

Bitte kein «victim blaming»

Leserbrief zu: Kursner D, Danuser B. Arbeitsmedizin: Die Arbeitsmedizin nimmt die psychische Gesundheit der Schweizer Ärztinnen und Ärzte unter die Lupe. Schweiz Med Forum. 2007;7(2):7–8.

Sehr geehrte Frau Prof. Danuser, werter Herr Kollege Kursner

Ich habe Ihre Zusammenstellung mit grossem Interesse gelesen – sie ist verdienstvoll, weil sie eine Übersicht über die teils weitverstreuten Studien der letzten Jahre gibt. Herzlichen Dank dafür!

Erlauben Sie mir aber zwei kritische Bemerkungen:

1. Der Titel: «Die Arbeitsmedizin nimmt die psychische Gesundheit der Schweizer Ärztinnen und Ärzte unter die Lupe» – die Studien untersuchen genau genommen die Befindlichkeit der Ärztinnen und Ärzte; die Verwendung des Ausdrucks «psychische Gesundheit» ist sachlich inkorrekt und könnte darüber hinaus, vor allem rasch lesende und nach Scoops suchende Journalisten, dazu verführen, einem erheblichen Teil der Schweizer Ärztinnen und Ärzte psychische Krankheit(en) zu unterstellen. Wir werden ja sehen ...
2. Ihr Angebot, dass die Schweizerische Gesellschaft für Arbeitsmedizin (SGARM) alle Bemühungen und Projekte unterstütze, «um unseren Kolleginnen und Kollegen zu helfen», zum Beispiel beim Projekt ReMED (einem Projekt der FMH für «impaired physicians»), darf keinesfalls darüber hinwegtäuschen, dass für einen erheblichen (den grösseren?) Teil der betroffenen Kolleginnen und Kollegen das Problem nicht in deren eigenem Verhalten liegt, sondern in den Verhältnissen des Gesundheitssystems, in dem sie arbeiten müssen (politischer Druck, ökonomische Zwänge, administrative Schikanen und – ebenfalls wichtig – verbreitete Konsum-/Anspruchshaltung). Es wäre bedauerlich, wenn das «victim blaming» auch hier Einzug hielte.

Korrespondenz:
Dr. med. Ueli Grüninger
Geschäftsführer des Kollegiums
für Hausarztmedizin (KHM)
Landhausweg 26
CH-3007 Bern
ueli.grueninger@hin.ch

Ueli Grüninger

Replik

Sehr geehrter Herr Kollege Grüninger

Besten Dank für Ihre kritischen Bemerkungen zum Schlaglichttext der SGARM im «Schweizerischen Medizin-Forum». Erlauben Sie mir, dazu Stellung zu nehmen:

- Ad 1. Wir verstehen Ihre Bedenken, dass die Bezeichnung «psychische Gesundheit» von einem findigen Journalisten missbraucht werden könnte, und geben Ihnen recht, dass Begriffe wie «Befindlichkeit» oder «Wohlbefinden» unverfänglicher gewesen wären. Sachlich gesehen meinen wir aber, dass der Titel korrekt ist, da die WHO in ihrer berühmten Gesundheitsdefinition von 1947 die Gesundheit dem physischen, psychischen und sozialen Wohlbefinden gleichsetzt.
- Ad 2. Arbeitsmedizin hat die Primärprävention, das bedeutet die Verhütung oder Einschränkung gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen, die sekundäre Prävention, das Erkennen beginnender Schädigungen, sowie die Tertiärprävention, worunter auch das erwähnte ReMED-Projekt fällt, zur Aufgabe. Das Ziel der Arbeitsmedizin ist und bleibt die Förderung und Aufrechterhaltung des physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens der Arbeitnehmenden sowie die Verhütung von Gesundheitsschädigungen in allen Berufen. Die gesetzlichen Grundlagen der Arbeitsmedizin regeln aber vorwiegend deren Aufgaben im Rahmen der unselbständigen Lohnarbeit. Das bedeutet, dass sie bei Selbständigerwerbenden, wie viele Ärztinnen und Ärzte es sind, nicht greifen. Zudem ist die gesetzliche Grundlage vor allem auf die physische Gesundheit ausgerichtet.

In der ReMED-Umfrage haben wir versucht, auf die Arbeitsbedingungen aufmerksam zu machen, und betont, dass auch diese evaluiert und verbessert werden müssten. Überforderung bei der Arbeit

wird durch zwei wesentliche Faktorenkomplexe bedingt: einerseits durch die Arbeitenden mit ihren physischen, psychischen und sozialen Kapazitäten und Kompetenzen und andererseits durch die physischen, psychischen und sozialen Anforderungen der Arbeit, wozu auch die Patientinnen und Patienten mit ihren Ansprüchen zu zählen sind. Dazu gehören natürlich, da haben Sie recht, ebenfalls die Verhältnisse im schweizerischen Gesundheitssystem.

Korrespondenz:

Prof. Dr. med. Brigitta Danuser
Institut universitaire romand
de Santé au Travail (IST)
Médecine du Travail
Rue du Bugnon 19
CH-1005 Lausanne
brigitta.danuser@hospvd.ch

Wir möchten Ihnen versichern, dass die Arbeitsmedizin die Arbeitsbedingungen nie aus den Augen verliert. Wenn wir Möglichkeiten sehen, diese zu verbessern, werden wir uns nach Kräften dafür einsetzen.

Brigitta Danuser

L'employeur est responsable ...

**En complément à notre article: Quels conseils donner aux apprentis allergiques?
Forum Med Suisse. 2006;6(35):769–72.**

L'article cité en marge, que nous vous remercions d'avoir publié, a conduit à quelques réactions de la part de lecteurs, ce qui a bien répondu à notre souhait.

Une de ces réactions, essentiellement relative à la version allemande, suscite une précision de la part des auteurs. Elle concerne l'avant-dernier paragraphe, où il est affirmé qu'il convient de «proscrire toute discrimination par une sélection abusive; *ce sont les médecins et non les employeurs* qui sont les *garants* de la santé des jeunes au travail».

L'art. 6 de la *Loi fédérale sur le travail dans l'industrie, l'artisanat et le commerce* stipule que «Pour protéger la santé des travailleurs, l'employeur est tenu de prendre toutes les mesures dont l'expérience a démontré la nécessité, que l'état de la technique permet d'appliquer et qui sont adaptées aux conditions d'exploitation de l'entreprise. Il doit en outre prendre toutes les mesures nécessaires pour protéger l'intégrité personnelle des travailleurs ... ». Il est donc évident que c'est bien l'employeur qui est responsable du maintien des conditions de travail de manière à ce que celles-ci n'altèrent pas la santé des travailleurs. Lorsque, par exemple, il fait appel à un médecin du travail, il n'est pas dégagé de cette responsabilité même s'il s'appuie sur le conseil de ce médecin pour prendre une décision. C'est dans ce sens qu'il faut comprendre que le médecin est *garant* de la santé des jeunes au travail en donnant le conseil adéquat à l'employeur et en veillant aussi à ce que ce dernier n'ait pas accès lui-même aux données médicales personnelles de l'apprenti.

Correspondance:

Dr D. Olgiate-Des Gouttes
Place de la Gare 11
CH-2800 Delémont
dolgiati@freesurf.ch

Prof. M.-A. Boillat
Institut Universitaire
Romand de Santé au Travail
Rue du Bugnon 19
CH-1005 Lausanne
marcel-andre.boillat@hospvd.ch

Dominique Olgiate-Des Gouttes, Marcel-André Boillat

Forschungsliteratur kritisch beurteilen

Leserbrief zu: Meier C, et al. Diagnostik und Therapie der Osteoporose. Teil 2. Schweiz Med Forum. 2006;6(34):735–44.

Im Artikel von Christian Meier, Markus J. Seibel und Marius E. Kraenzlin wird unter anderem die Wirkung der Bisphosphonate beschrieben.

Leider wird aber nicht erwähnt, dass es sich bei den angegebenen Prozentzahlen um die relative Risikoreduktionen handelt. Macht man sich die Mühe, die nachgewiesenen Forschungsarbeiten im Original zu lesen (z.B. die unter Alendronat und Risedronat zitierten Studien [32, 33, 38]), dann sieht die Realität anders aus: Klinisch relevante Wirbelkörperfrakturen nehmen unter Alendronat nach drei Jahren Therapiedauer um 2,7% ab (NNT von 37 Patienten über drei Jahre), nichtvertebrale Frakturen verringern sich um 2,8% [32]; bei Knochendichten mit einem T-Score von $-1,6$ bis $-2,5$ wird in der Originalarbeit sogar eine leicht erhöhte Anzahl klinischer Frakturen unter Alendronat ($+1,4$ bzw. $+0,4\%$) angegeben, bei einem solchen von $<2,5$ – wie Meier et al. erwähnt haben – lässt sich eine Reduktion von klinischen Frakturen um 6,5% (NNT 15) erreichen – bei einer Behandlungsdauer von notabene vier Jahren [33] ...

Gleich gut oder gleich schlecht sieht die Situation bei Risedronat aus [38]. Bei den Hüftfrakturen reduziert sich die Häufigkeit von 2,2 auf 1%, was einer absoluten Risikoreduktion von 1,2% entspricht. Es müssen 81 Frauen während 4,2 Jahren behandelt werden, um eine einzige Schenkelhalsfraktur zu verhindern. Das Risiko sinkt unter der Behandlung nicht auf Null. Statt zwei wird noch eine von 100 Frauen eine Hüftfraktur erleiden.

Noch bescheidener nimmt sich der Nutzen eines Screenings bei Frauen ab 65 Jahren aus: In der Gruppe der Frauen im Alter von 65 bis 69 Jahren müssen 731 mit DEXA gescreent werden, um *eine* Hüftfraktur zu verhindern. Werden von diesen Frauen diejenigen mit Osteoporose (T-Score $<2,5$) mit Alendronat behandelt, so müssen 88 Frauen therapiert werden, um *eine* Hüftfraktur zu verhindern.

Als Grundversorger sind wir auf Übersichtsarbeiten angewiesen, in denen die Originalliteratur kritisch bewertet wird. Dazu ist die Angabe der absoluten Risikoreduktion und der davon abgeleiteten NNT unerlässlich, um sich ein Bild der klinischen Relevanz einer Massnahme machen zu können. Der Nutzen der Densitometrie und der antiresorptiven Behandlung mit einem Bisphosphonat ist bei dieser Betrachtungsweise jedoch recht bescheiden. Interessanterweise fallen die Empfehlungen zur Abklärung und Behandlung der Osteoporose in Deutschland und England wesentlich zurückhaltender aus als in der Schweiz. Details dazu sind in der Guideline des MediX Ärzteverbundes unter www.medix.ch nachzulesen.

Korrespondenz:
Dr. med. Felix Huber
Leiter des MediX Ärzteverbundes
Rotbuchstrasse 46
CH-8037 Zürich
felix.huber@medix-gruppenpraxis.ch

Andres Hüper, Felix Huber

Replik

Als Grundversorger sind wir gefordert, erstens Patienten mit erhöhtem Osteoporoserisiko frühzeitig zu erfassen und präventiv zu behandeln und zweitens Patienten mit deutlich erhöhtem Frakturrisiko einer medikamentösen Behandlung mit nachgewiesener Effizienz zuzuführen. Zwei wesentliche Aspekte in der Betreuung von Osteoporosepatienten sollen als Replik zum Leserbrief der Kollegen Andres Hüper und Felix Huber hervorgehoben werden.

Diagnostik

Hüper und Huber stellen zu Recht den Nutzen eines Osteoporose-Screenings mittels DXA in Frage. Bei rund der Hälfte der postmenopausalen Frauen mit atraumatischen Frakturen liegt der gemessene Knochenmineralgehalt über dem diagnostischen Schwellenwert, ab welchem gemäss WHO-Definition eine Osteoporose vorliegt (T-Score $<-2,5$ SD). Will man diejenigen Patientinnen mit erhöhtem Osteoporose- bzw. Frakturrisiko frühzeitig erfassen, so stellt die Densitometrie keine ausrei-

chend sensitive und spezifische Untersuchungsmethode dar. Daher wird heute allgemein eine «Case-Finding»-Strategie empfohlen, die auf die Erfassung von Hochrisikopatientinnen ausgerichtet ist. Eine integrale Beurteilung verschiedener skelettaler und nichtskelettaler Risikofaktoren erlaubt es, das individuelle Frakturrisiko abzuschätzen [1].

Zunehmend wird das absolute Frakturrisiko als Zehn-Jahres-Wahrscheinlichkeit, eine osteoporotische Fraktur zu erleiden, herangezogen [2]. Ein Modell, das verschiedene Risikofaktoren (Alter, BMI, vorbestehende Frakturen, Steroidtherapie, positive Familienanamnese, sekundäre Osteoporoseursachen, Rauchen und Alkoholkonsum) mit einschliesst, soll in diesem Jahr von der WHO lanciert werden. Ein einfacherer Risikokalkulator, basierend auf derzeit verfügbaren epidemiologischen Daten zur Berechnung des absoluten Frakturrisikos unter Einbezug von Alter, Geschlecht und Knochendichte, ist auf der Homepage der Schweizerischen Vereinigung gegen die Osteoporose unter www.svggo.ch verfügbar. Weitere Abklärungsmassnahmen und eine spezifische medikamentöse Therapie zur Sekundärprophylaxe weiterer Frakturen sind aufgrund des hohen Folgerisikos für Frakturen bei allen Personen nach einer osteoporotischen Wirbelkörperfraktur oder wenn das geschätzte Zehn-Jahres-Risiko für Wirbelkörper- und proximale Femurfrakturen >30% beträgt, empfohlen (DVO-Leitlinie 2006; www.lutherhaus.de/dvo-leitlinien).

Therapie

Die in bezug auf eine Fraktursenkung am besten belegten medikamentösen Therapieoptionen bei der postmenopausalen Frau sind Bisphosphonate (Alendronat, Ibandronat, Risedronat), Raloxifen, Strontiumranelat und Teriparatid. Für alle genannten Präparate ist eine Verminderung von Wirbelkörperfrakturen nach drei Jahren in ähnlichem Umfang nachgewiesen. Für Alendronat, Risedronat, Strontiumranelat und Teriparatid konnte auch eine Verminderung von peripheren Frakturen gezeigt werden (Evidenzgrad A) [3].

Stützt sich die Therapieentscheidung auf das individuelle Frakturrisiko und nicht, wie häufig noch der Fall, auf den diagnostischen Schwellenwert der Osteoporose (DXA), werden eben diejenigen Patienten behandelt, bei denen das absolute Frakturrisiko durch die Intervention am meisten gesenkt werden kann. Entsprechend ist die NNT tief und beträgt zum Beispiel zur Reduktion von Wirbelkörperfrakturen nach drei Jahren 15 für Alendronat (FIT1), 27 für Ibandronat (BONE), 20 für Risedronat (VERT-NA), 16 für Raloxifen (MORE), 9 für Strontiumranelat (SOTI) und 11 für Teriparatid (FPT, 18 Monate). Diese NNTs lassen sich durchaus sehen und sind mit der Wirksamkeit einer Statintherapie bei koronarer Herzkrankheit vergleichbar (NNT 10–34 für Sekundärpräventionsstudien [4S, CARE, LIPID, GREACE, HPS]).

Da stellen wir uns schon die Frage, wer heute wohl bei Patienten mit akutem Koronarereignis und erhöhten Cholesterinwerten auf eine Statintherapie verzichten würde. Haben nicht auch diejenigen Patienten mit hohem Frakturrisiko ein Anrecht auf eine wirksame Therapie, wenn wir ja wissen, dass eine manifeste Osteoporose mit einer erhöhten Morbidität, einer eingeschränkten Lebensqualität und letztlich mit einer erhöhten Mortalität verbunden ist?

Korrespondenz:
Dr. med. Christian Meier
Endokrinologische Praxis
und Labor Kraenzlin-Meier
Missionsstrasse 24
CH-4055 Basel

und

Klinik für Endokrinologie,
Diabetes und klinische Ernährung
Universitätsspital
Petersgraben 4
CH-4031 Basel
christian.meier@unibas.ch

Christian Meier, Marius E. Kraenzlin

Literatur

- 1 Kraenzlin ME, Seibel MJ, Meier C. Diagnostik und Therapie der Osteoporose. Teil 1. Diagnostik und Frakturrisikoevaluation. Schweiz Med Forum. 2006;6(33):712–7.
- 2 Kanis JA, et al. Ten year probabilities of osteoporotic fractures according to BMD and diagnostic thresholds. Osteoporos Int. 2001;12(12):989–95.

- 3 Meier C, Seibel MJ, Kraenzlin ME. Diagnostik und Therapie der Osteoporose. Teil 2. Präventive und therapeutische Massnahmen. Schweiz Med Forum. 2006;6(34):735–44.