

Courrier au BMS



Sterben Psychiater wirklich früher?

In den letzten Jahren ist mir bei Durchsicht der SÄZ-Personalien aufgefallen, dass überdurchschnittlich viele psychiatrisch bzw. kinderpsychiatrisch tätige Ärzte in frühen Jahren versterben. Ohne genaue Zahlen zu nennen, machten doch sowohl 2009 als auch im laufenden Jahr die Psychiater und Kinderpsychiater einen Drittel der vor 60 Jahren Verstorbenen aus, obwohl sie insgesamt nur einen Achtel der berufstätigen Ärzteschaft stellen. Diese Zahlen haben mich schockiert.

Existieren genaue Todesfallstatistiken (Sterbealter, Todesart, Todesursache) der einzelnen Facharzttitel? Ist das hohe Risiko für vorzeitiges Ableben der psychiatrischen Gilde Realität oder handelt es sich hier um eine zufällige Häufung? Falls sich hinter diesen Zahlen unter anderem Suizide verbergen, ist zu hoffen, dass das Unterstützungsnetzwerk ReMed dort wenigstens ansatzweise präventiv zu wirken vermag!

Barbara Weiss-Egg, Innere Medizin, Langnau

Antwort

Sehr geehrte Frau Kollegin Weiss-Egg Sie sprechen eine Thematik an, die auch uns ein zentrales Anliegen ist: die Gesundheit der Ärzteschaft. Deshalb haben wir mit ReMed ein Unterstützungsnetzwerk initiiert, das Ärztinnen und Ärzte genau dann auffängt, wenn es ihnen schlecht geht und sie eine Krise durchleben. ReMed kann nur dann aktiv werden, wenn sich die Betroffenen auch tatsächlich an das Unterstützungsnetzwerk wenden. Wir machen daher immer wieder auf ReMed aufmerksam und haben unsere Ärzteorganisationen in die Kommunikationsarbeit einbezogen.

Unsere Daten lassen jedoch keinen Schluss auf die Entwicklung der Todesfälle oder der Lebenserwartung der Ärztinnen und Ärzte in den verschiedenen Fachrichtungen zu. Die Angaben in der Rubrik «Personalien» erlauben auch keine Rückschlüsse auf die Todesursache. Für statistisch verlässliche Aussagen müssten wir die Entwicklung der Todesfälle über einen längeren Zeitraum beobachten können. Und

angesichts der relativ kleinen Gesamtzahl der Todesfälle hat schon eine kleine Zu- oder Abnahme eine grosse prozentuale Veränderung zur Folge.

Der Rollenwechsel vom Helfer zum Hilfesuchenden ist für Ärztinnen und Ärzten nicht einfach, dies gilt auch für die psychiatrisch und kinderpsychiatrisch tätige Ärzteschaft. Natürlich ist ReMed auch für diese Kolleginnen und Kollegen da. Unser Ziel ist es, dass sie dank der offensiven Kommunikation Vertrauen zu ReMed fassen und sich in kritischen Momenten rechtzeitig an das Unterstützungsnetzwerk wenden.

Dr. med. Daniel Herren, Zentralvorstandsmitglied FMH, Ressortverantwortlicher DDQ

Dr. med. Michael Peltenburg, Programmleiter ReMed



Gefährliche Tendenzen

Der nachfolgend geschilderte Fall beschäftigt mich, weil er einen diskussionswürdigen, möglicherweise fatalen Trend in der ambulanten Medizin betrifft.

Patientin X meldet sich bei ihrer Kasse wegen unklarer Thoraxschmerzen und wird angewiesen, einen Chiropraktor aufzusuchen. Das tut sie und wird während 6 Monaten von diesem Chiropraktor ohne jede Abklärung behandelt. Eine wesentliche Besserung des Beschwerdebildes tritt nicht ein, so dass sie nach Rückkehr aus den Ferien zuerst eine städtische Notfallstation aufsucht, wo sie ein Schmerzmittel erhält, mit dem Vorschlag, den Hausarzt aufzusuchen, wenn keine Besserung eintritt. Erst der Hausarzt macht jetzt die nötigen weiteren Abklärungen: Die Thoraxaufnahme zeigt einen grossen mediastinalen Tumor. Die weiteren Abklärungen führen zur Diagnose hochmalignes Lymphom.

Was ist hier schiefgelaufen? Die Kasse zwingt ihre Kundinnen mit dem Argument der Prämienreduktion, resp. dem Argument Kosten zu sparen, vor jedem Arztbesuch die Kasse telefonisch anzufragen, ob ein Arztbesuch nötig sei, ja sie geht noch einen Schritt weiter und erteilt der Patientin den Rat, wohin sie sich wenden soll. Das alles per Telefon, ohne

die Patientin zu sehen oder sie zu untersuchen, Triage durchs Telefon.

Es erstaunt mich nicht, dass durch dieses System gravierende Fehlentscheide vorprogrammiert sind. Ich möchte die FMH daher bitten, dieses Thema aufzugreifen. Ich denke, dass es für uns Ärzte Pflicht ist, solche Fälle öffentlich zu machen und dafür zu sorgen, solchen Tendenzen entgegenzutreten. Es ist ja im übrigen nicht die einzige Strategie der Versicherer, die darauf abzielt, uns Ärzten gegenüber die Vormachtstellung anzustreben. Ich denke, dass es schliesslich mehr um einen Machtanspruch geht, als um die ins Feld geführte Kostensenkung. Wenn es um medizinisch-diagnostische Fragen geht, müssen wir Ärzte uns klar gegenüber den Kassen positionieren und dürfen auf keinen Fall kuschen. Dies ist meine klare Meinung. Ich wage im übrigen nicht daran zu denken, was passieren würde, wenn ich den Fall einem Juristen zu spielen würde.

Dr. med. Werner Graf, Pneumologe, Bern



Addendum: La SSMPR – aussi une pionnière en matière d'exams européens pour médecins spécialistes

Dans son article «UEMS: focus sur la formation médicale postgraduée et continue ainsi que sur l'assurance qualité» [1], le Dr Max Giger énumère l'ophtalmologie, l'anesthésiologie, la chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et l'urologie comme disciplines médicales qui ont intégré l'examen de leur Board européen dans l'examen de spécialité suisse. La médecine physique et de réhabilitation manque sur cette liste. Or la réussite de l'examen du European Board of Physical and Rehabilitation Medicine fait partie de l'examen de spécialité suisse et ceci depuis l'introduction générale des exams de spécialiste en Suisse par la FMH.

L'European Board of Physical and Rehabilitation Medicine, le 3^e des Boards européens à se constituer, a été fondé en 1991. L'examen certifiant annuel a été mis en route en 1993. Dès 1996, cet examen a aussi lieu en Suisse du fait de son utilisation comme examen écrit de notre examen national de spécialité. Dépen-

dant des années, jusqu' à 20% des candidats qui se présentent à l'examen viennent de la Suisse. Cette année la forte implication de la Société Suisse de Médecine Physique et de Réhabilitation au niveau européen a donné lieu à l'élection d'un Suisse comme vice-président et président désigné de l'European Board of Physical and Rehabilitation Medicine.

Rolf Frischknecht et Marcel Weber, Société Suisse de Médecine Physique et de Réhabilitation (SSMPR)

- 1 Giger M. UEMS: focus sur la formation médicale postgraduée et continue ainsi que sur l'assurance qualité. Bull Méd Suisses. 2010;91(45):1771-2.



Mitteilung an alle Grundversorger

Liebe Kolleginnen und Kollegen, am 30. November 2010 wurde in Winterthur der Verein «Freiberufliche medizinische Grundversorger Schweiz» (FMGS) gegründet.

Der Verein bezweckt, die Interessen der medizinischen Grundversorger zu vertreten und auch durchzusetzen sowie zu ihrem Fortbestand beizutragen. Auch soll mit geeigneten Massnahmen die massive Verteuerung des Gesundheitswesens gebremst und gleichzeitig mit einem angemessenen Einkommen der Grundversorger deren Beruf wieder attraktiv gestaltet und langfristig gesichert werden. Nachdem alle Verhandlungen bezüglich marktgerechten Taxpunkt-Tarifs für die Grundversorger fehlgeschlagen sind, werden wir neue Wege einschlagen.

Mit einer möglichst hohen Anzahl unzufriedener Ärzte aus unserem Verein wollen wir mit dem Ausstand entweder einen politischen Fortschritt in der verfahrenen Situation bewirken oder eben mit unserem eigenen Tarif arbeiten. Vorerst versuchen wir, eine möglichst grosse Mitgliederschaft zu begeistern, um zum gegebenen Zeitpunkt gemeinsam den Ausstand zu erklären.

Details und Vorgehen ersehen Sie in unserer Website www.fmgs.ch. Wir erwarten das Mitmachen aller medizinischen Grundversorger. Nur so können wir etwas erreichen, statt nur immer die Faust im Sack zu machen.

Lukas Guidon, Winterthur



Zum-Sterben-Müde

Als literarisches Essay könnte der Beitrag von Kollege Danieli [1] durchaus von Wert sein, fängt er doch das Erleben des Betroffenen sehr einfühlsam und in poetischen Worten ein. Der Hinweis am Anfang, dass Suizidhilfe neuerdings auch bei «Lebensmüdigkeit akzeptiert» werde, und die Tatsache, dass der Autor Arzt ist, senden allerdings noch andere Signale aus. Mit Absicht? Aus medizinischer Sicht ist der Artikel unqualifiziert und gefährlich. Eine schwere Depression – und genau das beschreibt Danieli mit kunstvollen Worten – ist nicht weniger ernst zu nehmen als beispielsweise eine instabile Angina pectoris und ist ebenso eine behandelbare Krankheit. Gerade kürzlich wurden im Schweizerischen Medizin-Forum in zwei Folgen die aktuellen Richtlinien zur Behandlung der Depression publiziert.

Dr. med. Walter Meili, Basel

- 1 Danieli E. Zum-Sterben-Müde. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(48):1920.