

Briefe an die SÄZ

L'idée de manifester sur la Place fédérale est-elle une bonne idée?

Lettre concernant: Debétaz LF. Révision du TARMED: allons en masse sur la Place fédérale, et vite. Bull Méd Suisses. 2017;98(38):1218–9.

«Manifester sous la bannière de la FMH» pour «se mettre en position de force en vue des négociations futures avec les assureurs et avec les autorités politiques»: est-ce crédible?

Le Dr Louis-François Debétaz décrit avec acuité et pertinence la situation dans laquelle le corps médical s'est manifestement laissé entraîner: une situation de contre-production, dangereuse, injuste qui touche au fondement même de notre pratique. A qui la faute? Les politiciens et les assureurs ne sont pas les responsables dont il est question: les assureurs ont perdu en grande partie leur liberté; l'Etat est, dirons-nous, représenté par les politiciens élus, de plus en plus dépassés par la spirale infernale du «toujours plus» inadapté.

A qui donc incombe cette responsabilité? Qu'avons-nous fait de la responsabilité individuelle et de l'initiative privée? Qu'avons-nous fait de la possibilité de dénoncer ce qui est certes légal, mais illégitime? Comme nous imposons des réglementations de plus en plus outrancières et inadéquates, dites européennes, dont une nomenclature tire parti, paralysant l'échange spontané et la véritable valeur marchande de nos services et conduisant aux pénuries que nous subissons et dont nos patients sont victimes?

Il est temps que nous considérions *la LaMal* comme une erreur politique fondamentale. Il faut un vrai changement. Contrairement aux idées reçues, c'est une législation libérale, qui honore le médecin entrepreneur, qui va faire le lit de la solidarité véritable que tous souhaitent et dont la LaMal est l'antithèse.

C'est à nous de définir prioritairement nos besoins et donc consécutivement ceux de nos patients: ce n'est ni le rôle premier des assureurs, ni celui des politiciens. Pourquoi ne pas réfléchir à ce qui nous lèse actuellement au quotidien?

1. Une priorité donnée au bien des systèmes en lieu et place d'une priorité aux patients
2. Une obligation de coopération avec le plus fort (souvent l'Etat) à la place du libre choix d'une coopération et d'un partenariat win-win en tout temps librement consentis
3. Une performance moyenne pour de l'égalité au détriment de l'excellence
4. L'absence de reconnaissance des talents individuels

5. De multiples barrières à la protection et à la promotion du médecin entrepreneur
Dans notre spécialité, nous connaissons depuis cinq ans maintenant la pénurie d'outils diagnostiques et thérapeutiques directement en lien avec les points 1 et 2. L'ensemble des médecins connaît une diminution égalitaire des revenus pour tous depuis 2014, directement reliée aux points 3 et 4 et qui sera aggravée en 2018.

Reste le point 5. Que nous manque-t-il? En premier lieu la confiance en nous-mêmes pour construire dans nos rôles de concepteurs et de producteurs: concepteurs de processus individualisés, producteurs d'idées novatrices et de diagnostics adaptés pour le succès de la prise en charge de nos patients. Une priorité serait donc de savoir nous protéger du fait que l'on fasse comme si nos productions ne nous appartiennent plus. Et ceci n'a rien à voir avec un protectionnisme corporatiste, mais avec un droit de propriété que chacun est en droit d'exercer et de faire fructifier.

Ces cinq points compromettent aujourd'hui le succès de la médecine suisse tant sur le plan de l'excellence et de la liberté des soins que sur le plan financier. Si nous renversons ces cinq points, nous gagnerons et nous irons «à l'essentiel»: appliquer les cinq ingrédients du succès connus depuis les débuts de la médecine. Reprendre notre droit nous rendra notre crédibilité.

La santé est un service dans un mandat accepté et donc respectable de part et d'autre, y compris dans le domaine de la charité et de la formation scientifique, dans le cadre de notre mission et de nos valeurs. Or ce service n'est plus acceptable, car il n'est pas respectable. Alors agissons et entamons de vraies discussions avec des partenaires convaincus d'une libéralisation du système pouvant agir à la fois aux niveaux local, national et européen: une libéralisation tarifaire, une simplification des réglementations respectant une politique de décentralisation, bref une politique à la fois d'autonomie et de prévoyance.

Tout droit n'est pas bon à prendre, comme d'ailleurs toute bannière de protection. Le véritable combat que souligne le Dr Debétaz est bien celui de la crédibilité. Ce qui veut dire celui de la confiance et de son corollaire: le droit de propriété sur nous-mêmes et la responsabilité bien comprise qui en découle.

Dr Fabienne Gay-Crosier, Carouge, Genève

Excellente lettre

Lettre concernant: Martin J. Lettre à Ignazio Cassis. Bull Méd Suisses. 2017;98(39):1248.

J'ai beaucoup apprécié, dans le BMS, la lettre que Jean Martin adresse à notre nouveau conseiller fédéral.

Nous vivons une époque où les opinions extrêmes s'expriment sans retenue. Il est bon d'entendre un langage modéré et de bon sens. L'écoute, le respect d'autrui restent le meilleur moyen d'avancer pour résoudre les problèmes qui se posent actuellement, comme celui de la hausse continue des primes d'assurance maladie.

Dr André Burdet, Payerne

Caricature sur les psychiatres et l'étude en double aveugle: ne nous voilons pas la face

Lettre concernant: cartoon dans BMS n° 34.

A l'heure où les pressions contre la cohésion de notre belle corporation grandissent, il serait important que nous nous rappelions de ce qui nous lie, notre identité de médecin, que l'on soit chirurgien ou pédopsychiatre.

Aussi, bien que ce cartoon pourrait paraître drôle tiré de son contexte, il serait important que la rédaction de la BMS (bien qu'elle nous avertisse ne pas gérer cette page) ne reste pas aveugle au point de cautionner la présence d'une caricature attaquant cette dimension médicale de l'identité du psychiatre.

Dr Sandrine Ghilardi, Genève

Briefe

Reichen Sie Ihre Leserbriefe rasch und bequem ein. Auf unserer neuen Homepage steht Ihnen dazu ein spezielles Eingabefeld zur Verfügung. Damit kann Ihr Brief rascher bearbeitet und publiziert werden – damit Ihre Meinung nicht untergeht. Alle Infos unter:

www.saez.ch/de/publizieren/leserbrief-einreichen/

Klare Worte

Brief zu: Sax A. Wirtschaft bringt Gesundheit – wirklich?
Schweiz Ärztezeitung. 2017;98(39):1274.

Danke an Anna Sax für die klaren Worte zu den Sirengesängen «Wirtschaft bringt Gesundheit». Wirtschaft dient der Bereicherung einer Minderheit. Seit drei Jahrzehnten ist die Zweiklassenmedizin in der Schweiz Wirklichkeit. Schon vor 30 Jahren wartete ein herzkranker allgemeinversicherter Patient mehrere Wochen auf eine kardiologische Intervention im spezialisierten Zentrum – währenddem der erstklassversicherte Patient am Folgetag (nach einem kritischen Ereignis) in einer Privatklinik behandelt wurde – mit unterschiedlicher Prognose infolge der hohen Sterberate in den ersten Wochen. Seit dem Fall der Mauer wurde die Gier der Reichen hemmungslos, eine Zeitlang haben sich CEOs mit der Angabe ihrer Jahresgehälter kaum überbieten können. Nun ist es zwar mit solcher Protzerei etwas stiller geworden, aber die Gier bleibt ungehemmt. Und noch ein Letztes: Die Lebenserwartung ist kein Marker für Lebensqualität, wenn Menschen auf Objekte teurer Apparatedizin reduziert werden. Es scheint fast, als hätte die Wirtschaft auch in der Medizin die Oberhand.

Dr. med. Peter Buess-Siegrist, Basel

Keine Alternative

Brief zu: Adler R. Fragwürdige Entwicklung. Schweiz
Ärztezeitung. 2017;98(37):1197–8.

Lieber Herr Adler

Es hat mich gefreut, wie Sie in Ihrem Artikel die Bedeutung von Diagnosen relativieren und dass sie von unseren Systemadministratoren zu Finanzierungs- und Begutachtungszwecken missbraucht werden. Gewiss, Diagnosen sind «Konstrukte» und können alles und fast nichts bedeuten.

Leider führen Sie nebst Ihrer Kritik keine Alternative zur Diagnose-bezogenen Finanzierung auf. Haben Sie denn eine?

Auch Zeit- und Leistungstarife haben ihre Nachteile, wie die Kostenentwicklung zeigt. Ist es nicht eben das Ausbleiben einer ärztlichen Stellungnahme zur Finanzierungsweise, die die Administratoren auf solche Irrwege führt?

Das biopsychosoziale Konzept hilft uns zwar im Verständnis von Gesundheit und Krankheit, ob die Patienten es wollen, ist eine andere Frage. Bei der Finanzierungsfrage hilft es auch nicht gerade weiter. Im Gegensatz zu biomedizinischen Fakten bietet es keine Abgrenzung zwischen medizinischer Notwendigkeit und Problemen des Lebens. Eher führt es zu einer Angebotsausweitung und kann so einer weiteren Medikalisierung oder Psychologisierung auf Kosten des KVG dienen. Man beachte nur den Einzug psychologischer Dienste in medizinische Fachbereiche (HNO, Rheumatologie, Kardiologie, Neurologie etc.). Die Natur des Menschen ist sicher biopsychosozial. Die der angewandten Medizin ist aber biopsychosozio-ökonomisch. Also brauchen auch wir Ärzte ökonomische Konzepte. Die Ressourcen sind nun mal knapp. Wer entscheidet über ihre Allokation, Markt oder System? Individuum oder Systemadministrator? Der Umgang mit dieser Frage entscheidet über die weitere «Entwicklung». Wir sollten sie nicht alleine den Ökonomen und Politikern überlassen.

Dr. med. Marc Fouradoulas, Zürich

Leider keine Klarheit

Brief zu: Schädelin J, Niggli F, Völkle H. Nach langer
Aufarbeitung endlich Klarheit. Schweiz Ärztezeitung.
2017;98(35):1102–4.

Die Autoren suggerieren mit der Überschrift «Kinderleukämien um Atomkraftwerke», der Formulierung «endlich Klarheit» sowie einer ungeklärten Einzelepisode (Häufung 1979–1984 von Leukämien in der Umgebung der britischen Nuklearanlage Sellafield) eine allgemeine Entwarnung (Zitat): «... belegt dieser Bericht [...] dass Nuklearanlagen, wie sie heute betrieben werden, nicht ein Risiko für Leukämien und Krebserkrankungen in der Umge-

bung darstellen.» Diese jetzige Initiative des Forum Medizin und Energie FME in der Schweizerischen Ärztezeitung erinnert an seine fragwürdige Aktion im Kontext der Schweizerischen Kinderkrebsstudie CANUPIS im Jahre 2009. Damals verbreitete das FME schweizweit in Arztpraxen eine Broschüre zum Thema Kinderleukämie und Kernkraftwerke. Die damalige Erstauflage [1] wurde wegen einer nachweislichen Fehldarstellung («Die Forscher schliessen die Strahlung der deutschen Kernkraftwerke als Ursache [für Kinderleukämien] aus») auf Druck von PSR/IPPNW zurückgezogen und durch eine neue korrigierte Version ersetzt. Diese Vorgeschichte lässt die Frage aufkommen, ob sich auch im Jahre 2017 der Bock wieder zum Gärtner machen will. Folgende Aspekte verlangen eine sachliche Entgegnung:

1. Unsere Kritik richtet sich primär gegen die Methodik der Autoren: Sie schliessen aufgrund eines Berichtes über Beobachtungen bei einer einzigen Nuklearanlage auf die Gesamtheit der Nuklearanlagen. Das ist eine unwissenschaftliche Vorgehensweise, im Wissen darum, dass angesichts der niedrigen Inzidenz von kindlichen Leukämien (aus Gründen der fehlenden Aussagekraft, sprich der fehlenden statistischen power) für zuverlässige Aussagen viel grössere Kollektive untersucht werden müssen.
2. Es wird ein wissenschaftliches Thema mit dem Anspruch abgehandelt, dass dem FME nun eine definitive Klärung einer brisanten Frage möglich sei. In einer solchen Diskussion, sollte sie sachbezogen sein, halten wir es für notwendig, dass mehr als nur eine einzige Literaturreferenz angeführt wird. Aus dieser Optik sei auf die für einen Leserbrief etwas ausführlichere untenstehende Referenzliste [1–8] verwiesen.
3. Die Frage der statistischen Assoziation und der Kausalität sollte getrennt behandelt werden. Aktuelle epidemiologische Daten ergeben einerseits zweifelsfrei eine statistisch signifikante Häufung von Kinderleukämiefällen im Umkreis von 5 km von europäischen Atomkraftwerken [2, 3].



Die SÄZ neu auch auf Facebook!

→ www.facebook.com/saez.ch

Andererseits konnten in den bisherigen Studien, wie auch von den Autoren Schädelin, Niggli und Völkle erwähnt, eine Vielzahl von Ursachen – abgesehen von ionisierender Strahlung aus AKW – weitgehend ausgeschlossen werden. Es ist somit nicht nachgewiesen, dass Nuklearanlagen (... und damit die von ihnen emittierten Radioisotope) kein Risiko darstellen sollen.

4. In den letzten Jahren sind mehrere Arbeiten [4–8] zu ernsthaften Gesundheitsschäden durch niedrige Dosen ionisierender Strahlung in peer reviewed Journals publiziert worden, auch aus der Schweiz [8]. Es hat sich erwiesen, dass bereits Strahlendosen im Bereich von 1 Millisievert pro Jahr das Risiko erhöhen, an einer kindlichen Leukämie zu erkranken. Mit den Resultaten dieser neuen Studien wird die Diskussion erneut angefacht (und ist keineswegs «endlich klar»), ob die von den AKW z.B. durch die während dem Brennelementewechsel abgegebenen radioakti-

ven Emissionsspitzen an der Entstehung der kindlichen Leukämien in der Umgebung ursächlich beteiligt sind.

*Dr. med. Claudio Knüsli,
Facharzt für Innere Medizin / Onkologie
Prof. Dr. med. Andreas Nidecker,
Facharzt für Radiologie
Vorstandsmitglieder, ÄrztInnen für Soziale
Verantwortung / zur Verhütung eines
Atomkrieges PSR/IPPNW*

- 1 Faltblatt Kinderleukämie und Kernkraftwerke, Informationsbroschüre des FME, 1. Auflage Dezember 2009; Ankündigung in der Schweizerischen Ärztezeitung SAEZ. 2010;91(7):262.
- 2 Kaatsch P, Spix C, Schulze-Rath R, et al. Leukaemia in young children living in the vicinity of German nuclear power plants. *Int J Cancer*. 2008 Feb 15;122(4):721–6.
- 3 Koerblein A, Fairlie I. French Geocap study confirms increased leukemia risks in young children near nuclear power plants. *Int J Cancer*. 2012 Dec 15;131(12):2970–1; author reply 2974–5. doi: 10.1002/ijc.27585. Epub 2012 Sep 1. PubMed PMID: 22492475.
- 4 Richardson B, Cardis E, Daniels RD, et al. Risk of cancer from occupational exposure to ionising radiation: retrospective cohort study of workers in France, the United Kingdom, and the United States (INWORKS). *BMJ*. 2015;351. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.h5359>.
- 5 Leuraud K, Richardson DB, Cardis E, et al. Ionising radiation and risk of death from leukaemia and lymphoma in radiation-monitored workers (INWORKS): an international cohort study. *The Lancet Haematology*. 2015;2(7):e276–81. [www.thelancet.com/journals/lanhae/article/PIIS2352-3026\(15\)00094-0/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lanhae/article/PIIS2352-3026(15)00094-0/abstract).
- 6 Mathews JD, Forsythe AV, Brady Z, et al. Cancer risk in 68,000 people exposed to computed tomography scans in childhood or adolescence: data linkage study of 11 million Australians. *British Medical Journal BMJ*. 2013;346:f2360 12360. doi: 10.1136/bmj.12360.
- 7 Kendall GM, Little MP, Wakeford R, Bunch KJ, et al. A record-based case-control study of natural background radiation and the incidence of childhood leukaemia and other cancers in Great Britain during 1980–2006. *Leukemia*. 2013;27:3–9. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22766784.
- 8 Spycher BD, Lupatsch JE, Zwahlen M, et al. Background Ionizing Radiation and the Risk of Childhood Cancer: A Census-Based Nationwide Cohort Study. *Environ Health Perspect*. ehp.niehs.nih.gov/wp-content/uploads/123/6/ehp.1408548.alt.pdf.