



Gesundheitspolitik 2005 – quo vadis

Ganz herzlichen Dank für Ihre ausgezeichnete Analyse, Herr Schlossberg [1], die heute deshalb von besonderem Wert ist, weil viele Fakten, die Sie aufgreifen, von vielen Medien, aber auch den meisten Politikerinnen und Politikern ignoriert oder gar ins Gegenteil verkehrt werden. Und dies in einer Schweiz, wo sogenannte Gesundheitsökonominnen an öffentlichen Veranstaltungen jegliche Contenance verlieren, wohl weil sie selber merken, dass ihnen die Argumente längst ausgegangen sind, wo sogenannte Gesundheitspolitiker, Schreinermeister und Dilettanten die eidgenössische Gesundheitspolitik zu steuern suchen, wo ein Ex-FMH-Präsident und viele andere Gutmütige einmal auszogen, um die intellektuellen ärztlichen Leistungen etwas höher und die krasen Einkommensunterschiede etwas weniger krass zu gestalten, aber am Ende im wesentlichen bloss die alten Zustände zementiert worden sind.

Dr. med. Willy A. Stoller, Bern

- 1 Schlossberg D. Gesundheitspolitik 2005 – quo vadis? Schweiz Ärztezeitung 2005;86(18):1059-64.



Formation continue: quel est le prix du mouton noir?

Les arguments développés par les Drs Martin-Achard et Magnenat [1] me semblent extrêmement pertinents, pleins de bon sens et reflètent, à mon avis, fort bien le sentiment de la majorité silencieuse des «moutons gris», qui collectent, classent et enregistrent consciencieusement les papiers remis lors des séances de formation continue, mais qui dépriment lentement mais sûrement, comme le démontre très bien le Dr Bertrand Kiefer dans son excellent post-scriptum de la Revue Médicale Suisse.

Après tout, la Suisse s'était distinguée jusqu'ici sur le plan médical par l'absence de structures excessivement performantes (type Mayo clinic...), mais par une qualité globale de ses soins très au-dessus de la moyenne des autres pays, ce qui nous valait largement une réputation qui s'étendait loin à la ronde. Une étude qui nous manque mais dont nous allons sans doute ressentir prochainement les effets «grandeur nature», est la baisse de la qualité de soins par manque de disponibilité d'esprit des médecins.

La médecine est un art qui se définit par la confrontation continue des connaissances avec la perplexité et la complexité psychosomatique de l'Homme, et qui demande donc une souplesse et une intelligence de raisonnement continu. Or, la bureaucratie, «l'administrationite aiguë» (qui devient chronique!) dans laquelle nous nous sommes laissés enfermer, sur des bases totalement aléatoires, nous conduit à faire une médecine amputée de plus en plus de solutions pragmatiques et intelligentes qui font d'une part l'intérêt de la pratique médicale, et d'autre part la qualité des soins. Il n'est pas nécessaire de faire de grandes études longitudinales pour s'apercevoir que nous sommes en train de nous appauvrir aussi bien sur le plan de l'intérêt à notre activité, liés par les contraintes asséculogiques et celles des guide-lines, que sur un plan financier, la part en temps et en argent attribuée obligatoirement à l'administration de nos cabinets respectifs étant de plus en plus importante.

La charge de la pratique médicale aussi bien physique qu'émotionnelle nécessite un esprit libre. Plus la part des contraintes augmente, plus la qualité de la disponibilité dans notre activité et donc des soins diminue. Il serait donc temps de demander au monde politique s'il désire des soins de qualité pour la population, en tolérant quelques imperfections (mais n'y en a-t-il pas aussi ailleurs et surtout en politique?), ou une organisation hyper-contrôlée, et par conséquent lourde, inefficace et ingérable dans la pratique. Ce qui est certain, c'est que l'on ne pourra pas avoir les deux en même temps, la nature humaine des médecins ne le permettra pas!

Dr Jean-Pierre Grillet, Genève

- 1 Magnenat J-L, Martin-Achard M. Formation continue: quel est le prix du mouton noir? Bull Méd Suisses 2005;86(19):1119-20.



A propos de la prise de position de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) sur les soins médicaux ambulatoires de premier recours

Le groupe de presse de l'Association neuchâtoise des médecins omnipraticiens (ANMO) salue la récente prise de position de la CDS sur le manque inquiétant de relève des médecins de premier recours. Il est satisfait qu'une instance politique officielle, plus proche du terrain que l'autorité fédérale et les assureurs, relève le rôle important de ce type de médecine.

L'attractivité de la profession diminue malheureusement avec la multiplication des spécialités médicales: on médiatise les avancées des techniques d'investigation ou des techniques chirurgicales, mais on laisse dans l'ombre le travail de terrain, la prise en charge des problèmes quotidiens qui sont la base de l'activité du médecin de premier recours.

A côté des compétences scientifiques qu'elle nécessite, la médecine générale se caractérise par une manière particulière et spécifique d'appliquer les connaissances médicales: c'est une médecine d'écoute, de synthèse et de coordination; elle s'adresse autant au corps qu'à l'esprit, aux émotions; si elle doit demeurer la base de toute approche des problèmes de santé, elle occupe aussi efficacement les interstices et les accotements des activités de la médecine spécialisée; elle se fonde en grande partie sur la gestion du flou et de l'incertitude sans recours immédiat et régulier à la technologie de pointe onéreuse; elle est en somme aussi une médecine de la retenue. Ces qualités en font donc un important facteur d'économie des dépenses médicales.

Le manque de relève ne se réduit pas simplement à une crainte de l'installation en solitaire à la périphérie. Ce phénomène est ou a été observé en France, au Canada et aux USA notamment, même dans les centres urbains. Chez nous, il touche les étudiants très tôt dans leur formation puisqu'à Lausanne par exemple, entre 3 et 10 d'entre eux seulement, sur des volées de 120, se destinent au début de leurs études à la médecine de premier recours. Les multiples causes de ce phénomène ont été étudiées et tout laisse craindre qu'il est loin d'être passager.

Les remèdes sont divers: il incombe aux instances universitaires et hospitalières formatrices de rendre attractive cette spécialité; une formation post-graduée plus ciblée doit être mise en place; il faut promouvoir les cabinets de groupes ou en réseau, définir dans le TARMED des prestations spécifiques et revalorisées, favoriser les installations par l'octroi des droits de pratique, reconnaître à la médecine de premier recours sa place fondamentale dans la gestion des soins de base à la population.

*Drs J.-F. Boudry, Neuchâtel, J.-P. Studer, Peseux,
G. Villard, Cortaillod*



Neue Regionalpolitik: 38 statt 261 Spitäler in der Schweiz?

Eine Studie schlägt den Gesundheitsdirektoren schweizweit einen radikalen Abbau von Akutabteilungen vor. Diese Studie wurde in der Sonntagszeitung vom 22. Februar 2004 publiziert mit der Mitteilung, dass «von einem Einsparpotential von grob geschätzt zwei Milliarden Franken» ausgegangen wird. Wer spart dabei? Ist es der Bund und die Kantone zusammen mit den Krankenkassen? Und für wen? Für das Swiss- und Neatloch oder für satte Managerlöhne?

Seit Ende Februar befasst sich die Bündner Zeitung «Südostschweiz» engagiert mit dem bestehenden Spardruck auf die Schweizer Randgebiete. Leben doch ein Viertel der Bevölkerung in Berggebieten und machen geographisch drei Viertel der Schweiz aus. Vergessen wir nicht, dass aus den urdemokratischen Randregionen der Bundesstaat Schweiz entstanden ist.

«Avenir Suisse», die Vordenkerorganisation der Wirtschaft, fordert, dass die Schweiz in sechs Grossregionen um die Städte Genf, Lausanne, Bern, Basel, Zürich und Lugano gebildet wird. Diese Grossregionen sollen über den Kantonen «Zweckregionen» schaffen, welche auch grenzübergreifend mit der EU das Gesundheits- und Bildungswesen, Verkehr und Sicherheit übernehmen sollen. In einem Expertenbericht des Bundes zur Neuen Regionalpolitik (NRP) vom 6. Februar 2003 steht «Weg von der traditionellen Unterstützung von Infrastrukturaufgaben von Berg- und Randgemeinden und hin zur gezielten Förderung wirtschaftliche Potentiale und Kooperationen (Cluster), die auf Zentren ausgerichtet sind» (S. 50). Also sollen mittlere und kleinere Städte mit den grossen Zentren verbunden werden. Von Gemeinden wird gefordert, dass sie aus mindestens 3000 Einwohnern bestehen sollen und sich somit zusammenschliessen müssen. Kleinere und mittlere Betriebe, auch die Landwirtschaft, sollen sich zu Netzwerken vereinen, welche wiederum an Zentren und Grossfirmen angebunden sein müssen.

Nun stellt sich die Frage, wer bestimmt in diesen Zusammenschlüssen und Netzwerken? Wollen wir Zustände wie im Mittelalter zulassen, wo die

Städte über das Land regieren und Vögte sich nur um den Gewinn scheren werden? Wo bleibt der Sozialstaat und die Chancengleichheit für uns Steuer- und Krankenkassenzahler? Abgelegene Landstriche und Bergregionen, die nicht in die neue Regionalpolitik einbezogen werden, sollen «sozialverträglich» aufgegeben und entleert werden. Dies schlägt Journalist und Ökonom Markus Schneider in seinem Ende 2004 erschienenen Buch «Die Entwicklungspolitik der Schweiz in den Alpen ist grandios gescheitert» vor. Sein Kollege Beat Kappeler doppelte im November 2004 an einer Podiumsdiskussion in Chur nach: «Randgebiete sollen einen würdevollen, mit Ausstiegshilfen begleitete Entleerung und Aufforstung angehen». Darum erstaunt es nicht, dass die Alpwirtschaft in der Agrarpolitik 2011 nicht einmal mehr erwähnt wird. Dafür sollen industriell hergestellte Nahrungsmittel in Billigläden angeboten werden, produziert und finanziert in den Agglomerationen. Darum erstaunt auch nicht, dass unsere Regionalspitäler im Kanton langsam heruntergefahren werden sollen. Ehrliche Politik wäre gewesen, wenn Herr Schönenberger die Verwahrung zu den Spitälern vor den Wahlen bekanntgegeben hätte. Es begann mit der Schliessung der rentablen Geburtsabteilungen in Altstätten, Flawil, Rorschach und Wattwil. Soll es enden mit wenigen Stadtspitälern, geführt durch einen Verwaltungsrat oder einen Gesundheitsmanager? Mit der neuen Regionalpolitik werden wir weder vom Bund, von der Regierung noch von einem Verwaltungsrat Unterstützung erhalten. Es gilt um so mehr, auch in unserem Tal, wieder das Heft selber in die Hand zu nehmen: durch unsere Initiative* können die bestehenden Regionalspitäler gesetzlich wieder verankert werden.

Hansruedi Künzli, Ebnat-Kappel

* Initiativkomitee für unsere Regionalspitäler:
Hansruedi Künzli, Postfach 252, 9642 Ebnat-Kappel, www.unser-spital.ch



Die Stärke der Grundversorger – ein Erfahrungsbericht

In letzter Zeit wird über die korrekte Messung der Wirtschaftlichkeit des einzelnen Arztes öffentlich diskutiert (z. B. NZZ vom 2. Mai 2005). Dabei geht es meistens darum, wie viel Kosten ein Arzt

im Durchschnitt pro Patient für die Krankenkasse verursacht. Leider kann selten dargestellt werden, welche Kosten die ärztliche Tätigkeit bei einem bestimmten Patienten für die Krankenkasse, die Öffentlichkeit und den Patienten spart.

Seit 2003 betreue ich eine Patientin mit einer psychischen und einer ernsthaften somatischen Erkrankung. Dabei merkte ich im Verlaufe des Jahres, dass durch Koordinations- und Kommunikationsprobleme unnötige Kosten entstanden. Schliesslich konnte ich die Patientin motivieren, sich für ein Case Management ihrer Krankenkasse bereit zu erklären. Zudem engagierte ich mich im 2004 verstärkt um ihre Betreuung. Sie wurde zu meiner teuersten Patientin. Daher wünschte ich von der Krankenkasse eine Kostenanalyse der Jahre 2003 und 2004. Zwar hatte ich das Gefühl, ich könne mit dem vermehrten Engagement insgesamt Kosten sparen, jedoch hatte ich keine Zahlen zur Verfügung, welche dies tatsächlich bestätigten. Vor wenigen Wochen wurden mir die Zahlen von der Krankenkasse übermittelt. 2004 beanspruchte die Patientin 40% mehr Konsultationen als 2003. Dagegen nahmen die Hospitalisationstage im 2004 um 2/3 ab gegenüber 2003. In der gleichen Zeit, in der die Konsultationen um 40% stiegen, sanken die Gesamtkosten betreffend dieser Patientin für die Krankenkasse um 38%. 38% Kostensenkung (= mehrere 10 000 Franken) betrifft nur die Kosten der Krankenkasse. Mit der Reduktion der Hospitalisationstage konnte zudem auch der Kanton Geld sparen.

Alle Grundversorgerkollegen, welche das Gefühl haben, dass sie durch ihre engagierte Arbeit Kosten für die Krankenkassen und die Allgemeinheit sparen, möchte ich in ihrem Gefühl voll bestärken. Gerade in der Betreuung von schwierigen Patienten kann die Wichtigkeit der Grundversorgermedizin nicht genügend betont werden.

Eine Stärke der Grundversorgermedizin liegt nach meiner Meinung in der Koordination der an der Behandlung des Patienten beteiligten Spezialisten, welche mit ihrem Spezialwissen dem Patienten (und auch dem Hausarzt) viel helfen. Bei der fortschreitenden Spezialisierung und der Wissenszunahme in der Medizin wird in der Zukunft der beschriebenen Koordination durch den Hausarzt eine deutlich grössere Bedeutung zukommen.

P. Pfister, Arzt, Regensdorf



Suizidbeihilfe bei Psychischkranken [1]

«Der scheinbar freiwillige Entschluss zur Sterbehilfe kann daher leicht durch einen gesellschaftlichen Erwartungsdruck erzeugt werden. Angesichts eines euthanasiefreundlichen Meinungsklimas muss also befürchtet werden, dass alten, kranken und pflegebedürftigen Menschen die Möglichkeit der aktiven Sterbehilfe oder des ärztlich assistierten Suizids mehr und mehr als eine freiwillig zu übernehmende soziale Pflicht erscheinen wird und dass sie sich daher genötigt fühlen, eine vorzeitige Beendigung ihres Lebens zu beantragen, um ihren Angehörigen und der Gesellschaft vermeidbare finanzielle Belastungen zu ersparen». [2]

Leider wird der sozioökonomische Hintergrund und die historische Problematik in Ihrer Stellungnahme weitgehend ausgeblendet. Hierzu möchten wir auf den aussagekräftigen, oben zitierten Übersichtsartikel hinweisen.

Wir können in der Argumentation des SGPP-Vorstandes nicht erkennen, mit welchen Mitteln er die skizzierte negative Entwicklung verhindern will. Wer schützt gerade psychisch Kranke vor einem unterschweligen gesellschaftlichen oder familiären Druck? Die ethische Haltung ist offenbar noch unentschieden und die Ablehnung einer Suizidbeihilfe bei psychisch Kranken nur vorläufig (Moratorium), wenn sie schreiben: «auf Dauer müsste unter dem Aspekt der Gerechtigkeit dieser Punkt erneut überprüft werden». Die zugrundeliegende Philosophie, vor allem die Auffassung von individueller Freiheit und sozialer Gerechtigkeit, halten wir für unklar und fragwürdig.

Wir erhoffen uns von Psychiaterinnen und Psychiatern eine entschiedener Distanzierung von lebensverneinenden Tendenzen und ein ausdrücklicheres Eintreten für das Lebensrecht und die verbesserbaren Lebensbedingungen von chronisch kranken Menschen. Wir verstehen nicht, wie ein erleichterter Zugang zum Suizid die selbstbestimmte Lebensentfaltung von psychisch Kranken verbessern und unsere Gesellschaft menschlicher und lebensfroher machen soll.

Maja Hess, Anika Brodersen, Margrit Padrutt, Andreas Haller, Eugen Mäder, Martin Sonderegger, Martin Kübler (Ärztinnen und Ärzte in der Psychiatrischen Klinik Wil), Franz Kreissl und Markus Walser (Klinikseelsorger)

- 1 Ebner G, Kurt H. Suizidbeihilfe bei Psychischkranken. Schweiz Ärztezeitung 2005;86(15):880-2.
- 2 Lauter H. Euthanasie: Überlegungen zu Diskussion und Praktiken im 20. Jahrhundert aus historischer und medizinethischer Sicht. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde. Band 6. 2000.



Rückzug chinesischer Arzneimittel mit toxischen Stoffen

Stellungnahme zur Pressemeldung von Swissmedic zu pyrrolizidinalkaloidhaltigen Mitteln der chinesischen Medizin

Swissmedic hat entschieden, dass durch die Anwendung von chinesischen Arzneimitteln, welche Pyrrolizidinalkaloide (PA) enthalten, eine Gefahr für die Gesundheit bestehen kann [1].

PA machen in hohen Dosierungen Leberschäden durch Venookklusionen oder nach Langzeitanwendung erhöhen sie unter Umständen das Risiko für eine Erkrankung an Malignomen geringfügig.

Auf dem Markt befinden sich unter rund 500 Kräutern fünf chinesische, welche PA enthalten, nämlich:

- Lithospermum spp.
- Arnebia spp.
- Tussilago (Huflattichblüten)
- Eupatorium spp.
- Senecio.

Zur Erinnerung: Auch die in der westlichen Kräutermedizin bekannten Symphytum (Beinwell) und Borretsch enthalten PA.

Diese Mittel werden vergleichsweise selten angewandt. Lithospermum/Arnebia spielen vor allem eine Rolle in der Dermatologie (häufig äusserliche Anwendung), Huflattichblüten werden sowohl in der chinesischen Medizin als auch in der westlichen Volksmedizin traditionell seit Jahrtausenden gegen Husten eingesetzt.

Die Art der Messung von PA, wie sie Swissmedic derzeit verlangt, ist eine aus heutiger Sicht ungenaue Methode. Man misst dabei nämlich nicht die gefährlichen PA einzeln, sondern nur als Vergleich zu einem vorgegebenen Standard (1,2 ungesättigte Necinbasen, ausgedrückt als Senkirkin und Senecionin). Damit werden aus heutiger Sicht auch unproblematische PA mitgezählt. Die Ausarbeitung von Messmethoden, die es routinemässig erlauben, exakte Werte für wirklich

gefährliche PA zu erbringen, ist ein Projekt, das wir als Vertreter von Mitteln der chinesischen Medizin verfolgen.

In den letzten 15 Jahren wurde unserer eigenen Abteilung für Pharmakovigilanz kein Zwischenfall mit den PA-haltigen Arzneimitteln gemeldet. Langzeitstudien sind naturgemäss momentan aus unserem Kulturkreis nicht verfügbar. Negative Meldungen aus dem Ausland oder aus China sind auch bezüglich letzterem nicht bekannt.

In Arzneimittelmischungen, wie sie als Magistralrezepturen in der chinesischen Medizin Anwendung finden, macht der Anteil an PA-haltigen Mitteln zwischen 5 und 15% einer Mischung aus. Die aufgrund unserer Resultate ermittelten Tageshöchstmengen sind in Berücksichtigung der oben erwähnten Argumente auch in der Vergangenheit nicht besorgniserregend gewesen.

Der Rückruf einiger Chargen der genannten Produkte umfasste bei uns, der Firma mit einem grossen Marktanteil, eine Menge von total 1,6 Kilo PA-haltigen Kräutern. Der grössere Teil davon war zum Zeitpunkt des Rückrufs bereits in den letzten Jahren in Kleinstmengen konsumiert worden und der Rücklauf war erwartungsgemäss klein, nämlich 566 g.

In Anbetracht der grossen Umtriebe für schweizerische Behörden und Vertreter von Arzneimitteln der chinesischen Medizin ist der Erfolg dieser Aktion sehr bescheiden und er steht in keinem Verhältnis zum Nutzen, da weder bisher ein Schaden gemeldet wurde und höchstwahrscheinlich auch in Zukunft keiner zu erwarten ist.

Es bleibe dahingestellt, ob die Aktion von Swissmedic der Komplementärmedizin mehr nützt als schadet, indem sie die Freunde derselben darin bestätigt, dass in der Schulmedizin und der Komplementärmedizin mit verschiedenen Ellen gemessen wird und sie sich um so vehementer für sie einsetzen werden, demnächst nach einem zu erwartenden Entscheid des Bundesrates, die zur Diskussion stehenden Sparten der Komplementärmedizin aus der Grundversicherung zu kippen und in absehbarer Zeit bei der Abstimmung der Volksinitiative «Ja zur Komplementärmedizin».

Severin Bühlmann,
Arzt, Complemedis AG, Schönenwerd

Replik

Ausschlaggebend für die Chargenrückrufe waren analytisch festgestellte, bis zu tausendfach überschrittene Grenzwerte für Pyrrolizidinalkaloide in einzelnen Chargen von *Arnebia sp./Lithospermum sp.* (Zi Cao), *Tussilago farfara* (Kuan Dong Hua), *Senecio scandens* (Jiu Li Ming), *Eupatorium sp.* (Pei Lan). Auslöser der seinerzeitigen Marktüberwachungsmassnahme mit der Aufforderung zur Laboranalyse war eine Warnmeldung der chinesischen Gesundheitsbehörde (State Food and Drug Administration/SFDA).

Die Vorgaben der Swissmedic betreffend Grenzwerte für pyrrolizidinalkaloidhaltige Arzneimittel entsprechen den europaweit anerkannten Grenzwerten des Deutschen Bundesgesundheitsministeriums [1]. Diese Grenzwerte werden dabei nicht für alle PA mit Necingerüst festgelegt, sondern gezielt für PA mit einem sogenannten 1,2-ungesättigten Necingerüst. Das toxische (vor allem hepatotoxische) Potential der PA mit 1,2-ungesättigtem Necingerüst wird bis anhin von wissenschaftlicher Seite nicht angezweifelt [2]. Auch der WHO-Bericht [3] macht deutlich, dass das toxische Potential dieser Stoffklasse gegeben ist, vor allem auch dann, wenn PA-haltige Pflanzenspezies ungewollt mit der Nahrung aufgenommen werden (z.B. Kontamination von Getreide mit *Senecio spec.*). Auch bei Arzneimittelmischungen – welche in der traditionellen chinesischen Medizin breit zum Einsatz kommen – lässt sich deshalb ein toxisches Potential nicht ausschliessen, wenn es einzelne Komponenten mit hohem PA-Wert enthält.

Der Erfolg eines Chargenrückrufes wird nicht allein dadurch bemessen, welche Menge an zurückgerufenen Arzneimitteln betroffen ist. Vor allem bei den traditionellen chinesischen Arzneimitteln ist für wesentliche Risiken eine breite Sensibilisierung betroffener Kreise unumgänglich. Dies gilt nicht nur für die Hersteller und Vertreter, sondern auch für die Ärzte und Therapeuten und vor allem auch für die Patienten, die solche Arzneimittel oft aus wenig geprüften Quellen wie dem Internet beziehen. Die Beurteilungskriterien bezüglich des Gesundheitsrisikos sind dabei für Arzneimittel der traditionellen chinesischen Medizin die gleichen wie für alle anderen Medikamente.

Swissmedic

1 Swissmedic. Rückzug chinesischer Arzneimittel mit toxischen Stoffen. Schweiz Ärztezeitung 2005; 86(14):821.

1 BGA. Bundesanzeiger 1992;111:4805.

2 Roeder E. Medicinal plants in China containing pyrrolizidin alkaloids. Pharmazie 2000; 55(10):711.

3 WHO. Environmental Health Criteria 80 – pyrrolizidine alkaloids. Geneva: WHO; 1988.



Erlebnisse eines Zaungastes in Palästina

Nun ist es soweit, Herr Schläpfer! Seit dem Abdruck Ihrer Schilderung [1] entstanden Statistiken, die Ihren Text ganz wesentlich ergänzen können. Aus Ihrem Artikel darf ich folgern, dass nicht nur ich, sondern auch Sie freundliche, ja liebenswürdige Araber kennenlernten. Andere Mitmenschen hatten aber leider weniger glückliche Zusammentreffen. Durch die Intifada wurden nämlich rund 1000 Israelis, Zivilisten, Soldaten und Touristen von Arabern umgebracht. 19 davon wurden lebendig gelyncht, so etwa, weil sie sich verirrt oder 2 km von hier mit arabischen Freunden in Kalkillia Kaffee trinken wollten. 511 davon wurden vom Bus oder im Caféhaus in den Tod befördert mit Bomben, die zur Verschärfung der Verletzungen Stahlschrauben und Blechklingen enthielten. 372 Israelis wurden aus dem Hinterhalt, aus fahrenden Autos oder bei Gefechten erschossen. 32 wurden in anderer Weise von Terroristen umgebracht und Zehntausende leben nach dem Unheil weiter im Rollstuhl, mit Streifschüssen und Durchschüssen, mit Traumas und anderen Schäden, manche als verletzte oder unverletzte Waisen.

Ob Sie nun umnachtet von Unwissen schrieben oder vom Propagandavirus infiziert den richtigen Massstab verloren haben, ist wohl sekundär. Jedenfalls zählen amtliche Statistiken der Intifada bis zum 24.7.2004 insgesamt 22 406 Attacken von Terroristen und Sie interpretieren nach dem System: «der Ermordete ist schuldig!». Mit einem undenkbaeren, aber widerlichen Zerrbild beschrieben Sie die Jünglinge und Mädchen an den Kontrollpunkten, die zwischen 18 und 19 Jahre alt für drei Jahre zum Militärdienst einrücken mussten. Nein, Herr Dr. Schläpfer, Sie sahen kein trübes Spiel an den Grenzen, Sie sahen der Schule eben entlassene Jugendliche, die unter Einsatz ihres eigenen Lebens ihre Mitmenschen, ob Juden, Araber, Christen oder was immer, davor schützen müssen, in Stücke zerrissen, erschossen, erstochen oder sonst geschädigt zu werden. Sie sahen von produktiver Arbeit abgehaltene, junge Menschen, die sich ihres ernstesten Auftrages stets bewusst sind. Immerhin werden durch deren Einsatz, unterstützt durch den von Ihnen unverständenen Antiterror-Zaun, täglich Angriffe abgewehrt, allein 121 vom Dezember 2003 bis November 2004. Wegen des unvollendeten Zaunes konnten jedoch zeitgleich noch 15 Terrorattacken Schaden stiften. Der Zaun hinderte aber auch die

Araber daran, weiterhin jährlich 40 000 Autos in Israel zu stehlen. Sollte man diese Behinderung etwa als Freiheitsberaubung bejammern? Sie finden ja auch nicht beklagenswert, dass Israel bisher mit über 300 Kassam-Raketen beschossen wurde, oder, obwohl der Staat Israel 1948 von der UNO anerkannt wurde,

- dass Israel andauernd mit Kriegen seiner Nachbarn überzogen wurde,
- dass Israel von den 22 Staaten der arabischen Liga seit jeher boykottiert wird,
- dass diese zwar 660 mal mehr Fläche bedecken, aber Israel als «Gefahrenherd» disqualifizieren,
- dass diese, trotz 280 Millionen mehr Einwohnern, Israel seit 1948 als Fremdkörper bekämpfen.

Allein zwischen 1991 und 2003 wurden mehr als ein Dutzend ernstgemeinte offizielle Friedenspläne geschaffen. Keiner konnte realisiert werden. Unterstützen Sie doch jene, die vernünftige, begehbare Wege suchen zum Leben für alle in Frieden und Ruhe, frei von Terror und tödlicher Verfolgung.

Roger Guth-Goetschel, Kfar Saba (Israel)

- 1 Schläpfer H. Der Zaun. Schweiz Ärztezeitung 2004;85(37):1991-2.



Charta zur ärztlichen Berufsethik

Replik zum Leserbrief von Dr. med. B. Rom

Kollege Dr. med. B. Rom bin ich dankbar, dass er die Leser der Ärztezeitung auf meine kritischen Bemerkungen zur «Charta zur ärztlichen Berufsethik» [1] mit einem Leserbrief [2] aufmerksam machte. Die von ihm genannten «positiven Gründe für eine moderne Medizinethik» repliziere ich wie folgt:

1. Der hippokratische Eid ist kein religiöser Akt, sondern ein Schwur für eine vernünftige Berufsausübung im Interesse der Patienten und der Allgemeinheit, wie ihn Parlamentarier und Bundesräte für das Wohl der Bürger des Landes auch leisten.
2. Der Kern des hippokratischen Eides hat auch für die heutige Heilkundigen Gültigkeit, auch wenn sich einige von ihnen so gebärden, als hätten sie die moderne Medizin erfunden und müssten sie mit einer neuen Ethik ausrüsten. Der Eid ist auch von den Chirurgen zu beherzigen und sollte sie dazu ermuntern, zu verhindern, dass nicht hin-

- reichend überprüfte Novitäten von den Medien propagiert werden.
3. Das in der «Charta» erwähnte Selbstbestimmungsrecht des Patienten über die Art und Weise seiner Behandlung kann nicht oberstes Gebot in der Arzt-Patienten-Beziehung sein, wenn der Patient vor Schaden und das Gesundheitswesen vor Unwirksamkeit und Leerlauf geschützt werden soll [3]. Die Autonomie des Patienten hat seine Grenzen. Der Begriff ist wie derjenige der Menschenrechte missbräuchlicher Interpretation ausgesetzt.
 4. Die heutige Medizin braucht mindestens so hohe Standards wie die Medizin zur Zeit der Hippokratiker. Diese grenzten sich von den Schreibern auf den Märkten ab [4]. Die Akteure im heutigen Gesundheitswesen brauchen die Standards, um nicht von der Popularisierung des medizinischen Unsinn in den Medien überrollt zu werden.
 5. Das von Dr. Rom empfohlene, von zwei Nichtmedizinern (der eine aus dem Kennedy-Institute of Ethics und Department of Philosophy der Georgetown University Washington, D. C. und der andere aus dem Department of Religious Studies der University of Virginia Charlottesville, Virginia) verfasste Buch fällt durch eine ungewöhnliche Art der Literaturzitate auf. Als Leitfaden für praktizierende Ärzte ist das 454 Seiten umfassende Buch wohl kaum vorgesehen und auch nicht geeignet.
- Für die beiden Autoren begann die Biomedizin erst in der Mitte des 20. Jahrhunderts. Sie halten die früheren «writings» für die «contemporary biomedical ethics» für ungeeig-

net. Deswegen ist es für sie nicht notwendig, das Corpus Hippocraticum [4] und die ethischen Prinzipien von später lebenden, kritischen Geistern wie Montaigne, Sir William Osler, Eugen Bleuler, A. L. Cochrane, Peter Skrabanek und Lewis Thomas zu zitieren.

Kollege Rom geht nicht auf meine Kritik des Umfangs und der Dogmatik der «Charta zur ärztlichen Berufsethik» und der unrealistischen Forderung nach «sozial gerechter Verteilung der Gesundheit» ein. Meine Feststellung, dass die «Gesellschaft» kein geschlossener einheitlicher Organismus ist, mit dem ein Vertrag abgeschlossen werden kann, und dass ein «Kontrakt zwischen Medizin und Gesellschaft» keinen Bezug zur realen Praxis hat, wird von ihm nicht beanstandet. Schliesslich fühle ich mich verpflichtet, daran zu erinnern, dass die Arzt-Patienten-Beziehung und die Hilfepflicht der Heilkundigen im Schweizerischen Zivil- und Strafrecht in den Art. 28 ZGB und Art. 127 SGB gesetzlich festgelegt sind und auch für die Richtlinienautoren der SAMW gelten.

Prof. Dr. med. M. Geiser, Wabern

- 1 Geiser M. Ist die «Charta zur ärztlichen Berufsethik» besser als der Hippokratische Eid? Schweiz Ärztezeitung 2005;86(11):678-9.
- 2 Rom B. Ist die «Charta zur ärztlichen Berufsethik» besser als der Hippokratische Eid? Schweiz Ärztezeitung 2005;86(15):852.
- 3 Ernst E. Patient choice and complementary medicine. J Roy Soc Med. 2004;97:41.
- 4 Fabre J. The Hippocratic Doctor. Ancient lessons for the modern world. The Royal Society of Medicine Press. London, New York 1997.