

Forum



*Offener Brief an Herrn  
Dr. med. H. H. Brunner, Präsident FMH,  
und an die Präsidenten  
der kantonalen Ärztesellschaften*

**Kantonale Taxpunktwerte für TarMed**

Sehr geehrte Präsidenten

Demnächst müssen in den Kantonen die Taxpunktwerte für TarMed ausgehandelt werden. Bekanntlich variieren die Kosten für die Infrastruktur, also für die Technischen Leistungen (TL) zwischen den Kantonen um maximal 3–4%. Dies bedeutet, dass sich die kantonsweise Kostenneutralität bei der Einführung des TarMed ausschliesslich auf den ärztlichen Stundenlohn auswirkt. In dieser Situation kann es unseres Erachtens nur einen gesamtschweizerisch einheitlichen Taxpunktwert für die TL geben. Die Kostenneutralität muss somit ausschliesslich über den Taxpunktwert für die Arztleistung (AL) erreicht werden, wie dies den tatsächlichen Verhältnissen entspricht. Nur mit diesem Verfahren entsteht die nötige Transparenz für Politiker, Bevölkerung und Ärzte. TarMed wurde mit einem enormen (auch finanziellen) Aufwand betriebswirtschaftlich berechnet. Es wäre in höchstem Masse unehrlich, so zu tun, als könnten durch das Dekret der Kostenneutralität die Praxisunkosten im Kanton X auf – beispielsweise – 70% des Errechneten gesenkt werden! Wir bitten Sie deshalb dringend, unser (kostenneutrales!) Anliegen bei den Verhandlungen gegenüber allfälligen Verschleierungsversuchen durchzusetzen.

*Für den Vorstand des Hausärztereins*

*Fricktal:*

*Martin Rickenbacher, Rheinfelden  
Christian Meier, Mumpf  
Rudolf Ludwig Meyer, Möhlin  
Markus B. Denger, Kaiseraugst*



**Klarheit in Psychiatrie und Psychotherapie**

In ihrem Artikel [1] bemüht sich Frau Dr. med. Yvonne Maurer zuerst um mehr Klarheit im Weiterbildungsprogramm Psychiatrie und Psychotherapie – dafür ist ihr zu danken. Darauf folgt eine ausgiebige Werbung für das von ihr geleitete Institut für körperzentrierte Psychotherapie in Zürich – darüber kann man geteilter Ansicht sein. Zum Schluss stellt sie die Frage, warum ihr eigenes Institut mehr Psychologinnen und Psychologen ausbilde als Ärztinnen und Ärzte. Die Antwort: «Nur körperablehnende

Ärzte werden Psychiater» wird da zitiert. «Die althergebrachte Identität der Psychiaterinnen und Psychiater ist nur zu sprechen und nicht körperlich zu berühren, wie dies beispielsweise Chirurgen, Gynäkologen, Urologen selbstverständlich tun.»

Diese Aussage ruft nach einer Entgegnung: Es hat einen tieferen Sinn, dass Psychiaterinnen und Psychiater behutsam, zurückhaltend und mit einer gewissen Scheu mit ihren Patientinnen und Patienten umgehen und dass sie sich bemühen, Grenzen zu respektieren. Wenn menschliches Leid, wenn Ängste, Zwänge, wenn das Scheitern an den vielen Hürden des Lebens in einer professionellen psychotherapeutischen Beziehung bearbeitet werden, dann entsteht sehr viel Nähe. Diese therapeutische Intimität kann geradezu geschützt, vielleicht sogar erst ermöglicht werden durch die Beschränkung, dadurch, dass die Grenze der körperlichen Berührung nicht überschritten wird. Der Körper kann sehr wohl in die Psychotherapie einbezogen werden, ohne dass er berührt wird.

Bei der Behandlung psychotischer Erkrankungen ist die ganz sichere Distanz geradezu ein Schlüssel zum Erfolg, sind doch die in ihrer Wahrnehmung schwer verunsicherten Menschen ganz auf die Klarheit eines Therapeuten angewiesen, der sich durch all die psychotischen Abgründe nicht irremachen lässt. Die Beschränkung auf die verbale Ebene ist also nicht ein Defizit, sondern ein hilfreicher Teil des therapeutischen Settings. Schliesslich sei eine wichtige aber leider stark tabuisierte Problematik angeschnitten: Das Nicht-Berühren macht durchaus Sinn im Kontext der sexuellen Übergriffe. In allen intensiven Beziehungen, die durch Abhängigkeit und durch starke Machtungleichheit charakterisiert sind, droht der Missbrauch. In Beziehungen zwischen ÄrztenInnen und PatientInnen, zwischen LehrerInnen und SchülerInnen, die Liste lässt sich fortsetzen in die Seelsorge, in die Psychotherapie, an den Arbeitsplatz, in die Kunstszene ... Abhängigkeiten werden in einem bekannten Prozentsatz der Fälle zu sexuellen Zwecken missbraucht. Da liegt also ein weiterer wichtiger Grund, warum es durchaus sinnvoll sein kann, in der Psychotherapie die Grenze der körperlichen Berührung nicht zu überschreiten.

*Dr. med. Tedy Hubschmid,  
Präsident Schweizerische Gesellschaft für  
Psychiatrie und Psychotherapie, Bern*

1 Maurer Y. FMH für Psychiatrie und Psychotherapie: Mehr Klarheit tut not – Hier ist sie! Schweiz Ärztezeitung 2000;81(5):241-3.



**Sterbehilfe und Ökonomie**

In der NZZ vom 15.1.2000 wurde unter der Überschrift «Sterbehilfe zwischen Freundesdienst und lukrativem Geschäft» ein Artikel des Ökonomen B. Hug abgedruckt. Der dort geforderten Tötung von Kranken zur Kostenersparnis sowie den zahlreichen Unterstellungen, Halb Wahrheiten und Verdrehungen muss entschieden entgegengetreten werden. Zur Begriffsklärung des missverständlichen Sprachgebrauchs vorab folgende Klärung: Aktive Sterbehilfe (Aktive Euthanasie) bedeutet Tötung eines Menschen auf oder ohne dessen Verlangen und wird in allen zivilisierten Ländern mit Gefängnis bestraft. Euphemistische Bezeichnungen wie «Medical decisions shortening life» (MDSL) oder «Life terminating acts without the explicit request of the patient» verschleiern nur den Tatbestand. Der damit ständig vermischte unglückliche Begriff passive Sterbehilfe bedeutet, dass der Arzt eine für den Patienten aussichtslose medizinische Therapie nicht beginnt oder nicht weiterführt und hat mit Tötung absolut nichts zu tun. Wenn die (adäquate) Schmerzbehandlung mit Morphin bei einem Sterbenden in Ausnahmefällen sehr hoch dosiert werden muss, kann dies durch die als Nebenwirkung auftretende Atemdepression zu einer geringen Lebensverkürzung führen. Auch hier ist die Bezeichnung «indirekte aktive Sterbehilfe» missverständlich, da ebenfalls keine Tötungsabsicht vorliegt.

Der Ökonom Hug unterstellt mit einer Phantasietabelle manipulativ, die Schweizer Ärzte würden bereits Patiententötungen vornehmen, indem er Zahlen aus Holland, einem Land, das seit 20 Jahren Tötungen an Kranken toleriert und mittlerweile bereits über Tötung von Minderjährigen gegen den Willen der Eltern diskutiert, einfach auf die Schweiz umrechnet. Dies ist böswilliger Rufmord. Wäre Herrn Hug nur eine einzige Patiententötung durch einen Schweizer Arzt bekannt, müsste er diesen strafrechtlich belangen.

Zum zweiten unterstellt Herr Hug den Schweizer Ärzten, sie würden Patienten beerben, die sie vorher absichtlich hätten sterben lassen. Dies ist eine infame Ungeheuerlichkeit!

Die Aussage von Herrn Hug: «Ehrlicherweise muss festgehalten werden, dass die Sterbehilfe für das Gesundheitswesen von enormer ökonomischer Bedeutung ist. Es ist undenkbar, dass darauf verzichtet werden kann ...» erinnert an ein anderes erschreckendes Zitat: «Dass es lebende Menschen gibt, deren Tod für sie eine Erlösung und zugleich für die Gesellschaft und den Staat insbesondere eine Befreiung von einer Last ist (...) lässt sich in keiner Weise bezweifeln. Ist dem aber so (...), dann steht die Rechtsordnung vor der Frage,

ob sie den Beruf hat, für deren unsoziale Fortdauer tätig einzutreten – insbesondere durch vollste Verwendung des Strafschutzes – oder unter bestimmten Voraussetzungen ihre Vernichtung freizugeben.» Hiermit lieferten Binding und Hoche 1920 die theoretische Begründung für Hitlers Euthanasiegruel. Sind wir heute wieder soweit?

Jeder Mensch hat das Recht auf Leben, Freiheit und Sicherheit der Person, heisst es in Artikel 3 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte, die die Grundlage unserer Verfassung und unseres Rechtsstaats bilden. Dieser Schutz des menschlichen Lebens bietet die nötige Sicherheit, die für ein vertrauensvolles und friedliches zwischenmenschliches Zusammenleben unbedingte Voraussetzung ist. Dies gilt im besonderen auch für die Arzt-Patienten-Beziehung. Nicht umsonst gebietet der hippokratische Eid seit Jahrhunderten den Ärzten: «Ich werde niemandem, auch nicht auf seine Bitte hin, ein tödliches Gift verabreichen».

Der Arzt ist in erster Linie dem Wohl des Patienten verpflichtet. Die Sicherstellung einer guten Gesundheitsversorgung für alle Patienten ist die Aufgabe aller gesellschaftlichen Kräfte. Der Schutz unserer Patienten durch das geltende Strafrecht und die ethischen Richtlinien der SAMW darf nicht aufgebrochen werden. Die historischen Folgen sind bekannt.

Dr. med. R. Klesse, Maienfeld



### Deutsch als Wissenschaftssprache [1–4]

Es mag unangebracht zu sein, wenn jemand, dessen Deutsch nicht die Muttersprache ist, sich zu den aufgeworfenen Problemen der geeigneten Sprache und des guten Stils der wissenschaftlichen Originalarbeiten äussert. Auf der anderen Seite schaden vielleicht gewisse Neutralität und Abstand nicht, und ausserdem besitze ich Erfahrungen auf den verschiedenen betroffenen, besprochenen Gebieten.

1. Es existierte bereits eine *lingua franca* – das Latein. Mit ihm verständigten sich die Gebildeten, die Forscher und Wissenschaftler aus verschiedenen Ländern. Mit welchen positiven und negativen Folgen? Wurde immer in perfektem Latein geschrieben, vorgetragen, gesprochen? Wie war es in den anderen Kulturkreisen? Jeder Mediziner, der mit neuen Entwicklungen und Entdeckungen schnell, kritisch und *eigenständig* Schritt halten möchte, kommt nicht ohne mindestens passive Kenntnisse der gegenwärtigen *lingua franca*, der englischen Sprache, aus. Die grosse Mehrheit der Schweizer Ärzte entspricht dieser Anforderung.
2. Auch Fachzeitschriften haben regionale und globale Aufgaben und Bedeutungen. Warum abonniere ich (gemeinsam mit

einem Kollegen) und lese sowohl das «New England Journal of Medicine» einerseits und die «Schweizerische Medizinische Wochenschrift» und die «Schweizerische Rundschau für Medizin (PRAXIS)» andererseits? Ausser Kenntnissen (die die zwei letztgenannten auch vorzüglich vermitteln) interessiert mich, an wen ich mich mit Fragen, Problemen telefonisch, brieflich, persönlich wenden, wem einen Patienten schicken soll, was tut sich in meiner Umgebung, in meinem Land, zu welcher Fortbildung und *wessen* Vortrag es sich lohnt zu gehen. (An unseren Fachzeitschriften vermisste ich schmerzlich die Diskussion à la NEJM, Lancet, BMJ, aber das ist ein anderes Thema. Die Autoren vergessen oft sogar, dass die Diskussion nach der Veröffentlichung zur Autorschaft gehört, nicht umsonst ist die Adresse oft mit «Korrespondenz an: ...» eingeleitet. Diese besteht nicht nur aus Anforderungen von Sonderdrucken und damit Steigerung des Selbstwertgefühls des Autors). In den schweizerischen Fachzeitschriften war es schon immer üblich, in den Landessprachen zu publizieren. Warum nicht Englisch dazu? Diesen Vorgang praktiziert in letzter Zeit z.B. auch die «Schweizerische Medizinische Wochenschrift». Die Fachzeitschriften sollten den Autoren überlassen, in welcher Sprache welche Leser sie erreichen wollen, englisch, der *lingua franca* der Spezialisten in der ganzen Welt, oder deutsch, eher für das breite, aber nur deutschsprachige Publikum. Sie entscheiden damit auch, welchem Zweck die Veröffentlichung eher dienen soll. Die Redaktion kann den Autoren (auch) in dieser Richtung eventuell behilflich sein. Im Internet existieren und gedeihen nebst englischen auch anderssprachige Seiten. Aus guten Gründen pflegt nicht nur die FMH eine mehrsprachige Seite.

3. Unsere Fachzeitschriften könnten weiterhin in gedruckter, aktueller Form an die Abonnenten verschickt werden (vorwiegend regionale Bedeutung). Nach einer gewissen Zeit (6–24 Monate) könnte der Volltext, eventuell nur der Originalarbeiten, im Internet erscheinen (globale Bedeutung). Es würde die Attraktivität der Zeitschriften für die Publizierenden und die Erreichbarkeit für die Leser der ganzen Welt steigern und ihre Aufgabe (besser) erfüllen. (Sicher mehr als die beliebte, für Kopierer und Scanner zur Unkenntlichkeit veränderte primarschulähnliche Verfärbung des Hintergrundes in Tabellen und Bildern [die verminderte Lesbarkeit für unsere Augen ist in dieser technisierten Zeit nicht so wichtig?!]).
4. Es gibt sehr gute Wissenschaftler, deren Vorlesung oder Vortrag eine Qual für die Zuhörer ist. Umgekehrt leben viele Berufe von mündlichen und schriftlichen Mitteilungen, ohne je etwas Originelles zu

unseren Kenntnissen beizutragen. Jedenfalls hörte ich viele faszinierende Vorträge in einer schlechten Sprache und noch mehr langweilige in einer perfekten. In der mehrsprachigen Schweiz kann man besonders gut solche Feldbeobachtungen machen. Eine Fachzeitschrift lese ich nicht primär, um mich an der Sprache und dem Stil zu laben. Es ist sicher besser, wenn die Arbeiten und Artikel schön, interessant geschrieben sind, aber noch wichtiger ist Klarheit und Einfachheit, vor allem in der Darstellung der Ergebnisse. So wie nicht jeder von uns ein Gregory Peck oder eine Marilyn Monroe ist, so kann er und sie auch nicht als Sigmund Freud schreiben – ein Hinweis auf die ästhetische Seite.

5. Eine gewisse Gleichschaltung des Stils bringt schon die übliche Struktur der (original-)wissenschaftlichen Veröffentlichungen: Einleitung, Methode, Ergebnisse, Diskussion, Schlussfolgerung. Es war nicht immer so (s. bedeutende wissenschaftliche Arbeiten von Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts, die lebhaft wie Erzählungen, Geschichten, Filme, Videos wirken gegenüber unseren modernen, zeitgenössischen, eher starren «Fotoaufnahmen»). Dem Rest der Individualität machen nicht selten die Redaktoren den Garaus. Ihre erste Anforderung an den/die Autor(en) ist: Kürzen!, ohne zu sagen was. Dann (versteckt) die zweite: den Stil ihrem persönlichen anzupassen. Die Redaktoren sollten, salopp in schlechtem Stil gesagt, eher Helfer und Erzieher als Henker und Kastrierer sein. Der Stil der angenommenen Arbeiten soll die Eigenschaften und Einstellungen der Autoren und nicht des verantwortlichen Redaktors spiegeln. Er ist sicher wichtiger und die Eingriffe der Redaktoren bei Editorials, Übersichts- und Fortbildungsartikeln (um welche es in den diskutierten Artikeln ursprünglich weniger ging) angebrachter als bei den Originalarbeiten, ein Grund, warum Zeitschriften, die die letzteren veröffentlichen, sich mit der sprachlichen Seite in der Regel weniger abgeben.

Wie man erraten kann, plädiere ich (den Umständen – Internet – und dem Zeitgeist entsprechend) für mehr Selbstverantwortung, Selbstentscheidung der Autoren und mehr Toleranz und Verständnis seitens der Redaktionen.

Dr. med. P. Marko, St. Gallen

- 1 Ludwig H. Hat Deutsch noch Zukunft als Wissenschaftssprache? Schweiz Ärztezeitung 2000;81(4):201-3.
- 2 Taverna E. Neudeutsch. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(4):203-4.
- 3 Truniger B. Kommentar zum «Destillat» von Prof. H. Ludwig. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(4):204.
- 4 Lüscher TF. Sprache und Medizin: Hat Deutsch noch eine Zukunft? Schweiz Ärztezeitung;81(4):205-7.