Courrier au BMS

Science always wins

Kommentar zum Artikel «Klassische Homöopathie» von Frei-Erb et al. [1]

Aberglaube ist ein Regelwissen, welches auf unbelegbaren, der Naturwissenschaft widersprechenden Kausalitäten basiert [2]. Die Behauptungen von Frei-Erb et al. dass *«eine Krankheit durch dasjenige Heilmittel geheilt werden kann, welches in seinem Arzneimittelbild dem Erscheinungsbild des Kranken am ähnlichsten ist»*, entspricht dieser Definition. Frei-Erb et al. sind sich offenbar dieser Sachlage bewusst, denn sie untermauern ihre Behauptungen keineswegs mit Fakten und Zahlen, sondern nur mit schwammigen Allgemeinplätzen.

Im Weiteren brillieren Frei-Erb et al. durch tendenziöse und unwahre Aussagen. Ein eklatantes Beispiel: *«Homöopathie basiert [...] auf klinischen Erfahrungen aus erfolgreich behandelten Krankheitsfällen»*. Die Realität straft diese Behauptung Lügen, denn die Wirksamkeit homöopathischer Medikamente wurde niemals mittels evidenzbasierter Methoden (z. B. prospektive, rigoros kontrollierte klinischen Studien) bewiesen.

Tendenziös ist die Behauptung, dass eine *«Querschnittsanalyse [...] um 15,4 % tiefere Kosten bei Ärzten mit FA Homöopathie»* zeigen würde. Hier werden Kraut und Rüben wahllos gemischt, um eine Kosteneffizienz zu suggerieren, die – wenn die korrekten Benchmarks eingesetzt werden – in Wahrheit nicht existiert.

Wir Ärzte stehen heute vor riesigen Herausforderungen, welche keineswegs durch arbiträre, nicht verifizierbare Systeme gelöst werden können. Trotz steigendem Kostendruck bietet die evidenzbasierte Medizin nur unbefriedigende Lösungen für die meisten chronischen Erkrankungen des Alters (z.B. M. Alzheimer, M. Parkinson, degenerative Erkrankungen des Bewegungsapparats usw.). Diese Probleme werden durch die demographische Entwicklung in der Zukunft weiter verschärft. Es ist vor diesem schwierigen Hintergrund verständlich, dass selbst gebildete und intelligente Laien der Versuchung erliegen können, Trost im Aberglauben und bei Scharlatanen zu suchen. Die SÄZ – immerhin das offizielle Organ der wichtigsten Ärztevereinigung der Schweiz – tut aber nichts Gutes für ihre eigene Reputation, indem sie einen solchen Artikel ohne jegliche Hinterfragung seiner Behauptungen publiziert. Allerdings können SÄZ-Leser davon ausgehen, dass die Diskussion um Homöopathie und vergleichbare «magische» Handlungen auf kurz oder lang durch die Fortschritte der Wissenschaft überflüssig gemacht wird. Science always wins – because it works!

Prof. Dr. med. Dr. sc. Dr. med. vet. h.c. Adriano Aguzzi, Zürich
Prof. Dr. med. André Perruchoud, Basel

1 Frei-Erb M, von Ammon K, Kramer B, Dietrich C. Klassische Homöopathie – Praxis und Forschung 2012, Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(40):1455–6.
2 Vyse SA. Believing in Magic: The Psychology of Superstition. Oxford, England: Oxford University Press; 2000.

Anmerkung der Redaktion:
Gerade *weil* die SÄZ das offizielle Organ der FMH ist, konnte der genannte Artikel unkommentiert erscheinen. Das Redaktionsstatut der SÄZ räumt Mitgliederorganisationen der FMH das Recht ein, ihre Beiträge in einem eigens dafür vorgesehenen Ressort zu publizieren. Die UNION komplementärmedizinischer Ärztegesellschaften, deren Mitgliedergesellschaften sich im Rahmen einer Serie in der SÄZ vorstellen, ist eine in der Ärztekammer vertretene Organisation. Die FMH vergibt zudem Fähigkeitsausweise für Homöopathie und weitere komplementärmedizinische Methoden. So lange die beträchtliche Anzahl von Kolleginnen und Kollegen, die komplementärmedizinisch tätig sind, unter dem Dach der FMH Platz findet, stehen ihr auch die Seiten der SÄZ offen – unabhängig von der Einstellung der Redaktion zu diesen Methoden

Der Schatz wird nur gehoben, wenn die kantonalen Ärztegesellschaften es wollen

Kommentar zur Stellungnahme von Dr. Beat Gafner [1]

Der Schatz wird nur gehoben, wenn die kantonalen Ärztegesellschaften es wollen, denn sie haben zusammen mit der FMH den PRESANTALEIVER (klingt nach Harry Potter) genährt, indem sie seit den 90er Jahren keine Tarifpflege (politische Arbeit) geleistet haben, obwohl wir Mitglieder Euch dafür bezahlt haben. Warum?

Wohl aus Angst davor, die Arbeit in der Praxis attraktiver zu machen!

Nun, in einigen Jahren gehen Sie in Pension, finanziell abgesichert, ohne Konkurrenz junger Kollegen (da die TPW tief sind und die Arbeitsbedingungen unattraktiv) bis zum letzten Arbeitstag. Und wenn keine Nachfolger gefunden werden, können Sie immer behaupten, Sie hätten die Politik stets gewarnt.

Dr. med. Luciano Dias, Baar

1 Gafner B. Dauerthema Taxpunktwert. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(42):1535.

Replik

Sehr geehrter Herr Dias

Fast hätten Sie einen berühmten Vorfahren, der vor über 900 Jahren kastilische Geschichte schrieb, würden Sie Ihren Namen mit einem «z» beenden. Aber eben, Gott sei Dank hinken unsere persönlichen Biografien denjenigen unserer Vorfahren gemütlich-alltäglich hintendrein!

Ich kenne die Kinderbücher um Harry Potter nicht. Hingegen sind mir von meinem zweiten Beruf als Präsident einer kantonalen Ärztegesellschaft noch andere moderne Drachen bekannt, die sich auf das Feuerspucken und Galleschleudern verstehen. Sie heissen «Die-da-oben-sind-faul», «Ich-wüsste-es-besser» und «Die-verprassen-unsere-Gelder».

Nun, von Ihrem wohlbestallten Elfenbeinturm aus, nach Übernahme einer eingeführten Grundversorgerpraxis, abgesichert durch Tarifverträge Ihrer kantonalen Ärztegesellschaft, lässt es sich bequem Steine werfen! Ihr kantonaler Vorstand hat sich jährlich zweimal in mühsamen Verhandlungen mit den Krankenversicherern um die Kostenfolge aus der Behandlung der freipraktizierenden Ärzteschaft zu kümmern und berücksichtigt seit zwanzig Jahren definierte Kostenfaktoren wie Teuerung, Infrastrukturkosten, Fortschritte in der Medizin, demografische Veränderungen usw. Nachzuhören und zu -lesen an den Mitgliederversammlungen und in Ihrem kantonalen Periodikum. Dies zu ihrem Vorwurf, seit 20 Jahren keine Tarifpflege und politische Arbeit geleistet zu haben. Was die Einkommenssituation

der freipraktizierenden Ärzteschaft betrifft, so verweise ich Sie gerne auf die beiden Studien in der SÄZ Nr 38/2012 [1, 2]). Dort gehen Ihnen die Augen auf.
Wollen Sie wirklich in zäher, unspektakulärer, finanziell und ideell mässig honorierter Kleinarbeit dazu beitragen, unseren tollen Beruf als praktizierende Ärzte und Ärztinnen auf dem Stand zu halten und weiterzubringen, dann engagieren Sie sich einfach in Ihrer Ärztegesellschaft des Kantons Zug!
Last but not least: Meine Hausarztpraxis habe ich vom ersten Tag an selber aufgebaut. Der Zustrom neuer Patienten hält trotz oder gerade wegen 27-jähriger Erfahrung immer noch an. Mit dem in der gleichen Ortschaft praktizierenden Ärzteehepaar verbindet mich eine sehr konstruktive, Fachproblem-orientierte, freundschaftliche und offene «Konkurrenz»-Situation. Die sehr guten Kontakte untereinander möchten wir nicht missen. Meine durchschnittliche Arbeitsbelastung in beiden Berufen liegt zurzeit bei 80 Stunden pro Woche ... Am Berner Münster ist in Stein gehauen zu lesen «Mach's na».

Dr. med. Beat Gafner, Niederscherli,
Facharzt für Allgemeinmedizin FMH,
Präsident der Ärztegesellschaft des Kantons Bern

1 Künzi K, Strub S. Einkommen in der Ärzteschaft in freier Praxis 2012: Auswertung der Medisuisse-Daten 2009. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(38):1371–5.

2 Kraft E, Laffranchi R. Einkommen der freipraktizierenden Ärzteschaft: Validierung der Resultate. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(38):1376–9.

La prime par tête est contraire à la biologie

Biologie: l'énigme du sphinx le résume: «Quel être, pourvu d'une seule voix, a d'abord quatre jambes, puis deux jambes, et trois jambes ensuite?» La troisième jambe est le bâton, symbole de la médecine et des soins, réponse au vieillissement et à la maladie, inégale d'un individu à l'autre, évolutive au courant de chaque vie.
Prime par tête: elle est le fondement financier du système de l'assurance maladie suisse qui se base sur l'égalité juridique.
L'écart entre l'inégalité biologique et l'égalité de la prime par tête fait les affaires de plus de 60 caisses maladie. Depuis l'introduction de la LAMal il y a 15 ans, les assureurs se font la concurrence par leur chasse aux bons risques: beaucoup d'assurés en bonne santé sont rentables, pas les malades. Le marché de la santé vit de la sélection [1].
Le côté antisocial de la prime par tête est connu de longue date [2]. Ses aspects éthiques et médicaux posent également problème. Pour les chasseurs aux bons risques, l'assuré payant sa prime par tête est intéressant tant ses coûts pour maladie sont absents ou faibles. A la victime de la maladie le système transmet le message qu'il est, de plus, une charge.
Le même message s'adresse aux médecins, hôpitaux, etc.: attirer beaucoup de jeunes patients mâles réduit leur risque de se voir confrontés à des ennuis avec les assureurs. Pour ceux-ci, le médecin devrait éviter de générer des patients coûteux [3].
Enfin, même les assureurs prennent au sérieux les critiques à l'égard de leurs pratiques et ils semblent être prêts à entrer en matière pour négocier l'amélioration de la compensation des risques.
Et les médecins?
L'énigme du sphinx décrit la *condition humaine*. La solution donnée par Œdipe: l'être humain. C'est affirmer que les malades sont avant tout des êtres humains et non des coûts. Le serment d'Hippocrate se réfère à l'être humain; la déclaration de Genève rejette toute autre considération [4], la déontologie de la FMH contient un article anti-sélection art. 4, al. 3.
En appuyant le principe de la sélection [5] – «amélioration» veut dire affinement, mais pas son abolition! -, la FMH et une partie des médecins l'acceptent dans le système de santé, hors l'enceinte de leurs cabinets et hôpitaux. Ils auraient de la peine à expliquer publiquement une séparation pareille.
La sélection est la conséquence de la prime par tête combinée au système de marché et de concurrence entre un grand nombre d'assureurs. Elle est contraire à la déontologie de la FMH. Font partie intégrale de la condition humaine la souffrance, la maladie, l'agonie. La personne s'adressant aux médecins attend d'eux de ne pas être sélectionnée. Cette attente est justifiée également dans le système de l'assurance maladie sociale. Les médecins et la FMH devraient s'y engager.

Dr Roland Niedermann, Genève

1 «... dans l'assurance de base où le remboursement des prestations est défini dans un catalogue, la concurrence se réduit aujourd'hui à la chasse aux bons risques»: la Conseillère aux Etats, Christine Egerszegi, Présidente de la commission de santé du Conseil des Etats; Le Temps 20.10.2012.

2 «Le Conseil fédéral rappelle que le système de la réduction des primes... représente, pour les personnes de condition économique modeste, le correctif social central à la perception de la prime par tête, permettant ainsi de réaliser la solidarité...»: Avis du Conseil fédéral du 18.08.1999.

3 «Comment être un médecin bon marché: promouvoir une clientèle de passage et éviter de suivre les patients. Traiter des patients en bonne santé et se débarrasser des patients polymorbides; hospitaliser et/ou envoyer facilement les patients dans un EMS; envoyer immédiatement les patients chez les spécialistes pour un suivi ultérieur...»: Revue Médicale Suisse 2009;5: 2287–9.

4 «Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient». Déclaration de Genève, adoptée à Genève en 1948 par l'Association des médecins du monde (à la suite du Procès de Nuremberg contre des médecins Nazis).

5 «... mettre en œuvre l'amélioration de la compensation des risques, ...»: Communiqué de presse de la FMH, 17 juin 2012.

Ist die Love Life-Kampagne zielführend?

Soeben ist die diesjährige Love Life-Kampagne des BAG zur Reduktion der Geschlechtskrankheiten gestartet. Mit Plakaten und TV-Spots. Man erinnert sich automatisch an die letztjährige, wo uns in vier Fernsehspots erklärt wurde, man erkenne Geschlechtskranke daran, dass es sie zwischen den Beinen jucke. So wurden ein Bauarbeiter, eine Lehrerin, Menschen in einem Fitnesscenter und ein Pizzakurier gezeigt, die sich alle auf unterschiedliche Art im Genitalbereich kratzen. Manche Kollegen haben sich gewundert, dass sich auf einmal Patienten mit Oberschenkelekzemen, Soor, Intertrigo oder Blasenentzündung wegen Geschlechtskrankheit untersuchen lassen wollten ... Und wiederum wundert man sich. Jetzt befasst sich das Bundesamt schon wieder mit dem nationalen Geschlechtsleben, weil viele venerisch Infizierte gar nicht wissen, dass sie geschlechtskrank sind und man sie deshalb darauf aufmerksam machen müsse. Die betreffenden Botschaften sind «den neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen angepasst», und so hofft natürlich der Leser dieses Versprechens auf die legendäre, vielgepriesene Qualität der obersten Hüter unserer Gesundheit. Betrachtet man aber die in den öffentlichen Verkehrsmitteln angebrachten Plakate, so geht die Hoffnung in ungläubige Verwunderung über. Da heisst es zum Beispiel: *«Miis Schnäbi biisst»* (sprich über Geschlechtskrankheiten, egal wie). Oder: *«mein Dingsbums hat Dingsbums»*, *«mein Rüssel hat Schnupfen»*. Vermutlich wird man wegen der Globalisierung solche Botschaften der Love Life-Kampagne doch auch noch auf Englisch vermitteln müssen, etwa «My Joy Stick has Burn Out». Kann man sich noch vorstellen, was damit gemeint ist, gibt ein weiteres Plakat eher Rätsel auf: *«Im kleinen Paradies ist die Hölle los»*. Ob da wohl das BAG angesprochen ist ...? Item, wenden wir uns noch den neuen TV-Spots zu, welche ebenfalls den «neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen angepasst»

sind. Sie sollen Geschlechtskranke dazu animieren, ihren Sexualpartnern zu sagen, dass sie krank sind, damit sich diese untersuchen und behandeln lassen können. Motto: «Du kannst es nicht ewig verstecken.» Damit diese richtig agieren, wird in vier Varianten gezeigt, wie man es nicht machen soll: Ein junger Mann widersetzt sich im Bett den lüsternen Attacken seiner Partnerin dadurch, dass er mehrere Unterhosen übereinander trägt, eine Frau versucht, ihren ahnungslosen Partner mit Finger-Schattenspielen über ihr Problem zu informieren, ein Homosexueller, welcher in der Badewanne sitzt, signalisiert seinem Freund eine Morse-Botschaft mit Piepsern aus einem Gummi-Entlein, und ein weiteres Paar macht es mit Gedankenübertragung. Man muss ja zugeben, dass das innovativ ist und nur von speziell Begabten überhaupt erdacht werden kann, aber sonst ist es völliger Quatsch. Heute, wo das Gesundheitswesen längst zum Tummelplatz für viele geworden ist und die Ärzte noch geduldet sind, weil man sie doch braucht, scheinen derartige Kampagnen pathognomonisch zu werden. Und merkwürdigerweise ist Geld dafür immer vorhanden.

Dr. med. Max Konzelmann, Glarus

Communications

Addendum

Die im Artikel «Kosten und Nutzen kleiner Spitäler» [1] wiedergegebenen Äusserungen repräsentieren die Meinung der Autoren in dieser Sache und nicht jene der Universität Bern.

Prof. Dr. med. Hans Hoppeler,
Institut für Anatomie, Universität Bern

1 Hoppeler H. Kosten und Nutzen kleiner Spitäler. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(43):1580–3.

Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine (NEK-CNE)

Don d'organes: l'absence d'opposition peut-elle être considérée comme un consentement?

La Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine (NEK-CNE) a publié sa prise de position n°19/2012, intitulée «Le consentement présumé en matière de don d'organes. Considérations éthiques». Dans le domaine du don d'organes, le consentement présumé implique que les organes d'une personne décédée peuvent être prélevés si celle-ci ne s'y est pas opposée de son vivant. En Suisse, c'est le modèle du consentement au sens large qui s'applique actuellement; le prélèvement ne peut être effectué que si la personne y avait explicitement consenti (par ex., sur une carte de donneur) ou si ses proches l'autorisent lorsque le défunt n'a pas fait connaître sa volonté à ce sujet. Dans sa prise de position, la commission s'est penchée sur la question de savoir s'il était possible ou même recommandé, du point de vue éthique, que la Suisse opte pour le modèle du consentement présumé comme d'aucuns le demandent. *Elle en a conclu, à l'unanimité, qu'il n'y a pas lieu de modifier la réglementation régissant actuellement le consentement au don d'organes.* En effet, il n'existe pas de preuve empirique attestant que le modèle du consentement présumé entraîne une augmentation du nombre de donneurs. Il est même à craindre que cette formule puisse susciter la méfiance au sein de la population et se solder par des retombées négatives.

Une majorité des membres de la commission rejette, en outre, le modèle du consentement présumé pour des considérations éthiques de fond. En effet, le prélèvement d'organes en l'absence du consentement explicite de la personne concernée (ou de ses proches) constituerait une atteinte aux droits de la personnalité. Il faudrait en effet assortir ce modèle d'une obligation, faite à chacun, de se prononcer sur la question du don afin de garantir que l'absence d'opposition soit effectivement l'expression d'un consentement et ne puisse pas être interprétée comme un signe que le défunt n'a simplement pas exprimé sa volonté en la matière. Une telle obligation reviendrait toutefois à entraver sensiblement le droit à l'autodétermination et contraindrait la Confédération à déroger au principe de neutralité en matière de don d'organes. Reconnaissant que le manque d'organes constitue un problème devant être résolu rapidement, la commission recommande à la Confédération de concentrer ses efforts et ses ressources sur des mesures visant à accroître le nombre de donneurs dont l'effet positif a été démontré et qui ne soulèvent pas de réticences éthiques. Font partie de ces mesures l'optimisation des processus dans le système de transplantation et dans les hôpitaux, l'amélioration de l'identification des donneurs, la formation postgrade du personnel médical ainsi que la professionnalisation des entretiens avec les proches, sans oublier l'organisation de campagnes d'information.

La prise de position est disponible dès à présent à l'adresse www.nek-cne.ch → rubrique «Publications».