



Vom «Esotrik» – mit Esoterik geht es leichter

Warum eigentlich nicht Esoterik, wenn die Schulmedizin so mühsam ist? Warum sich täglich all den Qualitätskriterien stellen, die immer gleichen Fragen nach Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit über sich ergehen lassen, jede Hypothese mühsam empirisch überprüfen?

Es geht ja so viel einfacher!

Die Leute wollen es, verunsichert von der wissenschaftlichen Medizin, die so viel kostet, deren Komplexität überfordert, deren ethische Problematik nicht zu überblicken ist – die Menschen hungern nach einfachen Rezepten.

Also geben wir sie ihnen.

- Zuerst postuliert man eine bisher nicht bekannte Kraft, ein Kräftespiel, einen Saft ein Säftespiel, einen Median oder ein Mediansystem, dessen Dysregulation die Probleme schafft und dessen Neukalibrierung die Probleme löst.
- Das untermauert man mit schwierig tönenden Theorien, am besten aus der modernen Physik, womöglich der Relativitätstheorie, der Quantenphysik, der Chaostheorie, gesalzen mit Attraktoren und gepfeffert mit dissipativen Strukturen.
- Man zitiert am liebsten Einstein, Prologine und Maturana, diese Autoren beeindruckten am stärksten, und die Gefahr ist gering, dass ein Leser deren Theorien verstanden hat. Die Theorie muss genauso umständlich formuliert sein, dass sie schwer zu widerlegen ist, sie hat aber auch so simpel zu sein, dass sie vorgeben kann, alles zu erklären.
- Man stellt sich auf den Standpunkt, wer der neuen Theorie widerspreche, der habe nichts begriffen; hingegen würde jeder, der sich ebenso intensiv mit der Frage beschäftigt hätte wie der Vertreter der Theorie, unweigerlich deren Richtigkeit erkennen.
- Man bietet Kurse an, hält Vorträge und schafft sich so seine Anhängerschaft. Die Sache ist lukrativ, die Schranken des Sozialversicherungswesens entfallen, und die autoritätshungrigen Menschen bezahlen gern.
- Man macht die Medien auf sich aufmerksam, die sich in ihrer gewohnt arztkritischen Haltung bestätigt fühlen und bereitwillig ein grosses Podium bieten.

- Man stellt sich dar als Opfer von Anfeindungen durch die Schulmedizin, deren Widerspruch geradezu als Argument für die Richtigkeit der eigenen Theorie genutzt werden kann.
- Das Risiko ist gering, eine Haftpflichtversicherung erübrigt sich, denn erstens sind ja die neuen Kräfte am Werk, nicht der Schöpfer der Theorie, und zweitens ist kaum zu befürchten, dass ein Opfer eine Anzeige erstattet.

Wer sich nämlich bimanuell auf seinen Kopf drücken liess, um dann für 30 Minuten an den Füessen aufgehängt zu werden und dafür Fr. 120.– bezahlte, der wird kaum hingehen und sich beschweren, weil die Beschwerden nicht verschwunden sind. Wie sagte doch Gotthelf: Wer schon den Schaden hat, der will nicht auch noch den Spott riskieren.

Was tun Sie nun, geneigte Leserin, geneigter Leser? Bedienen Sie sich morgen auch des Esotriks? Werden Sie sich auch auf eine Erleuchtung berufen oder auf ein Medium? Wollen Sie auch eine Para-Kraft erfinden und eine Para-Kraft-Praxis eröffnen?

Oder bleiben Sie – wie ich – auf dem schwierigeren Weg, bei unserer alten, etwas mühsamen, dafür aber redlichen Schulmedizin? Wir machen zwar keine Schlagzeilen, dennoch ist unser Metier faszinierend, und viele unserer Patienten sind dankbar. Ich wünsche Ihnen Ausdauer und Befriedigung.

Tedy Hubschmid, Bern



«Eine tragbare Grundversicherung durch Eigenverantwortung»

En tant que médecins impliqués depuis plusieurs années dans la prévention du tabagisme et le conseil aux fumeurs, les soussignés ont pris connaissance avec stupéfaction de l'article paru le 6 juin 2002 dans Infosantésuisse «Eine tragbare Grundversicherung durch Eigenverantwortung».

L'auteur (NB) prétend qu'aucune étude à long terme n'a montré que les substituts nicotiniques ont aidé des fumeurs à arrêter de fumer. Il ajoute que le plupart des fumeurs cessent de fumer sans aide et que l'utilisation de substituts nicotiniques, auxquels recourent seulement 1 à 2% des fumeurs, est donc inutile. Après un calcul des coûts supplémentaires qu'entraînerait le remboursement des substituts nicotiniques pour tous les fumeurs qui désirent arrêter, il conclut

que les frais seraient prohibitifs et termine en affirmant que le fait de fumer est une libre décision de chacun et que les fumeurs sont déjà prêts à dépenser beaucoup pour entretenir leur habitude.

Les substituts nicotiniques ont fait l'objet de plus de 200 études contrôlées, qui ont montré pour la plupart une efficacité statistiquement supérieure à celle d'un placebo, aussi bien dans le cadre de consultations spécialisées que dans la pratique ambulatoire quotidienne. Ces études sont résumées dans le guide de pratique clinique publié par l'US Dept of Health and Human Services «Treating tobacco use and dependence» ainsi que dans les analyses comparatives du Cochrane Group. La preuve scientifique de l'utilité de ces produits est donc établie.

Il est parfaitement exact que la plupart des fumeurs cessent de fumer sans assistance extérieure ni médicamenteuse. Personne ne songe à proposer la prescription systématique d'une assistance médicamenteuse chez ceux qui parviennent à un arrêt spontané et qui s'y maintiennent à long terme (bien que le taux de succès spontané soit faible, compris entre 1 et 5% selon les groupes de population). Les substituts ne sont indiqués que chez les patients prêts à cesser de fumer et qui demandent ou ont besoin d'un soutien pharmacologique. Le problème est par contre que ceux des fumeurs chez lesquels l'arrêt du tabac est le plus impérativement nécessaire pour raison de santé (malades cardiaques et atteints d'obstructions vasculaires, insuffisants respiratoires), sont souvent ceux qui ne peuvent pas arrêter sans aide et chez lesquels la prescription de substituts nicotiniques représente un véritable traitement et non une thérapie de confort. Ainsi, pour les patients atteints de BPCO, il est paradoxal que le système d'assurances sociales rembourse de traitements utiles mais qui ne modifient en rien l'évolution à long terme de la maladie, tels que les bronchodilatateurs, les antibiotiques, les fluidifiants bronchiques, les stéroïdes et la physiothérapie respiratoire et refuse la prise en charge du seul traitement dont on a clairement démontré qu'il est susceptible d'améliorer le pronostic. Par ailleurs, une étude réalisée à l'Université de Lausanne montre que le conseil médical et la prescription d'une aide pharmacologique aux fumeurs possède un rapport coût/efficacité favorable et représente l'une des interventions les plus efficaces en pratique clinique.

Reste enfin l'affirmation, parfaitement inexacte, selon laquelle le tabagisme est un choix librement consenti. Il est clairement établi que l'obstacle principal à l'arrêt du tabac est le fait que la

majorité des fumeurs réguliers ont une importante dépendance physique vis-à-vis de la fumée et que celle-ci empêche une décision d'arrêt. Assimiler le tabagisme à une simple habitude librement choisie revient à faire le jeu des fabricants de cigarette. Il est regrettable que les représentants des institutions d'assurance de notre pays tombent si facilement dans le piège!

*Dr Jean-Pierre Zellweger, Lausanne
Dr Jacques Cornuz, MD, MPH, Lausanne*

Copie: Rédaction Infosantésuisse,
Römerstrasse 20, Postfach, 4502 Solothurn,
e-mail: info@santesuisse.ch



Wie eine gute Idee noch besser verwendet werden könnte

Zugegeben, die Krankenkassen haben's nicht leicht in unserem Gesundheitswesen. Überalterung, immer neue Pflichtleistungen, teure Medikamente und Methoden belasten die Finanzen. Der Bund zahlt immer weniger, also steigen die Prämien rasant.

Sparmassnahmen sind gefragt. Die Gesundheitspolitiker versprechen sich Grosses von den Qualitätskontrollen bei den teuren Ärzten. Die Idee greift. Mit schuldbewusstem Eifer bemächtigt sich die Ärzteschaft dieser Forderungen an sich selbst. Mit beispiellosem Masochismus beflusst sie sich pedantischer Kontrollen von allem und jedem und zelebriert zerknirscht die intensivsten Nabelschau. Was diese ekstatischen Selbstreinigungen und Kasteiungen effektiv bringen, ist unter dem Strich nicht wirklich festzustellen und auch unwichtig.

Nun ist medienkundig, dass sich die angespannte Finanzlage vieler Krankenkassen in letzter Zeit zur Katastrophe entwickelt hat. Darob sind auch die Ärzte nicht glücklich, besonders aber weil sie schliesslich dafür mit aller Art Beschuldigungen verantwortlich gemacht werden. In dieser desolaten Situation ist es ein Lichtblick, das Rezept zur baldigen Gesundung bei der Hand zu haben: Qualitätskontrolle bei den Krankenkassen!

Bereits bei den unqualifizierten Äusserungen von Herrn Manser letzthin wird offensichtlich, dass er ob der Informationsflut und Zahlenüberschwemmung die Durchsicht völlig verloren hat. Selbst wenn man die Aktion des obersten Chefs der grössten Krankenkasse auch als Täuschungsmanöver, Ablenkung und Flucht nach vorn erkennt, schreit nur schon der Bereich «sta-

tistische Verarbeitung» nach Qualitätskontrolle. Es ist eigentlich unbegreiflich, dass die Führung unseres Berufsstandes nicht schon seit Jahren die klare, lautstarke Forderung nach Qualitätskontrollen im Krankenkassenwesen gestellt hat. Gleichlange Spiesse für alle! Die ambulante Medizin kostet bekanntlich weit unter 1/5 der Gesundheitsaufwendungen in der Schweiz. Eine Qualitätskontrolle bei den Krankenkassen betrifft ein Vielfaches dieses Betrages. Warum nicht endlich Qualität dort suchen, wo es wirklich einschneidet? Sicher wird die regelmässige Qualitätsprüfung bei vielen Kassen eine solide Geschäftsführung zugunsten ihrer Versicherten bestätigen. Aber es ist lange bekannt, dass viele Krankenkassen kostspielige Probleme nicht im Griff haben, wie Immobilieninvestitionen, aufgeblühte Bürokratien, Werbebudget, Anlage finanzieller Reserven, neue Versicherungsmodelle usw. Dass zudem das Problem der anstehenden neuen Medizinaltarife sehr unterschiedlich angepackt wird, liegt auf der Hand.

Fordern wir endlich, was wir schon lange fordern mussten: Ende des Freistils bei den Krankenkassen! Qualitätskontrollen dort, wo die grossen Beträge auf dem Spiel stehen! Ist es denn ein Argument, dass sich viele Krankenkassenbosse nicht in die Karten und hinter die Kulissen schauen lassen wollen? Sind nicht die Ärzte ein leuchtendes Vorbild mit ihrer nun schon jahrelangen freiwilligen Selbstentblössung?

Die Zeit wäre reif, dass die Ärzteschaft nach Jahren ständigen Erduldens wieder einmal Forderungen stellt; dort wo es wichtig ist!

Die grosse Idee der Qualitätskontrollen soll nun endlich dort eingesetzt werden, wo Sparen wirklich etwas bringt: bei den Krankenkassen.

Dr. med. D. Schulthess, Seuzach



Wo sind die jungen Ärzte oder was läuft falsch?

Seit Jahrzehnten muss ich das Wort Ärztelethora nicht nur aus den Medien, sondern auch von Kollegen hören. Mittlerweile sind wir trotzdem soweit, dass viele unserer Spitäler ohne ausländische Ärzte dicht machen könnten.

Die jungen Ärzte wehren sich gegen die Aufhebung des Kontrahierungszwanges. Das ist richtig. Aber, von allen mir bekannten Kollegen, die einen Nachfolger suchen, kenne ich keinen, der ohne weiteres einen solchen gefunden hätte. Bei uns in Kloten hat in den letzten 12 Jahren nur ein Kollege, der sich am lokalen Notfalldienst beteiligt, die Praxis eröffnet und dies nur dank des

Einsatzes eines anderen überlasteten Kollegen. Das Durchschnittsalter der im allgemeinen im Notfalldienst tätigen Ärzte liegt bei über 50 Jahren. Im vergangenen Jahr suchte ein Arzt intensiv einen Nachfolger und gab seine Praxis schliesslich gratis ab. Dies an einen junggebliebenen Arzt, der das 60. Altersjahr bereits hinter sich hatte. Wahrlich, der Drang der jungen Kollegen in die eigene Praxis muss ungeheuer sein.

Dr. med. F. Liebrich, Kloten



Balthasar Stähelins Christustherapie und der Wandel des Welt- und Menschenbilds [1]

Mir ist es nicht geheuer, dass W. Obrist zwei unterschiedliche Wahrnehmungsstandpunkte, bei denen es für mein Verständnis um die Abgrenzung von Immanenz und Transzendenz geht, mit dem Etikett evolutiven Fortschritts bzw. evolutiver Rückständigkeit versieht. Das scheinbar in sich selbst ruhende Menschenbild eines C. G. Jung, das nach den Ausführungen des Autors durch G. Gschwend von neurologischer Seite untermauert wurde, mag zwar – trotz der verdächtigen Geschlossenheit – sehr faszinierend sein, doch scheint es mir ungeeignet, die vom Autor so benannte «archaische Weltansicht» B. Stähelins als «evolutiv» überholt zu kontrastieren. Um es pointiert zu sagen: Mit dem Trick, dass man die psychischen Instanzen «Ich» und «Selbst» (mit «Bewusstsein» bzw. «Unbewusstem») gesamthaft in einer schönen Schemazeichnung mit einem geschlossenen Kreis umgibt, kann man noch lange nicht plausibel machen, geschweige denn beweisen, dass es so etwas wie Transparenz nicht gibt!

In der vorliegenden Diskussion vermute ich daher bloss eine Neuauflage der alten erkenntnistheoretischen Streitfrage, die bereits zwischen Sokrates und den Sophisten verhandelt wurde und die wohl objektiv kaum schlüssig zu beantworten ist, nämlich: *Ist (wirklich) der Mensch das Mass aller Dinge?* Jedenfalls bestreite ich, dass es für die «Echtheit» religiöser Haltung «keine Rolle spielt, ob man sich die dem Ich überlegene Macht als jenseitiges Wesen oder als «(inner-)psychische Macht vorstellt», wie Obrist beteuert; ob unser Vertrauen konkret der Schöpfung (in Obrists Worten: unserm «arteigenen Programm») oder aber einem Schöpfer gilt. Zugegeben: Weder vom Schöpfer im landläufigen Sinn noch vom Unbewussten der Tiefenpsychologie lässt sich das, was in der einen gleich wie in der andern Weltansicht als Gnade bezeichnet wird, irgendwie erzwingen; das unterscheidet also die beiden

Menschenbilder nicht. Und doch fällt es mir, ehrlich gesagt, leichter, zu einem – persönlichen oder auch unpersönlichen – Gott zu beten als zu meinem eigenen, im Unbewussten angesiedelten «Selbst», wenn es z.B. um diese Gnade geht. Man kann, um die Position von Obrist vielleicht sympathischer zu machen, argumentieren, dass, um eine Annäherung zwischen Psychologie und Theologie zu bewerkstelligen, die von ihm genannten Grössen den Begriff Gottes abwerten (oder umtaufen in das «Numinosum»), dafür aber die Psyche – im Gegensatz zu den Positivisten, die sie als eigenständige Seite des Menschen leugnen – aufwerten. Der Gegensatz zwischen Immanenz und Transzendenz, Diesseitigkeit und Jenseitigkeit, je für sich ernstgenommen, bleibt als Frage so dennoch bestehen, wird also durch diesen Versuch einer Würdigung noch keineswegs – weder dialektisch noch gar «evolutiv» – überwunden. In diesem Sinne mahnt Hans Küng [2]: Das «Unbewusste darf ... weder mit *Freud* nur als das Verdrängte, Negative, Böse verstanden werden, noch mit *Jung* geradezu als Quelle der Offenbarung und als Symbol für Gott». Einleuchtender, weil auch respektvoll gegenüber Psychologie und Theologie, nimmt sich (bei Küng) die Umschreibung der Position Erich Fromms aus: «Die im weitesten Sinn des Wortes religiöse Haltung der Verwunderung, des Ergriffenseins und des Einswerdens mit dem All findet sich nach *Fromm* [...] auch in der Psychoanalyse: ein Prozess der Durchbrechung der Schranken des bewussten Ich (Ego) und des Kontakts mit dem ausgeschlossenen Unbewussten, das zur *Hingabe an einen das Individuum transzendierenden Rahmen der Orientierung* [...] strebt.» Zum Schluss nochmals zur Frage, was wohl unter Evolution zu verstehen ist – ein Begriff, der seit Teilhard de Chardin (auch) eine verheissungsvolle geistig-seelische Dimension erobert hat: Wo entscheidet sich Evolution, woran wird ein evolutiver Quantensprung dereinst vielleicht erkennbar? Entscheidet darüber das Denken in einigen gelehrten Köpfen oder nicht vielmehr die Befindlichkeit und eine neue, kaum voraussehbare Befähigung (z.B. auf geistigem Gebiet) einer ganzen Gruppe? Und wenn sie wirklich passiert, muss sie dann nicht evident sein, statt gelehrten Argumenten unterworfen?

Dr. med. B. Hegner-Schürch, Basel

- 1 Obrist W. Balthasar Stähelins Christustherapie und der Wandel des Welt- und Menschenbilds. Schweiz Ärztezeitung 2002;83(25):1333-5.
- 2 Küng H. Freud und die Zukunft der Religion. Stuttgart: Piper/KNO; 1987.



Medizinisch-ethische Richtlinien zur Feststellung des Todes mit Bezug auf Organtransplantationen [1]

In den jetzigen vorgelegten Richtlinien ist eine eindeutige Verbesserung gegenüber denen vom 13. Juni 1996 festzustellen:

«Sie erachtet die Feststellung des vollständigen Ausfalls aller Funktionen des Gehirns, einschliesslich des Hirnstamms, als derzeit bestes Kriterium für den Eintritt des Todes.» In die gleiche Richtung stösst die Formulierung des «sogenannten Herztodes» und die Benennung der Folge des irreversiblen Kreislaufversagens als «sekundären Hirntod».

Genau in diesem Sinne forderte ich am 27. Juli 1995 von der SAMW eine Präzisierung des «Herztodes» als eigentlichen Hirntod. Leider ohne Erfolg. Umso mehr schätze ich die Einsicht des vorgelegten Entwurfs.

Ebenso wird in der vorgestellten Fassung der falsche Satz vom 13. Juni 1996 ausgemerzt: «Es entspricht dem heutigen Stand des Wissens, dass die Feststellung des Hirntodes mit dem Tod des Menschen gleichzusetzen ist.» Eine Feststellung ist ja wohl nie dem Tod gleichzusetzen. Sprachlich ein Unding, die Organe der SAMW waren aber 1996 zu stolz, dies zu korrigieren. Jetzt glückte es.

Die jetzigen Richtlinien bringen auch mehr Vertrauen in die Teams, die an einer Transplantation beteiligt sind.

«Der festgestellte Tod ist die unabdingbare Voraussetzung für eine Organentnahme.»

«Kinder unter zwei Jahren und unterkühlte Personen fallen für eine Organspende ausser Betracht.»

«Eine konstante Bezugsperson in leitender Stellung muss benannt werden.»

«Betreuung der Angehörigen und der Pflegenden!»

«Todeszeit-Dokumentation nach sechs Stunden seit (!) der ersten Feststellung und nicht bei der erstmaligen Diagnose.»

Die Sorgfalt ist hier sehr viel stärker ausgedrückt als in den alten Richtlinien. Die SAMW hat gelernt, getraute sich neu zu formulieren, zu fordern und zu präzisieren. Sehr gut, um die Transplantationsscheu in der Bevölkerung zu verbessern.

Dr. med. J. Bättig, Muttenz

- 1 SAMW. Medizinisch-ethische Richtlinien zur Feststellung des Todes mit Bezug auf Organtransplantationen. Schweiz Ärztezeitung 2002; 83(26):1385-1400.