

Courrier au BMS



Gestion de la grippe A H1N1

Après «l'histoire du laboratoire», où les médecins ont été ridiculisés par Pascal Couchepin, voilà une nouvelle splendide occasion ratée par la FMH!

La vaccination contre la grippe A H1N1 a été un flop total pour la Suisse. Le gouvernement a commandé un nombre de doses incroyable (la facture suivra!), mais la distribution des vaccins s'est faite avec plus de 2 semaines de retard par rapport aux autres pays, alors même que la Suisse en produit 2 chez Novartis!

J'attendais que la FMH se dise très préoccupée par la manière dont ce problème de pandémie avait été traité, et qu'elle fustige l'incroyable et incompréhensible amateurisme, voire incompétence des services responsables (DFI, OFSP, Swissmedic, autorités cantonales). En effet, la FMH et ses membres pensaient qu'il existait des «plans pandémie» précis, type «plan catastrophe», puisque nous savions depuis plus de 10 ans qu'un tel problème de pandémie surviendrait tôt ou tard. Nous n'avons rien vu de bien construit et bien programmé. Dans le cas particulier, on ne peut que se réjouir que les conséquences de cette grippe soient aussi minimales. On n'ose pas imaginer quelle aurait été la situation si le virus avait vraiment été mortel!

S'agissant d'un problème de santé publique, il relève de l'OFSP et du DFI et de son chef. Leur responsabilité est à mon avis entièrement engagée dans cette gestion pour le moins chaotique. Une réaction de la FMH aurait permis aux médecins de se mettre en position de force dans les prochaines négociations (DRG, Tarmed ...), rappelant à nos autorités, toujours si prompts à inventer de nouvelles tracasseries et restrictions à notre pratique, qu'elles avaient d'autres problèmes à résoudre et qu'elles devaient chercher à améliorer leur propre qualité (efficacité, adéquation et économie!) plutôt que de chercher continuellement à nous imposer de nouvelles brimades!

Dr Jean-Pierre Grillet, Genève

Réponse

Cher Collègue,

Il y a à l'évidence des problèmes dans la gestion de la pandémie de grippe – au moins autant au niveau de certains cantons, d'ailleurs, qu'au niveau fédéral; nous sommes largement intervenus à ce sujet et avons tenté, dans l'intérêt du corps médical et de la population suisse, d'améliorer les choses tant que nous le pouvions. Nous sommes en contact permanent et critique avec les autorités fédérales, et nous comptons bien participer au debriefing qui suivra!

Réaction de la FMH il y a donc eu, et combien; n'oublions cependant pas qu'il s'agit d'un problème de santé publique auquel nous nous devons collaborer de façon constructive, pour protéger la population; quel que soit notre ressentiment face aux autorités, il n'est pas dans les intentions de la FMH d'accroître le désarroi du public en instrumentalisant la crise actuelle.

*Dr Jacques de Haller,
Président de la FMH*



Schweinegrippeimpfung – «Saugrippeimpfung» – «Saustall»

Seit Juli 2009 lesen wir Ärzte wöchentlich, wenn nicht schon fast täglich Informationen des BAG zum Thema Schweinegrippe und deren ausgerufenen Pandemie. Die Informationen sind so widersprüchlich, teilweise diametral, dass nicht mehr von einer Schweinegrippe, sondern von einer «Saugrippe» und von einem «Saustall» gesprochen werden muss.

Wegen der neuen Wirkstoffverstärker wird von der Swissmedic ein elektronischer Board betreffend Nebenwirkungen eingerichtet, eine Tat der Unsicherheit von höchster Prüfstelle. Täglich hören und lesen wir über mögliche Nebenwirkungen und vermutete Todesfälle als Folge der Schweinegrippeimpfung in anderen europäischen Ländern.

Ein Impfstoff für ältere Personen fehlt, obschon die Impfempfehlungen Risikogruppen einschliessen, die sicherlich mehrheitlich ältere Personen über 64 Jahre umfassen. Nachträglich wird dann vom BAG die These aufgestellt,

dass Personen über 64 Jahre bereits von früheren Grippeepisoden eine gewisse Immunität gegenüber dem H1N1-Virus hätten.

Zugleich wird durch die Mitteilung, dass mit dem Impfstoff Pandemrix auch Personen über 60 Jahren geimpft werden könnten, ein «Off-Label Use» eingeführt, der im Gegensatz steht zu den Weisungen von Swissmedic, der obersten schweizerischen Zulassungsbehörde. Wohlverstanden mit dem Nachsatz «unter Wahrung der ärztlichen Sorgfaltspflicht».

Kurz gesagt werden die Impfärzte in die Pflicht genommen, Impfungen in einem Alterssegment über 60 Jahren auszuführen, die von der Swissmedic nicht bewilligt wurden. Die ärztliche Sorgfaltspflicht wird bei einer solchen Impfkation schon durch die klaren Richtlinien der Zulassung und deren Missachtung von jedem Impfarzt verletzt.

In meiner 32-jährigen Praxistätigkeit habe ich jedes Jahr die wirkstoffverstärkerfreie saisonale Grippeimpfung ohne Probleme durchgeführt im Wissen, dass jedes Jahr viele Grippetote zu beklagen sind. Nun erlebe ich betreffend der Schweinegrippeimpfung ein noch nie da gewesenes Durcheinander von Empfehlungen; ich frage mich, weshalb dieses Chaos entstanden ist. Zu guter Letzt kommen nun auf Wunsch des BAG noch Mails von der FMH, deren Inhalt die Wünsche des BAG betreffend Impfpraxis unterstützt.

Eingekauft wurden Impfstoffe mit Wirkstoffverstärkern, da angeblich die Pharmaindustrie aus Zeitmangel und aufgrund des verlangten Volumens keine reinen Impfstoffe herstellen konnte; das Gegenteil zeigt der amerikanische Kontinent, der von Novartis durch die Zulassungsbehörde FDA einen wirkstoffverstärkerfreien Impfstoff bestellte und auch erhalten hat. Ebenso existiert in Deutschland ein Impfstoff ohne Wirkstoffverstärker der Firma Baxter.

Konklusion: Hätte das BAG einen reinen Impfstoff ohne Wirkstoffverstärker eingekauft, wären alle widersprüchlichen Äusserungen betreffend der Alterszulassung, der Risikozulassungen, der Verteilung hinfällig und ein Chaos oder Saustall wäre ausgeblieben.

Ich lehne es ab, dass einmal mehr der Grundversorger wegen eines Fehlmanagements des BAGs mit dem Schlagwort der ärztlichen Sorgfaltspflicht zum Einlenken und Handeln gezwungen wird.

Dr. med. Hans Baumann, Bassersdorf



Die Beschwörung der «Qualität» ist kein Ersatz für den Wirkungsnachweis

Nach den Empfehlungen der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften SAMW zur «Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität» [1] hat sich die FMH für eine sinnvolle Transparenz in der Qualität ärztlichen Handelns engagiert [2]. Mit den Forderungen nach «medizinischen Qualitätsdaten», «Qualitätsmessung», «Qualitätstransparenz», «Qualitätsindikatoren», «internem Qualitätsmanagement», «Qualitätssteigerung», «Qualitätsaktivitäten», «transparenter Qualitätskultur», «fairem Qualitätswettbewerb» und «Qualität ärztlichen Handelns» hat die FMH die Beschwörung des schillernden Begriffes «Qualität» vervollständigt.

Mit seinem Leserbrief «Die Qualität der Qualität – ein Moratorium ist gefordert» [3] hat Kollege Kurt F. Bösch ins Schwarze getroffen. Er verdient Dank und Unterstützung.

Vermutlich haben viele Ärztezeitungsleser nach dem Studium der Kurzfassung der Empfehlungen der SAMW [1] die folgenden neun Seiten umfassenden Ausführungen über «Strukturqualität», «Prozessqualität», «Outcomequalität» und über ethische und juristische Aspekte als schwer verdauliche Kost beiseitegelegt.

Zur Erinnerung: Der Rummel um «Qualität» und «Qualitätssicherung» begann mit den irreführenden Hochrechnungen der Resultate von retrospektiven Pilotstudien über iatrogene Patientenschäden (vermeidbare und unvermeidliche «Adverse Events») in Spitälern der USA, Londons und Australiens. Die Hochrechnungen durch das BAG provozierten im «Beobachter» Nr. 3/2001 reisserische Artikel unter Schlagzeilen wie «Russisches Roulette für Spitalpatienten» und «Tausende Patienten sterben jährlich an den Folgen von Arztfehlern». In keiner der Pilotstudien [4] wurde behauptet, dass vermeidbare Behandlungsfehler mit schweren Schäden und in Fällen mit tödlichem Ausgang stets die alleinige Ursache sind. Die Studien zeigten ausserdem, dass zwei Drittel der vermeidbaren Adverse Events keine ernsthaften Konsequenzen für den Patienten haben. Die Autoren der retrospektiv durchgeführten Pilotstudien warnten vor der Verallgemeinerung der Resultate aus wenigen Spitälern und vor der Übertragung auf einen ganzen Staat und auf andere Länder. Die Autoren der Harvard Medical Practice Study [5] betonten, dass der medizinische Fortschritt durch wissenschaftliche biomedizinische Forschung und durch die Fachkompetenz und Erfahrung der Ärzte und des Spitalpersonals für die Zunahme der Patientensicherheit ausschlaggebend

war und immer noch ist wie zum Beispiel der Rückgang der Anästhesietodesfälle [6], der Infektionsrate bei chirurgischen Eingriffen [7] und die Erfolge bei der Krebsbehandlung zeigen. Dieselben Autoren wiesen auch auf die Tatsache hin, dass selbst wenn alle vermeidbaren «Adverse Events» eliminiert werden könnten, «Adverse Events» nicht notwendigerweise eine schlechte Behandlung signalisieren und dass das Fehlen von «Adverse Events» nicht notwendigerweise eine gute, wirksame Behandlung bedeutet [5]. Der heutige Patient erwartet es als selbstverständlich, dass medizinische Massnahmen korrekt, d. h. gegen iatrogene Schädigungen gesichert, durchgeführt werden. Aber selbst wenn alle vermeidbaren «Adverse Events» eliminiert werden könnten, kann nicht übersehen werden, dass die grösste Beeinträchtigung der Wirksamkeit und Ökonomie eines Gesundheitswesens erfolgt, wenn unwirksame diagnostische, therapeutische und präventive qualitativ einwandfrei durchgeführte und an sich wirksame Massnahmen ohne oder mit falscher Indikation angewandt werden [8].

Der heutige Rummel um die Qualitätssicherung eignet sich bestens zur Diffamierung der naturwissenschaftlich fundierten Medizin als gefährlich, nicht ganzheitlich, ergänzungsbedürftig und nicht mehr bezahlbar und zur Massregelung eines Berufsstandes, der die Individualität des Menschen respektiert und seine Unabhängigkeit im Interesse der vertrauensvollen Arzt-Patienten-Partnerschaft verteidigt. Der politisch willkommene Aktivismus mit Qualitätssicherungsforderungen kann auch vom bescheidenen Eifer ablenken, die unpopuläre Überprüfung der Wirksamkeit der solidarisch finanzierten medizinischen Massnahmen durchzuführen, um durch eine vernünftige Kürzung des Leistungskatalogs die Grundversicherung von Unwirksamem und Überflüssigem zu entlasten und damit die Kosten des Gesundheitswesens zu senken.

Prof. Dr. med. M. Geiser, Wabern

- 1 Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften. Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität. Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(26/27):1044-54.
- 2 FMH. Qualitätstransparenz für Ärzte und Patienten. Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(37):1407.
- 3 Bösch KF. Die Qualität der Qualität – ein Moratorium ist gefordert. Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(32):1202.
- 4 Geiser M. Qualitätssicherung in der Medizin und Effektivität im Gesundheitswesen. Schweiz Ärztezeitung. 2004;85(11):585-8.
- 5 Leape LL, Brennan TA, Laird NM, Lawthers AG, Locali AR, Barnes BA et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study. NEnglJMed. 1991;324:370-6.

- 6 Gawande AA, Thoma EJ, Zimmer MJ, Brennan TA. The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. Surgery. 1999;126:66-75.
- 7 Waugh W. John Charnley – the Man and the Hip. London: Springer; 1990.
- 8 Cochrane AL. Effectiveness and Efficiency. Random Reflections on Health Services. Abingdon and London. The Nuffield Provincial Hospitals Trust; 1972.



Offener Brief an den Gesamtbundesrat

Zukunftsgerichtetes Engagement der Schweiz am UNO-Klimagipfel

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit grosser Sorge verfolgen wir die Diskussionen rund um die Massnahmen zum Schutz des Klimas und die in unseren Augen viel zu zögerliche Haltung des Bundesrates bei der Festlegung von nationalen Klima-Zielen für die Post-Kyoto-Periode.

Aus der Sicht der Gesundheit stellt der Klimawandel eine grosse Gefahr dar. Mit zunehmender Erwärmung drohen noch mehr Hitzetote, Atemwegserkrankungen, Infektionskrankheiten, und die verstärkten Migrationsbewegungen aufgrund der globalen Klimaveränderungen werden nicht absehbare soziale und gesundheitliche Auswirkungen haben. Je länger zugewartet wird, desto grösser, schmerzhafter und kostspieliger sind die Folgen.

Die Schweiz gehört – gemessen an den effektiven Pro-Kopf-Emissionen von Klimagasen – zu den globalen Grosse mittlen. Die Schweiz ist zudem ein reiches Land. Wer, wenn nicht wir sind prädestiniert, mit dem guten Beispiel voranzugehen! Wir besitzen das Know-how, wir besitzen die Technologie und wir besitzen die Ressourcen. Was uns fehlt, sind die Visionen! Warum schaffen wir uns nicht einen komparativen Vorteil, indem wir rasch und entschieden handeln?!

Nachhaltigkeit und Umweltschutz bzw. Schutz des Menschen und seiner natürlichen Umwelt haben Vorrang (Bundesverfassung Art. 73 und 74). Wir rufen Sie auf, sich dafür einzusetzen, dass Massnahmen, welche das Problem an der Ursache angehen, rasch eingeführt werden. Dafür braucht es starke Signale nach innen und nach aussen. Gemäss den Szenarien des Zwischenstaatlichen Ausschusses für Klimaänderungen ist in Industrieländern eine Reduktion der CO₂-Emissionen von 40% bis 2020 nötig, damit die globale Erwärmung die gefährliche Grenze von zwei Grad gegenüber der vorindustriellen Durchschnittstemperatur nicht übersteigt. Diese Vorgabe muss unser Ziel sein!

Wir erwarten einen wegweisenden Entscheid für unsere Zukunft und ein entschiedenes Auftreten der Schweizer Delegation in Kopenhagen für den schweizerischen und den globalen Klimaschutz.

*Dr. med. Peter Kälin, Präsident,
Andreas Biedermann, Mitglied Geschäftsleitung
Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz*



Signifikant oder bedeutungsvoll?

Als ich 1968 als «Unterhund» im Spital Thun bei Chefarzt Dr. Hirschel mein Praktikum in Innerer Medizin antrat, fragte er freundlich: «So, was mache si uf der Uni z'Bärn?» – ich nach einigem Zögern: «Lehre u forsche ...», worauf Dr. Hirschel nach nur kurzem Zögern erwiderte: «Jä gäuet, zeue u mässe isch äbe einfacher, aus danke ...». In ihrem Artikel in der Schweizerischen Ärztezeitung «Websites chirurgischer Kliniken in

der Schweiz – eine Hilfe bei der Spitalwahl?» [1] haben die Autoren Unterschiede zwischen öffentlichen und privaten Spitälern, bzw. Kliniken bezüglich den verschiedensten gezählten oder gemessenen (!) Parametern dargestellt und Signifikanzberechnungen gemacht.

Die Berechnung einer Signifikanz geht vom statistischen Modell aus, dass die dargestellte Population eine nicht ausgewählte (unbiased) Stichprobe aus einer unendlich grossen Population darstellt. Die in der Form $p = 0,xy$ dargestellte «Signifikanz» sagt aus, mit welcher Wahrscheinlichkeit der dargestellte Unterschied zufällig oder aber ein dem mathematisch dargestellten Wert entsprechender, systematischer Unterschied ist.

In einer Erhebung, in der sämtliche mögliche Fälle – nämlich sämtliche Websites einer bestimmten Art von Kliniken der Schweiz – untersucht wird, sind die im Artikel zur Anwendung kommenden statistischen Methoden nicht angemessen und deshalb nutzlos. In einer sämtliche Mitglieder der Population erfassenden Untersuchung sind jegliche Unterschiede auch von nur einem Punkt «signifikant», nämlich frei von Zufall! Dies bedeutet jedoch keineswegs «aussagekräftig» oder gar

«bedeutungsvoll». Ob eine solche Differenz bedeutungsvoll ist, kann nur Denkarbeit ergeben. In der vorliegenden Arbeit ist es also völlig irrelevant, ob eine «Signifikanz» von $p = 0,00001$ oder eine «Nicht-Signifikanz» von $p = 0,33$ besteht!

Dass die Denkarbeit erst nach Sammeln und Gegenüberstellen der Daten beginnt, haben offenbar die Autoren selber bemerkt, indem sie hinter die Überschrift ein Fragezeichen gestellt haben und unter «Konklusion» durch die Blume hindurch zugeben, dass die ganze Untersuchung keinen praktischen Nutzen hat. Zumindest dieses Beispiel spricht für den Wahrheitsgehalt der Aussage meines damaligen Lehrers: Zählen und messen ist einfacher als denken.

Dr. med. Andreas Burri, Adligenswil

- 1 Pfefferkorn U, von Flüe M, Ackermann C. Websites chirurgischer Kliniken in der Schweiz – eine Hilfe bei der Spitalwahl? Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(39):1521–3.

Communications

Examen de spécialiste

Examen de spécialiste en vue de l'obtention de la formation approfondie en néonatalogie à adjoindre au titre de spécialiste en pédiatrie

Lieu: Klinik für Neonatalogie, Kantonsspital Aarau

Date: les 11 et 12 mai 2010

Délai d'inscription: le 1^{er} mars 2010

Informations: www.neonet.ch

Vous trouverez de plus amples informations sur le site web de l'ISFM www.siwf.ch → formation postgraduée médecins-assistants → Examens de spécialiste

Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies SFCNS

Research Prize on Clinical Neurosciences – SFCNS Grant 2010

The Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies SFCNS was founded in 2009 as a federation of accredited medical societies and professional associations with a background and main interest in the field of the clinical neurosciences (for more information see also

www.sfcns.ch). Its aim is to promote the clinical neurosciences in Switzerland and to strengthen the interdisciplinary collaboration with other neuroscientific organisations. In close collaboration with one of its main sponsors, Merck Serono, the SFCNS promotes a grant for scientific research in this field. The grant amounts Fr. 10000.– and will be given for the first time in 2010, at the occasion of the first congress of the SFCNS, during the official founding ceremony. The grant will be awarded at the occasion of the SFCNS congresses, which will take place in intervals of 3 years.

Announcement and criteria for the award: A jury rates the submitted study projects. The criteria will be officially published on the website of the SFCNS and its congress website, the Schweizerische Ärztezeitung and on the websites of member societies of the SFCNS. For full application criteria see our webpage: <http://kongress2.imk.ch/sfcns10/award>

Fondation de médecine sociale et préventive

Prix de la Fondation 2010–2011

Le prix annuel de la Fondation de médecine sociale et préventive, Lausanne, récompense l'auteur d'un travail original de recherche

scientifique dans l'un des principaux domaines d'activité de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) de Lausanne, i.e. épidémiologie et prévention des maladies, évaluation des services de santé. Le prix est destiné:

- aux assistants réguliers pendant qu'ils occupent une fonction dans un Département, Service ou Institut universitaire ou dans un Hôpital périphérique reconnu pour la formation FMH;
- à tout universitaire effectuant des recherches dans le domaine de la médecine sociale et préventive.

Les candidatures sont examinées par la Commission des Prix et Concours de la Faculté de Biologie et de Médecine. Le prix est décerné lors de la cérémonie de remise des prix de la Faculté de Biologie et de Médecine de l'Université de Lausanne (décembre 2010).

Envoi des dossiers de candidature (indiquant nom, titres, adresse et emploi actuel du candidat): Prix de la Fondation de Médecine Sociale et Préventive, Lausanne, Commission des Prix et Concours de la Faculté de Biologie et de Médecine, Décanat de la Faculté de Biologie et de Médecine, 21, rue du Bugnon, 1011 Lausanne.

Délai de dépôt des candidatures: 31 mars 2010 (date du timbre postal).