

Briefe an die SÄZ



SAGB / ASHM befürwortet das DRG-Moratorium

Seit einiger Zeit beschäftigt sich die *Schweizerische Arbeitsgemeinschaft von Ärzten für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung* SAGB / ASHM in einer Arbeitsgruppe mit möglichen Auswirkungen der für den 1.1.2012 geplanten Einführung der DRG auf die medizinische Versorgung geistig und mehrfach behinderter PatientInnen. Es handelt sich hier ja um einen schwierig standardisierbaren Bereich der Medizin, in dem viele verschiedene medizinische Fachdisziplinen tätig sind. Allerdings ist in jeder dieser durch eine bei der FMH akkreditierten Fachgesellschaft vertretenen Disziplinen die Zahl der behinderten PatientInnen jeweils nur sehr gering. So ist absehbar, dass die Belange der Behindertenmedizin im DRG-Prozess, der v.a. durch Anträge dieser Fachgesellschaften bei Swiss-DRG (bezüglich neuer DRG) bzw. BfS (bezüglich Prozeduren) gestaltet wird, zu kurz kommen. Bislang gelang es uns nicht, die FMH oder auch politische Kreise für diese Problematik zu sensibilisieren. Auch wenn von den DRG positive Impulse für das Gesundheits- und Spitalwesen ausgehen dürften, empfiehlt der Vorstand deshalb den SAGB-Mitgliedern, das DRG-Moratorium (www.drg-moratorium.ch) zu unterstützen. Es handelt sich um ein Aktionsbündnis mit gegenwärtig 3150 Unterzeichnenden aus dem Medizinbereich, das aus verschiedenen Gründen einen Aufschub bzw. eine verlangsamte und gestaffelte Einführung der DRG zum Ziel hat. Als ein Grund für das Moratorium werden «schwierig standardisierbare Bereiche wie die Pädiatrie, seltene Krankheiten und die Behandlung von polymorbiden Patientinnen» genannt. Aus Sicht der Behindertenmedizin wird mit den DRG eine erschwerte postinterventionelle Betreubarkeit der PatientInnen im Akutbereich wie auch in der Rehabilitation erwartet.

Vorstand SAGB: Dr. med. Felix Brem, Präsident



Dr. de Haller kann nicht als FMH-Präsident zurücktreten, wir müssen ihm helfen, den Hut zu nehmen

Liebe Kolleginnen und Kollegen FMH-Präsident de Haller und die Verbandsdelegierten müssen nach Hause geschickt werden, weil sich diese kleine Oligarchie unserer Ständesorganisation bemächtigt hat und die FMH für private, einseitige, politische und z. T. unwürdige Ziele benützt. Vor allem aber, weil sie die Interessen der Ärzteschaft nicht wahrnimmt, sogar sie aktiv desavouiert. Es sei an die massive Kampagne von Kollege de Haller und Co. für die «Waffeninitiative» erinnert, *obwohl* die Basis dagegen war. Tausende von Kollegen und Kolleginnen haben gegen diese Initiative Stellung genommen, Hunderte Leserbriefe dagegen geschrieben. Sogar selbstfinanzierte Inserate von mutigen Ärzten dagegen sind publiziert worden. Nur Dr. de Haller und die kleine FMH-Oligarchie waren dafür. Der FMH-Präsident ist obendrein an Fernsehen und Radio so aufgetreten, als stehe die ganze FMH hinter ihm.

Bei dieser Initiative ging es nicht darum, Suizide zu verhindern, sondern das Milizsystem in der Schweiz abzuschaffen. Und das hat mit Medizin nichts zu tun. Dr. de Haller benützte schon wieder die FMH für die politische Kampagne seiner Partei. Gegen diesen Vorwurf «rechtfertigte» sich der Präsident immer wieder mit dem gleichen Spruch: Es sei ein demokratischer Entscheid der Delegiertenversammlung gewesen. Aber es ist merkwürdig oder sogar suspekt, dass die Delegierten immer so stimmen, wie die Partei des Präsidenten will. Das war so bei der Abstimmung über die staatliche Drogenabgabe (2008), so auch bei der «Waffeninitiative».

Nochmals, ehrlich gesagt ging es dem Vorstand der FMH bei der Waffeninitiative nicht um Mitmenschlichkeit oder Suizidprävention. Es war auch lächerlich, die «Waffeninitiative der GSoA» als Suizidprävention zu präsentieren. Um die Suizidrate wirkungsvoll zu verringern, muss man in erster Linie an der Prävention seriös, sachlich, nicht politisch ideologisch arbeiten. Ebenso bei der Drogenprävention. Denn je mehr Drogen vorhanden sind, desto mehr Drogensüchtige, desto mehr Elend und Suizide. Aber Dr. de Haller und seine Delegierten sind zwar gegen

das Gewehr *im Schrank*, aber für die Drogen in der Hand der Jugend. Und damit auch für den Suizid auf Raten. *Gewehr nein, Droge ja!* – Das darf doch nicht die Präventionsauffassung eines FMH-Präsidenten sein! Das ist ein deutlicher Missbrauch des Präventionsbegriffs. Und ein Verrat am Eid des Hippokrates. Es ist an der Zeit, dass die FMH sich einerseits wieder den gesundheitspolitischen Themen widmet, andererseits wirklich die Interessen der Ärzteschaft vertritt. Und das kann unter der Präsidentschaft de Hallers nicht mehr möglich sein. Der FMH-Präsident und seine Entourage haben bereits so viel Schaden angerichtet, dass nur dessen Amtsenthebung noch retten kann, was noch zu retten ist. Da der Präsident und seine Gesinnungskollegen nicht vorhaben, ihren Stuhl freiwillig zu räumen, müssen wir sie halt wegschicken. Also brechen wir auf und nehmen das Ruder selbst an: die Hand.

Ich schlage folgendes vor: Wir, die Basis, organisieren eine ausserordentliche Generalversammlung der FMH mit dem Traktandum: Adieu Dr. de Haller und Co. Wahl eines neuen Präsidenten und neuer Delegierter. Wer macht mit? Wir schaffen es!

Dr. med. Angelo Cannova, Zürich



Mit gleichen Ellen messen

Offener Brief an Meier [1], Marugg [2, 3] und andere

Mit grossem Befremden und Ärger nehme ich zur Kenntnis, was sich derzeit einige Kollegen in der SÄZ erlauben. Ungeniert wird der Rücktritt des FMH-Präsidenten gefordert, nur pauschal, weil er Kandidat der «falschen» Partei sei und eine Ideologie vertrete, hinter der viele FMH-Mitglieder nicht stehen.

Ich möchte diese Kollegen daran erinnern, dass die FMH kein politischer Verein ist und schon gar nicht ein Appendix einer FDP oder SVP. Ebenfalls erinnere ich daran, dass der Vize-Präsident Ignazio Cassis nicht nur FDP-NR ist, sondern auch klar mitgeteilt hat, dass er im Zweifelsfall immer die Meinung seiner Partei und nicht die der FMH vertreten werde [4]. Wo blieb da der Protest gegen Cassis, Gutzwiller usw., die ebenfalls politisch tätig

sind, aber offenbar in der «richtigen» Partei? Ist es wirklich so einfach, dass nur «richtig» ist, was diesen Ärzten – früher einmal Kollegen – nahesteht?

Ich jedenfalls bin nicht bereit, einen rechtsbürgerlichen FDP-SVP-Verein zu unterstützen. Auch wenn ich weder Mitglied der SP, nicht einmal deren ausschliessliche Sympathisantin bin, habe ich bisher akzeptiert, dass in der FMH verschiedene politische Strömungen existieren und gelebt werden. Und dies ist auch gut so. Falls einzelne Ärzte lautstark und egozentrisch der Meinung sind, die FMH sei ein rechtsbürgerlicher Verein und nicht mehr eine Standesorganisation für alle Ärzte, dann muss ich mir überlegen, ob ich mit meinen hohen Beiträgen eine solche FMH noch unterstützen will. Oder ist es evtl. besser, auszutreten und einen sozial-liberalen Gegenverein, der sich auch für die existentiellen, psychosozialen usw. Anliegen der Patienten einsetzt, zu gründen?

Es ist einfach unglaublich, wie gewisse Ärzte alles daran setzen, die Ärzteschaft in egozentrischer Weise zu spalten. Es ist mehr als peinlich, wenn politische Grabenkämpfe von FMH-Führungsvertretern bereits in der Tagespresse ausgetragen werden. Möchte zum Schluss noch darauf hinweisen, dass gerade Grundversorger, welche die Sorgen der Patienten an der Basis tagtäglich erleben, häufig politisch Herrn de Haller sehr nahe stehen. Für die Zukunft der FMH (die es hoffentlich auch gibt) sehe ich nur zwei Lösungen: Entweder wir akzeptieren wie bis anhin, dass es in der FMH, wie in der Bevölkerung auch, verschiedene politische Strömungen gibt, oder wir spalten die FMH in je eine politisch links- und eine rechtsstehende Teil-Ärztevereinigung. Da kann jeder selber überlegen, was ihm wichtig ist.

Dr. med. Denise Krebs, FMH Arbeitsmedizin und Psychosomatik SAPP, Dietlikon

- 1 Meier-Gibbons F. Offener Brief an den Präsidenten der FMH: Jetzt reicht's! Schweiz Ärztzeitung. 2011;92(9):315.
- 2 Marugg S. Offener Brief: Rücktrittsforderung an den Präsidenten der FMH. Schweiz Ärztzeitung. 2011;92(4):115.
- 3 Marugg S. Duplik zur Rücktrittsaufforderung. Schweiz Ärztzeitung. 2011;92(12):448.
- 4 Tages-Anzeiger. De Haller wird in der Ärzteschaft wegen SP-Kandidatur angegriffen (22. 2. 2011).



L'actualité de l'Evidence-based Medicine

J'ai lu avec un intérêt certain l'article de Steurer J [1] et les commentaires de Martin J [2]. Ces deux articles soulignent l'importance actuelle de l'Evidence-based Medicine (EBM), de ses limites (reconnues ou non), de ses difficultés (en particulier dans son application quotidienne) et de ses défis majeurs à venir. Cette importance de l'EBM est certainement aiguësée par un environnement de politique de santé instable, mouvant (SwissDRG, libre passage inter-cantonale) et parfois précaire (financement), ce qui tend à faire exacerber les qualités de l'EBM (par ses partisans) ou ses limites et défauts (par ses détracteurs). J'aimerais ici apporter le point de vue d'un praticien pratiquant et enseignant l'EBM de façon quotidienne.

Certains détracteurs de l'EBM lui reprochent de ne plus prendre en compte la complexité du patient ni ses particularités (physio(patho)logiques, socioéconomiques, culturelles). Ceci n'est pas juste, ou ne devrait pas l'être. Dans sa définition première [3, 4] l'EBM a pour but d'augmenter la qualité et l'efficacité des soins, en conjuguant *l'expertise du clinicien* (compétence, jugement, expérience, compassion), *les données cliniques externes* (études cliniques, méta-analyses), et les données particulières du patient (droits, préférences, croyances). Ce principe est, me semble-t-il, souvent oublié par les détracteurs de l'EBM (et parfois par les partisans de l'EBM!).

Il faut également ici reconnaître les limites et parfois même les excès de l'EBM, qui expliquent une certaine méfiance de la part du praticien:

- une hétérogénéité exagérée des études incluses dans les méta-analyses, rendant parfois leurs conclusions douteuses;
- l'élaboration et surtout l'application inconsiderée et irréfléchie de guidelines (régionales, nationales);
- les difficultés méthodologiques de recherche de littérature [5];
- et surtout les difficultés d'implémentation dans le monde «réel» (changement de catégorie de patients, manque de temps/d'intérêt de la part des médecins [6]).

On oppose à l'EBM une médecine plus personnalisée (personalized medicine). J'en veux pour témoin un nombre croissant de publications [7] ou de congrès [8]. Une médecine personnalisée à l'excès comprendra tout autant de danger qu'une application inconsiderée de l'EBM et sera tout aussi incomplète que l'application aveugle de l'EBM:

- réduction du patient uniquement à son patrimoine génétique;

- subordination de toutes nos prises de décisions thérapeutiques à la lumière de la génétique (pharmacogénétique par exemple) ou de la médecine translationnelle (biomarqueurs par exemple).

Comme souvent, la réponse se trouve au centre. Il faut appliquer l'EBM de façon réfléchie, en fonction de chaque patient, de chaque situation. L'EBM n'est pas un but en soi, mais un outil, à utiliser de la façon la plus idoine possible, avec beaucoup d'enthousiasme toujours, avec parcimonie parfois, avec courage quelques fois. En considérant le patient de façon globale, non seulement dans sa maladie mais également en fonction de ses particularités physio(patho)logiques, culturelles, socio-économiques, religieuses et autres, il n'y a aucun risque que l'EBM néglige l'aspect individuel de la personne. Une application réfléchie et pondérée de l'EBM permettra probablement, au contraire, une médecine plus économique et efficace pour la collectivité (EBM, épidémiologie), et plus individualisée pour chaque patient (médecine «personnalisée»), en évitant ainsi que l'instrument de travail ne devienne carcan. C'est ainsi que l'EBM réunira à nouveau et sans difficulté ses partisans et opposants dans les années à venir, je l'espère [9, 10].

Dr François Cachat, Vevey

Vous trouverez la littérature sur Internet sous www.bullmed.ch → Archives → 2011 → 13



Grundversorger und Gatekeeper sind nicht immer dasselbe – ein Vorschlag zur Güte

Im Zusammenhang mit der Integrierten Versorgung ist immer wieder in z. T. verwirrender Weise von «Gatekeeper» und «Grundversorger» und deren Rollen in den entstehenden Integrierten Versorgungsnetzen die Rede. Noch ist einiges nicht wirklich klar, allgemeines Unbehagen wächst.

Ängste bei gewissen Facharztgruppen vor Unterbeschäftigung wechseln ab mit Bedenken der GrundversorgerInnen, einem noch grösseren Patientenansturm als bisher entgegenzusteuern.

Diese verschiedenartigen Ängste mögen v. a. daher rühren, dass die beiden Begriffe Gatekeeper und Grundversorger allzu oft kurzerhand gleichgesetzt werden, was weder einer standespolitischen Diskussion förderlich und erst recht nicht patientenzentriert ist.

Ich möchte daher in aller Form dazu anregen, fortan die Begriffe wesentlich sorgfältiger zu verwenden, was durchaus von politischer

Bedeutung sein kann. Es wird sich dann mit Bestimmtheit herausstellen, dass bei chronischer Schizophrenie, schwerer Persönlichkeitsstörung, juveniler Polyarthrit, kompliziert verlaufender Epilepsie oder MS, Mukoviszidose, Colitis ulcerosa und vielen anderen chronischen Leiden der jeweils zuständige *Facharzt* sinnvollerweise als *Gatekeeper* wirkt, hingegen nicht unbedingt auch als *Grundversorger*, jedenfalls dann nicht, wenn der betreffende Facharzt keine ausreichenden allgemeinmedizinischen Fähigkeiten und Infrastrukturen (mehr) hat.

Ist aber der Facharzt Mitglied eines funktionierenden Integrierten Netzwerks zusammen mit tüchtigen Grundversorgern, steht einer entsprechend patientenzentrierten Arbeitsteilung nichts mehr im Wege: Der verantwortungsvolle Facharzt-Gatekeeper wird sobald nötig die bestgeeignete Grundversorgerin des Netzwerks einschalten.

Es wäre dann nur noch an den Krankenversicherern und den sie vertretenden Parlamentariern, diesen häufig auftretenden Fall politisch in Gesetz oder Verordnung ausdrücklich zu regeln. Tatbeweis für diese Einsicht wäre

anschliessend die Bereitschaft der Krankenversicherer, auch mit Fachärzten Netzwerkverträge als *Gatekeeper* abzuschliessen.

Dies würde ein Stück dringend benötigte Klarheit und Praxisnähe schaffen. Es läge im Interesse sowohl der PatientInnen wie auch der GrundversorgerInnen wie auch etlicher Facharztgruppen.

Dr. med. Peter Baumgartner, Burgdorf

Mitteilungen

Facharztprüfung

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie

Chirurgisches Basisexamen (1. Teil)

Ort: Bern

Datum: erster Samstag des Monats November 2011

Anmeldefrist: 31. August 2011

EBOPRAS-Examen (MC-Prüfung; Teil 2a)

Ort: Brüssel (Belgien) – Crowne Plaza Europa Hotel

Datum: 10. September 2011

Anmeldefrist: 30. Juni 2011

EBOPRAS-Examen (mündlich; Teil 2b)

Ort: Mykonos (GR) und Marseille (FR)

Datum: 2. Juni 2011 (Mykonos)

5. November 2011 (Marseille)

Anmeldefrist: 19. März 2011 (Mykonos)

10. September 2011 (Marseille)

Achtung: Teil 3 der Facharztprüfung (Operation) wurde seit 1. Januar 2009 aufgehoben!

European Course in Plastic Surgery

Ort: Marseille (FR)

Datum: 2.–4. November 2011

Anmeldefrist: 15. Oktober 2011

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter www.siwf.ch → Weiterbildung AssistenzärztInnen → Facharztprüfungen

Krebsliga Schweiz

Kathrin Kramis-Aebischer neue Geschäftsführerin

Dr. phil. Kathrin Kramis-Aebischer übernimmt per 1. September 2011 die Geschäftsführung der Krebsliga Schweiz mit Sitz in Bern. Die promovierte Psychologin und Psychotherapeutin tritt die Nachfolge von Marcelle Heller an, die die Krebsliga in den vergangenen zwei Jahren interimistisch geleitet hat.

Recht

Rappaz-Entscheid zum Fehlurteil des Jahres gekürt

Die Jury der Juristenzeitung «plädoyer», bestehend aus den Proff. Regina Aebi-Müller, Brigitte Tag und Thomas Gächter, hat den Bundesgerichtsentscheid zur Zwangsernährung von Bernard Rappaz zum Fehlurteil des Jahres 2010 gekürt [1]. «plädoyer» berichtet: «Ein im Ergebnis haarsträubendes Urteil gab es 2010 nicht.» Doch «als besonders stossend stach die Begründung des Bundesgerichts im Urteil über die Zwangsernährung von Bernard Rappaz hervor, weshalb der Entscheid 6B_599/2010 vom 26. August 2010 zum «Fehlurteil 2010» gekürt wurde mit dem ausdrücklichen Vermerk: Ergebnis gut, Begründung schlecht.»

Die Jurymitglieder argumentierten, dass urteilsfähige Menschen auch im Strafvollzug ein Selbstbestimmungsrecht haben. «Dass zudem das Ständesrecht der Ärzte, das sich für die Neutralität der Ärzte beim Hungerstreik ausspreche, im Ergebnis für unbeachtlich erklärt wird, sei schon sehr speziell.» Auch im Strafvollzug habe man nicht die

Pflicht, jemanden gegen seinen Willen am Leben zu halten. Die Jury war mit dem Ergebnis – kein Unterbruch des Strafvollzugs – einverstanden. Doch die Urteilsbegründung hätte sich gemäss Prof. Regina Aebi «nicht auf die Möglichkeit einer Zwangsernährung stützen sollen. Sie hätte Rappaz einfach das Recht zugestehen müssen, sterben zu dürfen.»

(Zusammenfassung: Hanspeter Kuhn)

1 Stöckli C. Fehlurteil 2010: Entscheid zur Zwangsernährung. Plädoyer. 2011;(1):82.

KPP

Für parlamentarische Initiative Joder

Eine von Nationalrat Rudolf Joder (SVP) lancierte Parlamentarische Initiative will erreichen, dass die Leistungen der Gesundheits- und Krankenpflege in einen eigenverantwortlichen und einen mitverantwortlichen Bereich aufgeteilt werden. Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner sollen künftig in pflegespezifischen Belangen eigenständig – ohne ärztliche Anordnung – und damit kosteneffektiver handeln können.

Die Konferenz Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren Psychiatrischer Institutionen der Schweiz (KPP) unterstützt die Initiative von Nationalrat Rudolph Joder. Eine Anpassung des KVG, welche die unabhängigen Leistungen der Gesundheits- und Krankenpflege von Pflegefachpersonen definiert, ist nach Auffassung der KPP längst überfällig. Mit der Initiative werde eine Differenzierung von eigenständigen Zuständigkeitsbereichen und mitverantwortlichen Bereichen Wirklichkeit.

Références

- 1 Steurer J. Jeder Patient ist einzigartig: ein universales Killerargument gegen Standards in der Medizin? *Bull Méd Suisses*. 2011;92(7): 248–50.
- 2 Martin J. L'EBM est une composante majeure de la pratique médicale, mais il y en a d'autres. *Bull Méd Suisses*. 2011;92(7):258.
- 3 Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312:71–2.
- 4 Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine – How to practice and teach EBM. New York: Churchill Livingstone; 1997.
- 5 Nunn R. Evidence-based medicine and limits to the literature search. *J Eval Clin Practice*. 2008;14:672–678.
- 6 Van Dijk N, Hooft L, Wieringa-de Waard M. What are the barriers to residents' practicing evidence-based medicine? A systematic review. *Acad Med*. 2010;85:1163–70.
- 7 Lam CW, Lau KC, Tong SF. Microarrays for personalized genomic medicine. *Adv Clin Chem*. 2010;52:1–18.
- 8 The 3rd annual personalized medicine partnerships conference, Washington DC, April 11–12, 2011. <http://www.personalized-medicinepartnerships.com> (accédé le 20 février 2011).
- 9 Silva SA, Charon R, Wyer PC. The marriage of evidence and narrative: scientific nurturance within clinical practice. *J Eval Clin Pract*. 2010 Nov 10. DOI: 10.1111/j.1365-2753.2010.01551.
- 10 Miles A. On a Medicine of the whole person: away from scientific reductionism and towards the embrace of the complex in clinical practice. *J Eval Clin Pract*. 2009;15:941–9.