

Briefe an die SÄZ



Science always wins

Kommentar zum Artikel «Klassische Homöopathie» von Frei-Erb et al. [1]

Aberglaube ist ein Regelwissen, welches auf unbelegbaren, der Naturwissenschaft widersprechenden Kausalitäten basiert [2]. Die Behauptungen von Frei-Erb et al. dass «eine Krankheit durch dasjenige Heilmittel geheilt werden kann, welches in seinem Arzneimittelbild dem Erscheinungsbild des Kranken am ähnlichsten ist», entspricht dieser Definition. Frei-Erb et al. sind sich offenbar dieser Sachlage bewusst, denn sie untermauern ihre Behauptungen keineswegs mit Fakten und Zahlen, sondern nur mit schwammigen Allgemeinplätzen.

Im Weiteren brillieren Frei-Erb et al. durch tendenziöse und unwahre Aussagen. Ein eklatantes Beispiel: «Homöopathie basiert [...] auf klinischen Erfahrungen aus erfolgreich behandelten Krankheitsfällen». Die Realität straft diese Behauptung Lügen, denn die Wirksamkeit homöopathischer Medikamente wurde niemals mittels evidenzbasierter Methoden (z. B. prospektive, rigoros kontrollierte klinische Studien) bewiesen.

Tendenziös ist die Behauptung, dass eine «Querschnittsanalyse [...] um 15,4% tiefere Kosten bei Ärzten mit FA Homöopathie» zeigen würde. Hier werden Kraut und Rüben wahllos gemischt, die – wenn die korrekten Benchmarks eingesetzt werden – in Wahrheit nicht existiert.

Wir Ärzte stehen heute vor riesigen Herausforderungen, welche keineswegs durch arbiträre, nicht verifizierbare Systeme gelöst werden können. Trotz steigendem Kostendruck bietet die evidenzbasierte Medizin nur unbefriedigende Lösungen für die meisten chronischen Erkrankungen des Alters (z. B. M. Alzheimer, M. Parkinson, degenerative Erkrankungen des Bewegungsapparats usw.). Diese Probleme werden durch die demographische Entwicklung in der Zukunft weiter verschärft. Es ist vor diesem schwierigen Hintergrund verständlich, dass selbst gebildete und intelligente Laien der Versuchung erliegen können, Trost im Aberglauben und bei Scharlatanen zu suchen. Die SÄZ – immerhin das offizielle Organ der wichtigsten Ärztevereinigung der Schweiz – tut aber nichts Gutes für ihre eigene Reputation, indem sie

einen solchen Artikel ohne jegliche Hinterfragung seiner Behauptungen publiziert. Allerdings können SÄZ-Leser davon ausgehen, dass die Diskussion um Homöopathie und vergleichbare «magische» Handlungen auf kurz oder lang durch die Fortschritte der Wissenschaft überflüssig gemacht wird. Science always wins – because it works!

Prof. Dr. med. Dr. sc. Dr. med. vet. h.c. Adriano Aguzzi, Zürich
Prof. Dr. med. André Perruchoud, Basel

- 1 Frei-Erb M, von Ammon K, Kramer B, Dietrich C. Klassische Homöopathie – Praxis und Forschung 2012, Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(40):1455–6.
- 2 Vyse SA. Believing in Magic: The Psychology of Superstition. Oxford, England: Oxford University Press; 2000.

Anmerkung der Redaktion:

Gerade weil die SÄZ das offizielle Organ der FMH ist, konnte der genannte Artikel unkommentiert erscheinen. Das Redaktionsstatut der SÄZ räumt Mitgliederorganisationen der FMH das Recht ein, ihre Beiträge in einem eigens dafür vorgesehenen Ressort zu publizieren. Die UNION komplementärmedizinischer Ärztgesellschaften, deren Mitgliedergesellschaften sich im Rahmen einer Serie in der SÄZ vorstellen, ist eine in der Ärztekammer vertretene Organisation. Die FMH vergibt zudem Fähigkeitsausweise für Homöopathie und weitere komplementärmedizinische Methoden. So lange die beträchtliche Anzahl von Kolleginnen und Kollegen, die komplementärmedizinisch tätig sind, unter dem Dach der FMH Platz findet, stehen ihr auch die Seiten der SÄZ offen – unabhängig von der Einstellung der Redaktion zu diesen Methoden



Der Schatz wird nur gehoben, wenn die kantonalen Ärztgesellschaften es wollen

Kommentar zur Stellungnahme von Dr. Beat Gafner [1]

Der Schatz wird nur gehoben, wenn die kantonalen Ärztgesellschaften es wollen, denn sie haben zusammen mit der FMH den PRESANTALEIVER (klingt nach Harry Potter)

genährt, indem sie seit den 90er Jahren keine Tarifpflege (politische Arbeit) geleistet haben, obwohl wir Mitglieder Euch dafür bezahlt haben. Warum?

Wohl aus Angst davor, die Arbeit in der Praxis attraktiver zu machen!

Nun, in einigen Jahren gehen Sie in Pension, finanziell abgesichert, ohne Konkurrenz junger Kollegen (da die TPW tief sind und die Arbeitsbedingungen unattraktiv) bis zum letzten Arbeitstag. Und wenn keine Nachfolger gefunden werden, können Sie immer behaupten, Sie hätten die Politik stets gewarnt.

Dr. med. Luciano Dias, Baar

- 1 Gafner B. Dauerthema Taxpunktwert. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(42):1535.

Replik

Sehr geehrter Herr Dias

Fast hätten Sie einen berühmten Vorfahren, der vor über 900 Jahren kastilische Geschichte schrieb, würden Sie Ihren Namen mit einem «z» beenden. Aber eben, Gott sei Dank hinken unsere persönlichen Biografien denjenigen unserer Vorfahren gemütlich-alltäglich hintendrein!

Ich kenne die Kinderbücher um Harry Potter nicht. Hingegen sind mir von meinem zweiten Beruf als Präsident einer kantonalen Ärztgesellschaft noch andere moderne Drachen bekannt, die sich auf das Feuerspucken und Galle schleudern verstehen. Sie heissen «Die-da-oben-sind-faul», «Ich-wüsste-es-besser» und «Die-verprassen-unsere-Gelder».

Nun, von Ihrem wohlbestallten Elfenbeinturm aus, nach Übernahme einer eingeführten Grundversorgerpraxis, abgesichert durch Tarifverträge Ihrer kantonalen Ärztgesellschaft, lässt es sich bequem Steine werfen! Ihr kantonaler Vorstand hat sich jährlich zweimal in mühsamen Verhandlungen mit den Krankenversicherern um die Kostenfolge aus der Behandlung der freipraktizierenden Ärzteschaft zu kümmern und berücksichtigt seit zwanzig Jahren definierte Kostenfaktoren wie Teuerung, Infrastrukturkosten, Fortschritte in der Medizin, demografische Veränderungen usw. Nachzuhören und zu -lesen an den Mitgliederversammlungen und in Ihrem kantonalen Periodikum. Dies zu ihrem Vorwurf, seit 20 Jahren keine Tarifpflege und politische Arbeit geleistet zu haben. Was die Einkommenssituation

der freipraktizierenden Ärzteschaft betrifft, so verweise ich Sie gerne auf die beiden Studien in der SÄZ Nr 38/2012 [1, 2]). Dort gehen Ihnen die Augen auf.

Wollen Sie wirklich in zäher, unspektakulärer, finanziell und ideell mässig honorierter Kleinarbeit dazu beitragen, unseren tollen Beruf als praktizierende Ärzte und Ärztinnen auf dem Stand zu halten und weiterzubringen, dann engagieren Sie sich einfach in Ihrer Ärztesgesellschaft des Kantons Zug!

Last but not least: Meine Hausarztpraxis habe ich vom ersten Tag an selber aufgebaut. Der Zustrom neuer Patienten hält trotz oder gerade wegen 27-jähriger Erfahrung immer noch an. Mit dem in der gleichen Ortschaft praktizierenden Ärzteehepaar verbindet mich eine sehr konstruktive, Fachproblem-orientierte, freundschaftliche und offene «Konkurrenz»-Situation. Die sehr guten Kontakte untereinander möchten wir nicht missen. Meine durchschnittliche Arbeitsbelastung in beiden Berufen liegt zurzeit bei 80 Stunden pro Woche ... Am Berner Münster ist in Stein gehauen zu lesen «Mach's na».

Dr. med. Beat Gafner, Niederscherli,
Facharzt für Allgemeinmedizin FMH,
Präsident der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern

- 1 Künzi K, Strub S. Einkommen in der Ärzteschaft in freier Praxis 2012: Auswertung der Medisuisse-Daten 2009. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(38):1371-5.
- 2 Kraft E, Laffranchi R. Einkommen der freipraktizierenden Ärzteschaft: Validierung der Resultate. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(38):1376-9.



Die Kopfprämie ist wider die Biologie

Biologie: Kurz sagt es die Sphinx: «Welches Wesen geht am Morgen auf vier, am Mittag auf zwei, am Abend auf drei Beinen?» Das dritte Bein ist der Stock, Sinnbild für Medizin und Pflege, Antwort auf Alter und Krankheit, ungleich von Mensch zu Mensch, auch innerhalb des Menschenlebens.

Kopfprämie: Sie ist der finanzielle Baustein der Grundversicherung der Schweiz. Ihr Prinzip ist Gleichheit.

Die Spanne zwischen der biologischen Ungleichheit und der Gleichheit der Kopfprämie ist das Geschäft der über 60 Krankenkassen. Seit der Einführung des KVG vor 15 Jahren jagt jeder Versicherer, in Konkurrenz zu den anderen, nach guten Risiken: Viele Gesunde sind für ihn rentabel, Kranke nicht. Der Gesundheitsmarkt lebt von der Selektion [1].

Die Kopfprämie ist unsozial, das ist lange bekannt [2]. Sie ist auch ethisch sowie medizi-

nisch problematisch. Die Botschaft der Jäger von guten Risiken lautet: Der (Kopf-)Prämienzahler ist interessant, so lange er sie nichts oder wenig kostet; Krankheit und Alter jedoch belasten ihre Buchhaltung, und sie sind bestrebt, diese loszuwerden. Der Schlag der Krankheit genügt nicht; wer davon betroffen ist, den registriert das System als Last.

Dieselbe Botschaft geht an Ärzte, Spitäler, usw.: Wer viele junge, männliche Patienten «generiert», fällt den Versicherern wenig auf, riskiert weniger Rückzahlungsforderungen. Der Kranke als Last für den Arzt [3].

Die diesbezügliche Kritik wird neuerdings selbst von den Versicherern wahrgenommen; sie sollen sich bereit erklärt haben, die seit 10 Jahren geforderte, aber nie konkretisierte Verfeinerung des Risikoausgleichs zu verhandeln. Und die Ärzte?

Das Rätsel der Sphinx beschreibt die *condition humaine*. Die Lösung heisst: der Mensch. Das ist Bekenntnis, Kranke als Menschen und nicht als Budgetbelastung zu sehen. Der Hippokratische Eid bezieht sich ausdrücklich auf den Menschen; die Deklaration von Genf schliesst jede andere Einflussnahme aus [4]; die Deontologie der FMH enthält den Antiselektionsartikel 4, al.3.

Wenn sich Ärzte und FMH für Selektion aussprechen [5] – «Verbesserung» heisst deren Milderung, nicht Abschaffung! – dann beinhaltet diese Haltung konkret: Selektion im Gesundheitswesen, nicht aber innerhalb der Arztpraxis. Es dürfte der Ärzteschaft schwerfallen, diese Trennung öffentlich zu vertreten.

Selektion ist Folge von Kopfprämie, gepaart mit Markt und Wettbewerb von zahlreichen Kranken-Versicherern. Sie widerspricht der Deontologie der FMH. Die Condition humaine beinhaltet immanent Leid, Krankheit, Sterben. Die Menschen erwarten vom Arzt zu Recht, dass sie nicht selektioniert werden, auch nicht in der sozialen Krankenversicherung. Ärzte und FMH sollten sich dafür einsetzen.

Dr. med. Roland Niedermann, Genf

- 1 «...dans l'assurance de base où le remboursement des prestations est défini dans un catalogue, la concurrence se réduit aujourd'hui à la chasse aux bons risques»: Ständerätin Christine Egerszegi, Präsidentin der Gesundheitskommission des Ständerates; Le Temps 20.10.2012.
- 2 «Le Conseil fédéral rappelle que le système de la réduction des primes...représente, pour les personnes de condition économique modeste, le correctif social central à la perception de la prime par tête, permettant ainsi de réaliser la solidarité...»: Avis du Conseil fédéral du 18.08.1999.
- 3 «Comment être un médecin bon marché: Promouvoir une clientèle de passage et éviter de suivre les patients. Traiter des patients en bonne santé et se débarrasser des patients polymorbides. Hospitaliser et/ou envoyer facilement ses patients en EMS. Envoyer immédiatement les

patients chez des spécialistes pour un suivi ultérieur...»: Revue Médicale Suisse 2009;5: 2287-9.

- 4 «Ich werde mich in meinen ärztlichen Pflichten meinem Patienten gegenüber nicht beeinflussen lassen durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Konfession, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung oder soziale Stellung»: Deklaration von Genf, verabschiedet 1948 in Genf vom Weltärztebund als Antwort auf den Nürnberger Ärztoprozess nach dem 2. Weltkrieg.
- 5 «So soll ... der verbesserte Risikoausgleich umgesetzt werden...»: Medienmitteilung der FMH vom 17. Juni 2012.



Ist die Love Life-Kampagne zielführend?

Soeben ist die diesjährige Love Life-Kampagne des BAG zur Reduktion der Geschlechtskrankheiten gestartet. Mit Plakaten und TV-Spots. Man erinnert sich automatisch an die letztjährige, wo uns in vier Fernsehspots erklärt wurde, man erkenne Geschlechtskranke daran, dass es sie zwischen den Beinen jucke. So wurden ein Bauarbeiter, eine Lehrerin, Menschen in einem Fitnesscenter und ein Pizzakurier gezeigt, die sich alle auf unterschiedliche Art im Genitalbereich kratzen. Manche Kollegen haben sich gewundert, dass sich auf einmal Patienten mit Oberschenkelektzemen, Soor, Intertrigo oder Blasenentzündung wegen Geschlechtskrankheit untersuchen lassen wollten ... Und wiederum wundert man sich. Jetzt befasst sich das Bundesamt schon wieder mit dem nationalen Geschlechtsleben, weil viele venerisch Infizierte gar nicht wissen, dass sie geschlechtskrank sind und man sie deshalb darauf aufmerksam machen müsse. Die betreffenden Botschaften sind «den neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen angepasst», und so hofft natürlich der Leser dieses Versprechens auf die legendäre, vielgepriesene Qualität der obersten Hüter unserer Gesundheit. Betrachtet man aber die in den öffentlichen Verkehrsmitteln angebrachten Plakate, so geht die Hoffnung in ungläubige Verwunderung über. Da heisst es zum Beispiel: «Miis Schnäbi biisst» (sprich über Geschlechtskrankheiten, egal wie). Oder: «mein Dingsbums hat Dingsbums», «mein Rüssel hat Schnupfen». Vermutlich wird man wegen der Globalisierung solche Botschaften der Love Life-Kampagne doch auch noch auf Englisch vermitteln müssen, etwa «My Joy Stick has Burn Out». Kann man sich noch vorstellen, was damit gemeint ist, gibt ein weiteres Plakat eher Rätsel auf: «Im kleinen Paradies ist die Hölle los». Ob da wohl das BAG angesprochen ist ...? Item, wenden wir uns noch den neuen TV-Spots zu, welche ebenfalls den «neusten

wissenschaftlichen Erkenntnissen angepasst» sind. Sie sollen Geschlechtskranke dazu animieren, ihren Sexualpartnern zu sagen, dass sie krank sind, damit sich diese untersuchen und behandeln lassen können. Motto: «Du kannst es nicht ewig verstecken.» Damit diese richtig agieren, wird in vier Varianten gezeigt, wie man es nicht machen soll: Ein junger Mann widersetzt sich im Bett den lüsternen Attacken seiner Partnerin dadurch, dass er mehrere

Unterhosen übereinander trägt, eine Frau versucht, ihren ahnungslosen Partner mit Fingerschattenspielen über ihr Problem zu informieren, ein Homosexueller, welcher in der Badewanne sitzt, signalisiert seinem Freund eine Morse-Botschaft mit Piepsern aus einem Gummi-Entlein, und ein weiteres Paar macht es mit Gedankenübertragung. Man muss ja zugeben, dass das innovativ ist und nur von speziell Begabten überhaupt erdacht werden kann,

aber sonst ist es völliger Quatsch. Heute, wo das Gesundheitswesen längst zum Tummelplatz für viele geworden ist und die Ärzte noch geduldet sind, weil man sie doch braucht, scheinen derartige Kampagnen pathognomonisch zu werden. Und merkwürdigerweise ist Geld dafür immer vorhanden.

Dr. med. Max Konzelmann, Glarus

Mitteilungen

Addendum

Die im Artikel «Kosten und Nutzen kleiner Spitäler» [1] wiedergegebenen Äusserungen repräsentieren die Meinung der Autoren in dieser Sache und nicht jene der Universität Bern.

Prof. Dr. med. Hans Hoppeler,
Institut für Anatomie, Universität Bern

- 1 Hoppeler H. Kosten und Nutzen kleiner Spitäler. Schweiz Ärztzeitung. 2012;93(43):1580-3.

Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK-CNE)

Organspende: Kann fehlender Widerspruch als Einverständnis gelten?

Die Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK-CNE) veröffentlichte ihre Stellungnahme Nr. 19/2012 mit dem Titel «Zur Widerspruchslösung im Bereich der Organspende: Ethische Erwägungen». Die Widerspruchslösung im Bereich der Organspende meint, dass einem toten Menschen Organe entnommen werden dürfen, wenn dieser zu Lebzeiten nicht gegen eine Organentnahme Widerspruch eingelegt hat. In der Schweiz gilt dagegen aktuell die sogenannte erweiterte Zustimmungslösung. Eine organspendende Person muss der Organentnahme explizit zugestimmt haben (z. B. mittels Spenderkarte), oder ihre Angehörigen willigen in eine solche ein, wenn die verstorbene Person keinen Willen geäussert hat.

In ihrer Stellungnahme geht die Kommission der Frage nach, ob ein Wechsel zur Widerspruchslösung, wie er in der Schweiz gegenwärtig manchenorts gefordert wird, aus ethischer Sicht zulässig oder sogar ratsam wäre. Die Kommission kommt einstimmig zu dem Schluss, dass kein Anlass besteht, die heutige Rechtsgrundlage bezüglich der Zustimmung zur Organspende zu ändern. Es fehlt der empirisch gesicherte Nachweis, dass die Widerspruchslösung zu einer Erhöhung der Spenderzahlen führt. Unter Umständen könnten sich sogar negative Effekte einstellen, falls die Widerspruchslösung in der

Schweizer Bevölkerung auf Misstrauen stiesse. Eine deutliche Mehrheit der Kommission lehnt darüber hinaus die Widerspruchslösung aus grundsätzlichen ethischen Überlegungen ab. Eine Entnahme der Organe ohne explizite Zustimmung der betroffenen Person (oder deren Angehörigen) würde deren Persönlichkeitsrechte verletzen. Die Widerspruchslösung müsste nämlich an eine Äusserungspflicht geknüpft werden, um zu garantieren, dass das Fehlen eines Widerspruchs tatsächlich als Einverständnis zur Organspende gewertet werden darf – und nicht als ein Zeichen, dass sich die Person einfach nicht zur Organspende geäussert hat. Eine Äusserungspflicht würde aber eine empfindliche Einschränkung des persönlichen Entscheidungsspielraumes bedeuten und den Bund dazu veranlassen, von seinem Neutralitätsprinzip bezüglich Organspende abzurücken.

In Anerkennung der Tatsache, dass der Organmangel ein drängendes Problem darstellt, empfiehlt die Kommission dem Bund, seine Bemühungen und Ressourcen auf Massnahmen zu konzentrieren, die einen nachweislich positiven Effekt auf die Erhöhung von Spenderzahlen haben und ethisch unbedenklich sind. Dazu zählen neben den bereits stattfindenden Informationskampagnen die Optimierung von Prozessen im Transplantationssystem und in den Spitälern, eine verbesserte Spenderidentifikation, die Weiterbildung des medizinischen Personals und die Professionalisierung des Gesprächs mit den Angehörigen.

Die Stellungnahme ist unter www.nek-cne.ch → Publikationen verfügbar.