

# Briefe an die SÄZ



## Un réseau tel que ReMed: initiative judicieuse, bienvenue, nécessaire – il faut mieux aider les confrères en difficulté

J'ai pris connaissance avec grand intérêt de l'article de M. Hersperger et M. Peltenburg [1] et salue la mise en place d'un tel réseau, qui correspond à un indéniable besoin. Je le dis sur la base d'une expérience de 17 ans dans la fonction de médecin cantonal durant laquelle, de plus en plus vivement, j'ai ressenti le manque d'un tel dispositif *organisé* de soutien aux confrères confrontés à des difficultés de vie et dans leur pratique.

La tâche de médecin cantonal comprend le fait de contribuer à instruire les cas de médecins dont, sur la base d'informations crédibles, la qualité de la pratique paraît laisser à désirer: problèmes liés à des troubles psychiques, à la dépendance (alcool, drogue), à des gestes à connotation sexuelle, à des crises familiales ou personnelles notamment.

Ces situations sont lourdes: alors même que, pas rarement, on ne saurait leur imputer une responsabilité personnelle principale dans ce qui se passe, des praticiens voient leur carrière menacée, y compris la possibilité de gagner leur vie. Mais il n'est bien entendu pas – ou plus – acceptable de laisser des confrères mentalement atteints (parfois de manière très visible voire théâtrale – syndromes maniaco-dépressifs) ou alcooliques poursuivre leur activité sans mettre en œuvre une surveillance appropriée et le cas échéant des sanctions – dont des suspensions de l'autorisation de pratiquer.

Le médecin cantonal est dans une position délicate, inconfortable. Il a connaissance de professionnels de santé en grande difficulté. Déontologiquement et humainement il souhaiterait les aider mais sa responsabilité première, officielle, est vis-à-vis du Département de la santé qui délivre – et peut retirer s'il y a lieu – les autorisations de pratiquer. Au nom du fait qu'on ne saurait laisser des médecins clairement inadéquats continuer à voir des patients, avec des risques notables pour la santé ou le bien-être de ces derniers. C'est dire que le médecin cantonal joue,

au plan du droit administratif, des rôles proches de celui de juge d'instruction ou de procureur. Le fait de s'impliquer activement dans le conseil ou l'accompagnement du professionnel en difficulté représenterait un conflit d'intérêts évident, majeur, qui doit être évité.

Sa préoccupation du registre moral est encore aiguësée par certains développements possibles. Nous avons connu au cours des années des décès de confrères durant la période où l'affaire était instruite (liés à l'affection psychiatrique, à la dépendance, à un accident de circulation dont on se demande s'il est fortuit ou pas). Même si on est convaincu d'avoir fait juste, dans le cadre de son mandat légal, s'agissant d'assurer la nécessaire supervision de la qualité de la pratique médicale, de telles issues interpellent – c'est le moins qu'on puisse dire.

C'est sur ces bases que j'ai vivement souhaité à l'époque que des mécanismes de soutien soient mis en place. Certains progrès ont été faits. La Commission de déontologie de la SVM s'est efforcée d'offrir une aide. Des médecins amis de confrères en graves difficultés se montrent disponibles. Mais je veux dire ici ma conviction qu'un programme formel tel que le ReMed décrit par M. Hersperger et M. Peltenburg est nécessaire.

Pour les raisons évoquées ci-dessus, l'autorité sanitaire ne saurait le faire adéquatement. C'est un rôle qui, éminemment, revient au corps médical organisé (c'est le cas, entre autres, au Québec).

J'ai noté que le Comité central de la FMH a donné son feu vert à une première phase conceptuelle, dont une étude de faisabilité qui devrait être conclue en février 2007. Suivra une phase pilote «et plus tard un projet» (sic). Il est vrai que tous nous sommes surchargés de missions diverses et qu'il n'est pas possible toutes affaires cessantes d'investir toute son énergie sur un créneau particulier. Je veux espérer toutefois que la FMH fera diligence pour qu'un dispositif performant d'aide aux confrères soit opérationnel dès que possible. Cela est simplement indispensable.

*Dr Jean Martin,  
ancien médecin cantonal vaudois, Echandens*

1 Hersperger M, Peltenburg M. ReMed: un réseau d'assistance pour les membres de la FMH. Bull Méd Suisses 2006;87(25):1159-60.



### Fragwürdige Verharmlosungen, unzulässige Argumentationsmuster

Sehr geehrter Herr Kollege und Namensvetter  
Herzlichen Dank für Ihre kompetente Reaktion  
[1] auf den Artikel von Herrn Prof. Geiser [2], den  
ich selbst nicht schaffte, zu Ende zu lesen.

*Dr. med. Peter Kälin,  
Präsident Ärztinnen und Ärzte  
für Umweltschutz,  
Allgemeinmedizin FMH, Leukerbad*

- 1 Kaelin RM. Fragwürdige Verharmlosungen, unzulässige Argumentationsmuster. Schweiz Ärztezeitung 2006;87(22):984-5.
- 2 Geiser M. Werden die Raucher zu einer schützenswerten Minderheit? Schweiz Ärztezeitung 2006;87(11):460-1.



### Die besten Ärzte der Schweiz

Vor ein paar Wochen waren es die besten Frauenärzte der Schweiz, gestern die besten Schmerzspezialisten, die uns dank der besten Fernsehanstalt der Schweiz in unsere Wohnzimmer flimmerten.

Erstaunlich, wofür gewisse Kollegen zu begeistern sind!

Vielleicht, wenn's das Stutz'sche Sendegefäss noch lange genug gibt, werden uns ja auch noch die grössten Trottel der Schweiz am Sonntagabend serviert.

*Dr. med. Jürg Schäfli,  
FA für Allgemeinmedizin, Thayngen*



### Die neue Wunderkur für Heroinabhängige – Dr. Zobins «Transmodulationsblockade»

Uns Angehörigen von drogenabhängigen Jugendlichen und Erwachsenen überzeugt die Therapie Dr. Zobins aus Moskau in keinster Weise. Wir vertreten vollumfänglich die Ansicht der Spezialisten im Bereich Abhängigkeitserkrankungen, PD Dr. med. Ruedi Stohler und Dr. med. Andreas Moldovanyi, die sich mit grosser Besorgnis gegen diese fragwürdigen Heilsversprechungen aussprechen [1].

Es ist das vordringlichste Ziel des VEVD AJ, dafür zu sorgen, dass Drogenabhängige ausschliesslich wissenschaftlich-medizinisch anerkannte Therapien durch ausgewiesene Fachkräfte erhalten. Diese Möglichkeit ist in der Schweiz gegeben. Wir raten dringend davon ab, dass sich Drogenabhängige in Moskau dieser gefährlichen Methode unterziehen. Und ... *Drogenabhängige sind keine Versuchspersonen!*

*Antonia Biedermann,  
Präsidentin VEVD AJ Verband der Eltern- und Angehörigenvereinigungen Drogenabhängiger*

- 1 Stohler R, Moldovanyi A. Die neue Wunderkur für Heroinabhängige – Dr. Zobins «Transmodulationsblockade». Schweiz Ärztezeitung 2006;87(14): 610-5.



### SGIM: quousque tandem?

Herr Kollege Herbert Schaufelberger [1] hat die Verärgerung über die zunehmenden bürokratischen Schikanen der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin treffend zum Ausdruck gebracht und damit wohl vielen Internisten mit eigener Praxis aus dem Herzen gesprochen.

Zunehmend lassen sich FMH und Fachgesellschaften von Kassenpotentaten, inkompetenten Gesundheitspolitikern und Bundesfunktionären dafür einspannen, ihre eigenen Mitglieder mit zusätzlichen administrativen Schikanen zu belästigen. Dabei geht es keineswegs um Qualitätssicherung und Kostendämpfung – das glauben nur noch die politisch Naiven – sondern um die totale staatliche Kontrolle des wohl bald letzten freien Berufsstandes.

An der denkwürdigen Demonstration der Hausärzte auf dem Bundesplatz in Bern haben wir nicht zuletzt gegen diese politischen Schachzüge protestiert.

Es wäre eigentlich die vornehme Aufgabe der FMH und der Fachgesellschaften, sich nach Kräften für eine Liberalisierung der ärztlichen Berufsausübung einzusetzen.

Dass die Deputation der Ärzte im Nationalrat, die sich fast ausschliesslich aus medizinischen Staatsbeamten zusammensetzt, wenig Verständnis für unsere Bedürfnisse zeigt, erstaunt weiter nicht. Von der SGIM erwarte ich aber mehr Engagement für die Hausarztmedizin [2]. Die Tendenz, diese einst stolze Fachgesellschaft zu einer bürokratischen Dachorganisation von Subspezialisten und Spitalmedizinern umzugestalten, ist offensichtlich. Es ist wohl an der Zeit, dass die niedergelassenen Allgemein-Internisten sich aus diesem pseudo-elitären Klub verabschieden.

*Dr. med. Armin Buchenel, Ins*

- 1 Schaufelberger H. Facharztprüfung für Niedergelassene. Schweiz Ärztezeitung 2006;87(24):1101.
- 2 Keberle S. Replik. Schweiz Ärztezeitung 2006; 87(24):1101.

### Replik

Als langjährig praktizierende allgemeininternistische Hausärzte sind wir uns wohl in zwei Dingen einig: zum einen soll das oberste Ziel unserer Fortbildungsbemühungen der Erhalt einer hohen Qualität unserer beruflichen Tätig-

keit sein; zum anderen müssen wir heute die Erfüllung der gesetzlichen Pflicht, nämlich den Nachweis der Fortbildung zur Aufrechterhaltung der Qualität im Gegensatz zu früher konkret dokumentieren können. Dass Sie diese beiden Gegebenheiten und deren Umsetzung als «zunehmende bürokratische Schikanen» empfinden, ist für mich verständlich. An Stelle der direkten Arbeit am Patienten wird von uns Ärztinnen und Ärzten in letzter Zeit ja auch immer mehr Zeit für Administration und vermeintlich Unwichtiges verlangt.

Die Fortbildungskommission der SGIM – die übrigens mehrheitlich aus praktizierenden Internistinnen und Internisten zusammengesetzt ist – hat sich viel Zeit genommen, um das Thema zu beleuchten, zu diskutieren und eine Lösung zu finden, die sowohl den Vorgaben des Gesetzgebers gerecht wird, als auch die Möglichkeiten der Ärzte nicht überstrapaziert. Das Fortbildungsprogramm wurde deshalb so zusammengestellt, dass die Ansprüche an Qualität und die gesetzlichen Vorgaben (jeder Bürger muss sich an Gesetze halten!) in Einklang sind mit den Ansprüchen der Internistinnen und Internisten, sowohl im Spital als auch in der Praxis auf möglichst einfache Weise die Erfüllung der Fortbildungspflicht zu erreichen.

Die Reaktionen von Kollege Schaufelberger und auch Ihre Antwort auf den Vorschlag der SGIM, die Fortbildung ganz oder teilweise durch die freiwillige Absolvierung der Facharztprüfung oder durch die Nutzung der sogenannten «Bonus-Kredits» (siehe Website der SGIM) zu absolvieren, ist heftig. Das Angebot hat jedoch nichts mit Schikanen oder gar einer versteckten Einführung einer Rezertifizierung des Facharztstitels zu tun. Ziel dieses Konzeptes ist vielmehr eine deutliche Erleichterung der Fortbildung und eine bedeutende Einsparung an Fortbildungszeit. Der Wunsch nach einer erneuten Prüfung für etablierte Internisten entspricht übrigens einer Anregung aus dem Kreis der praktizierenden Internisten.

Zusammenfassend kann ich mich des Eindrucks nicht erwehren, dass hier ein riesiges Missverständnis besteht. Es stellt sich deshalb die Frage: Wie können wir erreichen, auch in Zukunft kompetente Internistinnen und Internisten zu sein und das Anliegen einer hochstehenden, schlagkräftigen Allgemeinen Inneren Medizin so unter die Leute bringen, dass es verstanden wird?

Die Fortbildungskommission aber auch der Vorstand der SGIM sind auf den Dialog und Anregungen der so genannten Basis angewiesen.

*Dr. med. R. Frey, Rüti, Präsident der FBK SGIM*



### Elodie – Instrument einer bittersüßen Melodie?

*Ein aussergewöhnlicher Fall hat die Diskussion über die Präimplantationsdiagnostik neu belebt. Eine Stellungnahme der AGEAS – Arbeitsgemeinschaft Evangelischer Ärztinnen und Ärzte der Schweiz anhand der Sendung «Puls» vom 29. Mai 2006.*

Der fünfjährige Noah leidet an einer Granulomatose, einer Erbkrankheit, die zu häufigen und oft schwer verlaufenden Infektionen führt. Ausser der Knochenmarkstransfusion bestehen keine Behandlungsoptionen. Diese Möglichkeit veranlasste Noahs Eltern, mit Hilfe fortpflanzungsmedizinischer Methoden das kompatible Schwesterchen Elodie zu erzeugen. Da gewisse dafür notwendige Methoden in der Schweiz verboten sind, wurde ein wesentlicher Teil des Verfahrens in Belgien durchgeführt. Die Sendung «Puls» berichtete über diesen Fall und überspannt eindrücklich ein weites Spektrum der Fortpflanzungsmedizin, illustriert Ohnmacht und Machbarkeit in einer solchen Ausnahme-situation und stellt unser ethisches Empfinden geradezu provokativ auf die Probe.

Emotionen werden durch die ersten Schritte Noahs aus dem Isolationszelt unter dem Applaus des Spitalpersonals geweckt, aber auch durch die Entnahme von rund 200 ml Knochenmark bei einem einjährigen Kind. Was wäre, wenn Elodie an der Entnahme Schaden genommen hätte? Sie hat das Leben ihres Bruders gerettet und ihm zu neuer Lebensqualität verholfen. Groteskerweise wurde Noahs Leben schon einmal gerettet, zumal er aufgrund einer pränatalen Fehldiagnose vor einer Abtreibung bewahrt wurde ...

Gott liebt beide Kinder bedingungslos, denn Leben ist immer Schöpfung und wird es immer sein, ungeachtet aller Errungenschaften der Fortpflanzungsmedizin. Hier wird aber ein Grundsatz Kantscher Ethik, eine moralische Tabuzone verletzt! Instrumentalisierung von menschlichem Leben versus Respektierung von dessen Heiligkeit. Ist dieser Kampf auf gesellschaftspolitischer Ebene bereits verloren? Wertes und unwertes Leben wird zum Substrat eines wissenschaftlichen Machbarkeitswahns, der sich unter dem gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Druck adäquater Kontrollen zu entziehen droht. Behinderte Menschen werden zu einem vermeidbaren

Risiko, und die Ausrichtung auf ein idealisiertes Modelleben geht einher mit der zunehmenden Unfähigkeit, das Sterben und den Tod als letzte Konsequenz des Lebens hinzunehmen. Sind es nicht dieselben politischen Kräfte, die die Beihilfe zum Suizid propagieren?

Die Ehrfurcht vor dem Leben schwindet in der Masse, in der es instrumentalisiert und relativiert wird. Die zunehmende Schwierigkeit einer verbindlichen Grenzziehung zwischen hochrangigen Forschungszielen auf der einen Seite und der drohenden Tendenz zu selektiver Eugenik auf der anderen Seite illustriert, dass das Leben in seiner empfindlichsten Form, nämlich des werdenden Menschen im Mutterleib, bereits derart angetastet wurde, dass die gesetzlichen Regulierungen höchstens noch der Einschränkung der Beliebigkeit dienen.

*Dr. med. Daniel Beutler, AGEAS, Mühlethurnen*



### Wehren wir uns gegen die Patientenkarte!

Der Brief an das BAG betreffend die Versichertenkarte war überfällig. Nachdem FDP-Nationalrätin Egerszegi uns Hausärzte anlässlich der Fortbildung am 2. Juni 2006 im KKL zu verstehen gab, dass die administrative Versichertenkarte Bestandteil der bilateralen Verträge sei, und wir damit einer Einführung schon eingewilligt hätten, bleibt das Projekt einer eigentlichen Patientenkarte mit medizinischen Daten. Eine solche medizinische Patientenkarte hätte Auswirkungen von grosser Tragweite:

- Die flächendeckende Einführung würde Kosten von einer Milliarde Franken auslösen (Aussage Regierungsrat M. Dürr vom 8. April 2006 anlässlich einer standespolitischen Veranstaltung in Luzern). Wenn von einem federführenden Politiker bereits heute pauschal ein solcher Betrag genannt wird, so könnten die Kosten im Laufe der Zeit noch deutlich höher kommen. Dies ist nicht nur zu befürchten, sondern vor dem Hintergrund der auf Grossaufträge wartenden IT-Branche wohl eine Tatsache. Wo werden im System der sozialen Krankenversicherung diese Aufwendungen eingespart? Wer sagt und erklärt es den Patienten und Stimmbürgern? Welcher

Politiker informiert öffentlich über den drohenden Kostenschub, den die Politik selbst generiert?

- Dass der Datenschutz völlig unter die Räder kommt, ist absehbar. Als die oberste Patientenschützerin, Frau Margrit Kessler, anlässlich der gleichen Veranstaltung vom 8. April 2006 in Luzern forderte, die Weitergabe der medizinischen Daten mit sämtlichen Diagnosen usw. sei nur mit Einverständnis des Patienten möglich, stellte der Präsident der kantonalen Gesundheitsdirektoren RR Markus Dürr prompt die vorgesehene Umsetzung vor: Patienten, die nicht «spuren», müssten eben zur Kasse gebeten werden!
- Die Auswirkungen auf unsere tägliche Arbeit wären immens: laufendes Aufdatieren von medizinischen Befunden und Diagnosen, wahrscheinlich gemäss ICD-Code. Wir würden zu ICD-Spezialisten wie unsere Deutschen Kollegen. Medizinische Buchhalter. (Hierzu wäre eine dreijährige Eurodoc-Weiterbildung ausreichend. Ebenfalls ein – stilles! – BAG-Projekt!)
- Es ist voraussehbar, dass die Aussicht auf stundenlanges Nachsitzen bei der ICD-Codierung, Einarbeiten in eine digitale KG und die Aussicht auf erhebliche Investitionskosten eine Vielzahl der dannzumal 60- bis 65jährigen Kollegen zu einer vorzeitigen Pensionierung drängen wird. Dann wäre die vom BAG und Politik angestrebte Strukturbereinigung ge-

schaft, aber der Ärztemangel auf dem Lande noch früher akut!

Kurz und gut: Wir Hausärzte müssen zusammen mit den Patientenorganisationen das Referendum gegen die Patientenkarte mit medizinischen Daten planen. Es hat sich eine Fehlentwicklung angebahnt, gegen die wir uns wehren müssen. Und wir werden uns beim Projekt Patientenkarte nicht im Kursaal (Vorschlag Egerszegi) wehren können, sondern müssen uns vom Grunde her (Grundversorger!) per Referendum für unsere Freiheit und die Interessen der Patienten einsetzen!

In klassischen Sitzungen und Verhandlungen mit dem EDI, dem BAG und den Sanitätsdirektoren können unsere Hausarztvertreter vielleicht günstigere Ausführungsbestimmungen und längere Übergangsfristen erwirken, mehr aber nicht. Für einen gänzlichen Abbruch des Projektes «medizinische Patientenkarte» wie in Holland oder für ein zehnjähriges Moratorium wird es die demokratische Kraft eines Volksentscheides brauchen.

Der 1. April 2006 hat gezeigt, dass wir referendumsfähig sind. Wir haben nichts zu verlieren! Sollten sich SGAM, SGIM, SGP und FMP für ein Referendum entscheiden, bin ich sofort bereit, eine finanzielle Starthilfe zu leisten und motiviert Unterschriften zu sammeln.

*Dr. med. Beat Meister, Hochdorf*