



Kann die FMH gerettet werden?

Besten Dank für diesen Artikel! [1] Nach 15 Jahren FMH-Mitgliedschaft habe ich jetzt endlich den strukturellen Aufbau der FMH kapiert. Die konstruktiven Vorschläge überzeugen. Die Umsetzung der Vorschläge würde vielleicht sogar den (fast schon) gefällten Entscheid der Augenärzte, der FMH den Rücken zu kehren, ins Wanken bringen.

PD Dr. med. Mario Zulauf, Chur

- 1 Lachenmeier H. Kann die FMH gerettet werden? Schweiz Ärztezeitung 2004;85(11):557-9.



Forschung in der Praxis – ist anders

Lieber Herr Kollege Gnädinger

Sie haben in der Schweizerischen Ärztezeitung resigniert berichtet über Ihr Vorhaben, eine grosse englische Studie über «günstige Effekte» prophylaktischer Gabe von Vitamin D3 bei Senioren – ich nehme an betreffend Osteoporose – zusammen mit Kollegen in einer «placebokontrollierten Studie» selbst zu überprüfen [1]. Gscheitert sei dieses Projekt an der Unmöglichkeit, dazu eine Haftpflichtversicherung zu finden.

Auch Evidencefans, also Kollegen, die nur machen, was schon gemacht ist, niemals selbst etwas anderes, neues Kreatives tun wollen, sollen doch nicht, doppelblind, alles nochmals selbst nachkontrollieren: Learn by doing! Machen Sie es doch!

Konkret: machen Sie es doch, die Vitamin-D3-Therapie bei Alten, allein oder zusammen mit

Kollegen, dann werden Sie ja sehen, «ob es stimmt» – und dann können Sie Ihre Erfahrungen auch publizieren. Dazu brauchen Sie auch keine Zustimmung eines ethischen Komitees. Und keine zusätzliche Haftpflichtversicherung. Meine Erfahrungen mit Vitamin D3 bei Altersosteoporose sind sehr gut (Vitamin D3 ölig 300000 E. i. m. alle zwei Wochen, total 3- bis 5mal), seit Jahrzehnten (!) von mir praktiziert. Habe dies oft in Symposien u.a. mit Prof. Maximilian Dambacher, dem damals massgebenden Osteoporosespezialisten, erfolglos diskutiert, als Decadurabolin, dann Fluor, dann Östrogene en vogue waren – jetzt wurde Vitamin D3 auch von der «Wissenschaft» entdeckt.

Nebenbei bemerkt: diese Dosis liegt 50mal höher als der Tagesbedarf von 400 E=10 Mikrogramm. Es handelt sich also nicht um ein Auffüllen eines Vitamindefizits, sondern um echt pharmakologische Wirkung hoher ViDe3-Dosen (Erhöhung der Kalziumresorption?). Nebenfrage: woher nimmt der Hirsch, ein reiner Vegetarier, jährlich seine zehn Kilogramm(!) Kalzium für sein Ge- weih?

Forschung in der Allgemeinpraxis muss grundsätzlich anders sein. Es kann nie Aufgabe, Sinn und Zweck sein, doppelblinde, «evidente» Studien in der Praxis zu betreiben – das bleibt den Universitäten vorbehalten. Praxis ist anders: wir übernehmen Angebote und schauen, ob sie halten, was sie evident versprechen.

Werden Sie nicht Sklave von Evidence und Guidelines, sondern tun Sie, was Ihnen vernünftig erscheint! Wenn dann Erfolg sich einstellt, werden Sie Freude und Genugtuung erleben.

Dr. med. Johann Jakob, Bad Ragaz

- 1 Gnädinger M. Irrungen und Wirrungen der Forschung in der hausärztlichen Praxis. Schweiz Ärztezeitung 2004;85(7):317.

Irrungen und Wirrungen der Forschung in der Praxis

Mit Interesse habe ich Ihr Editorial [1] gelesen. Da ich seit 30 Jahren versuche, Praxisforschung zu «betreiben», kenne und begreife ich Ihren Frust. Häufig ist es ja so, dass gerade diejenigen Leute, die unser Praxisforschungsdefizit beklagen, uns (wahrscheinlich unbewusst) Knüppel zwischen die Beine werfen.

Erlauben Sie mir noch einige Bemerkungen und Anregungen zu Ihrer Arbeit:

1. Warum müssen wir Praktiker «eine grosse englische Studie» (ich kenne Sie nicht) «überprüfen»? Ist sie nicht glaubhaft? Aber dann überlassen wir das (multizentrisch z. B.) doch lieber den Epidemiologen.
2. Mit Punkt 1 hängt wahrscheinlich Ihre Bemerkung zusammen, «sich mit interessanten Fallbeschreibungen zufriedengeben» zu müssen. Ist das «Zufriedengeben» Beklagen eines Defizits? Interessante «Fälle» sind doch gerade unsere ureigene Praxisdomäne und v. a. *die* finde ich erforschenswert. Das kann genauso «wissenschaftlich» sein, nur taugt dazu die Statistik wenig und die Methodik fehlt uns (noch) weitgehend.
3. Ich habe noch nie eine Ethikkommission gefragt! Meines Erachtens ist Ethik kein allgemeines Konsumgut, sondern eine persönliche Haltung eines im Alltagsumpf erprobten Arztes, was man einem Patienten zumuten darf (natürlich im Konsens mit ihm). Brauchen vor allem Forscher mit schlechtem Gewissen und ohne Patientenkontakt eine Sanktionierung?
4. Das Geld spielt (heute) eine Rolle. Viel davon «liegt herum» und man bekommt es auch

(SAMW), nur ist es nicht ein Stundenlohn! Die Versicherung «Ihres» Altersheimes hätte etwa 1000.– Fr. gekostet, das wäre verkraftbar. Und auch in diesem kleinen Forschungsfeld hätte man randomisieren und «wissenschaftlich» auswerten können.

5. «Vernetzt» sind wir schon, nur muss man die Belastbarkeit des Netzes kennen. Es sind nicht alle Fäden (lies Ärzte) gleich dick und die Maschen gleich gross (Zuverlässigkeit, Motivation usw.). Das schafft auch Probleme.
6. Als «alter Hobbyforscher» fühle ich mich noch immer hilflos. Wir bekommen oft Hilfe von aussen (Epidemiologen, Statistiker, «Weise», Besserwisser usw.), aber nicht diejenige, die wir erwartet haben! Praxiskollegen (KHM, SGAM, FIAM's) verstehen uns, sind aber auch nur Amateure im Forschen; umgekehrt verstehen die «wissenden» Spezialisten nicht, was uns plagt und welches unsere relevanten Fragen sind.
7. Ich glaube, dass «wirkliche» Praxisforschung etwas anderes ist als «akademische». Aber beide müssen vor allem sauber und ehrlich sein. Die «unsere» ist eher patientenbezogen, individuell und narrativ. Aber sie braucht einen langen Atem und viel Frustrationstoleranz. Dazu gibt's kaum Lorbeeren, siehe «gute» Zeitschriften. Lancet lässt grüssen.

Ich freue mich, dass Sie das mager besiedelte Praxisforschungsfeld beackern helfen und danke Ihnen für Ihre Arbeit.

Dr. med. August Wick, Gümligen

1 Gnädinger M. Irrungen und Wirrungen der Forschung in der Praxis. Schweiz Ärztezeitung 2004;85(7):317.

Replik

Wenn Sie einem Patienten im Altersheim Vitamin D verschreiben und es mit einer kurzen Notiz in der Krankengeschichte dokumentieren, ist dies «business as usual». Wenn Sie das gleiche bei ein paar hundert Leuten machen, diese vorher genau informieren, allfällige Nebenwirkungen akribisch dokumentieren und gegebenenfalls Stürze protokollieren, dann ist das eine wissenschaftliche Studie und erhöht sorgfalts- und haftungspflichtig. Alles klar? Ihnen auch nicht? Dann sind wir ja schon zu zweit!

Zur Erinnerung: Inspiriert von einer grösseren englischen Studie, die bei zu Hause lebenden Senioren über 65 Jahre mit einer peroralen Supplementation von 100000 E Vitamin D3 alle 4 Monate eine Reduktion der Frakturhäufigkeit erzielt hatte [1], wollten wir in unserem Qualitätszirkel in Altersheimen im Rahmen einer placebokontrollierten Studie untersuchen, ob eine generelle Supplementation mit Vitamin D3 (analog zu den Neugeborenen) die Inzidenz von Frakturen senkt. Wegen exorbitanter Haftpflichtkosten von Fr. 70000.– mussten wir das Projekt vor seiner Realisierung abbrechen.

Ich möchte nun Stellung nehmen zu den Briefen der Kollegen Jakob und Wirz und das Problem in einzelne Bereiche unterteilen.

1. Muss alles, was einmal bewiesen wurde, doppelt und dreifach nachkontrolliert werden, bevor man es zur Umsetzung in die Praxis empfehlen kann? Beide Kollegen sind der Meinung, eine Kontrolle der englischen Studie erübrige sich. Sind alle Kolleginnen und Kollegen, die ihren Senioren noch nicht routinemässig Vitamin D3 geben, im Unrecht? Die Empfehlung, Senioren über 65 generell mit Vitamin D3 zu supplementieren, gehört in die Evidenzklasse B – der Zenith der Evidenz, die Stufe A, wird erst erreicht, wenn man sagen kann: «Mehrere grosse, randomisierte, doppelblinde Studien haben gezeigt...». Man muss sich vergegenwärtigen, dass durchschnittlich pro 20 publizierte Studien mit signifikantem Resultat eine nur durch Zufall positiv ausgefallen ist (Fehler A) und dass von 5 bis 10 negativen Studien eine eigentlich ein positives Resultat hätte zeigen müssen (Fehler B). Sich auf eine einzige Arbeit abzustützen, die zwar ein klinisch relevantes und statistisch signifikantes Resultat gezeigt hat, um eine generelle Empfehlung auszusprechen, würde in meinen Augen die Aussagekraft einer einzigen Studie überstrapazieren, um so mehr, als es ja um die Behandlung gesunder Rentner und nicht um knochenranke Patienten geht.

2. Soll in Arztpraxen geforscht werden? Beide Kollegen fordern eine *praxisspezifische* For-

schung und glauben, dass placebokontrollierte Studien nur in die Hände von Universitätsinstituten gehören. Es wird eine neue (bzw. «alte») Art von praktischer Forschung vorgeschlagen, nach dem Motto «Lernen aus Erfahrungen»; Erfahrungen, die dann auch publiziert und an Kongressen weitervermittelt werden sollen. Als einer der wenigen Praktiker, die regelmässig an der Hausärzterfortbildung Fälle vorstellen, liegt mir fern, das Lernen aus Fallstudien und -berichten geringzuschätzen, wie dies Kollege Wirz wohl verstanden hat – ich denke aber, dass sich diese Art von Lernen besser für den Einzelfall als für die generelle Empfehlung einer therapeutischen Intervention eignet.

3. Sollen in der Schweiz Medikamente ohne Patentschutz erforscht werden? Darüber äussern sich die Autoren der Leserbriefe nicht spezifisch. Meinerseits bin ich der Auffassung, dass – falls überhaupt etwas gefördert werden solle – dies Forschungsprojekte ohne wirtschaftliche Interessen sein müssten (z.B. Grundlagenforschung, seltene Erkrankungen, Krankheiten in Entwicklungsländern, praxisnahe Untersuchungen mit zugelassenen Medikamenten). In der gleichen Ausgabe der Schweizerischen Ärztezeitung, in der das Editorial erschien, fordert dies auch unser Präsident H. H. Brunner in seiner Stellungnahme zur Vernehmlassung einer neuen Strafnorm betreffend Korruption [2]. Die kommerzielle Forschung solle durch günstige politische und ökonomische Rahmenbedingungen lediglich nicht behindert werden, brauche aber keine Förderung im eigentlichen Sinn.

4. Politisches Umfeld (oder: Haben wir statt einem «Haftpflicht-» ein «Problem Heilmittelgesetz/Swissmedic?»). Sollte der Leser / die Leserin dieser Replik zum Urteil gekommen sein, dass auch in Arztpraxen «evidenzbasiert» geforscht werden sollte und dies vornehmlich im nicht kommerziellen Bereich zu geschehen habe, stellen sich weitere praktische Fragen: Soll ein Projekt zur Realisierung gelangen, so sind vornehmlich drei Dinge notwendig. Es braucht a) eine Idee, b) einen vom «feu sacré» beseelten Projektleiter und c) ein Umfeld, das eine Realisierung des Projektes überhaupt ermöglicht. Im Bereich der Ideensammlung und des Ideenaustausches ist unser Projekt der Ideendatenbank [3, 4] anzusiedeln. Es ermöglicht Kolleginnen und Kollegen, flüchtige Gedanken und Vorschläge systematisch in einer Datenbank abzulegen, wo sie von anderen wieder aufgenommen und eventuell im Rahmen eines Projektes weiterentwickelt werden können. Mögliche Projektleiter oder -teams könnten sich aus bestehenden Qualitätszirkeln, aus organisierten Ärztenetzwerken

- 1 Trivedi DP, Doll R, Khaw KT. Effect of four monthly oral vitamin D3 (cholecalciferol) supplementation on fractures and mortality in men and women living in the community: randomised double blind controlled trial. Br Med J 2003; 326:469-72.
- 2 FMH (Brunner HH, Müller Imboden AM). Beitritt zum Strafrechtsübereinkommen und zum Zusatzprotokoll des Europarates gegen die Korruption sowie Änderung des Strafgesetzbuches und des Bundesgesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (Vernehmlassung). Schweiz Ärztezeitung 2004;85(7):327-8.
- 3 Gnädinger M, Gysling P. Ideendatenbank. Eine Bedarfsabklärung. Schweiz Ärztezeitung 2003; 84(31):1622.
- 4 Gysling P, Gnädinger M. Ideendatenbank. Schweiz Ärztezeitung 2004;85(10):507-8.

wie www.medix.ch oder nicht kommerziellen Organisationen wie www.alfanet.ch rekrutieren. Wenn eine Idee und ein passendes Projektteam zusammenkommen und man ein Placebo beschaffen kann, was bei patentgeschützten Mitteln mitunter schwierig ist, sollte das ganze nicht wie in unserem Fall durch unüberwindliche gesetzliche Hürden verunmöglicht werden. Dass für grössere wissenschaftliche Projekte eine Haftpflichtversicherung abgeschlossen werden muss, entspricht zwar dem Wortlaut des neuen Heilmittelgesetzes. Die nicht kommerzielle Forschung ist bei der Ausarbeitung dieses Gesetzes aber wahrscheinlich einfach vergessen worden. Durch buchstabengetreue Auslegung der Paragraphen entstehen nun Probleme, an die zuvor niemand gedacht hat (ähnlich, wie die buchstäbliche Auslegung eines Gesetzes bei den deutschen Zollkontrollen und den Re-Importzöllen der EU usw. zu unerwarteten negativen Auswirkungen geführt hat). Übrigens sind wir Hausärzte nicht die einzigen, auch die Onkologen haben ein massives Problem mit der praxisnahen Forschung [5]. Deswegen sollte neu eine Möglichkeit eingerichtet werden, die notwendige Haftpflichtgarantie für ein praxisnahes Forschungsprojekt bei einer staatlichen Institution (Nationalfonds? BAG?) einzureichen und auch zu erhalten, ohne Dutzende von Anträgen schreiben, jahrelang warten oder gar 5stellige Beträge selber aufbringen zu müssen. Verschiedene Reaktionen haben die Preisvorstellungen der Winterthur- oder Zürichversicherung mit zum Teil heftigen Worten gerügt. Ich denke mir, diese Versicherungen haben überhaupt keinen Tarif für nichtkommerzielle Forschung mit harmlosen Substanzen – man hat uns wohl einfach den Satz für die niedrigste Risikoklasse kommerzieller Forschung angeboten (Fr. 35.– pro Patient).

5. Ethik als Konsumgut (oder Feigenblatt): Kollege Wirz fragt sich, ob die Eingabe ans ethische Komitee für eine Studie aus der Praxis wirklich notwendig war. Die multizentrische Planung dieser Studie hat uns verpflichtet, den mitarbeitenden Heimen ein einwandfreies Design und die Einholung aller notwendigen Bewilligungen zu gewährleisten. Zur politischen Situation, in die als «willige Vollstrecker» der Swissmedic auch die ethischen Komitees der Kantone gehören,

habe ich mich schon im vorherigen Abschnitt geäussert.

6. «Macht's doch einfach!» Beide Kollegen schlagen vor, wir sollen doch einfach loslegen, wenn's uns in den Fingern zuckt, Jakob in Form von Einzelfalltherapien und Wirz mit einer kleinen Studie im «eigenen» Altersheim. Mal abgesehen davon, dass wir kein eigenes Altersheim besitzen, haben wir die Studienanlage nicht aus Grössenwahnsinn aufgebläht, sondern uns in etwa an die Probandenzahl der englischen Studie gehalten, um einen Typ-B-Fehler wegen einer zu kleinen Anzahl der eingeschlossenen Pensionäre zu vermeiden. Auch die Tatsache, dass wir wegen der Haltbarkeit des Studienmedikamentes nur eine zweijährige Untersuchung planen konnten, schränkte die zu erwartende Wirkung ein (und erhöhte damit die notwendige Probandenzahl). Einzig, dass die Altersheimbewohner als «in-patients» in unserem Studiendesign wohl eher einen Lichtmangel und häufigere Stürze hatten als die «out-patients» der englischen Studie, hätte für eine geringere Probandenzahl gesprochen. Ich bin nicht sicher, ob eine Therapie mit pharmakologischen Dosen von Vitamin D3, wie sie Kollege Jakob vorschlägt – auch ausserhalb einer wissenschaftlichen Studie –, für die Indikation Prävention von Altersosteoporose im Falle einer Klage vor dem neuen Heilmittelgesetz bestehen könnte.

Gedanken zum Schluss: Wäre unsere Studie unter anderen politischen und rechtlichen Rahmenbedingungen zustande gekommen? Das weiss ich, ehrlich gesagt, auch nicht. Hätten wir eine Haftpflichtgarantie bekommen, wäre auch die Bewilligung vom ethischen Komitee problemlos zu kriegen gewesen. Wir hätten dann die Heime angeschrieben und gehofft, dass genügend Heime ehrenamtlich Daten erheben und eine ausreichende Anzahl Pensionäre mitmachen würden. Da der Flaschenhals aber schon im Vorfeld da war, werden wir nie erfahren, wie die Übung ausgegangen wäre. Die Kollegen Jakob und Wirz sind beides altgediente Kämpfer und haben einen reichen Schatz an praktischer Erfahrung. Was denken wohl die jüngeren Kolleginnen und Kollegen zu diesem Thema...?

Markus Gnädinger, Steinach

5 Cerny T. Klinische Forschung in der Schweiz – quo vadis? Eine Polemik. *Bioethica Forum* 2003;39:4-8.



Stellungnahme zur «liquid-based cytology» (LBC) aus der gynäkologischen Praxis

Die Replik von Herrn Obwegeser mag evidence-based klingen [1], aber für mich als Frauenarzt ist seine Antwort auf den Artikel von C. Moll [2] mehr von theoretischem als von praktischem Nutzen! Fragen wir uns doch, warum die LBC (sogenannte Dünnschichtzytologie) in den gynäkologischen Praxen einen solchen Siegeszug vollzogen hat? Nach 18 Jahren Frauenarztpraxis habe ich die Nase vom Nebel des Fixationssprays im wahrsten Sinne des Wortes voll. Seit der Umstellung auf LBC haben sich auch meine Daumnägel vom immer Spröder- und Brüchigerwerden erholt (ich verwendete Latexhandschuhe EG-Richtlinie EN455 und nicht, wie vom Merck-Sicherheitsdatenblatt des gängigen Fixationssprays vorgeschrieben, die teureren und unbequemeren Nitrilkautschuk-Handschuhe EN374). Ich habe auch nicht immer an die Erste-Hilfe-Massnahmen im Zusammenhang mit dem wässrig-ethanolischen (Alkohol/Polyglykol) Fixationsspray gedacht: nach Einatmen → Frischluft; nach Hautkontakt → mit reichlich Wasser abwaschen; nach Augenkontakt → mit reichlich Wasser bei geöffnetem Lidspalt ausspülen (Sicherheitsdatenblatt Merck im Internet Punkt 4). Angenehm wäre im besten Fall noch eine allfällige systemische Nebenwirkung, die Euphorie! Diese verging mir allerdings wieder bei der Objektträgerpräparation mit gelegentlichen Spritzern ins Gesicht und der damit zusammenhängenden Infektionsschutzproblematik. Die Kunststoffplatte meines Assistentztisches habe ich neulich von den Schäden der herunterlaufenden Fixationschemikalien renovieren lassen. Die Einführung der LBC in meiner Praxis hat mich nicht nur von den erwähnten Unannehmlichkeiten befreit, sondern gleichzeitig die Qualität meines Zytologiematerials wesentlich verbessert. Ich habe im ganzen letzten Jahr – bei gleicher Entnahmetechnik – lediglich einen nicht repräsentativen Pap produziert und nicht, wie in 17 Jahren vorher, deren unzählige. Alle Schweizer Gynäkologen* sind, was die Entnahme der Zervixzytologie betrifft, kompetent ausgebildet. Das Problem liegt ganz woanders: in der Präparation des Objektträgers während der gynäkologischen Untersuchung. Dieser wird unter Zeitdruck sofort nach der Entnahme angefertigt, währenddem sich die Patientin immer noch in ungeliebter Position auf dem Gynäkologiestuhl befindet. Die behandschuhte Rechte des Gynäkologen ist teils vom Gleitmittel glitschig, das Speculum selten bereits am Heraus-

rutschen ... und so kommen teilweise schlecht angefertigte Objektträgerpräparate ins Labor: zu dick aufgetragen, zu spät fixiert, zu stark von Blutzellen oder Schleim überlagert, kurz zusammengefasst: nicht repräsentativ! Und wie erklärte ich dies meiner jeweils betroffenen Patientin?

Ganz anders spielen sich in der Praxis die Kommunikation und der Umgang mit den Abstrichresultaten Pap IIV ab. Diese machen im Jahr 2003 seit der Umstellung auf LBC in meiner Praxis 6,2% der Resultate aller Vorsorgeabstriche (rund 1000) aus; laut Laborstatistik werden im Gesamtkollektiv der eingesandten und analysierten LBC 4,07% Pap IIV im auswärtigen Labor diagnostiziert (bei total etwa 27000 analysierten Abstrichen pro Jahr). Und diese Pap IIV sind sicher kein Grund für eine HPV-Typisierung (wie von Herrn Obwegeser kritisiert). Entsprechende Empfehlungen sind nachzulesen: «Beim Vorliegen von eindeutigen Epithelveränderungen ist eine Typisierung allfällig vorliegender Papillomaviren entscheidend für das Festlegen der Frequenz weiterer Kontrollen und therapeutischer Eingriffe.» [3] Die HPV-Typisierung macht also nur bei klinischer Konsequenz einen Sinn. Aus meiner Praxis kommt auch die Erkenntnis, dass in mehreren Einzelfällen im vergangenen Jahr ein Verdacht auf Adeno-Ca der Zervix bzw. Carcinomata-in-situ mit Hilfe der LBC diagnostiziert wurden, die – bei der ein (bzw. 2 und 3) Jahr(e) zurückliegenden konventionellen Pap-Entnahme – ein normales Resultat vorgewiesen hatten! Die Konisation erfolgte jeweils im Gesunden; bei der Adeno-Ca-Patientin ist eine Hysterektomie in der Diskussion.

Mein Zytologielabor (keinem der eingangs erwähnten Autoren zugeordnet) verrechnet zukommenderweise die LBC zum TARMED-Preis (TP Fr. -.85) eines konventionellen Pap (Fr. 24.60). Aus Überzeugung würde ich anfallende Mehrkosten der LBC sogar selber tragen, obschon sie dann – mit der momentanen EDI-Regelung – als nichtkassenpflichtige Leistung den Patientinnen weiterzurechnen wären.

Bei der LBC handelt es sich also um eine neue Technologie zur Bearbeitung des Zervixabstrichs. Daraus ergeben sich qualitativ konstant hochstehende Objektträgerpräparate. Das Labor nimmt zwar mit zusätzlichem Aufwand dem Gynäkologen einen unangenehmen Arbeitsschritt ab, die Zytologielaboranten hingegen schätzen es, dass sie bei gleichbleibendem Arbeitsablauf unter dem Mikroskop das nun qualitativ einheitliche Material produktiver beurteilen können.

Daniel Brügger, Laupen

* Zur Kenntnisnahme: die männliche Form beinhaltet auch die weibliche Bezeichnung.

- 1 Obwegeser J. Warum es die Dünnschichtzytologie nicht braucht! Stellungnahme zum Artikel von C. Moll. Schweiz Ärztezeitung 2004;85(10):512-4.
- 2 Spezialärztinnen und -ärzte für Zytopathologie der SGZ. Dünnschichtzytologie. Stellungnahme zur Verfügung des Eidgenössischen Departementes des Innern (EDI) vom 1. April 2003. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(50): 2666-7.
- 3 www.pathology.unibe.ch/Diagn/speztech/ spez_hpv.htm.



Seuchenbekämpfung mit «fortschrittlicher Ethik»

Die Stellungnahme des Bundesamtes für Gesundheit BAG [1] und von drei Mitgliedern der Eidgenössischen Kommission für AIDS-Fragen EKAF [2] auf die Kritik der HIV-Bekämpfung in der Schweiz [3] sind hilflos in der Sache und peinlich für den verantwortlichen Direktor des BAG. Denn der Leiter der Facheinheit Sucht und AIDS, Roger Staub, sieht sich als MPH (Master of Public Health) und MAE (Master of Advanced Ethics) gezwungen, die Richtigkeit der Kritik zu bestätigen, indem er feststellt, dass «die Präventionsanstrengungen seit einigen Jahren vernachlässigt wurden», das «Contact Tracing im Interesse der öffentlichen Gesundheit ist», dass «jeder schwangeren Frau der HIV-Antikörpertest systematisch zu empfehlen ist» (aber vom BAG erst seit einem Jahr empfohlen wird) und dass «die bisherige Arbeit noch verbesserbar ist». Die AIDS-Spezialisten müssen einsehen, dass eine Beratung mit Verzicht auf einen HIV-Test eine verpasste Chance zur Prävention ist, und dass es gemäss den Erfahrungen mit der Schwangerschaftsverhütung Präservationsverwendungs- und Präservativdichtepannen gibt.

Die Betonung von Schwierigkeiten beim Contact Tracing und der HIV-Testung von schwangeren Frauen stellt keine Entschuldigung für die Unterlassung der Tests und der Umgebungsuntersuchung dar. Die Interpretation der Tatsache des verkürzten Zeitraumes zwischen dem ersten HIV-positiven HIV-Test und der AIDS-Diagnose als Folge der «guten Betreuung und Therapie, so dass HIV-positive Menschen nicht mehr krank werden», demonstriert Wunschdenken und Selbsttäuschung der drei Mitglieder der EKAF. Die Gegenüberstellung der «Mittel der klassischen Seuchenbekämpfung mit der gewählten Lernstrategie und des «Old Public Health Paradigmas» mit der sich auf «New Public Health» stützenden modernen gesundheitswissenschaftlichen Lernstrategie, die die Gesellschaft ohne Diskriminierung der Betroffenen auf ein Leben mit dem bis auf weiteres unausrottbaren Virus einstellen will» und die Eröffnung, dass «die unter New Public Health subsumierten Strategien des Umgangs heutiger Gesellschaften mit Krankheiten in den letzten 25 Jahren von Spezialisten in öffentlicher Gesundheit mit vorwiegend medizinischem Hintergrund interdisziplinär entwickelt wurden», deutet auf einen ideologischen Hintergrund der Lernstrategie

und nicht auf gesundheitspolitische Vernunft, die Roger Staub als Nichtmediziner für sich in Anspruch nimmt.

Der Versuch, mit dem Hinweis auf den aufgelösten VPM die Berechtigung und Richtigkeit der Kritik der HIV-Bekämpfungsmethoden in der Schweiz anzuzweifeln, ist ebenso fadenscheinig wie der Versuch der ausgewählten Experten in der EKAF, 19 Mediziner (die die Kritik an den HIV-Bekämpfungsmethoden unterzeichnet haben) als «keine HIV-Spezialisten» und damit als inkompetent hinzustellen, Mängel in der HIV-Bekämpfung in der Schweiz aufzuzeigen. Kein Geringerer als der jetzige Regierungsrat des Kantons Zürich, Christian Huber, hat am 16. Mai 1989 zusammen mit dem Internisten Dr. med. P. Möhr in der Nr. 110 der NZZ auf Seite 23 festgestellt, dass «der Gesetzgeber den Nichtinfizierten schützen will (und muss) und nicht den bereits Angesteckten» (der bei den heutigen Therapiemöglichkeiten grosses Interesse hat, über seinen Zustand informiert zu werden) [4]. Weiter hielt der damalige Oberrichter Huber als Nicht-HIV-Spezialist, aber Kenner des Epidemien-gesetzes fest: «Wenn die HIV-Infektion sich unbemerkt ausbreitet, müssen auch unbequeme Massnahmen erwogen werden, selbst wenn sie die Freiheit des Einzelnen einschränken». «Wir erachten es als falsch, in Aufklärungsstrategie einerseits und seuchenrechtlichen Massnahmen andererseits unvereinbare Gegensätze zu sehen». Geschlechtskrankheiten sind Infektionskrankheiten, die aus guten Gründen zu den Seuchen und damit zu den Geisseln der Menschheit [5] gezählt werden. Das HI-Virus hat wie andere Erreger von Geschlechtskrankheiten seine Verbreitung an triebhafte, schwer zu verändernde menschliche Verhaltensweisen gebunden. Da es gegen das Virus weder eine Impfung noch eine einfache heilende Therapie gibt und es als Lentivirus vom Träger während der mehrere Jahre dauernden Latenzzeit bis zum Ausbruch der Krankheit verbreitet werden kann, ist die systematische Suche nach den Infektionsquellen und die Umgebungsuntersuchung von besonders grosser seuchenprophylaktischer Bedeutung. Zum Segen der Menschheit stützte sich die Seuchenbekämpfung Ende des 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts auf ursächlich denkende Mikrobiologen und Ingenieure und nicht auf «New Public Health»-Spezialisten, die für ethisch rückständig halten, wenn den Erregern von tödlichen Seuchen möglichst alle Chancen genommen werden, sich weiter verbreiten zu können. Wenn die bewährte Erregerseuche von «fortschrittlichen Ethikern» als den Persönlichkeits-

- 1 Staub R. AIDS-Aufklärung Schweiz: Alles kalter Kaffee? Schweiz Ärztezeitung 2004;85(6): 269-71.
- 2 Vernazza PL, Schüpbach J, Bernasconi E. HIV-Präventionsbemühungen ungenügend? Keineswegs. Schweiz Ärztezeitung 2004;85(6): 272-3.
- 3 AIDS-Aufklärung Schweiz. Ungenügende HIV-Bekämpfung in der Schweiz. Schweiz Ärztezeitung 2004; 85(6):265-8.
- 4 Huber C, Möhr P. Epidemien-Gesetzgebung und klassische Seuchenstrategie am Beispiel Aids. NZZ, Nr. 110, 16.5.1989:23.
- 5 Winkle S. Die Geisseln der Menschheit. Kulturgeschichte der Seuchen. Düsseldorf, Zürich: Artemis und Winkler; 1997.

schutz verletzende, den Infizierten diskriminierende Massnahme interpretiert wird, wird aus Menschenrecht Unrecht. Die «New Public Health» wird zur Plage. Dem aufgeblähten BAG ist offenbar die dringend notwendige gesundheitspolitische Vernunft abhanden gekommen und durch «fortschrittliche Ethik» ersetzt worden, die sich als Pseudoethik entpuppt.

Prof. Dr. med. Max Geiser, Wabern

Ceterum-censeo-Replik

Das BAG und die EKAF setzen auf Polemik. Deshalb sei uns eine ebenfalls nicht ganz unpolemische Replik erlaubt. Unser Artikel [1] ist vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) schlecht aufgenommen worden. Wie sollte er nicht? Schliesslich werfen wir dieser Bundesbehörde schlechte Arbeit vor. Dass wir damit nicht auf Gegenliebe stossen, ist trivial. Wir haben bekanntlich das BAG schon früher wiederholt kritisiert und ihm die mageren Ergebnisse (die es nun einfach «gut» nennt) seiner «talk only»-Strategie vorhergesagt. Natürlich tut es weh, wenn jemand den Finger auf die wunde Stelle legt: Was ist denn nun bei all diesem Gerede, Appellieren, Aufklären, Schönreden herausgekommen? Wenig. Darum geht es hier.

Was sowohl der BAG-Vertreter Roger Staub [2] als auch die drei Vertreter der Eidgenössischen Aidskommission EKAF PD Dr. P. Vernazza, Prof. J. Schüpbach und Dr. E. Bernasconi [3] hier unter den Tisch spielen, ist die simple Tatsache, dass es in der AIDS-Bekämpfung niemals um ein «Entweder-Oder» ging, sondern stets um ein «Sowohlals-Auch». Niemand (auch nicht einer von den rund 600 Ärzten der AAS) hat jemals von Aufklärung, Informationen, Appellen an Vernunft und Verantwortungsgefühl abgeraten, ganz im Gegenteil: Die Förderung des freiwilligen Aids-tests beruht ganz und gar auf dieser Strategie des Überzeugens, Bewusstmachens und Lernens. Doch daneben haben wir schon immer gesagt: Das allein reicht nicht. Jedermann weiss, dass es auch Menschen gibt, bei denen Appelle nichts ausrichten. Das ist völlig unstrittig, denn noch niemals ist vorgeschlagen worden, die Geschwindigkeits- oder Alkoholkontrollen ganz wegzulassen und allein durch solche Appelle zu ersetzen. «Wir bieten an gewissen Punkten freiwillige Alkoholkontrollen an!» – Wie viele Betrunkene würden wir dabei wohl finden? Das ist der Kern des Problems. Wir waren von Anfang an dafür, die klassischen Mittel der Seuchenbekämpfung ob neuer schöner Worte wie «Lern-

strategie» nicht zu vergessen. Zu diesen gehören auch obligatorische Untersuchungen. Ebenso ist es mit dem heute nahezu «verruchten» Begriff der sexuellen Treue, die für viele Menschen noch immer nichts Verwerfliches hat, für die Ansteckungsvermeidung jedoch ein seit alters probates Mittel ist. Zu alledem muss man erst mühsam wieder zurückfinden. Dass dies mit so grosser Verzögerung geschieht, hat viele Leben gekostet. Das ist der Kern unseres erneuten Einspruchs. Sicher, das tut den Verantwortlichen weh, denn es ist ein sehr ernster Vorwurf. Im übrigen haben wir HIV nicht mit SARS und Pocken verglichen, sondern einzig darauf hingewiesen, wie effektiv klassische epidemiologische Massnahmen in diesen Fällen gewirkt haben. Dass es sich nicht um «kalten Kaffee» handelt, über den wir geschrieben haben, beweisen die Autoren an anderem Ort selber: «Zusätzlich erschwert wird die Aufgabe durch den in westlichen Ländern zu beobachtenden Trend zu konservativeren Einschätzungen und Werthaltungen. Insbesondere in den USA hat die Administration Bush deutliche Änderungen in der Aids-Politik erwirkt. Seit 2003 wird in den USA auf die «Suchstrategie» gesetzt: Der HIV-Antikörpertest wird breit propagiert und darf vom Medizinsystem auch unter Umgehung des Prinzips des Informed Consent eingesetzt werden. Zudem wird, ausgehend von den USA und teilweise bereits in internationalen Organisationen verankert, vermehrt auf das Propagieren von sexueller Enthaltsamkeit und Treue anstelle von Präservativen gesetzt. Dieser Richtungswechsel in der HIV-Prävention basiert nicht auf Evidenz, sondern auf Wertvorstellungen. Negative Auswirkungen auf das Schutzverhalten sind zu befürchten.» [4]. Das ist's, andere sind schon am Umlernen, was angesichts des vernichtenden globalen Siegeszuges des HI-Virus adäquat erscheint! Leider will die Schweiz hier offenbar wieder das verknorzte Schlusslicht spielen, wie der Kommentar des BAG zeigt. Wir leben in einer Zeit des Schönredens und der sentimentalischen Betroffenheit. Es handelt sich um eine moderne Form des Wortfetischismus, so als könne man den Regen beschwören, indem man in vorgeschriebener Weise von ihm spricht. Wenn der BAG-Vertreter in seiner Stellungnahme gross-spurig von «Seuchen- versus Lernstrategie» spricht, verwischt er die Tatsache, dass klassische Seuchenbekämpfung ohne Lernprozesse niemals möglich war. Immer gingen Lernprozesse, beim einzelnen Bürger wie bei der seuchenzuständigen Behörde, mit der klassischen Seuchenbekämpfung (immer auch eine Infektionseindämmung) Hand in Hand. Etwas anderes ist

- 1 AIDS-Aufklärung Schweiz. Ungenügende HIV-Bekämpfung in der Schweiz. Schweiz. Ärztezeitung 2004; 85(6):265-8.
- 2 Staub R. «AIDS-Aufklärung» Schweiz: Alles kalter Kaffee? Schweiz. Ärztezeitung 2004;85(6):269-71.
- 3 Vernazza PL, Schüpbach J, Bernasconi E. HIV-Präventionsbemühungen ungenügend? – Keineswegs! Schweiz. Ärztezeitung 2004;85(6):272-3.
- 4 Bundesamt für Gesundheit. Nationales HIV/Aids-Programm 2004–2008. Bern: BAG; 2004.

auch von uns niemals vorgeschlagen worden, und immer mehr Länder und Organisationen in der Welt begreifen dies.

Bedenkt man die Entstehungsgeschichte der Aidsabteilung des BAG, so versteht man, warum BAG und EKAF so Mühe haben, diesen Lernprozess mitzuvollziehen. Die «AIDS-Hilfe Schweiz», die von Anfang an die Aidsbekämpfung zu monopolisieren suchte, entstand aus einem Zusammenschluss von 14 Homosexuellenorganisationen (kurioserweise trat ihr auch das BAG als Vereinsmitglied bei! Roger Staub gehörte zu den Gründungsmitgliedern). Jeder mag selbst entscheiden, ob das für ihre Unvoreingenommenheit spricht (die zumindest dem BAG, einem Bundesamt, eindeutig obgelegen hätte) oder für eine Parteilichkeit für einen bestimmten Lebensstil und eine Schiefelage in der Fokussierung auf ihn. Die «AIDS-Aufklärung Schweiz» wurde seinerzeit – durchaus als Alternative – gegründet aus Sorge um die Vernachlässigung anderer Bevölkerungssegmente, welche diese Einengung von Interessen nicht teilt. (Das ist ja noch zugelassen.) Die Entwicklung hat seitdem immer wieder bestätigt, dass diese Sorge berechtigt war, und die Reaktion der von unserer Kritik Betroffenen hat gezeigt, dass sie wohl auch weiterhin berechtigt bleiben wird. Es ist eine klare Irreführung, die vorübergehend gesunkenen HIV-Neumeldungen auf die helvetische «Lernstrategie» zurückzuführen, denn in zahlreichen Ländern sieht man dasselbe Phänomen, welches wahrscheinlich ein statistischer Effekt ist (vorübergehender Einbruch infolge Sättigungseffekt in den klassischen Risikogruppen). Wo man das unerwünschte Resultat eigener Fehlbeurteilungen als «kalten Kaffee» abtut, wird man sich noch auf viele weitere unangenehme Überraschungen vorbereiten müssen.

Die EKAF-Vertreter sprechen der AIDS-Aufklärung Schweiz die Fachkompetenz ab, zu diesem Thema überhaupt Stellung nehmen zu können und unterstellen uns eine Fehlinterpretation der Studie von Feuz/Gebhardt. Das ist nicht der Fall. Das Bundesamt für Gesundheit BAG interpretiert die Studie genau gleich wie wir: «Eine wachsende Zahl von Personen kommt, bezogen auf den Verlauf der HIV-Infektion, erst spät zum Test; beispielsweise erst, wenn eine aidsdefinierende Krankheit ausgebrochen ist.» [4]. Es ist böswillig, wenn die EKAF eine publizierte Studie nach ihrem Gusto uminterpretiert und dann noch Zahlen präsentiert, die nirgends publiziert wurden und daher für uns nicht nachprüfbar sind.

Zum Abschluss eine kurze Antwort auf einen versuchten «Tritt in die Kniekehle», wenn die EKAF-Vertreter sich damit beruhigt finden, dass «bezeichnenderweise» unter den Autoren unserer Kritik «keine HIV-Spezialisten» seien. Bei Lichte betrachtet ist das ein Rohrkrepierer, der einer gewissen Komik nicht entbehrt. Was sie mit HIV-Spezialisten meinen, bleibt ungesagt, aber was sie damit sagen wollen (Kompetenzmangel) keineswegs. So sehen wir uns genötigt, diesem Vorwurf durch eine entsprechende Kompetenzbegründung zu begegnen: Nicht weniger als 11 der 20 Autoren behandeln selbst Aidspatienten. Fünf sind renommierte Professoren, mehrere international bekannt und gewürdigt. Mindestens zwei der Autoren (Prof. H. Koblet, Mikrobiologe, und Dr. M. G. Koch, Epidemiologe) sind im «Who's Who in the World 2001–2004» notiert. Prof. H. Koblet ist eingeladenes Mitglied der «New York Academy of Sciences» und hat zum Thema publiziert. Dr. Koch wurde vom IBC (International Biographic Center, Cambridge) zum «International Health Professional of the Year 2003» ernannt. Er hat zum HIV- bzw. AIDS-Thema nicht weniger als 6 Bücher und 120 Artikel in 7 Sprachen verfasst und – im Gegensatz zu den meisten anderen Autoren auf diesem Gebiet – noch keine seiner auf gut 4000 Seiten enthaltenen Prognosen zurücknehmen müssen. Er hat, als weltbekannter Epidemiologe, nicht weniger als 8 Länder in Sachen HIV/AIDS beraten, von denen die meisten heute bedeutend besser dastehen als die Schweiz. Keine HIV-Kompetenz? Ein weiterer Autor, Prof. Wernsdorfer, ist seit vielen Jahren WHO-Mitarbeiter für infektiologische Fragen in den Tropen, ein anderer, Dr. Kümel, ist forschender Virologe an der Universität Frankfurt, Schwerpunkt: HIV-Inaktivierung. 2001 haben wir ein hochkarätiges HIV-Symposium in Fribourg organisiert, an dem zahlreiche international anerkannte Experten teilnahmen. Erwähnen möchten wir den Mitentdecker des HI-Virus Prof. Jean-Claude Chermann. Was genau wollen die EKAF-Autoren allen diesen «inkompetenten» Kollegen gegenüberstellen? Argumente vom ehemaligen Sekundarlehrer Roger Staub? Es würde den Kollegen der EKAF gut anstehen, das Gespräch mit den andersdenkenden Kollegen zu suchen und eine konstruktive Zusammenarbeit aufzubauen.

*Dr. med. Giovanni Fantacci,
Präsident AIDS-Aufklärung Schweiz*

*Prof. Dr. med. Hans Koblet,
Wissenschaftlicher Beirat*