

Briefe an die SÄZ



Begrenzter Platz für biologischen Ansatz

Zum Beitrag von Daniel Bielinski «Arzt-Patienten-Beziehung – Defizite in der Weiterbildung» [1]

Lieber Daniel

Deine Kritik an der heutigen Vernachlässigung des Beziehungsaspektes in der Psychiatrie/Psychotherapie könnte nicht berechtigter sein. Die Bemerkungen zur Selektion von Medizinstudenten unter dem Numerus clausus und zur postgradualen Weiterbildung zum Facharzt treffen aus meiner Sicht voll zu. Ich kann Dir zu Deiner Analyse jedenfalls von Herzen gratulieren.

Ich möchte indessen gerne noch einen Schritt weitergehen: Die Konzentration auf den biologischen Ansatz in der Psychiatrie mit seiner Fokussierung auf «Brain» – der heutige Stellenwert der bildgebenden Verfahren und der Psychopharmakotherapie spricht für sich – hat nicht nur einen eklatanten Bedeutungsverlust der Arzt-Patienten-Beziehung zur Folge, sie schliesst auf verheerende Weise die Ärztin und den Arzt aus dem diagnostischen und therapeutischen Prozess aus. «Therapie» wird so zur «objektiven», reduktionistischen Wissenschaft und hat mit dem Therapeuten als Person gar nichts mehr zu tun. Die «Patientenvisite vor dem Röntgenbild» ist schon mehr Realität, als es uns lieb ist. Dabei war es eine der bedeutendsten Entdeckungen des letzten Jahrhunderts, dass der Arzt als Mensch einen absolut unverzichtbaren Teil des therapeutischen Prozesses darstellt und dass er als Person direkt betroffen ist. Und «Person» kann nun einmal nicht durch Manuale und Programme ersetzt werden. So verstanden hat Psychiatrie nicht nur mit den Patienten etwas zu tun, sondern mindestens so viel mit den Menschen, die dieses Fach betreiben, weil sie immer Teil des Geschehens sind. Zur Illustration ein Beispiel aus einem ähnlichen Fachgebiet: Beim Spracherwerb braucht ein Kleinkind als Gegenüber reale Personen. Von einem Computer lernt kein Kind eine Sprache, und sei die Maschine noch so genial. Dazu gehört auch das eindruckliche Zitat eines ehemaligen bernischen Gefängnisdirektors: «Zum Bewachen von Menschen braucht es Menschen.» Eine Maschine schaffe das nicht. Gilt da nicht ebenso der Schluss, wonach es zum Behandeln von Menschen eben

Menschen braucht? Dazu aber müssen die jungen Psychiaterinnen und Psychiater wieder lernen, was beispielsweise mit «Übertragung, Gegenübertragung und projektiver Identifizierung» gemeint ist. Das gilt nicht nur für Analytiker, sondern auch für Verhaltenstherapeuten, Systemiker, Erlebnistherapeuten, Esoteriker und Träger noch anderer Hüte.

So lange man freilich in der Psychiatrie nicht den Mut findet oder gewillt ist, dem biologischen Ansatz seinen begrenzten Platz zuzuweisen, wird sich kaum viel ändern. Es sind freilich nicht zuletzt die psychiatrischen Universitätskliniken mit ihren heutigen Exponenten, die den biologischen und reduktionistischen Ansatz vorantreiben und die Jungen lehren, sich nicht als Teil des Prozesses zu verstehen. Und weil das Machtgefälle in der Psychiatrie wie auch andernorts immens ist, bleibt intensiv zu vermuten, dass eine entsprechende Flurbereinigung mit erheblichen Auseinandersetzungen verbunden sein wird, falls sie überhaupt vorgenommen werden sollte. Es wird kaum genügen, sich bloss auf die «Arzt-Patienten-Beziehung» zurückzubedenken, da es ja nicht um eine kosmetische Kurskorrektur unseres Fachgebietes geht, sondern um eine grundsätzliche Neuausrichtung. Es bestehen natürlich erhebliche Interessenkonflikte, die dafür sorgen, dass das aktuell gültige biologische Paradigma mit seinem Selbstverständnis weiterhin unser Fachgebiet dominiert. Es sei denn, es finden sich ein paar beherzte Ritterinnen und Ritter, welche sich dem Kampf stellen wollen. Du als Vizepräsident der SGPP und Klinikchef bist auf jeden Fall schon einmal gut positioniert.

*Dr. med. Ueli Corrodi, ehemals Chefarzt
Psychiatrie fmi-Spital Interlaken*

- 1 Bielinski D. Arzt-Patienten-Beziehung – Defizite in der Weiterbildung zum Psychiater? Schweiz Ärztezeitung. 2013;93(39):1485-6.



Relation médecin-patient déficiente, diagnostics biaisés et dossier médical informatisé

A propos des articles de D. Bielinski [1] et de G. Schilling/H. Bhend [2]

Si même les psychiatres n'apprennent plus à entrer en relation avec leurs patients [1], qu'en

est-il des médecins somatiques qui n'entendent guère parler de relation qu'au cours de leur formation prégraduée, sinon selon le leitmotiv de centration sur le patient. Or, si on n'oublie pas tout à fait l'agenda caché, ce que l'on entend ici par centration est surtout la prise en compte de la complexité de ce patient en termes formels des pathologies dont il a souffert ou souffre actuellement. Cela n'a rien à voir avec la «simple» relation intersubjective entre deux personnes qui cherchent à réunir leurs ressources, notamment selon le processus informel de l'empathie.

Toute prise en charge reste donc avant tout orientée sur la ou les pathologies, le diagnostic, dont l'apogée est atteinte par l'application des DRG lors d'hospitalisations. Ici pour que l'hôpital, le service retire la meilleure contribution des assurances et des finances publiques, il s'agit de coder un diagnostic le mieux coté, c'est-à-dire le plus indemnisé. Il s'en suit bien évidemment une aggravation perverse des antécédents comme de la pathologie actuelle du patient, par exemple en posant le diagnostic de pneumonie alors qu'il s'agit de traiter une broncho-pneumonie, voire une bronchite!

Les effets secondaires d'une telle corruption des diagnostics sur la santé individuelle sont multiples: majoration de l'anxiété du patient (et des soignants qui surtraient pour se couvrir), faux diagnostics répertoriés notamment dans le dossier informatique. Lors d'une nouvelle prise en charge, on consultera ce dossier en priorité de peur de manquer quelque chose, quitte à repartir sur d'anciens préjugés peut-être responsables de la réadmission du patient et pouvant facilement empêcher le médecin de l'écouter quand il parle de ce qui sort du cadre déjà établi. C'est ainsi que le système de santé risque de perpétuer les problèmes, les troubles que le patient en tant que sujet de sa maladie ne parvient pas à communiquer dès lors qu'on le prend avant tout pour un objet de soins... si possible rentables pour ce même système.

Que penser de l'urgent besoin du dossier informatique [2] et des diagnostics répertoriés d'abord en fonction de ce qu'ils rapportent financièrement? Les avantages indéniables ne peuvent pas se passer de considérations très critiques en rendant attentifs les médecins de commencer par écouter activement leurs patients, c'est-à-dire d'utiliser en priorité d'une relation intersubjective nettement sous-évaluée dans toute la formation médicale. Il ne s'agit pas d'abord de tenir compte de l'indigeste complexité du malade, mais bien de sa simple vie de prochain avec qui nous pouvons mieux apprendre à développer notre empathie, notre

capacité à être attentif à l'autre, notre aptitude à nous demander dans quelle circonstance de notre propre vie les troubles du patient auraient pu ou pourraient être des messages acceptables, des souffrances légitimes.

Dr Laurent Schaller, Moutier

- 1 Bielski D: Arzt-Patienten-Beziehung – Defizite in der Weiterbildung zum Psychiater? Bull Méd Suisses. 2013;94(39):1485–6.
- 2 Schilling G, Bhend H: L'institut pour l'informatique au cabinet médical répond à un urgent besoin. Bull Méd Suisses. 2013;94(39):1473.



Les médecins doivent user de leur influence

A propos de l'Editorial de Barbara Weil [1]
Pourquoi ne réserver aux médecins que le «rôle d'experts, destinés à contribuer à augmenter la qualité des informations sur le suicide»? Les médecins, comme les autres soignants, défendent la vie, simplement, serment d'Hippocrate à l'appui. Ils doivent donc user de leur influence sur les autorités pour qu'une stratégie nationale se mette en place. L'effet Werther n'est qu'un mauvais alibi à l'inaction, ici coupable. Il y a déjà 2 décennies que les évêques canadiens ont publié une brochure rédigée en termes simples, qui dit tout ce qu'il faut savoir, et dont les conseils sont excellents. On a en Suisse une pléthore d'organisations «anti-suicide», toutes bénévoles, sans moyens suffisants pour agir, une structure de coordination nationale qui les réunit, mais il n'y a rien de concret, d'utile, d'évalué qui se fasse. Les autorités cantonales au mieux réfléchissent, et restent pantonnes face aux discussions sans fin des experts désignés, psy pour la plupart, alors que l'on connaît depuis 10 ans des travaux étrangers ce qui est inefficace ou contreproductif dans le domaine du suicide, et les projets porteurs. Il faudra des moyens importants, donc venant de l'Etat, l'appui de l'OFSP probablement (qui a su le donner pour le programme rougeole moins menaçant en terme de vies perdues). Le scandale est que la majorité des personnes qui ont enté un suicide retrouve ensuite avec les mois et années une vie qui vaut la peine d'être vécue. Qu'attend-on? Qu'attendez-vous personnellement pour lancer le mouvement?

Dr Virgile Woringe, Lausanne

- 1 Weil B. Medienberichterstattung zu Suizid – auch unsere Verantwortung? Schweiz Ärztezeitung. 2013;94(40):1501.



Alt-neue Übergewichtsgesellschaft

Die aktuelle Stabilisierung des Anteils übergewichtiger Kinder in der Schweiz mit 17% ist zu begrüssen [1]. Adipositas ist aber keine Erkrankung der frühen Neuzeit.

Bereits vor über 2000 Jahren sahen sich die Mediziner dem Problem der Fettleibigkeit gegenübergestellt. Der indische Arzt Susruta (ca. 600 v. Chr.), Hippokrates von Kos (460–377 v. Chr.), Aulus Cornelius Celsus (25 v. Chr.–50 n. Chr.) und Claudius Galen von Pergamos (129–199 n. Chr.) wussten, dass die Fettsucht eine ernste Gefahr für das Leben ist und das Entstehen vieler Krankheiten begünstigt. Zur langfristigen Behandlung empfahlen sie ihren Patienten Mässigkeit im Essen sowie tägliche körperliche Muskelaktivität [2]. Trotz dieser alten Erkenntnis wurde die Fettleibigkeit im Mittelalter nicht als Krankheit aufgefasst und mit Ausnahme von Fallbeschreibungen einiger Ärzte wie z. B. von Timaeus von Gündenklee, Balthasar (1600–1667) kaum erwähnt. Erst Ende des 17. Jahrhunderts befassten sich Mediziner wieder intensiver mit dieser lebensverkürzenden Erkrankung. Eine der ersten adipogenen Dissertationen veröffentlichten die deutschen Ärzte Georgius Melchior Widemann (1652–1735) und Michael Etmüller (1644–1683) im Jahre 1681 mit dem Titel «Disputatio Medica De Corpulentia Nimia» [3]. Anfang des 19. Jahrhunderts publizierte der englische Chirurg William Wadd (1776–1829) Berichte über Fettleibigkeit in seiner Monographie «Cursory Remarks on Corpulence or Obesity Considered as a Disease», die in vier Ausgaben erschien. Wadd wies bereits damals neben den physischen Auswirkungen der Obesitas wie Atemnot, Schlafapnoe, Schwerfälligkeit, Schläfrigkeit und Trägheit auf die schwerwiegenden psychosozialen Nebeneffekte wie soziale Isolation und Diskriminierung hin [4]. Es sollte jedoch noch eineinhalb Jahrhunderte dauern, bis im Jahr 1952 die American Heart Association Adipositas als eindeutigen kardiovaskulären Risikofaktor nachwies.

Wie eine aktuelle Analyse der «Fels Longitudinal Study» mit Kindern/Jugendlichen von 3 bis 18 Jahren ergab, stieg die Prävalenz der Adipositas (Übergewicht) in den USA zwischen den Geburtsjahrgängen 1930 und 1993 von 0 auf 14% (10 auf 28%) bei Jungen und von 2 auf 12% (9 auf 21%) bei Mädchen. Obwohl eine steigende Tendenz der BMI-Z-Scores schon in den 1930/40er Jahren zu registrieren ist, begann die deutliche Zunahme der multikausalen Übergewichtigkeit bei den Jungen erst nach dem Geburtsjahr 1970 und bei den Mädchen nach dem Geburtsjahr 1980 [5]. Dieser «übergewichtige» Trend der letzten 40

Jahre geht einher mit der weltweit grassierenden Entwicklung zu obesogenen Umweltstrukturen und deren negativen Einfluss auf die Energiebilanz, die David Föh in einem schönen Review bereits 2006 in der SÄZ (Heft 34) beschrieb.

Dr. oec. troph. Martin Hofmeister, D-München

- 1 Spectrum, «Übergewicht bei Kindern». Schweiz Ärztezeitung. 2013;94(40):1519.
- 2 Tipton CM. Susruta of India, an unrecognized contributor to the history of exercise physiology. J Appl Physiol. 2008;104:1553–6.
- 3 Widemann GM, Etmüller M. Disputatio Medica De Corpulentia Nimia. Leipzig: Typis Krügerianis; 1681.
- 4 Wadd W. Cursory remarks on corpulence; or obesity considered as a disease: with a critical examination of ancient and modern opinions, relative to its causes and cure. London: J. Callow; 1816.
- 5 von Hippel PT, Nahhas RW. Extending the History of Child Obesity in the United States: The Fels Longitudinal Study, birth years 1930–1993. Obesity (Silver Spring). 2013;21:2153–6.



Umgang mit Daten bei Publikationen

Ich habe den Artikel zum Umgang mit Daten aus Publikationen [1] mit grossem Interesse gelesen und kann die Forderung einer ehrlichen und offenen Darlegung von Daten und von versehentlichen Schwächen und Fehlern bei der Durchführung von Studien nur unterstützen.

Natürlich ist es auch von grosser wissenschaftlicher Bedeutung, unerwartete und negative Ergebnisse sowie den Beleg fehlender Vorteile neuer Verfahren zu publizieren. Wichtig wäre es auch, das Scheitern eines Studienvorhabens zu veröffentlichen und dabei auf die Gründe des Scheiterns im Detail einzugehen. Hierdurch würden der Blick anderer Forscher bei der Bearbeitung desselben Themas geschärft und sie vor einem vergleichbaren Vorgehen gewarnt. Ressourcen könnten als Folge dieser offenen Darlegung umso gezielter eingesetzt oder gar gespart werden, und gleichzeitig Enttäuschungen der Forscher vermieden. Patienten könnte die Teilnahme an einer Studie erspart werden, die nicht zu einem Ergebnis führt – und dies ist auch ethisch zu fordern.

Problematisch ist es jedoch, diese Manuskripte in Journalen unterzubringen. Negative Studienergebnisse oder Berichte von Studien ohne jedwedes Ergebnis werden vor allem in hochrangige, weiterverbreitete Journale kaum aufgenommen, obwohl sie zumindest als kurze Mitteilung vermutlich räumlich leicht unter-

zubringen wären, weil sie beim Herausgeber oder an den Gutachtern scheitern (Chan und Altman, BMJ 2005). Dies mag auch dazu führen, dass nach dem Abschluss von Studien nach positiven signifikanten Ergebnissen gesucht wird, auch wenn dies nicht mit der ursprünglichen Zielsetzung der Studie übereinstimmt (Redmond et al. J Clin Epidemiol 2013; Chan et al. JAMA 2004).

Als Gutachter einer Zeitschrift besteht womöglich der Konflikt, vor allem solche Artikel zu fördern oder zu akzeptieren, die die Bedeutung bzw. Wertung des Journals anheben: Wenn die Impact-Punkte durch geeignete Zitationsweise der Artikel angehoben werden können, und positive grosse Studien häufiger zitiert werden als «Fehlversuche», entsteht auch auf Verlagsseite und bei Gutachtern vermutlich ein BIAS in der Annahme von Manuskripten.

Letztendlich entscheidet sogar der Leser und Käufer eines Journals ganz wesentlich mit, was publiziert wird: Wer kämpft sich schon gerne durch zahlreiche Veröffentlichungen zu negativen Endergebnissen von Studien? – Man muss ja als Folge dieser Artikel zumindest im medizinischen Alltag weniger ändern. Veröffentlichungen mit positiven Ergebnissen hingegen können zu einer Änderung des eigenen Vorgehens führen, wenn auch zuweilen verfrüht oder wegen des Publikations-BIAS sogar fälschlich.

Und den Patienten kann man in Klinik und Praxis etwas Neues und Innovatives sicher besser verkaufen, von denen man soeben auf einem Kongress oder in einem Journal erfahren hat, als wenn man etwas Althergebrachtes anbietet, nur mit der Bemerkung, etwas Besseres gibt es eben nicht.

Von daher ist die Auflage der Offenlegung von Studien, aber auch die Pflicht zum Publizieren nur zu begrüssen: Es braucht dann aber eine guterreichbare Plattform, um die Publikationen unterzubringen.

Mir erscheint die Einrichtung eines umfassenden Studienregisters der erste dringliche Schritt, um kompetitive Doppelspurigkeiten in der klinischen Forschung zu vermeiden (z. B. zeitgleich startende Studien bei seltenen Erkrankungen) und Studienverläufe nachzuvollziehen. Man könnte sogar noch weiter gehen, wenngleich dies derzeit undenkbar scheint: Klare Förderregeln für die Forschung! Vergabe von Mitteln nicht direkt durch die Industrie, sondern über qualifizierte und zertifizierte Fachgesellschaften, z. B. die SAKK oder die Krebsliga. Einwerben von Förder- und Spendengeldern über diese Strukturen, und nur über diese

Strukturen. Einrichtung eines Publikationsorgans (z. B. elektronische Zeitschrift mit Impact-Punkten) über die zentrale Förderstelle, die auch das vollumfängliche Studienregister führt. Hier bestünde dann die Möglichkeit, zeitnah auch Studien mit negativen Ergebnissen zu veröffentlichen!

Prof. Dr. med. Frank Zimmermann, Basel

- 1 Witte F. Verschweigen, fälschen und erfinden, bis die Daten stimmen. Schweiz Ärztezeitung. 2013;94(41):1554–6.



Liegen 200 Millionen Franken auf der Strasse?

Wie das Kaninchen auf die Schlange, starren Zentralvorstand und Ärzteschaft nach dem Rückzug der Initiative «Ja zur Hausarztmedizin» auf das BAG und Bundesrat Berset und warten darauf zu erfahren, wo die versprochenen 200 Mio. Franken gefunden werden können. Ungewöhnlich an der Situation ist die Tatsache, dass innerhalb der FMH eine Gruppe via Drohung mit einer Volksinitiative zuungunsten anderer Gruppen eine Umverteilung der zur Verfügung stehenden Gelder erzwingt. Deshalb lohnt es sich, 15 Jahre zurückzublicken.

In den Neunzigerjahren des letzten Jahrhunderts wurde der TARMED in zahllosen Sitzungen besprochen und ausgehandelt. Das zentrale Ziel war es, zu Beginn bei allen Beteiligten unbestritten, einen betriebswirtschaftlich korrekt gerechneten Tarif zu erhalten. Schon bald wurde klar, dass der ambulante Tarif nur ungenügend dazu geeignet war, Einkommensunterschiede zwischen verschiedenen Ärzteguppen auszugleichen, da die Differenzen v. a. Folge stationärer Behandlungen von privatversicherten Patienten waren. Trotzdem wurde versucht, im Rahmen des TARMED den Allgemeinärzten mehr und den Spezialärzten weniger zu geben. Dieser nicht mehr betriebswirtschaftlich unterstützte Umverteilungsversuch führte dazu, dass die Mehrheit der Spezialärzte, im Gegensatz zu den Haus- und praktischen Ärzten, den Tarif ablehnten und eine Urabstimmung erzwangen. Das Ergebnis ist bekannt.

Inzwischen sind 10 Jahre vergangen und niemand will sich mehr erinnern, dass die Haus-

ärzte als vermeintliche Sieger aus der damaligen Abstimmung hervorgegangen sind. Vergessen ist, dass zwei wichtige Voraussetzungen, welche zur Annahme des Tarifs in der Urabstimmung geführt hatten, der Taxpunktwert von einem Franken und das sogenannte Reingeneering II nie in Kraft getreten sind. Vergessen ging auch, dass Spezialärzte, welche ausschliesslich mit dem TARMED abrechnen, nach dessen Einführung bis zu 30% ihres Einkommens eingebüsst haben.

Wenige Ausreisser mögen vom TARMED profitiert haben. Es ist aber eine Tatsache, dass wegen der Manipulation der Taxpunktwerte Allgemeinärzte und Spezialisten zu den Verlierern gehören.

Damit wird klar, dass es die Aufgabe des ZV ist, jetzt einen für alle Ärzte akzeptablen ambulanten Tarif auszuhandeln und nicht die Tarifhoheit dem BAG und dem Bundesrat zu überlassen. Diejenigen Kolleginnen und Kollegen, welchen die 200 Mio. zufließen sollen, jubeln und diejenigen, welchen die 200 Mio. fehlen werden, ducken sich und schweigen und hoffen, dass der Rasenmäher sie nicht trifft. Dabei ist durch die nicht betriebswirtschaftlich begründete Umverteilung der Willkür ein Scheunentor geöffnet worden. Kämpfe von Interessengruppen um die sinkenden Ressourcen und damit eine Zerreihsprobe für die FMH sind programmiert.

Der ZV ist aufgefordert, dafür zu sorgen, dass der TARMED nicht zum Spielball von Interessengruppen verkommt, sondern sich zu dem entwickelt, zu dem er eigentlich bestimmt war. Ein betriebswirtschaftlich gerechneter Tarif, welcher die Tätigkeit des einzelnen Arztes, Allgemeinarzt oder Spezialist, in einer Einzelpraxis oder in einem Ambulatorium tätig, korrekt abbildet.

PD Dr. med. Marcus Schwöbel, Zollikon

Leserbriefe



Reichen Sie Ihre Leserbriefe rasch und bequem ein. Auf unserer neuen Homepage steht Ihnen dazu ein spezielles Eingabefeld zur Verfügung. Damit kann Ihr Leserbrief rascher bearbeitet und publiziert werden – damit Ihre Meinung nicht untergeht. Alle Infos unter: www.saez.ch/autoren/leserbriefe-einreichen/