

## Forum

**Manipulations vertébrales: précisions**

Dans sa prise de position par rapport à notre article [1], le Dr. Gauchat [2] apporte des éléments intéressants, tout en omettant certaines précisions importantes.

Dans l'article de Hurwitz [3], l'incidence de dissections se situe autour de 5-10/10 000 000 manipulations. Toutefois, il faut souligner que les cas de dissections des artères cervicales asymptomatiques ou paucisymptomatiques n'arrivent presque jamais à connaissance des soignants. Ces statistiques sont donc biaisées par défaut.

La relation de cause-effet lors d'intervalles prolongés entre les manipulations et les dissections est sans doute délicate. Il nous semble cependant important de souligner à nouveau que toute manipulation est strictement contre-indiquée lors d'un possible début de dissection. A ce sujet nous saluons la référence de Haldeman [4]. En tout cas, les patients présentés dans notre publication avaient une histoire de manipulations cervicales, la plupart répétées, et les manipulations avaient été interrompues lors de l'apparition des symptômes neurologiques.

En outre, il serait utile d'affiner nos connaissances par des recherches ciblées dans ce domaine, comme le suggère le Dr. Gauchat. Des types différents de complication des manipulations cervicales, aux conséquences parfois sévères, sont en effet continuellement rapportés dans la littérature médicale, même très récemment [5, 6]. Il est certainement souhaitable que tout acte thérapeutique soit effectué par des professionnels qualifiés, mais il ne faut pas oublier que si un traitement comporte des risques de complication aussi graves qu'un accident vasculaire cérébral, le patient doit en être informé. Aucun des patients présentés dans notre article avait reçu d'information sur les risques de la manipulation de la part des soignants «manipulateurs».

Ceux-ci feraient fausse-route en cherchant à contester l'existence ou la gravité de certaines complications de leur pratique, alors qu'un exposé clair des risques permettrait au patient, comme dans tout acte thérapeutique, de choisir informé.

*A. O. Rossetti, P. C. Combremont  
et J. Bogousslavsky, Berne*

- 1 Rossetti AO, Combremont PC, Bogousslavsky J. Schweiz Arch Neurol Psychiatr 2000;151:247-52.
- 2 Gauchat M-H. Manipulations vertébrales: précisions. Bull Med Suisses 2001;82(32/33):1765-6.
- 3 Hurwitz et al. Spine 1996;21:1746-59.
- 4 Haldemann et al. Spine 1999;24:785-94.
- 5 Leong WK, Kernode AG. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2001;70:816-7.
- 6 Emst E. Stroke 2001;32:809-10.

**TARMED**

Die Stille im Auge des Orkans rund um die Einführung des neuen Tarifs möchte ich nutzen, um über ein paar grundsätzliche Überlegungen die Ärzteschaft möglichst geschlossen hinter das Projekt TARMED zu rufen.

Unglücklicherweise vermischen sich in der Diskussion um die Einführung des TARMED immer wieder im Grunde sachfremde Argumente und sie wird geführt, als würde Sein oder Nichtsein der ganzen Ärzteschaft an diesem Tarif hängen. Ich möchte im Folgenden darlegen, dass die Bedrohung der existenzsichernden Arbeit von uns Ärzten kaum mit dem TARMED selbst etwas zu tun hat, sondern mit Veränderungen in der ökonomischen Funktion der ärztlichen Leistungen und dass die Einführung eines sachlich-ökonomisch richtigen Tarifs für die Diskussion um diese Veränderungen schlicht notwendige Voraussetzung ist.

Sowohl die widersprüchlichen Forderungen an das Gesundheitswesen – nämlich einerseits sich marktwirtschaftlich zu verhalten und andererseits sich selbst zu minimieren – als auch der nicht immer ganz fair geführte Verteilungskampf innerhalb der Ärzteschaft sind nur deshalb so kontrovers, weil wir Ärzte schon längere Zeit unreflektiert an zwei sehr verschiedenen Wirtschaftssparten teilhaben: Ich mag die eine, hergebrachte, einmal als die Gesundheitsversorgung bezeichnen, um sie vom Gesundheitsmarkt abzugrenzen. Während die erstere die Gesunderhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit zum Ziel hat, geht es bei letzterer um die Verbesserung der Gesundheit für diejenigen, die Wert darauf legen. Wenn auch sehr viele ärztliche Leistungen und ihre Indikationen im Einzelfall nicht sicher und jederzeit einer der beiden Bereiche zugeordnet werden können, kennt das Sozialversicherungssystem die Abgrenzung schon sehr lange, z.B. in der Spezialitätenliste oder in meinem Arbeitsbereich in der Ausgrenzung von Psychotherapie, die der Selbsterfahrung dient.

Im Bereich der Gesundheitsversorgung galt bisher ein «Bazartarif», wobei ich darauf aufmerksam machen möchte, dass der Bazar ein hochgradig freier Markt ist. Der eigentliche Tauschhandel zwischen Arzt und Patient besteht hier in der Leidensbefreiung gegen ein Entgelt; selbstverständlich bewertet der Patient die Leistung um so höher, je rascher, vollständiger, anstrengungs- und risikoloser er von seinem Leiden befreit wird; ausserdem spielt Angebot und Nachfrage gewiss eine Rolle: Entsprechend stellen die Ärzte Rechnung und die Versicherung muss zahlen. So «verdient» eine chirurgische Lösung eines Problems unabhängig vom geringeren Zeitbedarf gleichviel oder mehr wie eine ganze, langdauernde internistische.

Wenn nun dieser Tarif auf eine wirtschaftlich errechnete Basis gestellt wird, gibt es selbstverständlich Einbussen auf der einen und Verteuerungen auf der anderen Seite. Wenn die Rechnung stimmt, kann man dann – und erst dann – verschiedene Heilverfahren auch von ökonomischer Seite her vergleichen und wirtschaftliche Aspekte in Guidelines einfließen lassen. Dies mag dem «rascheren» Chirurgen wieder entgegenkommen.

Dass eine solche Restrukturierung leider unumgänglich erscheint, liegt im Faktum, dass eine Volkswirtschaft tatsächlich nicht beliebig viel für die Gesunderhaltung ihrer Akteure ausgeben kann. Aber erst mit wirtschaftlich errechenbaren Gesundheitskosten können hier präventive gegen heilende Massnahmen aufgerechnet werden, kann die politische Diskussion sich von der berufspolitischen lösen. Der TARMED ist zwingend nötig, wenn die Ärzteschaft aus dem Verdacht der Bereicherung am Leid der anderen herauskommen will. Sie erlaubt damit den Ärzten, Gesundheitspolitik und nicht nur Berufspolitik zu machen und gibt ihnen gegenüber den Regierungsstellen mehr Gewicht. Und ich bin überzeugt, dass sich dann auch die Versicherungen dahinterstellen müssen.

Auf dem Gesundheitsmarkt hingegen darf sich austoben wer will.

In diesem Sinne rufe ich meine Kollegen auf, mit dem Gefeiße untereinander aufzuhören und einen Schritt vorwärtszugehen.

*Dr. med. Felix Walder, Ziefen*

## Forum

**Gesundheitskosten, Kontrahierungszwang und Qualitätskontrolle**

Die Gesundheitskosten steigen und werden weiter steigen. Die Medizin wird teurer und teurer: Es gibt immer mehr ältere Menschen, immer neuere und teurere Diagnostika, Medikamente und Therapien und immer mehr zivilisationsgeschädigte Patienten mit Fehlerkrankung, Fehlbekleidung, Bewegungsmangel, Stress, Drogenmissbrauch, psychische Verarmung und Umweltbelastung.

Ich weigere mich, die steigenden Kosten als meine persönliche Schuld anzusehen. Wie Tausende andere Ärzte versuche ich eine gute und anständige Medizin zu machen. Ich werde dabei nicht reich und verdiene so um die Fr. 150 000.– im Jahr. Dies mit Notfällen, Nachtbesuchen und gelegentlich schwerer Verantwortung.

Bei jährlichen Gesundheitskosten von 40 Milliarden, wobei 16% von uns 13 000 Hausärzten verursacht werden, kann man sich bei eher steigenden Fixkosten ausrechnen, wo unser Realeinkommen liegen würde, möchte man die Gesamtkosten an uns nur um 1–2% senken.

Die Krankenkassen und Politiker versuchen, mit immer neuen Ideen den Kuchen, bildlicher Vergleich nach Preisüberwacher Marti, grösser zu schneiden. Dies bleibt abgesehen von mehr Bürokratie und zunehmendem Autonomieverlust der Ärzte ohne grössere Wirkung. Die Kostensteigerung lässt sich nicht ohne massive Einschnürungen im medizinischen Leistungsangebot abbremsen. Dieser Entscheid ist aber ein politischer Entscheid, der von der Mehrheit des Volkes getragen werden müsste.

Nun haben die Krankenkassen und gewisse Politiker eine neue Idee: Die Aufhebung des Kontrahierungszwanges. Dies wäre aber das Ende des freien Arztes.

Dass sich unsere Standesvertreter ohne ein vehementes «Njet» auf diese absurde Diskussion einlassen, erschüttert mich.

Die Aufhebung des Kontrahierungszwanges bringt kaum grössere Einsparungen. Die Folgen aber wären gravierend: Keine freie Arztwahl mehr. Denn wenn der Arzt nicht in ein sich wahrscheinlich ständig wechselndes Schema passt, ist er draussen. Kein selbständiger Arzt mehr, der notfalls die Interessen seines Patienten vertritt. Wenn er nicht kuscht, so fliegt er raus. Willkürentscheide würden die Existenz eines jeden Arztes zerstören können. Sei er dann zu teuer, zu fleissig, zu schlecht oder einfach nur zu viel.

Welches wären die Kriterien für den Ausschluss? Etwa Ärztedichte und Arbeitsqualität? Dies würde viele Fragen aufwerfen.

Wie viele Ärzte sind genug? Wer will das entscheiden? Blair zum Beispiel muss nun wegen jahrelanger Zulassungsbeschränkung Ärzte aus Deutschland importieren. Ich glaube, die Mengenfrage soll der Patient weiterhin entscheiden. Er finanziert ja auch das Ganze. Es ist nämlich eine Mär, dass die Gesetze von Angebot und Nachfrage in der Medizin nicht spielen. Das heisst, hat es zu viele Ärzte, dann gehen einige bankrott.

Und dann das Problem mit der Qualität? Was ist eigentlich Qualität? Was ist eine gute Qualität? Wie misst man diese Qualität? Wie sagte schon Saint-Exupéry: «l'essentiel est invisible pour les yeux». Ist dein Anspruch auch mein Anspruch? Wer bestimmt und kontrolliert die Kontrolleure? Ich glaube, auch hier soll der Patient weiterhin entscheiden. Er geht zu dem Arzt, zu dem er gehen möchte – und sonst ist er selber schuld. Nebenbei bemerkt, haben die meisten von uns eine 7- bis 10jährige Ausbildung und alle ein Fortbildungsobligatorium von zwei Wochen im Jahr. Auch ist die Rechnungstellerstatistik als Kontrollinstrument effektiv.

Grössere Einsparungen sind ohne Leistungsabbau nicht möglich. Alle anderen Sparübungen sind Schaumschlägerei. Das Volk als solches und seine politischen Vertreter – und nicht wir Ärzte – müssen entscheiden, welche Medizin wir wollen.

Kommen immer mehr Leute zu Tisch, dann kann man den Kuchen so schneiden, dass es irgendwann für jeden nur noch ein paar Krümel abgibt oder man bäckt noch ein, zwei Kuchen mehr. Auch könnte der eine oder andere nicht so hungrig zu Tisch kommen, sprich zu hohe Erwartungshaltung, ungesunde Lebensweise und falsche Lohnvorstellung. In diesen schwierigen Zeiten, wo sich anscheinend alles ändern muss – und kaum etwas besser wird, müssen wir alle aufpassen, dass wir nicht auf falsche Versprechungen hereinfallen und dabei wertvolle Volks- und Persönlichkeitsrechte verlieren.

*Dr. med. Roland Stäuble, Wahlen*

**Aktive Sterbehilfe – Ausdruck menschlicher Anmassung**

In der Diskussion um die Strafbefreiung der Unterstützung des Suizids und des Tötens von unheilbar kranken und lebensmüden Menschen wurden bisher biologische und historische Fakten nicht berücksichtigt, obwohl diese zur Klärung der Kontroverse rund um das Sterben des Menschen etwas beitragen können.

*Wandlung des Begriffs Euthanasie*

Als Euthanasie bezeichneten die Griechen eine bestimmte Todesart z.B. in einem ehrenvollen Kampf im Sinne eines «schönen Todes». Bei Griechen und Römern bezog sich der Begriff Euthanasie niemals auf das Eingreifen eines Menschen in den Sterbeprozess [1]. Erst 1605 wurde von Bacon die Schmerzlinderung als eine ärztliche Aufgabe (Euthanasia medica) bezeichnet. Ein Recht des Individuums auf einen «angenehmen Tod» wurde in den 1930er Jahren von sogenannten Euthanasiegesellschaften gefordert, also lange vor der Schaffung der medizinisch-technologischen Möglichkeiten, den Todeseintritt hinauszuschieben. Die Euthanasie zur Bezeichnung eines schönen Todes wandelte sich somit im Laufe der Zeit in den von Menschen herbeigeführten, als würdevoll bezeichneten Tod. Heute scheint die Ansicht zeitgemäss zu sein, dass der Mensch angesichts der noch nicht heilbaren Krankheiten, die wegen der höheren Lebenserwartung gehäuft auftreten, den Zeitpunkt des Todes wählen und «in Würde» sterben solle. Die Tatsache der zunehmenden Zahl alter Menschen als Folge der höheren Lebenserwartung wird tendenziöserweise als «Überalterung der Gesellschaft» bezeichnet, d.h. als unerwünschtes Produkt der Anwendung von Erkenntnissen der Naturforschung. Sterbehilfeorganisationen mit suggestiv wirkenden Namen wie «Exit» und «Dignitas» verführen zu einer scheinbar politisch korrekten Steinzeitlösung des Problems, indem sie kranke und alte Menschen dazu ermuntern, ihren Tod rechtzeitig zu organisieren und ihnen bei der Realisierung «helfen».

*Die Aufgabe des zivilisierten Arztes*

Unheilbar kranke Menschen auf Verlangen oder auch unfreiwillig zu töten, wird mit dem angeblichen Missbrauch der Möglichkeiten zur Lebensverlängerung durch sture Ärzte mit der Autonomie und Würde des Individuums und mit Mitleid begründet. Der Onkologe und Nationalrat Cavalli hat die Ansicht geäussert [2], dass der Hippokrati-

sche Eid in der heutigen Zeit als Prinzip ärztlichen Verhaltens veraltet sei. Er übersieht, dass die Hippokratiker vom Arzt ein auch nach 2500 Jahren notwendiges zivilisiertes Verhalten forderten. Denn trotz bemerkenswerter Erfolge der Medizin als jüngster aller Wissenschaften ist die Aufgabe des Arztes immer noch dieselbe [3]: Der mit Hilfe vernünftigen Denkens die Natur erforschende Arzt soll Krankheiten heilen, Leiden mildern, Quacksalberei vermeiden und verzweifelte Patienten trösten, aber niemals töten, auch nicht auf Verlangen. Diese Forderung deckt sich mit dem jüdisch-christlichen Gebot, nicht zu töten. Dieses Gebot drängte sich zur Zivilisierung des Homo sapiens sapiens auf. Denn die Entwicklung von Hemmungen gegen die aus der Steinzeit stammende, damals zum Überleben unerlässliche Neigung, zu töten, war notwendig und ist nach den Schrecken des 20. Jahrhunderts nötiger denn je.

#### *Gnädige Natur auch beim Sterben des Menschen*

Das Sterben des Menschen ist wie bei allen Lebewesen ein natürlicher Vorgang. Dank bestimmten Botenstoffen (z.B. Endorphinen) funktioniert die Natur auch beim Menschen wunderbarerweise so gut, dass keiner in Todesgefahr und in der Agonie leidet [4]. Beobachtungen und Äusserungen Sterbender, tödlich Verletzter und Berichte von Patienten, die nach einem Herzstillstand wiederbelebt wurden und von Leuten, die im Krieg oder im Gebirge tödliche Gefahren überstanden, widersprechen den Behauptungen, die natürliche und medizinische Schmerzlinderung und Euphorisierung reichen nicht aus, um das Leiden von unheilbar kranken und alten Patienten erträglich zu machen.

Die zur Vorbereitung auf den Tod betriebene «Enttabuisierung» des Sterbens und des Todes durch Befürworter der aktiven Sterbehilfe verunsichern kranke und alte Menschen, statt die insgeheim immer vorhandene Hoffnung, ein Ausnahmefall zu sein, nicht zu zerstören und Gelassenheit gegenüber dem Unvermeidlichen zu unterstützen. Für die grosse Mehrzahl der Ärzte und Pflegenden ist das Wohl des unheilbar kranken Patienten wie bei allen Patienten das Ziel ihres Handelns, das mit Hilfe der mitmenschlichen, tröstenden Zuwendung, Pflege und Schmerzlinderung angestrebt wird. Es darf nicht unerwähnt bleiben, dass die Mehrzahl der Menschen unerwartet, unverhofft und nicht selten im Schlaf stirbt, was für den Betroffenen einen schönen Tod bedeutet. Tötende Ärzte als Handlanger von Sterbehilfeorganisationen untergraben das Vertrauen des Patienten in die gnädig funktionierende Natur, in die Ärzte, Pflegenden und Angehörigen.

#### *Fragwürdige Straffreiheit der Beihilfe zum Suizid und zur Tötung lebensmüder Menschen*

Die situationsabhängige Variabilität und Beeinflussbarkeit des menschlichen Verhaltens und die Möglichkeit von unerwarteten therapeutischen Durchbrüchen machen jede Patientenverfügung für den «letzten Willen für die letzten Tage» und das Verlangen nach Beihilfe zum Suizid und zur Tötung fragwürdig. Die Prognose des weiteren Verlaufes einer Krankheit und der Lebensdauer ist nie sicher. Daran ändert die beschönigende Rhetorik wie z.B. «Freitodhilfe für sterbewillige Schwerstkranke» nichts. Wegen dieser Unsicherheiten droht Missbrauch. Es besteht kein Zweifel darüber, dass unfreiwillige Sterbehilfe wegen der Straffreiheit in Holland praktiziert wird [5] und die Suizidbereitschaft sich ausbreitet. Kranke und alte Patienten geraten unter Druck, weil gutgläubige, pflichtbewusste Bürger niemandem zur Last fallen und hohe Kosten verursachen wollen.

Art. 115 des Strafgesetzbuches, wonach die Beihilfe zum Suizid nur bei «selbstsüchtigen Motiven» für strafbar erklärt wird, wurde 1942 geschaffen. Ausser der Selbstsucht, die nicht so leicht nachweisbar ist, können noch andere nicht minder verwerfliche Motive bei der vorzeitigen Beendigung des Lebens eine Rolle spielen. Es darf nicht vergessen werden, dass die Nationalsozialisten und Kommunisten wehrlose Menschen im Namen einer wahnhaften Ideologie umbrachten und sich dabei auf ärztliche und juristische Beihilfe stützen konnten [6]. Heute fällt auf, dass der Ruf nach einer vorzeitigen «würdevollen» Beendigung des Lebens aus einer Ecke erschallt, die von den einen als fortschrittlich sozialliberal gelobt und von anderen als dekadent liberal verurteilt wird.

In der 1994 eingereichten Motion behauptete Nationalrat Victor Ruffy, dass die noch unheilbaren Krankheiten die Würde des Menschen in schwerer Weise beeinträchtigen und deswegen immer mehr Menschen ihr Ende mitbestimmen und «in Würde» sterben möchten. Mit solchen Behauptungen missachtet Nationalrat Ruffy die unbestreitbare Tatsache, dass die zuwendende, pflegerische Leidensmilderung seit langem praktiziert wird und dass den heutigen Ärzten sehr wirksame Methoden zur Schmerzlinderung und Euphorisierung zur Verfügung stehen. Trotz dieser Fakten wurde die Motion, einen neuen Art. 115 vorzulegen, an den Bundesrat weitergeleitet. Dieser reagierte mit dem Einsetzen einer zur Hälfte aus Juristen bestehenden Arbeitsgruppe, in der kein einziger an der Patientenfront tätiger Hausarzt Einsitz hatte. Statt die Gefahr des Missbrauchs der Straffreiheit der Beihilfe zum Selbstmord zu erkennen, befürwortete die allerdings nur knappe Mehrheit dieser ausgewählten Expertengruppe in ihrem Bericht vom 31. März 1999 die Straffreiheit auch der

aktiven Sterbehilfe. Sie belies den schlüpfrigen Art. 115 unverändert und schuf einen neuen Absatz zu Art. 114\* des Strafgesetzbuches, der die Unsicherheit der Prognose des Krankheitsverlaufes und der Lebensdauer nicht beachtet und die «Unerträglichkeit» des Leidens weder beweist noch definiert.

Die Missachtung von Normen der Natur durch Gesetze formulierende Juristen ist stossend. Kein Geringerer als Montaigne [4] hat nach dem Erlebnis eines schweren Reitunfalles, nach dem er während zwei Stunden für tot gehalten wurde, darauf hingewiesen, dass sich niemand um sein Sterben Sorgen machen müsse, weil die Natur dies für ihn erledige. Todkranken Menschen als Vorbereitung auf den Tod tendenziöse Sterbeliteratur und «hilflose Helfer» und bei angeblicher Unerträglichkeit des Leidens statt natürlicher mitmenschlicher Zuwendung und Schmerzlinderung einen Suizid zuzumuten, zu ermöglichen oder den Tod sogar aktiv herbeizuführen, ist Ausdruck von Anmassung und Überheblichkeit und nicht von Mitleid und Würde. Nicht beeinflusste Patienten verlangen nichts anderes als einen natürlichen mitmenschlichen Umgang, wie er zu Hause und im Spital bei nicht indoktrinierten Pflegepersonen und Angehörigen und nicht von einer hochtrabenden Sterbepsychologie beeinflussten Patienten üblich ist. Patienten vertrauen Ärzten, Pflegenden und Angehörigen, wenn sie die Gewissheit haben, dass diese nicht töten und sie niemals im Stiche lassen [7].

Max Geiser, Wabern

- 1 Brockhaus Enzyklopädie, 20. Auflage, Band 6, S. 714-5 und Band 21, S. 95-8.
- 2 Nydegger E. Die vielleicht gefährlichen Wege der Sterbehilfe. Streitgespräch zwischen zwei Nationalräten. Schweiz Ärztezeitung 2000; 81:2898-901.
- 3 Fabre J. The Hippocratic Doctor. Ancient lessons for the Modern World. London: Royal Society of Medicine Press; 1997.
- 4 Thomas L. The natural death in «The Medusa and the Snail». New York: The Viking Press; 1974.
- 5 Twycross RG. Euthanasia: going Dutch? J Roy Soc Med 1996;89:61-3.
- 6 Bastian T. Furchtbare Ärzte. Medizinische Verbrechen im Dritten Reich. München: Beck Verlag; 1995.
- 7 Löffler W. Unser Ärztestand am Scheideweg zwischen freiheitlicher Verantwortung und Zwang. Zeitfragen der Schweiz. Wirtschaft und Politik 81, 1963.

\* «Hat der Täter eine in ihrer Gesundheit unheilbar beeinträchtigte, kurz vor dem Tod stehende Person getötet, um sie vor unerträglichem und nicht behebbaren Leiden zu erlösen, so sieht die zuständige Behörde von der Strafverfolgung, der Überweisung an das Gericht oder der Bestrafung ab.»