

Forum



Human Cloning

In seiner Artikelserie über «Human Cloning» diskutiert C. Rehmann-Sutter [1] die Problematik differenziert und facettenreich. Einige zusätzliche Bemerkungen zum Thema erscheinen dennoch angebracht. So wird einmal die Grundfrage, ob die euphorisch angepriesenen Methoden des therapeutischen Klonens die einzigen erfolgversprechenden seien, gar nicht berührt. In den aktuellen, teilweise sehr kontrovers geführten Diskussionen herrscht zudem die Tendenz vor, die Zulässigkeit der Methode vom sogenannten ethischen Status des Embryos abhängig zu machen, ohne die Manipulation von «Biomaterial» selber noch grundlegend zu reflektieren. Dabei geht es nicht gegen die wissenschaftliche Forschung als solche, sondern um ihre vertretbaren Prioritätensetzungen.

Wenn zudem vom Embryo als Individuum gesprochen wird, reduziert man die Menschwerdung auf ein bestimmtes Entwicklungsstadium, das dadurch je nach zugrunde gelegtem Menschenbild mehr oder weniger flexiblen Definitionen der Schutzwürdigkeit zugänglich wird. Damit werden wichtige Vorentscheide gefällt, die den Ausgang der nun auch in der Schweiz in Gang gekommenen ethischen Diskussionen über das therapeutische Klonen bereits voraussehen lassen.

Ethikkommissionen sehen sich meines Erachtens weiteren Schwierigkeiten gegenüber, die man mit den Stichworten wirtschaftliche Interessen, Standortfragen, sozialetische Argumente beschreiben kann. Solche Fragen werden kaum offen diskutiert, obwohl man sonst leichthin vom säkularen Staat und der pluralistischen Gesellschaft spricht. Spätestens aber dann, wenn der Gesetzgeber über einschlägige Bestimmungen zu beraten hat, werden solche Argumente in unterschiedlicher Verkleidung auf die Waagschale geworfen. Meines Erachtens sollten sich Ethikkommissionen auch mit diesen hintergründigen materialistischen Motiven und dem gesellschaftlichen Umfeld beschäftigen, welche dem grossen Druck zugrunde liegen, der zu Gunsten verschiedener biotechnologischer Grenzüberschreitungen aufgebaut wird.

Dr. P. Ryser, Seftigen

1 C. Rehmann-Sutter, Schweiz Ärztezeitung 2001;82:983-986;1214-1220

Replik

Die Frage nach Alternativen zum therapeutischen Klonen ist in der Tat eine zentrale. Nur wenn es stimmt, dass das therapeutische Klonen eindeutige Vorzüge gegenüber alternativen Methoden besitzt, wird sich eine demokratische Rechtsgemeinschaft überzeugen lassen, Gesetze so zu ändern, dass therapeutisches Klonen möglich wird. Die biomedizinischen Wissenschaften müssen diesen Nachweis gegenüber der Öffentlichkeit erbringen.

Auf der anderen Seite müssen Kritiker, wenn sie verstanden werden wollen, erklären, weshalb die «Manipulation von Biomaterial» überhaupt etwas ethisch Anstössiges sein könnte. Ich verstehe das Argument mit dem ethischen Status des Embryos als einen solchen Erklärungsversuch: Weil ein Embryo eine Entität mit einer eigenen moralischen Würde ist – so wird gesagt – ist die Zerstörung eines Embryos ethisch überhaupt etwas Fragwürdiges. Kulturen aus menschlichen Krebszellen (z. B. HeLa-Zellen) sind ja auch Biomaterial, dessen Manipulation ich aber doch ethisch anders einschätzen möchte als die Manipulation eines Embryos. Ich gebe dem Kollegen Ryser aber wieder vollständig recht, wenn er davor warnt, die Diskussion auf den moralischen Status des Embryos zu reduzieren. Dafür, dass ein Embryo ein Individuum werden kann, braucht es eine Umgebung und Beziehungen. Das Individuum ist nicht aus sich selbst heraus, was es ist. Für die Problemwahrnehmung auf der anderen Seite ist auch der wirtschaftliche und gesellschaftliche Kontext (Systeme, Interessen, Institutionen, Macht usw.) wichtig. Man vergisst diese Dimensionen oft allzu schnell, wenn man sich auf die Statusfrage einlässt. Dennoch bleibt sie wichtig.

Christoph Rehmann-Sutter, Basel



Mammographiescreening [1]

Die methodische Kritik von Götzsche und Olsen an den bekannten Mammographiestudien hat die wissenschaftliche Basis für die Empfehlung der Mammographie als Früherkennungsuntersuchung in Zweifel gezogen. Götzsche und Olsen haben methodische Mängel an diesen z.T. vor über 30 Jahren geplanten Studien aufgedeckt, deren Bedeutung für die Aussagekraft unterschiedlich beurteilt wird. Wenn diese Studien als nicht aussagekräftig beurteilt werden, fehlt tatsächlich der überzeugendste Beleg dafür, dass Früherkennung von Brustkrebs die Heilungschancen verbessern kann (die Wirksamkeit anderer Methoden konnte bisher nie bewiesen werden). Der Beitrag von Bouchardy et al [2] zeigt jedoch, dass inzwischen ein umfangreicher Fundus an weiteren Erkenntnissen vorliegt, der belegt, dass die mammographische Früherkennung beim Brustkrebs die Heilungschancen verbessert. Deshalb sollte allen Frauen die Möglichkeit gegeben werden, an solchen Programmen teilzunehmen, es sei denn die dafür benötigten Gelder könnten in anderen Bereichen des Gesundheitswesens effizienter eingesetzt werden.

Wenn ein solches Programm angeboten wird, muss sichergestellt sein, dass die Vorteile der Teilnahme in einem angemessenen Verhältnis zu den Nachteilen stehen. Dies kann nur in einem organisierten qualitätsgesicherten Programm erreicht werden. Solche Programme sind seit Ende der 80iger Jahre in mehreren europäischen Ländern eingeführt worden und in den Niederlanden, in Schweden, Finnland und Grossbritannien zeigt sich jetzt der erwartete Rückgang der Brustkrebssterblichkeit in den eingeladenen Altersgruppen.

In der Bundesrepublik Deutschland wird seit Jahren zunehmend die Mammographie zum sogenannten opportunistischen Screening eingesetzt, ohne dass die Mammographie von den Krankenkassen offiziell als Früherkennungsleistung angeboten wird. Die Erkenntnis, dass nur in einem organisierten qualitätsgesicherten Programm Vor- und Nachteile der Teilnahme in ein angemessenes Verhältnis zu bringen sind, hat den zuständigen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen dazu bewogen, Modellprojekte auszuschreiben, die die organisatorischen Voraussetzungen dafür entwickeln und erproben sollen, ein flächendeckendes Mammographiescreening in Deutschland einzuführen.

Frau Mühlhauser ist zuzustimmen, dass die Vor- und Nachteile der Teilnahme an einem solchen Programm den angesprochenen Frauen vollständig offengelegt und verständlich erklärt werden müssen. Die Daten, die erforderlich sind, um den Frauen die für eine informierte Entscheidung über ihre Teilnahme notwendigen aussagekräftigen Informationen zu geben, lassen sich aus statistischen Gründen nur durch die Qualitätssicherung in einem organisierten Qualitätsgesicherten Programm erhalten. Stichprobenartige Erhebungen sind dazu nicht geeignet.

Die von Frau Mühlhauser vorgebrachten Argumente sind auch in Deutschland im Zusammenhang mit dem Beginn des Mammographiescreenings in den Modellprojekten ausführlich diskutiert worden. Dies hat nicht dazu geführt, dass die angesichts der Erfolge in unseren europäischen Nachbarländern gesehene Notwendigkeit der Einführung eines solchen Programms in Deutschland von den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, vom Bundesminister für Gesundheit, von den ärztlichen Fachverbänden und von den Frauenverbänden in Zweifel gezogen wird. Die Diskussion entzündet sich vielmehr daran, wie es in Deutschland gelingen kann, allen Frauen in der Zielgruppe die Teilnahme an einer qualitativ hochwertigen mammographischen Früherkennungsuntersuchung innerhalb eines angemessenen Zeitraums zu ermöglichen.

Dr. med. Hans Junkermann, Bremen
Dr. med. Margrit Reichel, Wiesbaden
Dr. med. Gerold Hecht, Weser-Ems

- 1 Mühlhauser I. Mammographiescreening. Schweiz Ärztezeitung 2001;82(12):571-2.
- 2 Bouchardy C, Raymond, L, Levi F, Probst-Hensch N, Tubiana M, de Wolf C. Ist es berechtigt, die Wirksamkeit der mammographischen Früherkennungsuntersuchung in Frage zu stellen? Schweiz Ärztezeitung 2001;82(13):648-54.



Strahlenschutz, Journalistenschutz; – «Qualitätskontrolle»

Der Artikel von Max Giger [1] hat mich zum Nachdenken veranlasst.

Ich bin nicht mehr ein junger Arzt, meine Röntgenanlage ist bereits über 20 Jahre alt, wurde aber gemäss gesetzlichen Bestimmungen kontrolliert. Es mussten Änderungen im Negatoskop durchgeführt werden, sonst war sie in Ordnung. Jeden Monat sende ich mein Dosimeter gemäss Strahlenschutzverordnung. In den letzten Jahren ergaben sich nie Beanstandungen. Dies war vor einem Vierteljahrhundert nicht so. Bei der Einführung der persönlichen Dosimetrie vor über 25 Jahren hatte ich einmal zu viel erwischt und musste meine roten und weissen Blutkörperchen zählen lassen. Doch bereits damals erweckte dies etwas Kopfschütteln, deshalb die kleine Geschichte meiner Strahlenbelastungen!

Unser heimatlicher Dorfschuhmacher war sehr fortschrittlich. Wenn man bei ihm Schuhe kaufte, konnte man radiologisch mittels eines Durchleuchtungsapparates kontrollieren, ob die Schuhe auch wirklich passten. Der Durchleuchtungsapparat der Füsse hatte einen speziellen Schlitz für die Kinder, so dass man auch als Dreikäsehoch sich seine bewegten Knochen der Zehen klar beobachten konnte. Weiter oben waren drei Beobachtungsmöglichkeiten installiert, wohl für Eltern, Käufer und einen weiteren Sachverständigen oder Verkäufer. Die frühkindliche Begeisterung für diese Radiologie war natürlich enorm, vielleicht hatte auch die Beobachtung meiner bewegten Epiphysenfugen das spätere Interesse an der Radiologie geweckt! Irgendwann aber verschwanden diese Apparate.

Die Jugendzeit verbrachte ich in einer alpinen Klosterschule. Vor hundert Jahren wurde bekannt, dass dort eine Quelle am meisten Radon enthalte. Damals galt dieses radioaktive Gas als äusserst gesund, wie das Grubenwasser aus den Uranminen vom St. Joachimstal. Es wurde sogar in Erwägung gezogen zur besseren Erschliessung dieser Therme eine West-Ost-Alpen-Eisenbahn-Transversale zu erstellen (Bern-Grimsel-Chur), was aber offensichtlich aus mir unbekanntem Gründen nicht verwirklicht werden konnte. – Seither wird in der Nähe davon für die NEAT ein Entlüftungstollen gebaut, damit die Bevölkerung der Ostschweiz am Transitverkehr teilnehmen kann, wenigstens an den Düften der weiten Welt!

Während des Studiums lernte ich das Durchleuchten von Patienten. Bildverstärker wurden erst später erfunden. Bei einer der ersten Stellen als Unterassistent in einem kleinen Spital, wurden sämtliche Neuauf-

nahmen, also alle Männer und Frauen, aber auch die Kinder, welche z.B. für eine Rachenmandeloperation eintraten, routinemässig nach dem «Röntgenrapport» durchleuchtet. Dabei waren alle Ärzte und Unterassistenten gemeinsam versammelt mit dem Patienten in einem kleinen Raum. Der Chefarzt, damals ein Chirurg, welcher die Untersuchung durchführte, trug vorschriftsgemäss eine Bleischürze, die anderen Ärzte wurden mehr oder weniger geschützt durch die Empfehlung, sich hinter den Chef zu stellen, welcher somit sämtliche radioaktiven Strahlen gemäss damaliger Verordnung oder Vorstellung einfach absorbierte.

Während der chirurgischen Assistentenzeit gab es ein neues Gerät, ein Durchleuchtungsgerät zur Reposition von Frakturen. Die Strahlenquelle befand sich in der Regel so etwa auf Kniehöhe, was die Bestrahlung der Genitalien beim damals üblichen sparsamen und bequemen Feigenblatt-Lendenschurz aus Blei weitgehend ermöglichte. Vielleicht waren meine damaligen Dosimeterbefunde auch ein Grund, weshalb diese Apparate relativ schnell zusammen mit den eisernen Lungen und den erwärmten Durchleuchtungsapparaten im Keller des Spitals für allfällige katastrophenmedizinische Übungen zwischengelagert wurden.

Offensichtlich bin ich nun wahrscheinlich noch einer der medizinisch berufsbedingt am meisten durchbestrahltesten Kollegen und habe während 20 Jahren alle jene Patienten radiologisch abklären können, wo ein Röntgenbild eines Praktikers besser ist als jenes eines Radiologen. Die Qualitätskontrolle meiner Röntgenbilder beschränkt sich in erster Linie darauf, dass ich darauf sehen kann, was ich sehen muss. Wenn ich eine Tuberkulose in meiner Praxis innert 15 Minuten nach Eintreffen des Patienten radiologisch diagnostizieren kann, ist dies wahrscheinlich mehr Wert, als tausend schöne Röntgenbilder eines entsprechenden Institutes. Wenn mich ein Patient mit einem offensichtlichen Knochenbruch konsultiert (auch nach vorgängig explizierter Frage, ob ich röntgen könne), dann mache ich kein Röntgenbild, wenn ich eine Verletzung ohnehin nicht selbst behandeln kann, sondern überweise den Patienten zur radiologischen Abklärung dem, welcher seine Verletzungen behandeln kann. Diese gezielte indikationsbewusste Radiologie ist bezüglich Strahlenbelastung der Bevölkerung und Qualität optimal, aber schlecht messbar. Sie ist auch kostengünstig für das Gesundheitswesen, aber sehr schlecht für Amortisationsüberlegungen. Ich habe in meinem Praxismuseum noch ein Muster Biloptin samt Reizmalzeit (für einen entsprechend interessierten Journalisten oder Röntgenkontrollleur). Man benutzte dies früher zur p.o. Darstellung der Gallenblase. Auch so etwa ein Kilogramm Bariumsulfat wäre noch vorrätig. Anfänglich machte ich gelegentlich noch seitliche

Thoraxbilder mit diesem Zusatz, die Herzgrösse auch in Fechter und Boxerstellung sei so besser beurteilbar, hiess es damals! Ein paar mal noch gebraucht, dann aus der medizinischen Mode gekommen. Heute bevorzugen die Kardiologen den geschallten 4-Kammerblick!

Ein Kollege von mir hatte kürzlich das Pech, dass er die Praxis etwa zehn Jahre vor mir eröffnet hatte. Sein Röntgenapparat, den er in etwa ähnlicher Weise wie ich, wahrscheinlich noch sorgfältiger abwägend benützte, entsprach nicht mehr den technischen Daten des gerade aktuellen Strahlenschutzes. Man hat ihm deshalb das Röntgen verboten, was die Ursache war, dass er seine Praxis aufgegeben hat.

Dieser Arzt und ich haben beide gesunde Kinder, was natürlich statistisch gesehen für das Strahlenrisiko der Bevölkerung nicht ganz relevant ist. Dafür setzen wir uns aber sehr ein für die Verhütung von Krankheiten mit Impfungen. Hier werden wir aber konfrontiert mit Konsumentenschutzorganisationen, welche das Risiko einer Masernenzephalitis oder die Weitergabe von Hepatitis B-Viren über Generationen einfach ignorieren. Die vielen Todesfälle durch diese Infektionen bei jungen Leuten gelten als unabwendbare Schicksale, obwohl sie durch Impfungen einfach verhütbar wären. – Ohne Zweifel sind Impfungen nicht nur effizienter, sondern gesamthaft auch billiger als der Strahlenschutz!

Strahlenschäden sind aber einfach journalistisch interessanter, obwohl bei uns mit Sicherheit in den letzten Jahrzehnten niemand infolge durchgeführter Röntgenbilder gestorben ist! Ich befürchte, dass die Bedürfnisse nach modernen und ausgiebigen sowie ausschliesslich qualitativ sehr hoch stehenden Abbildungsverfahren wie z.B. Computertomographien die Strahlenbelastung vieler weit mehr erhöhen, als das bescheidene Röntgen mit etwas älteren Apparaturen!

Dr. med. Markus Gassner-Bachmann, Grabs

1 Giger M. Strahlenschutz oder Journalistenschutz? Schweizerische Ärztezeitung 2001;82(25):1311.



Folgschwere Irrungen und Wirrungen im ICD-10 F 7 «Intelligenzminderung»

Im Laufe der diversen ICD-Revisionen hat sich die Klassifikation der Schweregrade des Schwachsinn (Oligophrenie) geändert.

Im heute gebräuchlichen ICD-10 liegt nun eine komplette Begriffsverwirrung vor, die – ein wahrer Fall – beispielsweise dazu geführt hat, dass in einem forensischen Gutachten ein Proband mit einem IQ von 80

Punkten als «normal intelligent» bezeichnet wurde, da laut ICD-10 ein IQ von 50–70 Punkten «leichte Intelligenzminderung» bedeuten sollte! Für Patienten/-innen sind solche Fehleinschätzungen von höchster Warte folgenschwer. Es ist daher sinnvoll und geboten, Betroffene, Kollegen und Behörden aufzuklären.

Hier zuerst die «falsche», klinisch nicht nachvollziehbare Klassifikation der heutigen ICD-10 (F 70–F 79):

IQ 50–70	leichte Intelligenzminderung/ geistige Behinderung/ Oligophrenie Debilität Schwachsinn
IQ 35–50	mittelgradige Intelligenzminderung/ geistige Behinderung/Oligophrenie Imbezillität
IQ 20–35	schwere Intelligenzminderung/ geistige Behinderung/Oligophrenie
IQ 0–20	schwerste Intelligenzminderung/ geistige Behinderung/Oligophrenie Idiotie

Nun die «richtige» semantisch vernünftige und gausskurvenkonforme Einteilung gemäss den ICD-Schlüsseln der 70er Jahre:

IQ 110–90	Durchschnittsbereich
IQ 80–90	Schwach- oder Minderbegabung (Grenzfälle)
IQ 75–80	Leichte Debilität (leichter Schwachsinn)
IQ 60–75	Debilität (deutlicher Schwachsinn)
IQ 40–60	Imbezillität (schwerer Schwachsinn)
IQ 0–40	Idiotie (hochgradiger Schwachsinn)

Dass in den letzten ICD-Revisionen die psychiatrische Diagnostik sich immer mehr von der klinischen Realität entfernt hat, ist eine Tatsache, die wir hinnehmen mussten. Dieses gravierende Beispiel zeigt jedoch, dass nicht alles, was schwarz auf weiss gedruckt ist, auch geschluckt werden sollte.

*Dr. phil. Hans-Martin Zöllner,
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich*

*PD Dr. med. Mario Gmür,
Psychotherapie FMH, Zürich*



Wo bleibt die LEHRE an den schweizerischen Universitätsspitalern?

In der Schweizerischen Ärztezeitung schildert eine Expertengruppe um Prof. Heberer [1] Unternehmensstrategien der fünf schweizerischen Universitätsspitaler. Im Rahmen einer durchaus gesunden Konkurrenz mit anderen öffentlichen Spitalern und mit Privatspitalern ist es ohne Zweifel unerlässlich, dass sich auch unsere universitären Zentrumsspitaler strategisch festlegen.

Als Vorsitzender der Kommission Fachstudium (4. bis 6. Jahr) der medizinischen Fakultät Bern bin ich erschüttert, welche völlig nebensächliche Rolle die LEHRE (und weitgehend auch die Forschung) bei den dreissig befragten Experten spielt (Verwaltung, Pflege, Ärzte). Offenbar waren auch die Autoren des Berichtes überrascht, da sie festhalten (Zitat): «Dabei überrasche insbesondere, dass die spezifischen Merkmale, welche die Universitätsspitaler von nicht-universitären Spitalern abgrenzen, also Lehre und Forschung, kaum Ausdruck in den Unternehmensstrategien fanden.» Bei den meisten befragten Items existiert die Lehre überhaupt nicht, bei der «Zielsetzung für die Bildung von Allianzen» wird Kostensenkung sechs Mal, Effizienzsteigerung, Volumensteigerung und Erhöhung des Marktanteils je vier Mal genannt und unter «universitären Zielen» das Erhalten des universitären Auftrages gerade ein Mal und die Lehre nie. Wenn das «universitäre» der Strategien unserer Universitätsspitaler sich darauf beschränkt, den wohlklingenden Titel als interessanten Marktvorteil für die fünf Zentrumsspitaler zu benutzen und Gelder aus Lehre und Forschung zur Quersubventionierung heranzuziehen, muss man sich schon fragen, ob es nicht ehrlicher und sinnvoller wäre, einige «Medical schools» (z.B. nach amerikanischem Vorbild) zur Erfüllung des Lehrauftrages zu schaffen. Sollen Lehre und Forschung als Kernauftrag der Universität weiterhin an unseren Universitätsspitalern stattfinden, lassen sie sich in Zukunft nicht mehr aus der Unternehmensstrategie ausklammern.

Prof. Benedikt Horn, Interlaken

1 Lüscher U, Fischer C, Rosso R, Freiermuth O, Juhasz E, Harder F, Heberer M. Unternehmensstrategien der schweizerischen Universitätsspitaler. Schweiz Ärztezeitung 2001;82(22):1126–34.



**Nachwuchsverhinderung –
ein erfahrungsgestützter (evidence-based)
Diskussionsbeitrag**

Eine Stellungnahme

Für jemand, der sich in vergangenen Jahren im Rahmen der Schweizerischen Hochschulkonferenz intensiv mit Fragen des akademischen Nachwuchses in der Medizin befasst hat und bei der Verwirklichung der sog. MD-PHD-Programme ganz entscheidend mitwirkte, hat die Lektüre des Diskussionsbeitrages von Herrn Kollege Herzka in der Schweizerischen Ärztezeitung [1] volles Interesse gefunden. Hier wird – zugegebenermassen nicht ganz ohne Eigeninteresse – der Versuch unternommen, kasuistische Aspekte akademischer Nachwuchsförderungen nachzuzeichnen. Die «beweisgestützten» Schilderungen der Vorgänge an der Zürcher Fakultät in Zusammenhang mit einem sich hinziehenden Nachfolgeschäfts erweckten in einem Berner Ordinarius (1968–1990) so etwas wie «déjà vu et entendu»-Phänomene. In diesem Sinn habe ich Herrn Herzka für die letztlich um der Sache willen unternommene Analyse und für sein Zivilcourage erforderndes Engagement gedankt.

Wenn mit den MD-PhD-Programmen zukünftigen, akademischen Lehrern ein biologisch-naturwissenschaftliches oder geistes- und sozialwissenschaftliches Zweitstudium zur Erfüllung der mannigfachen zukünftigen Tätigkeitsbereiche angeboten wird, erscheint es durchaus legitim, die konkreten Karrieremöglichkeiten solcher Jungakademikerinnen und Jungakademiker an unseren Medizinischen Fakultäten zu reflektieren und zu diskutieren.

Mit der Replik des Dekans der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich in der Schweizerischen Ärztezeitung [2] ist die von Herrn Herzka anvisierte Diskussion nicht nur nicht aufgenommen, sondern geradezu abgeschmettert worden. Ohne auf die Einzelheiten der z.T. unfairen Vorwürfe und Unterstellungen eintreten zu wollen, geht aus dem Tonfall der Replik von Herrn Dekan Burg klar hervor, dass Herr Herzka offenbar wunde Punkte im Rahmen eines fakultären Nachfolgeschäfts getroffen hat.

Aussenseitern von Fakultätsgeschäften und medizinhistorisch interessierten Kolleginnen und Kollegen möchte ich in diesem Zusammenhang das Kapitel VI «Die Nachfolge von W. R. Hess» zur Lektüre empfehlen, in welchem Kollege Rudolf W. Ammann im Neujahrsblatt auf das Jahr 2001 [3] paradigmatische Aspekte der Besetzung des Zürcher Lehrstuhls für Physiologie 1950/51 schildert.

Prof. Dr. med. Paul Müller, Solothurn

- 1 Herzka HS. Nachwuchsverhinderung – ein erfahrungsgestützter (evidence-based) Diskussionsbeitrag, Schweiz Ärztezeitung 2001;82(13):643-5.
- 2 Burg G. Nachwuchsverhinderung – ein erfahrungsgestützter (evidence-based) Diskussionsbeitrag. Eine Replik. Schweiz Ärztezeitung 2001;82(24):1276-7.
- 3 Ammann RW. Prof. Dr. Alexander von Muralt, 1903–1990. Arzt, Naturforscher und Forschungspolitiker. Neujahrsblatt auf das Jahr 2001. Buchhandlung Beer AG, St. Peterhofstatt 10, 8022 Zürich.

**Nachwuchsverhinderung –
ein erfahrungsgestützter (evidence-based)
Diskussionsbeitrag**

Prof. Burg [1] hat natürlich völlig recht. Wir können weder als Leser noch als Nicht-Fakultätsmitglieder in die internen Strukturen der medizinischen Fakultät eingreifen, noch können wir aufgrund der schmalen und verzerrten Information in diesem Fall abschätzen, wer näher an der Wahrheit liegt. Die öffentliche Replik von Prof. Burg an Prof. Herzka trägt aber für den ausserstehenden Leser wenig zur Wahrheitsfindung bei, nicht zuletzt, weil er einen äusserst verdienten Kollegen, der sein Leben lang nie durch unüberlegte Schnellschüsse aufgefallen ist, auf beleidigende Weise angreift. Mit der Aussage «Zu ergründen, welche Motive einen Kollegen dazu treiben, nach seinem Ausscheiden aus der Fakultät zum grossen Rundschatz anzusetzen, bleibt der hohen Kunst derjenigen Wissenschaftsdisziplin überlassen, der der Autor des «Verhinderungsbeitrages» angehört», zeigt er auch noch, was er von der Kinderpsychiatrie bzw. Psychiatrie hält. Ob solche laut geäusserten Ansichten eines Dekans der interdisziplinären Zusammenarbeit förderlich sind?

1998 hat jedenfalls kein Mitglied der medizinischen Fakultät Zürich auf ähnliche Vorwürfe von Prof. B. Nachbur [2] bezüglich Diskriminierung von Schweizer Chirurgen reagiert. Kaum zu widerlegen war offenbar die detailgenaue und wahrheitsgetreue Schilderung über das «merkwürdige» Auswahlverfahren im Fall Grüssner. Nach diesen unwidersprochenen Vorkommnissen fällt es deshalb schwer, an ein kompetitives Wahlverfahren zu glauben, wo die Fähigsten der Fähigen allein aufgrund ihrer beruflichen Meriten gewählt werden, so wie es Prof. Burg in seiner jetzigen Replik darstellt. Unvergessen bleibt auch das unwürdige Disziplinarverfahren von Universität und Fakultät gegen Prof. C. Sauter [3], ein Ablenkungsmanöver, damit «die Verantwortlichen für die Fehlbesetzung Grüssner, die dem Kanton Zürich Millionen kostete, nicht zur Rechenschaft gezogen würden». (Es würde mich an dieser Stelle interessieren, ob dieses peinliche Verfahren immer noch hängig ist?)

Auch ohne Detailkenntnisse in diesem Nachfolgefall ist die Rechtfertigung aus der Position der Macht im Ton mehr als störend. Macht, Kritik und Demokratie scheinen schon in politischen Gremien schlecht zu harmonieren. Bei der Lektüre dieser Replik kann man wage errathen, um wieviel schwerer sich universitäre Gebilde mit Kritik und Demokratie tun. Prof. Burg scheint nicht nur festzulegen, was erlaubte Kritik ist, wann und wo diese allenfalls zu plazieren sei und welche Argumente korrekt seien, sondern masst sich auch noch an zu sagen, was «akademische Denkweise» ist. Ausserdem wird unangenehme Kritik stets zum grossen Rundschatz, um sich derer am einfachsten zu entledigen. Es wäre wohl am besten, wenn der Dekan diese Richtlinien schriftlich an alle Mitglieder der Fakultät verteilen würde!

Ob es nicht weiser gewesen wäre, eine solche Replik nicht an die «grosse Glocke» zu hängen und «Öl in ein kleines Feuer» zu giesen? Die Wahrheit bleibt ohnehin auf der Strecke. Zurück bleibt bloss der Eindruck «phallischer» Rituale unter Professoren.

F. Tapernoux, Rüti

- 1 Burg G. Nachwuchsverhinderung – ein erfahrungsgestützter (evidence-based) Diskussionsbeitrag. Eine Replik. Schweiz Ärztezeitung 2001;82(24):1276-7.
- 2 Nachbur B. Universität Zürich: Ausgrenzung der Schweizer in der Chirurgie. Einführung des Numerus clausus für Einheimische; welche Konsequenzen? Schweiz Ärztezeitung 1998;79(26):1247-9.
- 3 Sauter C. Titelbetrug: Nachlese zur Affäre Grüssner an der Viszeralchirurgie des Zürcher Universitätsspitals. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(26):1465.



Lehrlingsausbildung Medizinischer Praxisassistentinnen

Nachdem wir die obligatorische Ausbildung zum Lehrmeister abgeschlossen haben, möchten wir dazu kritisch Stellung beziehen und konstruktive Vorschläge einbringen:

1. Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Schule und Lehrmeister. Zum Beispiel durch
 - Einführungsabend für die Lehrmeister,
 - Zur-Verfügung-Stellen von detaillierten Lehr-/Ausbildungsplänen der entsprechenden Schulen sowie der Ausbildungsinhalte;
2. Wir empfinden es als befremdend, dass wir einerseits die volle Verantwortung als Lehrmeister zu tragen haben und andererseits von der Qualifizierung der Auszubildenden ausgeschlossen sind. (Mindestens eine Empfehlungsnote, die praktische Prüfung, sollte in der Arztpraxis stattfinden.)

Wir erwarten von den ansprechenden Stellen eine dringende Behandlung, da die Zahl der Lehrstellen sonst noch weiter zurückgehen wird.

Dr. M. Nobel, La Chaux-de-Fonds

Replik

Wir danken den Teilnehmern des Lehrmeisterkurses für die Anregungen. Ende des letzten Jahres haben die Delegierten für Fragen der Medizinischen Praxisassistentinnen eine Umfrage bei den Lehrpraxen in der ganzen Schweiz durchgeführt, mit der Bitte, im Hinblick auf eine mögliche Reglementsänderung Ihre Erfahrungen mitzuteilen. Wir werden selbstverständlich alle Anregungen in die zur Zeit laufende Auswertung miteinbeziehen.

Eine erste kursorische Durchsicht der Rückmeldungen bestätigt den Wunsch nach Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Schule und Lehrpraxis. Dafür ist jedoch in einem BIGA-Beruf der Kanton zuständig. Wir schlagen Ihnen deshalb vor, direkt mit der Schule Rücksprache zu nehmen oder den kantonalen Delegierten für Fragen der Medizinischen Praxisassistentinnen zu kontaktieren, damit er mit der betreffenden Schule und allenfalls mit dem KIGA nach Verbesserungen sucht.

Die praktische Prüfung in der Arztpraxis wurde bisher von den meisten Beteiligten als enorm aufwändig und damit auch zu teuer verworfen. Da die Verantwortung für die Lehrabschlussprüfungen aber ebenfalls bei den Kantonen liegt (Art. 7 des Reglements über Ausbildung und Lehrabschlussprüfung) ist es kantonal durchaus möglich, einen entsprechenden Vorstoss zu machen. Das Reglement sieht im übrigen eine entsprechende Möglichkeit vor (Art. 8).

*Dr. M. Marchev,
Präsident Delegierte für Fragen der
Medizinischen Praxisassistentinnen*



Der Blick ins Negatoskop – oder ...

Als Allgemeinmediziner, der im Jahre 1993 eine Praxis eröffnete, kann ich in vielem dem Artikel von Herrn Kollege Weidmann [1] beipflichten: Wo blieb die nationale Pressekampagne, lanciert von der FMH, über die Einkommensentwicklung der freien Ärzteschaft? Wer weiss denn schon um die Reallohneinbusse der Grundversorger von 39% oder der Spezialisten von 21% im Zeitraum 1972–1996? Wo blieb die Forderung, die vielerorts seit 1992 eingefrorenen Taxpunktwerte der Teuerung anzupassen – wo sich doch TARMED um weitere Jahre verschleppen wird?

Diesbezüglich schrieb ich die Opinionleader der kantonalen Ärzteschaft an, doch eine Antwort blieb aus!

Ja, warum sind weisse Lämmer so schweigsam?

Doch Meckerer sind in den eigenen Reihen nicht gefragt. Zwei Beispiele gefällig?

Fragen meinerseits an den Tarifdelegierten und an den Rechtsdienst der kantonalen Ärztesgesellschaft wurden wegen «Arbeitsüberlastung» nicht beantwortet – der Vorstand scheute es, klar zu intervenieren. Eine Anfrage an die FMH bezüglich Distributionskanäle der Medikamente wurde nach knapp drei Monaten abschlägig beantwortet – das Zahlenmaterial sei streng vertraulich. Die gleichen Daten wurden mir vorgängig vom KSK zum Kauf angeboten für Fr. 300.–. Ich erhoffte mir, diese Daten über die FMH gratis beschaffen zu können. So habe ich resigniert; ein weisses zum Schweigen gebrachtes Lamm mehr.

B. Zaugg, Malters

- 1 Weidman B. Der Blick ins Negatoskop – oder ein Rückblick auf den Wandel des Grundversorgerdaseins im Laufe der letzten 10 Jahre. Schweiz Ärztzeitung 2001; 82(24):1262-5.



Wenig aufschlussreiche Statistiken, die Unmengen von Geld kosten!

So werden Ärzte in Privatspitälern qualifiziert!

«Der heutige Arzt-Besuch entscheidet, ob Sie schon morgen oder erst nach Hause gehen dürfen.» Mit diesem Bescheid übergibt mir Schwester Renate einige eher ausgiebige Fragebogen mit der Bitte, diese dann unterschrieben oder anonym vor meiner Entlassung aus dem Spital an der Reception abzugeben.

Nach meinem äusserst angenehmen 5-Tage-Aufenthalt war ich des Lobes voll bezüglich Pflege und Essen. Die nachfolgenden Fragestellungen aber haben mich dann doch recht nachdenklich gemacht. Wer «spitzelt» denn hier gegen wen und was? Empfinde ich diese Fragen falsch, bin ich zu kritisch? Ja, ich finde es bedauerlich, wie Ärztinnen und Ärzte der Willkür von Manager-Typen ausgeliefert werden. Wäre ich Arzt, wie würde ich auf solche Fragen reagieren? Interessiert? Dann lesen Sie doch bitte weiter. Danke.

Beispiel: Der Arzt hat mich regelmässig besucht. Dem Fragesteller ist die *Quantität für die Statistik* wichtiger, als die *Qualität des Arztgesprächs*, wie auch Art und Weise seines Auftretens.

Beispiel: Der Arzt war fachlich kompetent. Der Fragesteller unterstellt dem Arzt sein Können, was unzulässig ist, aufwieglerisch wirkt, und zeigt, dass ein hohes Mass von Unkenntnis der Problematik bei Patientenbesuchen beim Fragesteller vorhanden ist. Kommt sich der Arzt bei solcher Fragestellung an die Patienten nicht «verarsc...» vor? Wer hat jahrelang einen Beruf erlernt, welche Berufsgattung *muss sich jährlich über viele Weiterbildungsstunden* im In- und Ausland ausweisen? Wer bezahlt beim Privatarzt den Ausfall von Patientenbesuchen und die trotzdem weiterlaufenden Löhne und Sozialkosten für die Mitarbeiterinnen? Wer und wie beurteilt man diese und viele andere Fragen bei Patienten, die im Spital sterben? Wird der Arzt mit Spezialausbildung in solchen und anderen Fragestellungen nicht komplett übergangen, was eine grundfalsche Auswertung ergibt? Wie würde der Fragebogen aussehen, wenn er mit der Spitalrechnung zugestellt wird? Eine Beurteilung der ärztlichen Betreuung und die schematische sehr kostspielige Auswertung der teils eher provokativen Fragen ist reiner Unsinn und *eine böse Abwertung des Arztberufes*.

Wäre es da für die PRIVATKLINIK nicht wesentlich vorteilhafter und qualitätsfördernder, um nur ein Beispiel von vielen zu nennen, dafür zu sorgen, dass nicht die Spezialärztin mit ihrem durchschnittlichen 16-Stunden-Tag Lektionen erteilen muss, wie man ein Bein richtig einbindet?

Wozu brauchen die PRIVATKLINIKEN diese äusserst aufwendigen Aushängeschilder in Form von sich übertreffenden Katalogen bezüglich Aufmachung, Seitenzahl und Farbe? Was bringt der Wettbewerb für die «Hotelklasse», die eine klare Spaltung im Betreuungspersonal erzeugt?

Gehört es tatsächlich zur heutigen Zeit, dass mit aller Gewalt ein Haar in die Suppe manövriert wird, um Unzufriedenheit – Unsicherheit – und Zwiespalt zu säen und so einen gut funktionierenden Betrieb mit diesen *statistikgefälligen Kontrollfragen* zu untergraben? Ist nicht die verbale Kommunikation direkter und vor allem effizienter und Basis der zufriedenen, guten Spitalatmosphäre?

Als Nicht-Arzt und nicht im Pflegeberuf tätiger Rentner empfinde ich diese heute so «modernen» Fragereien, die bald in jeder Branche vorkommen, als ein Zeichen eigenen Unvermögens dieser Unternehmen. Ich habe echt Mühe zu verstehen, WER solche Statistiken «berappt». Oder ist auch hier der Grundsatz gültig: «Es muss gespart werden, ... koste es was es wolle!»

Caspar Riedi, Grenchen



La double pensée, arme de la dictature

En été 2000, Madame la Conseillère fédérale, sous la pression du richissime lobby des caisses-maladie au Conseil National a, dans un vocable enchanteur de «Liberté de contracter des caisses maladie», projeté d'interdire du même coup au citoyen assuré de choisir son médecin (tout comme son hôpital) en cas de maladie.

Derrière le mot LIBERTÉ s'exprime une double pensée, a savoir la liberté et l'interdiction, ambivalence contradictoire dont les effets pervers ont été dénoncés dans le fameux livre «1984» de George Orwell, l'inventeur de Big Brother!

En effet, la double pensée est par nature dangereuse et angoissante, car elle permet de propager toute idée et son contraire comme étant une même vérité. La conséquence est que toutes les idées et sentiments d'honneur, de respect, de confiance, d'amour qui font l'essence de l'Humanité sont bafoués au nom d'une même Vérité agréée par un pouvoir qui jettera l'opprobre sur ceux-là même qui glorifient ces valeurs humaines.

Dans le domaine de la santé, entre autres, la double pensée a su pervertir le système grâce au pouvoir et à la richesse excessive de consortium de caisses-maladie. Citons par exemple le fait que depuis de nombreuses années, certains administrateurs de caisses maladie ont jeté l'opprobre sur les soignants en prétendant qu'ils s'enrichissaient! Alors qu'en réalité, c'est exactement l'inverse qui se passe; comme on le voit depuis plusieurs années, les primes d'assurances augmentent alors que le revenu des soignants stagne, voire diminue. Selon un procédé connu, on commence par dénigrer ceux qu'on veut soumettre et appauvrir.

Enfin, il y a plus grave. Au nom de l'Economicité, les consortium de caisses-maladie ont empoché plus de dix millions de francs grâce à des procès d'intention envers plus de 3000 soignants. Ceux-ci ont été privés du droit d'être entendu à cause d'un système illégal de rançonnage où la double pensée permettait de confondre «polypragmasie» avec «polyvalence», «économicité comparable» avec «économicité médicale», «soignant indépendant» avec «soignant employé», etc.

On a par exemple longtemps promu la polyvalence économique des médecins pour ensuite leur demander des rétrocessions d'honoraires sous prétexte de polypragmasie! Heureusement, deux récents jugements des Tribunaux cantonaux de Vaud et du Valais ont mis fin à ce racket.

L'UPM (Union Patients-Médecins) constate avec satisfaction que, malgré les menaces, certains soignants courageux ont su résister à l'arrogance de quelques administrateurs du domaine de la santé, en permettant aux tribunaux de mettre fin, dans notre pays, à de nombreuses injustices.

La double pensée, instrument du pouvoir dictatorial, n'est toutefois pas morte, car, il faut la craindre, elle agit sournoisement comme un virus transmissible et délétère.

*Pierre Burri, Lausanne
Vice-président UPM*