasiums Rämibühl und Erschaffer der universitären Irchelanlage in Zürich. Seine jüdische Abkunft hat er erst 1994 veröffentlicht, damals privat, für mich jedoch Anlass zu obengenannter Studie. Kürzlich jedoch auch noch öffentlich in «Das volle Leben. Männer über 80 erzählen» [4].

Nicht unerwähnt darf bleiben, dass es molekularbiologischen Forschern gelungen ist, jüdisches Erbgut freizulegen. Zu Beginn des 21. Jahrhunderts wurde auf Grund der Untersuchung weiblich-mikrosomalen Materials gezeigt, dass nur wenige Mütter an der Pflanzstätte ganzer Heerscharen aschkenasischer Juden gestanden haben [5]. Und kürzlich zeigten Untersuchungen an Y-chromosomalem Material, dass in Übereinstimmung mit geschichtlichen Daten die Bevölkerung der Iberischen Halbinsel bis zu 20 Prozent sephardisch-jüdischer Abkunft ist [6].

Prof. Dr. med. E. A. Loeliger, Oegstgeest/NL



### A propos des taxes de dérangements

Je me demande qui a choisi le terme de *taxe de dérangement* pour faire valoir notre travail lors de la révision du TARMED.

Ne devait-on pas s'opposer à une terminologie aussi grossière et source de malentendus? On pouvait proposer *taxe de diligence* ou *taxe d'intervention extérieure*.

Je constate que le délire administratif engendré par l'usine à gaz du TARMED continue et que les décideurs ont totalement perdu de vue les patients et les praticiens.

Comme disait Brel il y a la manière!

C'est le rôle de notre association professionnelle d'exiger des termes plus civils sans délai.

Dr A. Chavaz, Genève

- 1 Martin J. Zeit der Erneuerung. Schweiz Ärztezeitung. 2009; 90(15/16):644.
- 2 Lewinsky C. Melnitz. München: Nagel & Kimche; 2006.
- 3 Zweig-Strauss H. Saly Mayer (1882–1950). Köln: Böhlau; 2007.
- 4 Schwager S. Das volle Leben. Männer über 80 erzählen. Gockhausen: Wörterseh; 2008.
- 5 Thomas MG, Weale ME, Jones AL, Richards M, Smith A, Redhead N, et al. Founding mothers of Jewish communities: geographically separated Jewish groups were independently founded by very few female ancestors. Am J Hum Gen. 2002;70:1411-20.
- 6 Adams SM, Bosch E, Balaresque PL, Ballereau SJ, Lee AC, Arroyo E, et al. The genetic legacy of religious diversity and intolerance: paternal lineages of Christians, Jews, and Muslims in the Iberian Peninsula. Am J Hum Gen. 2008;83:725-36.



## Zu viele Köche und Köchinnen ohne Verantwortung

### Leserbrief zu «Ausgeblutet»

Lieber Heiner Lachenmeier

Deine Zuschrift in der SÄZ 14/2009 [1] verstehe ich als Ausdruck von Frust über die beklagenswerte Situation des praktizierenden Schweizer Psychiaters und seiner Kollegin. Deine zornig enttäuschte Beurteilung teile ich mit Dir, allerdings nicht alle deine Forderungen: So halte ich es nicht für den Fehler des gegenwärtigen Kapitäns des Narrenschiffs, wenn dieses, von den Sturmwolken orientierungslos herumgetrieben, nun an Klippen zu zerschellen droht. Neben ihm verderben jedoch zu viele Köche und Köchinnen ohne Verantwortung für das gemeinsame Wohl der Besatzung mit ihren häufig undefinierbaren, exotischen Rezepten den Brei.

Vielleicht ist die Aufgabe, sich gegen die (gesundheits-)politische Grosswetterlage zu wehren auch einfach zu gross. Jedenfalls ist die Diskrepanz zwischen den inflationären Ansprüchen an unser Fachgebiet (sowohl der Gesellschaft als auch von uns selber) und dem faktischen Verschwinden der «Seele» aus dem ärztlichen Gesundheitsmarkt enorm: Als unmessbare Grösse ist sie eben nicht ökonomisch (ver-)handelbar.

Unser Einkommen vergleiche ich hier nicht mit den regelmässig angezweifelte Angaben von Versicherern sondern mit dem Tarif von Mike Shiva ([www.mike-shiva.ch](http://www.mike-shiva.ch)), dem schweizweit bekannten, telegenen Problemlöser in Minutenschnelle (Couchepin lässt grüssen!): Pro Minute kostet bei ihm eine Konsultation Fr. 4.50 und damit fast auf den Rappen gleich viel wie bei uns laut TARMED für eine «psychiatrische Diagnostik und Therapie» bezahlt wird, beide sind offenbar gleich viel «wert». Was können wir unternehmen, um ihm gegenüber einen «Mehrwert» zu bieten? Brauchen wir dazu wirklich im Weiterbildungsprogramm zwingend ein Medienseminar, damit wir uns alle «Ziischtings-Club»-gerecht präsentieren können? Soll man eine Zusatzausbildung in Esoterik vorschreiben? Wir könnten so unsere Position zu vorgeburtlichem Blickkontakt und zur interstellaren Felddurchdringung mit ihrem Effekt auf das personale Erleben (am besten per Powerpoint und mit Zitaten von Heisenberg, Pauli und Einstein gespickt) besser darstellen! Ist ein juristisches Semester zu verlangen, damit wir sind, was das Publikum von uns hält (Beurteiler von Zurechnungs- und Entlassungsfähigkeit von Triebtätern) und was unsere Kunden mit ihren Versicherungsproblemen wünschen, anstelle vermehrtem Training am Patienten, der aus Kostengründen ohnehin langsam wegrationalisiert wird? Und können wir uns weiter um erweitertes

pharmakologisches und neuropsychologisches Wissen drücken? Wir haben doch der Industrie den nosologischen Hintergrund zu liefern, damit sie die entsprechenden Krankheitsbilder – teilweise – behandeln oder die passenden Nebenwirkungen – teilweise – verringern kann; auf diesem Wege gelangen wir direkt in die Nähe des Marktes, des Pharmamarktes jedenfalls. Und dieser finanziert ja schon jetzt praktisch alle unsere Fortbildungen. Und erst die Neuropsychologie: Wie wollen wir uns sonst noch verstehen ohne deren Sprache? Wollen wir diese wirklich gänzlich den Psychologen und Psychologinnen überlassen? Oder sollten wir uns vielleicht darauf bescheiden, was wir wirklich wissen, was zu wissen wir erhoffen können und was wir sicher nicht wissen (können), was wir glauben dürfen und was sicher nicht; was bleibt von der Beziehung zum Patienten?

Das sind nach gut 30-jähriger Tätigkeit als Psychiater einige Ideen zu den Anforderungen, um das Narrenschiff aus Seenot retten zu können. Ich hoffe, sie haben Dich nicht noch zusätzlich seekrank gemacht!

Dr. med. Rolf Tschannen, Wil

1 Lachenmeier H. Ausgeblutet. Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(14):566.



### Killerspiele verbieten!

Tür auf, sichern, Kopfschuss, weiter bis zur nächsten Ecke, Feind, Kopfschuss, erledigt, weiter ... Die meisten Bürger können sich nicht im entferntesten vorstellen, welche brutale Gewalt in vielen Videospiele eingeübt wird. Das Szenarium des Amoklaufs von Winnenden wie auch zahlreicher ähnlicher Ereignisse der letzten Jahre entsprechen z.T. exakt dem, was viele Kinder und Jugendliche immer realitätsnäher stundenlang an ihrer Spielkonsole trainieren. In einigen dieser Spiele, sogenannten «ego-shooters», versetzt sich der Spieler in verschiedene Rollen wie die eines Soldaten, eines Mitgliedes eines Spezialkommandos, eines Terroristen oder Auftragsmörders, der dann aus der Ich-Perspektive seine Gegner tötet. In anderen Spielen üben sie systematisches und exzessives Töten mit verschiedensten Waffen vom Maschinengewehr bis zur Kettensäge. Sie demütigen, foltern, zerstückeln, verstümmeln, erschliessen und zersägen Menschen an ihren Bildschirmen [1].

Es gibt keinen vernünftigen Grund, warum irgendjemand, seien es Kinder, Jugendliche oder Erwachsene, sich diesem verheerenden Einfluss aussetzen soll. Umso weniger, da bekannt ist, dass diese Spiele im Pentagon in Zusammenarbeit mit der Computerspielindustrie entwickelt wurden, um die Abschussquote ihrer Soldaten zu erhöhen.



Mehrere tausend empirische Untersuchungen [2], einschliesslich mehrerer neuer Langzeitstudien im deutschsprachigen Raum [3], belegen den eindeutigen Zusammenhang zwischen Konsum von Mediengewalt und gesteigerter Aggressivität. Ebenso besteht ein direkter Zusammenhang zwischen Brutalität der Spiele und verbrachter Zeit vor dem Computer einerseits und Verschlechterung der Schulleistungen andererseits. Zum Schutz der seelischen Gesundheit unserer Jugend fordern wir ein Verbot gewalttätiger Computerspiele. Gerade in der heutigen Weltsituation braucht es junge Menschen, die mithelfen, die Probleme der Zeit zu lösen. Den Computer kann man auch nutzen für den Aufbau von Freundschaften und im Rahmen von Hilfsprojekten für die krisengeschüttelten Regionen unserer Welt.

*Dr. med. Raimund Klesse, Präsident,  
Hippokratische Gesellschaft Schweiz*

- 1 Kölner Aufruf gegen Computergewalt, z. B. [www.gwg-ev.org/cms/cms.php?print=1&textid=1384](http://www.gwg-ev.org/cms/cms.php?print=1&textid=1384).
- 2 Wichtige davon zitiert in: Mediengewalt – ein Gesundheitsrisiko für unsere Kinder, Broschüre, Hippokratische Gesellschaft Schweiz, Postfach 2086, 8033 Zürich.
- 3 Internationaler Kongress «Computerspiele und Gewalt», 20.11.2008, Hochschule für angewandte Wissenschaften, München, Zusammenfassung unter [www.medieninfo.bayern.de](http://www.medieninfo.bayern.de).



### Mutige Worte

#### Zu: Schöni MH. Anmerkungen zum Fortbildungs(schwach)sinn [1]

Herzlichen Dank für die klaren, deutlichen, mutigen Worte von Professor Schöni. Sie haben «von oben» dank der Gravitation hoffentlich mehr Kraft und Wirkung. In der Tat wird der Inhalt unserer Fortbildung zu oft direkt von den Pharmafirmen beeinflusst. Ein Beispiel: Hypertonie. Es wurde uns bisher nur das AAS (Angiotensin-Aldosteron-System) vorgestellt, weil entsprechende Medikamente schon länger zur Verfügung stehen. Erst jetzt, als auch ein Renininhibitor produziert wird, mutiert es zum RAAS (Renin-Angiotensin-Aldosteron-System). Auch wenn Vasopressin hier ebenso eine wichtige Rolle spielt, zum VRAAS (Vasopressin-Angiotensin-Aldosteron-System) wird es noch nicht ergänzt, weil trotz der Bemühungen der Pharmaforschung noch kein Vasopressinantagonist vorhanden ist. Beide, Renin und Vasopressin, werden aber direkt von der Nahrung und der Zufuhr von Flüssigkeit beeinflusst (aktiviert). Wann werden wir von unseren

Meinungsbildnern hören, welche Änderungen der Ernährung den Bedarf an ACE-Hemmern, Sartanen, Aldosteronantagonisten, Renininhibitoren und/oder ihre Nebenwirkungen vermindern?

Überrascht hat mich die Aussage von Professor Schöni, dass trotz der vielen Fortbildungen und des leichten Zugangs zu den entsprechenden, gewünschten Informationen im Internet die jungen Ärzte (nur Pädiater?) vermehrt eine persönliche Auskunft und Stellungnahme verlangen. Ist alles komplizierter geworden? Sind sie durch die Empfehlungen der EBM (Evidence Based Medicine) verunsichert? Führt die Art des Studiums, der Ausbildung und der Fortbildung zu weniger Selbständigkeit? Hoffentlich erklärt uns jemand von ihnen in der Diskussion die Gründe dafür.

In den alten guten Zeiten brauchten wir nur drei, vier Fachzeitschriften zu lesen, um auf dem Laufenden zu bleiben. Jetzt wird man durch mehrere (Gratis-)Fachzeitschriften überflutet, in denen sich fast jeden Monat Referate über dasselbe Thema wiederholen, auch wenn der Fortschritt nicht so schnell verläuft: Je teurer die Medikamente, desto öfter sollen wir über Reflux-, Asthma-, Rheuma-, MS-, Schizophrenie- usw. -Therapie lesen. (Übrigens, lieber Herr Professor Schöni, die Psychiater werden mit vielen Fortbildungen umworben, weil die neuen Antipsychotika etwas teurer sind als die Hustensirups der Pädiater.)

Was kann man tun?

- Bei den Fortbildungen (in der Diskussion) einen eigenen Standpunkt vertreten, die Bedürfnisse der Praxis, damit unserer Patienten anzeigen, unangenehme, «freche» Fragen stellen.
- In den Fragebogen die Fortbildungen kritisch evaluieren, eigene Wünsche ausdrücken.
- Workshops mit genug Diskussionsanteil, und wenn es geht, praktischen Übungen verlangen.
- In den Qualitätszirkeln praxisnahe Problematik praxisnah besprechen. Dazu die Anleitung möglichst selbst vorbereiten, die «Experten» diskutieren lassen, nicht umgekehrt (s. Fallvorstellungen bei manchen Fortbildungen). Die Vorbereitung dazu ist (wie die Experten wissen) ein sehr wirksames Sammeln von Kenntnissen, ähnlich wie
  - die Teilnahme an der Forschung in der Praxis;
  - doppelt so viele Punkte für Workshops und selbständige Fortbildungen verteilen.

Zum Trost gibt es viele gute, praxisnahe Fortbildungen. Vielleicht würde es helfen, wenn wir auch über sie als strahlende Beispiele berichten würden (eine neue Rubrik in dieser Zeitschrift?).

*Dr. med. P. Marko, St. Gallen*

- 1 Schöni MH. Anmerkungen zum Fortbildungs(schwach)sinn. Schweiz Ärztezeitung. 2009; 90(11):442-3.