

Courrier au BMS



«Dinge gehen vor im Mond, die das Kalb selbst nicht gewohnt»

Sehr geehrter Herr Kollege Liebrich
Ihre Geschichte ist unglaublich, ja skandalös [1]. Was die Entbindung vom Arztgeheimnis betrifft, wäre im Kanton Thurgau ein entsprechendes Gesuch mit Sicherheit abgelehnt worden. Nach §18 Abs. 2 des Thurgauer Gesundheitsgesetzes *kann der Vorsteher des Departements vom Berufsgeheimnis befreien*. In der Praxis hat der Departementschef während meiner 8jährigen Tätigkeit als Kantonsarzt die Entbindung vom Arztgeheimnis äusserst restriktiv gehandhabt. In Ihrem Fall wäre mit Sicherheit das Gesuch mit der Begründung abgelehnt worden, dass der Patient allein zuständig sei, den Arzt vom Berufsgeheimnis zu entbinden. Von mündigen und aufgeklärten Patientinnen und Patienten dürfte man ja erwarten, dass sie auch ohne Entbindung vom Berufsgeheimnis über das Risiko des ungeschützten Verkehrs Bescheid wissen.

Unglaublich ist auch die Kulanz Ihrer Haftpflichtversicherung; mit einer gewissen Latenz breiten sich bei uns amerikanische Verhältnisse aus, die zu unbezahlbaren Prämien für die Haftpflichtversicherung führen.

Dr. med. Alfred Mugli, Steckborn

1 Liebrich F. «Dinge gehen vor im Mond, die das Kalb selbst nicht gewohnt». Schweiz Ärztezeitung 2006;87(11):455-6.



Immer mit einem Bein im Gefängnis?

Die zwei Berichte von Walter Grete [1] und Fritz Liebrich [2] in der SÄZ 11/2006 zum Thema Schweigepflicht bei HIV-Patienten haben mich geschockt. Es zeigt sich einmal mehr, dass wir dank der Spezies Rechtsanwalt immer mit einem Bein schon im Gefängnis sind. In Zukunft müs-

sen wir wohl Praxisgemeinschaften mit Juristen und nicht mit Medizinerinnen machen oder einen Teil unseres MPA-Bestandes mit einem Juristen abdecken, der am Empfang sitzt und die eintretenden Patienten sogleich mit den wichtigsten Rechtslagen konfrontiert ...

Die beschriebenen Fälle zeigen, dass man, wie man auch handelt, sich einen Prozess einhandeln kann.

Was ich mich aber auch frage, ist, ob Fritz Liebrich mit seinem Prozess von den Ärztesgesellschaften im Regen stengelassen wurde oder ob sie ihn unterstützt haben. Die aufgeworfene Problematik betrifft uns alle, und ich denke, in so einem Fall müsste die kantonale Ärztesgesellschaft wie auch die FMH den Kampf mit dem einzelnen Arzt zusammen aufnehmen und ihn mit ihrem ganzen juristischen Rückhalt verteidigen. Eine solche zentrale Frage kann doch kaum in einem Vergleich gelöst oder von irgendeinem Bezirksgericht entschieden werden, eine solche wichtige Frage schreit ja beinahe nach einem Bundesgerichtsentscheid, damit wir in Zukunft wissen, wie wir vorgehen sollen!!

Für mich gibt es zwei Möglichkeiten, wie man vorgehen könnte:

- 1 Jeder Patient, bei dem ein HIV-Test durchgeführt werden soll, wird informiert, dass, falls der Test positiv ausfallen sollte, der Arzt sich automatisch beim Kantonsarzt von der Schweigepflicht entbinden lassen wird, um allfällige zukünftige Sexualpartner informieren und warnen zu können. Damit hat dann natürlich der Kantonsarzt ein Problem wegen der Entbindung. Dieser hat allerdings den Vorteil, als Beamter eine ganze Institution im Rücken zu haben.
- 2 Das Vorgehen ist ähnlich wie bei der Fahreignung. Dort darf ich wegen dem übergeordneten Interesse der Öffentlichkeit einen uneinsichtigen Patienten beim Strassenverkehrsamt melden, wenn er aus meiner Sicht nicht mehr autofahren kann. Da HIV eine meldepflichtige Krankheit ist, weiss die Gesundheitsdirektion über betroffene Personen Bescheid. Da auch die GD die Instanz ist, die von der Schweigepflicht entbinden kann, verweise ich Personen, die den HIV-Status eines Partners erfahren wollen, direkt an die Gesundheitsdirektion bzw. an den Kantonsarzt. Ich erkläre

der Person, dass ich wegen der Schweigepflicht keinerlei Auskünfte geben darf, dass HIV aber meldepflichtig sei, und falls der Partner effektiv HIV-positiv getestet worden sei, die GD dies wissen müsste. Am besten gebe ich diese Information schriftlich und mit Gegenzeichnung ab. Damit habe ich das Geheimnis des Patienten geschützt und der nachfragenden Person aber die Möglichkeit nicht vorenthalten, die nötige Information zu erhalten. Die Verantwortung, ob diese Information weitergegeben wird, wird an die Stelle delegiert, die auch «Herr über die Schweigepflicht» ist.

Ich werde mich in Zukunft an die Variante 2 halten, allerdings in der Hoffnung, nie in eine solche oder ähnliche Situation zu kommen.

Dr. med. D. Nauer, Bülach

- 1 Grete W. Die Schweigepflicht auf der Anklagebank – oder «Der Arzt soll zahlen, er hat eine Versicherung!». Schweiz Ärztezeitung 2006;87(11):454.
- 2 Liebrich F. «Dinge gehen vor im Mond, die das Kalb selbst nicht gewohnt». Schweiz Ärztezeitung 2006;87(11):455-6.



Réflexion sur l'éthique médicale

La force prime le droit et l'or prime la force (Jean Rostand)

La médecine humaine (hippocratique) consiste à soigner le patient selon les besoins propres et exclusifs de ce dernier à l'encontre de la médecine vétérinaire qui consiste à soigner la bête malade selon les impératifs de son propriétaire, employeur du vétérinaire et débiteur du coût des soins fournis. Il faut relever que la distinction entre les deux est fondée essentiellement sur l'objet de leurs soins respectifs: l'homme ou l'animal. Et non pas sur une différence de compétence, de technicité ou même d'empathie. En effet, il se trouve des vétérinaires plus «humains» que certains médecins.

Il est évident que, selon l'incontournable axiome du «qui paie, commande», le vétérinaire est soumis à la volonté de qui le rétribue et lui permet de gagner sa vie. Ce qui signifie que le traitement (comme le non-traitement) ou l'euthanasie de l'animal dépendra des moyens financiers que le sentiment ou la volonté de son propriétaire voudra bien consentir. Car, en dépit de toute législa-

tion, l'animal reste globalement, dans la mentalité actuelle, une chose dont celui à qui elle appartient peut, à ses frais, disposer à sa guise.

Il est vrai que l'être humain n'appartient – pour l'instant du moins! – ni aux caisses-maladie ni à l'Etat (subventionnant). Il est vrai aussi que les moyens financiers de ceux-ci ont été perçus, solidairement et par contrainte c'est-à-dire par obligation légale, auprès des cotisants et des contribuables. Il n'en reste pas moins que, dans le système actuel, les soins sont payés par la caisse dont les bureaucrates et leurs golden boys sont convaincus que puisqu'ils «payent», ils sont en droit de «commander»! Car, il ne faut pas l'oublier, tout argent et tout pouvoir délégués, sont toujours confisqués. Ceci d'autant plus que les caisses sont devenues le lobby le plus puissant du pays et qu'elles intéressent, d'une façon ou d'une autre, la majorité de la classe politique, tous partis confondus. Et que l'Etat, non seulement les soutient systématiquement, mais légalise, avec servilité tous leurs ukases: assurance obligatoire, liberté de contracter, rationnement des soins, etc.

Le médecin, payé par les caisses, devient pratiquement leur salarié pour qui le patient n'est plus que l'occasion de satisfaire aux exigences de son patron. Il est ainsi mis au même niveau que le vétérinaire et son éthique, consistant à soigner l'animal selon les impératifs de celui qui le paie. D'autant plus qu'il ne faut pas occulter la responsabilité des syndicats médicaux qui ont toujours considéré l'assurance – maladie comme une «assurance – gain» de l'activité médicale, alors qu'elle est sensée assurer le risque financier de la maladie. Ce qui n'est pas exactement la même chose! Tout en restant conscient que dans le contrat signé entre l'assuré et sa caisse, le médecin n'est aucunement partie prenante.

En conclusion, pour rétablir l'éthique hippocratique en médecine humaine – ainsi que parallèlement la responsabilité du citoyen –, il faut que ce dernier capitalise lui-même ses cotisations obligatoires. Il pourra ainsi, en le payant directement, et redevenir patron de son médecin et rétablir le colloquium singulare, cette relation particulière, qu'il pourra expurger des innombrables parasites qui l'ont investi et qui sont à l'origine de la majorité des coûts inutiles de la santé. Ce qui, dans le brumes du marécage actuel de la Pensée unique, semble n'être qu'un rêve ou un vœu pie, mais qui s'imposera nécessairement, à plus ou moins long terme, devant l'implosion inéluctable et déjà bien avancée du présent système de santé. Car la réalité finit toujours par l'emporter sur l'idéologie.

Dr E. Truffer, Sierre



«Ca prostatae – Orchiectomie»?

Sehr geehrter Herr Kollege Izbicki
Ihr mit viel Humor verfasster Artikel [1], der sich auf feinste Art über die Laienpresse und über medizinisches Pseudowissen lustig macht, bedarf einer Klarstellung und Ergänzung, damit nicht falsches Wissen plötzlich von einem jungen Studenten oder einem die Ärztezeitung lesenden Laien den Humor verkennend als schulmedizinische Wahrheit angesehen wird. Natürlich wissen alle, die Patienten mit Prostatakarzinom behandeln, dass die Androgene nicht nur aus den Testikeln, sondern auch aus der Nebenniere stammen. Ebenso wissen wir aber, dass Hypophyse, Schilddrüse und Pankreas nicht zur Androgenproduktion beitragen, solche Behauptungen gehören ins Reich der Fabel und Märchenwelt. Der von Ihnen als Fallbericht angeführte Patient könnte aber angesichts der beschriebenen Symptomatik sehr gut neben einem Ausfall der Gonadotropine auch einen Ausfall der ACTH-Produktion haben. Daran ist zu denken! Einen auch nur partiellen Ausfall der ACTH-Produktion zu verpassen könnte rasch lebensbedrohlich werden!

*Dr. med. C. Wimpfheimer,
FMH Endokrinologie-Diabetologie, Luzern*

- 1 Izbicki S. «Ca prostatae – Orchiectomie»?? Schweiz Ärztezeitung 2006;87(7):260.3



Ca prostatae – Orchiectomie [1]

Mit der (teuren) Kombination von LHRH-Analoga und Antiandrogenen leben zwar die Patienten etwas länger, aber nach der Orchiectomie mit wenigen Nebenwirkungen und dank der verbliebenen aussergonadalen Androgenproduktion auch mit wenigen Frakturen und einer besseren Lebensqualität. Die Nebenwirkungen führen nicht selten zum Abbruch der hormonellen Kombinationstherapie [2]. Es ist also nicht erstaunlich, dass die Orchiectomie auch unter Urologen ihre Befürworter hat. Idealer-

weise wählen der Patient und der Arzt gemeinsam die Therapieart nach einer unvorangegangenen Information und Besprechung.

Dr. med. P. Marko, St. Gallen

- 1 Izbicki S. Ca prostatae – Orchiectomie. Schweiz Ärztezeitung 2006;87(7):260.
- 2 Samson DJ, Seidenfeld J, Schmitt B, Hasselblad V, Albertsen PC, Bennett CL, et al. Systematic review and meta-analysis of monotherapy compared with combined androgen blockade for patients with advanced prostate carcinoma. Cancer 2002; 95:361-76.



«Ca prostatae – Orchiectomie??»

Sehr geehrter Herr Kollege
Mit Erstaunen habe ich Ihren obgenannten Leserbrief zur Kenntnis genommen [1]. Offenbar sind Sie der Ansicht, dass die Orchiectomie beim fortgeschrittenen Prostatakarzinom keine adäquate Form des Androgenentzuges sei, weil Androgene, gemäss Ihren Angaben, auch in Nebennierenrinde, Pankreas, Schilddrüse und Hypophyse produziert werden. Tatsache ist, dass die Testosteronproduktion beim Mann in zwei Organen stattfindet, nämlich zu 95% in den Hoden und zu 5% in der Nebennierenrinde. Weder Schilddrüse, noch Pankreas, noch Hypophyse bilden Testosteron. Der von Ihnen geschilderte Patient, welcher nach einer Hypophysenoperation einen verminderten Bartwuchs hatte, dürfte an einem postoperativen, sekundären hypogonadotropen Hypogonadismus leiden. Die Frage, ob beim Androgenentzug zur Behandlung des Prostatakarzinoms nicht nur die testikulären Androgene, sondern auch jene der Nebenniere unterdrückt und damit das Behandlungsergebnis verbessert werden könnte, wurde in mehr als 20 prospektiv randomisierten Studien abgeklärt. Die Metaanalyse all dieser Studien zeigt keinen nennenswerten Unterschied. Wird die LHRH-Therapie korrekt appliziert (in den ersten vier Wochen begleitet von einem Antiandrogen, um einen sogenannten «disease flair» zu verhindern), so ist der medikamentöse Androgenentzug der Orchiectomie bezüglich Überlebenswahrscheinlichkeit ebenbürtig [2]. Es ist

aber bekannt, dass die Lebensqualität nach subkapsulärer Orchiectomie in verschiedener Hinsicht der medikamentösen LHRH-Therapie überlegen ist [3].

Heutzutage werden weit mehr Prostatakarzinome diagnostiziert, als je Männer daran sterben würden. Es ist deshalb wichtig, einem allfälligen potentiellen Nutzen eines Androgenentzuges die nicht unerheblichen Nebenwirkungen (Adynamie, Antriebslosigkeit, Hitzewallungen, Osteoporose, Libidoverlust, Anämie usw.) entgegenzustellen [4]. Dabei ist die enge Zusammenarbeit zwischen Urologen und Hausärzten wichtig.

*Prof. Dr. Urs E. Studer,
Urologische Universitätsklinik, Bern*

- 1 Izbicki S. «Ca prostatae – Orchiectomie»?? Schweiz Ärztezeitung 2006;87(7):260.
- 2 Collette L, Studer UE, Schroeder FH, Denis LJ, Sylvester RJ. Why phase III trials of maximal androgen blockade versus castration in M1 prostate cancer rarely show statistically significant differences. Prostate 2001;48:29-39.
- 3 Potosky AL, Knopf K, Clegg LX, Albertsen PC, Stanford JL, Hamilton AS, et al. Quality-of-life outcomes after primary androgen deprivation therapy: results from the Prostate Cancer Outcomes Study. J Clin Oncol 2001;19(17):3750-7.
- 4 Studer UE, Whelan P, Albrecht W, Casselman J, de Reijke T, Hauri D, et al. Immediate or deferred androgen deprivation for patients with prostate cancer not suitable for local treatment with curative intent. J Clin Oncol 2006;24(12).



Einkommensverhältnisse der freien Ärzteschaft der Schweiz 2001 und 2002

Alle Jahre wieder erscheint die Statistik «Einkommensverhältnisse der freien Ärzteschaft der Schweiz» [1], dieses Mal 2001 und 2002 von Kollege Hasler. Interessant dabei ist für mich v. a. die Entwicklung der Einkommensindexe nominal und real. Wenn Herr Kollege Hasler nun festhält, dass für die untersuchten Jahre die Einkommen der freien Ärzteschaft sich im «Gleichschritt mit dem LIKP» entwickelt haben, mag dies wohl stimmen, verniedlicht und skotomisiert aber in unbegreiflicher Art und Weise, dass sich die Schere zu den Indexentwicklungen verglichen mit anderen Einkommen während der letzten zwei bis drei Jahrzehnte enorm aufgetan hat, gleichbedeutend mit einer gewaltigen Reduktion der Kaufkraft der Ärzteschaft. – Wahrlich, dies ist ein schlechter Leistungsausweis für unsere selbstzerstörerische Standespolitik, deren Endresultate man zurzeit bei unserem nördlichen Nachbarland «bewundern» kann! Ich bin ängstlich gespannt auf die Statistiken 2003/2004.

Dr. med. Alexander Eijsten, Meilen

- 1 Hasler N. Einkommensverhältnisse der freien Ärzteschaft der Schweiz in den Jahren 2001 und 2002. Schweiz Ärztezeitung 2006;87(3):87-93.