

# Briefe an die SÄZ

## Was bedeutet hier fortschrittlich ...?

Exponenten der FMH und der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie werben für ein Ja zum Verfassungsartikel, der die Präimplantationsdiagnostik (PID) in der Schweiz ermöglichen soll [1, 2]. Dabei haben sie bereits einen nicht unbedeutenden Werbeerfolg erzielt, nämlich die Kaperung des Begriffs «fortschrittlich». In der Diskussion um die Abtreibung und deren Finanzierung waren es die Begriffe «vernünftig» und «bewährt», welche einem, wie das Elixier der Gallier, offensichtlich Unbesiegbarkeit verleihen können. Über die Rechtmässigkeit einer solchen Inanspruchnahme sprachlicher Wunderwaffen hat leider kaum eine Diskussion stattgefunden. Umso mehr beabsichtige ich mit dieser Replik, die Diskussion um den Begriff «fortschrittlich» anzustossen. Die provokative erste Frage lautet denn auch: bedeutet es wirklich Fortschritt, einem medizinischen Verfahren die Gesetzesgrundlage zu verleihen, welches mit absoluter Sicherheit dazu verwendet werden wird, Leben zu selektionieren. Es ist mir durchaus bewusst, dass eine Abtreibung je nach Resultat eines pränataldiagnostischen Tests ebenfalls Selektion von scheinbar wertem und unwertem Leben bedeutet. Was in diesem Fall aber durch die betroffenen Eltern noch abgewogen und in Anbetracht des «Tötungsakts» der Abtreibung allenfalls noch abgewendet werden könnte, geschieht bei der PID anonym. Die mit allen Eigenschaften zum Leben ausgestatteten Embryonen landen im kalten Laborausguss – ist das Fortschritt? Die Kollegen Schlup und Imthurn gehen wie selbstverständlich davon aus, dass im Falle einer möglichen Behinderung ja sowieso abgetrieben würde und preisen die PID sogar als Verfahren, um Abtreibungen zu verhindern! Das ist aus ethischer Sicht ein klassischer sogenannter naturalistischer Fehlschluss und das wiederum ein Alarmsignal für eine Ethik, die sich zusehends auf eine schiefe Ebene (slippery slope) hin bewegt. Ampeln, die vom Gesetzgeber aus ethischen Abwägungen einmal auf rot gestellt wurden, werden einfach auf grün gestellt, weil es halt eine logische Konsequenz aus vorherigen Entscheidungen sei. Im Politiker-Jargon nennt man das Salamitaktik! Daher die zweite provokative Frage: was wird «Fortschritt» bedeuten, wenn dieser nächste Entscheid einmal gefällt sein wird? Den neuen Begehrlichkeiten wiederum nachgeben? Diese heissen dann aber «Retterbabys», «Designer-kinder» und «Klone» ...! Mit Bestimmtheit wird das inflationäre Allzweck-Argument der fortschrittlichen Fortpflanzungsmediziner

auch dort wieder Verwendung finden und zwar trotz Eurobonus – die armen Eltern müssen für ihr Designerkind nach Belgien reisen.

*Dr. med. Daniel Beutler-Hohenberger, Thun*

- 1 Schlup J. Warum wir eine zeitgemässe Fortpflanzungsmedizin brauchen. Schweiz Ärztezeitung. 2015;96(14–15):511.
- 2 Imthurn B. Ja zu einer zeitgemässen Fortpflanzungsmedizin. Schweiz Ärztezeitung. 2015;96(14–15):512–4.

## Forderungen sorgfältig überdenken

### Zum Beitrag «Ist weniger mehr? – Grenzen der modernen Medizin» von Benedikt Horn [1]

Lieber Bene

Wie gewohnt besticht deine Zusammenfassung der Berner Vortragsreihe durch Eloquenz und Präzision. Die Kernaussage, jeden Zweifel von Patienten ernst zu nehmen, ob eine Untersuchung oder Therapie sinnvoll sei, möchte ich noch verstärken: Als kritisch denkende Ärztinnen und Ärzte sind wir sogar in der Pflicht, solche Zweifel zu säen, wo es uns angebracht scheint. Erlaube mir eine Ergänzung deines prägnanten Fazits in sieben Punkten anzubringen, mit einigen inhaltliche Fragezeichen, in der Hoffnung, dass du damit einen Steilpass erhältst, eigene kritische Anmerkungen (in einer Duplik) zu formulieren. Ad 1 (Verzichtwünsche von Patienten ernst nehmen spart Millionen): Leider erleben wir in der Sprechstunde oft das Gegenteil. Wünsche nach maximaler Sicherheit generieren Millionenkosten.

Ad 2, 3, 4 und 7 (Gesellschaft anstelle von Behörden gefordert, und besonders der Einzelne, beraten von Gesundheitsprofis, in verständlicher Sprache): Um informiert über Nutzen oder Nutzlosigkeit von Untersuchungen und Therapien entscheiden zu können, brauchen Patienten spezifische Fähigkeiten (*health literacy, numeracy*). Hier stehen die Bildungsverantwortlichen in der Pflicht, also Behörden. Und wie erreicht man Migranten und Asylanten? Wird sich die Ungleichbehandlung durch solche Ansprüche an die Eigenverantwortung nicht vergrössern?

Ad 5 (Diskussionen über Sinn oder Unsinn von Abklärungen oder Therapien): Aus Kostensicht rechnet sich der Zeiteinsatz vielleicht, aber wer leistet diese (immer noch bescheiden vergütete) Zeit in der Sprechstunde? Etwa die in Zeitnot befindliche, schwindende Hausärzteschaft? Oder Practice Nurses, die dann in der Pflege fehlen?

Ad 6 (Einbezug junger Menschen): Das halte ich für eine klare Überforderung. Will ich mich als 18-Jähriger aktiv damit auseinandersetzen, mit wie viel medizinischem Aufwand meine Grossmutter sterben soll? Als App, wie vorgeschlagen, einzelne zu unterlassende Therapien anwählen? Ich möchte das meinen eigenen Kindern ehrlich gesagt nicht zumuten. Die haben schon genug zu tun mit der Bewältigung ihres eigenen aufblühenden Lebens.

So gesehen ist es vielleicht nicht so übel, wenn diese Forderungen in sieben Punkten nicht «hic et nunc» umgesetzt, sondern noch etwas sorgfältiger überdacht werden. Die Relevanz des Grundgedankens, dass weniger oft mehr sein kann, ist dagegen unbestritten.

*Dr. med. Stefan Neuner-Jehle, Steinhausen*

- 1 Horn B. Ist weniger mehr? – Grenzen der modernen Medizin. Schweiz Ärztezeitung. 2015;96(16):580–1.

## Lösungsversuche nicht auf die lange Bank schieben

### Duplik zum Beitrag von Stefan Neuner-Jehle

Lieber Stefan

Vielen Dank für Deine Replik auf mein Fazit nach der denkwürdigen Veranstaltung des «Forum für Universität und Gesellschaft» der Uni Bern.

Einige Kollegen erwarten nun vielleicht, dass wir 500 Jahre nach Marignano mit dem verbalen Zweihänder aufeinander losgehen, das Bild von Ferdinand Hodler sagt ja mehr als 1000 Worte. Unser Diskurs ist friedlicher! Zu Deiner Replik:

Ad 1: Ohne Zweifel sind beide «Gangarten» möglich. Viele Patienten haben ein enormes Bedürfnis nach Sicherheit, Abklärungen und Therapien. Hier wird sparen in der Tat schwierig sein. Sehr viele Patienten (und deren Angehörige) lehnen aber zusätzliche Untersuchungen und Behandlungen verbal oder nonverbal, direkt oder «durch die Blume» ab. Es ist möglich (wahrscheinlich? sicher?), dass Arzt oder Ärztin die Patienten stark beeinflussen und so nach Jahren Praxistätigkeit der eine Arzt mehr Patienten hat, die gerne verzichten, die andere Ärztin mehr Patienten hat, die gerne verzichten. Tendenz zu einer gewissen «Radikalisierung» nicht ausgeschlossen.

Ad 2, 3, 4, 7: Ich war stets Verfechter hoher Eigenverantwortung und habe gelegentlich auch mal schlechte Erfahrungen gemacht,

meist aber gute. Das Bildungsangebot für unsere Lehrlinge, Gymnasiasten, Absolventen von Volkshochschul- oder Senioren-Kursen ist immens. Wenn man die Prospekte studiert, ist ein beachtlicher Teil gesundheitlichen Themen und Problemen gewidmet. Bezüglich Asylanten, Immigranten, Arbeitslosen und Suchtpatienten gilt es vorerst, die zahllosen bestehenden Einrichtungen und Bemühungen von Freiwilligen nicht behördlich zu blockieren, weil irgendwo ein Haar in der Suppe festgestellt wurde. Das Abschieben von persönlicher und mitmenschlicher Verantwortung an Behörden ist häufig zu einfach, oft ineffizient und politisch umstritten. Ad 5: Als hoffnungsloser Idealist plädiere ich dafür, dass Diskussionen über Sinn und Unsinn von Abklärungen und Therapien zu den wichtigsten Aufgaben (Kernkompetenzen) der Hausärzte gehören. Ich betone, dass mir das keinesfalls immer gelungen ist, aus verschiedensten Gründen. Zeitaufwand und Tarifstruktur einigermaßen in Einklang zu bringen gehört zu den grossen Herausforderungen unserer Standespolitiker.

Ad 6: Ich bin überzeugt, dass der Einbezug der jungen Generation zwingend zu unseren Aufgaben als «Generalunternehmer» der Patienten und ihres Umfeldes gehört. Natürlich haben junge Menschen auch sonst schon viel «am Hals», viel mehr, als wir vor einer oder zwei Generationen. Aber junge Leute sind sehr interessiert an Information auch über schwierige Probleme.

Lieber Stefan, mit der Bemerkung, dass die diskutierten Probleme nicht erst in Jahrzehnten, sondern «hic et nunc» umgesetzt werden sollten, habe ich bei Dir genau das erreicht, was am Schluss der Diskussion der Veranstaltungsreihe im Raum stand: Wir alle, also auch die Ärzteschaft, sollten aktiv dazu beitragen, dass man Lösungsversuche schwieriger Probleme nicht auf die lange Bank schiebt. Als Redaktor von *PrimaryCare* bist Du dazu prädestiniert und ohne Zweifel im Boot sehr willkommen!

Mit freundlichen kollegialen Grüssen

*Dr. med. Benedikt Horn, Interlaken*

### Einschränkung der ärztlichen Entscheidungsfreiheit

#### Zum Beitrag «Die Wahl der Implantate ist Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte» [1]

Der verdankenswerte Beitrag weist auf eine zunehmend wichtige Problematik hin. Die eigenverantwortlich entscheidenden Ärztinnen und Ärzte sehen sich einem wachsenden Druck und Tendenzen zur Einschränkung der ärztlichen Entscheidungsfreiheit ausgesetzt. In diesem Zusammenhang schadet es nicht,

darauf hinzuweisen, dass die Standesordnung der FMH bereits 1997 in vorausschauender Art und Weise diesbezüglich verbindliche Richtlinien definierte. Im Artikel 31 heisst es unmissverständlich: «Ärzte und Ärztinnen stellen bei Vertragsabschlüssen sicher, dass sie in ihrer ärztlichen Tätigkeit keinen Weisungen von nichtärztlichen Dritten unterworfen werden, die mit einer gewissenhaften Berufsausübung nicht vereinbar sind». Es wäre zu wünschen, dass die FMH und die Fachgesellschaften gemeinsam darauf hinarbeiten, dass diese Regelung auch eingehalten werde und gleichzeitig ihre Mitglieder dabei gebührend unterstützen.

*Dr. med. Jürg Knessl, MAE, Zürich  
Ehemaliges Mitglied der Kommission  
Standesordnung FMH*

- 1 Brandenburg JE. Die Wahl der Implantate ist Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte. Schweiz Ärztezeitung. 2015;96(17):619–22.

### Interpharma bleibt beim Schönreden

#### Zum Beitrag «Instrumentalisierung ärztlicher Experten» von Rainer Kaelin

Rainer Kaelin [1] beschreibt (nur) auszugsweise, mit welchen Vorgehensweisen internationale Pharmakonzerne Gewinnmaximierung betreiben. Noch immer sind sich viele ärztliche Kollegen des Ausmasses nicht bewusst. Vielleicht sollte Herr Cueni [2] einmal die entsprechenden Berichte genauer studieren (zum Beispiel [3–5]). Die von ihm beschriebenen Anstrengungen der Pharmaindustrie sind ja erst auf äusseren Druck hin entstanden. Seine Aussage, die Verstösse schädeten auch der Pharmaindustrie, ist mehr theoretisch denn von praktischer Bedeutung. So hat es den entsprechenden Firmen um ein Vielfaches weniger geschadet, als sie letztlich damit Gewinn erwirtschaften konnten, dass «verantwortliche Manager [z.B.] Off-Label-Kampagnen planen» [2] oder gezielt auf Diagnoseausweitung (*disease mongering*) und damit Indikationserweiterung für ihre Produkte hingearbeitet haben [3–5]. Die Anstrengungen der Pharmaindustrie würden glaubhafter wirken, wenn sie (gewesene) Praktiken nicht schönreden, sondern transparent machen und sich mit Wort und Tat davon distanzieren würde. (Aussendienst-)Mitarbeiter der Pharmaindustrie sind sicherlich nicht weniger gesetzestreu als andere Personen. Nur haben sie auch loyal zu sein und vor allem dafür zu sorgen, dass die Produkte ihres Arbeitgebers Absatz finden. Und als Arzt in eigener Praxis habe ich z.B. die Anpreisung zur Off-Label-Anwendung leider wiederholt erlebt. Eigentlich spricht R. Kaelin ja in erster Linie

gar nicht die Pharmaindustrie an, sondern die (beteiligten) Ärzte. Dies auch im zweiten Teil, wo ich leider auch immer wieder feststellen muss, dass der Fall Rylander respektive die systematische Bearbeitung von Ärzten und Öffentlichkeit mit gefälschten und geschönten Studien/Daten zu den Auswirkungen des Tabakkonsums durch die Tabakindustrie viel zu wenig bekannt sind. Ich bin gespannt auf den zweiten Teil.

*Dr. med. Oliver Dätwyler, Dietikon*

- 1 Kaelin RM. Instrumentalisierung ärztlicher Experten. Schweiz Ärztezeitung. 2015;96(18):663–5.
- 2 Cueni T. Ein unvollständiges und unausgewogenes Bild. Schweiz Ärztezeitung. 2015;96(18):666–7.
- 3 Moynihan R et al. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. BMJ. 2002;324:886–91.
- 4 Angell M. The Truth About the Drug Companies – How They Deceive Us and What to Do About It. 2004. Random House. (Deutsche Übersetzung: Angell M. Der Pharma-Bluff. Wie innovativ die Pharmaindustrie wirklich ist. 2005. KomPart Verlagsgesellschaft.)
- 5 Angell M. Drug Companies & Doctors: A Story of Corruption. The New York Review of Books. 2009;56(1):8–12.

### Ziel verfehlt

#### Zum Beitrag von Rainer Kaelin

In der SÄZ Nr. 18 unterstellt Rainer M. Kaelin der pharmazeutischen Industrie in der Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft unkorrektes Handeln [1]. Obwohl die Replik von Thomas Cueni [2], Generalsekretär der Interpharma, die unsachgemässe Kritik zu korrigieren vermag, möchte ich mich als Mitarbeiter der Pharmaindustrie ebenfalls zu Wort melden.

Ich bin seit über 30 Jahren in verschiedenen Funktionen in der Pharmaindustrie tätig. Mit dem Zitieren von Einzelfällen, in welchen offenbar die gesetzlichen Rahmenbedingungen des seriösen Bewerbens von Arzneimitteln missachtet wurden, eine ganze Branche und deren Mitarbeitende unterschwellig als Betrüger hinzustellen, hat Herr Kaelin das Ziel seines Ansinnens massiv verfehlt.

Wer sich mit der Bewerbung von Arzneimitteln auseinandersetzt, weiss, dass es dabei

### Briefe

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

[www.saez.ch/autoren/leserbriefe-einreichen/](http://www.saez.ch/autoren/leserbriefe-einreichen/)

längst nicht mehr nur um «Treu und Glauben» geht. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen und die von Seiten der Ärzteschaft und der Pharmaindustrie zusätzlich eingeführten strengen Regulative sorgen seit Jahren dafür, dass die Vermarktung und Zusammenarbeit untereinander so erfolgt, wie es sich für eine Branche in einem Rechtsstaat gehört. Wer das Gegenteil behauptet, handelt wider besseren Wissens und verliert dadurch mit seinen Aussagen jegliche Glaubwürdigkeit.

Ernst Herzig, Biel

- 1 Kaelin RM. Instrumentalisierung ärztlicher Experten. Schweiz Ärztezeitung. 2015;96(18):663–5.
- 2 Cueni T. Ein unvollständiges und unausgewogenes Bild. Schweiz Ärztezeitung. 2015;96(18):666–7.

### Ein unvollständiges und unausgewogenes Bild?

Sehr geehrter Herr Cueni, Generalsekretär von Interpharma

Vielen Dank für Ihr Interesse an meinen Artikel «Instrumentalisierung ärztlicher Experten» [1]. Ich bin überrascht über Ihre Stellungnahme [2], denn die Stossrichtung meiner Ausführungen richtet sich nicht primär an die Pharmaindustrie, sondern an die ärztlichen Experten, welche sich instrumentalisieren lassen. Meine Argumentation ist folgende: Wenn im Medikamentenmarkt (in dem zahlreiche Regeln und Verhaltenscodices gelten) Ärzte sich nachgewiesenermassen in erheblichem Ausmass instrumentalisieren lassen, dann muss man logischerweise annehmen, dass dies auch im Präventionssektor geschieht, falls ähnliche pekuniäre Gewinne/Verluste auf dem Spiele stehen. Für diese These ziehe ich die von Goetsche beschriebenen Fälle heran. Und ich bin erfreut, dass Sie dazu grundsätzlich auch meiner Meinung sind: «die Kritik [...] an den beschriebenen Verhaltensweisen ist durchaus berechtigt», schreiben Sie. Etwas weniger überzeugend ist Ihre Entrüstung, es sei «unstatthaft, aus individuellen Unzulänglichkeiten auf ein systemisch falsches Verhalten zu schliessen». Möchten Sie die Leser der *Schweizerischen Ärztezeitung* glauben machen, dass die betrügerischen Marketingmassnahmen, sozusagen synergistisch, von einigen skrupellosen Pharmaverantwortlichen mit vereinzelt geldgierigen akademischen Medizinerinnen per Zufall inszeniert worden seien? Wobei grosse Beiträge an die Betroffenen und die akademischen Institutionen ausbezahlt worden sind und dies ohne Mitwissen ihrer jeweiligen hierarchischen Vorgesetzten? Überlassen wir das Urteil, ob mein Artikel ein «unvollständiges und unausgewogenes Bild» verbreite, den Lesern der SÄZ!

Nach meinem bescheidenen Dafürhalten wäre mehr kritische Unabhängigkeit für die Öffentlichkeit von Nutzen. Verhaltenscodices und Selbstregulierung taugen offenbar nicht. Denn bezüglich Transparenz und Unabhängigkeit stört mich eine ganz konkrete Tatsache erheblich: Ich habe den Text meines Artikels in Hinsicht auf seine Publikation der Redaktion der SÄZ zukommen lassen. Wie kommt es dann, dass Sie in der gleichen Ausgabe dieses Organs die Stellungnahme der Interpharma zu meinem Artikel publizieren? Ist es üblich, dass die Redaktion die Texte, welche Sie betreffen könnten, Ihnen unterbreitet? Muss sie das, oder tut sie dies aus freien Stücken?

Wie dem auch sei, zum grösseren Nutzen der Öffentlichkeit können offizielle Ärzteschaft und die Industrie durch mehr Transparenz noch einiges verbessern. Für Ihren Beitrag dazu möchte ich Ihnen danken.

Dr. med. Rainer M. Kaelin, Morges

- 1 Kaelin RM. Instrumentalisierung ärztlicher Experten. Schweiz Ärztezeitung. 2015;96(18):663–5.
- 2 Cueni T. Ein unvollständiges und unausgewogenes Bild. Schweiz Ärztezeitung. 2015;96(18):666–7.

### Big pharma – pro und kontra

#### Zum Beitrag von R. Kaelin und T. Cueni [1, 2]

Niemand bestreitet den überwältigenden Anteil der Pharmaindustrie an der heutigen Medizin. Die fortlaufende klinische Prüfung von Medikamenten ist dazu unentbehrlich, aber sie kann die Unabhängigkeit von beteiligten Klinikern und Wissenschaftlern behindern. Man lese dazu etwa das Vorwort des Arztes und Wissenschaftlers Michael Crichton zu seinem weltbekannten Roman *Jurassic Parc*.

Rainer M. Kaelin erinnert daran, dass die zehn grössten Pharmafirmen alle wegen Betrugs zu Bussen zwischen 93 Millionen und 3,2 Milliarden Dollar verurteilt wurden. Herr Cueni nennt dies «individuelle Unzulänglichkeiten» – eine groteske Einschätzung. Dagegen spricht nicht nur die Beteiligung aller der zehn grössten Pharmafirmen, sondern auch die Tatsache, dass solche «Verstösse» unmöglich die Tat von Einzelnen sind, vielmehr setzen alle Fälle ein grösseres Team von beteiligten Akteuren voraus.

Gewiss darf man mit Herrn Cueni annehmen, dass Mitarbeitende der Pharmaindustrie so gesetzestreu wie andere Personen sind. Dasselbe möchte man auch den Bankern zugutehalten. Das Problem bei beiden ist offenbar, dass die Gesetzestreue schwieriger wird, wenn es um zusätzliche Gewinne in Milliardenhöhe geht. Gemäss Herrn Cueni verzeihen Pharmafirmen Verstösse von Konkurrenten selbst,

und auch ihre Whistleblower sorgen dafür, dass solche «Verstösse ans Licht kommen». Will heissen, der Pharmamarkt reguliert und kontrolliert sich selbst. Demgegenüber spricht Kollege Kaelin von einer «Mauer des Schweigens» um das fehlerhafte Verhalten. Laut Herr Cueni «bietet Interpharma Hand zu weiteren möglichen Verbesserungen der Beziehungen zwischen Ärzteschaft und Pharmaindustrie», verwahrt sich aber gleichzeitig gegen die Kritik von Herrn Kaelin. Sehr ermutigend tönt diese Einladung nicht. Herr Cueni hat eine Gelegenheit zur Verarbeitung der erwähnten Pharmavergangenheit und zu einem Neuanfang verpasst.

PD Dr. med. Hans Göschke, Binningen

- 1 Kaelin RM. Instrumentalisierung ärztlicher Experten. Schweiz Ärztezeitung. 2015;96(18):663–5.
- 2 Cueni T. Ein unvollständiges und unausgewogenes Bild. Schweiz Ärztezeitung. 2015;96(18):666–7.

### FMH: de la parole aux actes, un océan ou un Röstigraben?

Par la voix de son nouveau président, le Dr Jürg Schlup, la FMH avait publié en automne 2013 un éditorial concernant les médecins de famille et l'exclusion injustifiée des porteurs de deux titres FMH par certains assureurs [1]. Le contenu de cet éditorial montrait clairement une prise de conscience nouvelle de cette discrimination aberrante qui avait déjà été dénoncée sans relâche auprès de la FMH par notre groupement de spécialistes depuis 2010 (ce problème touche essentiellement des médecins en Suisse romande). Comme l'avait souligné le Dr Schlup, l'exclusion par les caisses des spécialistes en médecine interne générale porteurs d'un deuxième titre de spécialiste est contraire au principe de l'égalité de traitement et la FMH s'oppose vivement aux modèles fondés sur des listes établies exclusivement par les caisses.

Des paroles aux actes, il y a malheureusement au sein de la FMH un décalage pour le moins difficile à comprendre.

En effet, si l'absurdité de contraindre un patient à changer de médecin traitant est bien soulignée par le Dr Schlup en raison de la nécessité d'établir une relation de confiance avec un nouveau médecin au prix de plusieurs consultations, le coût réel de ces changements imposés par des assureurs mériterait un engagement plus conséquent qu'une simple réflexion: «La FMH est alors en droit de demander combien coûtent réellement ces changements forcés.» Mais l'a-t-elle demandé, et à qui?

Sur le plan politique, l'attitude des assureurs n'est pas non plus défendable, comme le mentionne également le Dr Schlup. Mais là



encore, la passivité de la FMH surprend. Son rôle s'est limité à prendre en marche (probablement par contrainte plus que par choix) le train de l'initiative de M. Olivier Feller, initiative qui a eu le mérite d'exister grâce à l'activité du groupement vaudois des allergologues.

«Sur le plan juridique enfin, l'exclusion des porteurs de deux titres pose problème en ce sens qu'elle est arbitraire et contraire au principe de l'égalité de traitement.» Cette prise de position claire du président de la FMH aurait pu et dû stimuler son service juridique à se montrer plus actif dans ce dossier qui lui est parfaitement connu depuis 5 ans. Cela n'est hélas pas le cas, la seule proposition de la FMH ayant été de soutenir sur le plan juridique d'éventuelles initiatives individuelles...

Justement, quelques initiatives individuelles existent en Suisse romande visant à détendre non seulement les médecins concernés mais également les patients qui se voient refuser le remboursement de soins et contraints de changer de médecin traitant au détriment d'une relation thérapeutique établie de longue date. Là encore, le manque de soutien de la FMH est incompréhensible.

En effet, cela fera bientôt une année qu'une demande a été effectuée afin de soutenir une démarche juridique en faveur des patients, affaire pendante au Tribunal (Cour des assurances sociales) du canton de Vaud. Malgré plusieurs contacts et relances auprès du Service juridique de la FMH, il n'a toujours pas été possible d'obtenir une réponse à ce jour!

Manifestement, il semble plus aisé pour la FMH de s'engager à détendre une cause avec de belles paroles dans un éditorial que par des actions concrètes. Mais il est vrai que les promesses de certains n'engagent que ceux qui ont la faiblesse d'y croire...

En terminant la rédaction de cette lettre, j'apprends qu'une démarche juridique individuelle, déposée dans un autre canton romand sans l'aide de la FMH, semble nous donner raison. C'est très encourageant pour toutes les personnes qui se sont engagées dans ce combat.

Mais que fait donc la FMH dans ce dossier? Comment soutient-elle ses membres (article 2 des Statuts)? La question mérite d'être posée.

*Dr Christian Frigerio, Paudex*

1 Schlup J. Renforcement de la médecine de famille et de la pédiatrie. Bull Méd Suisses. 2013;94(41):1533.

## Réponse

La FMH a soutenu avec énergie l'initiative parlementaire du conseiller national Olivier Feller, qui a malheureusement été rejetée par le

Conseil national lors de la session d'automne 2014 par 98 voix contre 70 et 13 abstentions.

Le Comité central de la FMH a décidé de soutenir une démarche juridique appropriée en vue de clarifier la question des porteurs de deux titres. Jusqu'ici, aucun cas approprié ne nous a cependant été annoncé. C'est donc avec plaisir que le Service juridique de la FMH accueillera toute annonce de cas à l'adresse [lex\[at\]fmh.ch](mailto:lex[at]fmh.ch)

*Hanspeter Kuhn, avocat,  
chef de la division Service juridique de la FMH*

## Wettrennen um das Hirn

So der Titel eines Artikels von Christoph Kummer in der Zürichsee-Zeitung vom 2.4.15. Um Krankheiten heilen zu können, wollen Forscher die Geheimnisse des Hirns entschlüsseln. Das sei grundlegend, um den Herausforderungen des 21. Jahrhunderts zu begegnen, meinte der Gründer des Brain-Forums in Lausanne, der saudische Unternehmer Walid Juffali. Die Entschlüsselung des Hirns könne Anleitungen zum Bau von Supercomputern und Robotern liefern. Auch China mische mit. Die Chinesen hätten viele talentierte Neurologen. Vor allem die Methode der Hirnstimulation sei vielversprechend. Dabei werde eine Art Hirnschrittmacher in den Körper des Patienten implantiert, welcher elektrische Impulse ans Hirn gebe. Eine Brille, die aussieht wie eine Maschine vor den Augen, mit Leitungen über dem Schädel wäre für den therapeutischen Bereich interessant. Mit dieser sog. «Reality Substitution Machine» könne man in eine virtuelle Realität eintauchen. Es liessen sich aber auch Situationen in der echten Welt aufnehmen und wieder abspielen. Sie soll für die Behandlung von Angststörungen eingesetzt werden. Die Patienten könnten dann in einer virtuellen Umgebung mit ihren Ängsten konfrontiert werden, ohne Konsequenzen fürchten zu müssen.

Kürzlich sah ich den Schluss einer Sendung im Schweizer Fernsehen, wo eine Professorin einem Doktoranden einen Magneten, der ein 500 000-mal stärkeres Magnetfeld generiert als ein Handy, an den Kopf hält. Der Doktorand konnte die eingeübten Fingerbewegungen nicht mehr willentlich ausführen! In diesem Zusammenhang erzählte mir ein Betroffener, dass er als Mitarbeiter einer Überwachungsfirma neu ein Handy tragen müsse, das ihn Schritt für Schritt überwache. Es gäbe Studien von der Universität Uppsala, die zeigten, dass das Krebsrisiko erhöht sei bei Dauerhandyträgern, und vor allem wenn sie viel telefonieren. Das Tragen dieses Überwachungshandys hätte eine Wirkung, wie wenn man dauernd telefonieren würde. Der Betroffene will das

nicht machen, auch dauernde Überwachung empfindet er als Riesen-Stress.

Meine Befürchtungen haben sich bewahrheitet. Das biopsychosoziale Wesen Mensch wird als Maschine betrachtet. Ich kann mit einem einfachen Beispiel aufzeigen, warum eine solche Brille für die Therapie von Angststörungen ungeeignet ist.

Ein Hausarzt überwies mir einen Patienten mit Panikattacken. Er spürte Krämpfe in der Brust und hatte Angst vor einem Herzinfarkt, wurde ohnmächtig, als ihn jemand auf diese Möglichkeit hinwies. Er beobachtete seinen Puls und die Atmung. Er konnte sich nicht mehr entspannen, um zur Arbeit zu gehen. Bekam am Bahnhof wieder Panikattacken. Alles Somatische klärte der Hausarzt ab, ohne Befund! Er bekam immer wieder Angst auf dem Weg zur Arbeit. Ich fragte, ob er seine Arbeit gerne mache. Er sprach von Umstrukturierung und den damit verbundenen Problemen, neue Mitarbeiter, die nicht seine Wellenlänge hätten. Auch stellte sich heraus, dass er eher perfektionistisch war und für alles Verantwortung übernehmen wollte. Er befürchtete ein beginnendes Mobbing. Ich erklärte ihm die vegetativen Symptome der Angst und zeigte ihm auf, dass sie ungefährlich waren. Ausserdem machte ich die Verbindung zur Arbeit, vor der er eigentlich Angst hatte. Er konnte das einsehen und wir bearbeiteten die Probleme am Arbeitsplatz. Er bekam einen neuen Blickwinkel und konnte seine Einstellung ändern und anders mit den Mitarbeitern umgehen. Das brauchte etwas Zeit und er hatte einen kleinen Rückfall, den wir auch klären konnten. Der Patient hatte schliesslich keine Panikattacken mehr und ging wieder gerne arbeiten.

Wenn man den Patienten an diese obgenannte Brille gesetzt hätte, hätte er 1000-mal den Arbeitsweg aufnehmen können und sehen, dass ihm (vielleicht) nichts passiert. Ob das dann in der Realität funktioniert hätte, bezweifle ich. Aber nehmen wir mal an, es hätte funktioniert, dann wären ja die Probleme am Arbeitsplatz, die ich vermutete, gar nicht erwähnt worden und der Patient hätte bestimmt eine Symptomverschiebung gemacht, weil er sich weiterhin sehr unwohl gefühlt hätte.

Es ist unmöglich, die Geheimnisse des Gehirns rein technisch entschlüsseln zu wollen. Eine Hirnforschung ohne Geisteswissenschaft und Erfahrungswissenschaft geht in die falsche Richtung. Die Entscheidungen für eine «neue schöne Welt» treffen wir aber heute. Die heutige Hirnforschung schliesst die Seele aus. Sie existiert nicht, obwohl man weiss, dass die meisten Krankheiten psychosomatischer Genese sind. Ausserdem ist zu sagen, dass gewisse Fragestellungen in der Forschung bei einer solchen Einseitigkeit gar nicht auftreten können. Ein gutes Beispiel ist der amerikani-

sche Pionier der Hirnforschung, Wilder Penfield. Er wird als Vater der Neurochirurgie bezeichnet. Er hat sozusagen die Landkarte des Gehirns erstellt. Bei Reizung der sylvischen Fissur hatten Patienten ähnliche Erlebnisse (mit Betonung auf *ähnlich*) gehabt wie Nahtoderfahrene. Ein Mitarbeiter sagte, hätte man diese Bedeutung erkannt, hätte man Experimente anschliessen können, die eine ausserkörperliche Erfahrung bewahrheitet hätten oder nicht. Da aber Penfield damals so überzeugt war, dass *brain* gleich *mind* ist, konnte diese Frage gar nicht kommen. Am Ende seiner Karriere schrieb aber Penfield, dass die Wahrscheinlichkeit zugunsten *brain* ungleich *mind* grösser sei.

*Dr. med. Hedi Meierhans, Maseltrangen*

### Keine Hexenjagd gegen Scientology

Die Eröffnung eines neuen Zentrums, eines sogenannten Ideal Org. für die Scientology hat in Basel zu grossem Aufsehen und zu Protestdemonstrationen geführt. Die Scientology-Organisation ist mehrfach und weltweit in das Kreuzfeuer der Kritik gekommen wegen angeblicher finanzieller Ausbeutung von deren Mitgliedern. In Frankreich und Deutschland ist Scientology als Sekte nicht zugelassen.

Beim genauen Hinsehen unterscheiden sich die Lehren und Praktiken der Scientology nicht wesentlich von anderen Richtungen, die innerhalb des Psychomarkts seit langem eine feste Position erobert haben. Die Zerlegung der Persönlichkeit in mehrere Teile der Geistesseele und den Appell an religiöse und spirituelle Werte findet man auch in anderen Denkrichtungen der Psychotherapie, nicht zuletzt bei C. G. Jung. Es muss auch erwähnt werden, dass die Scientology sich zur Ethik aller grossen monotheistischen Weltreligionen bekennt. Insofern die Scientology versucht, ihren Adepten geistige Autonomie zu gewähren durch Verarbeitung zurückliegender «Geschehnisse», entfernt sie sich ebenfalls nicht von anderen alteingesessenen psychologischen Schulen. Der jahrzehntelange Kampf der Scientology gegen den Missbrauch von psychotropen Medikamenten, d.h. auf das Zentralnervensystem einwirkender Medikamente und gegen Drogenkonsum im Allgemeinen darf als ein bedeutender Verdienst angerechnet werden. Dass die Scientology auf verschiedenen Wirtschaftszweigen eine Tätigkeit entfaltet hat oder dass ihr Begründer L. Ron Hubbard für eine Weltregierung, Abschaffung der Atomwaffen und globale Abrüstung eintritt, kann man ebenfalls nicht gegen die Scientology verwenden. Auch hier finden sich Verwandtschaften, z.B. mit der katholischen Kirche. Dass es innerhalb der Scientology schwarze

Schafe gibt und Verfehlungen zustande gekommen sind, muss ebenso gut verziehen werden können, wie die unzähligen schweren Entgleisungen der katholischen Kirche entlang ihrer langen Geschichte.

Die Scientology enthält in ihrer theoretischen Ausrichtung zahlreiche Elemente, die durchaus einer Überprüfung würdig sind und in der gegenwärtigen Zeit als nützlicher erscheinen als gewisse verstaubte psychologische Heilmethoden aus den Anfängen des 20. Jahrhunderts.

Was zu wünschen wäre, ist, dass die Scientology sich gegenüber der modernen Psychologie öffnet und endlich auf ihre Feindschaft gegen die Schulpsychiatrie verzichtet. Wie zwischen den grossen Kirchen eine Öffnung und ein Gespräch wünschenswert sind, ebenso wie die Verbannung von jeglichem Radikalismus, wäre eine Annäherung zwischen Scientology und anderen philosophisch-psychologischen Schulen und Strömungen von grossem Nutzen. Eine neue Denkrichtung für die Psychotherapie, die infolge gewisser Ähnlichkeiten zusammen mit der Scientology gewürdigt werden könnte, ist jene von der «Psychagogischen Psychotherapie», die als ein Denkmodell für das 21. Jahrhundert bezeichnet worden ist.

*Dr. med. René Bloch, Therwil*

### Kostenbewusstsein vs. Marketing

#### Offener Brief an die Verwaltung der Krankenkasse Sanitas

Als langjähriger, im Wesentlichen mit der Sanitas zufriedener Kunde und ehemaliger «Zusammenarbeiter» habe ich vor kurzem die Vorstellung Ihres Produktes «Priority Access» [1] erhalten. Damit haben Sie mich wirklich etwas auf dem «falschen Fuss» erwischt. Ich spreche zu Ihnen als Hausarzt mit 28 Jahren Erfahrung in eigener Praxis, zurzeit im aktiven Ruhestand. Ich habe es immer als grosse Aufgabe empfunden, den Patienten zu «coachen», das heisst, mit ihm den Abklärungs- und Behandlungsweg zu besprechen. Damit habe ich sicher, auch wenn der Patient keinem Managed-Care-Modell angehörte, für die Kasse wesentliche Kosten sparen können, die in keiner Statistik so erscheinen, höchstens in meiner eigenen mit der «Tendenz zu Überarztung». Wir leben, lautstark unterstützt von den Medien, in einer Welt der Spezialisten. Und die wollen auch leben und ihre «Kenntnis an den Mann/Frau bringen», die neuesten Methoden und Medikamente anwenden – nur sind die meist nicht unbedingt kostengünstiger als die alten. Sicher will ich mich dem tatsächlichen Fortschritt, neh-

men wir z.B. nur die Diabetes-Behandlung, nicht verschliessen. Die Medizin ist derart komplex geworden, dass es, um eine Übersicht zu bewahren, je länger, desto mehr einen Koordinator braucht. Der/die durchschnittliche Patient/Patientin ist damit häufig restlos überfordert. Wie viel Zeit brauchte ich, um die im Internet bezogenen, durchaus korrekten, oftmals aber grosse Ängste auslösenden Informationen in ein richtiges Licht zu rücken? Stunden!

Zur Illustration eine alltägliches Beispiel: Der gestresste Patient kommt zum Arzt, weil er seit längerer Zeit Rückenweh hat «und etwas geschehen muss». Frei erhältliche Hausmedikamente hat er natürlich schon alle ausprobiert und im Internet fand er alle möglichen gefährlichen Krankheiten, die seinen Symptomen entsprechen könnten. Soll er nun zum Neurochirurgen, zum Neurologen, zum Rheumatologen, zum Orthopäden oder gar zum Internisten, es könnten ja auch «die Nieren» sein? Der Neurochirurg wird zuerst ein MRI machen, vielleicht sogar eine kleine Diskushernie finden, zur Operation raten, der Neurologe wird vielleicht nichts finden, zur Sicherheit aber auch ein MRI machen und den Rat des Neurochirurgen einholen, und so werden sich die Spezialisten, die alle nichts Konkretes finden, zu ihrer Absicherung den Patienten im Kreis herum zuweisen, nicht ohne Untersuchungen «zum Ausschluss» vorzunehmen – was seine Kosten hat. Und der Patient hat noch immer Rückenweh. Er glaubt sich allerdings «in guten Händen». Es geht etwas, man klärt ab. Ob es zweckmässig und wirtschaftlich ist, kann er nicht beurteilen. Bezahlen wird ja sowieso hauptsächlich die Grundversicherung. Solche Beispiele sind in der hausärztlichen Praxis an der Tagesordnung, ob es den Diabetologen, den Dermatologen, den Kardiologen und andere Viele betrifft. Wenn es der Sanitas wirklich um Kostenbewusstsein und nicht um Marketing geht (was ich letztlich aus der Bemerkung der Partnerhaft mit Hirslanden und KaSpi Winterthur schliessen muss), wäre aus hausärztlicher Sicht ein solches Produkt wie Priority Access eigentlich obsolet.

Ich hoffe, ich konnte Ihnen mit diesen Ausführungen meine Meinung als jetzt emeritierter, aus seiner Sicht kostenbewusst arbeitender Hausarzt «Mehr-Fach-Arzt» darlegen. Mit geschätzter Hochachtung

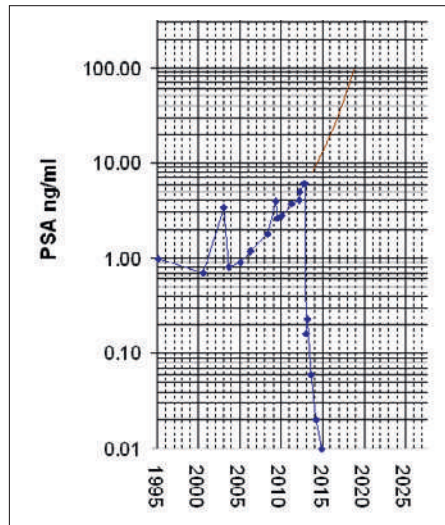
*Dr. med. Urs Dimmler, Beatenberg*

1 Eine Dienstleistung der Sanitas für Halbprivat- und Privatversicherte, die in Zusammenarbeit mit der Hirslanden-Gruppe und dem Kantonsspital Winterthur innerhalb von Tagen den direkten Zugang zu Spezialisten gewährleistet.

## Die serielle Bestimmung des Prostata-spezifischen Antigens PSA in der Krebsvorsorge – oder: die pathognomonische log-PSA-Grafik

Aus eigener Betroffenheit habe ich mich seit Jahren intensiv mit der Vorhersagbarkeit einer fatalen Entwicklung durch serielle Bestimmungen des PSA-Werts beschäftigt [1]. Bei Rezidiven von Prostatakarzinomen nach radikaler Operation sieht man eindrücklich, wie der PSA-Wert sich über viele Jahre streng exponentiell entwickelt, mit ziemlich konstanter Verdoppelungszeit. Mit einer semi-logarithmischen Aufzeichnung lässt sich der Verlauf recht gut voraussagen. Vor der Prostatektomie finden wir beim Prostatakarzinom die Überlagerung einer exponentiellen Zunahme des PSA durch das Karzinomwachstum über das PSA-«Hintergrundrauschen» durch die nicht malignen Prostataanteile.

Im meinem Fall war der Tastbefund (auch des Urologen) bis zur Operation völlig unauffällig und ich hatte keinerlei Symptome, nur den in der Grafik ersichtlichen PSA-Verlauf. Im hochauflösenden MRI fand sich schliesslich eine suspekta Zone. Zum Zeitpunkt der Prostatektomie bei einem PSA-Wert von erst 6 ng/ml («normal» wäre bis 3–4 ng/ml) war der Tumor bereits über die Organgrenze fortgeschritten und wegen raschen Wiederanstiegs des PSA-Wertes nach dem Eingriff musste eine (zum Glück erfolgreiche) Radiotherapie der Prostataloge durchgeführt werden. Im Rückblick hatte ich leider zu lange gezögert. Ich hätte mich auf die Aussage des Kurvenbildes verlassen und schneller reagieren sollen! Dieses Bild einer geraden Linie auf der logarithmischen Grafik ist – mit gesundem Menschenverstand betrachtet – pathognomisch für ein Prostatakarzinom. Keine andere Pathologie macht ein solches Bild.



Die PSA-Bestimmung zur Krebsvorsorge muss überlegt eingesetzt werden [2]. Man hat früher zu wenig beachtet, dass die Mehrzahl der Prostatakarzinome einen gutartigen Verlauf nimmt, mit der Folge von Überdiagnose und Übertherapie. Als Folge einer sehr kritischen Stellungnahme des Medical Board [3] geriet die PSA-Bestimmung als Vorsorgeuntersuchung unter Beschuss. Aber schüttet man damit nicht das Kind mit dem Bade aus, wenn symptomlosen Männern grundsätzlich vom Test abgeraten wird? Die Steilheit des PSA-Anstiegs auf einer semi-logarithmischen Grafik kann eine wertvolle prognostische Hilfe sein, vermutlich sogar aussagekräftiger als die heute üblichen wiederholten Biopsien, die zudem schmerzhaft und nicht ungefährlich sind. Bei einem aufgrund der Grafik voraussichtlich gefährlichen Verlauf müssten die Weichen für eine Therapie in Zukunft schon

bei einem PSA-Wert gestellt werden, der noch kaum über dem als normal geltenden Bereich liegt.

Sorgfältige prognostische Studien über den Nutzen der seriellen PSA-Bestimmung wären wünschenswert. Die Laboratorien könnten einen nützlichen Beitrag leisten, wenn sie die seriellen PSA-Resultate auf Wunsch des auftraggebenden Arztes auf einer semi-logarithmischen Grafik ausdrucken würden. Freundlicherweise hat Unilabs St.Gallen bereits eine kostenlose Online log-PSA-Chart eingerichtet auf <http://psa.cdi.ch>. Benutzernamen unilabs-psa, Passwort VAC2042ancy.

*Dr. med. Albert Kind, Schaffhausen*

- 1 Kind A. Semi-logarithmische Grafik zur Darstellung des PSA-Verlaufs. Anwendung einer Grafik zur Früherkennung und Nachsorge des Prostatakarzinoms. *PrimaryCare*. 2013;13(1):13–7.
- 2 Gasser T, Iselin C, Jichlinski P, Kreienbühl B, Merz V, Recker F et al. PSA-Bestimmung – Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Urologie (SGU). *Schweiz Med Forum*. 2012;(12):126–8.
- 3 Expertenrat des Swiss Medical Board. PSA-Test nicht geeignet zur Früherkennung des Prostatakarzinoms. *Schweiz Ärztezeitung*. 2011;92(48):1857.

## 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/autoren/leserbriefe-einreichen/](http://www.saez.ch/autoren/leserbriefe-einreichen/)

## Aktuelle Forumthemen

Jetzt online mitdiskutieren auf [www.saez.ch](http://www.saez.ch)



Dr. med. Josef E. Brandenberg, Luzern

### Spezialuntersuchungen

Braucht es immer ein MRI?



Dr. med. Michael Stamm, D.E.A.A.,

Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin, EMBA Universität Zürich

Medizinischer Leiter und Geschäftsführer der Operationszentrum Burgdorf AG

### Ambulante Leistungen

Förderung ambulanter Leistungen als Antwort auf Herausforderungen im Schweizer Gesundheitswesen