

Courrier au BMS

Der Diskurs mit der IV nimmt Fahrt auf

Brief zu: Ritler S. Weiterentwicklung der IV. Schweiz Ärztezeitung. 2017;98(40):1282–4.

Sehr geehrter Herr Ritler

Besten Dank, dass Sie sich als oberster IV-Chef in unseren Diskurs einmischen! Und danke für den Hinweis auf die solide Vorarbeit von Niklas Baer und den Ausblick auf Lösungen; Letztere wurden ja auch von Herrn Dummermuth aus dem Kanton Schwyz beschrieben, der bereits Erfolge melden konnte. Auch wenn das nun in Zukunft gelöst werden sollte, es ist ein selbstgemachtes schon sehr altes Problem, das sich mir als Kinderpsychiater bald einmal abzeichnete: Mit dem NFA wurden die Kantone für die Sonderschulung zuständig, und diese dehnten die schulische Ausbildung natürlich nicht so weit aus wie früher die IV, nämlich bis zum 20. Lebensjahr, wenn das nötig war, sondern mit 18 (dem Rentenalter!) ist nun trotz Besitzstandswahrungspflicht Schluss! Damit haben wir seit 1.1.2008 plötzlich eine Menge von nicht berufsreifen ehemaligen Sonderschülern, die ungeeignet sind für die Angebote der erstmaligen beruflichen Eingliederung durch die IV! Hier war manchmal das Aushalten mit einer Rente, bis die nötige Reife herbeigeführt wurde, eine sinnvolle Lösung, und es entstanden auch Institutionen, die diese Aufgaben übernahmen, finanziert über IV-Rente und EL! Wie sollten die denn ohne Rente finanziert werden? Dass es auch immer mehr junge Leute gibt, die eben nach einem mehr oder weniger regulären Schulabschluss nicht berufswahlreif erscheinen, ist ein komplexeres Problem; Baer findet darunter viele Menschen mit sehr stark belasteten Kinderjahren und einer Diagnose in Richtung Persönlichkeitsstörung. Faktisch sieht das so aus, dass der Anspruch von Seiten der Arbeitgeber für eine reguläre Lehre inzwischen schlicht «Problemlosigkeit» ist, weil Lehrlinge rentieren müssen; der Lehrvertrag ist schneller aufgelöst als ein gewöhnlicher Arbeitsvertrag! Und dann eine weitere Lehrstelle zu finden ist schwierig. Es gibt Hilfestellungen der Kantone und der IV, aber es gibt nicht die relativ beschützenden Lehrstellen im ersten Arbeitsmarkt, um trotz den Schwierigkeiten weiterzumachen! Wer soll die Institution bezahlen, die sich nun dem Lehrling annimmt

Beides verweist aber auf ein volkswirtschaftliches Problem: Lange fuhr die bürgerliche Politik die Strasse, dass es für die Schweizer Wirtschaft 2 Arbeitswelten gibt, eine reguläre und eine geschützte, letztere über IV-Gelder

finanziert. Noch in den 90er Jahren haben grosse ausländische Firmen unserer Grossindustrie empfohlen, Minderleister bei der IV anzumelden (verbürgte Mitteilung aus erster Hand!) – krank wurden sie von selbst unter dem Druck! Die IV hat in der Wirtschaftspolitik offenbar auch die Funktion, nicht fitte Arbeitnehmer aufzufangen!

Hier läuft die Wiedereingliederungskampagne der IV im Gegenkurs zur Wirtschaftspolitik! Auch wenn es gelungene Beispiele gibt, gibt es auch gelungene Beispiele von «Eingliederung dank Rente»! Das, und genau das, hat meine Kollegin der Erwachsenenpsychiatrie Frau Doris Brühlmeier Rosenthal aufzuzeigen versucht. Auch wenn ich selbst sehr skeptisch bin bezüglich einer frühen Berentung, sehr oft besteht schlicht keine Alternative!

Bisher ist noch niemand von der IV auf das Problem eingetreten! Würden Sie das noch tun?

Mit freundlichen Grüßen
Dr. med. F. Walder, Ziefen

Literatur

- Stefan Ritler, Vizedirektor Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, Leiter Geschäftsfeld IV, in: Ritler S. Weiterentwicklung der IV. Schweiz Ärztezeitung. 2017;98(40):1282–4.
- Andreas Dummermuth lic. iur., MPA, Geschäftsführer der Ausgleichskasse / IV-Stelle Schwyz, in: Dummermuth A. Zahlen aus dem Kanton Schwyz. Schweiz Ärztezeitung 2017;98(35):1119–22.

Braucht es einen Schweizer Eid ?

Brief zu: Egger B et al. Schweiz Ärztezeitung 2017;98(40):1295–97

Die Analyse zur Ökonomisierung der Medizin, verfasst von Mitarbeitern des Instituts Dialog Ethik, ist eine bemerkenswerte Rückbesinnung auf den ärztlichen Berufsethos. Die Bezugnahme auf entsprechende Dokumente der SAMW, des Deutschen Ethikrats, aber auch des Hippokratischen Eids bekräftigen diese Argumentation sowohl aus der aktuellen als auch historischen Sicht.

Sicherlich ist die Ökonomisierung der Medizin aufhaltbar, deshalb sind derartige Artikel sehr wichtig. Umso mehr bräuchte es noch weitere tatkräftige Unterstützung, so von politischer Seite her von unserer Standesorganisation FMH mit einem eindeutigen und klaren politischen Statement zu diesem Themenkomplex. Dies würde uns als Ärzte, welche jeden Tag trotz Ökonomisierung der Medizin «Patienten und nicht Kunden» behandeln, sehr unterstützen. «Eine Medizin, die den ökonomischen Anreizen mehr folgt

als den ärztlichen Selbstverständlichkeiten, wird auf Dauer ihre Seele verkaufen.» [1]

Inwieweit es hierfür tatsächlich einen neuen «Schweizer Eid» braucht, mag mal dahingestellt bleiben. Es bedarf an dieser Stelle eher einer gesellschaftspolitischen Auseinandersetzung über die Folgen der Ökonomisierung der Medizin, verbunden mit einer Bewusstseinsbildung und Solidarisierung unter den Ärzten, den Patienten und damit auch den Bürgern in der Schweiz.

Inwieweit der Hippokratische Eid wirklich als veraltet angesehen werden kann, gilt es dann noch zu diskutieren. Interessanterweise kommt man – wie die Autoren auch – doch immer wieder getrost auf den Hippokratischen Eid zurück. Denn der Hippokratische Eid ist ja bei Weitem mehr als nur ein Eidtext, hinter ihm stecken zweieinhalbtausend Jahre Medizingeschichte ausgehend von der Hippokratischen Ethik, zusammengefasst im «Corpus Hippocraticum», und einflussend in die christlich-abendländische Kultur. Der Hippokratische Eid muss daher als historisches Zeugnis gelesen werden. Damit behält er dann sogar im säkularen 21. Jahrhundert trotz seines übergeordneten Bezugs («bei Asklepios») oder seiner Abgrenzung zu Handwerkschirurgen («Blasenstein») seine grundlegende Bedeutung, die mit dem «nihil nocere» als heilende Basis der Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patienten den Schutz des Lebens ins Zentrum stellt. Und dies gilt es zu bewahren. Denn: «Humanität besteht darin, dass niemals ein Mensch einem Zweck geopfert wird.» (Albert Schweitzer)

Vor kurzem wurde dies von der Hippokratischen Gesellschaft Schweiz in der Schweizerischen Ärztezeitung hervorragend dargelegt. [2] Es braucht gerade heute in Zeiten der Globalisierung ein personales Menschenbild, wie es sich im Hippokratischen Eid widerspiegelt, der den Arztberuf als Lebensaufgabe ansieht, die mit höchstem Respekt, Verantwortungsgefühl, Vertrauen, ganzheitlichem Ansatz und eben mit der Ehrfurcht vor dem Leben verbunden ist.

Lettres de lecteurs

Envoyez vos lettres de lecteur de manière simple et rapide. Sur notre site Internet, vous trouverez un outil spécifique pour le faire. Votre lettre de lecteur pourra ainsi être traitée et publiée rapidement. Vous trouverez toutes les informations sous: www.bullmed.ch/publier/remettre-un-courrier-des-lecteurs-remettre/

Oder anders ausgedrückt in den Worten von Giovanni Maio zur Ökonomisierung der Medizin: «Während die Medizin also ihren Fokus verstärkt auf den messbaren 'Output' legt, erklärt sie das Eigentliche zum verzichtbaren Luxus – nämlich die Gewissheit des Patienten, als Mensch verstanden und in seiner Ganzheit in den Blick genommen zu werden.» [3]

Prof. Dr. Walter Knirsch, Zürich

Literatur

- 1 Maio G. «Ärztliche Qualität bemisst sich nicht nach der Stückzahl». MBZ 2012;18:7.
- 2 Mattli J et al. Zur Bedeutung des Hippokratischen Eides in der heutigen Zeit. Schweiz Ärztezeitung 2016;97(23):854–6.
- 3 Maio G. Der Arzt als Ingenieur für den Menschen? Psychologische Medizin 2013;24(2):37–8.

Onkologie: Kommunikationsfähigkeit und Wissensmanagement sind gefragt

Brief zu: Borner M. Fortschritte der Onkologie: mehr als neue, teure Medikamente. Schweiz. Ärztezeitung. 2017;98:1244–5.

Weiterzubildende zum Facharzt medizinische Onkologie «müssen neu eine palliativmedizinische Zusatzausbildung absolvieren». Es handelt sich um einen Kurs, der 20 Stunden umfasst und auf der Homepage der Schweizerischen Gesellschaft für medizinische Onkologie noch nicht publiziert ist. Auch die Kommunikationsfähigkeit wird mit einem Kurs erledigt. Bei Letzterer handelt es sich um eine fundamentale allgemeine Berufskompetenz jedes Arztes, Erstere ist eine fundamentale fachspezifische Kompetenz. Kurse dienen als Grundlage, deren Besuch erfordert Abwesenheit vom Arbeitsplatz oder Einsatz in der Freizeit. Der Lernerfolg ist unbestimmt.

Dass ein Onkologe «einen zunehmenden Anteil seiner Arbeitszeit darauf verwenden muss, Patienten den Zugang zu noch nicht registrierten Medikamenten zu organisieren», lässt aufhorchen: Wie steht es mit dem Wissensmanagement, einer weiteren fundamentalen allgemeinen Berufskompetenz? Gesuche um Kostenübernahme nicht registrierter Arzneimittel sollten im onkologischen Alltag die Ausnahme sein. Liegen doch selbst mehr als drei Jahre nach Zulassung bei beinahe der Hälfte der durch die EMA registrierten Onkologika einzig Daten zu Surrogaten vor. Daten zu klinisch relevanter Verlängerung der Überlebenszeit oder Steigerung der Lebensqualität fehlen (BMJ 2017;359:j4530).

Das Teaching fundamentaler Kompetenzen sollte im beruflichen Alltag bei der Arbeit am und mit dem Patienten erfolgen. Der Stand des Erreichten kann mittels arbeitsplatzbasierten Assessments erfasst und gezielt ge-

fördert werden. So kann erreicht werden, dass künftige Onkologen Krebskranke umfassend aufklären und gemäss dem aktuellen wissenschaftlichen Stand betreuen.

Dr. med. Max Giger, Winterthur

Paradigmawechsel von einer Biomedizin zu einer biopsychosozialen Medizin

Brief zu: Fouradoulas M. Keine Alternative. Schweiz. Ärztezeitung. 2017;98(40)1329.

Dr. med. Marc Fouradoulas nimmt in seinem Brief Stellung zu meinem Artikel «Fragwürdige Entwicklung» [1]. Sollte ich nicht antworten, ihm privat schreiben, oder in der SAEZ? Ich entschlüsse mich für Letzteres, da in der heute akuten, mehrschichtigen Krise der Medizin der Paradigmawechsel von einer Biomedizin zu einer biopsychosozialen Medizin immer wieder geklärt und empfohlen werden soll.

Der Übergang von der Biomedizin zur biopsychosozialen Medizin muss zum Wohl der Patienten und der Abflachung der Kostenkurve vollzogen werden.

Das heutige biomedizinische Konzept stützt sich auf eine mechanistisch-mathematische Evidenz und leitet daraus seine Algorithmen ab. Sie lässt die persönlich-geschichtliche Evidenz ausser acht [2].

Für diese gibt es so viele Belege, dass ich hier nur wenige nenne: Wer in der Kindheit seelischer und körperlicher Gewalt ausgesetzt ist oder Zeuge davon wird, erleidet als Erwachsener häufiger chronische Schmerzen [3]. Hoffnungslosigkeit erhöht das Risiko, eine ischaemische Herzkrankheit zu erleiden [4]. Hilflosigkeit, depressive Affekte erhöhen die koagulanten Faktoren bei Betreuenden von Alzheimer-Kranken [5]. Scheidung mit Schweigen: steigert Langzeitfolgen für die Kinder bezüglich der Wahrscheinlichkeit, an einem Rhinovirus zu erkranken [6]. Wollen die Patienten dieses moderne Konzept? fragt Fouradoulas. Eindeutig ja, sie erleben darin Empathie, Achtung und die Möglichkeit, in der eigenen Art und mit eigener Zeitbestimmung ihre Anamnese zu berichten.

Die diagnostische Schärfe wird erhöht. Es kann beispielsweise vermieden werden, dass eine Frau, die an Druckgefühl im Thorax leidet, umsonst koronarografiert wird, obwohl sie alle Symptome der Cannon'schen Fight-Flight Reaktion aufweist [7]. Ein zweites Beispiel: Ein Patient, der vor der MRI-Apparatur panisch wird, wird überwältigt und gedämpft, so dass er einen Atemstillstand erleidet und eine Woche lang in der Intensivstation intubiert liegen muss [8]. Ein drittes Beispiel: Ein Patient

wird wegen Thoraxschmerzen und Angst in zwei Jahren sechsmal unnötigerweise hospitalisiert und ein gutes Interview deckt ein Kindheitstrauma auf, wonach der Mann dauernd beschwerdefrei bleibt [9]. Diese klinischen Beispiele zeigen klar, dass das biopsychosoziale Konzept sparen hilft, und dass es falsch ist, die Zeit, die der Arzt mit dem Patienten verbringt, beispielsweise auf 20 Minuten zu beschränken, insbesondere, weil eine gute Anamnese länger als 20 Minuten dauern kann und eine gute Anamnese 80 bis 85% der Diagnosen klärt.

Auch der günstigere therapeutische Weg öffnet sich. Es fällt kein Spatz vom Dach (Matthäus 10, 5–33) oder: es entsteht keine Symptom ohne ... [10].

Wieder einmal: Dixi et animam meam salvavi.

Prof. em. Dr. med. Rolf H. Adler

Literatur

- 1 Adler R. Fragwürdige Entwicklung. Schweiz. Ärztezeitung. 2017; 98(37):1197–8
- 2 Adler RH. «Herausforderung für die Biomedizin: Das biopsychosoziale Konzept». EMH-Verlag, 2017. S. 19–28.
- 3 – Adler RH et al. Psychosom Med. 1989; 87–101. – Engel GL. Amer J Med 1959; 26: 899–918.
- 4 Anda R et al. Epidemiology. 1993;4:285–94.
- 5 Von Kaenel et al. Psychosom Med. 2002;64:114.
- 6 Krapf R. Schweiz Med Forum. 2017;17(4):847.
- 7 siehe 1, S. 92–8.
- 8 siehe 1, S. 63–7.
- 9 siehe 1, S. 63–6.
- 10 siehe 1, S. 73–80.

«Marché de la santé»: le marché des indulgences du XXI^e siècle

Lettre concernant: Iff H. «Wir Gesundheitsverkäufer». Bull Méd Suisses. 2017;98(42):1379–81.

Il y a 500 ans, en lançant ses 95 thèses, un moine changea l'issue de la querelle centenaire des indulgences. Martin Luther contesta à l'instance religieuse alors dominante le pouvoir de disposer du salut des âmes, de marchander les indulgences et de s'en enrichir frauduleusement. Se basant sur le principe «Solus Christus», il se référa à la Bible qui ne mentionne pas le marché des indulgences, marché que l'Eglise catholique avait transformé en une économie lucrative et parasitaire aux dépens de ses fidèles et des autres secteurs économiques. Luther refusa aussi le dogme ecclésiastique de la transsubstantiation, qui veut que le sacrement de la Cène transforme le pain et le vin en Chair et Sang du Christ.

Et aujourd'hui, les termes et pratiques du «marché de la santé» sont-ils savants ou religieux? Comme le salut de l'âme, la santé n'est pas un bien marchandable; comme le ciel, on

ne peut ni l'acheter ni la vendre. Nonobstant, moyennant son potentiel de croissance, le «marché de la santé» occupera bientôt la première place de l'économie mondiale. Un marché lucratif dont la partie parasitaire croît au rythme de la croissance des épidémies faites par l'homme. Au lieu de les éviter, la trinité formée par «le marché de la santé», «l'industrie de la santé» et «l'approvisionnement en santé» promet aux «croyants modernes» la santé. Pourtant la leçon de l'amiante est évidente: ce n'était pas cette trinité qui assura aux victimes de cette épidémie la santé; seule la décision publique de mettre fin à l'industrie de l'amiante ouvrit l'époque sans ce fléau. Au plus tard depuis la réponse d'Œdipe au sphinx, nous savons qu'au soir *l'humain avance sur trois jambes*. La troisième est le bâton du symbole de la médecine autour duquel s'enroule le serpent. Bâton, poison (*phar-*

makon en grec) et leurs développements toujours plus sophistiqués sont matière morte, ils ne font partie ni du vivant ni de l'ADN, ils ne sont pas «santé»; les appeler «santé» est une forme de transsubstantiation. 65 000 fois, année après année, la mort montre la vanité des promesses mercantiles et avertit les «clients». Et l'interdiction de l'industrie de l'amiante fut *la victoire de la déontologie médicale sur la déontologie du marché*:

La première s'appuie sur le savoir que la santé est une donnée fondamentale, préalable à l'activité humaine, aussi médicale, fondamentale comme la nature à laquelle elle appartient. Le serment d'Hippocrate respecte ce savoir en plaçant l'hygiène avant la panacée, c.-à-d. les bâtons, poisons, etc. Cette hiérarchie fonde la déontologie de la FMH: les deux premières missions du médecin sont du domaine de l'hygiène: protéger et renforcer la santé, et

seulement en troisième position viennent les soins, pas de la santé, mais des maladies. A son opposé, la déontologie du marché balaie ce savoir, place le marché au-dessus de la santé. Ayant comme maîtres le chiffre d'affaire et le profit, elle bâtit son commerce sur les soins qu'elle appelle «santé». Alors le marché, institution humaine, s'administre un pouvoir qu'il n'a pas et rejoint l'église du Moyen Age.

Qui dit marché, dit marchands, et le «marché de la santé» a ses marchands de la santé, les médecins. Ainsi ils font comme les prêtres en 1517: *ils marchandent un bien non marchandable*, ce qui est une fraude. Le «marché de la santé» est incompatible avec le savoir et la déontologie médicale.

Dr Roland Niedermann, Genève

Sujet d'actualité en ligne –

www.bullmed.ch/fr/tour-dhorizon



Jean Martin, ancien médecin cantonal vaudois, membre de la rédaction

Lettre à Ignazio Cassis

En toute amitié, avec des espoirs...



Interview de Dr méd. Philip Bruggmann, Stratégie Hépatite Suisse

«Les connaissances relatives à l'hépatite sont insuffisantes»

Le corps médical devrait dépister davantage et réaliser des traitements précoces.