

Courrier au BMS

Les experts de Monsieur Berset

Qui dirige la santé publique en Suisse? Certainement pas le conseiller fédéral Berset, qui n'a aucune connaissance médicale. Alors, il nomme des «experts». J'ai lu le rapport des 14 experts qui proposent 32 mesures pour diminuer les coûts de la santé. Comme ces mesures reprennent quasi intégralement les propositions que répètent les caisses-maladie depuis presque 30 ans, je me suis demandé qui étaient ces «experts» et comment ils avaient été nommés. En fait, il n'y a que deux médecins suisses: la Drsse Brida von Castelberg, gynécologue zurichoise à la retraite, et le Dr Yves Egli, médecin associé en médecine sociale et préventive à Lausanne. Pour le reste, ce ne sont que des économistes ou des juristes allemand, néerlandais, français et suisse. On m'a affirmé au niveau fédéral, que ces experts n'ont pas été nommés par les caisses-maladie ni de façon directe ni indirecte. Cependant, en allant sur le site de l'expert hollandais, M. Patrick Jeurissen, j'ai trouvé qu'il avait donné une conférence au «4^e Congrès de novembre 2018 de santé-suisse». Si, si, cela existe! Evidemment, il a répété les 12 mesures que M. Berset voudrait introduire cette année en commençant par le budget global ambulatoire et l'utilisation de génériques. Il a répété que 25% des mesures médicales étaient inutiles, soit même nuisibles aux patients! Je n'ai pas réussi à savoir ce qu'avait touché cet expert pour cette prestation. La compétence d'un autre expert m'a été prouvée en septembre 2018 lors d'une conférence publique organisée par un parti politique à Vevey: M. Stefan Meierhans, le surveillant des prix, qui fait partie des 14 experts nommés par M. Berset, a été invité pour donner une conférence sur les coûts de la santé. Il a commencé par parler des économies possibles en obligeant pratiquement les médecins à prescrire des génériques. Comme exemple, il a parlé du prix du... Panadol! Puis, il s'en est pris au tarif médical. Pour justifier une diminution des tarifs, il a pris l'exemple du glaucome. Il a prétendu que la rémunération pour l'opération qui permet de soigner le glaucome n'a pas changé depuis longtemps, alors que grâce au laser on opère beaucoup plus vite aujourd'hui qu'hier. Comme ophtalmologue, je n'ai pas pu faire autrement que de l'interrompre en disant que ses affirmations étaient fausses. Je me suis fait mal voir. On m'a demandé de le laisser finir.

Je me suis rassis non sans avoir fait remarquer que, si je n'étais pas intervenu, ces affirmations erronées auraient été prises pour la vérité par cette assemblée non médicale.

A la fin de l'exposé, chacun ne pouvait poser qu'une question. Je me demandais quelle question j'allais lui poser. Lorsque M. Meierhans m'a lui-même interpellé, je lui ai demandé: «C'est quoi pour vous le glaucome?»... pas de réponse. Je répète: «C'est quoi pour vous le glaucome?»... toujours pas de réponse. Le silence devenait gênant et finalement j'ai eu pitié. Je lui ai demandé: «Vous êtes d'expression allemande, n'est-ce pas?» Il m'a répondu «oui». Alors: «Vous voulez parler de grauer Star ou de grüner Star?»

Il m'a répondu «grauer Star». Je lui ai donc dit que «grauer Star» se disait cataracte en français et que le glaucome se disait «grüner Star» en allemand. Après quelques secondes de silence, il m'a dit: «*Je ne suis pas médecin, je m'excuse.*» Non seulement, cet expert ignore ce qu'est un glaucome, mais il ne sait même pas que le laser femtoseconde n'est pas remboursé par l'assurance de base dans les rares cas où il est utilisé dans l'opération de la cataracte. C'est pourtant cet argument qui a été utilisé par M. Berset pour diminuer la rémunération du chirurgien de 330 points à 150! Que valent les mesures proposées par ces pseudo-experts dont la majorité a la compétence médicale de M. Meierhans?

Monsieur Berset devrait réfléchir à deux fois avant d'accepter les recommandations de ces pseudo-experts qui se basent pour la plupart sur des mesures qui ont montré leur inutilité à l'étranger.

Dr Rudolf Mayer, Pully

Gemeinsam zum Ziel

Brief zu: Grunder S, Reuven-Lelong A. Wie Ärztinnen und Ärzte im 21. Jahrhundert erfolgreich sein können. Schweiz Ärztzeitg. 2019;100(12):435-8.

Vielen Dank für das Aufzeigen der Vorzüge einer Kultur des Wachstums, des gemeinsamen Lernens, gemeinsam auch mit anderen Kollegen, gemeinsam mit Patienten und deren Familien voneinander zu lernen, gemeinsame Gesundheitsprozesse sowohl analytisch als auch kreativ als wissenschaftliche Künstler zu gestalten und mit einer emotionalen Intelligenz im Alltag Patienten zu erreichen und Nachhaltigkeit durch tiefe Vernetzung und komplexe Beziehungsnetzwerke zu erreichen und Sinnhaftigkeit im Miteinander zu gestalten.

Dem Wert von echter Shared-Decision-Making und dem Recht der Patienten, dass ihnen die Zeit gewährt wird, solche Prozesse in allen Fachdisziplinen nutzen zu dürfen, Ausdruck zu verleihen.

Als Kinder- und Jugendpsychiater wünsche ich den Patienten, ob jung oder alt, ob somatisch oder psychosomatisch beeinträchtigt, dass ihnen diese wertvollen Qualitäten des Schweizer Gesundheitssystems länger erhalten bleibt.

Und dass die Ärzteschaft als Gesamtheit die emotionale Intelligenz hat, dass auch intern Fairness bestehen muss, damit ich sie gegenüber der Politik einfordern kann.

Und die Politik begreift, dass sie ihren Wählern mehr nützt, wenn sie Interprofessionalität erleichtert, z.B. indem den Patienten und den Ärzten überlassen bleibt, wie viel Zeit für Vernetzungsarbeit nötig ist – statt wie jetzt durch den Amtstarif vom Bundesrat Berset – eine Limitierung einer Leistung in Abwesenheit, die bei komplexeren Familienkonstellationen und Problemlagen meint, dies könne in wenigen Minuten pro Quartal geschehen.

Jede Woche hat nur 24*7 Stunden und es kommen in der Tat analytische und hoch kreative und psychosoziale Heuristiken zum Zuge, wenn wir gemeinsam mit den Patienten und Angehörigen entscheiden; wer braucht was, wann, wofür und bis wann?

Und wenn wir nicht zum Ziel kommen, dass wir in Bescheidenheit dazu stehen dürfen, unser Tun hinterfragen und uns von Kollegen oder dem Patienten selbst oder Vermittlungsstellen wie paritätisch organisierten Ombudsstellen Unterstützung holen.

Auch das wäre emotional intelligentes Qualitätsmanagement.

Dafür wünschte ich mir Unterstützung von der Landespolitik und Bundesbern.

Und werben können wir damit auch für die Patienten und für anständige und menschliche Bedingungen für eines der höchsten Güter: unserer ganzheitlichen Gesundheit und der dafür wichtigsten Schutzqualität: gute, respektvolle und soziale Beziehungen. Politik: schütze diese!

Dr. med. Matthias Köster, Zürich

Es ist noch viel schlimmer!

Brief zu: Grethe W. Damit der emeritierte Arzt nicht zum Bittsteller in der Apotheke wird... Schweiz Ärztzeitg. 2019;100(13):466.

Der Leserbrief von Kollegen Grethe trifft die Sachlage ziemlich klar.

In einem Punkt ist er jedoch ergänzungsbedürftig:

Wenn der emeritierte Arzt seine Notfallmedikation nicht mehr ergänzen kann und als Hel-

fer in der Not wegfällt, ist das nicht nur «in gewissen Fällen peinlich», sondern für die Allgemeinheit gefährlich.

Einerseits sollen Pflegende und andere nicht-akademische Nothelfer immer eingreifende Massnahmen selbständig durchführen dürfen, was unter Umständen sehr sinnvoll und hilfreich ist. Andererseits sollen die emeritierten Ärzte weitgehend entmündigt werden und ihren Erfahrungsschatz nicht einmal mehr in Notfallsituationen einsetzen dürfen. Das ist nicht nur völlig ungerechtfertigt, sondern auch sehr gefährlich.

Prof. Dr. med. Werner Brühlmann, Zollikon

Denn sie wissen nicht, was sie tun ...

Brief zu: Huber M. Erfassung der Arbeitsfähigkeit – ein Paradigma der aktuellen Psychiatrie. Schweizärzteztg. 2019;100(13):482–4.

Herrn Markus Huber ist für seine erweiternden Gedanken zur Bestimmung der Arbeitsfähigkeit bei psychiatrischen Patienten/-innen zu danken. Interessant ist seine Schlussfolgerung, dass wir Mediziner/-innen die Übernahme dieser die Patienten/-innen existentiell betreffenden Entscheide in Frage stellen sollten. Die Einzelfallbeurteilung der Versicherungsmedizin ist aus Gründen, wie auch von Herrn Huber ausgeführt, nicht valide und fern jeder Realitätsprüfung. Die Wirksamkeit einer Behandlung kann im Einzelfall nicht vorausgesagt werden, ebenso wie die Prognose zur Fähigkeit der Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit. Dieses Problem bei Einzelfallbeurteilungen ist uns Ärzten/-innen aus vielen Bereichen der Medizin bekannt.

Was im Einzelfall nicht möglich ist, wäre allerdings im Rahmen einer kollektiven Nachuntersuchung über medizinische Interventionen und Beurteilungen machbar. So wie z.B. eine Studie von Herrn Niklas Baer erhebt, dass die Arbeitsintegrationsmassnahmen nur bei 25% der Teilnehmer/-innen zum Erfolg füh-

ren. Noch nie wurde das Schicksal des Kollektivs derjenigen untersucht, welche Rentenablehnungen oder -kürzungen erlebt haben. Diese Menschen tragen die finanziellen und existentiellen Folgen der IV-Sanierung. Nicht alle beziehen Sozialleistungen, viele erleiden einen vorzeitigen Vermögensverzehr, leben von Verwandtschaftsunterstützung usw. Zusätzlich geht das Ausmass der Folgen für die mitbetroffenen Kinder vergessen.

Eine (umfangreiche) sozialwissenschaftlich-medizinische Nachuntersuchung bei Menschen nach Rentenablehnung würde Auskunft geben über die Legitimation der Rentenprüfverfahren des letzten Jahrzehnts. Z.B. ein Vergleich des Kollektivs berenteter Personen mit denjenigen in Arbeitsintegrationsprogrammen unterstützten Personen als auch mit dem Kollektiv der Personen mit abgelehnten Rentenansprüchen (vergl. Stichprobe Doris Brühlmeier, SÄZ vom Juni 2017). Die Leiterin der Versicherungsmedizin der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich erklärte anlässlich einer Fortbildung, ihr Fach sei «der Wahrheitssuche verpflichtet». Angefragte Versicherungsmediziner/-innen beklagen fehlende Ressourcen. Die IV-Stellen befinden, keinen Auftrag zu haben. Richter/-innen behaupten, nicht von der Unzufriedenheit der behandelnden Ärzte/-innen zu wissen. Die Politik zeigte bisher kein Interesse an Transparenz, und die Betroffenen haben keine Lobby.

Wenn Herr Huber die Rentenprüfung als linguistische Angelegenheit betrachtet, möchte ich anfügen, dass für die behandelnden Ärzte/-innen zusätzlich erschwerend die Sprachlosigkeit unserer Patienten/-innen hinzukommt. So wie diese ihr Leiden nicht verbalisieren können, so sind Behandler/-innen ebenso häufig erst nach Jahren der Therapie in der Lage, gemeinsam mit den Patienten/-innen die Worte für deren Leiden und deren Geschichte zu finden (lesenswert die Trägerin des Friedenspreises des Deutschen Buchhandels Carolin Emcke über die Sprachlosigkeit bei Opfern von Gewalt

und den Helfern in *Weil es sagbar ist*). Dann sind die Rentenansprüche bereits abgelehnt.

Dr. med. Maria Cerletti, Zürich

- Nur jeder vierte psychisch Kranke schafft die Integration. Tagesanzeiger. 7.3.2019.
- Brühlmeier D. Soziales Elend nach Stopp oder Verweigerung von IV-Renten. Schweizärzteztg. 2017;98(24):785–7.
- Emcke C. Weil es sagbar ist. Über Zeugenschaft und Gerechtigkeit. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch; 2015.

Assistierter Suizid und Hippokratischer Eid

Brief zu: Vuilleumier-Koch S. Der Arzt und der assistierte Suizid. Schweizärzteztg. 2019;100(12):419.

Heutzutage anderen Ärztinnen und Ärzten hinsichtlich des assistierten Suizids mit dem antiquierten Eid des Hippokrates ein schlechtes Gewissen machen zu wollen und einfühlsame Kollegen und Kolleginnen, wie Dr. Hans Stalder, zu diskreditieren ist abwegig. Wer in der heute praktizierenden Ärzteschaft hat bei «Apollon dem Arzt und Asklepios und Hygieia und Panakeia» geschworen, keine Aborte durchzuführen, keine Steine zu schneiden und kein tödliches Gift zu verabreichen? Wohl nicht einmal Frau Dr. Sabine Vuilleumier-Koch selber. Und das Verschreiben eines Medikaments in tödlicher Dosis hat mit einem assistierten Suizid nichts zu tun. Niemand «verabreicht» das Sterbemittel. Die Tatherrschaft der Einverleibung desselben bleibt bis zuletzt bei den Suizidwilligen. Leider ist es so, dass nur ein Arzt oder eine Ärztin ein Medikament, mit dem man sich töten kann, verschreiben darf. Hier liegt das Problem. Es ist höchste Zeit, dass ein humanes Sterben mittels einer tödlichen Substanz entmedizinisiert wird. Dann bleibt auch eine eventuelle unterschwellige Angst davor aus, sich mit seinen Problemen an eine Ärztin oder einen Arzt mit einer staatlichen «*licence to kill*» zu wenden. Wer wagt es, diese Wende einzuleiten?

Ebo Aebischer, Muri bei Bern