

Briefe an die SÄZ



Appel à toutes les «sentinelles» de Suisse

Chères Collègues, Chers Confrères

Nous devons marquer notre réprobation concernant l'obstination de l'OFSP/M. Couchepin à maintenir l'introduction du tarif de laboratoire modifié au 1^{er} juillet prochain.

Je vous propose de décider (sans autre consultation ni organisation) de suspendre nos envois dès le 1^{er} avril, remplaçant la formule questionnaire par une brève note telle que:

- «médecin en colère», ou bien
- «j'attends, pour reprendre mes envois, un signe positif de votre direction».

Des collègues ont déjà cessé d'envoyer leurs statistiques, jusqu'à ce que l'OFSP revienne sur sa décision. Ci-dessous la lettre que j'ai envoyée à «notre» ministre.

Dr Hugues Burkhalter, Lausanne

Les médecins *sentinella* débrayent

Lettre ouverte au Monsieur le Conseiller Fédéral Pascal Couchepin

Monsieur le Conseiller fédéral,

Vu la manière dont vous continuez, moi, j'arrête: Je n'enverrai plus mes statistiques épidémiologiques à l'OFSP.

Depuis une quinzaine d'années, chaque semaine, je les envoyais; «médecin sentinelle», je prélevais des échantillons pour identifier le virus de la grippe, pour déterminer la rougeole, pour connaître les résistances aux antibiotiques.

Je le faisais par sens civique, par intérêt pour la Santé publique. Vos services me récompensaient en fin d'année par un bon d'achat de 200 francs. Dès ce vendredi soir, je n'envoie plus de statistiques à Berne.

Pourquoi est-ce que je ne rends plus service?

Vous vous êtes montré désinvolte; vous ne nous respectez pas, en manipulant les tarifs de laboratoire, en fermant la porte à la concertation et aux négociations qui caractérisent notre démocratie (depuis des mois, la FMH et d'autres instances du

terrain s'adressent à vous et proposent des solutions).

Croyez-vous que c'est l'appât du gain qui me met en colère contre vos agissements? Je vais vous confier un secret, médical: je n'aime pas me sentir un salami que vous découpez, rondelle par rondelle.

Quel funeste dessein visez-vous en organisant pareil gâchis? Que deviendront nos fidèles assistantes médicales, qui consacrent 20 à 40% de leur activité aux activités de laboratoire? Un collègue m'a déclaré avoir planifié le licenciement d'une collaboratrice au 1^{er} juillet prochain.

Un autre collègue prend sa retraite, sans trouver de successeur: un village de plus sans médecin (on s'habitue: l'épicerie, la gare, la poste...). Vous ne ferez jamais partie de la population croissante qui perd l'accès à une médecine de qualité: ce sont dès lors nos concitoyens, nos élus, et nous autres professionnels sur le terrain, qui devons vous ouvrir les yeux: vous faites fausse route.

J'espère, Monsieur le Conseiller fédéral, trouver bientôt les conditions d'une collaboration avec vos services et vous adresse mes salutations distinguées.

Dr Hugues Burkhalter, Lausanne



«Zum Beispiel biologisches Gemüse anpflanzen»

Ein fiktives Interview mit BR Pascal Couchepin

Interviewer (I): Herr Bundesrat Couchepin, als Gesundheitsminister droht Ihnen schon wieder Unge-mach ...

BR Couchepin (C): Was heisst schon wieder? In meinem Departement kocht und brodelt es doch dauernd, und dies schon eine ganze Weile!

I: Eben deswegen gehen die Ärzte schon wieder auf die Strasse, nachdem sie am 1. April 2006 auf dem Bundesplatz gegen Ihre Willkürentscheide demonstriert haben. Sie waren damals offenbar nicht sehr beeindruckt ...

C: Wer sagt denn das?

I: Das ging am selben Abend aus einem Interview in der Tagesschau hervor, als Sie sagten: «Ich glaube nicht, dass die Hausärzte meine Gesundheitspolitik kritisieren ...»

C: Ja, ich hatte die Situation zu wenig ernst genommen.

I: Tun Sie das heute? Immerhin haben sich damals über 10 000 Ärzte mit ihren Familien und Praxisangehörigen in der Nähe Ihres Büros eingefunden und gegen Ihre Departementsführung demonstriert. Ihr Gesicht war leider nur auf den mitgeführten Plakaten zu erkennen.

C: Sehen Sie, ich habe in meinem streng geführten Departement noch anderes zu tun, als bei jeder Demonstration zu erscheinen. Ich bin ein gefragter Mann!

I: Das merkt man an Ihren Auftritten. Haben Sie manchmal nicht das Gefühl, unüberlegte Entscheide zu fällen und sich wie ein Elefant im Porzellanladen ...

C: Aber ich bitte Sie, betrachten Sie doch einmal ein Foto mit dem Gesamt-Bundesrat, dann werden Sie erkennen, dass ich der Grösste bin!

I: Das mag ja zutreffen, aber auf dem Gebiet der Sachkompetenz bestehen da gewisse Zweifel!

C: Immerhin habe ich jetzt in der Frage der Komplementärmedizin eine Kehrtwende vollzogen!

I: Die kam aber reichlich spät!

C: Es ist nie zu spät, sich von einem Saulus zu einem Paulus bekehren zu lassen!

I: Werden Sie diese biblische Bekehrung auch bei den Labortarifen vollziehen?

C: Vorläufig sehe ich keinen Grund dazu. Meine Mitarbeiter im BAG unter Federführung von Herrn Zeltner haben mir seriös erarbeitete Unterlagen geliefert ...

I: ... die aber sehr umstritten sind, da die Zahlen nicht stimmen. Ich erinnere Sie daran, dass die Revision der Analysenliste über die Köpfe der Ärzteschaft hinweg beschlossen wurde, die Einwände und Lösungsvorschläge der FMH wurden dabei weder ernsthaft geprüft noch gewürdigt. Das Praxislabor ist schon heute kaum mehr kostendeckend, bei gewissen wichtigen Untersuchungen zahlt der Praxisinhaber sogar darauf!

C: Wir werden jetzt das Ganze vielleicht nochmals durchrechnen und auch die Folgekosten der Tarifsenkung und der angedrohten Schliessungen von Praxislabors einbeziehen müssen.

I: Das hätten Ihre Leute aber schon viel früher erledigen sollen!

C: Das ging leider nicht, weil wir unter Zeitdruck gearbeitet haben, wir haben ja aus diesem Grund die Frist vom 1. Januar bis zum 1. Juli verlängert.

I: Wenn Praxislabors geschlossen werden müssen, hat dies verheerende Auswirkungen: Die Patienten werden schlechter versorgt, die Ärzte müssen Medizinische Praxisassistentinnen entlassen und können keine Lehrtöchter mehr ausbilden, die Praxisinhaber verdienen noch weniger und schliesslich werden die Kosten im Gesundheitswesen steigen statt sinken, wie Sie uns immer wieder weismachen wollen. Sie behaupten hartnäckig, dass Sie mit Ihrem Vorgehen 300 Millionen Franken einsparen werden.

C: Sparen ist in der Tat mein oberstes Ziel, und dem hat sich alles andere unterzuordnen. Wenn einige MPAs entlassen werden müssen, so ist dies ein kleines Problem im Vergleich zu anderen Wirtschaftszweigen. Schliesslich können sich die entlassenen Assistentinnen ja in den Spitälern bewerben, wo in den wachsenden Ambulatorien mehr Personal gebraucht wird.

Und wenn ein Arzt das Gefühl hat, dass er zu wenig verdient, kann er sich ja nach einem Zusatzverdienst umsehen, wie dies die Lehrer früher auch getan haben. Ich kenne einige Landärzte, die einen eigenen Garten besitzen und zum Beispiel biologisches Gemüse anbauen oder einen privaten Weinberg pflegen könnten, das hat Zukunft und verbessert obendrein die Lebensqualität!

I: Dieser Vorschlag ist aber weit hergeholt und wohl zynisch gemeint wie auch Ihre neuliche Bemerkung, der Präsident der FMH habe seinen Verein nicht mehr unter Kontrolle. Sie haben ja schon einmal einen Namen verwechselt ...

C: Ich habe eben ein besseres Gedächtnis für Zahlen als für Namen. Schon in der Schule hatte ich bessere Noten in Mathematik als in Geschichte.

I: Herr Bundesrat, gestatten Sie mir noch eine abschliessende Frage: Was werden Sie tun, wenn immer mehr Praxen verwaisen, weil die Grundversorger in ihrer Tätigkeit derart schikaniert und behindert werden, dass sie aussterben?

C: Ich werde nichts unternehmen, nach dem Motto: «Kommt Zeit, kommt Rat.» Die Ärzte sollen ruhig weiter demonstrieren, dann sind sie wenigstens wieder einmal an der frischen Luft!

I: Herr Bundesrat Couchepin, ich danke Ihnen für dieses interessante und aufschlussreiche Gespräch und wünsche Ihnen ebenfalls viel frische und weniger falsche Luft!

C: Sehen Sie, ich stehe immer gerne für Interviews zur Verfügung, wenn ich meinen einzig richtigen Standpunkt darlegen kann. Ich habe dann noch weniger schlaflose Nächte. C'est ça!

Dr. med. Max Schreier, Kriegstetten



An alle Schweizer Hausärztinnen und Hausärzte (HA)

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Seit Jahren beklagen wir mit berechtigter Sorge die Überalterung unserer HA, die ungenügende Zahl junger Kollegen und damit die stete Abnahme der HA-Dichte. Wir klagen über den Einkommensrückgang bei gleichzeitigem Anstieg der Praxis- und Lebenskosten. Wir schimpfen über die zunehmende Schikanierung im Papierkrieg mit den Versicherungen. Wir sind überfordert bezüglich Qualitätsnachweis als HA, im Labor, Röntgen, Ultraschall usw. Zwar wird von uns mit Recht eine hohe Qualität verlangt. Für die uns im Zusammenhang mit der Fortbildung entstehenden Unkosten (Kongress- und Reisegebühren, Hotel, Einkommenseinbusse) werden wir aber von niemandem entschädigt.

Mit diesen misslichen Aussichten ist es sehr wohl verständlich, dass sich immer weniger Studenten für den HA-Beruf entscheiden.

Mit der geplanten, erneuten Senkung des Labortarifs ist das Fass nun übertoll!

Gesundheitspolitiker und Krankenkassen haben mit ihren kurzsichtigen sogenannten Sparmassnahmen erreicht, dass die Gesundheitskosten immer schneller steigen, dass es immer weniger Hausärzte gibt, und wenn sie so weiter wursteln, wird es bald keine Schweizer Hausärzte mehr geben.

Das Resultat ist klar:

- Die Qualität der medizinischen Versorgung sinkt;
- Die Gesundheitskosten steigen noch schneller, weil die Patienten mit jeder Bagatelle die Notfallkliniken aufsuchen. Statt der kompetenten, aber minimalen Hausarzt-Medizin mit tiefen Rechnungen bezahlen Kasse und Staat unnötige und teure Untersuchungen in den Kliniken.

Warum lernen wir nicht aus den Fehlern unserer Nachbarn wie England oder Deutschland?

Jahrelange Diskussionen, schöne Worte, Vorschläge, Protestaktionen, Leserbriefe unsererseits haben die ungute Entwicklung, sprich: den Untergang unseres Berufstandes, höchstens leicht verzögert. Jammern und «Faust im Sack» helfen auch nichts.

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Krankenkassen und Politiker verstehen nur eine Sprache: Helfen wir ihnen doch beim Sparen, in-

dem wir während einer Woche gar keine Kosten verursachen. Gemeinsam schliessen wir ferienhalber unsere Praxis!

Ich bitte deshalb alle HA, in der ersten Maiwoche, d.h. vom 4. bis 9. Mai 2009, eine wohlverdiente Ferienwoche einzuplanen. Selbstverständlich muss dabei der lokal ausgehandelte Notfalldienst zur Verfügung stehen.

Gleichzeitig stellen wir klare Forderungen:

1. Aufhebung des Numerus Clausus;
2. Aufhebung des Ärztestops für HA.;
3. Die Labortarife für HA werden um 10% angehoben;
4. Der TARMED-Taxpunkte-Tarif wird beim HA der Teuerung angepasst.

Falls die Ferienaktion nicht erfolgreich sein sollte, werden die Schweizer HA ihre Praxis im Monat September 2009 ferienhalber schliessen.

Solange der Esel nicht bockt, wird er noch schwerer beladen, noch mehr geschlagen und noch schlechter gefüttert!

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Machen wir einmal etwas Mutiges zum Wohl unserer jungen Kollegen und zur Erhaltung und Sicherung unserer guten medizinischen Versorgung durch die HA in der Schweiz.

Lukas Guidon, Winterthur



Gesundheitspolitik ins Desaster

Die Gesundheitskosten steigen stetig, mittlerweile auf nahezu 60 Milliarden Franken jährlich.

Nun senkt Bundesrat Couchepin, trotz Protesten nicht nur aus ärztlichen Kreisen, die Labor-Tarife um 200 Mio. Franken. Immerhin 3 Promille oder etwas mehr als eine halbe Tasse Espresso monatlich für jeden Zwangsversicherten. Keine einzige Arztpraxis wird deshalb schliessen müssen, lässt sich doch die Ertragseinbusse durch Auslagerung der Laboruntersuchungen und Personalreduktion kompensieren. Verheerend aber ist dieser einsame Entscheid unseres Gesundheitsministers, weil einmal mehr die Kompetenzen insbesondere der Grundversorger beschnitten werden und damit dieser schon stark bedrohte Beruf noch mehr gefährdet wird. Warum entscheiden sich nur noch 10% aller Studienabgänger für den Weg der Allgemeinmedizin? So wird ein Grundpfeiler unseres weltbesten Gesundheitssystems weggebrochen und Couchepin könnte des Wortbruchs bezich-

tigt werden. Eine Tagung unter dessen Federführung im November 2006 hat unter dem Titel «Stärkung der Grundversorgung» ein über 120 Seiten starkes Schrifttum geboren voller bester Absichtserklärungen. Nichts wurde seither umgesetzt, im Gegenteil: Alle Neuerungen gehen auf Kosten der Grundversorgung. Eine Überalterung bei den zurzeit praktizierenden Grundversorgern ist erkannt, doch eine Rekrutierung von Nachfolgern wird seit Jahren sträflich vernachlässigt. Couchepin selbst hat den Vorschlag lanciert, die Allgemeinmediziner bei Bagatellfällen durch Paramedics zu entlasten, und zeigt damit, dass er keine Ahnung hat, was unser Beruf beinhaltet. Ureigenst gehören zum Beruf des Allgemeinmediziners auch die Bagatellfälle, bzw. zu erkennen, dass sich dahinter gelegentlich ein gravierenderes Problem verbirgt. Solche Exekutivpolitiker sind eine Gefahr! «Gouverner c'est prévoir» müsste Couchepin eigentlich verstehen. Ein relevanter Leistungsausweis oder gar eine gesundheitspolitische Weitsicht ist bei ihm nicht erkennbar, ausser sein unbestrittenes Verdienst, in den letzten Jahren die Krankenkassenprämien gedrückt zu haben. Zu welchem Preis? Die Reserven unserer Krankenkassen sind weg, exakt jetzt, wo sie in der Weltwirtschaftskrise grössten Ausmasses gebraucht würden. Gesundheitsexperten haben bereits bis über 10% Prämienanstieg schon für das kommende Jahr vorausgerechnet. Wenn sich das Desaster in seiner vollen Dimension abzeichnen wird, ist Couchepin nicht mehr im Amt, wird aber in seiner Verblendung niemals einsehen, dass er dafür die Verantwortung trägt und nicht sein kaum zu beneidender Nachfolger. Die Rücktrittsforderung des FMH-Präsidenten an den Gesundheitsminister ist aus dieser Sicht absolut zu unterstützen.

Dr. P. Matter, Kilchberg



Démantèlement de la médecine et solidarité

Grève, pétition, affiches: Nos organisations médicales s'insurgent à juste titre contre la baisse du prix des analyses médicales.

Les médecins en appellent à la solidarité de nous tous devant l'esprit borné du chef du DFI, qui refuse toute remise en cause de sa décision et toute médiation.

Chirurgien orthopédiste, je n'ai pas de laboratoire et ne serai donc pas touché par cette mesure. Mais je me déclare ouvertement solidaire avec mes

collègues généralistes et spécialistes qui eux en subiront de lourdes conséquences, comme leurs patients.

Il s'agit d'une mesure qui augmente encore le *démantèlement de la médecine en Suisse*.

Dès l'introduction du TARMED, les spécialistes et les confrères pratiquant des gestes invasifs ont beaucoup soufferts d'une tarification drastiquement abaissée pour leurs actes.

Ainsi, à Genève, la chirurgie ambulatoire, dans les cliniques privées a disparu, alors que l'endoscopie, l'arthroscopie et la chirurgie mini-invasive lui promettaient un grand développement avec une garantie d'économicité. Le TARMED a cassé cette dynamique.

Un expert allemand à qui ce tarif a été soumis a affirmé qu'il ne pouvait fonctionner adéquatement.

Nous avons averti, à l'époque, nos collègues généralistes des dangers de ce nouveau tarif et que des décisions semblables allaient s'enchaîner dans les années suivantes, au détriment de tous. Ils ne nous ont pas écoutés, persuadés qu'ils furent d'une meilleure transparence des coûts et d'une augmentation de leurs revenus. Où était la solidarité?

Et ce n'est pas terminé: les DRG sont programmés pour 2012. Là il va s'agir, à nouveau, d'une refonte complète de notre système de santé.

Les experts ont choisi de s'inspirer du modèle allemand pour cette nouvelle tarification.

Or que se passe-t-il?

Il est maintenant prouvé que ce système est mauvais, ce qui a pour conséquence une dégradation de la qualité de la médecine chez nos voisins et nombre de confrères allemands cherchent à s'établir en Suisse.

Certaines sources laissent apparaître que les allemands sont en train de revenir en arrière. Mais nos politiciens n'en ont cure. Seule compte pour eux une réduction des coûts, au dépens des patients et de tous les acteurs de la santé.

Jusqu'à présent, toutes les mesures entreprises sont un échec avéré qui n'a pas endigué les coûts, qu'il s'agisse du gel d'ouverture des cabinets, du TARMED, ou de la baisse du tarif des laboratoires privés si cette décision devait finalement entrer en force.

Toutes ces décisions prises au coup par coup, sans vue d'ensemble du système, ni consultation de ses acteurs ont seulement contribué à augmenter les coûts, mais aussi à nous décourager et à mettre en danger les patients qui ne sont pas mieux soignés qu'auparavant et qui s'entassent aux urgences des hôpitaux ou créent des listes d'attente interminables. La médecine, eu égard au vieillissement de la population et à l'attente des patients devant

l'avancée technologique, va continuer à engendrer des coûts, qu'il faut certes s'ingénier à contrôler, mais d'une manière globale, avec la consultation et la participation aux décisions de tous ces acteurs.

Cela étant, par solidarité, sans y voir un intérêt direct pour mon activité, je serai solidaire le 24 mars et ferai la grève, soyez rassurés, mes chers confrères visés par cette mesure, mais soyez clairvoyants la prochaine fois envers tous vos confrères. Seule une solidarité sans faille peut contribuer à nous faire comprendre auprès de nos autorités politiques et de nos patients.

*Docteur Jacques Saunier,
FMH chirurgie orthopédique et traumatologie
de l'appareil moteur, Genève*



Suizidbeihilfe

Sehr geehrter Herr Kollege Hirzel

Erlauben Sie mir ein paar kritische Überlegungen zu Ihrer Fallbeschreibung [1]:

1. Als Ihr Patient Ihnen gegenüber «erneut» lebensmüde Gedanken äusserte, haben Sie die Möglichkeit der Suizidbeihilfe ins Spiel gebracht und sich so – bewusst oder unbewusst – dazu entschieden, die Diskussion in eine bestimmte Richtung zu lenken.
2. Durch diese Entscheidung entwickelte sich eine Dynamik, die in Ihrem Fall innerhalb der gegebenen Umstände augenscheinlich zu einem guten Ergebnis führte.
3. Implizit verwenden Sie dies als Argument für die Beihilfe zum Suizid und untermauern dies mit dem andern Beispiel, wo Suizidbeihilfe verweigert wurde und die Betroffene dann in den See sprang.

Zu 1.: Welchem fachlichen oder ethischen Konsens entspricht es, einen suizidalen Menschen in seinem Suizidwillen statt in seinem Lebenswillen zu unterstützen, bloss weil er 92-jährig und «verstärkt pflegebedürftig» ist?

Zu 2.: Als wichtiges Argument für die Richtigkeit Ihrer Entscheidung führen Sie an, dass der Suizidentschluss Ihres Patienten dessen Tochter offensichtlich geholfen habe, «alles aufzuräumen», was bis dahin zwischen den beiden gestanden hatte. – Aus systemisch-psychotherapeutischer Sicht stellt sich die Situation folgendermassen dar: Eine Tochter erfährt, dass ihr Vater entschlossen ist, sich mittels Exit das Leben zu nehmen.

Ihr behagt dies gar nicht, sie sieht aber, dass sie es nicht wird abwenden können, zumal der Hausarzt des Vaters nachdrücklich hinter diesem Entschluss steht. Im Grunde hat sie nur zwei Möglichkeiten: Sie lehnt den Entscheid ihres Vaters ab, ist enttäuscht über den Hausarzt und distanziert sich von beiden. Dann muss sie aber mit den Schuldgefühlen leben, dass vieles zwischen ihr und ihrem Vater unbereinigt bleibt, und dass sie ihn zudem auf seinem letzten Weg noch zurückweist. Falls sie denselben Hausarzt hat, würde sie zudem noch diesen verlieren. Die Tochter entschied sich im konkreten Fall für den zweiten Weg, sie kooperierte. Wie frei dieser Entscheid wirklich war, wissen wir nicht. Der Leser weiss auch nicht, wie es ihr heute mit dem Suizid ihres Vaters geht. Dass unmittelbar nach dem Suizid alle «wie auf einer Wolke, zufrieden und glücklich und erfüllt» waren, lässt sich aus der Dynamik des Augenblicks erklären. Sich gut fühlen heisst noch lange nicht, das Richtige getan zu haben. Sonst wäre ja jeder Seitensprung ethisch richtig.

Zu 3.: Fallbeispielen für oder gegen etwas wohnt oft eine grosse Überzeugungskraft inne, denn sie sprechen unsere Emotionen an. Im Falle einer so weitreichenden Entscheidung wie der, das Leben eines Menschen gewaltsam zu beenden, müssen wir uns aber zwingend von fachlichen und ethischen Gesichtspunkten leiten lassen.

Eine Reglementierung der Suizidbeihilfe drängt sich auf, ob man das will oder nicht. Damit auch in diesem Bereich die sonst überall selbstverständlichen Qualitätskriterien zur Anwendung kommen können, plädiere ich dafür, dass Suizidhilfeorganisationen erst dann aktiv werden dürfen, wenn ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bescheinigt hat, dass der Suizidwunsch weder Ausdruck einer Depression noch sonst einer therapierbaren psychiatrischen Störung ist, noch dass der Suizidwillige durch systemische Implikationen irgendwelcher Art in seiner Entscheidungsfreiheit eingeschränkt ist.

In einem zweiten Schritt wäre Berechtigung zur Indikationsstellung zusätzlich an die Absolvierung eines noch zu schaffenden Fortbildungsgangs zu knüpfen, der die Thematik der Suizidbeihilfe interdisziplinär vertieft behandelt.

*Dr. med. W. Meili, Facharzt für
Psychiatrie und Psychotherapie, Basel*

1 Hirzel P. Suizidbeihilfe – schwieriger Grenzbereich. Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(6):215.

Replik

Lieber Herr Kollege Meili

Ich bedanke mich für Ihren mich fordernden Beitrag. Sicher kann man die Dinge auch so sehen,

wie Sie es tun, Sie sind ja Psychoanalytiker. Ich nehme gerne dazu wie folgt Stellung: Die Suizidbeihilfe wurde nicht einfach so ins Spiel gebracht, weil ich quasi dafür Werbung machen wollte. Ich hatte vorher noch nie mit einem begleiteten Suizid zu tun, habe aber einige unbegleitete Suizide (ca. ein Dutzend) im Laufe meiner langjährigen Praxis erleben müssen. Die Möglichkeit der Suizidbeihilfe hat sich im Gespräch ergeben. – Sie dürfen mir glauben, dass es mir nicht leichtgefallen ist, und ich wach liegend in nächtlichen Stunden das Für und Wider abgewägt habe ... Ich selbst bin jetzt 62. Ich könnte mir vorstellen, dass mein Lebenswillen mit 92 schwächer sein wird als die Todessehnsucht. Ich selbst halte an meinem Recht fest, mein Leben beenden zu können, wenn ich es wirklich will. Und wenn das dereinst der Fall sein wird, möchte ich einen einfühlsamen Sterbebegleiter und einen hilfsbereiten Hausarzt an meiner Seite wissen. Aber auch diese beiden Helfer werden nie genau wissen, ob ich letzten Endes nicht von jemandem gedrängt werde, ob eine depressive Haltung dahinter ist, nie wissen, ob mein Entschluss ganz und gar autochthon ist. Es gibt so viele Arten zu sterben, wie es Menschen gibt. Bisher hatte ich immer einen passiven Tod mit entsprechendem Leiden und halbwegs erfolgreicher Schmerzbekämpfung durch den Arzt oder schreckliche Suizide erlebt (mindestens ein Dutzend).

Mein beschriebenes Beispiel ist darum anders, weil es ein seltenes Beispiel eines lebensmüden Menschen ist (und darum ging es im Artikel von Kollege Martin) [1], der seiner Endlichkeit gerade ins Gesicht geschaut hat und nach einer sehr positiven Bilanz seines Lebens gefasst und im Reinen mit sich und der Welt beschlossen hat, die Hilfe einer Freitodorganisation zu beanspruchen und sich so von dieser Welt zu verabschieden. Es war nicht zuletzt diese Klarheit und dieser entschlossene Mut, der mich in Ehrfurcht erschauern liess. Mit Ihrer Forderung, dass Suizidbeihilfeorganisationen erst dann aktiv werden dürfen, wenn ein Psychiater beigezogen worden ist (quasi als second opinion), kann ich persönlich gut leben.

Dr. med. Peter Hirzel, Altdorf

- 1 Martin J. Suizidbeihilfe und «Lebensmüdigkeit». Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(48):2098.

Grenzen ziehen? Oder Freiheit beschränken?

Die Ausführungen im Artikel von Kollege Jean Martin [1] über Grenzziehungen bedürfen einiger klärender Worte. Die rechtliche Situation ist

eindeutig, indem einer suizidwilligen Person die Freiheit des persönlichen Entschlusses dazu uneingeschränkt zugestimmt wird. Dies bedeutet, dass sie die dazu verwendeten Mittel frei wählen kann, und daraus folgt auch, dass ihr diese Mittel gemäss Art. 115 des Strafgesetzbuches auch angeboten werden dürfen, sei es durch eine Einzelperson oder ebenso legitim durch eine Organisation. Das Recht der Selbstbestimmung bedeutet andererseits kein Recht auf Hilfestellung durch Drittpersonen, sodass eine ärztliche Hilfestellung völlig freigestellt ist. Es ist somit ein Widerspruch, wenn die rechtliche Situation vollständig bejaht wird, in der Praxis aber eine Einschränkung der Hilfestellung verlangt und nur in Ausnahmefällen toleriert wird. Jede ärztliche Person darf zu ihrer individuellen ethischen Überzeugung gelangen und diese auch innerhalb der gesetzlichen Vorgaben frei praktizieren. Das gleiche Recht steht wie erwähnt auch einer Organisation zu. Diese Vorgaben gilt es voll zu respektieren.

Nicht so klar sind die Antworten auf konkrete Fragen aus der Sicht einer Hilfe stellenden Person oder Organisation. Bei einer ärztlich rezeptierten, tödlich wirkenden Substanz stellt sich die Frage der Verantwortung, d. h. vor allem, ob nicht eine Krankheit vorliegt, die durch eine Therapie gebessert oder soweit gemildert werden kann, sodass die betreffende Person nicht mehr suizidal ist. Natürlich geht die ärztliche Ethik und Fachbeurteilung noch weiter mit Fragen nach der Zurechnungsfähigkeit, der Dauer des Suizidwunsches, des sozialen Umfeldes der Person usw. Dies ist echte ärztliche Hilfestellung und darf bei negativem Ergebnis niemals als mögliche Ausnahme-situation oder gar als Übergriff erklärt werden. Wenn derzeit der Gesetzgeber eine Reglementierung für Sterbehilfeorganisationen mit zu erfüllenden ethischen Mindeststandards erwägt, dürfen wir aus diesem aktuellen Anlass nicht die persönliche Freiheit eines Suizidwilligen oder die verantwortungsvolle Hilfeleistung als eine im Regelfall ethisch nicht zulässige Handlung erklären und damit eine Diskussion über die Einschränkung von Freiheitsrechten eröffnen. Diese Grenze ist gerade aufgrund ethischer Überlegungen längst gezogen.

Wir sollten uns davor hüten, über die Grenzen medizinisch-ethischer Überzeugungen hinaus Einfluss nehmen zu wollen auf ein Grundrecht, um dieses quasi durch die Hintertür wieder zu beschneiden, indem nur in einer einzigen speziellen Situation und eventuell möglichen Ausnahmen ärztliche Hilfestellung zugelassen wird [2]. Die Diskussion zeigt, dass die individuellen Meinungen über ärztliche Tätigkeit in der Suizidbeihilfe sehr weit auseinanderliegen. Dieser Ge-

gebenheit hat der Gesetzgeber voll Rechnung getragen, indem er alle diese Ansichten respektiert und niemanden zur Beihilfe verpflichtet. Diese Rücksichtnahme sollten wir anerkennen und die gesetzliche Vorgabe auch innerhalb der Ärzteschaft ohne Vorbehalt respektieren. Die Vielfalt der Meinungen zeigt zudem, dass unsere persönlichen Erfahrungen das breite Spektrum möglicher individueller Hintergründe eines Sterbewunsches kaum überblicken können und dass wir selbst eine grosse Subjektivität aufweisen. Wir müssen deshalb nicht Grenzen ziehen, die einem Sterbewilligen oder der Ärzteschaft Rechte vorzuenthalten, sondern eine Diskussion zur persönlichen Meinungsbildung im Geiste der Toleranz führen. Unsere Aufgabe besteht darin, Kriterien innerhalb der allgemein erlaubten Ausübung der Suizidbeihilfe aus medizinisch-ethischer Sicht zu definieren, zunächst um die Ausübung von Suizid wenn immer möglich vermeiden zu helfen, aber andernfalls ein Ableben in Würde und unter Respektierung des Willens und der letzten Hoffnung einer Person zu ermöglichen.

Dr. med. Georg Hinz, Mönchaltorf

- 1 Martin J. In der Ethik geht es um Dilemmata und Grenzen – Wir müssen Grenzen ziehen, auch wenn sie nicht perfekt sind. *Schweiz Ärztezeitung*. 2009;90(6):217-8.
- 2 Martin J. Suizidbeihilfe und «Lebensmüdigkeit». *Schweiz Ärztezeitung*. 2008;89(48):2098.

Ethique: des domaines où il est très difficile d'établir des recommandations/guidelines?

En rapport avec les récents débats dans le *BMS* sur l'assistance au suicide et les limites y relatives, je tombe sur les remarques suivantes dans le dernier numéro du toujours substantiel *Hastings Center Report* [1] (le *Hastings Center* est une institution-phare en bioéthique aux Etats-Unis): «Ecrire des recommandations éthiques à l'intention de professionnels implique de se colleter avec des sujets qui apparaissent *unguidelineable* (où il n'est pas possible d'établir des *guidelines*), qui résistent à l'établissement de règles, où un consensus est difficile à atteindre; ainsi le suicide assisté par un médecin.»

«Les médecins nous disent que, alors que des recommandations de pratique clinique leur disent quoi faire, des recommandations éthiques doivent les assister dans des situations peu claires, délicates (*messy*), impliquant souffrance, conflit, détresse, ou des systèmes inadéquats – et parfois tout cela [...]. Des recommandations éthiques doivent encourager professionnels et institutions à continuer à déraciner des mythes – certains basés

sur des craintes de responsabilité civile – qui tendent à perpétuer de la souffrance en mêlant traitement de la douleur et question du suicide médicalement assisté [...]. Une autre alternative est d'être clair sur ce que cela signifie vraiment d'aider les gens dans l'inévitable passage qu'est la fin de vie. Une collègue médecin d'une institution de soins palliatifs m'a dit une fois qu'il se pouvait que le concierge de son institution ait une meilleure idée qu'elle de la souffrance de tel patient, si le portier est celui qui prend le temps de s'asseoir et parler avec le patient. Les soins en fin de vie sont une affaire intime, qui nécessite du tact et demande de rester professionnellement humble. Nos recommandations dans ce domaine doivent garder à l'esprit le concierge attentionné.»
Cherchons à rester attentionnés et humbles.

Dr Jean Martin, Echandens

- 1 Berlinger N. Helping people out. *Hastings Center Report*. 2009;39(1):3^e page de couverture.



Freie Arztwahl existiert nicht?

Dem Protokoll der *Ärztezeitung* vom 28. Januar 2009 [1] ist eine Aussage von Hp. Kuhn, Stv. Generalsekretär FMH, zu entnehmen, *wonach «es bei hospitalisierten Patienten nie eine freie Arztwahl gibt oder gab».*

Diese Behauptung ist in ihrer verallgemeinerten Art völlig unzutreffend. Speziell im Zusatzversicherungsbereich, aber teilweise auch – je nach Klinik – für grundversicherte Patienten, wird die freie Arztwahl bei stationär zu behandelnden Wahleingriffen praktiziert. Der Belegarzt wird dem Wunsch nach freier Arztwahl seitens des Patienten im Belegspital in aller Regel gerecht.

Freie Arztwahl bei Spitalbehandlungen ist zu Recht ein wesentliches Element der Zusatzversicherung und wird es auch bleiben!

Dr. iur. U. Wanner, Sekretär Schweizerische Belegärzte-Vereinigung, Gümliigen

- 1 Flückiger E. Protokoll der ausserordentlichen Ärztekammer. *Schweiz Ärztezeitung*. 2009;90(5):147-63.

Replik

Ich bin völlig einverstanden mit dem Hinweis von Dr. iur. U. Wanner. Mein etwas verkürzt wiedergegebenes Votum meinte, dass der Versicherte in der KVG-Grundversicherung den praktizieren-

den Arzt frei wählen kann (vorbehalten sind Managed-Care-Versicherungen) und auch eine möglichst weitgehende freie Spitalwahl haben soll. Hingegen garantiert das KVG im Rahmen der Grundversicherung nicht auch die freie Arztwahl innerhalb des Spitals. Dies hat das Bundesgericht im Jahr 2004 klargestellt [1]: «Privatpatienten wünschen sich regelmässig die Behandlung durch einen Chef- oder Belegarzt. [...] Die freie Arztwahl für Zusatzversicherte im stationären Bereich führt dazu, dass Chefärzte – für die Spitalträger mit entsprechenden Kostenfolgen – insbesondere bei den Privatpatienten zahlreiche Leistungen erbringen, für die sie eigentlich überqualifiziert sind, sei es, weil sie bei allgemeinversicherten Patienten einfachere Behandlungen von vornherein nicht selbst durchführen würden, sei es, dass sie im Vorfeld und im Nachgang zu einer komplizierten Behandlung, die als solche einen Spezialisten erfordert, zahlreiche Handlungen persönlich vornehmen, die im Normalfall an Assistenzärzte oder das Pflegepersonal delegiert würden. Es darf zudem als notorisch bezeichnet werden, dass Privatpatienten andere Erwartungen an den behandelnden Arzt stellen und dieser beispielsweise häufiger als medizinisch indiziert Sprechstunden abhält oder Visitationen vornimmt (vgl. zum Ganzen: Kieser, Die Bedeutung des krankenversicherungsrechtlichen Tarifschutzes im stationären Bereich, in: SZS 2003 S. 419 ff., insb. S. 427; Kuhn, Zu Zusatzrechnungen bei ärztlichen Zusatzleistungen, in: Schweizerische Ärztezeitung [SAeZ] 2000 S. 77 ff., insb. S. 80).

Die freie Arztwahl im stationären Bereich stellt damit eine ganz erhebliche Mehrleistung dar, die weit über die obligatorische Krankenversicherung hinausgeht (E.2.2.)»

*Hanspeter Kuhn, Fürsprecher,
Rechtsdienst der FMH*

- 1 Kuhn Hanspeter, Bundesgericht klärt Privatpatientenstatus am Spital, Editorial in SÄZ 44/2004, S. 2337. Im konkreten Fall ging es um öffentliche Spitäler in BS, weshalb das Bundesgericht prioritär die Chefarztbehandlung inhaltlich diskutierte – doch hat es einleitend in E.2.2. auf die Analogie zur Belegarztbehandlung hingewiesen.



Pandemie

Die Natur hat uns die saisonale Grippe zum Üben im Hinblick auf eine (Vogel-)Grippe-Pandemie zur Verfügung gestellt.

Wann ist der Grippe-Pandemie-Impfstoff kassenzulässig, den das BAG gekauft hat?

Ceterum censeo: *Masern in der Schweiz eliminieren? – Yes, we can! – Also.*

Dr. med. M. Gassner, Grabs

Die Schweiz – ein Tummelfeld für Impfgegner und ein Exportland von Masern

Die aktuellen Ausbrüche von Masern werden kontrovers kommentiert. Unterschiedliche Meinungen ja, aber nur insofern, als den Mitmenschen dabei kein Schaden erwächst.

Der Impfstoff gegen Masern gehört zu den Lebendimpfstoffen. Das Wildvirus wird so verändert, dass seine krankmachende Wirkung minimiert und die immunisierende Wirkung optimiert wird. Die zweimalige Impfung gegen Masern hinterlässt einen lebenslangen Schutz, genauso wie eine natürlich durchgemachte Erkrankung. Während die Impfung mit seltenen geringfügigen Nebenwirkungen einhergeht, werden die natürlich vorkommenden Masern von z. T. schwerwiegenden Verläufen und Komplikationen begleitet. Diese erfordern ein hohes Mass an Betreuung durch die Familie oder das Gesundheitspersonal und sind mit viel höheren Kosten verbunden als die Durchimpfung der Bevölkerung.

Wer diese Tatsachen in Abrede stellt, macht sich einer Falschaussage schuldig.

In der Schweiz wurde, internationalen Bestrebungen folgend, im Jahre 1987 die Impfung gegen Masern ins nationale Impfprogramm aufgenommen, mit dem erklärten Ziel, die Zirkulation des Masernvirus zu unterbinden. Man kann darüber diskutieren, ob diese Strategie richtig oder falsch ist, aber man kann deren Erfolgchance nicht in Frage stellen, wenn man sie gar nicht befolgt bzw. torpediert.

Immerhin hat Finnland dank koordinierter, die ganze Bevölkerung umfassender Impfkampagne den Beweis erbringen können, dass das Ziel, Masern auszurotten, möglich ist [1].

Wer bei einer klar begründeten Impfkampagne von nationalem und internationalem Umfang nicht mitmacht, handelt unsolidarisch und ist verantwortlich für dessen Scheitern ...

Die Masern stellen für Menschen unterprivilegierter Länder eine tödliche Gefahr dar. Noch heute sterben jährlich Tausende von Kindern in Drittweltländern an Masern. Was vor 20 Jahren unter dem Gesichtspunkt der Solidarität gegenüber der Bevölkerung in Drittweltländern und gegenüber den älteren Menschen im eigenen Land an dieser Stelle beschrieben worden ist, ist nun eingetroffen [2]. Schweizer, nicht geimpft gegen Masern,

die auf ihrer Ferienreise an Masern erkranken, stecken fremde Menschen an; ältere Menschen in der Schweiz erkranken an Masern.

Daran sind diejenigen Kreise schuld, die die Masernimpfung verteufeln. Deren Festhalten an mystischen und niemals bewiesenen Theorien wie «die Masernimpfung kann Autismus auslösen»; «die Impfung gegen Masern schwächt das Immunsystem»; «die Masern können einen positiven Entwicklungsschub auslösen» usw. ist unethisch und muss verurteilt werden.

Die Schweiz steht im internationalen Vergleich betreffend Masernimpfrate an hinterster Stelle und ist mitverantwortlich dafür, dass das von der WHO angepeilte Ziel der Masernelimination in Europa bis 2010 verfehlt werden wird. Ähnlich wie in den USA, wo die kritische Masernimpfrate von 95% erreicht werden konnte [3], könnte der Schuleintritt in der Schweiz an die obligate Masernimpfung gekoppelt werden. Zudem könnte die Schweiz, in Zusammenarbeit mit anderen europäischen Ländern, bei einem uniformen Masernimpfprogramm mitwirken.

Dr. med. Ueli Bollag, Bern

- 1 Heinonen OP, Palin M, Peltola H. Total elimination of measles in Finland. *Ann Med* 1998;30:131-3.
- 2 Bollag U. Die schweizerische Masern-Mumps-Röteln (MMR)- Impfkampagne im globalen Kontext. *Schweiz Ärztezeitung*. 1989;70 (42):1774-6.
- 3 McIntyre P, Leask J. Improving uptake of MMR vaccine. *BMJ* 2008;336:729-730.



Feminisierung in der Medizin am Beispiel der Pädiatrie

Die Feminisierung der Medizin ist ein brandaktuelles Thema, es ist löblich, dass dem Thema in der SÄZ Raum gegeben wurde. Als ehemalige «Arbeitsbiene», also eine Oberärztin, der die Habilitation nicht gewährt wurde, kenne ich die Thematik des Kinderspitals Zürich aus erster Hand. Mittlerweile bin ich seit zehn Jahren glücklich als Praxispädiaterin tätig. Von meiner heutigen Warte aus sind Themen wie «Forschung» ein Elfenbeinkonstrukt, viel wichtiger bei der Feminisierung sind die Folgen des Mangels an ausgebildeten Ärztinnen draussen, direkt am Patienten, sei dies in den Hausarztpraxen oder in der Praxispädiatrie. Ein riesiges Loch mit einem grossen Ärztemangel, parallel zur Feminisierung, entsteht. Die «leaking Pipeline» ist draussen, in der Praxis,

genauso ein Thema! Wer kümmert sich darum? Sicher ausländische arbeitsfreudige Kollegen, sobald der Zulassungsstopp fallen wird, aber wollen wir das?

Ich fände es dringendst notwendig, dass wir bald Strukturen schaffen, die es erlauben, Frauen aktiv in die Arbeit «draussen» einzubinden, Strukturen, die Teilzeitarbeit ermöglichen und den Nachwuchs der Praxisärzte gewährleisten! Sonst werden bald alle Köpfe sich wichtigen wissenschaftlichen Themen widmen und niemand wird wirklich Medizin im eigentlichen Sinne des Wortes mehr betreiben ...

*Dr. med. Manuela A. Hany,
Praxispädiaterin, Winterthur
Co-Präsidentin Forum Praxispädiatrie*



Au président de la Société Suisse d'ORL, professeur Pavel Dulguerov

Faisant suite à votre communication dans le bulletin jaune du 4 février 2009, dans laquelle vous mentionnez «Depuis quelques décennies la chirurgie des glandes salivaires et du cou sont pratiquées quasi-exclusivement par des chirurgiens ORL [1]. La chirurgie des glandes thyroïde et parathyroïde est en train de suivre le même processus», nous tenions à donner notre point de vue. La chirurgie thyroïdienne et parathyroïdienne a depuis toujours été développée par des chirurgiens. Prof. Theodor Kocher de Berne en a été un de ses représentants les plus illustres; ses travaux l'ont conduit non seulement à être une référence mondiale dans le domaine technique de cette chirurgie mais aussi à obtenir le prix Nobel pour ses découvertes.

Par la suite et voyant le caractère spécialisé que représentait ce type de pathologies au sein du large spectre de la chirurgie générale et viscérale, une spécialité a été développée spécifiquement pour la prise en charge de ces problèmes, la chirurgie endocrinienne. Les chirurgiens intéressés par cette spécialité développent non seulement des connaissances de l'anatomie locorégionale mais aussi de la physiologie spécifiques de la thyroïde et des parathyroïdes, des connaissances détaillées de leurs maladies, du pronostic de celles-ci ainsi que des différentes options thérapeutiques à disposition. Par leurs connaissances et compétences, ils participent à une approche multidisciplinaire des patients, avec en particulier les endocrinologues, médecins nucléaires et oncologues.

Dès les années '80, de nombreuses associations nationales et internationales de chirurgiens endocriniens ont été créées, témoignant du développement important des connaissances médicales et des nouveautés techniques apportées régulièrement dans ce domaine. En Suisse, le Groupe Suisse de Travail de Chirurgie Endocrinienne, GTCE, a été créé en 2004 et comporte actuellement 53 membres. Toutes ces associations ont été créées au départ par des chirurgiens et non des ORL, ces derniers étant par ailleurs les bienvenus dans la plupart d'entre elles mais ne représentant qu'une petite minorité de leurs membres. De plus, une division de chirurgie endocrinienne a été créée au sein de l'Union Européenne des Médecins Spécialistes avec une définition claire du curriculum nécessaire ainsi qu'un examen certifiant, donnant le titre «European Board of Endocrine Surgery».

Les dernières avancées techniques en chirurgie thyroïdienne et parathyroïdienne ont été développées par des chirurgiens en premier lieu (l'équipe de prof. H. Dralle à Halle pour le neuro-monitoring du nerf récurrent, l'équipe de prof. G. Irvin à Miami pour le dosage intraopératoire de la PTH par exemple). Les abord mini-invasifs ont également été décrits et développés initialement par des chirurgiens.

Nous sommes parfaitement conscients qu'une collaboration efficace entre chirurgiens et ORL est nécessaire pour la prise en charge optimale de certains patients, en particulier ceux ayant une lésion définitive, volontaire ou non, du nerf récurrent. Cependant, une chirurgie d'amélioration de la voix est nécessaire dans bien moins que 1 % des patients, ce qui correspond à peu près au taux

de reconstruction urétérale par les urologues après lésion lors de colectomie; les urologues ne font pas pour autant les colectomies! Par ailleurs, les laryngoscopies souhaitées en pré- et/ou en post-opératoire correspondent aussi à une endoscopie pratiquée avant ou après une chirurgie, ce qui ne pousse pas les endoscopeurs (gastroentérologues, pneumologues p. ex.) à pratiquer eux-mêmes les résections chirurgicales.

En résumé, les chirurgiens se sont toujours occupés des pathologies thyroïdiennes et parathyroïdiennes et ils participent activement à l'acquisition des connaissances théoriques ainsi qu'aux améliorations techniques y compris mini-invasives du traitement de ces pathologies. Ils continueront de le faire dans le futur, en comptant comme par le passé sur la collaboration fructueuse avec les ORL.

Dr F. Triponez, PD, membre du comité du Groupe de Travail de Chirurgie Endocrinienne (GTCE), Chirurgie Thoracique et Endocrinienne, Hôpitaux Universitaires de Genève, 1211 Genève

Dr C. Kull, président du GTCE, Leitender Arzt, Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäss- und Thoraxchirurgie, Kantonsspital, 4410 Liestal

Prof. D. Candinas, président de la Société Suisse de Chirurgie Viscérale, Chefarzt Klinik für Viszerale und Transplantationschirurgie, Inselspital, 3010 Berne

Prof. O. Schöb, président de la Société Suisse de Chirurgie, Chefarzt Chirurgie Spital Limmattal, 8952 Schlieren

1 Dulguerov P. Bull Méd Suisses. 2009;90(6):199.

Leserbriefe

Leserbriefe sind grundsätzlich willkommen und können veröffentlicht werden, sofern sie sich inhaltlich und formal innerhalb der in unserem Kulturkreis üblichen Anstandsgrenzen bewegen, keine offensichtlichen Fehlinformationen enthalten und eine Länge von 2500 Zeichen nicht überschreiten. Die Redaktion behält sich das Recht vor, Auswahl, Kürzungen und Bearbeitungen vorzunehmen. Seitens der Redaktion besteht keine Verpflichtung zur Publikation. Über Leserbriefe wird in

der Regel keine Korrespondenz geführt; insbesondere muss eine Nichtveröffentlichung nicht begründet werden. Von diesen Grundsätzen kann abgewichen werden, wenn dies der Redaktion angezeigt erscheint.

Das vollständige Manuskript ist an die folgende Adresse der Redaktion einzureichen, wenn möglich per E-Mail: Redaktion Schweizerische Ärztezeitung, EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Farnsburgerstr. 8, 4132 Muttenz, Tel. 061 467 85 72, Fax 061 467 85 56, E-Mail: redaktion.saez@emh.ch.