

# Briefe an die SÄZ



## Antwort Leserbrief Dr. R. Haldemann «Wachsende Skepsis der Basis gegen die KVG-Revision» [1]

Vielen Dank und herzliche Gratulation für Ihre Bemerkungen und Kritik an der «Verbandselite der FMH». Vorstand und Ärztekammer politisieren seit Jahren an der Basis der freiberuflichen Hausärzte vorbei und leider auch andere Institutionen, welche unsere Interessen und Bedürfnisse vertreten sollten. Die Ursachen dafür sind mannigfaltig. Nachdem kein Antrag auf Urabstimmung eingegangen ist, wurden die Beschlüsse der ordentlichen Ärztekammer vom 27. 5. 2010 in Kraft gesetzt (SÄZ 35/2010, Seite 1322). Die Mehrheit der Unzufriedenen sollte jetzt dringend die «basisdemokratische Auseinandersetzung» suchen mit allen Mitteln, die zur Verfügung stehen. Es ist ein Affront unseres Vorstandes, die ausserordentliche Ärztekammersitzung vom 9. 12. 2010 jetzt schon ersatzlos zu streichen. Bis zu jenem Datum wird die «steigende Zahl reformkritischer Leserbriefe» als «Ausdruck des wachsenden Misstrauens» weiter steigen und Themen zum Diskutieren gäbe es genügend. Die ausserordentliche Ärztekammer wäre ein geeignetes Forum, sich mit Managed Care und anderen brisanten Themen auseinanderzusetzen, allenfalls sogar über ein Referendum abzustimmen gegen den zu erwartenden Beschluss des Parlaments, der von der Mehrheit freipraktizierender Kolleginnen und Kollegen so nicht erwünscht ist. Die Antwort des Präsidenten bringt keine neuen Aspekte. Sie ist die Repetition der Floskeln, die wir zur Genüge kennen.

*Dr. med. Bernhard Sorg, Wallisellen*

1 Haldemann R. Wachsende Skepsis der Basis gegen die KVG-Revision. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(36):1378.

## Antwort

Im Brief des Kollegen Sorg kommen verschiedene Punkte zur Sprache, von denen ich zwei aufgreifen möchte:

- In den Statuten der FMH sind die Kompetenzen der verschiedenen Instanzen unserer Verbindung definiert. In den Kompetenzbereich der Delegiertenversammlung

fallen insbesondere politische und tarifarische Entscheidungen, während die Ärztekammer andere Bereiche abdeckt (Budget, Wahlen, Statuten; siehe dazu die Statuten der FMH, Art. 30 und 37 [1]).

Für die FMH und ihre Mitglieder hat diese Aufgabenteilung den Vorzug, dass die Delegiertenversammlung dank ihrer kurzen Sitzungsintervalle von 6 bis 8 Wochen (anstelle von 1 bis 2 Sitzungen pro Jahr) nahe am Politgeschehen ist und flexibel und rasch reagieren kann. Zudem verhindert ihre ausgewogene Zusammensetzung die Bildung «automatischer» Mehrheiten bzw. die Dominanz einzelner Interessengruppen. Gleichzeitig profitiert das Gremium von der Erfahrung der Delegierten, die sich fast ausschliesslich aus den Kadern unserer Verbände rekrutieren.

- In der Ärztekammer vom vergangenen 27. Mai wurde in der Tat über Managed Care diskutiert. Es wurden verschiedene Resolutionen zuhanden der Delegiertenversammlung verabschiedet, entsprechend den Kompetenzen der beiden Gremien. Die Delegiertenversammlung hat diese Resolutionen wieder aufgegriffen und diskutiert, und der Zentralvorstand hat es übernommen, sie umzusetzen, sei es durch Medienarbeit, persönliche Kontakte, Briefe usw. Diese Arbeit ist nach wie vor im Gang.

Wenn man sich die Kompetenzen der Ärztekammer und die Arbeit der Delegiertenversammlung vor Augen führt, lässt sich bilanzieren, dass das Thema Managed Care die Einberufung einer ausserordentlichen Ärztekammer mit Sicherheit nicht rechtfertigt.

Ich möchte an dieser Stelle mit Nachdruck meiner Überzeugung Ausdruck verleihen, dass in einer Demokratie die Respektierung der statutarischen Instanzen, ihrer Kompetenzen und ihrer Arbeit zentral ist. Meine Empfehlung wäre, mit den demokratisch gewählten Delegierten das Gespräch zu suchen, ihnen die eigenen Anliegen zu schildern und anschliessend Vertrauen in ihre Arbeit und Integrität zu setzen, anstatt die Repräsentativität der Gremien in Zweifel zu ziehen und die Aktivitäten ihrer Mitglieder zu kritisieren.

*Dr. med. Jacques de Haller, Präsident der FMH*

1 [www.fmh.ch](http://www.fmh.ch) → FMH → Rechtliche Grundlagen → Statuten



## Offener Brief an die SÄZ-Redaktion

### Zur Zensurierung unseres Artikels «Passivrauchgesetz: Die Bayern haben sich gegen die spanische Konfusion entschieden» [1]

Sehr geehrte Damen und Herren Redaktoren der Schweizerischen Ärztezeitung  
Sie bestätigen Ihren Entscheid, dass unser Artikel zwar in der aktuellen Ausgabe der SÄZ veröffentlicht wird, dass aber die Anmerkungen den Lesern nur indirekt in der Online-Version und nicht in der gedruckten Ausgabe zugänglich sein werden. Wir betrachten dies als eine Zensurierung, da für unsern Text die Wiedergabe von Dokumenten der Tabakindustrie und von Parlamentsdebatten wesentlich ist und den Lesern unmittelbar verfügbar sein muss, um unsere Aussagen zu stützen. Da Sie als Redaktoren gut um die Bedeutung von wörtlichen Zitaten wissen, können Sie diese Zensurierung nicht mit dem Vorwand der Länge des Artikels bemängeln. Wir müssen daraus schliessen, dass in dieser Thematik die Redaktion der SÄZ Pressionen ausgesetzt ist, was uns ausserordentlich beunruhigt. Dies umso mehr, als vor einem Jahr, ein ähnlicher, ebenfalls von mehr als zwanzig Mitunterzeichnern eingereichter Artikel von der Publikation eliminiert wurde mit der Forderung, ihn in einen Leserbrief umzuarbeiten. Wir können Ihren Entscheid nicht akzeptieren:

*Erstens schaden Sie der Ärztezeitung.* Diese Zeitung («von Ärzten für Ärzte») sollte Informationskanal unserer Korporation sein. Autoren und Leser sollten unbeschränkt miteinander über alles kommunizieren können, was mit unserem Beruf, Gesundheit und Krankheit, aber auch über die politischen Implikationen von Gesetzen und Präventionsmassnahmen zu tun hat. Die Antwort auf die Frage, wem wohl Ihre Zensurierung nützt, gibt Aufschluss, welchem Druck Sie ausgesetzt sind. Die in unserem Artikel ausgedrückte Schlussfolgerung, dass die Medien das Thema Passivrauchdebatte ausblenden, findet sich in unserm eigenen Bereich erschreckend konkret bestätigt.  
*Zweitens schaden Sie der Ärzteschaft:* Die Stimmbürger Bayerns, aber auch der Schweiz haben sehr wohl begriffen, dass sie seit Jahren in diesem Bereich von ihren Politikern, von vielen «Experten» und durch das Lobbying in

den Parlamenten hinter das Licht geführt worden sind. Dass das offizielle Organ der Ärzteschaft in diesen Vernebelungsmanövern mithilft, sabotiert das Vertrauen, welche die Bevölkerung in unsern Berufstand hat.

*Drittens schaden Sie dem Funktionieren der Demokratie.* Wir Ärzte sind die Experten in Gesundheitsfragen. Unsere von äusseren Einflüssen möglichst unabhängige Meinung sollte in der gesellschaftlichen Diskussion gehört werden, damit sich die Bevölkerung und die Entscheidungsträger ein klares Bild der Zusammenhänge machen können. Mit Ihrem Zensurierungsentscheid haben Sie zynisch bestätigt, dass offenbar nur der (Geld-)Druck bestimmt, was gesagt und wie laut dies ausgedrückt werden darf.

Wir bitten Sie, im Namen Ihrer intellektuellen Redlichkeit auf Ihren Entscheid zurückzukommen, und unsern Artikel in deutscher und französischer Version ungekürzt mit den vollständigen Anmerkungen und den Namen aller Mitunterzeichner in einer kommenden Nummer der SÄZ abzdrukken.

*Dr. R. M. Kaelin, Morges,  
im Namen der Mitunterzeichner*

*Die Redaktion hält fest, dass die redaktionelle Behandlung des zur Debatte stehenden Artikels nach gängigen publizistischen Standards erfolgte und sich in nichts von derjenigen aller anderen Manuskripte (rund 2000/Jahr) unterschied, die der SÄZ zur Publikation angeboten werden. Die Beurteilungskriterien für Artikel sowie die Aufgaben und Kompetenzen der Redaktion sind in den Autorenrichtlinien ([www.saez.ch](http://www.saez.ch)) beschrieben und folgen den Empfehlungen des International Committee of Medical Journal Editors ([www.icmje.org](http://www.icmje.org)).*

1 Der genannte Artikel ist in dieser Ausgabe der SÄZ, Seite 1618–20, zu finden.



### Obligations du médecin

Cher Collègue,

C'est avec intérêt que j'ai lu votre article paru dans le BMS N° 38/2010 [1], dont le titre est «Le patient peut-il exiger des prestations du médecin?»

Ma question prolonge celle de votre article. Le médecin est-il obligé de fournir des prestations non urgentes au patient qui ne paie pas ses factures?

*Dr André-Philippe Méan, La Chaux-de-Fonds*

1 Martin J. Le patient peut-il exiger des prestations du médecin? Bull Méd Suisses. 2010;91(38):1504.

### Réponse

Oui, la question que vous posez est une vraie question. Elle n'est pas que de la déontologie médicale d'ailleurs. Au plan juridique ou assé-curologique, Monsieur Hp. Kuhn, juriste et Secrétaire général adjoint de la FMH, répondrait de manière plus compétente.

Pour ma part, je souhaite vivre dans une société de gens responsables, qui ont le droit de bénéficier de leurs droits mais qui assument aussi leurs obligations. Y compris celles de payer leurs primes d'assurance, respectivement les honoraires de leur médecin. Je considère que, *hors de situations d'urgence ou d'autres éléments contraignants pour le malade*, la liberté du médecin de prendre en charge – ou pas – un patient donné est en quelque sorte l'image en miroir du droit de chacun de choisir librement son médecin – droit auquel le peuple suisse est attaché.

Sur le principe de votre question, je réponds donc: «Dans ce cas, vous n'êtes pas tenu de fournir des prestations.» En ajoutant que, pratiquement et là comme ailleurs, il est très souhaitable de soigner la manière. C'est-à-dire que cette décision du médecin de suspendre le lien thérapeutique n'intervienne pas comme un coup de tonnerre dans un ciel serein mais soit précédée, au cours de quelques semaines j'imagine, d'une discussion claire et franche, puis d'un avertissement («je renoncerais à vous suivre...») avant qu'une telle décision n'entre en force. Il faudrait aussi que dite décision ne représente pas des difficultés pratiques majeures pour le patient. Ainsi, si le praticien est le seul loin à la ronde ou le seul d'une spécialité donnée, il est discutable éthiquement de refuser de voir un patient, même si ce dernier ne paie guère les factures.

A relever encore que cette liberté de principe du médecin ne saurait s'exercer de manière arbitraire voire discriminatoire: refuser de prendre ou traitement, ou accepter le moins possible, les personnes de telle origine ou de telle couleur de peau, de telle tranche d'âge, de condition sociale très modeste etc... Elle ne doit pas non plus être au détriment de la prestation de soins suffisants et adéquats à la collectivité concernée.

*Dr Jean Martin, Echandens*



### «La médecine, les médecins et les juges...»

Bravo mille fois à l'éditorial de Jacques de Haller du 29 septembre 2010 [1]. Le libre arbitre de sa propre personne apparaît depuis quelque vingt ans comme un droit inaliénable, on s'est battu pour lui et c'est mainte-

nant devenu un fondement clair et sain pour bâtir l'humanité de demain, au moins dans nos sociétés occidentales.

Une belle valeur, le respect de l'autre dans ses opinions, son originalité, ses apparentes contradictions et le choix de sa destinée.

Une belle école d'écoute, de tolérance et de silence pour nous les médecins (quand on y arrive!). Et aujourd'hui pour un cas particulier, on voudrait autoritairement revenir en arrière et nourrir les gens de force d'une nourriture dont ils ne veulent pas, avec des arguments judiciaires...? Me revient alors à l'esprit le souvenir de situations pénibles, en particulier dans le cadre des soins intensifs où l'ignorance et le pouvoir venaient en despotes voler la dignité des patients et de leur famille. Ce temps est, ou doit être, révolu.

Encore merci, Mr de Haller, pour votre prise de position et merci de nous représenter avec tant de détermination.

*Dr Xavier Clément, Fribourg*

1 De Haller J. La médecine, les médecins et les juges... Bull Méd Suisses. 2009;91(39):1509.



### Die Vision von assistierter Fortpflanzungsmedizin in der Schweiz

Lieber Herr Imthurn

Mit Interesse las ich die Thesen und Diskussionsargumente Ihrer ExpertInnen-Gruppe zur Fortpflanzungsmedizin in der Schweiz [1].

Aus Sicht der Schweizerischen Stiftung für sexuelle und reproduktive Gesundheit PLANeS, die u.a. sexualpädagogischen Unterricht in allen Schulen fordert, was leider in der Praxis noch lange nicht schweizweit umgesetzt ist, habe ich einen kritischen Kommentar zur 2. These, die lautet: Jede Frau muss wissen, dass Familienplanung ab Mitte 30 zunehmend schwieriger wird, und die Fertilität rasch abnimmt. Und jeder junge Mann sollte über den Einfluss von Alter und Erkrankungen auf seine Zeugungsfähigkeit informiert sein.

Ich meine, Familienplanung ist ein Thema, das Mann und Frau gleichermaßen betrifft und wofür beide partnerschaftlich die Verantwortung übernehmen müssen. Entsprechend formuliert wäre dann wohl die 2. These: Sowohl die Frau wie der Mann müssen über Biologie der weiblichen wie der männlichen Fertilität Bescheid wissen und entsprechende präventive Massnahmen kennen.

*Christa Spycher, Ärztin, Bern*

1 Bleichenbacher M, Heitlinger E, Imthurn B. Die Vision von assistierter Fortpflanzungsmedizin in der Schweiz. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(36):1373–7.



### The Physical Examination: A lost art or still a clinical necessity?

Eine Zeichnung von Anna (ANNA) [1] hat mich zu diesem Schreiben inspiriert. Zurzeit befinde ich mich mitten in der Chemotherapie auf Grund eines Colonicarcinomes nach durchgeführter, offener Hemicolecotomie. Dies alles geschieht, ohne dass ich je eine umfassende, ärztliche klinische Untersuchung hatte. Ein Hausarzt, den ich vor etwas mehr als einem Jahr wegen rezidivierenden Urininfekten aufgesucht hatte, verordnete richtigerweise, allerdings nur nach einem Urinstatus, ein abdominales CT. Dies zeigte bezüglich der Harnwege keine Abnormalitäten. Etwa ein halbes Jahr später stellten sich steigende gastrointestinale Beschwerden ein. Ich konsultierte einen Gastroenterologen, eine CD des oben erwähnten CTs in der Hand. Nach Aufnahme einer durchaus befriedigenden Anamnese tastete er kurz einen Befund, auf den ich ihn hinwies, ab und machte eine Ultraschalluntersuchung. Eine Coloskopie mit Biopsie brachte die Diagnose eines Carcinoms.

Der Chirurg plante, ohne Untersuchung, nach einem etwas falsch interpretierten abdominalen CT, ausgedehnten Laboruntersuchungen und einem EKG eine laparoskopische Hemicolecotomie. Intraoperativ sah man sich aufgrund des Tumorstadiums zu einer offenen Laparotomie gezwungen. Nach guter Anamnese, aber wieder ohne Untersuchung, setzte der Anästhesist einen Epiduralkatheter. Postoperativ kontrollierte der Chirurg regelmässig stethoskopisch die Darmgeräusche und die Narbe. Aufgrund der operativen Befunde und der pathologischen Untersuchungen wurde, wieder ohne klinische Untersuchung, aber nach ausgedehnten Laboruntersuchungen, eine Chemotherapie eingeleitet. Ich behaupte nun, dass ein «Physical Exam» mir einiges erspart hätte. Zumindest wäre es präoperativ fraglich gewesen, ob die Operation tatsächlich laparoskopisch durchgeführt werden konnte.

Zeit meines beruflichen Lebens habe ich vor allem in den USA, aber auch in der Schweiz Medizinstudenten und junge Ärzte in der oft etwas belächelten Rehabilitationsmedizin unterrichtet (seit drei Jahren bin ich im Ruhestand). Von allen meinen vielen Schülern habe ich stets vor dem Beginn irgendeiner technischen Untersuchung oder Behandlung eine entweder problembezogene oder vollständige klinische Untersuchung verlangt, welche ich zumindest problembezogen selbst nachkontrolliert habe. Problembezogene Nachuntersuchungen habe ich ebenfalls periodisch verlangt und nachkontrolliert. Ich bin der Überzeugung, dass sowohl Patienten als auch Studenten davon profitiert haben.

Eine gründliche Untersuchung führt zu einer viel genaueren Fragestellung und Indikation für das weitere diagnostische und klinische Vorgehen, und unnötige Tests können vermieden werden (Max [2], Verghese and Horowitz [3]). Auch besteht die Möglichkeit, dass ein klinisch signifikantes Problem, welches den ganzen Ablauf beeinflussen könnte, entdeckt wird. Und wie bitte können wir einen klinischen Verlauf beurteilen ohne Erhebung und Dokumentation von klinischen Befunden, die periodisch nachkontrolliert werden? Ich bin mir durchaus bewusst, dass Ärzte unter zunehmendem Zeitdruck stehen und in unserer computerisierten Welt etliche Zeit vor dem Computer verbracht werden muss. Aber: Sind wir wirklich so ausreichend technologisiert, dass wir auf eine klinische Untersuchung total verzichten können? Ich denke nicht!

*Dr. med. Brigitte Jann, Luzern*

- 1 ANNA. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(26/27):1057.
- 2 Max, J. The lost art of the physical exam. Yale Medicine, Winter 2009.
- 3 Verghese and Horowitz. In praise of the physical examination. BMJ. 2009;339: b5448.



### Umfrage des Kriminologischen Instituts der Universität Zürich über die Einstellung der Schweizer Bevölkerung zu Sterbehilfe und Suizidbeihilfe

Am 2.9.2010 präsentierte Prof. C. Schwarzenegger vom Kriminologischen Institut der Universität Zürich an einer Medienkonferenz die Ergebnisse einer diesjährigen telefonischen Befragung bei 1464 Schweizern. In der Medienmitteilung der Universität Zürich wurde das Ergebnis unter anderem wie folgt zusammengefasst: «Wie Prof. Christian Schwarzenegger bei der Vorstellung der Studie erläuterte, befürwortet eine Mehrheit der Schweizerinnen und Schweizer die Möglichkeit von Sterbehilfe und Suizidbeihilfe. Eine Mehrheit würde auch die heute verbotene, direkte aktive Sterbehilfe für Menschen erlauben, die an einer tödlichen Krankheit im Endstadium leiden» [1]. Ebenso soll eine Mehrzahl der Befragten der Ansicht sein, dass Sterbehilfeorganisationen ein würdevolles Sterben ermöglichen. In den Printmedien wurde eine bedeutende Resonanz erreicht. Der Autor selber sprach in den Konferenzunterlagen von «einer repräsentativen nationalen Stichprobe, ... die die Zustimmung der Schweizer Wohnbevölkerung zur realen Sterbehilfesituation» erfasse [2]. Eine kritische Prüfung der verfügbaren Unterlagen zeigt allerdings, dass die Studie erhebliche Mängel aufweist und die Schlussfolgerungen wissenschaftlich nicht gesichert sind:

- Die Ausschöpfungsquote der Befragung wird mit 63% beziffert. Nach Lehrbüchern über die Sozialforschung sollte bei Interviewstudien jedoch ein Rücklauf von 80–85% vorliegen [3]. Diese Quote wird hier deutlich verfehlt.
- In den Konferenzunterlagen wird eine Untervertretung jüngerer Jahrgänge erwähnt sowie darauf hingewiesen, dass das Thema bei Älteren sowie Personen mit Kranken oder Verstorbenen in ihrem Umfeld auf Ablehnung gestossen sei. Warum Prof. Schwarzenegger dennoch eine «weitgehende Repräsentativität» behauptet, ist unklar und wissenschaftlich fragwürdig.
- Die Interviewtechnik basierte mehrheitlich auf sogenannten «Fallvignetten», welche im Grunde sehr komplexe Situationen darstellen, die in einem zeitlich begrenzten Telefoninterview beurteilt werden mussten. Zudem fehlt diesen Beispielen der konkrete Erfahrungshintergrund wohl für die grosse Mehrzahl der Interviewten, etwa wenn der Fall eines Mannes mit einer tödlichen Muskelkrankheit am Beatmungsgerät oder die Situation einer seit Jahren im Koma liegenden Patientin geschildert wird.
- Die Befragung blendete die entscheidende Option von Palliative Care aus, was auf eine bedenkliche Einseitigkeit der Fragestellung verweist. Offensichtlich beschränkte man sich auf das Abfragen des «Exit-Credos».

Schon diese wenigen Einwände verweisen auf eine mangelhafte Datenqualität und methodische Schwächen, die jedenfalls keine gesicherten Schlüsse auf die ganze Schweizer Bevölkerung zulassen. Angemessene Hinweise auf bestehende Mängel der Untersuchung, wie sie heute bei wissenschaftlichen Publikationen Standard sind, fehlen. Suchte man hier nicht die ungestörte mediale Publizität, um vorgefassten Meinungen zum Durchbruch zu verhelfen? Im Eidgenössischen Blätterwald wurde zudem dezent verschwiegen, dass der verantwortliche Studienleiter seit sechs Jahren Mitglied der Ethikkommission von Exit ist. Hier ist ein beachtlicher Interessenkonflikt zu vermuten, der vom Autor wohl nur schwer bestritten werden kann. Es bleibt zu wünschen, dass künftig im hochsensiblen Bereich der Sterbe- und Suizidbeihilfe-Diskussion mit Umfrageergebnissen sorgfältiger und verantwortungsvoller umgegangen wird.

*Dr. med. P. Ryser-Düblin, Seftigen*

- 1 Pressedienst Universität Zürich. Was denkt die Bevölkerung? Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(37):1422.
- 2 www.mediasdesk.uzh.ch/articles/2010/selbstbestimmt-ueber-das-lebensende-entscheiden/Bericht\_Sterbehilfe.pdf
- 3 Babbie, E. R. (2001). The practice of social research (9. Aufl.).