



Eine Begleitung

Ambulante Sterbebetreuung ist eine der sechs Grundaufgaben der Hausärzte (Definitionen WONCA 2002). Die klare Formulierung des Patientenwillens und das offene Eingehen auf Todeswünsche erleichtert die Situation. Herr Wälti hat den Wechsel von der uns Ärzten eingepflichten medizinisch-therapeutischen Haltung zur mitmenschlichen Begleitung bewundernswert geschafft [1].

Genau so, wie wir Ärzte für Lebensführung und Krankheiten unserer Patienten nicht verantwortlich sind, können und sollen wir deren persönlich getroffenen Entscheide respektieren. Unsere eigene Grenze liegt dann vor allem bei unserem Gewissen und nur in zweiter Linie bei den juristischen Gegebenheiten. Ich finde es absurd, wenn unsere Politiker meinen, man könne das Sterben juristisch reglementieren. Sterben und insbesondere der Freitod wird immer ein eigenverantworteter Entscheid bleiben. Der Staat hat einzig dafür zu sorgen, dass niemand gegen seinen Willen sterben muss.

Als Exit-Vertrauensarzt stehe ich bei den Vorbereitungen zur Freitodbegleitung immer wieder vor der Frage: ist das Leben dieses Menschen erfüllt? Ist es wirklich am (an seinem guten) Ende angelangt? Braucht es für den Abschied noch mehr Zeit? Was könnte/müsste geändert werden, damit man den «natürlichen» Tod abwarten könnte? Allerdings ist die Entscheidung des Patienten über den Zeitpunkt seines Freitodes meist vorher gefallen, weil er sein Leiden nicht mehr weiter tragen kann und will. Dies ist als dessen autonome Entscheidung zu respektieren. Andererseits erlebe ich es auch, dass Patienten dank der Zusicherung von Exit auf ihren Tod warten können.

Bemühend sind jedoch die Fälle, in welchen der Freitodwunsch des Patienten deswegen hochkommt, weil ihm sein Hausarzt keine Sicherheit vermitteln kann oder will. Dabei ginge es ja nur um das Versprechen, ihm mit unseren Möglichkeiten beim Sterben zu Hause mit passiver Sterbehilfe beizustehen. Die Grenze zur «indirekt aktiven Sterbehilfe» sollte nicht zu eng gezogen werden. Dr. Strebels Formulierung als «Handlung mit Doppelwirkung» [2] trifft den Sachverhalt genauer.

Auch Frau Bosshammer [3] hat in ihrer sehr differenzierten Stellungnahme das Problem sehr offen behandelt. Hilfe zum Sterben bleibt ein Tabubruch, das selbständige Festsetzen des Zeitpunktes seines Todes kann nur vom Patienten persönlich verantwortet werden.

Dieser lebensgeschichtliche Entscheid wiegt aber viel mehr, als alle möglichen medizinischen Überlegungen zusammen.

Ich hoffe, dass durch diese drei Artikel viele Kolleginnen und Kollegen motiviert werden, ihre Möglichkeiten zur Mithilfe beim Sterben zu Hause besser zu erfassen. Uns Ärzten bleibt hier eine zentrale Aufgabe und es ist eine dankbare und menschlich enorm bereichernde Aufgabe.

Dr. med. Ruedi Böni, Madiswil

- 1 Wälti B. Eine Begleitung. Schweiz Ärztezeitung 2004;85(49):2641-3.
- 2 Strebels U. Gegenseitiger Respekt. Schweiz Ärztezeitung 2004;85(49):2645-7.
- 3 Bosshammer S. Selbstbestimmtes Leben – selbstbestimmtes Sterben? Schweiz Ärztezeitung 2004; 85(49):2644-5.



Hausarzt ohne NF-Patient, ohne NF-Dienst: eine Suppe ohne Salz?!

Als Hausarzt mit über 20 Jahren Praxiserfahrung kann ich die Äusserungen von Dr. med. Grüninger «Gedanken zum ärztlichen Notfalldienst – eine Zeitbombe?» [1] durchaus mitunterzeichnen.

Bei mir hat sich aber betreff Notfalldienst eine neue Seite aufgetan. Vor 5 Jahren war ich burned-out. Da konnte es vorkommen, dass ich nachts um drei Uhr beim Telefonanruf «du kommen» durchaus sehr laut zurückrufen konnte, so dass meine Frau aus dem Schlaf gerissen wurde und mich an den Füßen gestupft hat (ob sie mich dabei beruhigen oder ob sie einfach wieder weitschlafen wollte, weiss ich nicht mehr). Auf jeden Fall wurde mir der Patient nach einem langen, aufreibenden Arbeitstag abends und nachts zur Qual, der mir den verdienten Erschöpfungsschlaf durchbrach.

In der Zwischenzeit durfte ich eine Kollegin in die Praxis nehmen. Ich arbeite noch vier Tage pro Woche mit den Patienten, mache Fortbildung und Ferien und habe sonst noch einen guten Kollegen im Dorf, mit dem wir unsere Region abdecken (tageweise Notfalldienst, Ferienab-sprache usw.). So habe ich wieder Zeit und Luft für den «Störenfried», sprich Notfallpatienten. Und der ist und bleibt ein wichtiger Kunde und das «schleckt keine Geiss weg».

Meine Frau ist Halbtalienerin, und bei Verwandtenbesuchen in Italien frage ich jeweils, wie es denn ihrem italienischen Hausarzt gehe. Immer mehr spüre ich, dass sie nur noch ein müdes Lächeln für diesen Arzt übrig hat, weil er nicht

mehr präsent ist (eine stabile Arzt-Patienten-Beziehung lässt sich beim Nine-to-five-Doktor nur schwerlich aufbauen). Notfälle fahren oder werden in die 20 km entfernte Policlinica gefahren. Ganz im Sinne der modernen Rettungskette, wie sie täglich in den Medien zelebriert wird.

Was können wir machen, damit wir nicht zum Arzt mit kleinem Zimmer und Schreibpult degradiert werden, der noch Zeugnisse und Überweisungen schreiben darf?

- Ganz klar sind die Gedanken von Dr. Grüninger ernstzunehmen und mit Politik und Versicherer 1:1 zu verarbeiten.
- Wir Grundversorger selber müssen im Alltag schauen, dass wir nicht ausbrennen, dass wir unser Ich und die Beziehung zu unseren Kollegen, unseren Familien pflegen, Sport treiben, Musik machen, einfach die Freude am Leben nicht verlieren.
- Wir müssen mithelfen, für unseren Nachwuchs zu sorgen (Unterassistenten, Praxisassistenten in die Praxis einbauen).
- In unserem Hausarztnetzwerk das Thema Notfalldienst als ein wichtiges Thema bearbeiten. Dort werden neue Szenarien aufgestellt, damit eben der Notfalldienst wieder erträglicher wird.
- Chronophagen (zeitfressende Mitmenschen) stoppen, die den Praxisalltag unnötigerweise verlängern und stören. Der Gesundheitsmarkt hat genügend Institutionen, die gerne übernehmen.
- Organisierten Widerstand gegen überhandnehmende Bürokratie, Reglementierung, Qualifizierung aufbauen.
- Kollegen, die in der Notfallmedizin einfach nicht mithalten können oder wollen, muss man von der Dienstplanliste streichen.
- Auf jeden Fall sind die Menschen in unserer Gegend dankbar, dass es uns Hausärzte auch im Notfall noch gibt, weil wir ein günstiges Zeitfenster haben, die lange Berufszeit Erfahrung bringt (Triage sollte der Erfahrenste machen, so hiess es schon in der OS) und wir die Patienten oft schon kennen.

Wir können unsere Konsumgesellschaft nicht von heute auf morgen verändern, die Zeiten sind aber auf Sturm, und ich bin überzeugt, dass in 5-10 Jahren das Konsumdenken deutlich abgenommen haben wird. Schon jetzt habe ich nachts weniger unnötige Anrufe als noch vor 10 Jahren.

Zum Schluss noch eine Bitte an meine Grundversorgerkolleginnen und -kollegen: Stoppen wir unsere eigene Demontage und beginnen wir wieder uns selber zu pflegen, damit wir den

rauen Winden, die uns entgegenwehen, nicht mit Frustration, sondern mit Elan, Mut und Selbstvertrauen entgegnetreten können.

Dr. med. E. Pfister, Gommiswald

- 1 Grüniger M. Gedanken zum ärztlichen Notfalldienst – eine Zeitbombe? Schweiz Ärztezeitung 2004;85(48):2533.



Untergang der medizinischen Grundversorgung

Vorerst möchte ich Herrn Kollegen Daniel Schlossberg [1] herzlich für die profunde Analyse der Situation, wie sie heute im Gesundheitswesen vorherrscht, danken. Zu kleinen Details wie z.B. der Franchisehöhe kann man sicher geteilter Meinung sein.

Zur Replik von Prof. Dr. med. Felix Gutzwiller [2] möchte ich einige Punkte anfügen: Auch zur Frage, ob der Kontrahierungszwang beibehalten, gelockert oder ganz weggelassen werden sollte, kann man verschiedener Meinung sein. Persönlich verfechte ich nicht das sture Festhalten am Kontrahierungszwang, bin aber dezidiert der Meinung, dass die Entscheidung, ob ein Vertrag mit einem Arzt weitergeführt wird oder nicht, niemals von den Krankenkassen alleine entschieden werden sollte. Den Krankenkassen fehlt klar das Know-how, auf solche komplexe Fragen antworten zu können. Vielmehr befürworte ich eine paritätische Kommission, welche im Streitfall darüber entscheiden würde. Dort wären die Kassen selbstverständlich auch vertreten, aber es müssten andere wesentliche Aspekte hineingebracht werden, vor allem die ärztliche Beurteilung, den Nachweis von absolvierten Fortbildungsveranstaltungen usw. Es kann nicht angehen, dass einfach der billigste Arzt einen Vertrag bekommt. Die Spezialität eines guten Arztes ist ja gerade die, Erkrankungen früh zu erkennen und diese früh abzuklären, bevor sie nicht mehr heilbar sind. Im weiteren teile ich die Meinung beider Kollegen, dass wir bereits jetzt, aber vor allem mittelfristig, auf einen starken Mangel an guten Allgemeinärzten vor allem auf dem Land hinsteuern. Gerade in unserer Gegend droht mittel- bis langfristig diesbezüglich eine Katastrophe, wenn nicht rasch Gegensteuer gegeben wird. Ich verstehe deshalb nicht, warum die Taxpunktwerte je länger je mehr so zementiert werden, dass die bis anhin billigen Ärzte weiterhin einen deutlich niedrigeren Taxpunktwert verlangen dürfen (bis zu 20 Rp. weniger) als

die bis anhin bereits teuer Arbeitenden. Es ist dringend notwendig, dass hier ein Ausgleich geschaffen wird. Ich kann jeden jungen Kollegen sonst verstehen, dass er sich, falls er überhaupt in einer Landpraxis arbeiten will, lieber im Onsernonetal niederlässt als im Entlebuch, weil er bei gleicher Leistung deutlich mehr verdient. Mit regionalen, wirtschaftlichen Unterschieden ist das wohl kaum zu erklären. Ich empfehle Herrn Prof. Gutzwiller dringend, solche Aspekte auch im Auge zu behalten, ansonsten wird der vom Kollegen Schlossberg prognostizierte Untergang der medizinischen Grundversorgung in der Schweiz rascher, als uns lieb ist, miterleben werden.

Dr. med. Willi G. Baldi, Entlebuch

- 1 Schlossberg D. Offener Brief an Herrn Prof. F. Gutzwiller. Schweiz Ärztezeitung 2004; 85(50):2669-70.
- 2 Gutzwiller F. Replik. Schweiz Ärztezeitung 2004; 85(50):2670-1.



Spitalschliessungen

Im Gesundheitswesen muss gespart werden, ein Mittel dazu sind Spitalschliessungen. Von ihnen erhofft man sich mit Recht die bessere Auslastung der Infrastrukturen in Administration, Diagnostik und Behandlung. Damit verbunden kann auch eine Qualitätsverbesserung durch Erhöhung der Fallzahlen und der Behandlungserfahrung und -routine (die auch durch rigorose Triage erreicht werden könnte) sein. Bei den Schliessungen spielen aber fraglos auch politische Zwänge und Trends eine Rolle. Regionale Sentimentalitäten haben so oder so keinen Platz. Es wäre kurzsichtig, sich gegen den Abbau von Überkapazitäten, unrentablen Häusern und Abteilungen zu stellen, aber ich sehe, wie Dr. Zimmerli, solche Massnahmen lieber durch exakte, glaubwürdige, nachprüfbar gerechnete Begründungen als durch Zahlenkunststücke. Es ist deshalb verdienstvoll, dass Kollege W. Zimmerli versucht hat, die Ergebnisse der Spitalschliessungen im Kanton Bern zu analysieren und zu relativieren. Dieser Versuch hätte schon

längst unternommen werden sollen, auch in anderen Kantonen. Das negative Ergebnis, das Kollege Zimmerli bei der Beurteilung der Situation erhält, verlangt Aufmerksamkeit.

Selbst wenn er ganz oder teilweise recht hat, können die zuständigen Behörden nun nicht plötzlich kleinlaut zugeben, dass sie sich verrechnet oder dass sie im Vorfeld nicht seriös kalkuliert oder gar, dass die Schliessungsaktionen nicht den erwarteten Effekt gehabt hätten. Nicht nur das Berner, auch das Zürcher Vorgehen und die damit verbundenen Erfolgsmeldungen sind ja sehr umstritten. So wurden z.B. die Schliessung von voll leistungsfähigen Spitälern mit den Schliessungen von sektoriell tätigen Spitälern, eigentlichen Rumpfbildern, in einen Topf geworfen.

Was sich nun aber die Berner Gesundheitsdirektion mit der kursorischen Ablehnung oder Ignorierung der Argumentation Dr. Zimmerlis leistet, ist weder vornehm noch professionell. Die Replik geht weder im allgemeinen noch im einzelnen auf die Vorhaltungen Zimmerlis ein, sondern sie tischt lediglich einen Spareffekt von satten 85 Mio. auf. Es kümmert sie wenig, dass die vermeintlichen, überaus happigen Ersparnisse auf einer gewagten Hypothese fussen.

Aber: Kein Kanton (ausser vielleicht dem Wallis) hat es je fertiggebracht oder es für nötig gehalten (der Schreibende hat in den vergangenen Jahren immer wieder in Leserbriefen und in der von ihm redigierten Spitalzeitung darauf hingewiesen), in die Bilanzrechnung auch die Kosten der Umstrukturierung der geschlossenen oder zu schliessenden Häuser einzubeziehen und mit konkreten Beträgen auszuweisen. In diesen Berechnungen müssten u.U. auch Entschädigungszahlungen und Gutachtenhonorare und mancherlei andere Posten aufscheinen. Auch die Investitionen in die bestehenden Häuser und Mehrausgaben durch deren Betrieb werden nur ungenügend, approximativ berücksichtigt. Zudem ist anzunehmen, dass die geschlossenen Häuser nicht einfach abgebrochen (was auch ins Geld gehen kann) wurden, sondern in irgendeiner Form weitergeführt werden und die Staatskasse, also den Steuerzahler, weiterhin in irgendeiner Weise belasten.

Ein konkreterer Schlagabtausch der beiden Seiten wäre wünschenswert.

Dr. med. Kurt F. Bösch, Rorschacherberg



Kantonale Sparanstrengungen erfolgreich

Duplik zur Replik der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF) des Kt. Bern [1]

Ich habe in meiner Arbeit «Warum die Hoffnung der Politiker scheitern musste» [2] aus den Jahresberichten von 13 Regional- und Bezirksspitalern unserer Umgebung und aus drei mir von einem Bezirksspital zur Verfügung gestellten Jahresheften der GEF Zahlen zusammengetragen, denn die GEF hat mir die von ihr verwendeten Zahlen nicht zur Verfügung gestellt. So kann ich über die hier verwendeten Zahlen nur bedingt etwas aussagen, muss also annehmen, dass sie korrekt sind. Man soll ja immer gutgläubig sein. Vorausschicken muss ich, dass es bei der Frage, was Spitalschliessungen gebracht haben, nur die Finanzen zu quantifizieren sind, nicht aber der menschliche Aspekt des Verlusts des vertrauten Hausspitals, zu dem man Zutrauen hatte, wo man zu Hause war, wo man die Ärzte und Schwestern kannte und wo man deshalb schneller gesund wurde, weil man nicht argwöhnisch jede ärztliche und pflegerische Tätigkeit hinterfragt. Zu der vorgelegten Arbeit gibt es aber einiges zu sagen:

1. Die Abbildung 1 zeigt in den Jahren 1996–2000 einen Ausgabenrückgang, nicht ganz kongruent mit den Spitalschliessungen und -umfunktionierungen in Tabelle 1. Es wird dabei nicht erwähnt, dass in diesen Jahren ein Ausgabenstopp für die Bezirksspitäler bestand und zusätzlich diese z. T. geschlossen wurden. Ich konnte in meiner Abbildung 6 zeigen, dass der Rückgang der Ausgaben in den Bezirksspitalern durch einen Anstieg der Kosten in den Regionalspitalern und dem Inselfspital kompensiert wurde.
2. Der Versuch, den Spareffekt der Spitalschliessungen durch die Schaffung von hypothetischen Gesamtkosten (Abb. 2) gegenüber den effektiven Gesamtkosten zu beweisen, ist deshalb sehr fragwürdig und gewagt, weil die GEF keine wirklich stichhaltige Begründung für diese Hypothese liefert. Diese Hypothese widerlegt in keiner Weise meine Aussagen.
3. Die Aussage, dass die Reduktion der Betriebsstandorte auch eine Reduktion der Investitionskosten verursacht habe und verursache, glaubt wohl niemand, der das Spitalwesen etwas kennt. Je mehr Aufgaben von den geschlossenen Bezirksspitalern an grössere Spitäler übergehen, desto grösser werden die Investitionen in diesen. Pläne für riesige Investitionen im Kanton Bern sind bekannt.

4. Auch die Aussage der GEF, dass die Massnahmen im Personalbereich sich in höheren Ausgaben ausgewirkt hätten, wenn sie auch noch in den geschlossenen Bezirksspitalern hätten umgesetzt werden müssen, ist nicht nur eine Hypothese, sondern eher ein Trugschluss, weil die Zahl der behandelten Patienten etwa im gleichen Sinne angestiegen ist wie die Zahl der Stellen, so dass man keine Rückschlüsse auf geschlossene Spitäler ziehen darf. Im Gegenteil kann man aussagen, dass die Zahl der Stellen eben von der Zahl der zu behandelnden Patienten abhängig ist, egal, ob sie im Bezirksspital oder in einem anderen Spital behandelt werden.
5. Ein wichtiger Mangel der Arbeit der GEF ist das Fehlen von Aussagen über die Zahlen pro Patient. Nur diese Aussage, wie ich sie in Abbildung 7 für den ganzen Kanton und in den Abbildungen 13 und 20 für meine 13 Spitäler mache, sind stichhaltig. Sie zeigen erstaunlicherweise, dass die starke Erhöhung der Staatsbeiträge 2001 bei den Bezirksspitalern vorwiegend durch die verminderten Einnahmen und bei den Regionalspitalern stärker durch die erhöhten Ausgaben bedingt sind.
6. Ein weiterer wichtiger Mangel besteht darin, dass die von mir herausgestrichene Differenz zwischen Bezirks- und Regionalspitalern mit keinem Wort kommentiert wird. Meine Abbildungen 11 und 12 zeigen die Einnahmen-Ausgaben-Differenzen ganz deutlich auf. Es handelt sich um die Durchschnittszahlen pro Bezirksspital bzw. pro Regionalspital. Da wird noch deutlicher aufgezeigt, dass die Bezirksspitäler in den letzten Jahren weniger Ausgaben und vor allem weniger Einnahmen haben. Die Regionalspitäler haben einen starken Anstieg der Ausgaben zu verzeichnen bei fast gleichbleibenden Einnahmen. Natürlich haben die Regionalspitäler grössere Aufgaben wie Intensivpflegestation, Polikliniken, Ophthalmologie, ORL, Psychiatrie usw., aber das Patientengut ist im übrigen dasselbe, ob es nun im Bezirksspital oder im Regionalspital behandelt wird.

Zusammenfassend darf ich weiterhin sagen, dass die Hoffnung der Politiker sich nicht erfüllt hat und dass das Schliessen der Bezirksspitäler finanziell nichts gebracht hat. Meine Aussage, dass die Teuerung im Gesundheitswesen angestiegen ist, stimmt, dass dies aber auf die Schliessung der Bezirksspitäler zurückzuführen sei, darf ich mit dem gleichen Recht wie der Beweis des Gegenteils durch die GEF als Hypothese formulieren.

Dr. W. Zimmerli, Oberdiessbach

1 Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern. Kantonale Sparanstrengungen erfolgreich. Schweiz Ärztezeitung 2004;85:2486-91.

2 Zimmerli W. Warum die Hoffnung der Politiker scheitern musste. Schweiz Ärztezeitung 2004;85: 1776-82.



PEK – Programm zur Erzeugung weiterer Kosten

Die Überprüfungsphase zur Evaluation der fünf komplementären Behandlungsformen Phytotherapie, Homöopathie, Neuraltherapie, Traditionelle Chinesische Medizin und Akupunktur sowie Anthroposophische Medizin geht zu Ende. Wie aus den Medien zu erfahren ist, wird von den Ärztegruppierungen, die diese Behandlungsformen anbieten, eine Verlängerung der Evaluationsperiode beantragt. Bundesrat Couchepin wehrt sich dagegen. Bisher hat einzig die Studie über die Kräutermedizin ein eindeutig positives Ergebnis unter Berücksichtigung der WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit) ergeben, was ja gar nicht verwundert. Die Komplementärmediziner haben bereits zu Beginn der Evaluation klargemacht, dass sie nichts von solchen Studien halten, da sie die Grundlage dieser Behandlungsformen nicht berücksichtigen. Das unnötige, von Anfang an zum Scheitern verurteilte Verfahren des PEK hat also nur Kosten verursacht. Wenn schon 2003 auf der Homepage der PEK (www.pekswiss.ch) festgehalten wurde, dass für die von ihr geplanten Tagungen kein Interesse bestanden hat (vgl. meinen Leserbrief in der Schweizerischen Ärztezeitung Nr. 26 vom 25. Juni 2003 [1]), ist es weiter nicht verwunderlich, dass man auf derselben Homepage heute unter News den aktuellen Stand der PEK vom 22. Juli 2004 und die aktuellste Pressemitteilung des PEK vom 4. September 2003 zu lesen bekommt. Bei der Beliebtheit der Phytotherapie, der Homöopathie sowie der Traditionellen Chinesischen Medizin und der Akupunktur in der Bevölkerung würde ein Volksaufstand ausgelöst, sollten sie ersatzlos aus dem Leistungskatalog gestrichen werden. Der Volksinitiative «JA zur Komplementärmedizin» würde es weiteren Rückenwind geben. Aus hausärztlicher Sicht werden diese Methoden kaum alternativ, hin und wieder komplementär, aber in den allermeisten Fällen supplementär eingesetzt, häufig sogar ohne, dass der behandelnde Hausarzt davon weiss. Es ist heute politisch nicht mehr durchzusetzen, dass dieses Behandlungsformen aus dem KVG gestrichen werden. Im KVG sollte deshalb die Möglichkeit für eine Zusatzversicherung gemäss KVG und nicht nach VVG eingerichtet werden. Wer sich dieser Behandlungsformen bedienen möchte, soll eine Zusatzprämie entrichten, die entsprechend den entstehenden Kosten berechnet werden kann. Der Abschluss einer solchen Zusatzversicherung sollte jedoch,

nachdem man in den letzten fünf Jahren ohne Zusatzprämien davon Gebrauch machen konnte, nicht dem Privatversicherungsrecht unterstellt werden, also nicht von der gesundheitlichen Situation oder vom Alter abhängig gemacht werden können.

Dr. med. Rudolf Ott, Biel-Benken

1 Ott R. KVG und Komplementärmedizin. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(26):1373.



Zahnarztparadigma und Nikotinsuchthypothese als Hindernisse für den Rauchstopp

Zahnärztliche Tätigkeit wird als ausgesprochen segensreich anerkannt. Für das Problem Zahnschmerzen ist ihr Behandlungsmuster vollendet: ich melde mich an, werde auf den Behandlungsstuhl gebeten und geheissen, den Mund für längere Zeit offenzuhalten, dann arbeitet der Zahnarzt und anschliessend sind die Zahnschmerzen weg und ich kann wieder essen. Die Vorteile dieses Arrangements sind dermassen eklatant, dass die Mehrheit der Schweizer damit einverstanden ist, die Kosten einer solchen Behandlung selber zu tragen und nicht als Versicherungsleistung zu reklamieren.

Ist es möglich, dass ein solch wunderbares Paradigma bei anderen Problemen versagt? Wenn jemand das Rauchen loswerden möchte, ist dieses Denkmuster ein Desaster. Alle Behandlungsmethoden vom Handauflegen bis zur langfristigen Antidepressivamedikation sind im wesentlichen ähnlich erfolgreich. «Es ist egal, was man macht, aber es ist furchtbar wichtig, etwas zu tun» – das ist kein Hinweis auf das Vorhandensein einer kausalen Therapie. Es unterhält aber in den Rauchenden die Überzeugung, es müsste eine ideale passive Kur geben, der man sich überlassen kann. Die Behauptung, Rauchen mache gleich süchtig wie Heroin, tut ein übriges. Dass die Rückfallzahlen ähnlich hoch sind, genügt nicht, um die beiden gleichzusetzen. Der Nikotinentzug macht keine körperlichen Entzugserscheinungen – dieser Unterschied kann doch nicht einfach übergangen werden. Für mich steckt hinter dem Rauchen viel mehr Psychodynamik als dumpfe Substanzabhängigkeit.

Die Tabakindustrie macht uns seit langem weis, sie verkaufe nicht in erster Linie Nikotin, sondern Lifestyle. Mediziner bestreiten das und reden fast ausschliesslich von Nikotinabhängigkeit. Die Tabakindustrie ist mit ihren Aktivitäten

in letzter Zeit recht erfolgreich gewesen, was man von der Tabakprävention nicht behaupten kann. Unsere Jugendlichen sind gegen Double-blind-Botschaften wie Tabakwerbung mit warnender Fussnote wehrlos, sie bräuchten Politiker, die sich mehr um Gesundheit kümmern als um Empfindlichkeiten der Industrie und Steuererträge.

Aus den Zahlen des BAG geht hervor, dass Männer meines Jahrgangs (1944) vor 30 Jahren zu 69% geraucht haben. Diese Gruppe ist jetzt 60 und es rauchen darin noch höchstens 23%. Zwei von drei Rauchern haben somit aufgehört, nota bene die meisten ohne spezielle Therapien. Damit ist die Frage beantwortet, ob es für den Rauchstopp besondere Fähigkeiten oder Kräfte braucht. So viele Helden gibt es nicht, und das gilt nicht nur für meinen Jahrgang. Hunderttausende von Exrauchern beweisen, dass ein Abschied vom Rauchen für ganz gewöhnliche Leute möglich ist. Mit einer extremen Suchthypothese des Rauchens, wie sie aktuell en vogue ist, entmutigt man die Rauchenden, aber ganz in der Art einer selbsterfüllenden Prophezeiung.

Ich würde mir wünschen, dass es irgendwann (2005 wird wohl etwas früh sein, aber warum eigentlich nicht?) gelingt, bei der jungen Generation das Image des Rauchens vom attraktiv-abenteuerlichen Amusement zu dem zu verändern, was es ist: ein antiquiert unappetitliches Zwangsverhalten, nicht unähnlich dem Spucken auf den Fussboden. Ebenso wäre es fällig, die Rauchenden weniger als hilflose Patienten zu sehen, aus denen mit einer Art Exorzismus ein Ungeist zu entfernen ist, als vielmehr als mündige Konsumenten, welche als Lebenshilfe eine Methode gewählt haben, die leider ihrer Gesundheit nicht zuträglich ist. Vom Rauchen kommen sie nur los mit eigenem Engagement, und man sollte aufhören, den Eindruck zu erwecken, irgendwelche äussere Massnahmen könnten den Entschluss zum Abschied vom Glimmstengel ersetzen.

Dr. med. Nico Nolfi, Gais AR

Grippenprophylaxe: No kiss, no flu?

Frau Elisabeth Agosti-Maurer [1] hat recht: No kiss, no flu. Warum aber ist diese «Gewohnheit» überhaupt aufgekommen? Ich vermute, es ist «die Rache der Bakterien an den Antibiotika».

Dr. med. Hugo Wick, Basel

- 1 Agosti-Maurer E. Grippenprophylaxe: No kiss, no flu? Schweiz Ärztezeitung 2004;85(51/52):2745.



Kaliumjodid zum Schutz vor ionisierender Strahlung

In einem Leserbrief [1] wirft Dr. Markus Gasser die Frage des Kosten-Nutzen-Verhältnisses von Kontrollen selten benützter Röntgengeräte auf und erwähnt zum Vergleich die Kaliumjodidabgabe im Umkreis von Atomreaktoren. Er weist auf die in der Folge der Katastrophe von Tschernobyl aufgetretenen Schilddrüsenkarzinome hin und stellt die Frage in den Raum, ob dort unkorrigierter Jodmangel bestanden habe.

Wie wir in Weissrussland Anfang der neunziger Jahre von Kollegen hörten, war die von den Sowjets Jahre zuvor eingeführte Jodprophylaxe in den achtziger Jahren weitgehend vernachlässigt worden. Nun ist aber auch eine sorgfältig durchgeführte Untersuchung aus der an die Gegend von Tschernobyl angrenzenden Region der Russischen Republik erschienen, die zeigt, dass zusätzlich zum Grad der Verstrahlung auch der Jodmangel mit der Häufigkeit von Schilddrüsenkrebs in der Folge von Tschernobyl assoziiert war und dass Jodmangel die Strahlenwirkung verstärkt [2]. Bemerkenswert ist, dass die Studie sich auf ein Gebiet bezieht, das 190 Kilometer und weiter von Tschernobyl entfernt ist. Mindestens so weit vom Reaktor weg wurde also Schilddrüsenkrebs ausgelöst und ist eine Abgabe von Kaliumjodid begründet.

Prof. Dr. med. Theodor Abelin, Spiegel

- 1 Gasser M. Qualitätssicherung im Röntgen – noch einmal anders ... oder zur klinisch epidemiologischen Evidenz oder wieviel Sicherheitsluxus dürfen wir uns auf Kosten von was und von wem leisten? Schweiz Ärztezeitung 2004; 85(47):2482-3.
- 2 Shakhtarin VV, Tsyb AE, Stepanenko VF, Orlov MY, Kopecky KJ, Davis S. Iodine deficiency, radiation dose, and the risk of thyroid cancer among children and adolescents in the Bryansk region of Russia following the Chernobyl power station accident. Internat J Epidemiol 2003;32:584-91.