

Forum



Xénotransplantation, entre rêve et réalité

Der Artikel [1] präsentiert sich mit vielversprechendem Titel und Untertitel. Man erwartet geradezu Abwägungen zwischen realistischen und utopischen Erwartungen, welche heute in die Xenotransplantation projiziert werden. Von alledem merkt man bei der Lektüre des Artikels jedoch kaum etwas. Das Autorenteam vom «Transplantation Biology Research Center» in Boston zweifelt an der kontinuierlichen Akkumulation des Fortschritts bis zur klinischen Erprobung nicht im geringsten. Allerdings darf man auch kaum erwarten, dass die eigene Forschungsthematik allzu kritisch hinterfragt wird. Immerhin wirkt dann aber das Fettgedruckte leicht irreführend.

Es kann nicht darum gehen, am komplexen, biomedizinischen Sachverhalt herumzukritikeln. Der Artikel zeigt aber, dass Information über wissenschaftliche Inhalte und medizinischen Fortschritt oft nicht mit erstrebenswerter Ausgewogenheit erfolgt und von Wunschen und bestimmten Grundannahmen geprägt sein kann.

Ich möchte im einzelnen auf folgende Punkte hinweisen: Es werden zu Beginn Fortschritte der Naturwissenschaft und Medizin, bzw. die Widerstände, die zu überwinden waren, in kurzem geschichtlichem Abriss genannt, mit Hinweis auf Galilei, Darwin, Freud, Bluttransfusion und Organtransplantation; es ist aber immer auch darauf aufmerksam zu machen, dass der medizinische Fortschritt nie kontinuierlich-linear erfolgt ist [2]. Dies lehrt unter anderem eine genauere Betrachtung der Geschichte der Medizin. Stillstand, Rückschritte und Misserfolge hat es immer gegeben. So wurden zum Beispiel in der 2. Hälfte des rationalistischen 19. Jahrhunderts von reputierten Medizinem trotz sichtlicher Fehlschläge noch Transfusionen von Tierblut empfohlen! Ob die xenogene Organtransplantation die hochgeschraubten Erwartungen je zu erfüllen vermag, ist aus verschiedenen Gründen sehr fraglich [3]. Die Autoren selbst sind allerdings der Ansicht, dass die Verwendung von Xenotransplantaten den Organersatz elektiv zu einem früheren Zeitpunkt, und nicht erst im Stadium des terminalen Organversagens erlauben würde. Sie glauben fest daran, dass die chronische Dialyse bei Niereninsuffizienten damit vom Tische wäre. Unausgesprochen hat dies aber zur Voraussetzung, dass die neue Methode den herkömmlichen Verfahren auch bezüglich Lebensqualität mindestens ebenbürtig wäre. Eine Nennung konkreter Gründe für eine solch optimistische Haltung angesichts der verschiedenen ungelösten Probleme (und den ausgezeichneten Resultaten der Allotrans-

plantation!) fehlt. Also bewegen wir uns doch wohl eher im Gebiete des «rêve», vielleicht schon fast bei der «chimère», jedenfalls aber noch weit entfernt von der «réalité».

Hinsichtlich biologischer Barrieren wird vor allem auf Details der hyperakuten Abstossung bzw. deren Überwindbarkeit durch Schaffung transgener Spendertiere (Schweine) verwiesen, welche Träger des sogenannten, das Komplementsystem inaktivierenden DAF-Gens sind. Beruhigt uns der Kommentar zum Konterfei eines auf diese Weise manipulierten Tieres wirklich, wenn sich das Tier makroskopisch vom üblichen Schwein nicht unterscheidet?

Betreffend neuerer Tierversuche erfahren wir über die Arbeiten der Gruppe von D. White in Cambridge mit dem Tiermodell Schwein (DAF-Träger)-Affe (Makake), wobei Nierentransplantate eine mediane Überlebenszeit von 30 Tagen (Maximum 99 Tage) aufwiesen, entsprechende Überlebenszeiten bei herztransplantierten Pavianen betragen aber lediglich 14 bzw. 39 Tage. Unter welchen Bedingungen die Tiere überlebten, über die Verteilung der Überlebenszeiten und die Anzahl Eingriffe wird nicht berichtet. Die Angaben sind zudem erst in einem Kongressabstract aus dem Jahre 1999 veröffentlicht. Die Arbeitsgruppe um Sachs und Cooper in Boston wählte dagegen den Ansatz mit vorgängiger Knochenmarktransplantation vom Spendertier (Schwein) zum Empfängertier (Pavian) zur Schaffung einer Immuntoleranz dem Fremdorgan gegenüber. Trotz komplexer Protokolle mit Immunsuppression und Ganzkörperbestrahlung überlebten die transplantierten Organe (sie werden im Text nicht näher spezifiziert) nicht länger als 1 Monat. Für die letztgenannten Ergebnisse fehlt überhaupt der Hinweis auf publizierte Arbeiten. Warum man bei diesen immer noch sehr dürftigen Resultaten im Tierversuch – einmal abgesehen von ethischen Einwänden – an die klinische Anwendung der xenogenen Organtransplantation im Laufe der nächsten Jahre glauben kann, ist mir schleierhaft.

Es ist den Autoren andererseits hoch anzurechnen, dass sie die Ärzteschaft zur Diskussion der für sie absehbaren klinischen Anwendung der Xenotransplantation auffordern. Allerdings scheinen sie insofern etwas vom Pech verfolgt zu werden, als ihre Publikation in eine Zeit gefallen ist, in der verschiedene GRATwanderungen und die allgegenwärtige Monet(h)ik des TarMed dafür sorg(t)en, dass für solche «Nebensächlichkeiten» keine Valenzen mehr übrig bleiben.

Dr. med. P. Ryser, Seftigen

- 1 Bühler L, Sachs DH, Cooper DKC. Xénotransplantation, entre rêve et réalité. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(14):747-50.
- 2 Naef AP. Pioniere und Epigonen. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(15):781-8.
- 3 Ryser P. Meinungsäusserung zu den medizinisch-ethischen Grundsätzen zur Xenotransplantation. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(7):339-46.



Drogen – Diensttauglichkeit

Den Ausführungen des Oberfeldarztes über Drogen in der Armee [1] kann weitgehend zugestimmt werden. Allerdings scheint sich darin die gegenwärtige Unsicherheit und wachsende Toleranz dem Cannabiskonsum gegenüber widerzuspiegeln. Zwar ist es sicher richtig, mit dem Drogenproblem gleichzeitig auch die legalen Suchtmittel zu behandeln, doch sollte dabei nicht vergessen bleiben, dass zwischen Alkohol und Haschisch wesentliche Unterschiede zu beachten sind. Einmal trinkt die grosse Mehrheit der Alkoholkonsumenten nicht mit der Absicht, sich in einen Rauschzustand zu versetzen, während der Haschischraucher doch praktisch immer eine Veränderung des Bewusstseins sucht. Ausserdem wirkt sich Cannabis, verglichen mit Alkohol, in verschiedener Hinsicht nachteiliger aus: Die gesuchte Wirkung ist attraktiver (künstliche Zufriedenheit, Glücksgefühl, alle Probleme scheinen gelöst oder nicht existent) und damit das Verlangen grösser; der Wirkstoff hat eine wesentlich längere Halbwertszeit; und vor allem sieht man dem Bekiffen seinen Zustand sehr häufig kaum an. Dazu kommt die Schrittmacherfunktion zum Konsum von Heroin und Kokain: Der Cannabisraucher strebt eben eine andere Art von Bewusstseinsveränderung an als der Alkoholtrinker, und die sogenannten harten Drogen versprechen ihm die gesuchte Wirkung am besten, wenn einmal Haschisch nicht mehr genügt oder gerade nicht verfügbar ist. Diese Tatsache wird übrigens von «Drogenfachleuten» völlig zu Unrecht immer wieder bestritten.

Es geht deshalb nicht an, die leider gängig gewordene Verharmlosung von Cannabis auch in der Armee mitzumachen. Die erwähnten Eigenschaften dieser Droge legen nahe, dass sie bedeutend mehr als der Alkohol im militärischen Betrieb Probleme bieten kann. Dies nicht zuletzt, weil der Rausch dabei von der Umgebung viel weniger leicht erkannt wird als der alkoholische. So ist es eher möglich, dass unter Einfluss des Rauschmittels Motorfahrzeuge gelenkt oder Waffen bedient werden.

Noch vor wenigen Jahren befürchtete man mit gutem Grund, dass sich ein Dienstunwilliger mit Angabe von Drogenkonsum von seiner Dienstpflicht befreien könnte. Hätte er nur sporadisch oder gar speziell zu diesem Zweck Haschisch geraucht, wäre die Ausmusterung vermutlich nicht gerechtfertigt gewesen. Heute setzt die Armee ihre Bestände auf die Hälfte herunter. Wir können also mehr Leute entbehren und sollten deshalb bei Hinweisen auf Drogenkonsum eine eher grosszügige Ausmusterungspraxis anstreben. Dass uns dabei der eine oder andere die lange Nase macht, braucht uns nicht

weiter zu beschäftigen. Schon bald könnte es sein, dass er sich seiner Untauglichkeit wegen diskriminiert fühlt ... und daran wäre er wirklich selbst schuld. Die Armee hätte dabei keinen grossen Verlust erlitten.

A. Stucki, Thun
chem. Waffenplatzpsychiater

1 Eichenberger P. Drogen – Dienstauglichkeit.
Schweiz Ärztezeitung 2000;81(10):506-8.



Die Sozialisierung der Leistung

Die Kommunisten und Sozialisten wollen alle Produktionsmittel verstaatlichen. Sehr bald haben sie gemerkt, dass zu den Produktionsmitteln nicht nur Land und Maschinen gehören, sondern auch Intelligenz, Bildung und Fähigkeit. So hat man in den kommunistischen Staaten die Intelligenz gezwungen, ihre Fähigkeiten in den Dienst des Staates zu stellen und ihnen dafür nicht mehr bezahlt als einem Handlanger.

Natürlich lässt sich ein hochintelligenter Mensch das auf die Dauer nicht gefallen. Wer kann verlässt das Land und sucht einen Ort auf, wo man seine Fähigkeiten besser zu schätzen weiss und sie auch entsprechend honoriert. Und diejenigen, denen die Emigration misslingt, verrichten ihre Arbeit missmutig, gelangweilt und verdrossen und keineswegs mit dem gleichen Einsatz wie in einer freien Wirtschaft. Dieser Missmut breitet sich dann über weite Bevölkerungskreise aus und hat zu dem Spruch geführt: «Die Regierung tut so, als ob sie uns bezahlen würde, und wir tun so, als ob wir arbeiten täten.» Trotz des «Eisernen Vorhanges» ist es immer wieder Menschen gelungen, in den Westen zu gelangen. Zurück bleibt eine Auslese von Minderbegabten, die unter der Fuchtel einer alles behindernden Bürokratie und im Wahn einer angeblich totalen sozialen Sicherung einer fortschreitenden Verarmung entgegengeht. Die Zustände in den Oststaaten beweisen die Richtigkeit dieser Darstellung.

Das, was jetzt bei uns geschieht, ist von dem, was wir im Osten gesehen haben, nur quantitativ, nicht dem Prinzip nach verschieden. Dieser Prozess schreitet unaufhaltsam fort. Jetzt sind die Ärzte an der Reihe. Man will sie zwingen, ihre Fähigkeiten der Allgemeinheit zur Verfügung zu stellen, zu einem Preis, der keineswegs ihrer Leistung entspricht. Und auch der zweite deletäre Faktor nimmt fortlaufend zu: Die Bürokratie wuchert ungehemmt. Noch haben wir in der Schweiz eine ärztliche Versorgung von Spitzenqualität. Wie lange aber noch? Wir kennen alle die Hetze gegen die «Götter in Weiss», das Geschrei gegen das «Establishment» und das elitäre Denken.

Ich erinnere mich noch daran, wie während des «Prager Frühlings» die Grenzen vorübergehend durchlässig waren. Ein Drittel der tschechoslowakischen Ärzte emigrierte – und das waren natürlich die besten. So etwas ist eine «Abstimmung mit den Füßen». Wenn man so weiter fortfährt, steht so etwas auch bei uns bevor. Ich kann nur Beispiele nennen. Die pharmazeutischen Fabriken haben ihre Versuchsstationen in das nahe Frankreich verlegt, weil ihnen die hiesigen Bestimmungen zu hinderlich waren. Darüber, wieviele Betriebe ihre Produktion ins Ausland verlegt haben und wieviele bei uns erst gar nicht gegründet worden sind, gibt es keine Statistik. Noch haben wir einen Ärzteüberschuss, aber wer wird denn unter derartigen Auspizien noch Medizin studieren wollen. Ich habe drei hochbegabte Söhne, aber da ich diese Entwicklung kommen sah, hat keiner von ihnen Medizin studiert.

Dr. J. von Zedtwitz, Göttinghofen



Liquiditätsengpass?!

Die Änderung des Abrechnungssystems, des TarMed steht vor der Tür. Wir Ärzte werden von Informationen verschiedenster Art überschwemmt.

Die Galenia macht in einer ihrer Aussenungen darauf aufmerksam, dass ein Liquiditätsengpass von bis zu sechs Monaten entstehen kann, d.h. dass ein halbes Jahr keine Einzahlungen auf unsere Konten eingehen. Dies bedeutet, dass die meisten Kollegen um Kredite bitten müssen, dass wir aber auch die Zinsen für diese Kredite bezahlen müssen.

Diese unangenehme Situation steht, weil die Versicherer nicht in der Lage sind, den seit langer Zeit bekannten und erwarteten Wechsel fristgemäss vorzunehmen. Wir Ärzte sind also gezwungen, diese Unfähigkeit der Versicherer aus unserer Tasche zu finanzieren, die Kosten dafür selber zu tragen. Unsere Gelder bleiben bei den Versicherern blockiert, die dann zu entsprechenden Zinsen angelegt werden und den Versicherern auch noch einen erklecklichen Ertrag erbringen. Wir sind doppelt betrogen. Wir bezahlen die Unfähigkeit der Versicherer, die gewollt oder ungewollt sein kann, und schenken ihnen auch noch den Zinsertrag auf unser Geld, der doch den Leistungserbringern gehört.

Ob sich da nicht manche Krankenkasse/ Versicherung viel, viel Zeit nimmt, um sein System den neuen Bedingungen anzupassen? Wie wäre es, wenn die Ärzte die durch die von den Versicherungsträgern verursachten Kosten zurückfordern würden?

PD Dr. E. T. Rippmann, Basel

Pressemitteilungen Communiqués de presse

Proposition d'explantation des prothèses mammaires à l'huile de Soja

L'information de proposition d'explantation par le MDA («Medical Device Agency») d'Angleterre implique les commentaires suivants: La mesure proposée n'a aucune urgence. Il s'agit simplement d'une extrapolation sur des risques théoriques mais non encore vérifiés. En d'autres termes, les porteuses de ces prothèses devraient discuter avec leur chirurgien, la meilleure façon et le meilleur moment de procéder à un changement d'implants.

Il faut rappeler ici pour mémoire que la jurisprudence du Tribunal Fédéral des Assurances autorise par les caisses-maladie la prise en charge des explantations et des capsulectomies s'il existe une pathologie locale autour de la prothèse: une capsulite rétractile douloureuse ou déformante.

Dans le cas où il n'y a pas de pathologie, une explantation prophylactique pourrait-être couverte éventuellement par la responsabilité civile du fabricant s'il y a vice de fabrication.

La Société Lipomatrix à Neuchatel (voir www.trilucentinfo.com) a été rachetée tout d'abord par Collagen International à Lausanne, laquelle société a été revendue ensuite à Inamed/Mc Ghan, qui est le plus grand fabricant américain d'implants avec siège européen en Hollande (Inamed B.V. International Headquarters, Takkebijsters 17A, NL-4817 BL Breda) et site de fabrication en Irlande. Un organisme (AEI Inc., Chiltern Court, 37 St Peters Avenue, UK-Caversham, RG4 7DH) couvrant la responsabilité civile de ces implants prend en charge tous les frais de remplacement. Une demande sera formulée pour chaque cas par écrit. Un centre d'assistance Trilucent a été créé à cet effet: Trilucent Care Programme, PO Box 3355, UK-Brighton, BN1 2NR. Universal Freephone +800 33 33 99 99, Fax +44 1273 86 65 88.

En tous les cas, il n'y a aucune raison de s'affoler mais simplement de prendre les mesures adéquates qui s'imposent en toute sérénité.

Le deuxième commentaire est le fait qu'une affaire pareille ne serait jamais arrivée s'il n'y avait pas eu le thriller médiatico-juridique et l'imbricatio juridico-pseudo-scientifique, entretenu par des lobbys anti-prothèses et aussi par les avocats américains. En effet, l'affaire «silicone-gate» à l'image d'autres affaires type «Watergate», «Iran-gate» et même «Monica-gate» ont eu des impacts démesurés sur les intervenants et sur la société en général.

Un des effets pervers a été le fait que la Société Trilucent Lipomatrix a cherché dans la hâte une solution pour compenser le mo-