

Briefe an die SÄZ



Das neue Humanforschungsgesetz in der Vernehmlassung

Gilt Forschung mehr als Menschenwürde? Haben Sie schon bemerkt, dass der Entwurf zum Humanforschungsgesetz bedenkliche Antworten auf diese Frage enthält?

Änderungen der Bundesverfassung

Das Gesetz bedingt eine Änderung unserer Bundesverfassung. In der **Bundesverfassung** sind bisher als oberste Prinzipien in Art. 7 die Menschenwürde als Grundrecht verankert, in Art. 10 das Recht auf Leben und persönliche Freiheit sowie die Unversehrtheit. Die vorgesehenen Änderungen enthalten umstrittene Tendenzen, die der Priorität der Menschenwürde widersprechen, vor allem betreffend urteilsunfähiger Personen.

Bei der Forschung an urteilsunfähigen Personen wird auf die Vorschrift verzichtet, dass Zeichen von Widerstand oder Ablehnung der einwilligungsunfähigen Person zu berücksichtigen sind. So ist vorgesehen: **Art 118a.2.c: «Niemand darf zur Teilnahme an einem Forschungsprojekt gezwungen werden. Vorbehalten bleiben Forschungsprojekte mit urteilsunfähigen Personen, die eine Verbesserung ihrer Gesundheit erwarten lassen.»**

Eine mögliche Fremderwartung, die Gesundheit einer Person könne verbessert werden, ist doch nicht ausreichend, um Grundrechte ausser Kraft zu setzen und gegen den Willen oder mutmasslichen Willen einer Person zu handeln!

Bundesgesetz über die Forschung am Menschen

Die «Bio-Ethik-Konvention», das europäische Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin von 1997, löste einen breit abgestützten, parteiübergreifenden Protest im Europarat und in der deutschen Öffentlichkeit aus. Der Bundesrat hat sie diskussionslos unterschrieben, aber

die eidgenössischen Räte haben sie noch nicht ratifiziert.

- Im europäischen Übereinkommen gilt der Grundsatz, wonach generell die Forschung am Menschen nur zulässig ist, wenn es keine Alternative von vergleichbarer Wirksamkeit gibt (Prinzip der generellen Subsidiarität). Dieses Prinzip wird im Gesetzesentwurf nur betreffend verletzbar Personen aufgenommen. Die Beurteilung von Risiken und Belastungen von Versuchen wird den Ethikkommissionen zugewiesen.
- Ein zentrales Problem bleibt die – nicht näher bezeichnete – Verwendung des Begriffs der «Person». Embryonen werden nicht als «Personen» bezeichnet und sind somit ungeschützt. Die Konvention braucht demgegenüber den Terminus: «Menschliches Lebewesen».
- Besonders bedenklich im neuen Gesetz ist ferner Art. 10:

Art. 10 Unvollständige oder irreführende Aufklärung

1 Ausnahmsweise darf die betroffene Person über einzelne Punkte eines Forschungsprojekts vor dessen Beginn unvollständig oder **irreführend** aufgeklärt werden:

Bewusste Irreführung gesetzlich vorgesehen: das darf doch nicht wahr sein! Wie sollen da die Patienten noch Vertrauen zu uns Ärzten haben?

Zudem ist vorgesehen, dass sämtliche die Forschung betreffende Vorschriften der anderen Bundesgesetze ins Humanforschungsgesetz übergeführt werden, so dass also für alle Forschungen die Würde des Menschen in der Schweiz bedroht ist!

Es muss ein Prinzip bleiben, dass die Patientenautonomie letztlich über Nutzen und Schaden der Forschung steht, wenn die Würde des Menschen wirklich geachtet werden soll. Im Falle eines Interessenkonfliktes ist dem menschlichen Lebewesen grundsätzlich der Vorrang vor Wissenschaft und Gesellschaft einzuräumen.

*Dr. med. Danielle Lemann,
Hausärztin, Langnau*



Patienten ins Exil!

Die Idee der Krankenversicherer, stationäre Behandlungen ins benachbarte Ausland zu verlagern, wo die Spitalkosten durchschnittlich 30% tiefer als in der Schweiz sind, hat mich auf eine einfache weitere Anwendung dieses Sparprinzips gebracht. Wie wäre es, wenn wir von den Krankenkassen verlangen, Ihre Verwaltungen ins benachbarte Ausland zu verlagern. Dort können Angestellte zu wesentlich günstigeren Anstellungsbedingungen beschäftigt werden. Die in der Schweiz überzähligen Angestellten der Spitäler und der Krankenversicherer werden als Arbeitslose die Gesundheitskosten höchstens indirekt belasten durch vermehrten Bedarf an Psychotherapien, doch das Arbeitslosengeld und später die Sozialhilfe zahlen andere Kässeli. Und so wäscht doch eine Hand die andere!

Am meisten bedrückt mich dabei, dass unsere Gesundheitspolitiker solche Fehlentwicklungen noch mit unseren Steuergeldern in Form von sogenannten wissenschaftlichen Evaluationen unterstützen. Sicher wird dann irgendwann noch ein Fonds für minderbemittelte Angehörige gegründet, um es diesen zu ermöglichen, ihre erkrankten im Ausland hospitalisierten Nächsten besuchen zu können.

Dr. med. Barbara Schlossberg-Schnider, Zürich



Elektrische Stimulation des Karotissinus bei therapierefraktärer Hypertonie

In seinem interessanten Artikel [1] schreibt Prof. Bernhard Meier unter dem Titel «Hypertonie», dass die Karotissinusstimulation als elektromechanische Hypertoniebehandlung ein bisher unbefriedigendes Nutzen-Risiko-Profil zeige. Eine solche Schlussfolgerung zu ziehen ist noch vor Abschluss der ersten multizentrischen Studie mehr als verfrüht und nicht sehr wissenschaftlich. Bisher wurde der Karotissinusstimulator weltweit bei 35 Patienten mit therapierefraktärer Hypertonie implantiert (5 Patienten am Inselspital Bern). Dabei konnte der gemittelte systoli-

sche Blutdruckwert innerhalb von drei Monaten von 189 ± 33 mm Hg auf 165 ± 31 mm Hg gesenkt werden. Diastolischer Blutdruck und Herzfrequenz wurden ebenfalls gesenkt, immer unter Beibehaltung der zu Beginn vorhandenen anti-hypertensiven Medikation. Diese Therapiemethode, bei der die Barorezeptoren am Karotissinus elektrisch aktiviert werden, stellt wahrscheinlich für einige Patienten mit therapierefraktärer Hypertonie eine sinnvolle Therapieoption dar. Die Implantation des Gerätes erfolgt ausschliesslich im Rahmen einer Studie.

PD Dr. Jürg Schmidli, Inselspital, Bern

1 Meier B. Moderne Kardiologie – eine Gesamtschau. Schweiz Ärztezeitung 2006;87(15/16):669-73.



Institut für Hausarztmedizin nicht realistisch?

Sehr geehrter Herr Professor Täuber
Ich bin etwas verwirrt über Ihre Argumentation, wonach an der medizinischen Fakultät in Bern ein Institut für Hausarztmedizin nicht realistisch bzw. realisierbar sein soll. Sie haben, wenn ich einem Leserbrief in der Zeitschrift «Primary Care» [1] glauben darf, in einem Zeitungsartikel [2] verklausuliert behauptet, es fänden sich unter den Hausärzten keine valablen Anwärter für einen akademischen Lehrstuhl. Vielleicht gehen Sie, wie wahrscheinlich auch viele Ihrer akademischen Kollegen, davon aus, dass alle, die Hausärzte werden, es werden, weil ihnen eine akademische Karriere versagt blieb, nach dem Slogan, wer nichts wird, wird Hausarzt. Wenn man die Zahl der Publikationen als Mass aller Dinge nimmt, können die allermeisten von uns tatsächlich vielleicht ihre Dissertation vorweisen, obwohl es auch andere, diesbezüglich beflassene in der Hausarztpraxis etablierte Kollegen gibt. Vielleicht versteckt sich hinter Ihrer Aussage jedoch die Angst, ein weiteres Institut könnte ein Stück des zur Verfügung stehenden Finanzkuchens beanspruchen.

Ich wollte von Anfang an Allgemeinpraktiker auf dem Land werden, nachdem ich unmittelbar nach dem Staatsexamen 1967 in Einsiedeln eine Praxisvertretung übernommen hatte. Mich faszinierte das grosse Spektrum, das von der peri-

natalen Medizin über Geburtshilfe, Innere Medizin, Psychiatrie, Unfallmedizin, Notfallmedizin, kleine Chirurgie, Pädiatrie, Gynäkologie bis zur Geriatrie reichte. Ich habe meine Nachdiplomausbildung auch auf dieses Ziel ausgerichtet. Ich war bis 1990, als ich als Arzt in die dritte Welt aufbrach, 14 Jahre neben meiner Praxis als Belegarzt am Regionalspital Einsiedeln tätig und habe alles gesehen, was Medizin hierzulande, danach auch in Afrika und Asien, beinhaltet. Seit 1998 bin ich wieder zurück in der Praxis.

Ich bin zu 150 Prozent überzeugt, dass Hausarztmedizin eine akademische Disziplin werden muss. Das Gesundheitswesen braucht uns dringend, und wir brauchen dringend hausärztlich relevante Forschung, nur schon, damit wir sinnvoll, evidenzbasiert und kostenbewusst unsere wichtige Funktion wahrnehmen können.

Was die Qualifikation eines Lehrstuhlinhabers für Hausarztmedizin betrifft, gibt es viele engagierte Leute, die nicht in der Praxis verkümmert sind und punkto Agilität, rhetorischer Fähigkeiten, Organisationstalent, Interessen, Vorbildfunktion die nötigen Voraussetzungen mitbringen. Weshalb sonst hätte die Uni Basel ein solches Institut geschaffen, gibt es in Zürich wenigstens eine Abteilung für Hausarztmedizin. Als Beispiel für die Karriere eines «ihrer langweiligen» Allgemeinpraktikers lege ich Ihnen unbescheiden mein Curriculum bei.

Dr. med. Claude Bavaud, Einsiedeln

- 1 Dahinden A. HausärztInnen auf die Lehrstühle für Allgemeine Medizin! PrimaryCare 2006; 6(15/16):302-3.
- 2 Wissmann R. Studierende mit Hausarzt-Götti. Der Bund, 4. April 2006.



Redaktion auf der Anklagebank

In der SÄZ Nr. 11 beklagt sich Kollege F. Liebrich [1] darüber, dass sich seine Haftpflichtversicherung «sehr grosszügig» zeige und er selber erhebliche Anwaltskosten bezahlen musste, weil er sich im Falle eines HIV-positiven Patienten gegenüber dessen zeitweiligen Partnerin an die Schweigepflicht gehalten hatte.

Eine Seite davor nimmt Dr. Walter Grete, ehemaliger Präsident der zürcherischen Ärztesellschaft, Stellung zu diesem «ärgererregenden» Fall [2], und die Redaktion der SÄZ weist in ihrem Editorial [3] auf beide Artikel hin und führt sie auf der Frontseite reisserisch unter «Ärztliche Schweigepflicht auf der Anklagebank» auf.

Auf die Anklagebank gehört indessen die Redaktion der SÄZ. Als offizielles Organ der FMH hat die SÄZ nicht auf Stammtischniveau zu poltern, sondern für sachliche Informationen zu sorgen. Nicht eine Stellungnahme des juristischen Laien Dr. Grete ist am Platz, sondern diejenige eines Fachmannes, z.B. eines FMH-Juristen.

Zwar gibt Dr. Grete seinen Ausführungen den Anstrich von Kompetenz und Seriosität (am Rande werden unter «Rechtsbelehrungen» einschlägige Gesetze und Verordnungen zitiert), inhaltlich vergaloppiert er sich als Laie. Mit den Artikeln konfrontierte Juristen erklären, es gebe in der schweizerischen Rechtspflege nicht die geringsten Hinweise dafür, dass «Gesetzeshüter und Gerichte durch Machenschaften die Schweigepflicht aushöhlten». Im vorliegenden Fall sei es auch gar nicht zu einem gerichtlichen Urteil gekommen, sondern zu einem Vergleich. Habe der Vergleich einen fragwürdigen Anstrich, so sei anzunehmen, dass entweder erhebliche Tatsachen verschwiegen werden oder Kollege Liebrich juristisch schlecht beraten war.

Vor allem aber müsse in den Vordergrund gestellt werden, dass im vorliegenden Fall das Gebot der Schweigepflicht (gegenüber dem einen Patienten, dem Mann) in Konkurrenz stand zum Gebot, seine andere Patientin (die Frau) vor der Ansteckung mit einer potentiell tödlichen Krankheit zu bewahren. Die Lösung bestehe darin, sich durch den Kantonsarzt vom Arztgeheimnis befreien zu lassen. Der Konflikt zwischen beiden Ansprüchen biete je nach Sachlage Anlass zu unterschiedlichen juristischen Erwägungen, und es wäre wohl angebracht, die Ärzte mit den Überlegungen der Juristen vertraut zu machen.

Auch in einem anderen Fall erfüllt die SÄZ ihre Pflicht nicht: Gemäss der Tageszeitung «Der Bund» vom 10. Januar 2006 (S. 19) ist es in Interlaken zu einem gerichtlichen Urteil gekommen. Ein Notfallarzt wurde zu zehn Tagen Gefängnis und einer Busse verurteilt, weil er in einem EKG «gewisse Auffälligkeiten» nicht erkannt und den Patienten nicht eingewiesen hatte. Im Interesse aller Notfalldienst leistenden Ärzte erwarte ich

von unserem Standesorgan, dass das fragliche EKG publiziert und durch einen Kardiologen kommentiert wird.

Dr. med. Daniel Bracher, Bern

- 1 Liebrich F. «Dinge gehen vor im Mond, die das Kalb selbst nicht gewohnt». Schweiz Ärztezeitung 2006;87(11):455-6.
- 2 Grete W. Die Schweigepflicht auf der Anklagebank – oder «Der Arzt soll zahlen, er hat eine Versicherung!». Schweiz Ärztezeitung 2006;87(11):454.
- 3 Steiner-König U. Aufgabenverzichts-«Planung». Schweiz Ärztezeitung 2006;87(11):429.

Anmerkung der Redaktion: Zum «HIV-Fall», auf den der Kollege Bezug nimmt, ist in der SÄZ Nr. 20/2006 ein kommentierender Artikel aus fachlich-juristischer Perspektive erschienen.



Juristen appellieren an die ärztlichen Gefühle

Seit mir vor 20 Jahren ein Ordinarius erklärte, als Arzt hätte ich stets den Strick um den Hals, lese ich mit Interesse die juristischen Kommentare in der SÄZ, wofür ich an dieser Stelle dem Fürsprecher Hanspeter Kuhn meinen herzlichen Dank aussprechen möchte.

Im jüngsten Kommentar für den Bereich KVG [1] heisst es im Kasten für den eiligen Leser: «Sie müssen das richtige Gefühl dafür entwickeln, in welchem Fall Sie bei Ihrem Patienten zurückfragen müssen, bevor Sie weitergehende medizinische Angaben machen.» Für den weniger eiligen Leser werden die vom Datenschutzbeauftragten in einem Merkblatt 2002 angegebenen drei Stufen dargestellt, was grundsätzlich verständlich ist, in der Praxis aber nicht Fuss gefasst hat, insbesondere auch nicht die notwendige Kopie an die versicherte Person seitens des Versicherers. Im weiteren werden dann verschiedene Thematiken angesprochen, wobei zu erahnen ist, dass die Probleme beim Krankenversicherten anders gelöst sind als beim Unfallversicherten [2].

Die Tatsache, dass vier Juristinnen und Juristen nicht in der Lage sind, zu sagen, was «Recht» ist, liess mich innerlich erschauern. Der Arzt ist oft genug allein mit seinem eigenen Gefühl – auf das er sich wohl häufig verlassen kann – und hätte in einer solchen Situation lieber einen Rechtsbeistand als eine aufmunternde Bemerkung. Natürlich verstehe ich die juristischen Probleme angesichts von neuen Gesetzen («Gesetzesflut»), welche bundesgerichtlich noch nicht oder erst teilweise ausgelegt wurden. Im speziellen geht es auch um verschiedene Interessen, einerseits des Datenschutzes und andererseits der Wirtschaftlichkeit.

Ich möchte zwei Anregungen machen. Erstens wäre uns Ärzten gedient, wenn wir in der SÄZ eine möglichst einfache und praktikable Empfehlung formuliert fänden, wie die neue Regelung umzusetzen ist. (Mein Vorschlag: Berichtskopie an Patient und Auskunft an Versicherung, sie solle sich an den Patienten wenden). Selbst wenn das Bundesgericht später anders entscheidet, wäre es wenigstens eine breitabgestützte Praxis.

Zweitens möchte ich die vier Juristinnen und Juristen ermuntern, sich im Namen der Ärzteschaft dafür stark zu machen, dass der Krankheits- und Unfallbegriff in der Schweiz einander angenähert würden. Die unterschiedliche Behandlung insbesondere bei den Tarifen, aber auch beim Datenschutz und der Herausgabe von Daten, führt zu Rechtsunsicherheiten und enormen Kosten. Dieses letzte Argument sollte auch Bundesrat Couchepin überzeugen, da er mit der administrativen Gleichstellung von Unfall und Krankheit wesentlich mehr Geld einsparen könnte als mit dem 20prozentigen Selbstbehalt für Originalpräparate.

Dr. med. M. Weber, Zürich

- 1 Kuhn H, Rabia L, Ischi O, Stettler S. Neugefasstes Kapitel «Berichte» im TARMED per 1. April 2006. Schweiz Ärztezeitung 2006;87(13):535-8.
- 2 Gehring K, Theiler R, Breitschmid P. Weitergabe von Patientendaten an Versicherer im Spannungsfeld von Kostendruck und Persönlichkeitsrecht. Schweiz Ärztezeitung 2005;86(50):2751-7.