Courrier au BMS

Promouvoir la plainte pénale

A propos de l'Editorial de C. Romann [1]

Mme Romann du Comité central de notre FMH propose d'agir de manière plus déterminée pour mettre en action les principes définis à l'article 4 de notre code de déontologie, et d'agir par la voie extrajudiciaire en lien avec l'Autorité de surveillance contre les abus sexuels. Je ne mésestime pas ce chemin, mais je suis un peu surpris quand on sait que les sanctions de l'Autorité de surveillance ne mentionnent même pas obligatoirement les faits, motifs de la sanction, ce qui est un comble pour un processus judiciaire, par définition public! S'agit-il vraiment de protéger la réputation des «soignants» au point de leur faire un régime d'exception? Ceci a-t-il vraiment encore lieu d'exister dans une société non patriarcale, qui se dit démocratique, quand il s'agit de moralité? Et en particulier lorsque la publication des motifs a aussi pour but de protéger contre des actes ultérieurs? Je ne vois vraiment pas pourquoi on ne fait pas l'exercice de promouvoir la plainte pénale, où les droits du/de la plaignant(e) sont parfaitement définis, y compris les voies de recours. A cette aune «l'éditorial sans concession» en fait hélas beaucoup, sans fondement, et singulièrement «pro domo».

Dr Virgile Woringer, Lausanne

1 Romann C. Abus à caractère sexuel dans l'activité médicale – il faut agir! Bull Méd Suisses. 2012;93(19):703.

Réponse

Monsieur,

Oui, pourquoi ne pas simplement laisser les autorités de poursuite pénale se charger de cette question et ne pas y donner suite nous-mêmes: est-ce cela que vous proposez? Nous pourrions alors nous épargner la peine de sensibiliser l'ensemble du corps médical à cette question délicate et de trouver des solutions communes à cette situation totalement insatisfaisante. Nous pourrions simplement renvoyer la balle à d'autres, cela serait bien plus facile.

Mais nous ne voulons pas que ce soit facile. Il ne s'agit pas de déconseiller aux patientes de déposer plainte pénale afin de protéger des confrères, comme vous semblez le comprendre, mais nous considérons simplement qu'il est de notre devoir d'agir pour donner davantage de poids à l'article 4 de notre Code de déontologie, que je vous cite encore une fois volontiers: *«Dans l'exercice de sa profession, le médecin n'exploite pas l'état de dépendance du patient; il lui est tout particulièrement interdit d'abuser de son autorité sur lui, tant sur le plan émotionnel ou sexuel que matériel.»* En proposant d'accorder davantage de droits à la patiente dans la procédure disciplinaire, nous répondons à la volonté de nombreuses patientes. Celles-ci souhaitent connaître le déroulement de la procédure, y participer activement et obtenir une décision motivée de la part de la Commission de déontologie. Il s'agit là de l'unique modification, l'article 4 existe déjà. La deuxième proposition, qui sera soumise en décembre à la Chambre médicale (étant donné qu'il ne restait pas suffisamment de temps en juin pour un débat approfondi), concerne une meilleure collaboration avec les autorités de surveillance, de la part desquelles nous attendons également une procédure plus convaincante. Chaque autorité compétente poursuit un objectif propre à sa procédure, il n'est donc pas question d'agir «en lien avec l'Autorité de surveillance».

Il est naturellement souhaitable que tout comportement pénalement répréhensible soit également sanctionné par les autorités judiciaires. Cependant, les violations commises par nos membres au Code de déontologie ne peuvent pas être sanctionnées dans le cadre d'une procédure pénale. C'est pourquoi nous considérons que cette responsabilité nous incombe et qu'il est opportun d'améliorer notre propre procédure. J'espère que la Chambre médicale de décembre partagera cet avis.

Dr Christine Romann,
membre du Comité central de la FMH

Die Gedanken eines «alten» Mannes

Zum Beitrag von Christof Schmitz et al. [1]

Nichts Neues unter der Sonne. Schon vor 40 Jahren gab's an der Medizinischen Poliklinik im USZ Freitagabends die Interdisziplinären Fallvorstellungen (nach dem Initiator Prof. Siegenthaler Sigirama genannt). Als Fachgremium diverse Ordinarii oder Stellvertreter, sekundiert von den Koryphäen der Spezialgebiete, als Zuhörer zugelassen alle Ärzte. Für Assistenten informativ und lehrreich, für Oberärzte (sie hatten meist die Fälle vorzubereiten) eine strenge Schule und insgesamt für alle amüsant. Die Gesprächsqualität wurde natürlich nicht wissenschaftlich begleitet, aber auch mit MuMBo-Veranstaltungen wird die Kommunikation in Kliniken und die Qualität der Rapporte grundverschieden bleiben. Einstmals intern aufgebaut und organisiert, müssen heute Externe die Professionalität untermauern. Ein typisches Phänomen unserer Epoche, die als Zeitalter der Ratlosigkeit in die Geschichte eingehen wird; künftigen Historikern wird der grosse Bedarf an Beratern nicht entgehen.

Wen wundert's, wenn das Gesundheitswesen immer teurer wird?

Dr. med. Gino Rossi (Staats 1975)

1 Schmitz C, Berchtold P, Laifer G, Meier C. Optimierung im Spital. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(25):964–7.

Patientenmanager – noch mehr Managed Care?!

Eine Woche, nachdem über ¾ der Schweizer Bevölkerung ihrer Ärztin/ihrem Arzt in überwältigender Art und Weise das Vertrauen als Hauptansprechpartner in Gesundheitsfragen ausgesprochen haben, mutet es recht seltsam an, dass sich die FMH aktiv an Projekten beteiligt, bei welchen der Patient primär vom Patientenmanager umgeben (umgarnt?) wird und die Ärztin/der Arzt zu einem der diversen

«Co-Faktoren» degradiert wird – wie dies die Grafik auf Seite 941 der aktuellen Schweizer Ärztezeitung exemplarisch zeigt [1]. Ich gestatte mir mit Blick auf das Abstimmungsresultat die Frage zuhanden der FMH-Exekutivorgane, ob die Schweizer Bevölkerung respektive wir in der FMH vereinigten Ärztinnen und Ärzte dies so wollen und ob die FMH solche Projekte mit ihrem Namen künftig weiter unterstützen will und soll. Ich denke, dass der Souverän vor einer Woche hierzu seine Antwort gegeben hat; und mit dem Souverän wahrscheinlich auch 75% der FMH-Mitglieder ...

Dr. Thomas Schweri, Biel

1 Stange V, Völlmin M, Bäckert W, Baumann R, Hartl U, Endhardt M, Ettlin T. Swiss Quality Award 2012 – die Gewinner (Teil 2). Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(25):941–3.

Feldzug gegen ein Zerrbild

Zum Artikel von M. Rüegg [1]

Einer der Gründerväter der naturwissenschaftlichen Medizin, Emil du Bois-Reymond, schrieb 1842: «Brücke und ich, wir haben uns verschworen, die Wahrheit geltend zu machen, dass im Organismus keine anderen Kräfte wirksam sind als die genauen physikalisch-chemischen» [2]. Rudolf Virchow postulierte programmatisch: «Die neuere Medizin hat ihre Anschauungsweise als die mechanische, ihr Ziel als die Feststellung einer Physik der Organismen definiert» [2]. Solche Beispiele definitorischer Aussagen, vorgetragen auf dem Boden eines machtvollen Sendungsbewusstseins, lassen sich beliebig vermehren. Auch für eine oberflächliche Kenntnis der Medizingeschichte ist die reduktionistische Stossrichtung der auf der physikalisch-chemischen Naturwissenschaft gründenden und sich entwickelnden Medizin evident. Dass die Schimäre einer weltanschauungsneutralen modernen Naturwissenschaft und Medizin von ihren Vertretern meistens nicht als solche erkannt wird, ist eines, dass sie in pseudophilosophischer Verbrämung von Rüegg zum Prinzip erhoben wird, ein anderes. Seiner Forderung nach Respektierung der Selbstbestimmung der Patienten ist nichts anzufügen. Nur würde es doch interessieren, wie viele Ärzte der etablierten wissenschaftlichen Medizin ihre eigenen handlungsimmanenten Erkenntnisvoraussetzungen ihren Patienten vorher deklarieren – falls sie von diesen selbst überhaupt ein kritisches Bewusstsein haben. Welcher Arzt kennt denn die in die Forschung eingeflossenen Weltanschauungsstandpunkte eines Virchows, eines Du Bois-Reymond, eines Haeckels oder Darwins? Welcher Arzt klärt seine Patienten über die systematischen und ethischen Implikationen der RCTs auf, mit Hilfe derer die soeben rezeptierten Medikamente evaluiert worden sind? Rüeggs Forderung erwächst selbst durchaus nicht einem gesichtspunktneutralen wissenschaftlichen Grund, sondern einem weltanschaulichen: Er vertritt die normative Statuierung prinzipieller Erkenntnisgrenzen des Menschen, wie sie Kant in seiner Kritik der reinen Vernunft zu begründen versuchte. Sowohl die Voraussetzungen wie auch die Konsequenzen dieses Versuchs waren und sind aber eindeutig weltanschaulicher Natur. Kant findet: «Ich musste also das Wissen aufheben, um zum Glauben Platz zu bekommen [...]» [3] Wer aber so, im Epigonenstrom Kants treibend, das Erkenntnisvermögen des Menschen einseitig und a priori auf die sinnliche Empirie einschränkt, ist kein Vertreter des von ihm eingeforderten Wissenschaftsprinzips, sondern einer bestimmten Weltanschauungsrichtung, die der selbständigen und individuellen Erkenntnisentwicklung des Menschen misstrauisch gegenübersteht. Gerade Rudolf Steiner hat auf die nicht hoch genug einzuschätzende Methode und entwicklungsfähige Tiefenqualität der Naturwissenschaft immer wieder und mit Nachdruck hingewiesen [4]. Die Anthroposophie ist prinzipiell und wesentlich Erweiterung und Ausdehnung des Denkens und Erkennens auf die durch Fähigkeitssteigerung zugängliche Gesamtempirie menschlicher Daseinsebenen. Die anthroposophische Medizin ruht auf diesen Erkenntnisgrundlagen genauso wie die etablierte Medizin auf denjenigen der Naturwissenschaft [5]. Rüeggs Aufsatz kämpft nicht gegen diese Anthroposophie als Geisteswissenschaft, sondern gegen ein Zerrbild derselben, das er sich mittels Entstellungen, Halb- und Unwahrheiten zuerst selbst zurechtgeschustert hat. Gegen ein derart konstruiertes Zerrbild lässt sich dann allerdings ohne viel Scharf- und Tiefsinn bequem zu Felde ziehen.

Dr. med. Jürg Lehmann, Basel

1 Rüegg M. Grenzen aus philosophischer Sicht. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(22):826–9.
2 Zit.n. Peter Selg: «Die geistige Dimension des Menschen? Zur Entwicklung der medizinischen Anthropologie im 20. Jahrhundert.» In: Peter Heusser / Peter Selg: Das Leib-Seele-Problem. Arlesheim 2011. S. 42.
3 Immanuel Kant: Kritik der reinen Vernunft. Vorrede zur 2. Auflage. Reclam 1978.
4 Rudolf Steiner: Philosophie und Anthroposophie. Dornach 1984. Oder auch: Methodische Grundlagen der Anthroposophie. Dornach 1989.
5 Peter Heusser: Anthroposophische Medizin und Wissenschaft. Beiträge zu einer integrativen medizinischen Anthropologie. Stuttgart 2011.