

Courrier au BMS

Es folgen fünf Briefe zum Beitrag: Weiss J, Immer F. Organspende in der Schweiz – explizite oder vermutete Zustimmung? Schweiz Ärztezeitung. 2018;99(5):137–9

Zur Hirntod-Debatte: Die Grenzen der Wissenschaft

Bevor wir über die Widerspruchslösung diskutieren, sollten wir meines Erachtens zuerst nochmals grundsätzlich die Legitimation der Transplantationsmedizin beurteilen, denn neueste wissenschaftliche Arbeiten kommen zum naheliegenden Schluss, dass beim Tod des Menschen seine Person und sein Körper stirbt [1]. Das hat weitreichende Konsequenzen für die Transplantationsmedizin, weil somit hirntote Menschen, bei denen ja nur das Hirn, nicht aber der übrige Körper tot ist, nicht mehr tote, sondern sterbende Menschen sind. Ob bei sterbenden Menschen Organe entnommen werden sollen, muss neu beurteilt werden.

Es gibt aber meines Erachtens noch weitere Gründe für eine Neubeurteilung:

Ist die Annahme der Befürworter des Hirntodkonzeptes gerechtfertigt, dass ein hirntoter Mensch nichts mehr wahrnimmt, wenn ihm lebende Organe aus seinem lebenden Körper entnommen werden, und dass das Sterben des restlichen Körpers für hirntote Menschen keine Bedeutung hat?

1. Was, wenn sich die Medizin irrt?

Die Medizin hat sich in der Vergangenheit immer wieder geirrt. So wurden noch bis vor nicht allzu langer Zeit bei männlichen Neugeborenen Beschneidungen ohne Narkose durchgeführt, weil die Medizin zu wissen glaubte, Säuglinge hätten noch keine Schmerzempfindung.

2. Ein mehrzeitiger Tod ist widernatürlich und schadet Sterbenden mit hoher Wahrscheinlichkeit

Gespendete Organe müssen zum Zeitpunkt der Entnahme noch lebendig sein. Die Lebensenergie in den gespendeten Organen ist somit immer die Lebensenergie der Spender, auch während der ganzen Lebenszeit im Körper der Empfänger. Die entnommenen Organe sterben also nicht zusammen mit dem Hirn und dem Rest des Körpers der Spender, sondern sie überleben und sterben erst nach Monaten und Jahren im Körper der Empfänger. Der Körper von Spendern stirbt somit einen mehrzeitigen Tod.

3. Wann verlässt die Seele, so es denn eine gibt, den Körper?

Sterben ist ein längerer Prozess. Die empfindlichsten Zellen des Körpers, die Nervenzellen im Gehirn, sind bereits fünf Minuten nach Herzstillstand tot, die Hornhaut des Auges kann noch nach drei Tagen transplantiert und Zellen bestimmter Gewebe können noch nach einer Woche in Zellkulturen vermehrt werden. Wann verlässt die Seele den Körper? Beim Herzstillstand, beim Hirntod oder erst nach einer Woche?

4. Unser Wissen über Hirntote ist unvollständig
Hirntote Menschen regulieren die Körpertemperatur, bekämpfen Infektionen und heilen Wunden, hirntote Kinder wachsen und kommen in die Pubertät und schwangere hirntote Frauen können gesunde Kinder zur Welt bringen. Der Körper kann offenbar auch ohne Gehirn viele Funktionen aufrechterhalten. Können wir annehmen, dass all dieses Leben für hirntote Menschen bedeutungslos ist?

5. Was wird die Forschung Neues bringen?

Denkbar wäre, dass es so etwas wie ein «Zellgedächtnis» gibt. Die Körperpsychotherapie, eine anerkannte, krankenkassenzulässige Therapieform, geht davon aus, dass im Körper emotionale Informationen aus der Kindheit gespeichert sind. Wenn also Erinnerungen auch im Körper gespeichert sein sollten, würde dies bedeuten, dass auch im Körper eine Form von Bewusstsein existiert, dass Spender Organverpflanzungen somit miterleben und dass Empfänger Erinnerungen der Spender mittransplantiert bekommen. Dazu gibt es in der Literatur Hinweise, die aber durch weitere Forschung bestätigt werden müssen.

6. Auch für die Philosophie hat der Körper Bedeutung

Die Philosophin Barbara Bleisch bemerkte in Sternstunde Philosophie (SRF 31.12.2017) in einem Gespräch über Unsterblichkeit: «... dass Lüscher die Art von Unsterblichkeit im Kopf hat, wo man sein Hirn quasi hinauflädt auf einen Chip und dann in einem neuen Körper weiterlebt. Und das finde ich schon alleine deshalb absurd, weil es so eine starke Leib-Seele-Dichotomie macht, als wäre ich nicht auch mein Körper.» Für Barbara Bleisch ist klar, dass wir auch unser Körper sind.

Fazit: Wir wissen nicht, was Sterbende erleben, ob ein mehrzeitiger Tod Sterbenden schadet, wann genau die Seele, so es denn eine gibt, den Körper verlässt und ob es kein Zellgedächtnis gibt.

Sollten aber Organtransplantationen Sterbenden schaden, wäre das eine unglaubliche Tragödie.

Müssten wir nicht angesichts so viel Nichtwissens den alten ärztlichen Behandlungsgrundsatz des *Primum nil nocere* (in erster Linie nicht schaden) beherzigen und auf die Entnahmen von Organen während des Sterbeprozesses verzichten?

«Wenn der Atem aussetzt und der Arzt bestätigt es: sind Sie sicher, dass man in diesem Augenblick keine Träume mehr hat?» (Max Frisch, «Fragebogen» XI, Suhrkamp).

Dr. med. Alex Frei, Winterthur

Literatur

- 1 Kersting, D. Tod des Körpers oder Tod der Person? Ethik Med (2017) 29: 217.

Die Bereitschaft zur Organspende

Verfolgt man die öffentliche Debatte zur Organtransplantation in der Schweiz, wird eine niedrige Spenderate und die Ungewissheit der Zustimmung beklagt. Die Schwierigkeit der Identifikation eines potentiellen Organspenders, wenn der Wille dazu nicht mehr geäußert werden kann, nicht vorgängig dokumentiert vorliegt und auch den nächsten Angehörigen nicht bekannt ist, wird dafür verantwortlich gemacht. Mit dem Vorschlag einer erweiterten vermuteten Zustimmung in Kombination mit einem Register für Personen, die ihre Organe nicht spenden möchten, erhofft sich Swisstransplant, das Ausmass an Organen zur Transplantation zu erhöhen. Absehbar bleibt jedoch, dass bei Spendeunwilligen der Eintrag in ein entsprechendes Register keinen Anklang finden wird. Es könnte ja damit ein Nachteil verbunden sein und sich die Frage auf den eigenen Anspruch auf ein Organ im Bedarfsfall stellen. Ist der potentielle Organempfänger moralisch nicht verpflichtet, auch ein potentieller Spender zu sein? Diese Einsicht sollte die Bereitschaft zur Organspende begründen.

Dr. med. Marco Casanova, Göttingen

Wichtige Fragen sind ungeklärt

Die Stossrichtung des Artikels der Lobbyorganisation Swisstransplant ist aus deren Sicht nachvollziehbar, darf aber nicht unwidersprochen bleiben. Eine Aufweichung der momentan gesetzlich geltenden Regelung der «expliziten Zustimmung» gilt es meiner Meinung nach mit allen Mitteln zu verhinder-

dern, solange wichtige Fragen rund um den Zeitpunkt des Todesintritts einerseits und andererseits die Folgen einer Transplantation sowohl für den Sterbenden wie für den Empfänger nicht restlos geklärt sind. Organisationen wie Swisstransplant, welche die Organtransplantation propagieren, geben sich so, wie wenn all diese Fragen wissenschaftlich längst klar wären, was ich sehr bezweifle. Weder wissen wir wirklich, was wir einem Sterbenden antun, wenn wir den natürlichen Sterbeprozess durch die Explantation massiv stören, noch können wir abschätzen, inwieweit der Sterbende durch das Überleben einzelner seiner Organe im Körper eines Empfängers, daran gehindert wird, in seinem Sterbeprozess weiter zu gehen Richtung geistige Welt. Zuletzt bleibt auch die Frage offen, inwieweit der Empfänger geistig-seelisch durch das ihm eingepflanzte Organ verändert und beeinflusst wird, worauf in der Literatur durchaus Hinweise existieren – Forschung in diese Richtung, aber von unvoreingenommenen Wissenschaftlern ohne Interessenskonflikte, wäre notwendig!

Leider ist eine öffentliche Diskussion über diese Themen nie wirklich geführt worden und macht es mir auch den Anschein, wie wenn kritische Stimmen von den entsprechenden Lobbyorganisationen und Ärzten am liebsten gar nicht zur Kenntnis genommen werden.

Dr. med. Alexander Erlach, Winterthur

Organspende in der Schweiz – sterbend oder schon verstorben?

Die Swisstransplant moniert eine niedrige effektive (Organ-)Spenderate in einer «grundsätzlich hervorragenden Gesundheitsversorgung» (der Schweiz). Nur schon hier scheint es mir fraglich, ob diese beiden Tatsachen überhaupt miteinander zusammenhängen. Mit deshalb aber soll von der «expliziten» auf die «vermutete Zustimmung» zur Organspende übergegangen werden. Die Menschen und potentiellen Organspender werden also nicht mehr gefragt, ob sie damit einverstanden sind und ebenso die Angehörigen nicht mehr. Eine «offene Gesprächskultur», wie sie in der gleichen Ausgabe der SÄZ im Artikel von Kunz und Rügger [1] gefordert wird, wird wegargumentiert. Gleichzeitig findet so ein Paradigmenwechsel in der (medizinischen) Welt des «informed consent» statt. Hirntote Menschen sind, und darüber herrscht wohl Einigkeit, sterbend. Dass sie aber, wie mantraartig wiederholt wird, «verstorben» oder «postmortal» sein sollen, ist in meiner Wahrnehmung eine Verdrehung von Worten und Tat-

sachen. Die Organspender versterben letztlich – und dies im wahrsten Sinne des Wortes unwiderruflich – an der Organentnahme.

Viele Menschen spüren wohl intuitiv die vielen Ungereimtheiten, die der Organspende anhaften und von den Organspendebefürwortern verbreitet werden. Und darum werden auch weiterhin alle Bemühungen von «Swisstransplant und Partnern» ins Leere laufen ... und dies scheint mir logisch und stimmig zu sein.

Dr. med. Urs Aemissegger, Winterthur

- 1 Kunz R, Rügger H. Selbstbestimmtes Sterben als Herausforderung an die Medizin. Schweiz Ärztezeitung. 2018;99(5):156–8.

Warum vermutete Zustimmung ein No-Go ist:

Der freie Wille eines Menschen in einer so wichtigen Angelegenheit wird nicht mehr respektiert. Wir haben das Recht, uns zu einer Angelegenheit nicht zu äussern, von der wir zu wenig wissen oder die uns nicht behagt, ohne dass es Konsequenzen hat. Wir haben ein Recht auf unsern Körper, der gehört uns ganz privat. Eine Organtransplantation darf nur erfolgen, wenn Spender und Empfänger explizit einverstanden sind. Warum? Ich erzähle ihnen ein Beispiel vom niederländischen Pastor Hans Stolp, der jahrelang Sterbegleitung machte:

Zack Dunlop erleidet 2007 einen schweren Unfall. Nach der Annahme in der Klinik wird er von Ärzten für hirntot erklärt. Seine Eltern sind mit einer Organspende einverstanden. Und dann geschieht etwas Unglaubliches: einige Minuten bevor die Operation beginnen soll, fährt ein Verwandter von Zack mit einer Messerklinge über dessen Fusssohle. Zu seiner blanken Überraschung zieht Zack seinen Fuss zurück. Als der Mann darauf heftig an dessen Fingernägeln zieht, reagiert Zack auch hierauf und bewegt sogar seine andere Hand, um diesen Schmerz abzuwehren. Die Vorbereitungen werden umgehend eingestellt. Zack «kehrt zurück vom Tod» und kommt langsam wieder zu Bewusstsein. Das Erste, was er seiner Familie sagt, als er wieder völlig bei Bewusstsein ist, sind die drei Worte «Ich liebe Euch». Auch Zack erzählt, dass er alles gehört habe, was die Ärzte gesagt, also auch, dass sie ihn für tot erklärt hatten. Er sagte: «Ich war fuchsteufelswild, denn ich war nicht tot, doch mein Körper machte es mir unmöglich, mich zu regen. Wäre ich imstande gewesen, zu tun was ich wollte, so wären die Fensterscheiben geplatzt».

Da sehn wir schon das erste Problem: Die Diagnose hirntot. Tot ist ein Mensch erst, wenn

sein Herz nicht mehr schlägt und er kalt ist. Das zweite Problem: Es gibt viele Menschen, die haben eine Scheu, sich zu diesem Thema zu äussern, das ist auch in andern Ländern so. Die Menschen sind ja im Allgemeinen hilfsbereit. Aber viele spüren intuitiv, dass da viele Fragen noch nicht geklärt sind. Gibt es ein Leben nach dem Tod? Hat die Organspende eine Auswirkung auf den Verstorbenen? Man kann diese Fragen ein Leben lang wegschieben. Aber es ist auch unser Recht, davon nichts wissen zu wollen.

Wir können die Welt jedoch nur auf dem Hintergrund unserer Erfahrungen und unseres Wissens beurteilen und verstehen. Selbst Albert Einstein wollte die Konsequenzen der Quantenphysik nicht sehen, die Heisenberg beschäftigten, auch das Phänomen der Verschränkung, das besagt, dass Teilchen, die einmal in einem System verbunden waren, nicht unabhängig sind, auch wenn sie kilometerweit auseinander sind. Man spricht hier von Nichtlokalität, also wenn z.B. das Spin eines Teilchens geändert wird, geschieht die genau gleiche Änderung augenblicklich auch beim verschränkten Teilchen weit weg. Jetzt ist dies aber bewiesen. Doch wenn etwas nicht in unser Weltbild passt, wollen wir es nicht glauben, das ist leider menschlich. Es gibt aber heute interessante Forschungen, die zeigen, wie die Nichtlokalität und Verschränkung sich auswirken.

1990 untersuchten amerikanische Forscher, ob menschliche Gefühle eine Wirkung auf unsere Zellen hätten. (Das wissen wir aus der Psychosomatik schon längst, aber es ist natürlich interessant, das klar zu beweisen). Sie wollten auch wissen, ob diese Auswirkung auch an der DNS sichtbar sei, auch wenn diese Zellen nicht mehr Bestandteil unseres Körpers sind. (Von diesem Experiment sprach auch Bruce H. Lipton in seinem Buch: *Intelligente Zellen.*)

Den Versuchspersonen wurden Gewebeproben und DNS entnommen, und in einem andern Raum, später 500 km weiter weg untergebracht und beobachtet. Die Testpersonen wurden wechselnden Gefühlen ausgesetzt, in dem man ihnen z.B. brutale Kriegsszenen oder erotische Videos etc. zeigte. Ergebnis: Wenn der Zellspender eine emotionale Erfahrung machte, änderte sich der Zellverband, auch wenn sich die Zellprobe nicht mehr in seinem Körper befand. Die DNS der Zellen reagierte so prompt, als wäre sie noch im Körper des Spenders.

Wenn wir aus Liebe ein Organ spenden, müssen wir auch einverstanden sein mit den möglichen Konsequenzen. Es gibt Leute die dann sagen, ja aber das kann doch nicht sein, dass man dann erdgebunden bleibt bis das Organ im Empfänger auch nicht mehr lebt, das wäre ja eine Strafe.

Der Schöpfer kann aber nicht seine Gesetze ändern, nur weil wir sie noch nicht verstehen oder uns auch nicht bemühen sie zu verstehen und lieber die Augen zumachen als zu sehen, wie alles verbunden ist. Nichts ist eine Strafe, alles sind wichtige Erfahrungen die wir machen, um daraus zu lernen. Wir haben den freien Willen und der muss respektiert bleiben.

Unser Körper ist keine Maschine und kein Ersatzteillager. Wenn jemand einem Familienmitglied z.B. eine Niere aus Liebe spendet, ist das sicher schön, muss aber ohne Druck geschehen. Jeder fremde Spender muss ausdrücklich und freiwillig einwilligen, denn die Folgen sind nicht genau absehbar. Es ist möglich, dass es eine seelische Verstrickung gibt. Der Körper ist auch nicht so geschaffen, um fremde Organe anzunehmen, er will die abstossen. Wir Menschen sind bio-psycho-soziale Wesen.

Dr. med. Hedi Meierhans, Maseltranzen

Lisez également l'interview de Franz Immer, directeur de Swisstransplant, au sujet du «modèle de l'opposition» sous la rubrique en ligne «Tour d'horizon»: www.bullmed.ch → Tour d'horizon

Le corps médical est-il vraiment ce que l'on en dit?

Lettre concernant: Meyer B, Jans C, Golder L. Le corps médical est ouvert à de nouveaux modèles de financement. Bull Méd Suisses. 2018;99(3):45-8.

L'argumentaire se base a priori pour la médecine libérale ambulatoire sur l'interrogatoire de 295 médecins seulement sur plus de 30 000 médecins cotisant auprès de la FMH! Donc, sur moins de 1% d'entre eux! Quelle est donc la pertinence de l'affirmation ci-dessus interrogeant moins de 1% des intéressés qui pourtant, eux, représentent plus de 50% des médecins?

En effet, après un rapide calcul, il s'avère que sur ces 1%, il y a 42% a priori contre, 38% d'indécis et en fait seulement 32% pour (la somme de ces chiffres curieusement fait un total >100!). Et si nous nous basons de plus sur les statistiques médicales de la FMH 2016, plus de 50% des médecins en exercice pratiquent en ambulatoire, dont plus de 50% en cabinet individuel (dont près de la moitié des femmes, soit 46,3%).

Alors? Une volonté d'information pertinente? Ou une publicité trompeuse pour une étatisation indirecte de la médecine ambulatoire suisse? Car en effet, rappelons encore que le sujet de l'article est le financement uniforme des secteurs ambulatoire et hospitalier. Par ailleurs, plusieurs notions en chiffres sont ex-

plicitées au moins à quatre reprises dans cet article sans que l'on puisse juger de leur pertinence vu l'absence de chiffres totaux permettant de s'y rapporter.

Gageons que faits et affirmations font tourner la planète, mais que sur cette dernière, plus de 50% des médecins de certains cantons sont actuellement en «burnout». Il convient donc de toute urgence à ce que la FMH engage, elle, de gros et de justes moyens afin d'aider de façon juste et correcte les médecins cotisant à cette société. En lisant l'extrait suivant: «un glissement des compétences de décision vers des structures et des professionnels de la santé meilleur marché mais tout aussi compétents est déterminant» (article pages 56 à 59 du même numéro), on peut pour l'instant être en droit d'en douter. On ne doit pas parler de la même définition «pertinente» de la compétence. Espérons que nos politiciens s'y retrouvent!

Dr Fabienne Gay-Crosier, Carouge, Genève

Réplique

Madame,

Sur mandat de la FMH, l'institut de recherche gfs.bern mène chaque année depuis 2011 une enquête représentative auprès du corps médical afin de détecter suffisamment tôt les éventuelles évolutions négatives. Pour cette septième enquête réalisée entre juin et août 2017, 1471 médecins ont été sélectionnés au hasard dans la banque de données des médecins de la FMH. Il s'agit de 974 médecins hospitaliers en soins somatiques aigus, 127 médecins en établissements psychiatriques et 75 médecins en cliniques de réadaptation, auxquels s'ajoutent 295 médecins du secteur ambulatoire. Avec un tel nombre, il faut s'attendre à un intervalle de confiance plus élevé ($\pm 5,8\%$) dans le domaine ambulatoire, mais cela reste suffisant pour tirer des conclusions statistiques quant à l'ensemble des médecins exerçant dans ce secteur. Le choix du nombre de médecins interrogés dans le secteur ambulatoire est donc délibérément plus bas que pour le secteur somatique aigu. L'intervalle de confiance de $\pm 3,2\%$ pour les établissements de soins somatiques aigus est dû au fait que des indicateurs supplémentaires plus précis entrent en ligne de compte (par ex. le nombre de minutes).

A la question «Quel système de financement préférez-vous à l'avenir?», une erreur s'est effectivement glissée dans le taux de réponse reporté «Ne sait pas/pas d'indication» et nous vous remercions de nous l'avoir signalée. Ce taux a été corrigé dans le rapport final qui peut être consulté sur le site Internet de la FMH (www.fmh.ch) → Tarifs hospitaliers → Recherche concomitante → Evolution des condi-

tions-cadres pour les médecins). Toutes les autres valeurs du graphique sont correctes. La conclusion selon laquelle le financement uniforme bénéficie de l'approbation la plus forte à la fois chez les médecins qui exercent dans le secteur ambulatoire, en soins somatiques aigus, en psychiatrie et en réadaptation reste donc d'actualité.

Lukas Golder, coresponsable gfs.bern

Don't trust me anymore, I'm a doctor

Stellungnahme zu den Regeln des Fortbildungsnachweises durch das SIWF (Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung); Editorial von: Bauer W, Hänggeli C. Trust me, I'm a doctor. Schweiz Ärztezeitung. 2018;99(5):129.

Der Fall des mit gefälschtem Diplom agierenden Sportarztes, der kürzlich durch die Medien publik gemacht wurde, war seit Jahren bekannt. Aus Nachsicht habe man auf eine Strafanzeige seitens der Berner Sportklinik, wo die Berufstätigkeit ausgeübt worden war, verzichtet. Auch ausserhalb der Sportmedizin kursierten Vorwürfe, die nicht hätten ignoriert werden dürfen.

Als ich mein Medizinstudium abgeschlossen habe, haben noch ethische Prinzipien gegolten, die letztlich auf dem Eid des Hippokrates beruhten, auch wenn zu jener Zeit niemand mehr diesen Eid geschworen hatte.

Insbesondere war auch damals unabdingbar, sich ständig medizinisch fortzubilden. Ich glaube, dass die Mehrzahl meiner Generation dieser Obliegenheit mit mehr oder weniger Eifer nachgekommen ist.

Im Grossen und Ganzen ist das gut gegangen, auch ohne Dokumentationszwang. Heute ist es anders! Die Ärzte haben, teils selbstverschuldet, teils im Zuge des Regulierungswahns, in allen gesellschaftlichen Bereichen die von der Politik noch nicht eingeforderte Fortbildungsdokumentation selbst erschaffen. Heute nennt man es proaktives Handeln, zu Zeiten des braven Soldaten Schwejlik nannte man es vorausseilenden Gehorsam.

Nun, wo liegt eigentlich das Problem?

Ganz richtig, die Vertrauensbasis, auf der jede Arzt-Patient-Beziehung beruht, ist zunehmend in Frage gestellt und bröckelt. Wohlverstanden nicht unbedingt in dem von uns erfahrenen Praxisalltag, aber auf jeden Fall auf medialer Ebene. In einem Leserbrief der Präsidentin der Schweizerischen Stiftung Patientenschutz in der NZZ vom 6.2.2018 unter dem Titel «Ärzte müssen Patienten einbeziehen» wird gefordert, Compliance sei durch Adhärenz zu ersetzen, was so viel bedeutet wie Erarbeitung gemeinsamer Therapieziele anstelle von Überprüfung der Therapietreue.

Wie geht das genau? Also wir, die Ärzte, erbringen den permanenten Fortbildungsnach-

weis, der erforderlich ist, um unseren Patienten immer die bestmögliche Medizin auf dem aktuellen Stand des Irrtums anzubieten. Und diese sollen nun auf Augenhöhe, ohne ihrerseits über die notwendigen Kenntnisse zu verfügen, mitreden können, welche medizinischen Massnahmen und Behandlungen erforderlich sind. Wären diese Forderungen nicht alle ernst gemeint, man wähte sich in einem Kabinett gesammelter Absurditäten.

Was bringt der dokumentierte Nachweis der geleisteten Fortbildungspflicht?

Ich sehe in den Hörsälen kopfüber eingeknickte Kollegen, solche, die gerade während des Referates ihre Börsenaufträge erteilen. All diese und all die anderen, die im entscheidenden Augenblick der Übergabe höchstpersönlich anwesend sind oder Kollegen dafür delegiert haben, erhalten also die Credits. Ob sie etwas von der Fortbildung gespeichert haben oder nicht, spielt keine Rolle. Das ist so nachhaltig wie der vierteljährliche, kostenpflichtige Ringversuch des Praxislabors. Ende Jahr folgt eine Teilnahmebestätigung! Die Messergebnisse interessieren kaum.

Wer an Medizin, seinem Fachgebiet interessiert ist, wird sich auch ohne Zwang fortbilden. Wer sich im Glauben wähnt, dokumentierte Fortbildung habe etwas mit Wissensfortschritt des Dokumentierenden zu tun, der obliegt einem Irrtum. Aber heute zählen eben Verpackung und fortwährende Generierung neuer, immer kostenpflichtiger Papiertiger.

Wer mich kennt, weiss, dass ich ein vehementer Befürworter einer guten permanenten Fortbildung bin. Ebenso entschieden wehre ich mich gegen die überbordende Bürokratisierung unseres Berufes. Ich komme zum Schluss, dass das geforderte Arztbild eines gescheiterten, gut gebildeten, immer auf dem neuesten Wissensstand agierenden Arztes, der gleichzeitig ein guter Manager, ein fähiger Arbeitgeber, ein empathischer Philanthrop und ein allen digitalen Herausforderungen gewachsener verhinderteter Programmierer sein sollte, eine Chimäre ist. Dies im Wissen aller darum, dass hier an allen Ecken und Enden Berater vonnöten sind, die noch einen Teil des Restes des verbliebenen Einkommens für sich abzwacken.

Vermutlich ist es Dr. med. Werner Bauer zu verdanken, dass es nicht weit schlimmer herausgekommen ist mit den Zutaten zur Fortbildungspflicht. Aber ich wünschte mir, dass alle involvierten Kreise einmal innehalten und überlegen, ob diese Reise in die richtige Richtung geht.

Dr. med. Daniel Schlossberg, Zürich

Ein kantonales ambulantes Budget – darum nicht!

Brief zu: Eggli Y. Ein kantonales ambulantes Budget – warum nicht? Schweiz Ärztezeitung. 2018;99(4):113–115.

Sehr geehrter Herr Kollege Eggli

In der SÄZ Nr. 4 vom 24.1.2018 stellten Sie die Frage: «Ambulantes Budget – warum nicht?» Ich möchte Ihnen gerne einige Antworten auf Ihre Frage geben:

Meiner Meinung nach wäre die Einführung eines ambulanten Globalbudgets, wie von Ihnen und Ihrer Expertengruppe vorgeschlagen, der Sündenfall für die freie niedergelassene Arztpraxis und der Todesstoss für die von der OECD im Ländervergleich oft gelobte hervorragende ambulante medizinische Versorgung der Bevölkerung in der Schweiz.

Bereits die bisherigen «festen» Taxpunktwerte unterscheiden sich massiv interkantonal. Der ursprüngliche Punktwert im «alten TARMED» war auf 1 CHF kalkuliert, wurde jedoch nie erreicht und wurde auch nie an die steigenden Kosten der Praxen nach oben angepasst. Demnach verzichtet die Ärzteschaft ohnehin seit vielen Jahren auf einen Teil ihres Einkommens – zum Wohl der Allgemeinheit.

Wie die jahrelange Erfahrung mit dem ambulanten Globalbudget aus Deutschland lehren könnte, führt das ambulante Budget sehr rasch zu sinkenden Punktwerten. Das Morbiditätsrisiko würde von den Krankenversicherungen (nur dort gehört es hin!) zu den Leistungserbringern verlagert. Sinkende Punktwerte könnten von den Leistungserbringern nur durch erhöhte Arbeitsverdichtung (und damit unausweichlich einen Hamsterradeneffekt) vorübergehend ausgeglichen werden, und der inflationäre Punktwerteverfall beschleunigte sich. Also müssten sehr bald nach Einführung die globalen Budgets auf die praxisindividuellen Budgets übertragen werden.

Leidtragende dieser Entwicklung wären dann gleichermassen niedergelassene Ärzte und Patienten, da stille Leistungsrationierungen Einzug halten würden und die berechnete Unzufriedenheit bei beiden Gruppen kontinuierlich anwachsen würde. Persönliche Zuwendung? Vergangenheit! «Aufwendige Patienten» kann sich eine betriebswirtschaftlich geführte Praxis nicht mehr leisten: Patientenselektion? Versorgungsverschlechterung! Übrigens würde die beschriebene Entwicklung in der Schweiz sehr viel schneller und intensiver ablaufen als zuvor in Deutschland. Hier gibt es keine ambulante Privatversicherten, die Verluste bei «Kassenpatienten» kompensieren könnten.

Ihr Argument, unter DRG-Bedingungen habe kein Spital seine Versorgung verschlechtert, ist fadenscheinig: Die Spitäler haben ja gerade ihre Verluste bei den DRG-Vergütungen durch ihre massive Ausdehnung der ambulanten Tätigkeiten aufgefangen und damit den am-

bulanten Kostenschub substantiell verursacht! Die Spitäler betreiben heute eine weiter wachsende Zahl an Spezialambulanzen, die gegenüber der praxisambulanten Patientenversorgung viel höhere Kosten verursachen. Ganz nebenbei sanieren die Kantone ihre Haushalte durch die Verlagerung stationär nach ambulant auf dem Rücken der Prämienzahler gerade mit.

Die Tarifautonomie zu beerdigen und die Kantone zum Hüter der ambulanten Budgets zu machen wäre zweifelsohne ein Akt der Verstaatlichung – trotz Ihrer anderslautenden Beteuerungen!

Ob die wahlberechtigte Bevölkerung das absegnen wird, bleibt gespannt abzuwarten.

Dr. med. Martin Dieudonné, St. Gallen

Médecin: assumer son rôle

Plutôt que se camoufler derrière les lois, les dogmes ou Hippocrate.

Lettre à propos de: Stalder H. Assistance au suicide: quel rôle pour le médecin? Bull Méd Suisses. 2018;99(6):194

L'excellent article du Prof. Hans Stalder dans le BMS du 7 février mérite approfondissement et ouvre la voie à une vraie discussion entre médecins sur la définition d'une attitude professionnelle et humaniste face à la demande d'aide en fin de vie. Comme chirurgien retraité, ancien président de la Société vaudoise de médecine et membre du comité Exit Suisse romande, je désire remercier le Dr Stalder pour son approche nuancée, tolérante, soucieuse de mieux aider le malade. Ce dernier doit en effet être à la fois respecté dans sa liberté de décision et son choix de fin de vie, sa souffrance et sa demande analysées sans préjugé, l'avis de ses proches et l'harmonie de la famille survivante sauvegardés.

«Une nouvelle tâche qui n'est pas de la compétence d'autres acteurs sociaux.»

C'est bien là où les médecins doivent réellement assumer leur rôle ou dégager leur responsabilité si la volonté du patient est en contradiction absolue avec leur credo ou position devant la mort. Récemment, dans l'hôpital universitaire vaudois, c'est la nièce d'une personne demandant un accompagnement en fin de vie qui doit montrer le texte de la loi cantonale au médecin responsable qui s'oppose à ce que le suicide ait lieu dans son département. Contrairement à la loi.

Où Hans Stalder a cent fois raison, c'est lorsqu'il demande instamment que «ce sujet sensible soit approfondi par l'éthique avant d'être discuté par des parlementaires». Les chiffres de la croissance importante des inscriptions à Exit et celle des aides en fin de vie révèlent un changement profond de l'opinion publique devant

la souffrance et les douleurs qui précèdent une mort que les médecins annoncent tout en refusant d'aider à mourir. Personnellement, je comprends bien cette attitude médicale, mais c'est votre patientèle qui ne la comprend pas! Et le risque d'une réglementation existe qui pourrait ignorer et la volonté du malade, et celle du médecin de proximité.

Les morts par insuffisance respiratoire ou cardiaque terminales, cancers généralisés, maladies dégénératives du système nerveux, polyarthroses invalidant le vieillard et accompagnées de cécité, surdité, et insuffisances sphinctériennes multiples ne sont plus acceptées de la même manière en 2018 qu'autrefois. Tout en tenant compte de l'évolution de l'opinion, il est possible de préserver à la fois un idéal hippocratique centré sur l'aide jusqu'au bout de la vie, et la volonté de la personne d'en finir rapidement avec des souffrances qui ne mènent nulle part. Les médecins ne doivent pas laisser para-m dics, administratifs, religieux ou politiciens en décider à sa place: le respect essentiel de la personne malade doit être assuré par lui (ou elle), c'est son rôle. Il ne faut surtout pas que les divergences, prévisibles entre nous sur un tel sujet, conduisent à l'inaction ou au silence de toute une profession. Si nous n'assumons pas ce rôle, à mon humble avis, nous ne sommes plus de vrais médecins.

Dr Francis Th voz

TARCO: dernière possibilité d'éviter les aberrations de la deuxième révision tarifaire du Conseil fédéral

Chers Collègues médecins de premier recours, Maintenant que la deuxième révision tarifaire du Conseil fédéral est en vigueur depuis quelques semaines, les moins informés d'entre nous réalisent enfin les effets des limitations du temps de consultation, de visites, de téléphones et de prestations en l'absence du patient, que les politiciens et assureurs ont réussi à imposer, constituant une atteinte grave à notre liberté de pratique, en nous enlevant le pouvoir d'accorder tout le temps et l'attention nécessaires à certaines situations particulières. Les plus informés ou les plus expéditifs essaient de trouver des solutions pour «faire avec» et, ce faisant, deviennent immédiatement suspects aux yeux des médias, et les plus scrupuleux donnent de leur temps gratuitement... en fait chacun de nous devra «faire avec», donner du temps gratuit ou ne traiter qu'un, voire deux problèmes à la fois et faire revenir les gens.

Les patients commencent à se rendre compte des risques et de l'inconfort que génèrent les limites imposées et commencent déjà à manifester leur mécontentement de ne pas avoir été informés correctement. Les médias commencent seulement à s'en émouvoir. C'est bien tard! Nous en sommes responsables. C'est pré-

cisément ce qui aurait d  nous motiver à manifester notre désapprobation tous azimuts, y compris sur la Place fédérale comme j'en faisais la suggestion, en vain, dans le BMS du 20 septembre 2017 [1], dans l'espoir d'alerter les médias avant que M. Berset ne présente son projet final.

Les responsables des diverses associations de médecine de premier recours ont décidé qu'il était inutile ou dangereux d'élever la voix contre cette révision, certainement bridés en cela par les adaptations tarifaires du Conseil fédéral en faveur de la médecine de premier recours ces dernières années, y compris dans cette deuxième révision. Ils ont considéré que ces limitations n'étaient pas importantes pour eux, sans considérer qu'elles pouvaient l'être pour les patients, sans prendre garde au fait que c'est une atteinte au fondement même de notre pratique. Dans un journal télévisé de la RTS il y a quelques semaines, une patiente exprimait avec beaucoup de clairvoyance que le médecin devrait pouvoir décider librement, sans restriction, du temps nécessaire à accorder à des situations particulières.

Gageons que les assureurs, même s'ils ne sont finalement eux-mêmes pas convaincus du tout du potentiel d'économie de telles mesures, feront pression pour imposer ces mêmes limites au cours des négociations qui vont avoir lieu tout prochainement dans le cadre de la révision TARCO. J'espère que cette

Sujet d'actualité en ligne –

www.bullmed.ch/fr/tour-dhorizon



Interview de Franz Immer, directeur de Swisstransplant

«Un registre est source de clarté et de sécurité.»

Pourquoi il est désormais temps, en Suisse aussi, de réfléchir à l'introduction du modèle de l'opposition au sujet des dons d'organes.



Le corps médical est ouvert à de nouveaux modèles de finance

Etude représentative sur mandat de la FMH.

fois-ci la FMH, avec l'appui des diverses sociétés de médecine de premier recours, saisira cette ultime opportunité de combattre fermement toute limitation de ces positions de médecine de base et toutes les nouvelles complications tarifaires arbitraires et inutiles en lien avec l'âge des patients. Il en va de notre crédibilité auprès de la population, du contrôle des contraintes administratives dans des limites acceptables et du maintien d'une saine pratique médicale.

Dr Louis-François Debétaz, Lausanne

Référence

- 1 Debétaz LF. Révision du Tarmed: allons en masse sur la place fédérale, et vite! Bull Méd Suisses. 2017;98(38):1218.

Zwei Tabletten in den Morgenkaffee

Brief zu: Karikatur von Oswald Huber in Schweiz Ärztezeitung. 2018;99(6).

Als ich diese Zeichnung sah, erinnerte ich mich an, sagen wir mal Rolf (Name geändert), einen dicklichen, brav aussehenden Sechst-

klässler in einem, wie es damals noch hiess, Landerziehungsheim in meinem Praxisgebiet im sogenannten Säuliamt im Kanton Zürich. Er musste von Zeit zu Zeit zu mir als Heimarzt für eine Blutkontrolle kommen. Und so erschien Rolf also wieder einmal und ging ins Labor, wo Blut genommen werden sollte. Der Stuhl dafür war gleich neben dem offenen Regal der Selbstdispensationsapotheke. Die Arztgehilfin (heute MPA) musste ihn mal allein lassen. Er sass ganz allein neben den Medikamenten. Das Blut wurde entnommen und Rolf ging wieder. Nach ein, zwei Tagen kam der Heimleiter etwas entgeistert vorbei, er habe da eigenartige Fälle: Einige Knaben würden tagsüber unmotiviert einschlafen oder seien sonst einfach müde und schwer ansprechbar. Ich hatte auch keine sofortige Lösung, doch nach einigen Tagen kamen Schlaf-tabletten, Rohypnol, zum Vorschein. Der Heimleiter hatte Erfahrung in Detektivarbeit, und schliesslich war es ganz einfach: Rolf sass vor der Blutentnahme neben dem offenen Regal mit Medikamenten, und oben lagen Rohypnoltablettenpackungen. Obwohl eher klein, konnte er, allein gelassen, nur kurz aufstehen, den Arm ausstrecken und eine Packung Rohypnol ergreifen. Und mit der Tro-

phäe ging er und «gab ein, zwei Tabletten ins Trinkgefäss» der Kollegen.

Das Rätsel war gelöst. Für mich hiess es, dass auch naiv und brav und bieder wirkende Knaben durchaus fähig sind für «kleinkriminelle» Überraschungen (wenn auch der Arzt etwas naiv und gutgläubig ist).

Dr. med. David Künzler, Hausen am Albis

Lettres de lecteurs

Envoyez vos lettres de lecteur de manière simple et rapide. Sur notre site Internet, vous trouverez un outil spécifique pour le faire. Votre lettre de lecteur pourra ainsi être traitée et publiée rapidement. Vous trouverez toutes les informations sous:

www.bullmed.ch/publier/remettre-un-courrier-des-lecteurs-remettre/