

Courrier au BMS



Lettre ouverte au Docteur Ignazio Cassis, conseiller national et vice-président de la FMH, en réponse à «Réseaux de soins intégrés: pourquoi toute cette peur?» [1]

Cher Vice-Président,

Vous vous étonnez du fait que les oppositions au Managed Care soient nettement prépondérantes en Suisse romande. Les oppositions sont essentiellement parties de Genève puisque c'est à Genève que se trouve un des plus gros réseaux budgétés de Suisse et qu'un nombre non négligeable de médecins travaillent dans des structures de soins gérés principalement par des gestionnaires au bénéfice de contrats les plus variés. Genève est donc un des cantons de Suisse privilégiés jusqu'à ce jour pour permettre à certains soignants avisés d'observer, d'écouter, d'expérimenter déjà certaines conséquences hautement néfastes de certains réseaux.

Les soignants genevois pour certains d'entre eux parlent donc d'expériences vécues.

Permettez moi quelques remarques.

Les réseaux ne seront pas la fin de la chasse aux bons risques, ce n'est que la cible qui se modifiera: la chasse aux «bons patients» sera remplacée par la chasse aux «bons réseaux» dont la seule réalité d'évaluation ne sera laissée qu'à l'appréciation de comptables.

Imposer un système qualifié de «laissé à la libre appréciation des médecins et des assureurs» en oubliant de plus que les règles de fonctionnement de ces systèmes sont complexifiées à outrance par l'Etat est une vue idyllique, un véritable vœu pieu dont votre esprit libéral ne devrait pas se satisfaire.

L'esprit entrepreneurial étant déjà actif à ce jour, nul n'est besoin de le récupérer: l'esprit de collaboration du médecin avec les soignants de son choix est effectué de longue date au moins depuis les années 90 favorisé par une sensibilisation déjà au niveau des études médicales et de la formation postgraduée en tout cas genevoise.

L'élargissement possible du panier des prestations reconnues à l'intérieur des réseaux est une concurrence de reconnaissance déloyale au détriment des soignants à l'extérieur des réseaux qu'ils soient MPR, spécialistes ou paramédicaux. Par ailleurs en dehors des réseaux, cette concurrence risquerait d'imposer surtout au personnel paramédical la reconnaissance

de ses prestations sous une responsabilité médicale exclusive. C'est une entrave au début de la libéralisation de certaines professions paramédicales et de leur liberté d'entreprendre!

L'indemnisation du travail de coordination, de formation et du travail administratif du médecin est une hérésie pour un secteur libéral, représentant un fonctionnariat du travail intellectuel de notre profession, ne reconnaissant pas à sa juste valeur le «courage d'entreprendre» ce dont nous sommes fiers. Ce fonctionnariat en effet n'encourage ni l'innovation, ni l'adaptabilité intelligente, qualités nécessaires en principe à l'élaboration d'une structure économique efficace. Pour le médecin «entrepreneur» cela signifie une adaptation intelligente constante au progrès médical et au progrès social en visant toujours cette qualité que le médecin sait appréhender chaque jour entre autre par la reconnaissance que lui vouent ses patients.

S'opposer au principe consistant à considérer le Managed Care budgété comme le principe d'une médecine «allant de l'avant» n'est pas synonyme d'un statu quo. Vous n'êtes pas sans savoir que la gestion d'une structure libérale efficace et de qualité ne peut jamais par définition être qualifiée de statu quo.

Vous parlez d'un vide où médecins et assureurs sont appelés à travailler ensemble: mais le non-respect pour certains jusqu'alors des conventions partenariales avec les assureurs n'encourage aucunement le comblement de ce vide. Nous ne ressentons pas par ailleurs le besoin impérieux de le combler: nous avons peur en effet d'y perdre notre Ame, nos moyens de préserver notre Pratique; une fois dépendant de ces systèmes nos prérogatives risquent bien de se réduire comme «peau de chagrin».

Oui, allons de l'avant, cher Vice-Président, mais tout en préservant ce qui fait de nous ce que nous sommes.

Voilà pourquoi, cher conseiller national radical-libéral, cher confrère, certains de vos collègues genevois en pratique privée et par ailleurs très heureux et fiers de l'être sont probablement les plus opposés à ces systèmes dont je me suis permise de vous rappeler certains dangers. Cette peur, je le rappelle, est tirée pour certains d'expériences vécues.

Je vous remercie pour votre lecture attentive et reste à votre disposition.

Dr Fabienne Gay-Crosier, Genève

1 Cassis I. Réseaux de soins intégrés: pourquoi toute cette peur? Bull Méd Suisses. 2010;91(26/27):1011.

Réponse

Chère Madame

Je vous remercie pour votre lettre et vos réflexions, qui alimentent le débat actuel. Je laisserai les soins aux responsables du réseau Delta s'exprimer à propos de leur expérience.

Le système LAMal en vigueur depuis 1996 est un système libéral: il laisse autant de liberté que possible aux partenaires tarifaires, c'est-à-dire pour les médecins à la FMH/sociétés médicales cantonales et pour les assureurs à santésuisse. Le législateur les appelle justement «partenaires» bien sachant que leurs intérêts sont différents. Et c'est grâce à cela que le résultat de leurs négociations devrait être équilibré pour les assurés-patients, qui représentent l'intérêt central des politiciens. Ceci se passe plus ou moins bien selon le canton et dépend des personnes concernées.

Or, dans un système libéral, l'intervention de l'Etat est limitée au strict nécessaire. «Nécessaire» parce-ce que le marché des soins, avec son chiffre d'affaire annuel de 60 Mia. de francs, n'est que partiellement un «marché», étant donné que la partie prépondérante des coûts est financée de manière socialisée, avec les impôts (fédéraux et cantonaux) et des taxes, – qui dans un système d'assurance sont appelées «primes». Le but de politique sociale visant à garantir des soins de bonne qualité à tout le monde est atteint et le monitoring annuel de la satisfaction des électeurs le montre bien. Ces mêmes électeurs cependant sont de plus en plus impatients face à l'augmentation de leur charge financière, ceci d'autant plus qu'ils doivent payer un système dont l'organisation – au niveau «système» – est plus ou moins inchangée depuis des décennies. Le but de la LAMal d'un développement viable et financièrement durable n'est donc toujours pas atteint.

Les réformes structurelles qui ont réorganisé notre économie dans les années '90 (poste, télécommunications, chemins de fer, système industriel, système des services, etc.) n'ont pas touché le système de santé, qui n'a jamais cessé de croître en volume et en coûts malgré toutes les crises boursières, financières, etc. que le monde – même en Suisse – a vécu.

A partir de l'an 2000, la pression populaire est devenue suffisamment forte pour que l'on fasse, même dans ce secteur de la société, les réformes nécessaires. Voilà la raison des réformes LAMal de 2001 et 2003. Cette dernière ayant échoué au Parlement, le Conseil fédéral a proposé d'agir step by step. Tout d'abord le secteur stationnaire avec les deux grandes réformes du financement hospitalier et du financement des soins de longue durée. Par la suite

le secteur ambulatoire, avec la réforme que l'on discute ici.

Deux options se présentaient alors aux yeux des intéressés: étatiser le système, c'est-à-dire confier à l'Etat (Confédération et cantons) le contrôle et le pilotage entier du système, ou bien donner davantage de responsabilités aux acteurs (médecins, hôpitaux, etc.). Une majorité de Parlement a choisi la deuxième voie et a voté en décembre 2007 la réforme du financement hospitalier, en juin 2008 celle des soins de longue durée et décida cet automne (hiver?) la réforme du secteur ambulatoire. Il s'agit bien entendu toujours de réformes hautement imparfaites et insatisfaisantes sur le plan intellectuel: c'est dire les limites de la démocratie, surtout d'une démocratie directe. Ce mélange de valeurs et de visions du monde donne toujours un résultat insatisfaisant: certains disent que c'est bel et bien la raison pour laquelle les lois votées par le Parlement sont très souvent soutenues par le peuple: parce que personne n'est enthousiaste, mais en même temps pas non plus trop irrité.

Confier aux assureurs le contrôle des coûts médicaux sur base individuelle n'a pas été un succès. Demander à l'Etat d'édicter davantage de règles nous a conduit à une bureaucratie étouffante. Le chemin choisi était donc celui de remettre l'église au milieu du village et d'accorder aux acteurs davantage de liberté et responsabilités, même au niveau budgétaire. C'est dans cet objectif qu'une large majorité du Conseil national a décidé, le 16 juin dernier, de promouvoir les réseaux de soins intégrés. Il en attend davantage de qualité – avec le pilotage du patient tout au long de la chaîne thérapeutique – et une meilleure efficacité du travail, au niveau du système. Et par ce biais une viabilité financière à moyen terme.

D'autres solutions étaient la fin de l'obligation de contracter, qui aurait créé aux yeux du Parlement trop de «liberté» et donc un désordre dangereux, ou alors carrément un changement de système: d'un système d'assurance à la Bismarck vers un système fiscal à la Beveridge – commençant par une caisse maladie publique unique – avec pilotage central des cantons. Un changement jugé trop important par rapport aux problèmes à résoudre.

Voilà, j'ai choisi de ne pas entrer dans les détails de cette réforme, puisque ceux-ci sont déjà suffisamment discutés dans d'autres lettres. J'ai préféré essayer de vous montrer le regard politique sur cette démarche: un élément parfois ignoré dans le débat entre médecins. Merci pour votre attention.

Dr Ignazio Cassis, Conseiller national



Antwort auf den Brief von Dr. med. Hollenstein Sarbach [1] zu meinem Editorial «Integrierte Versorgungsnetze: warum so ängstlich?» [2]

Sehr geehrter Herr Kollege

Ich danke Ihnen für Ihre kritische Äusserungen und habe sicher nicht den Anspruch, Sie davon zu überzeugen, dass die vorgesehene Gesetzesrevision in die richtige Richtung geht. Dennoch erlaube ich mir Sie zu fragen: Was schlagen Sie als Alternative vor? Oder sind Sie der Meinung «Tout va très bien, Madame la Marquise», wie Ray Ventura 1935 in seinem Lied singen liess? Ist es für Sie in Ordnung, dass unser Gesundheitswesen jedes Jahr 2 Milliarden Franken teurer wird (davon 1 Milliarde sozial finanziert). Welche Zuwachsrate ist in Ihren Augen tragbar? Welches Gesundheitswesen sollen wir den nächsten Generationen hinterlassen?

Erlauben Sie mir kurze Reaktionen:

- Der Höchstbetrag des Selbstbehaltes wäre neu in den Netzen 500 CHF und ausserhalb 1000 CHF. Heute gilt für alle ein Höchstbetrag von 700 CHF (seit dem 1.1.2004, mit Teuerung heute ca. 740 CHF). Dieser Höchstbetrag betrifft ja nur die chronisch Kranken, d.h. ca. 20% der Patienten, die 80% der Gesundheitskosten verursachen. Für chronisch Kranke in den Netzen nimmt also die Kostenbeteiligung ab! Gerade solche Patienten müssen gesteuert werden, um Qualität und Effizienz zu steigern.
- In den Netzen wird die Betreuung eben immer gesteuert, d.h. durch eine Fachperson (sehr oft wird es der Hausarzt sein) nach fachlichen Kriterien bestimmt, was durchaus Sinn macht, zumal die Kosten sozial getragen werden. Dass Qualität und Effizienz in den Netzen durchschnittlich höher sind, haben die Studien von PD Dr. Beck bewiesen.
- Ein Netz besteht durchschnittlich aus 15–50 Ärzten: Die Patientin hat die freie Arztwahl im Netz. Gefallen ihr alle Ärzte nicht, kann sie jährlich das Netz wechseln. Will der Patient dennoch die absolute Wahlfreiheit unter den 16 000 ambulant tätigen Ärzten in der Schweiz, zahlt er maximal 300 CHF mehr im Jahr. Unvernünftig? Ist es ein sozialpolitisches Ziel, die absolute Wahlfreiheit zu Nullkosten zu gewährleisten?
- Sehr gut, wenn viele Ärzte sich schon heute freiwillig vernetzen und Budgetmitverantwortung übernehmen und damit zufrieden werden. Es soll nur so

weitergehen: Mit diskreten finanziellen Anreizen für die Patienten wird diese Umwandlung der ambulanten Versorgung eben beschleunigt.

- Unternehmerische Freiheit bleibt für alle bestehen – innerhalb und ausserhalb der Netze. Aber in den Netzen ist sie grösser, weil der Spielraum grösser ist (Leistungskatalog, Investitionen, Organisation, Verträge, Budgetmitverantwortung).
- Zudem wollen viele junge Ärztinnen gar nicht mehr Unternehmer sein: Für sie ist die Mitwirkung als Angestellte eines Ärztenetzes die gewünschte Perspektive.
- Sie haben recht: Eine Erweiterung des Leistungskatalogs ist schon heute juristisch möglich – aber angesichts des finanziellen Drucks eine politische Utopie! Die Rede ist in der Tat seit Jahren von einer Begrenzung ..., ausser eben in den Netzen.
- Patientenorganisationen sind wie die Ärzte: kein monolithisches Gebilde! Die verschiedenen Wertevorstellungen und Weltanschauungen spiegeln sich auch dort wider. Einige sind dafür, andere dagegen. Recht hat in einer Demokratie nur die Mehrheit.

*Dr. med. Ignazio Cassis,
Nationalrat und Vize-Präsident der FMH*

- 1 Hollenstein Sarbach C. Kritische Stimmen prüfend aufnehmen. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(32):1181.
- 2 Cassis I. Integrierte Versorgungsnetze: warum so ängstlich? Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(26/27):1011.



MPAs – das grosse Potential der Grundversorgung

Die beiden Artikel in der SÄZ Nr. 28/29 vom 14.7.2010 formulieren eine konkrete und äusserst wichtige Forderung zugunsten der Grundversorgung [1, 2]. Ihre Realisierung setzt die überlasteten Grundversorger endlich in die Lage, die Langzeitpatienten besser zu betreuen: Mit guter Information, Schulung, Coaching und Prävention, die bisher allzu oft am Zeitmangel der Hausärztinnen scheiterten. Ein grosser Teil dieser Arbeit handelt von den einfachen Dingen des Patientenalltags und erfordert kein Staatsexamen, wohl aber Zeit, Geduld, Repetition und Engagement. Dazu braucht es zusätzliche Ressourcen. Die Tausende von MPAs in den Praxen sind dafür die ideale Quelle. Der so ermöglichte Teamansatz in der Patientenbetreuung ist eine grosse Chance, die Grundversorgung zu modernisieren, den Bedürfnissen der Patienten besser

gerecht zu werden und auch gegenüber der ausufernden Spezial- und Spitzenmedizin an eigenem Profil zu gewinnen.

Die laufenden Arbeiten in dieser Richtung verdienen deshalb die volle Unterstützung aller Hausärztinnen und Hausärzte und ihrer Verbände. Es ist sehr erfreulich, dass auch die FMH sich klar dafür einsetzt. Es ist aber auch zu hoffen, dass die Krankenversicherer die Chance erkennen, die medizinische Versorgung der Bevölkerung wieder auf eine tragfähigere Basis zu stellen, als es das heute völlig zersplitterte Medizinalsystem ist.

Dr. med. Hansueli Schläpfer, GL
Ärztetzet säntiMed

- 1 Gähler E. MPA – ein brachliegendes Potential der Grundversorgung. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(28/29):1079.
- 2 Rosemann T, Schälch E, Birnbaum B, Zanoni U. Grundversorgung: Der Weg aus der Krise führt auch über die MPA. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(28/29):1081–3.



10 Vorwürfe gegen Freud

Zum Buch von Michel Onfray
«Le crépuscule d'une idole – l'affabulation freudienne» erschienen bei Grasset,
Paris, April 2010

Auch wenn ich mir als Internist nicht anmassen will, diese kritische Biographie des Werkes von Sigmund Freud zu werten, sei doch auf das kürzlich erschienene Buch hingewiesen, da es mir von allgemeinem ärztlichen Interesse zu sein scheint. Der 1959 geborene Philosophiedozent Michel Onfray entwirft nach extensiven Recherchen (Gesamtwerk Freud, Korrespondenz Freuds mit seinem Freund Fliess, mit Binswanger u. a., die angegebene Bibliographie umfasst 20 Buchseiten) auf 612 Buchseiten eine bisher unbekannt Darstellung der Persönlichkeit Freuds.

1. Vorwurf: Freud habe es an Empathie für seine Patienten missen lassen: Von Binswanger über sein Verhältnis zu seinen Patienten befragt, äusserte Freud: «les patients, c'est la racaille. Les patients ne sont bons qu'à nous faire vivre, et ils sont du matériel pour apprendre. Nous ne pouvons pas les aider, de toute façon»...*

2. Vorwurf: Freud habe es mit der Wahrheit nicht so genau genommen: 1884 behandelt Freud seinen morphiumabhängigen Freund Fleischl mit Cocaininjektionen. Nachdem sich dessen Zustand verschlechterte (Konvulsionen, Halluzinationen, schliesslich exitus letalis) verteidigt sich Freud, er habe immer die

orale Application empfohlen und vor p.e. Injektionen gewarnt.

3. Vorwurf: Freud habe öfters das ärztliche Geheimnis verletzt und intime Bekenntnisse in Wien bekannter Persönlichkeiten publiziert.

4. Vorwurf: Freud habe therapeutisches Versagen nie eingestanden, sondern regelmässig dem Widerstand der Patienten angelastet.

5. Vorwurf: Freud habe psychopathologisches Verhalten generell sexuellen Problemen angelastet, auch wenn, wie Onfray an Beispielen demonstriert, offensichtlich andere seelische Traumen die Ursache waren. Schlussfolgerung zu Vorwurf 5: Freud habe die durch seine Autoanalyse (Ödipuskomplex) gewonnenen Erkenntnisse als universelles Problem hochstilisiert.

6. Vorwurf: Freud habe aus verschiedenen Krankengeschichten typische Fälle konstruiert, um seine Theorien zu demonstrieren.

7. Vorwurf: Freud habe die Psychoanalyse als exakte Wissenschaft postuliert (analog Kopernikus und Darwin), obwohl sein Gedankengut mythisch-philosophischer Herkunft sei.

8. Vorwurf: Freud habe nach Etablierung seiner Macht die Psychoanalyse als seine persönliche Entdeckung verkauft, obwohl er 1910 seinen Lehrer Breuer als eigentlichen Begründer bezeichnet habe (dans la «Psychoanalyse»): «Si c'est un mérite que d'avoir appelé la psychanalyse à la vie, alors ce n'est pas mon mérite»... «Je dois mes résultats à l'emploi d'une nouvelle méthode de psychanalyse au procédé explorateur de J. Breuer» (1986–1910).

9. Vorwurf: Obwohl Freud die Bedeutung körperlicher Eigenheiten herabsetzt, betrachtet er die Frau wegen ihres Penismangels («Penisneid») und dessen psychischer Konsequenzen als dem Mann unterlegen. Unter anderem schreibt Freud in «L'abrégé de psychanalyse»: «Nous appelons mâle tout ce qui est fort et actif, féminin tout ce qui est faible et passif.»

10. Vorwurf: Freud war antidemokratisch: Freud pense en effet qu'il faut instruire une élite pour diriger les masses: «L'état idéal serait naturellement une communauté d'hommes ayant soumis leur vie pulsionnelle à la dictature de la raison.»

Um den Vorwurf mangelnder Objektivität an den Autor zu entkräften, erwähne ich dessen Anerkennung der Verdienste Freuds in den «Conclusions» am Schluss seines Buches. Ich hoffe, zur Lektüre dieses reich dokumentierten Buches angeregt zu haben.

Dr. med. Peter Merian, Basel

* Wörtliche Wiedergabe des Buchs in der französischen Originalsprache, Formulierungen von Freud persönlich in Anführungszeichen.



Un solo «medico di famiglia» per tutto il Ticino

Helsana, la più grande Cassa Malati della Svizzera, ha inviato in questi giorni di luglio ai propri assicurati ticinesi, che hanno scelto la formula «Medico di famiglia», chiamata anche «Benefit plus» (per gli uomini del marketing i termini in inglese sono d'obbligo ... fanno sempre buona impressione) una lettera affrancata come posta normale.

Nella missiva si informa l'assicurato che il loro medico di famiglia «purtroppo» (sic«!») non rientra più nella lista dei medici Helsana.

Gli assicurati che vorranno mantenere lo sconto del 10 per cento sui premi sono invitati a scegliere da una lista di medici allegata alla lettera.

Piccolo particolare: la lista contiene *un solo indirizzo per tutto il Ticino*, quello dello studio medico della Sanacare HMO, situato nel centro di Lugano.

Alternative? Chi non vuole pagare di più, può sempre optare per «Medgate» (altro termine in dialetto ticinese), cioè consultazione tramite call center, in altre parole «state male, dite cosa avete e verrete richiamati al più presto ...».

Chi non dovesse rispondere entro il 10 di agosto (in Ticino, come è noto, in agosto nessuno va in vacanza ...) vorrà dire che rinuncia alla formula «medico di famiglia» e dal primo gennaio 2011 vedrà annullato lo sconto, il suo premio aumentare, e solo così potrà continuare a rivolgersi al proprio medico di fiducia. Quando hanno letto questa lettera i miei pazienti non volevano credere ai propri occhi.

Noi medici curanti non ne sapevamo nulla, l'Ordine dei Medici neppure, ed i responsabili di Helsana Ticino sembra si siano limitati a rispondere che questa era una decisione presa a Zurigo.

Qualche paziente ha scritto una lettera ai giornali, qualche altro alla FMH ed a Zurigo, e non è mancata la proposta di organizzare alcuni bus che raccolgano gli anziani pazienti delle valli di montagna del Ticino, li portino a Lugano per mettersi ordinatamente in fila, il primo di gennaio 2011 alle otto, davanti allo studio Sanacare di Lugano per essere visitati.

Quale insegnamento pensate si possa trarre da questa storia?

Personalmente non so che esito avrà questa vicenda e forse, a questo punto, non mi interessa più di quel tanto.

So solo che mi sento profondamente offeso ed umiliato come cittadino di questo Paese e come medico di famiglia.

Dr. med. Vincenzo Liguori, Pambio-Noranco



Stopp Tierleid: Impfstoffe aus Zellkulturen

Die nächste Impfsaison naht – bei den grossen Pharmakonzernen läuft die Produktion der Impfstoffe gegen die Wintergrippe auf Hochtour. Gemäss BAG wird auch ein Impfstoff gegen das H1N1-Virus in der Vakzine für die nächste Grippesaison enthalten sein. Denn dieses Virus, das die «neue» oder irreführend auch als «Schweinegrippe» bezeichnete Grippe hervorruft, hat die bisherigen Stämme der «normalen» Wintergrippe stark zurückgedrängt. Der H1N1-Impfstoff ist somit ein besonders wichtiger Bestandteil der nächsten Impfstoffmischung gegen die saisonale Grippe. In der Impfstoffproduktion gibt es zwei Verfahren zur Vermehrung der Viren: in befruchteten Hühnereiern oder mittels Zellkulturen. Bei der ersten, traditionellen Methode werden die Viren durch die Schale in rund 10 Tage alte Hühnerembryonen injiziert. Nach weiterer Bebrütung wird die Eiflüssigkeit entnommen und daraus das Virusmaterial gewonnen. Der Embryo wird dabei abgetötet. Weltweit landen jedes Jahr mehrere Millionen Bruteier in der Impfstoffproduktion.

Beim zweiten, modernen Verfahren mittels Zellkulturen werden die Viren in grossen Behältern mit lebenden Nierenzellen von Säugertieren vermehrt. Diese wurden vor mehreren Jahrzehnten einem Hund bzw. einer Meerkatze entnommen und werden seither in Nährlösung weitergezüchtet. Die Zellkulturmethode ist zwar weniger erforscht, so dass eine standardisierte Produktion schwieriger ist. Dafür ist kein Verschleiss von Lebewesen nötig.

Recherchen von KAGfreiland, der schweizerischen Nutztierschutz-Organisation, haben zu-

dem gezeigt, dass der grösste Teil der Bruteier für die Impfstoffherstellung aus tierquälerischer Käfighaltung stammt. Die Legehennen leben zu dritt mit einem Hahn auf einem Gitterrost von 550 cm² pro Tier. Zum Vergleich: Eine A4-Seite umfasst eine Fläche von 624 cm². Diese Haltungsform ist in der Schweiz verboten, weil elementarste Verhalten wie umherlaufen, scharren, Flügel schlagen oder fliegen, sich zurückziehen zum Ruhen oder zum Eierlegen nicht möglich sind. In Deutschland sind neuerdings grössere, sog. «ausgestaltete Käfige» mit Sitzstange und Legebereich vorgeschrieben, doch mit 800 cm² pro Tier sind diese noch keineswegs tiergerecht [1].

Aus tierschützerischer Sicht schneidet die Zellkulturmethode somit deutlich besser ab als die herkömmliche mittels Hühnereiern. Die Frage lautet: Darf der Mensch millionenfach Tiere leiden lassen für seine eigene Gesundheit? Die Antwort ist klar: Das Leid der Legehennen in den Käfigen sowie der grosse Verschleiss an Hühnerembryonen sind ethisch nur vertretbar, wenn keine alternativen Impfstoffe aus Zellkulturen verfügbar sind.

Die Firma Novartis produziert bereits 30% der Grippeimpfstoffe mittels Zellkulturen und

baut in den USA eine weitere Zellkulturfabrik: Das sei klar die Methode der Zukunft. Auch die Firma Baxter setzt für H1N1-Impfstoffe ganz auf die Zellkulturmethode: Der Vorteil sei, dass diese nicht von Hühnereier-Lieferungen abhängt – die Produktion lasse sich daher bei Bedarf viel schneller steigern. Hingegen setzt GlaxoSmithKline für die H1N1-Impfstoffe bisher nur auf die traditionelle Hühnermethode, weil dieses Verfahren bewährter sei.

Als Schlussfolgerung möchten wir allen Ärztinnen und Ärzten nahelegen, das Herstellungsverfahren der Grippeimpfstoffe als Kriterium in die Auswahl einzubeziehen. Aus ethischer Sicht sind Impfstoffe zu bevorzugen, die mittels Zellkulturen produziert wurden.

Nadja Brodmann, Zoologin, KAGfreiland

1 Eine ausführlichere Darstellung dieser Fakten findet sich im KAG-Magazin 5/09 vom letzten November 2009; der Beitrag ist als PDF online unter www.kagfreiland.ch/media/h_Publikationen/03_Magazin/b_mitte/2009/2009.11Maz_Impf.pdf verfügbar.

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.