Briefe an die SÄZ

Reizwort «Homöopathie»

Nicht endend, aber unter Einhaltung von freien Intervallen erscheinen in unserer Ärztezeitung und in der «NZZ am Sonntag» Artikel, deren Autoren glauben, mittels intensiven Nachdenkens am Schreibtisch durch medizingeschichtliche oder immunologische Folgerungen und unsachliche Unterstellungen die Unwirksamkeit der Homöopathie beweisen zu können und homöopathisch tätige Ärzte diskreditieren zu dürfen. Der Gedanke «Homöopathie» erfährt bei einigen Gelehrten eine Triggerfunktion und hinterlässt bei diesen eine katatone Reaktion wie ein Schreckgespenst aus der frühen Kindheit. Sprachen frühere Generationen und orthodoxe Richter von Teufel, Verdammnis oder Hölle, so drücken sich heute solch Gelehrte nur wenig subtiler aus und sprechen von einem «Fall für die Gerichte», perseverierend als Zitat Bleulers von «autistisch-undiszipliniertem Denken», «Quacksalber» usw. Solche Äusserungen laden zu differentialdiagnostischen Überlegungen ein.

Eine neue Dimension der Argumentation hat sich im Artikel «Kräfte zwischen Stoff und Geist» [1] aufgetan: mit dem Versuch, durch ein philosophisches Konstrukt über den Begriff «Geist» die Lehre von der Homöopathie ad absurdum zu führen. Doch schon beim Lesen des Titels dürfte man getrost das Werk entsorgen lassen, würde sich nicht darin eine irrwitzige Behauptung finden, die in der Tat gerade gewissen Sekten als Argument zur Ablehnung der Homöopathie dient. Der Autor beruft sich nämlich auf den Erklärungsversuch Hahnemanns, eine homöopathische Arznei beinhalte eine *«geist-artige Kraft»*. Zweifelsohne wird mancher Laie beim Studium von Hahnemanns Organon durch die Schachtelsätze in altpreussischer Ausdrucksweise überfordert. Hahnemann, der Kenntnisse über sieben Sprachen verfügte und auch als deren Übersetzer tätig war, war sich wohl bewusst des Unterschiedes zwischen dem Wort *«geistig»* und *«geist-artig»* und wählte deshalb auch letzteres linguistisch gezielt. Nun ist einzugestehen, dass im gesamten Organon wohl einmal, aber nur einmal zur Begründung der homöopathischen Arznei das Wort «geistig» erschien, sonst überall erklärte er den arzneilichen Inhalt mit «geist-*artig*» oder versuchte ihn an zahlreichen Stellen zu umschreiben mit den Worten z.B.: «immateriell», «virtuell», *«nicht hyperphysisch, aber auch nicht mechanisch oder chemisch»*. Dass Hahnemann im 21. Jahrhundert den Begriff «geist-artig» versucht hätte mit uns vertrauten Begriffen mehr einzugrenzen, ist evident.

Da der Autor des genannten Artikels für seine philosophische Folgerung somit irrtümlicherweise die Begriffe «geistig» und «geist-artig» gleichsetzt und dadurch die Prämisse falsch ist, ist auch dessen Kernargumentation wertlos und der Artikel bedeutungslos, hätte er nicht doch noch einige bedenkliche Zwischenbemerkungen eingestreut. Es lohnt sich hier aber nur, auf eine einzige solcher Zwischenbemerkungen einzugehen. Er nennt die empirische Erfahrung ein «uferloses Material» und glaubt, mit «theoretischen Voraussetzungen mehr Aussicht auf Orientierung» versprechen zu können. Philosophische Hybris? Da er es nicht lassen konnte, Einstein zu erwähnen, schliesse ich auch mit einem Zitat Einsteins: «Höchste Aufgabe des Physikers ist also *das Aufsuchen jener allgemeinsten Gesetze*, aus denen durch reine Deduktion das Weltbild zu gewinnen ist. *Zu diesen elementaren Gesetzen führt kein logischer* (!) *Weg, sondern nur die auf Einfühlung in die Erfahrung* (!) *sich stützende Intuition*.»

Dr. med. Urs Steiner,
Mitbegründer
der Schweiz. Ärztegesellschaft
für Homöopathie SAHP,
Immensee

1 Rüegg M. Kräfte zwischen Stoff und Geist – Über die zerronnenen Träume der Homöopathie. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(31/32):1312-5.

Kräfte zwischen Stoff und Geist – über die zerronnenen Träume der Homöopathie

Es ist keine Ausnahme, eher die Regel, dass man Phänomene beobachtet, für welche man noch keine Erklärung hat. Deswegen wundert es nicht,

dass die 200 Jahre alten Ansichten Hahnemanns über die Gründe der Wirkung der Homöopathie nicht zutreffen müssen.

Ich empfehle dem Autor die Lektüre des auch sonst lesenswerten Buches von F. R. Paturi, eines seriösen Physikers, der am Max-Planck-Institut gearbeitet hat, vor allem die Kapitel «Rätselhaftes Wasser – eine Flüssigkeit mit Gedächtnis?» [1]. Von den über 40 Anomalien des Wassers versteht man nur etwas über die Hälfte. Wasser kann sich nicht nur erinnern (im Wasser gelöste Stoffe hinterlassen individuelle Strukturen [Cluster], die verbleiben, auch wenn der Stoff in der Lösung nicht mehr anwesend ist), sondern es besitzt auch die Fähigkeit «zu fühlen».

Die Diskussion um Homöopathie hat noch einen anderen Aspekt: Kürzlich wurde die Frage gestellt, wie man die therapeutische Kraft des Plazebos nützen könnte [2]. Wenn nichts anderes, sind Homöopathika ausgezeichnete, nebenwirkungsarme, kostengünstige Plazebos schon deswegen, weil es ohne den Glauben des Arztes an dessen Wirkung kein echtes, wirksames Plazebo gibt [3]. Sonst müssten die Versuche und Studien nicht doppelblind sein. Dies auch ein Phänomen, das nachgewiesen existiert, welches aber noch nicht vollständig geklärt ist. Es gibt eben einen Haufen Dinge zwischen Himmel und Erde ... [1].

Dr. med. P. Marko, St. Gallen

1 Paturi FR. Die letzten Rätsel der Wissenschaft. Frankfurt am Main: Eichborn;, 2005. p. 84-92. ISBN 978-3-8218-5593-6.

2 Bernstein CN. The placebo effect for gastroenterology: tool or torment? Clin Gastroenterol Hepatol. 2006;4:1302-8.

3 Marko P. Praxis Rück- und Ausblick. Schweiz Ärztezeitung. 2000;81(48):2744-9.

Privatspitäler

Rosinen picken, dieses Geschäft verstehen die Privatkliniken. Ich bin Prof. Fey dankbar, dass er diese Tatsache klar auf den Tisch legt [1].

Natürlich sind die herausgepickten Patientinnen und Patienten zufrieden, wie das Picker-Institut bestätigt. In Privatspitälern (und auf Privatabteilungen der öffentlichen Spitäler) ist der Service gut, Privatversicherte können zum Beispiel von verschiedenen Menüs auswählen. Werden sie aber medizinisch wirklich besser behandelt als Allgemeinversicherte in öffentlichen Spitälern? Ich habe da meine Zweifel.

Exemplarisch ist die extrem hohe Sectiorate an Privatspitälern. Bis vor einigen Jahren war eine tiefe Rate ein Qualitätsmerkmal, heute wird den Schwangeren systematisch eine Operation angeboten, die nach neuen Studien (Kohortenstudie an kanadischen Spitälern von 1991 bis 2005, Vergleich geplante Section mit Vaginalgeburt) ein dreifach erhöhtes Risiko schwererer Komplikationen aufweist. Zugegeben, die Anästhesie hat Fortschritte gemacht, aber ist die neue Mode der Schnittentbindung wirklich besser als die seit Millionen von Jahren von der Natur vorgesehene Geburtsmethode? Eine Sectio ist medizinisch und allenfalls psychologisch indiziert bei höchstens 15% der Geburten, nicht, wie heute in besagten Kliniken üblich, in 50%. 35% Betroffene werden einem unnötigen Risiko ausgesetzt. Ein solch hoher Anteil wäre natürlich zum Beispiel bei neuen Medikamenten undenkbar. Was ist es denn, was die Privatspitäler dazu verleitet, nicht nach den Regeln der evidenzbasierten Medizin zu handeln? Die Gründe sind bekannt und brauchen nicht wiederholt zu werden. Zum Wettbewerb: Er kommt die Versicherten teuer zu stehen, die Krankenversicherer, auch die privaten, bezahlen, ohne zu murren, eigentliche Lifestyleoperationen. Nebst den höheren Risiken sind also auch höhere Kosten die Folge des hochgejubelten freien Marktes im Gesundheitswesen. Wollen wir das wirklich?

Dr. med. Reiner Bernath,
Arzt für Allgemeinmedizin,
Solothurn

1 Fey MF. Privatklinikgruppe Hirslanden Jahresbericht 2006 – ein paar kritische Kommentare. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(31/32):1309-11.

Die Sache mit dem Taxpunktwert [1]

Lieber Kollege Müller

Nein, enttäuscht bin ich nicht. Denn obwohl ich nicht Müller heisse, habe ich dessen Motto «Das Wandern ist des Müllers Lust» zu meinem gemacht und bin satte acht Wochen wandern gegangen. Wohin hat das geführt? Direkt in den Vorschlag des Lenkungsbüros LeiKoV des Kantons Zürich, den Taxpunktwert um einen Rappen zu senken.

Selbst beim Wandern holte mich die systemimmanente Logik, von der ich in meiner Taxpunktwert-Trilogie zwischen 2002 und 2004 in diesem Heft berichtet habe, ein, ganz nach dem Motto: Wer zuviel arbeitet, wird bestraft. Da macht es wohl Sinn, dass die mehr verdienen sollen, deren Leistung in der Verhinderung der Leistungserbringung besteht. Solche Modelle haben wir ja mittlerweile auch entwickelt …

Tatsache ist, dass ich enttäuscht wäre, wenn sich TARMED dem tarifstrukturellen Irrsinn zum Trotz zu einem Blindgänger entwickelt hätte, aber er ist der Bumerang geblieben, vor dem andere Kollegen und ich schon vor der Annahme des TARMED durch 54% der Ärzteschaft gewarnt haben. Weshalb ich bloss Kollegen kenne, die TARMED abgelehnt haben, kann mit einer Selektionsbias oder aber mit Problemen, wie wir sie aus Florida kennen, zu tun haben.

Nun, es gibt natürlich einen Ausweg aus der Sackgasse, wie immer im richtigen Leben. Ist man in einer Sackgasse angekommen, besteht der Ausweg in der Kehrtwende. So einfach ist das! Was müssen wir tun? Wir kündigen den Sozialtarif. Wir erklären uns einseitig nicht länger bereit, Patienten nach Sozialtarif zu behandeln. Wir führen einen moderaten Privattarif ein, benützen TARMED als Tarifstruktur, um sie doch noch zu amortisieren, und setzen die Versicherungen unter Zugzwang. Die möchten ja weiterhin Produkte verkaufen, für die es Abnehmer gibt. Versicherungsprodukte nach Sozialtarif würden zu Auslaufmodellen. All dies ist schon gesagt worden, an anderer Stelle auch von mir. Bloss was hindert uns an der Umsetzung? Ich vermute, dass es unsere Angst vor unserem eigenen Mute ist und natürlich auch ein Gespür für das grösste Defizit der Ärzteschaft, nämlich Solidarität. Denn so ein Ding kann nur durchziehen, wer gemeinsam an einem Strick zieht.

Lieber Kollege Müller, in allen Punkten gebe ich Ihnen recht, nur jammern dürfen wir nicht. Wir selbst haben es in der Hand, die Dinge zu ändern, und ich bin gern bereit, dabei mitzuwirken. Doch es wäre eine Illusion zu glauben, dass der gefallene Taxpunktwert angehoben würde, wenn wir alle ein wenig mehr Ferien machen, denn das Lenkungsbüro LeiKoV des Kantons Zürich ist nicht die Börse …

Dr. med. Daniel Schlossberg, Zürich

1 Müller-Schoop J. Hätten Restaurants ein Globalbudget … Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(29/30): 1248.

Der Realität ins Auge schauen – Antwort auf Leserbrief von Herrn Dr. med. Wolf Zimmerli

Kollege Zimmerli wirft dem Präsidenten der FMH Einäugigkeit bezüglich seiner befürwortenden Stellungsnahme für die Initiative gegen Armeewaffen in Privathaushalten vor [1]. Er unterstellt, Schusswaffen würden hauptsächlich von zum Suizid «fest entschlossenen», d.h. alten, verwitweten, lebensmüden Männern verwendet, die ansonsten andere Suizidmethoden anwenden würden. Im weiteren betont er den hohen Wert, den Schusswaffen in der Schweiz bezüglich des Etablierens und Erhaltens sozialer Bindungen aufweisen würden. Zu letzteren möchte ich keine Stellung nehmen, zum ersten sehr wohl, da die von Kollege Zimmerli genannten Ansichten erstens falsch und zweitens gefährlich sind.

Ganz abgesehen davon, dass alte Männer nicht ganz selten ihre (einwilligenden oder nicht einwilligenden) Ehefrauen in den Tod mitnehmen, haben wir in einer Studie zum Thema Schusswaffensuizid in Basel [2] festgestellt, dass 21 von 53 oder 39,6% der Suizidenten mit Armeewaffen der Altersgruppe unter 34 Jahre angehörten. Damit nicht genug, 14 oder 26,4% gehörten einer höheren Berufsgattung wie Akademikern oder Selbständigerwerbenden an, dagegen waren nur 9 der 53 oder 18,9% AHV-Rentner. Schliesslich gehörten 17 oder 32,1% einer Gruppe von Suizidenten ohne vorherige psychiatrische Behandlung oder ein ernsthaftes somatisches Problem an.

Der Suizid mit Armeewaffen zumindest betrifft also eher jüngere, gut ausgebildete Männer ohne entsprechende Vorgeschichte. Ob diese Menschen wirklich derart «fest entschlossen» waren und ob es sich nicht doch um einen Kurzschluss gehandelt hatte, lässt sich leider nicht feststellen, da es sich bei Schusswaffen um eine fast 100%ig sichere Suizidmethode handelt.

Dies ist die Realität, der es bei der Diskussion um Suizid und Suizidprophylaxe ins Auge zu blicken gilt.

Dr. med. Andreas Frei, Forensischer Psychiater

1 Zimmerli W. Der Realität ins Auge schauen. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(31/32):1297-8.

2 Frei A, Han A, Weiss MG, Dittmann V, Ajdacic-Gross V. Use of army weapons and private firearms for suicide and homicide in the region of Basel, Switzerland. Crisis. 2006;27(3):140-6.

Diskussionen vom FMH-Elfenbeinturm

Ich möchte den Kollegen Stäuble [1] und Evison [2] gratulieren. Sie haben es auf den Punkt gebracht. Auch für mich hat die FMH nicht viel gemacht: keine Regelung der Assistenzarztstellen und Arbeitszeit, 3000 Franken für den Titel, geschmackloser und unnützer Arztausweis, Globo-Versand u.a. …

Viele unserer Kollegen sind in finanzieller Not, erschöpft, finden keine Nachfolger, und die FMH diskutiert von ihrem Elfenbeinturm herab über Qualität, Waffen und Sterbehilfe (wohl bald auch für einige unserer Kollegen). Ich finde dies voll daneben. Wenn sich die Haltung der FMH nicht im Sinne ihrer Basis verändert, wird sie nochmals zuschauen müssen, wie sich eine neue Arztgesellschaft bildet.

Dr. med. Luciano Dias

1 Stäuble R. Der Realität ins Auge schauen. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(31/32):1298-9.

2 Evison MG. Die Geschichte vom gemachten Nest – und kein Vogel will sich hineinsetzen. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(31/32):1299-300.

Zulassungsstopp für Ärztinnen und Ärzte

Eine Stellungnahme zu der Frage, ob ein Stopp für die Kassenzulassung sowohl für Schweizer Ärztinnen und Ärzte als auch für EG-Mitgliedstaatsangehörige zulässig ist

1. Für EG-Mitgliedstaatsangehörige:
Gemäss Art. 13 Freizügigkeitsabkommen (FZA) dürfen für EG-Mitgliedstaatsangehörige mit Inkrafttreten des FZA keine neuen Beschränkungen des freien Personenverkehrs eingeführt werden, so dass für diese Personen eine solche Zulassungssperre unzulässig ist.
2. Für Schweizer:
Nach ständiger Rechtsprechung des EuGH beinhaltet der freie Dienstleistungsverkehr ein Attraktivitätsbeeinträchtigungsverbot; dieser Weg des EuGH ging vom Diskriminierungsverbot über das Beschränkungsverbot (Urteil Säger ./. Dennemeyer v. 25.7.1991, Rs. C-76/90, jetzt Kommission ./. Italienische Republik, Urteil v. 7.2.2002, Rs. C-279/00). Gemäss Art. 16 Abs. 2 FZA wird die Rechtsprechung des EuGH vor dem 21.6.1999 berücksichtigt, über die spätere wird die Schweiz unterrichtet. Zufolge Art. 5 FZA) und Art. 17 Anhang I zum FZA dürfen grenzüberschreitende Dienstleistungen für bis zu 90 Arbeitstage pro Kalenderjahr nicht beschränkt werden. Des weiteren spielt hier die passive Dienstleistungsfreiheit (Art. 5 Abs. 3 FZA, s. auch Art. 13 FZA, Art. 23 Anhang I zum FZA) bei einem hochqualifizierten Facharzt, dem die Zulassung verwehrt wird (Patienteninteressen!), eine Rolle.

Wenn nun die Schweiz auch für Schweizer einen Kassenzulassungsstopp einführt, so schränkt sie die Möglichkeit für die aktive und passive Dienstleistungsfreiheit ein, was eine unzulässige Beschränkung des freien Dienstleistungsverkehrs für Schweizer, aber auch für EG-Mitgliedstaatsangehörige darstellt.

Nach der Rechtsprechung des EuGH kann ein Mitgliedstaat die erworbenen Rechte für den praktischen Arzt nach seinem Ermessen festlegen, unter der einzigen Bedingung, dass der Mitgliedstaat das erworbene Recht der Ärzte, die zwar nicht das Diplom als praktischer Arzt besitzen, deren Diplom aber vor dem 1.1.1995 in diesem Mitgliedstaat anerkannt worden ist, das in einem anderen Mitgliedstaat das Recht beinhaltet, ebenfalls vor diesem Zeitpunkt die Berufstätigkeit als praktischer Arzt im Rahmen des Sozialversicherungssystems auszuüben, anerkennen müsse. Zu betonen sei, dass die Tatsache, kein Dienstverhältnis eingegangen zu sein, die Ärzte nicht daran hindere, später ein derartiges Dienstverhältnis einzugehen (Rs. C-69/96 bis Rs. C-79/96, Slg. 1997 I S. 5621). Für die Schweiz bedeutet diese Rechtsprechung des EuGH, dass sie auch für Schweizer, die am 1.6.2002 berechtigt waren, eine Kassenzulassung zu beantragen, dieses wohlerworbene Recht nicht einschränken darf, damit für sie das Recht auf Freizügigkeit nicht beeinträchtigt wird.

Aus diesen Gründen folgt, dass sowohl für EG-Mitgliedstaatsangehörige als auch für Schweizer ein Zulassungsstopp für Ärztinnen und Ärzte nach dem Freizügigkeitsabkommen Schweiz–EG unzulässig (s. u.a. auch Udo Adrian Essers/Thomas Fleiner, «Über die Unvereinbarkeit des Zulassungsstopps für Ärzte mit dem Freizügigkeitsabkommen Schweiz–EU und dem schweizerischen Recht» in der Schweizerischen Ärztezeitung Nr. 34/2003 [1] und Udo Adrian Essers, «Das Freizügigkeitsabkommen Schweiz EG: Auswirkungen auf die Berufe der Humanmedizin», Dissertation Universität Fribourg/Schweiz, 2002).

Dr. iur. Udo Adrian Essers, Küsnacht ZH

1 Essers UA. Über die Unvereinbarkeit des Zulassungsstopps für Ärzte mit dem Freizügigkeitsabkommen Schweiz–EU und dem schweizerischen Recht. Schweiz Ärztezeitung. 2003;84(34):1749-50.