

# Courrier au BMS



## Kritische Stimmen prüfend aufnehmen

Zum Editorial von Ignazio Cassis  
«Integrierte Versorgungsnetze:  
warum so ängstlich?» [1]

Kollege Cassis bläst, wie andere Standespolitiker zur Zeit auch, tüchtig in die Schalmeei, die uns den Weg ins gelobte Land bzw. zu einer besseren und dennoch kostengünstigeren Gesundheitsversorgung weisen soll. Dabei demaskiert er die Kollegen aus der Romandie als notorische Widersacher jedwelchen Veränderungen gegenüber. Als Nicht-Romand möchte ich zu einigen konkreten, im Editorial erwähnten Punkten Stellung beziehen:

- Die FMH-These der Wahlfreiheit zwischen derzeitigem und einem Managed-Care-(MC-)System ist nur hypothetisch erfüllt, indem MC durch finanzielle Anreize (doppelt so hoher Selbstbehalt bei der Wahl des jetzigen Systems) ungebührlich gefördert wird (wohl gefördert werden muss, weil trotz 20-jährigen Bestehens der ersten MC-Systeme bei der Bevölkerung sonst kein relevanter Gesinnungswandel zu bewirken war). Die freie Arztwahl soll also künftig deutlich mehr kosten; ein qualitativer Vorteil der MC ist bis dato nicht dokumentiert, ein Nachteil wahrscheinlich.
- Die Aufhebung des Zulassungsstopps kann (zumindest) für Hausärzte kein bestechendes Argument sein; diese muss also nicht erkaufte werden, sie ist faktisch bereits Tatsache.
- Schon heute haben wir Ärzte die Freiheit, uns nach Wunsch zu organisieren, dafür brauchen wir keine neue Gesetzesvorlage. Wenn uns gedroht wird, diese Freiheit aufgeben zu müssen, dann können wir uns geeint dagegenstellen. Nicht alles, was neu ist, ist besser, und nicht alles, was besser sein könnte, muss zwingend neu erfunden werden.
- Unternehmerische Freiheit soll künftig noch bestimmten (klar definierten und von den Versicherern akzeptierten?) Ärztegruppen vorbehalten sein: Heute haben wir die Situation, dass die unternehmerische Freiheit allen (nichtangestellten)

Ärzten als Grundlage dient. Mit der MC-Verankerung sinkt sie (für bewährte Einzel- bzw. Kleinpraxen) massiv bzw. orientiert sich an einem engen Rahmen.

- Einer Erweiterung des Katalogs der anerkannten Leistungen steht auch jetzt nichts im Weg, zumindest ist ein Zusammenhang mit der MC, wie sie im Editorial suggeriert wird, nicht zwingend.
- Auch eine Abgeltung des administrativen Aufwandes (welcher bei Annahme der MC-Vorlage mit Sicherheit steigen und nicht fallen würde) könnte anderweitig realisiert werden.
- Kollege Cassis spricht von «Garantie der mittelfristigen Nachhaltigkeit des Gesundheitswesens». Ausser «Garantie» ist an diesem Satz kein weiterer Begriff definiert. Kaum jemand glaubt im Ernst, dass eine ganze Ärztesgeneration auf den heutigen (oder morgigen) politischen bzw. gesetzlichen Grundlagen eine Praxis wird aufbauen und dereinst übergeben können. Alles ist im Fluss, und auch eine «Revision» (sic!) kann dies nicht ändern.
- Abgesehen davon, dass der Unterschied zwischen «Bürger» und «Patient» wohl nur im Thesaurus eines Politikers eine wichtige Rolle spielen dürfte, könnte immerhin der Widerstand bei (Deutschschweizer) Patientenorganisationen ein Indiz dafür sein, dass nicht nur einfach eine Aversion gegen jede Veränderung, sondern angebrachte Zweifel am Konstrukt der vorgeschlagenen Veränderung vorliegen.
- Der Slogan «der Status quo (...) ist keine Option» bleibt die Argumentation dafür schuldig. Nach diesem Leitsatz haben in der Belle Epoque gestandene Bürger den 1. Weltkrieg herbeigedacht. Das Weiterstreiten auf einem falschen Weg ist also ebenso wenig eine Option. Auf jeden Fall sind wir gut beraten, die kritischen Stimmen im Kollegium prüfend aufzunehmen und nicht als archaische Ängste vor jeglicher Neuerung abzutun, auch wenn (oder gerade weil) die Kritik für einmal konzentriert aus der Westschweiz kommt.

*Dr. med. Christoph Hollenstein Sarbach*

1 Cassis I. Integrierte Versorgungsnetze: warum so ängstlich? Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(26/27):1011.



## Erfahrungen mit DRG mitteilen

Anlässlich des Kommentars  
von P.-F. Cuénoud zum Artikel  
«DRG – Aufruf zu einem Moratorium» [1]

Wenn schon manche Kantone seit mehreren Jahren die DRG eingeführt haben, wäre es wirklich interessant, lehrreich und der Sache dienlich, wenn uns die Betroffenen der ganzen Kette, vom Chefarzt, Spitalverwalter, über Belegarzt, Assistenzarzt bis zum Patienten ihre Erfahrungen möglichst objektiv, unvoreingenommen mitteilen würden.

*Dr. med. P. Marko, St. Gallen*

1 Hess C, Strebel U. DRG – Aufruf zu einem Moratorium. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(28/29):1105.



## Breites Wissen, grosser Erfahrungsschatz

Zum Artikel «Grundversorgung: Der Weg aus der Krise führt auch über die MPA» [1]

An Fortbildungsveranstaltungen, Lehrmeisterkursen und jedes Jahr beim Qualifikationsverfahren an verschiedenen Schulen komme ich regelmässig in Kontakt mit Medizinischen Praxisassistentinnen – zusätzlich zum alltäglichen Austausch in der Hausarztpraxis. Und immer wieder überrascht mich das breite Wissen und der grosse Erfahrungsschatz dieser Fachfrauen. Es ist das Resultat einer breiten Grundausbildung, der Berufstätigkeit in verschiedenen Praxen und der «Lebenserfahrung», gewonnen im Familienleben und bei besonderen Freizeitaktivitäten. Höchst erfreulich, dass der wertvolle Beitrag dieser Berufsleute für das Gesundheitswesen nun erkannt und gefördert wird.

*Dr. med. Felix Schürch, Zürich*

1 Rosemann T, Schalch E, Birnbaum B, Zanoni U. Grundversorgung: Der Weg aus der Krise führt auch über die MPA. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(28/29):1081.



## Delegieren lernen

Die Gedanken im Editorial von Kollege Ernst Gähler [1], Vizepräsident FMH und im Artikel von Professor Thomas Rosemann et al. [2] skizzieren zukunftsweisende und überzeugende Lösungsansätze. Ihre Forderungen nach einem entsprechenden Ausbildungs-Curriculum für die MPA in «Chronic Care Management» sowie nach einer korrekten Abbildung und Abgeltung im TARMED-Tarifsystem sind unabdingbar.

Ebenso wichtig wird es jedoch sein, dass wir Ärzte und Ärztinnen, die wir insbesondere in der herkömmlichen Einzel-Hausarztpraxis häufig noch in der klassischen Top-down-Struktur arbeiten, bereit sind, uns konsequent auf die Arbeit im Team auszurichten. Dies ist für uns – nüchtern und realistisch betrachtet – noch nicht durchwegs gelebte Selbstverständlichkeit. Echte Teamarbeit bedingt flachere Hierarchien und das Delegieren von Kompetenzen und Verantwortung mit klaren Zuständigkeitsbereichen an kompetente Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen.

Das sagt sich zwar leicht, wird aber einiges an bewusstem «Loslassen» von uns fordern, wenn wir es ernst meinen mit der Praxis-Teamarbeit. Wir sind es gewohnt, Verantwortung zu übernehmen, aber wir sind im Alltag weniger geübt, ärztliche Kompetenzen zu übergeben. Unsere Bereitschaft dazu wird für die Zukunft der Betreuung chronisch kranker Menschen in gleichem Masse matchentscheidend sein wie die in den Artikeln erläuterten wichtigen Aspekte Ausbildung und Abgeltung.

*Dr. med. Erich Honegger*

- 1 Gähler E. MPA – ein brachliegendes Potential der Grundversorgung. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(28/29):1079.
- 2 Rosemann T, Schalch E, Birnbaum B, Zanoni U. Grundversorgung: Der Weg aus der Krise führt auch über die MPA. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(28/29):1081.



## Affenbrot oder die Deprofessionalisierung der Ärzte

Kollege Gurtner hat in seinem Artikel [1] zu Recht auf die schleichende Deprofessionalisierung der Ärzteschaft hingewiesen. Es ist ihm auch zuzustimmen, wenn er sagt, dass wir Ärzte selber es versäumt haben, entschieden dagegen anzukämpfen.

Den Beweis dazu, wo im Moment unsere Aktien stehen, liefert die Beilage in der gleichen Ausgabe der SÄZ, der Jahresbericht der Hirslandengruppe.

Im eigentlichen Jahresbericht lachen einem auf jeder Seite namentlich benannte, dunkel gewandete jüngere Herren entgegen, die im Head Office Konzernleitung sitzen, Titel wie CEO, COO (Ost, Mitte, West), CFO tragen und weiter hinten immer noch strahlend ihre Konzern-Organisationseinheit (gleich Klinik) und ihre Produkte anpreisen. Das ganze könnte von der Migros stammen und die Botschaft lautet klar und deutlich: Wir vom Management richten es!

Und wo bleibt der «Produktionsfaktor» Ärzte? Im ebenfalls beigelegten Qualitätsbericht, auf den hintersten Seiten, in einer kaum lesbaren (Kleindruck) freud- und bildlosen alphabetischen Mannschaftsliste! Diese Darstellungen sagen über die realen Verhältnisse mehr als alle Worte!

*Prof. Dr. med. Robert Maurer*

- 1 Gurtner B. Affenbrot. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(28/29):1118.



## Démonstration convaincante

Il faut, je pense, remercier le Professeur honoraire A. de Weck pour son excellent article sur les «fat cats» [1] ... même si, bien entendu, les politiciens ne le liront pas, dans leur grande majorité! Même si sa démonstration est déjà telle quelle très convaincante, j'eusse aimé qu'elle tînt en outre compte de deux facteurs:

- le nombre d'heures réelles travaillées (c.-à.-d «au chevet du patient», mais aussi en termes de tâches administratives, de travail de chef de PME, et de soins accordés à la formation continue), en tenant il est vrai compte d'un nombre de semaines de vacances probablement (?) plus élevé que les 4–5 semaines du salarié ...
- la constitution d'une retraite appropriée, que fait qu'après environ 30 ans de libre activité de praticien, le médecin doit avoir pourvu à, statistiquement, près de 20 ans de survie financière postprofessionnelle.

Quand l'OCDE pondérera-t-elle ses statistiques dans ce sens?

*Dr Alain Michaud, Nyon*

- 1 De Weck A. Les médecins suisses, sont-ils vraiment de «fat cats»? Bull Méd Suisses. 2010;91(26/27):1067–9.



## Eltern sind nicht die Universalschuldigen

### Zum Brief von H. Frei [1]

Wenn Herr Frei sich mit Kinderpsychotherapien auskennen würde, wüsste er, dass die Eltern und bei Bedarf auch andere wichtige Personen aus dem Umfeld des Kindes oder Jugendlichen immer einbezogen werden. Allerdings nicht im Sinne einer zum Glück überholten Ideologie, die, anstatt wie früher immer den Müttern, nun einfach beiden Elternteilen die Schuld an allen Problemen ihres Nachwuchses gibt. Vielmehr geht es darum, die Eltern mit ihren Sorgen und Ängsten, die die Schwierigkeiten ihres Kindes auslösen, ernst zu nehmen, und mit ihnen zusammen zu überlegen, wie sie ihr Kind am besten unterstützen können. Wer hingegen die Eltern als Universalschuldige betrachtet, wird es schwer haben, sie ins Therapieboot zu holen, ausser sie seien ausgeprägt masochistisch veranlagt.

*Dr. med. Monika Diethelm-Knoepfel, Uzwil*

- 1 Frei H. Mit Chemie lässt sich eine krankmachende Familienatmosphäre nicht verbessern. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(28/29):1092.



## Hausarzt – ein sterbender Beruf

Seit Jahren wird über den drohenden Hausarzt-Mangel gesprochen. Seit Jahren passiert nichts. Bund, Kantone und Krankenkassen reden um den Brei herum. Die wirkliche Ursache können sie oder wollen sie nicht erkennen. Das Problem ist sehr einfach: Der Grundversorger verdient zu wenig und immer weniger bei gleichzeitigem Anstieg der beruflichen und zeitlichen Anforderungen, bei gleichzeitigem Anstieg der allgemeinen Teuerung und zunehmenden, verlangten und undankbaren Büroarbeiten.

Der Numerus clausus verhindert zudem eine genügende Anzahl notwendig auszubildender Hausärzte.

Der letzte «geniale» Lösungsvorschlag: Der überforderte Hausarzt soll seine Arbeit an seine Arztgehilfinnen delegieren, ob dies die Patienten schätzen oder nicht. Diese Arbeiten können allerdings bei der Krankenkasse nicht verrechnet werden, d.h., der Arzt darf die Mehrarbeit in Form eines höheren Lohnes an die Mitarbeiterinnen begleichen. Viele Patienten können schon heute die ständig stei-

genden Krankenkasseprämien nicht mehr bezahlen. In diesem Fall sind auch die Hausärzte die Leidtragenden. Ihre Rechnungen werden von den Krankenkassen nicht mehr bezahlt. Statt dass dieses Problem ernsthaft angegangen wird, werden die Patienten nun einfach betrieben. Unter diesen Voraussetzungen gibt es bald keinen Mediziner mehr, welcher den schönen Hausarztberuf wählt.

Die Lösungen wären einfach:

Statt zu warten, bis die restlichen Hausärzte gemeinsam alle Verträge mit den Krankenkassen und deren TARMED-Tarifen kündigen, sollten die Verantwortlichen den ersten Schritt unternehmen und die Leistungen der Grundversorger angemessen und marktgerecht honorieren. Für diejenigen, welche die Krankenkassenprämien nicht mehr bezahlen können, muss die Möglichkeit bestehen, eine sogenannte Billig-Variante wählen zu können. Diese beinhaltet einen schlanken, auf das wirklich Notwendige reduzierten Leistungskatalog sowie einen Selbstbehalt von ca. 3000 Franken. Damit würde die Prämie um mindestens 50% sinken. Bei ungenügendem Erfolg müssen Bund und Kanton die Subventionen für das Gesundheitswesen entsprechend erhöhen. Eine obligatorische Krankenversicherung muss auch bezahlbar sein.

Für die mit Sicherheit bald eintretende Katastrophe mit fehlenden Hausärzten und nicht bezahlbaren Krankenkassenprämien mache ich schon heute Bund, Kantone und Krankenkassen verantwortlich.

Lukas Guidon, Winterthur



### Brief an einen Krankenversicherer

Wie mir nun einige Patientinnen mitgeteilt haben, offeriert die Helsana AG ab nächstem Jahr die bisherige Hausarztversicherung nicht mehr. Da ich selber und einige andere Kollegen nicht mehr auf der Liste für die neue Benefit-Plus-Variante sind, ergeben sich für unsere Patientinnen keine Prämienverbilligungen mehr!

Dieser neue Trend zu Managed-Care-Modellen wird keine substantiellen Verbesserungen bringen, und ich bin nicht bereit, zwecks Berücksichtigung auf einer «Hausarztliste» in ein als Aktiengesellschaft organisiertes Netzwerk einzutreten. In «Netzwerke» waren die Hausärzte aus eigenem Interesse bisher eingebunden, und die kollegiale Kommunikation mit den uns vertrauten Spezialärzten hat bestens funktioniert und war praktisch gratis. Die laufende Institutionalisierung der neuen Modelle wird den Krankenkassen sprich Prämienzahlern mit einem für alle Beteiligten unerfreulichem administrativen Mehraufwand

lediglich Kosten bringen, profitieren werden Beraterfirmen, die einmal mehr in eine weitere Marktücke im Gesundheitswesen einsteigen und ihren Anspruch zu verteidigen beginnen.

Die Krankenkasse Helsana AG möchte ich höflich bitten, auch meinen Patientinnen die Prämien-Vergünstigungen anzubieten. Sollte mein Anliegen nicht berücksichtigt werden können, sehe ich mich genötigt, den Patientinnen und mir selber den Wechsel in eine andere Krankenkasse zu empfehlen.

Dr. med. Urs-Peter Stäubli, Solothurn



### Evidenzbasierte Medizin im Mittelalter

#### Zu «Das Mögliche hat einen Geschmack im Sein» von E. Taverna [1]

Die Darstellung der Medizin im Mittelmeerraum vor der Invasion der Araber durch den Autor bedarf einer Korrektur. Dies wird beispielsweise bei seiner Klassifikation des Bischofs und Kirchenlehrers Eusebius als eines typischen Vertreters der Orthodoxie deutlich. Leider ist nicht ersichtlich, welchen Eusebius er meint: den in Kaisareia (gest. 339) oder den in Nikomedeia (gest. 341). Beide waren keine Vertreter der Orthodoxie und darum war auch keiner von beiden «Kirchenlehrer» – eben wegen ihrer verurteilten Lehren. In einem Nachschlagewerk für Kirchengeschichte wäre eine Standardinformation: Eusebius (welcher auch immer): ein typischer Arianer.

Zeitgleich dazu gab es einen Kirchenlehrer aus dem orthodoxen Dreigestirn der Kappadozier: Basileios d. Gr. (329–379). Neben seiner Tätigkeit als Erzbischof von Kaisareia baute er ab 370 «Basilias». Das waren Krankenhäuser für Arme und fast heutigen Ansprüchen genügende Versuchsstationen. In den Episteln PG (Patrologia Graeca) 94/142/143/150 verlangte Basileios die genaue Verlaufskontrolle der Effekte der Therapien für die einzelnen Patienten. Das war damals schon Evidenzbasierte Medizin. Leider zerstörten die einfallenden Araber nicht nur die alexandrinische Medizin, die Basiliden und nebenbei auch das wohl wissenschaftlich bedeutendste Sprachdokument, die «Hexapla», 638 bei ihrer Eroberung von Kaisareia.

Die von E. Taverna so geschmähte Orthodoxie brachte es in St. Gallen immerhin 612 fertig, ein erstes Aussätzigenhospital zu betreiben. Was trieb die Mediziner 820 in St. Gallen dazu – im noch vorhandenen Klosterbauplan nach Hatto – für neue OSB-Klöster Folgendes vorzusehen: Hospital-Arzthaus mit Betten für Schwerstkranke (quasi Intensivstation) – Aderlasshaus (separat) – Kräutergarten?

Zum Ganzen kann ich nur sagen: «Si ta cuius...»

Dr. med. J. Bättig, Muttenz

- 1 Taverna E. Das Mögliche hat einen Geschmack im Sein. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(28/29): 1116–7.



### Das Bechterew-Insert – Antwort auf einen Brief [1]

Lieber Dr. med. Jörg Nef

Dass Sie das Inserat «ärgert», tut mir leid. Dass Sie es beachtet haben, freut mich. Dies war mein Ziel. Dass Sie sich auch noch Gedanken zum Morbus Bechterew gemacht haben, ist eine nette Zugabe und durchaus lohnenswert. Als Sie 1958 Ihr Staatsexamen gemacht haben, wusste man ausser dem Namen nicht viel über diese Krankheit. Zu jener Zeit hat man Betroffene auf ein Streckbett gebunden und man ging fälschlicherweise von einer Männerkrankheit aus. 1978 wurde von Patienten die Schweizerische Vereinigung Morbus Bechterew gegründet, und glücklicherweise ist die heutige Situation für die Betroffenen erfreulicher. Der Slogan «BbB» (Bechterewler brauchen Bewegung) hat sich durchgesetzt, und es existieren gegen 100 von spezialisierten Physiotherapeuten geleitete Therapiegruppen in der Schweiz. Zudem stehen geeignete Medikamente zur Verfügung.

Bei mir vergingen vom Auftreten der ersten Symptome bis zur Diagnose sechs Jahre. Während dieser Zeit sollte ich mich möglichst schonen. Ein verständlicher Rat, löste doch fast jede Bewegung Schmerzen aus. Diese Ruhigstellung verschlimmerte jedoch den Gesundheitszustand dramatisch. Erst mit der Diagnose kam die befreiende Erkenntnis, dass es bei dieser entzündlich-rheumatischen Krankheit wichtig ist, sich zu bewegen. Leider handelt es sich dabei nicht um einen Einzelfall. Nach wie vor vergehen in den meisten Fällen mehrere Jahre bis zur Diagnosestellung. Glauben Sie mir, es ist eine (zu) lange Zeit der Unsicherheit.

Dies hat uns dazu bewogen, auf den Morbus Bechterew aufmerksam zu machen. Jüngere Menschen denken in der Regel bei Rückenschmerzen nicht daran, dass sie an einer rheumatischen Krankheit leiden könnten. Da Frauen ebenso betroffen sind wie Männer, wurden die Inserate mit je zwei Frauen und Männern gestaltet.

Bezüglich Ihrer Rückenschmerzen kann ich Ihnen keinen Rat geben. Als Verantwortlicher der Inserate-Kampagne kann ich Ihnen versichern, dass Sie, aufgrund Ihres Prüfungsjahres, nicht zur Zielgruppe gehören. Inso-

fern können Sie das als Entwarnung sehen. Deshalb braucht es Sie auch nicht zu stören, dass Sie keinen Internet-Anschluss haben und das Rätsel somit nicht entschlüsseln können. Für alle anderen mit Rückenschmerzen könnte es hilfreich sein: [www.bechterew.ch/test](http://www.bechterew.ch/test).

*René Bräm, Geschäftsleiter, Schweizerische Vereinigung Morbus Bechterew, Zürich*

1 Nef J. Das Inerat. Schweiz Ärztezeitung 2010;91(28/29):1092.



### Mieux vaut en rire?

Il arrive parfois dans la vie de tous les jours certaines modifications des habitudes et manifestations extérieures qui sont en relation avec la vie communautaire d'un canton.

J'envoie pour preuve la photographie ci-dessous:

Après avoir bouleversé les sens de la circulation, la ville de La Chaux-de-Fonds a renouvelé ses panneaux indicateurs. Là où l'automobiliste ou le piéton lisait autrefois «HOPITAL» en blanc et «Bois du Petit Château» en brun, désormais les pandores aidés par les stratégies de la toponymie et des travaux publics ont uni sur le même panneau le traditionnel «H»-Hôpital au tout aussi traditionnel et réglementaire «Zoo».

Ce raccourci est très joli à l'heure où les grands remaniements hospitaliers du Canton de Neuchâtel font que l'entité du HAUT rétrograde à un dispensaire de brousse pour entasser tous les maux de la république dans le BAS à Pourtalés!

Cela ne révèle-t-il pas le malaise qui secoue l'Hôpital neuchâtelois depuis plus de trois ans? Tout ce qui avait été construit alors est à peu près détruit. Que de dégâts!

Il faudra maintenant reconstruire, et cette reconstruction passe par l'excellence avec un projet cohérent et équilibré pour satisfaire les besoins légitimes de notre Canton.

Peut-être voulait-on signifier que des singes robotisés travaillaient désormais à l'Hôpital! Ou alors, alléguer que l'homme remonterait au singe! On ne sait jamais.

Mieux vaut en rire, mais la remarque est plaisante!

*Prof. Luc Humair, La Chaux-de-Fonds*



### Le cas Bernard Rappaz

#### Anamnèse

Le patient a commis des actes délictueux pour lesquels la Justice l'a condamné à une peine d'emprisonnement au terme d'un procès conforme à l'esprit de la loi. Il conteste son emprisonnement et déclare lui préférer la mort par inanition.

L'autorité chargée d'appliquer la peine est prise entre le risque d'être accusée d'avoir commuté une peine d'emprisonnement en peine de mort et celui de céder au chantage d'un condamné. Elle renvoie le condamné aux médecins avec mandat de le maintenir en vie.

#### Expertise médicale

Il s'agit d'un sujet exposé à un environnement qui lui est intolérable et qui développe un comportement nuisible à sa santé, en l'occurrence une anorexie. Actuellement son état général est dégradé et la vie sérieusement menacée. Il jouit d'une pleine capacité de discernement, sans tendance suicidaire, avec un discours structuré. Son refus de s'alimenter tant qu'il est privé de liberté est catégorique jusqu'à la mort qui, en dernier recours, le libérera. Il refuse logiquement tout traitement visant à le maintenir en vie en détention.

#### Pronostic

Sans intervention, il est certain que l'état du patient se dégradera pour aboutir à une défaillance généralisée et à la mort.

#### Evaluation

Chez un patient capable de discernement, tout traitement appliqué sous contrainte physique ou psychique est exclu. Dans la mesure où il a pris des dispositions dans ce sens, il est également exclu, lors d'un coma préterminal, d'envisager des mesures visant à le maintenir en vie.

#### Conclusion

Le seul traitement envisageable consiste à prendre toutes les mesures possibles visant à rendre son environnement tolérable pour le patient et assurer ainsi son alimentation spontanée et sa survie. Les conditions de ces mesures et l'appréciation des conséquences politiques sortent du cadre du mandat médical.

Afin de respecter les conditions d'efficacité et d'économicité au sens de la LaMal et de limiter les frais inutiles d'une hospitalisation en unité carcérale, le patient doit être renvoyé à l'autorité responsable de sa santé.

Les questions que pose ce dossier sont:

- Le Conseil d'Etat valaisan peut-il ordonner aux médecins de l'Inselhospital de passer outre un point fondamental d'éthique médicale? (Rappelons ici que l'American Board of Anesthesiology interdit à ses membres, sous peine d'exclusion, de participer à la mise à mort de condamnés.)
- Le Conseil d'Etat valaisan est contraint par l'arrêt du TF de maintenir le condamné en vie. Les conclusions de l'expertise médicale étant incontournables, a-t-il d'autre choix que la grâce?

*Dr Arnaud Carasso, Moutier*

### Courrier

Les lettres sont bienvenues et peuvent être publiées, pour autant qu'elles restent acceptables, tant dans la forme que dans le fond, selon les principes de la bienséance généralement admis dans notre culture, qu'elles ne contiennent pas d'informations manifestement erronées et qu'elles ne dépassent pas une longueur de 2500 caractères. La rédaction se réserve le droit d'effectuer une sélection, de résumer ou de remanier le texte. La rédaction n'est en outre soumise à aucune obligation de publier les textes qui lui sont fournis. En règle générale, aucune correspondance ne sera échangée s'agissant des lettres de lecteurs; le fait de ne pas publier une communication ne fait notamment pas l'objet d'une justification. Il peut y avoir dérogation à ces principes si la rédaction le juge nécessaire.

Le manuscrit complet doit être adressé à la rédaction, si possible par e-mail: Rédaction Bulletin des médecins suisses, EMH Editions médicales suisses SA, Farnsburgerstrasse 8, 4132 Muttenz, tél. 061 467 85 72, fax 061 467 85 56, e-mail: [redaction.bms@emh.ch](mailto:redaction.bms@emh.ch).