

Briefe an die SÄZ

Stören die Deutschen Fliegenden Gutachter? Ja, sie stören!

Brief zu: Weiss M. Der deutsche Arzt als «fliegender Gutachter». Schweiz Ärzttztg. 2020;101(8):270–2.

Anwalt Weiss fragt, ob wir Deutsche Fliegende Gutachter (DFG) benötigen. NEIN! Vorausgesetzt, die Sozialversicherer vertrauen uns Schweizer Haus- und Spezialärzten nach 6 Jahren Studium, mindestens gleich langer Assistentenzeit und jährlich verlangter Fortbildung. Wir benötigen weder DFG noch Schweizer Gutachterhochburgen. Weiss argumentiert, die DFG seien wirtschaftlich von der IV unabhängig. Aber: «Wess Brot ich ess, dess Lied ich sing», alte Minnensängerweisheit (siehe den Artikel im *Bund* vom 4.3.2020). Zudem: Welcher gute Arzt kann seine Praxis verlassen und für einen Tag im Ausland ihm fremde Menschen begutachten!

Gesundheit und Krankheit des Menschen sind mit seiner Geschichte verwoben. Dazu zwei Beispiele: Tom verbrannte sich als 9-Jähriger mit einer zu heissen Suppe die Speiseröhre, so dass sie vernarbte. Eine epigastrische Fistel war nötig. Bei Wolf und Wolff wurde ihm als erwachsenem Labordienier Prostigmin in den Magen gebracht. Er reagierte mit Krämpfen und Durchfall, später ebenso nach einer Placebolösung und (!) nach einer Atropininstillation. Tom hatte aufgrund seiner ersten Erfahrung dem Atropin die Bedeutung Prostigmin aufgeprägt, er hatte aus seiner Geschichte gelernt und die zweiteilige Ursache-Wirkungs-Kette in eine dreiteilige verändert: Ursache-Interpretant-Wirkung. Hier erkennen wir die Bedeutung der Lebensgeschichte: Sie gestaltet die Wirklichkeit INDIVIDUELL. Zweites Beispiel: Papst Johannes Paul verkündet eines Morgens seinem Kämmerer, er wolle heute die Sauna besuchen. Dieser: «Heute ist sie gemischt!» Der Papst: «Diese paar Protestanten stören mich nicht.» Papst und Kämmerer haben die gleiche Tatsache aufgrund ihrer Lebenserfahrung individuell und unterschiedlich interpretiert.

Bei den IV-Patienten handelt es sich um Menschen, bei denen ihre Geschichte eine Hauptrolle spielt, mit oder ohne organische Veränderungen. Auch bei «rein Organischen» ist die Geschichte entscheidend. Der eine kann mit der gleichen organischen Störung noch arbeiten, der andere nicht, aufgrund ihrer Geschichte. Diese zu erfassen benötigt die Kenntnis der Geschichte dieser Menschen. Das braucht Zeit und Erfahrung mit ihnen. Diese besitzt der Hausarzt und in einigen Fällen sein Spezialist-Kollege.

Die Lösung: Diese verfassen die nötigen Berichte, Gutachten gestützt auf das moderne, biopsychosoziale Konzept der Medizin, und nicht wie die reinen Gutachter, die sich bedauerlicherweise wie die IV und die Juristen noch auf das aus dem 17. Jahrhundert stammende Biologische Konzept stützen, das unmenschlich ist, der Natur des Menschen nicht entspricht.

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

Juristische Deutung statt medizinisch fachlicher Diskussion und Differenzierung?

Der Rechtsanwalt Dr. iur. Marco Weiss stellt gegenüber ausländischen «Fluggutachtern» keine stichhaltigen Einwände fest. Dabei zeigt sich eine Problematik, welche sich in der Entwicklung der IV-Verfahren wiederholt zeigt: Juristen übernehmen Auslegung und Deutung, bevor eine differenzierte medizinische Diskussion geführt wurde.

In der Beurteilung psychiatrischer und psychosomatischer Störungen stellen deutsche Gutachterinnen per se tatsächlich kein Problem dar. Es stellt sich generell die Frage der fachspezifischen Qualität von psychiatrischen Gutachterbeurteilungen. Die RELY-Studien I und II des versicherungsmedizinischen Instituts der Universität Basel haben aufgezeigt, dass die gutachterliche Beurteilung psychischer Störungen keine genügende Validität aufweist, dass die Interraterqualität ungenügend ausfällt. In der Studie wurde der Hauptpunkt der Übereinstimmung verschiedener Gutachter-Beurteilungen nicht erfüllt. Die Studienverfasser fragen deshalb, ob es eine gesellschaftliche Diskussion über das Ausmass an gewünschter Übereinstimmung unter Gutachtern brauche [1].

Zudem sollte auch die Einordnung sogenannter psychosozialer Belastungsfaktoren nicht den Juristinnen überlassen werden aufgrund mangelnder diagnostischer Differenzierung. Sonst werden aufgefundene soziale Faktoren pauschal als Belastungsfaktoren und als IV-fremd gewertet. Belastungsfaktoren sollten zwingend unter Berücksichtigung der Persönlichkeitsentwicklung und allfällig vorhandener Einschränkungen der psychischen Regulationsfähigkeit eingeschätzt werden. Dies bedarf jedoch der vertieften Kenntnis und Erfahrung in der Diagnostik und Behandlung von Persönlichkeitsfaktoren/-störungen, wie beispielsweise die operationalisierte psycho-

dynamische Diagnostik einen Beitrag dazu leisten kann. Nur so kann unterschieden werden, ob Belastungsfaktoren als «versicherungsfremd» und damit rentenmindernd zu gelten haben oder nicht.

Wenn die Versicherungsmedizin von der Justiz zur Ausdifferenzierung und Qualitätsverbesserung in den Rentenabklärungsverfahren aufgefordert wird, ist dies ein wünschenswerter Prozess. Wenn stattdessen aber die Rechtsprechung Beurteilungen im medizinischen Fachbereich vornimmt, so entstehen Unklarheit und absurde hybride Konstrukte (juristische Diagnosekategorie Päusbonog [2], der juristische Krankheitsbegriff usw.), welche nur schwer wieder korrigiert werden können.

Wird die Unschärfe gutachterlicher Einschätzungen gegenüber IV-Juristen und Sozialversicherungsgerichten nicht deklariert, wirkt sich dies gegen die IV-Antragstellerinnen aus. Es braucht weitere medizinisch-fachliche Diskussionen, eine Weiterentwicklung der gutachterlichen Qualität und eine Ausdifferenzierung der IV-Rentenabklärungsprozesse unter stärkerer Gewichtung der Behandlerbeurteilung, um Antragstellerinnen eine faire Beurteilung zukommen zu lassen.

Ende Februar 2020 ist die Meldestelle zu IV-Gutachten des Dachverbandes Behindertenorganisationen Schweiz Inclusion Handicap online gegangen. Behandelnde Ärztinnen und Patientinnen können Fälle von Fehlbeurteilungen melden auf <https://www.inclusion-handicap.ch/de/themen/iv-gutachten-meldestelle-484.html>

Dr. med. Maria Cerletti, Zürich

- 1 <https://www.unispital-basel.ch/lehre-forschung/ebim-forschung-bildung/rely-studie/ergebnisse/>
- 2 Päusbonog = pathogenetisch ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage

«Fliegende Gutachter» – eine Verteidigungsschrift?

Brief zu: Weiss M. Der deutsche Arzt als «fliegender Gutachter». Schweiz Ärzttztg. 2020;101(8):270–2.

Ich hoffe ja nicht, dass sie wirklich «einfliegen», aber das war nur ein Punkt, der mich beim Lesen nachdenklich gestimmt hat. Ein anderer ist, dass wir Schweizer offensichtlich nicht in der Lage sind, der grossen Nachfrage nach Gutachten mit eigenen Ressourcen zu begegnen. Eigentlich sollte ja die Nationalität

der Gutachter in einem europäischen Binnenland wie der Schweiz, in dem unsere Nachbarn auch in ganz andern Disziplinen und Berufen gut vertreten sind, nicht die entscheidende Rolle spielen. In den fünf Jahren, in denen ich – nach der altersbedingten Pensionierung – bei der Suva als Versicherungsmediziner tätig sein durfte, gab es Momente, in denen ich der einzige Schweizer am Pausentisch war. Ich habe dort als Vertreter der schneidenden Zunft (das war es schliesslich, was ich kannte und bis dahin tat) auch dank ihrem Wissen und ihrer Kenntnis der schweizerischen Versicherungsmedizin sehr viel gelernt und profitiert. Nun ist es aber beim fliegenden Gutachter so, dass er/sie «besondere Kenntnisse der schweizerischen Versicherungsmedizin nicht vorzuweisen hat». Das tönt so etwas nach «learning by doing», und dabei erinnere mich an die eigenen, durchlaufenen SIM-Kurse mit Abschlussprüfung. Aber ein Gutachten sollte fundiert, umfassend, schlüssig und gnadenlos sachlich sein, denn sonst gibt es ein weiteres Gutachten (zum gleichen Fall). Ob das bei fliegenden Gutachtern bei den oben und im Artikel erwähnten Prämissen immer zutrifft, wage ich zu bezweifeln. Und so tönt dieser Artikel für mich wie eine Verteidigungsschrift der gegenwärtigen Praxis im versicherungsmedizinischen Wesen in der Schweiz, ganz im Tenor «faute de mieux». Wollen wir das? Wo sind eigentlich die Schweizer?

PD Dr. med. Dominik Heim, Facharzt für Chirurgie, Lexikatrik, Luzern

PS. Anschliessend sah ich mir *J'accuse*, den neuen Film von Roman Polanski zur Affäre Alfred Dreyfus an. Es geht dort um das Recht des Angeklagten und um die Gerechtigkeit. Etwas, was wir mit der Versicherungsmedizin (auch) für die Patienten/Versicherten erreichen möchten. Die realen Fakten im Prozess Dreyfus erlauben kein richtiges Happy End. Ob dies in der schweizerischen Gutachter-szene so erreicht werden kann?

Ärztliche Rollenbilder von gestern?

Brief zu: Schreier M. Die Erreichbarkeit des Hausarztes. Schweiz *Ärztzeitg.* 2020;101(10):330.

Herr Kollege Schreier befasst sich in seinem Leserbrief mit der Erreichbarkeit der Hausärzte, gewiss ein wichtiges Thema. Er beschreibt, dass 1974 in Kriegstetten SO alle Hausärzte Männer waren, alle verheiratet. Zum Thema reduziertes Arbeitspensum erwähnt er, dass Ärztinnen mit einem Teilzeitjob Familie und Beruf leichter unter einen

Hut bringen und männliche Kollegen sich vermehrt ihrer Familie und ihren Hobbys widmen können.

Diese Rollenbilder von Ärzten sind meines Erachtens längst nicht mehr zeitgemäss, denn sie gehen davon aus, dass Frauen mit Familie grundsätzlich Teilzeit arbeiten, Männer mit Familie aber nicht. Dabei ist heute bekannt, dass eine aktive Rolle des Vaters in der Familie für Kinder genauso wichtig ist wie das Engagement der Mütter. Es ist höchste Zeit, dass wir ÄrztInnen aufhören, veraltete Rollenbilder für normal zu halten.

Und Patienten und Patientinnen sollten auch beim Hausarzt zwischen Ärztinnen und Ärzten wählen können. In vielen Teilen der Schweiz findet eine Frau heute ohne grössere Probleme eine Gynäkologin, aber es sollte auch möglich sein, eine Hausärztin oder Psychiaterin zu finden. Bei den meisten Konsultationen geht es um persönliche, zum Teil sehr private Probleme, und da kann es eine Rolle spielen, ob man als Patientin einem Mann oder einer Frau gegenüber sitzt.

Dr. med. Monika Diethelm-Knoepfel, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Uzwil

Revolutionäre Gedanken, die weiterer Ausführungen harren

Brief zu: Schweizer T. Eine neue Biophilosophie – ein neues Menschenbild? Schweiz *Ärztzeitg.* 2020;101(09):314–5.

Thomas Schweizer vermittelt in seinem Artikel «Eine neue Biophilosophie – ein neues Menschenbild?» eine ganze Reihe von spannenden, ja sogar revolutionären Gedanken.

Besonders hervorheben möchte ich folgende Punkte:

1. Organismen (Menschen, aber auch Tiere, Pflanzen und sogar Zellen) scheinen die Fähigkeit zu haben, aus einer «Unmenge physikochemischer Möglichkeiten (...) die wenigen Verläufe zu wählen, die ein Überleben garantieren».
2. Die «fortwährende Suchbewegung (eines jeden [!] Organismus) nach biologisch sinnvollen Möglichkeiten, (...) bedingt, dass er Entscheidungen fällt, was wiederum präreflexive Subjektivität», also einfache Formen von Emotionen (z.B. Zuneigung oder Abneigung), voraussetzt. Mit dem Fällen von Entscheidungen offenbaren Organismen ausserdem eine mentale Dimension.
3. Die mentalen und subjektiven Seiten der Organismen lassen sich nicht von aussen her erforschen, sie lassen sich nicht in einem Bild festhalten, sondern es ist nötig,

dazu in einen Beziehungsprozess mit den Organismen zu treten.

Um sich mit diesen spannenden Thesen anzufreunden oder gar mit ihnen zu arbeiten, wünschte man sich dazu weitergehende Ausführungen. Wie genau ist das Auswählen von erfolgreichen Lebensverläufen durch einfache Organismen – Zellen etwa – zu konzeptualisieren? Was soll man unter «präreflexiver Subjektivität» verstehen? Wie soll man sich das Mentale ohne die menschliche Sprache vorstellen? Es besteht noch viel Erklärungsbedarf.

Ausserdem: Was die Mediziner – an diese richtet sich ein jeder SAEZ-Artikel – v.a. interessieren muss, sind die praktischen Konsequenzen einer neuen Biophilosophie; es geht um die Auswirkungen auf die medizinische Forschung, auf die Ausbildung und Lehre sowie ganz besonders auch auf die tägliche medizinische Praxis. Dazu äussert sich der Autor nicht – noch nicht, so möchte ich hoffen.

Dr. med. & Dr. phil. Piet van Spijk, Luzern

Merci M. Berset

Lettre concernant: La décision de M. Berset, conseiller fédéral, concernant l'interdiction des manifestations de plus de 1000 personnes, en Suisse, dès ce jour.

Enfin une mesure opportune et parfaitement proportionnée au danger que représente le coronavirus. Les mesures prises en Italie, d'un courage rare et justifié, étaient là-bas nécessaires. Mais (et c'est là que commencent en général les ennuis),... le silence radio de l'OFSP qui a prévalu durant ce dernier mois est incompréhensible, malgré les personnes compétentes et intelligentes qui y travaillent! Les médecins sont en premier ressort responsables des diagnostics, donc de la détection, de l'enquête d'entourage au début, de juger de la gravité des cas, et d'alerter à bon escient les autorités sanitaires. Que leur a-t-on dit officiellement: RIEN avant cette semaine. Or, la période de contagiosité d'un porteur précède toujours l'apparition de la maladie, même de peu (et il n'y a ici pas de traitement connu), la longueur de cette période où le malade est à risque pour les autres est également incertaine, comme le spectre lui-même de la maladie: un peu comme une grippe, mais pas vraiment, etc., etc... en pleine période de refroidissements hivernaux banaux. Des questions légitimes de professionnels, conscients de leurs responsabilités. Donc il fallait communiquer à partir des multiples contacts internationaux ce que l'on savait de plus certain, même avec la mention «provisoire», parce

que les professionnels savent évaluer, et que l'on a besoin d'eux 2 à 3 semaines avant l'épidémie, même et surtout dans une situation incertaine. Merci qui?

Dr méd. Virgile Woringer, Lausanne

Eisentherapie: Es geht um Grundsätzliches in unserer Wissenschaft

Brief zu: Steurer J. Der Glaube der Eisenliga an die Wirksamkeit des Eisens. Schweiz Ärztztg. 2019;100(50):1704.

Zu Ihrem Brief bzgl. Eisentherapie möchte ich gerne Folgendes anmerken. Es geht nicht um Herrn Schaub, sondern um Grundsätzliches in unserer «Wissenschaft».

Nicht nur beim Eisen, auch in verschiedenen anderen medizinischen Bereichen herrscht Unklarheit, oder es werden Dinge behauptet, die ein «Dr. med.», wie Sie es nennen, nicht sagen sollte.

Einige Beispiele. Vitamin D₃. Bis vor kurzem im Brustton der Überzeugung als etwas Gesichertes proklamiert, jetzt nach neuer Metaanalyse [1] nur noch falsch, bis auf Ausnahmen.

Strep-A-Angina: Es braucht keine Antibiotika [2]. Rheumatisches Fieber, Glomerulonephritis, Karditis, alles bedeutungslos. Seit Jahrzehnten bestehen deutliche Anhaltspunkte dafür, aber die axiomhafte Therapieempfehlung wurde beibehalten, wohl die Privatmeinung einer Koryphäe. Bilanz: einige Jahrzehnte Antibiotika-Therapie für nichts mit allen Implikationen. Wissenschaft?

Oder dann die Impferei. Impfen gilt axiomgleich per se als gut und richtig. Gemäss Cochrane-Daten [3] gibt es zum Beispiel wenig Evidenz über den Nutzen der Grippeimpfung. Ähnliche Bilanz des Arzneitelegramms [4] vor Jahren. Gepriesen wird die Impfung aber ganz anders. Bis dahingehend, wer sich nicht impfe, sei ein Verbrecher – so funktioniert Wissenschaft?

Dann die Antidepressiva. Wenn man Peter C. Gøtzsche [5] (und anderen) glauben mag, ist durch sie erheblicher Schaden anzunehmen bei weitgehender Wirkungslosigkeit. Gøtzsche als Mitbegründer der Cochrane-Bibliothek wäre einer der Ersten, denen man Unabhängigkeit attestieren wollte. Aber wer kennt nicht einen Patienten, der von einem Antidepressivum in geradezu frappanter Weise Nutzen gezogen hatte? Ah! Ein Placebo-Effekt – wie beim Eisen halt.

Es liessen sich unzählige weitere Beispiele anführen. Die Verlogenheit der Studien – sofern man erneut Gøtzsche glauben darf – führt zu

einer generellen Verunsicherung. Bezogen auf das Eisen: Was mache ich mit der Patientin, die ab einem Ferritin von 150 nicht mehr depressiv ist? «Unwissenschaftlich» Eisen geben oder noch unwissenschaftlicher ein Antidepressivum? Eisenstudien können hierauf keine Antworten geben.

Wir kommen zum eigentlichen Thema: Unter anderem durch den Umstand, dass wir uns von Produzenten kaufen lassen, kommt es zu diesen Verzerrungen und ist das «autistische Denken» in der Medizin noch längst nicht überwunden. Ärzte halten sich gleichsam autistisch gedacht für unkäuflich [6] und lassen sich in grossem Stil durch Pharmaproduzenten umgarnen. Macht das ein «Dr. med.»?

Wir brauchen in keiner Weise Sponsoring. Die Sponsorengelder der Produzenten stammen über den Preis der Pharmazeutika auch aus den Sozialversicherungen. Bedeutend authentischer wäre es demnach, die Taxipunkte minimal (etwa 1 TP) zu erhöhen und dadurch alle Fortbildung (inkl. Mittagessen ...) selbst zu bezahlen. Wir würden erheblich an Glaubwürdigkeit gewinnen und das autistische Denken fände die nachhaltige Grundlage, endlich zu verschwinden. Das sind wir unseren Patienten schuldig. Gleichsam könnte die unabhängige Forschung der medizinischen Institute derart finanziert werden.

Vielenorts in unserer wissenschaftlich scheinenden Medizin herrscht offensichtlich Unklarheit. Wo dann die «Wahrheit» liegen könnte, ist schwer herauszufinden. Und das dürfte man zur Ehrenrettung von Herrn Schaub im gleichen Atemzug als «Dr. med.» erwähnen.

Dr. med. René Mégroz, Winterthur

Literatur

- 1 Vitamin D₃-Metaanalyse E. Gysel; https://www.infomed.ch/pk_template.php?pkid=1078; <https://www.infomed.ch/attachments/pk06-19.pdf>
- 2 Swiss Medical Forum. 2019;19(29-30):481-8.
- 3 «Die vorbeugende Wirkung von parenteral verabreichten Totimpfstoffen bei gesunden Erwachsenen ist gering»; <https://www.cochrane.org/de/CD001269/impfstoffe-zur-vorbeugung-gegen-grippe-bei-erwachsenen>
- 4 «Die Wirkung von Grippeimpfstoffen auf ältere Menschen ist mässig, ungeachtet von Setting, Endpunkt, Population und Studiendesign»; <https://www.cochrane.org/de/CD004876/impfstoffe-zur-vorbeugung-der-saisonalen-grippe-und-ihrer-komplikationen-bei-menschen-ab-65-jahren>
- 4 Arznei-Telegramm a-t. 2008;39:101-2.
- 5 Peter C. Gøtzsche. «Tödliche Medizin und organisierte Kriminalität – Wie die Pharmaindustrie das Gesundheitswesen korrumpiert»; oder Tages Anzeiger, 28.11.2019, S. 38, «Depression wird überdiagnostiziert», Interview mit Michael Hengartner.
- 6 Werbung wirkt, auch bei Ärzten! Schweiz Ärztztg. 2009;90(38):1455-7.

Medizin, Drittwelthilfe und Klima

Wenn nicht Médecins Sans Frontières und viele andere NGOs gegen Windmühlen kämpfen sollen, ist es an der Zeit, den Zusammenhang zwischen Medizin, Drittwelthilfe und Klimaschutz zu sehen und danach zu handeln. Der Übersicht halber zähle ich hier nummerierte Statements auf:

1. Der Einsatz unserer Medizin in der Dritten Welt hat zunächst zu einem massiven Bevölkerungszuwachs geführt, der Umwelt und Klima bedroht.
2. Die Bildung besonders der Frauen wird zu einer Plafonierung der Weltbevölkerung führen (s. z.B. Beat Richners Biographie).
3. Die zunehmende Verwüstung und Überflutung von Kulturland ist ein wesentlicher Faktor der zunehmenden Flüchtlingsströme nach Norden.
4. Die Klimaerwärmung trifft uns bloss marginal, die Auswanderer jedoch unbarmherzig stark.
5. Der für die Erwärmung hauptsächlich verantwortliche CO₂-Ausstoss geht auf das Konto aller Menschen, wenn auch über ganz verschiedene Mechanismen: hier Überkonsum, Foodwaste und Reisesucht, dort Nachholbedarf.
6. Die Wachstumsideologie in Wirtschaft und Konsum ist mit dem Klimaschutz nicht vereinbar.

Welches sind nun die Konsequenzen für uns Luxusgewohnte und insbesondere uns Ärztinnen und Ärzte? Statt einer Maximierung ist eine Optimierung der Medizin, der Wirtschaft, der Mobilität, des Konsums, der Entwicklungshilfe anzustreben und sind all diese Gebiete zu integrieren. Es ist sinnlos, das WEF und die Klimakonferenzen nebeneinander laufen zu lassen. Nullwachstum ist anzustreben. Drittwelthilfe sollte nicht nur die Sterblichkeit, sondern auch die Bildung umfassen. Persönliches freiwilliges Handeln im Kleinen ist gut, Steuerung durch Lenkungsabgaben und Gesetze aber besser und nicht mehr zu umgehen. Und, was wir Ärztinnen und Ärzte schon lange wissen, die Lebensqualität vermindert sich nur bedingt durch Verzicht, kann sogar zunehmen. Suchen wir auch ein gutes Gleichgewicht zwischen millionenschweren Therapien und der natürlichen Annahme unseres Schicksals als Teil der Schöpfung.

Jean Berner, AefU und gpclimat