

# Courrier au BMS



## Überarbeiteter Erstdokumentationsbogen nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma

### Mitteilung des Schweizerischen Versicherungsverbandes

Der SVV teilt uns in einem Schreiben mit, dass der Erstdokumentationsbogen nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma überarbeitet und ergänzt wurde. Im ersten Satz werden wir darüber informiert, dass das Bundesgericht festgehalten hat, welche umfangreichen Anforderungen an uns Erstuntersucher gestellt werden. Dann wird uns mitgeteilt, dass der Bogen umfangreicher geworden sei und wir diese Zusatzarbeit bis zur nächsten Anpassung des Taxpunktwertes gratis zu erledigen hätten. Genau so stellen wir uns doch die Zusammenarbeit mit den Versicherern vor.

*Dr. med. Manuel Simonett,  
Facharzt für Innere Medizin FMH, Hausarzt, Frick*

Anmerkung der FMH:

- Das Problem wurde von der FMH schon früh erkannt und der Antrag für die Neutarifizierung an die PTK gestellt;
- Die Abklärungen für die Tarifizierung für die Übergangszeit sind in Bearbeitung und werden später ausführlich kommuniziert werden.



## Neue Praxisgebühr, 30 Franken bei jedem Praxisbesuch

Gar köstlich finde ich die Vorstellung, mit meiner Mitarbeiterin in meiner Praxis beim Empfang zu sitzen, vor mir ein Kässeli, und von jedem Patienten 30 Franken einzusammeln. Am Morgen wird die Mitarbeiterin frohgemut auf die Bank gehen, um Wechselgeld zu holen. Und am Abend geht sie wieder auf die Bank, um das Geld am Schalter einzuzahlen.

Lieber Herr Couchepin, schon etwas von elektronischer Datenverarbeitung gehört? In meiner Praxis existiert schon seit Jahren kein Bargeld mehr, es gibt keine Schreibmaschinen und auch kein Durchschlagpapier.

Und das wird auch in Zukunft so bleiben. Wachen Sie auf, Herr Couchepin, wir sind im 21. Jahrhundert angekommen. Aber Sie haben wahrscheinlich noch die gute alte Sekretärin, die am Morgen den Kaffee mit Gipfeli auf Ihren Schreibtisch stellt, mit Steno Ihr Diktat aufnimmt und dann ohne Murren alle Ihre Aufträge erfüllt. Aber so geht das heutzutage leider nicht mehr. Bringen Sie bessere Vorschläge, zum Beispiel Senkung der Medikamentenkosten und Senkung der ambulanten Spitalkosten!

*Dr. med. Caecilia Püschel, Zürich*



## Réduire les coûts de la médecine en écartant ou en incluant ceux qui «en abusent»?

Par sa taxe de 30 francs, M. Couchepin crée un obstacle à l'accès aux soins et une nouvelle activité non thérapeutique pour le corps médical. Il laisse aussi entendre que les gens consultent trop souvent pour «rien». De là à les traiter de simulateurs il n'y a qu'un pas ... Sa façon de faire risque de coûter cher.

Le climat de méfiance ne favorise pas les guérisons. Il peut les retarder, les empêcher ou même rendre plus malade. Surtout ceux et celles qui sont déjà blessés suite à de tels climats menaçants et instables: les victimes de traumatismes complexes, enfants négligés, déportés, maltraités, abusés, ou témoins de telles maltraitances, devenus grands malgré tout. Tous survivants, mais pas toujours résilients ... et pas toujours étrangers.

L'instabilité ressuscite en eux les vieux démons, des angoisses qu'ils ont cherché à oublier, à cacher.

Dans ce contexte, leurs symptômes apparents sont pour eux souvent plus une solution qu'un problème et en situation d'urgence on tente de les traiter sans pouvoir aller au fond.

On les retrouve nombreux (avec les TDAH, c'est à dire des adultes affectées par un trouble du déficit de l'attention et de l'hyperactivité non traité) parmi les gros consommateurs de prestations médicales et sociales.

Les soigner est certes souvent long et ardu, mais réellement possible et assez souvent efficace (des recherches montrent que, de façon générale, des psychothérapies ont une efficacité comparable aux pontages coronariens!), mais il ne suffit pas d'attendre que la demande vienne d'eux.

Sorties de l'urgence, il faut des compétences particulières pour que ces personnes acceptent une relation

thérapeutique durable et non lénifiante et s'engagent à créer et à préserver un espace de sécurité, base de toute thérapie ultérieure. Ces efforts sont évidemment mis à mal par les mesures d'économie de Swissmedic, P. Couchepin et autres.

Ecarter des soins les «heavy users» amplifie leur souffrance et aboutit à terme à un transfert de coûts vers l'assurance invalidité et l'assistance publique.

Au lieu de se contenter chasser des simulateurs, M. Couchepin, Swissmedic, l'OFSAN, la Confédération et les cantons seraient bien inspirés d'assumer leur mission : assurer des soins de qualité pour tous et en particulier pour les plus défavorisés.

Les personnes atteintes de TDAH perdent à l'âge de 18 ans le droit de se faire soigner médicamenteusement aux frais de l'assurance de base. Les pouvoirs publics, mais aussi les patients et nous médecins, avons laissé cette aberration persister depuis des années.

C'est un rationnement [1] discriminatoire et irréflecti. Mais «c'est le processus de négociation politique qui décide en fin de compte de l'équité de la distribution», la portée des droits constitutionnels étant «de nature essentiellement symbolique» – même si de l'avis des auteurs une différence de traitement qui ne repose sur aucun motif compréhensible ou raisonnable (comme un rationnement fondé p.ex. sur l'âge) serait de ce fait aussi anticonstitutionnel.

La situation est profitable à Novartis, qui s'apprête à patenter un produit plus cher pour ce groupe d'âge. Mais au prix de quelles souffrances? Et de quels coûts aux frais des patients, de leurs familles, des entreprises et collectivités et du contribuable?! Les statistiques ne renseignent pas la-dessus.

Si les pouvoirs publics et santésuisse ne font que semblant d'assurer des soins de qualité sans discrimination abusive, et écartent en réalité de l'accès aux soins des milliers de personnes souffrantes par des procédés multiples, dont la taxe de 30 francs, le Managed Care et les mécanismes décrits ci-dessus, alors les principaux simulateurs ne sont pas à chercher là où l'on croit!

*Dr C. C. Kaufmann, vice-président  
du groupement des psychiatres fribourgeois*

- 1 ASSM. Le rationnement au sein du système de santé suisse: analyse et recommandations. Bull Méd Suisses. 2007;88(35):1431-8.



### **Nationale Blutdruck-Offensive: einfacher Test verbessert Compliance**

Ein einfacher Test mit dem Blutdruck-Messgerät verbessert das Verständnis der Hypertonie unserer Patienten und ihre Compliance mit den von uns verschriebenen Medikamenten

Ungefähr die Hälfte der Menschen in unserem Lande mit erhöhtem Blutdruck wissen nicht, dass sie dieses Problem haben und weniger als die Hälfte der Personen mit einer diagnostizierten Hypertonie werden medikamentös behandelt [1]. Ein hoher Prozentsatz der wegen hohen Blutdrucks behandelten Patienten setzt die von uns verschriebenen Medikamenten nach ein paar Monaten wieder ab [2]. Ziel der Nationalen Blutdruck-Offensive ist es, diese schlechte Zahlen zu verbessern. Was können wir in unseren Praxen tun, um unseren Patienten die Bedeutung der Hypertonie besser zu erklären? Wie können wir sie überzeugen, die von uns verschriebenen Medikamente nach ein paar Monaten nicht wieder abzusetzen? Die Durchsicht der Literatur zeigt, dass auch komplexe und vielschichtige Interventionen (ausführliche Beratung, häufigere Konsultationen, telefonische Anrufe zu Hause von Seiten der Apotheker) die Compliance der Patienten nur leicht verbessern [3]. Was für Gründe führen zu diesen ungenügenden Resultaten? Es fehlen uns einfache Modelle um den Patienten die Auswirkung des hohen Blutdruckes auf Herz und Gefässe bildlich aufzuzeigen. Erläuterungen über die Bedeutung der Hypertonie in der kardiovaskulären Prävention sind zeitaufwendig. Dazu kommen noch die hohe Prävalenz der Hypertonie in unseren Praxen und unser chronischer Zeitmangel. Alle diese Faktoren führen dazu, dass dieses so wichtige Gesundheitsproblem bei uns etwas zu kurz kommt.

Vor vielen Jahren habe ich eine einfache Methode entwickelt, um den Patienten zu veranschaulichen, was der erhöhte Blutdruck für ihr Herz und ihre Gefässe bedeutet. Dieser einfache Test wurde 2007 vom British Medical Journal publiziert [4]. Der Test funktioniert folgendermassen: Die aufgerollte und auf ungefähr 40 mm Hg aufgeblasene Blutdruckmanschette wird dem Patienten in die Hand gegeben. Er wird dann aufgefordert, auf die Skala des Apparates zu schauen, und die Manschette so zu komprimieren, bis ein Blutdruck von 120 mm Hg (normaler Blutdruck) und dann 180 mm Hg (hoher Blutdruck) erreicht wird. Er wird gebeten, diesen Vorgang einige Male zu wiederholen. Es wird ihm dann gesagt, dass sein Herz diese Arbeit ungefähr 70 000-mal pro Tag leistet und dass seine Gefässe diesem Druck standhalten müssen. Dieser Test ist rasch gemacht. Patienten müssen aktiv mitmachen und sie sehen und fühlen, was der hohe Blutdruck bedeutet. Die meisten sind nach dem Test beeindruckt. Gelegentlich reicht ihre Kraft nicht aus, um auf der Skala hypertone Werte zu erreichen.

Seit ich diese Methode anwende, habe ich keine Probleme mehr, meine Patienten zu überzeugen, ihre Medikamente einzunehmen. Indirekte Zeichen der erfolgten Einnahme, wie das Zählen der verbliebenen Pillen in den vom Patienten in die Praxis mitgenommenen Packungen, die tiefere Herzfrequenz bei Patienten unter Therapie mit Beta-Blocker sowie die erhöhten Harnsäurewerte unter antihypertensiver

Therapie mit Diuretika, zeigen mir, dass sich die Compliance meiner Patienten bezüglich Medikamenteneinnahme, deutliche gebessert hat. Es ist für mich auch einfacher und schneller geworden, ihnen die kardiovaskuläre Prävention, unabhängig vom Grad Ihrer schulischen Ausbildung, zu veranschaulichen. Ich empfehle den Kollegen, diese einfache Methode anzuwenden, vor allem bei denjenigen Patienten, die skeptisch sind bezüglich einer medikamentösen Behandlung ihrer Hypertonie und bei denjenigen, bei welchen Sie eine unregelmässige Medikamenteneinnahme vermuten.

*Dr. med. Urs Schwarz-Hoey, Breganzona*

- 1 Schweizerische Gesundheitsbefragung. Neuenburg: Bundesamt für Statistik;2002.
- 2 Marie Krouselö-Wood et al. M .Medication adherence: a key factor in achieving blood pressure control and good clinical outcome in hypertensive patients. *Curr Opin cardiol* 19:1357-1362.
- 3 Ross J. Simpson Jr Challenges for Improving Mediation Adherence.*JAMA*;2006.
- 4 Schwarz Urs. A simple maneuver with thesphygomanometer improves adherence to antihypertensive drugs.*BMJ*;rapid response published;25.11.07.



### Zweifel an der Pandemieplanung

1. Anfrage einer Botschaft: Sie hätten Anweisung von ihrer Regierung, für ihre zwölf Erwachsenen und fünf Kinder Tamiflu in Reserve zu halten, ob ich die Rezepte ausstellen könne. Ich beschwichtige, dies verursache unnötige Kosten, im Bedarfsfall sei in der Schweiz Tamiflu verfügbar. Vertrauen ist gut, Kontrolle besser: Meine Lieferapotheke hätte 11 Tamiflu für Erwachsene an Lager, aber Tamiflu Suspension für Kinder *null*, die Grossisten *null* und die Apotheke des Inseleospitals *null*. Das BAG verweist vollmundig auf Pflichtlager bei Roche (für die kein roter Rappen vergütet wird) aber in einem «normalen» Jahr setzt Roche 10–15 Tamiflu Suspensionen für Kinder ab, Reservebestand bei Roche am 5. Mai 2009: etwa 50 Packungen. Man wolle demnächst mit BAG und Kantonsapothekern besprechen, wie dieser Schatz zu bewirtschaften sei. Könnte man Tamiflu 75 mg nach Kindergewicht portionieren? In Europa ja, in der Schweiz habe Swissmedic dies in fünfjähriger Pandemieplanung (noch?) nicht bewilligt.

2. Als Pädiater in einem Quartier mit Botschaften und Weltpostverein betreue ich einige Familien mit Verwandten in Mexiko. Gesetzt der Fall, bei Rückkehrern erkrankt ein Kind mit grippeverdächtigen Sympto-

men. Effizient wäre es, wenn ich Nasopharyngealsekret gewänne, bei 4° aufbewahre bzw. weiterleite, sofort mit Tamiflu Suspension behandle und für die Familie eine Septäne anordne und instruiere. Darf ich nicht, sondern muss das Kind ans Inselehospital überweisen, ob schon sie dort nicht mehr tun können, aber Zusatzprobleme haben: Wird die Mutter sieben Tage – und wenn sie selbst erkrankt zehn bis vierzehn Tage – mit ihrem Kind im Isolationszimmer eingeschlossen oder bleibt das Kind eine Woche von seiner Familie getrennt? Ist es zweckmässig, Patienten dorthin zu schicken, wo die höchste Ansammlung von immungeschwächten Krebskranken, Frischoperierten usw. besteht?

3. Vogelgrippe, SARS, Schweinegrippe sind vielleicht gleichsam Vorbeben vor dem grossen Erdstoss bzw der Pandemie. Offenbar wurde in den USA (CDC) das Auftauchen des neuen H1N1-Virus bemerkt und dort die Nachweismethoden entwickelt (und erst am 27. April an das nationale Grippezentrum in Genf geliefert). Die USA haben den Ursprung in Mexiko lokalisiert, und es wurden bis Ende April auch viermal mehr Fälle in den USA nachgewiesen als in Mexiko. Demnach kann sich in einem Entwicklungsland ein neues Virus lange Zeit unbemerkt verbreiten, und erst das Überschwappen in ein Industrieland wird bemerkt. «Worst case» für die Schweiz wäre es, wenn das Pandemievirus in einem Land mit grösserem Bevölkerungsaustausch mit der Schweiz entstünde, (z. B. Kosovo, man hat jetzt auch auf Asien geschaut und dann ging es in Mexiko los). So könnte die Schweiz in ein fortgeschrittenes Stadium geraten, ehe etwas bemerkt wird; denn der einzelne Hausarzt schliesst bei einem einzelnen bösartigen Verlauf noch nicht zwingend auf eine neue Mutante. Sollten dann auch Dutzende Fälle in die Universitätskliniken gesandt werden, damit dort möglichst das halbe Personal erkrankt? Effizient sind kompetente Grundversorger (und nicht, wie es Prof. Zeltner vorschwebt «nurse practioners»), die ausgewählte Fälle den Spezialisten überweisen, und es ist verkehrt, die Triage den Spezialisten zu überlassen.

4. Wirksam sind Hygienemassnahmen. Noch in der Grippebrotschüre des BAG vom Herbst 2008 wird das unselige «Beim-Husten-Hand-vor-den-Mund-halten» nicht bekämpft (und noch weniger das sinnvolle «Inden-Ellenbogen-Husten» propagiert). Man steckt sich in den öffentlichen Verkehrsmitteln an. Die SBB hat Vorkehrungen getroffen, um ihr Personal mit Masken und Desinfektionsmitteln auszurüsten, aber für die Reisenden würden weder zusätzlichen (zwecks vermeiden vor Gedränge) Behälter zum Entsorgen der propagierten Taschentücher noch zusätzliche Desinfektionsmöglichkeiten bereitgestellt.

*Dr. med. D. Bracher, Bern*



### Viel zu wenig Köche nehmen ihre Verantwortung wahr

Lieber Rolf Tschannen

Dein Leserbrief [1] bestätigt wie manch vergangene Wortmeldung von Dir als altgedientem Psychiater die desolaten Arbeits- und Einkommensbedingungen der Schweizer Praxispsychiatrie. Dein Vergleich zu Mike Shiva – wir liegen hinter ihm – müsste einen Aufschrei verursachen.

Doch offensichtlich ist sowohl die Führung der FMH als auch diejenige der Psychiatrie abgestumpft. Zeigt seit Jahren keinen einzigen, *wirksamen* Schritt für uns, trifft damit letztlich auch die psychiatrischen Patienten.

Damit demonstriert diese Führung, dass sie die ihr übertragene Führungsverantwortung nicht wahrnimmt. Vielleicht – wie Du andeutest – nicht wahrnehmen kann.

Nun, ist das nicht zwingender Grund zum Rücktritt? Und ist es nicht zwingende Verantwortung der Basismitglieder, von den gewählten Führungsverantwortlichen die Wahrnehmung ihrer Verantwortung einzufordern? Beziehungsweise bei Nichtwahrnehmung deren Rücktritt zu fordern?

In einem demokratischen Gefüge darf die Verantwortung nicht ausschliesslich bei der Führung liegen. Das wäre quasi Feudalismus. Und über meine aktuell geäusserten Rücktrittsforderungen hinaus bin ich zutiefst beunruhigt über die mangelnde, diesbezügliche Wahrnehmung der Verantwortung unter Ärzten, speziell in der Psychiatrie. Es besteht kein Gleichgewicht zwischen Führungsverantwortung und dem Korrektiv der aktiven Ausübung der Mitgliederverantwortung. Bei dieser Verantwortung kann es nicht zu viele Köche und Köchinnen geben.

*Dr. med. Heiner Lachenmeier, Affoltern am Albis*

- 1 Tschannen R. Zu viele Köche und Köchinnen ohne Verantwortung. Schweiz Ärztezeitung. 2009; 90(19):754.

## Communications

### CNE-NEK

#### Otfried Höffe nouveau président de la CNE-NEK

Le Conseil fédéral a annoncé la nomination, sur proposition du chef du Département fédéral de l'intérieur, M. le Conseiller fédéral Pascal Couchepin, du professeur Otfried Höffe à la présidence de la Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine (CNE-NEK). Le Conseil fédéral a aussi désigné M. François-Xavier Putallaz, privat-docent, en tant que membre de la CNE. La commission se réjouit de ces nominations et de la perspective de poursuivre ses travaux sous la direction du nouveau président. Elle interprète le choix pour cette fonction d'une personnalité aussi renommée comme l'affirmation du rôle important qui revient à la commission nationale d'éthique dans le contexte suisse, marqué notamment par son système fédéraliste et de démocratie directe. Elle veut croire que cette décision démontre également la volonté du Conseil fédéral de renforcer la position des institutions suisses actives dans le domaine de la bioéthique, parmi lesquelles la CNE occupe un rôle d'intermédiaire entre la science, la politique et le grand public. La commission se réjouit de continuer, dans sa nouvelle composition, à participer de manière indépendante aux réflexions bioéthiques tant au niveau politique qu'au niveau de la société. Comme dans le passé, la CNE s'attachera à promouvoir un débat approfondi et objectif sur les

thèmes bioéthiques majeurs, ainsi qu'à attirer l'attention sur les questions qui ne reçoivent pas la considération qu'elles méritent.

### foederatio medicorum chirurgicorum helvetica fmCh

#### Les indicateurs de qualité de l'OFSP sont inutilisables!

La liste des «Indicateurs de qualité des hôpitaux suisses pour soins aigus» de l'OFSP est inutilisable en tant qu'indicateur de qualité et ne fait guère qu'inquiéter les patients. Le projet «fmCh PublicDatabase» s'y prend autrement: le patient doit vérifier les données de son intervention (et le cas échéant des complications) et en autoriser la publication avec l'opérateur. La qualité de la médecine peut ainsi être améliorée, assurée durablement et rendue plus transparente, dans l'intérêt des patients.

La fmCh souhaite publier régulièrement une évaluation des hôpitaux et des médecins fondée sur les données du projet «fmCh PublicDatabase». Cette publication doit devenir l'un des principaux indicateurs du secteur de la santé en Suisse et s'imposer comme un modèle de transparence pour la qualité du travail des médecins et des hôpitaux.