

Briefe an die SÄZ



Wissenschaftliche Diskussion muss möglich sein

Zum Leserbrief von O. Brändli [1]

Sehr geehrter Herr Kollege Dr. Brändli, aus Ihrem Leserbrief an das Schweizerische Ärzteblatt ist für mich nur schwer zu erkennen, dass Sie die übliche Diskreditierung, Fakenleugnung und Ausschaltung wissenschaftlich Andersdenkender bekämpfen. Was man aber erkennen kann, ist eine deutliche Abneigung gegen die Forschungsergebnisse, die die Passivrauchwirklichkeit aufgrund tatsächlich vorliegender Zahlen beschreiben.

Dankbar wäre ich Ihnen, wenn Sie schon als einziger Anhänger der WHO-Weltkriegsgemeinde gegen den Tabak, der das weltweite Totschweigen der Argumente des Buches durchbrochen hat, zu den Fakten und deren wissenschaftlicher Haltbarkeit etwas sagen würden. Aus Ihren Ausführungen ist zu entnehmen, dass Sie Ihre Empfehlung, das Buch nicht zu lesen, selbst befolgt haben. Es geht inzwischen nicht mehr um den Ruf des Tabaks, sondern um den Ruf der Wissenschaft. Zu den niedrigen Beweggründen, die Sie den Berufsgenossenschaften unterstellen, die angeblich von der Zigarettenindustrie im Vorstand geführt wurden und jetzt meine Forschungsergebnisse ablehnen, fehlt übrigens jedes logische Konzept. Warum sollten sie diese Ergebnisse angestrebt haben und jetzt einfach niedermachen? Die Entwicklung der Falschaussagen zu diesem Thema läuft mit zunehmendem Druck gesetzlicher Regelungen zur Fixierung ideologischer Grundhaltungen exponentiell hoch, und zwar punktgenau termingerecht. Die *Public-Health-Elite* hat die Wissenschaftselite ganz schön im Schwitzkasten, aber mit Peer-Review-Rückhalt. So weit ich das überblicke, hat bspw. das WHO-Kollaborationszentrum DKFZ u.a. keine einzige seiner Studien ohne wissenschaftliche Falschaussagen zustande gebracht.

Dies waren Falschaussagen aufgrund von Fälschungen, Fehlinterpretationen, nicht beherrschter Messtechnik, epidemiologischen Aussagen ohne Datengrundlage u.a. m. Die Hintergründe für dieses Vorgehen der WHO sind bekannt. Es ist tatsächlich ein Wissenschaftsaktionismus, der mit immensen Fördergeldern versehen an Stümperhaftigkeit nicht zu überbieten ist. Dies fällt selbst Laien auf.

Nach dem 23.9.2012 werden Sie sich freudig

die Scherben der redlichen Wissenschaft betrachten und ggf. über die Gesetzgebung abgesichert bekommen, was Sie auf Augenhöhe mit sauberen Argumenten nie geschafft hätten.

Was ist das bitteschön für eine Wissenschaftsauffassung, bei der die Falsifizierung von Hypothesen mit Brachialgewalt verhindert wird. UNO-Bann, Ächtung der wissenschaftlichen Veröffentlichungen, Ehrenkodex, Diskriminierung, Nötigung und Erpressung brechen über die Vertreter der Gegenposition herein.

Nur so kann man im Gleichklang mit den Medien die Falsifizierung wissenschaftlicher Falschaussagen verhindern und wissenschaftlichen Fortschritt, der immer im Infragestellen bestehender Hypothesen seinen Anfang nimmt, verhindern.

Prof. Dr. med. R. Grieshaber, Jena

- 1 Brändli O. Passivrauchen schadet! Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(35):1265.



Budgetmitverantwortung

Zum Artikel von D. Bracher [1]

Sehr geehrter Herr Kollege Bracher

In Ihrem Artikel zeigen Sie sich «sehr beunruhigt», dass trotz des Abstimmungsresultates vom 17.6.2012 Krankenversicherungen Netzverträge mit Budgetmitverantwortung anbieten, und das auch unter dem Namen «Hausarztmodell». Sie fordern klar definierte Begriffe und definieren diese sogleich selbst («Hausarztmodell», «Listenmodell», «Netzverträge mit Budgetmitverantwortung»). Diese Begriffsproblematik hat der Schweizer Dachverband der Ärztenetze, medswiss.net, bereits vor rund 5 Jahren erkannt, als die Krankenversicherer ihre Listenprodukte als «Hausarztmodelle» vermarktet. Fazit: Der Begriff «Hausarztmodell» ist nicht geschützt. Und es ist Sache der Versicherer, unter welchen Namen sie ihre Produkte anbieten. Ob die von Ihnen gewählten Namen und Definitionen die heutigen Gegebenheiten berücksichtigen, sei dahingestellt. Ihre Liste ist sicher unvollständig: Die Kassen- und Investoren-HMO's fehlen.

Dank Ihrer Mithilfe bei der Ablehnung der Managed-Care-Vorlage haben Sie ganz wesentlich dazu beigetragen, den Versicherern den scharf formulierten alten Managed Care-Artikel 41.4 [2] zu erhalten. Zusammen mit dem Artikel 35.2.g [3] überlässt das heutige KVG den

Hauptanreiz für eine integrierte und koordinierte Versorgung den Krankenversicherern, dies im Gegensatz zur abgelehnten Vorlage. Die Versicherer nutzen diese Macht nur deshalb noch nicht, weil mit dem heutigen ungenügenden Risikoausgleich die Jagd nach gesunden Versicherten lukrativer ist als ein Engagement bei der integrierten Versorgung.

Noch immer assoziieren Sie die Budgetmitverantwortung mit dem emotionalen Ausdruck «versteckte Rationierung». Die Abstimmungskampagne ist vorbei! Wir können auf sachlicher Basis diskutieren. Akzeptieren Sie bitte inskünftig die Definition des Erstbeschreibers, einer Arbeitsgruppe von medswiss.net [4]. Wir haben diesen Ausdruck gewählt, um zu signalisieren, dass diese Verantwortung eben nicht von der Ärzteschaft allein getragen wird, und dass es sich nicht um eine «Budget(voll)verantwortung» handelt. Unter Budgetmitverantwortung wird die *Kombination* der beiden Vergütungsformen «Einzelleistungsvergütung» (der einzelnen Ärztin) und «Budgetbeteiligung» (des Netzes) verstanden. Die Budgetmitverantwortung gleicht denn auch automatisch deren Anreize zur Mengenausweitung bzw. zur Unterversorgung aus. Die Netzärzte generieren noch immer deutlich mehr als 90% ihres Einkommens über die Einzelleistungsvergütung. Das eigene Einkommen sinkt, wenn Leistungen weggelassen werden. Erst ein *ausbezahltes Vollbudget* tendiert zur Rationierung! Und auch hier würde noch gelten, dass gute ambulante Therapie mit engagierten Spezialisten teure Komplikationen und Hospitalisationen erspart und damit das Budget schont! Die Budgetmitverantwortung notorisch der verdeckten Rationierung zu bezichtigen, wäre gleichbedeutend, die Einzelleistungsvergütung als Abzockerei zu verteufeln.

Dr. med. Jörg Fritschi, Obernau

- 1 Bracher D. Wird das Abstimmungsresultat unterlaufen? Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(36):1297.
- 2 Art. 41.4: Die Versicherten können ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt.
- 3 Art. 35.2.a/g: Leistungserbringer sind ... a. Ärzte und Ärztinnen, b. Apothekerinnen und Apotheker, usw ... in Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen.
- 4 medswiss.net. BudgetMITverantwortung und KVG-Revision Managed Care/Integrierte Versorgung. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(33):1218 oder www.medswiss.net



Critères sociaux de profit et vision anthropologique mécaniste de la médecine moderne

Cette remarque du Dr Martin «... Il faudrait que l'éthique nous explique pourquoi nous faisons ce qui nous fait gagner de l'argent et pourquoi nous ne faisons pas ce qui ne nous en fait pas gagner.» A noter encore que Peter Suter, ancien président de l'ASSM, a présenté les travaux du Swiss Medical Board, précisant qu'il ne s'agissait pas d'introduire une doctrine de rationnement mais bien une éthique de prévention du gaspillage (des travaux récents font penser que jusqu'à 30% des ressources investies dans le système de santé sont gaspillées) [1] m'incite à ce commentaire:

L'éthique de prévention du gaspillage qui surprend mon collègue Martin est en bonne partie dirigée, ou rendue impuissante de par nos critères sociaux de profit comme but en soi, et parallèlement par la vision anthropologique mécaniste de la médecine moderne [2]: homme machine, biologie sans finalité, pièces à réparer, donc pièces et remèdes palliatifs à vendre par des industries non intéressées à santé, ou à l'extrême intéressées à la non santé, comme l'évoque mon collègue. Si on ne traite que les composants, on ne traite pas le vivant, mais on peut prolonger la vie, heureusement souvent aussi le confort! Nous développons des instruments thérapeutiques ciblés, efficaces, mais hors vision globale de la vie. Recherche merveilleuse mais course sans fin puisque un endroit réparé, ça lâche ailleurs, l'ensemble n'étant pas influencé dans sa dynamique profonde! Pour parler de santé, il faut un concept unifiant les composants du vivant. Cl. Bernard est tout à fait conscient de ce problème. Il critique et cite Cuvier, pour qui: «Toutes les parties d'un corps vivant sont liées; elles ne peuvent agir qu'autant qu'elles agissent toutes ensemble: vouloir en séparer une de la masse, c'est la reporter dans l'ordre des substances mortes, c'est en changer entièrement l'essence», mais il écrit aussi: «En biologie, [...] le physiologiste pourra diriger la manifestation des phénomènes de la vie comme le physicien et le chimiste dirigent les phénomènes naturels dont ils ont découvert les lois; mais pour cela l'expérimentateur n'agira pas sur la vie [3]. Et la santé concerne le patient, pas les organes les uns après les autres!»

Et mon philosophie préféré précise à propos des morceaux et du tout: «En médecine moderne il n'y a pas d'unité par un principe de substance (substance: principe qui unit les accidents). Le concept de causalité finale est un concept très critiqué par la science moderne. Quand Aristote en parle, il parle d'une destination dans la

nature. Une finalité dynamique de la matière qui veut atteindre un certain but. Pour la science moderne c'est une projection anthropomorphe qui cache l'observation objective de la réalité.»[4].

La crise financière, écologique et de confiance face à notre médecine moderne tient peut être à ces paramètres, et l'introduction des thérapies complémentaires dans les facultés tendra certainement à ouvrir les esprits à davantage de philosophie.

Dr Guy Louton, Genève

- 1 Martin J. La médecine et les évaluations coût-bénéfice. Bull Méd Suisses. 2012;93(36):1326.
- 2 Rudolph E, Bachmann M. Wer definiert die Medizin? Bull Méd Suisses. 2010;91(35):1253-4.
- 3 «Introduction à l'étude de la médecine expérimentale», II, ch 1, § 1.
- 4 Marcelo Gerstner, philosophe, Faculté Catholique de Buenos-Aires.



Tierversuche

Kollege Jakob täuscht sich [1], wenn er meint, dass Vegetarier Insekten nicht in ihrer Ethik erwähnen. Obwohl diese kein richtiges Nervensystem besitzen, aber bei Reizen Fluchtverhalten zeigen, gelten sie durchaus als leistungsfähig, und kein Vegetarier würde ihnen etwas antun oder sie irgendwie nutzen. Veganer essen auch keinen Honig. Im Übrigen wird kein Tierversuchseggner unter «Replace von Tierversuchen» Ersatz der Säugetiere durch Insekten verlangen. Wie kommt Herr Jakob bloss auf solch absurde Aussagen?

Dr. med. Renato Wernli, Eichberg

- 1 Jakob J. Tierversuche. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(37):1341.



Das Kaninchen im Kaninchenstall weiss auch nicht, wie schön es in der Freiheit ist

Zum Leserbrief von Drs. Yves und Alain Nordmann [1]

Von Ärzten und insbesondere von einem Dozenten, PD Dr. med., hätte ich einen etwas seriöseren Leserbrief zu diesem Thema erwar-

tet. Warum soll ein Knabe, bevor er als junger Mann seine Einwilligung dazu geben kann, einen Grossteil seiner Sensibilität an seinem Geschlechtsorgan hergeben?

HIV und HPV sind doch wirklich kein Grund, diesen wesentlichen Eingriff bereits im Kleinkindesalter durchzuführen, wie dies von den beiden Herren postuliert wird. Nebenbei, in Österreich werden auch Knaben gegen HPV geimpft, und zur Prävention von HIV lade ich die beiden Herren gerne zu mir in den Gesundheitsunterricht in der Oberstufe ein.

Nach bald 35 Jahren lebhafter pädiatrischer Praxis muss mir auch keine Studie belegen, dass bei allen Knaben wegen eines möglichen, problemlos behandelbaren Harnwegsinfektes eine der wichtigsten erogenen Zonen am Penis geopfert werden sollte. Wenige von uns Ärzten wissen, und das sei nicht zum Lobe unserer Dozenten gesagt, dass bei der Zirkumzision mit dem Präputium über 70m Nervenfasern und über 20000 Meissner-Korpuskel entfernt werden. Diese Sensibilität gibt es sonst nur noch an den Lippen und Fingerspitzen. Es kommt dazu, dass auch die Glans durch die Zirkumzision wesentlich an Sensibilität verliert.

Als Assistent habe ich mehrere Beschneidungen bei Erwachsenen durchgeführt. Nach meinem Artikel zu diesem Thema im Tagesanzeiger erhielt ich zudem mehrere Mails von Herren, die mir diesen Sensibilitätsverlust nach Zirkumzision bestätigten. Ich weiss also, wovon ich (als älterer Herr) spreche. Ich habe nichts gegen eine gewünschte Zirkumzision bei Erwachsenen nach einer guten Aufklärung. Bei Missachtung der Rechte der Knaben, entsprechend der UN-Kinderrechtskonvention, fühle ich mich als Pädiater und Anwalt der Kinder aber direkt angesprochen.

Bei dieser Gelegenheit sei auch wieder einmal gesagt, dass die Phimose oder das ominöse Ballönlein beim Urinieren der Knaben ausser evtl. beim sehr seltenen Lichen sclerosus et atrophicus schon lange keine Indikation mehr sein sollte zu Zirkumzision. Auch diesbezüglich hapert es massiv bei der Ausbildung unserer jungen Ärzte. Die allermeisten Phimosen öffnen sich spontan. Mit ein oder zwei Längsschnitten (nur durch das äussere Blatt des Präputiums) unter Emlasalbenanästhesie löste ich seit über 25 Jahren jede auch noch so vernarbte Phimose in jedem Alter zur vollen Zufriedenheit meiner Patienten. Wer sich für diesen kleinen, präputiumschonenden Eingriff interessiert, darf gerne mit mir in Kontakt treten. Schön wäre es, wenn dies auch einmal Kinderchirurgen tun würden.

Hannes Geiges,

Prakt. Kinder- und Jugendarzt mit Label, Rüti

- 1 Nordmann Y, Nordmann A. Beschneidung und Kindeswohl. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(37):1341.