

# Courrier au BMS



## Volksabstimmung Waffeninitiative

### Obligatorische Schiesspflicht, Parteipolitik, Armee, Arbeitsplätze und Wilhelm Tell ...

Diskussion und Emotionen um die Initiative «Schutz vor Waffengewalt» gehen hoch. Dabei werden Zusammenhänge konstruiert und Fakten vermischt, die unsachlich sind und einer objektiven Beurteilung nicht dienen.

1. Das «Obligatorische», die jährliche obligatorische ausserdienstliche Erfüllung der Schiesspflicht, während Jahrzehnten Inbegriff der lästigen Pflichterfüllung, wird nun plötzlich zur vaterländischen Ehrensache hochstilisiert. Es wäre in der Tat absurd, wenn 160000 Angehörige der Armee (AdA) 20, 30 oder 50km weit ins Zeughaus reisen, ihre Waffe in Empfang nehmen, am nächsten Tag irgendwo in der Region das «Obligatorische» schiessen und in der Folge die Waffe wieder ins Zeughaus bringen. Noch absurder ist es allerdings, auf dem «Obligatorischen» zu beharren: 160000 AdA schiessen ein Pflichtprogramm auf 300 Meter. Auf diese Distanz würden im Kriegsfall gerade mal 400 Scharfschützen (also jeder Viertausendste!) schiessen. Forget it.
2. Die SP unterstützt die Initiative massgebend. Sachlich hat das Ziel der Initiative, Waffensuizide und Drohung oder Anwendung von Waffengewalt zu Hause drastisch zu reduzieren, überhaupt nichts mit Parteipolitik, SP oder «links» zu tun. Es ist dringend nötig, sachpolitisch und nicht parteipolitisch abzustimmen.
3. Die Initiative wird von der GSOA unterstützt, für Befürworter unserer Armee (zu denen der Schreibende auch gehört) ein «rotes Tuch». Es geht bei der Waffeninitiative in keiner Weise um die Abschaffung der Armee. Zwischenfälle mit einer Armeewaffe sind für die Armee schlecht, jeder verhinderte Zwischenfall ist für die Armee gut.
4. Die Waffeninitiative wird mit der Bedrohung von Arbeitsplätzen kombiniert. Dies ist unsachlich. Allenfalls muss sogar zusätzliches Personal eingestellt werden, um Rückgabe und Fassen der Waffen logistisch zu bewältigen.

5. Tells Worte «mir fehlt der Arm, wenn mir die Waffe fehlt» zur Rechtfertigung des Waffenbesitzes zu zitieren, greift zu kurz. Wenn wir schon Schiller bemühen, muss auch die Kehrseite der Medaille erwähnt werden: «Freuts euch, den Pfeil zu führen und den Bogen, wohl so will *ich* das Ziel euch dazu geben». So zwingt der Landvogt den Waffenträger Tell (öffentlich!), einen Apfel von seines Knaben Kopf zu schiessen. Brutaler geht's kaum mehr!

Fazit: Es gibt weder parteipolitisch noch bezüglich Armee oder Arbeitsplätzen sachliche Argumente, die Initiative abzulehnen. Bezüglich Gewaltpotential gegenüber Drittpersonen und sich selbst ist die Initiative sachlich unbestritten!

Prof. Dr. med. Benedikt Horn, Interlaken



## Fünf Argumente, «Nein» zu sagen

### Zu den Artikeln «Ja zur Initiative «Für den Schutz vor Waffengewalt – Suizidprävention hat Vorrang» [1] und «Die Schweiz im glücklichen Blindflug» [2]

Ich bin traurig, dass die FMH eine solche Aussage und Wahlpropaganda abgibt. Sie entspricht nicht der ärztlichen Art, pragmatische und wissenschaftlich belegte Aussagen zu machen zur eindeutig zu hohen Suizidrate in der Schweiz. Ich bin nicht sicher, ob das bei dem sehr wissenschaftlich daherkommenden und graphisch belegenden Artikel von Herrn Reisch der Fall ist.

Folgende Fragestellungen müssten meines Erachtens in Betracht gezogen werden:

1.  $\frac{2}{3}$  der in der Schweiz vorhandenen Waffen sind nicht Militärwaffen.
2. Nach dem BFS sind 8–9% der Schusswaffen-Suizide durch Ordonnanzwaffen verursacht. Warum spricht dann Kollege Reisch von knapp der Hälfte (NZZ vom 6.1.11)?
3. Warum steht im Artikel nichts über die Entwicklung der Gesamtsuizidrate, d.h., ob seit der erschwerten Armeewaffen-Abgabe und der Bestandesreduktion durch die Armee XXI die Suizide mit anderen Mitteln zugenommen haben?
4. Waffengewalt und Suizide gab es schon immer. Dass sie häufiger geworden sind,

liegt nicht an den Militärwaffen, sondern an gesellschaftlichen und zwischenmenschlichen Problemen.

5. Gewalt- und Suizidprävention müssen bei den Menschen ansetzen und nicht als Steigbügelhalter der GSOA, die schon die Taschenmunition ins Zeughaus verbannt hat.

Dies nur fünf Argumente, um entschieden *Nein* zu sagen zu dieser nur sehr fadenscheinig getarnten Initiative.

Dr. med. Wolf Zimmerli, Oberdiessbach

1. Romann C. Ja zur Initiative «Für den Schutz vor Waffengewalt» – Suizidprävention hat Vorrang. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(51/52):2029.
2. Reisch T. Die Schweiz im glücklichen Blindflug. Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(1/2):11–3.

## Antwort

Sehr geehrter Herr Zimmerli

Einen ganz allgemeinen Kommentar vorweg: Ich bin weder politisch aktiv, noch gehöre ich einer Partei an, ich bin Schweizer und setze mich für die Schweiz ein. Ich bin Wissenschaftler und setze mich dafür ein, dass wissenschaftliche Ergebnisse in die Praxis umgesetzt werden.

Ihre Fragen möchte ich wie folgt beantworten:

Der Begriff «Militärwaffe» ist in der Tat doppeldeutig, da er sich auf Besitzstand der Waffe oder Art der Waffe beziehen kann. Zu unterscheiden sind die Militärwaffe von Militärangehörigen und die privatisierte Militärwaffe, welche nach dem Dienst erworben wurde. Diese zusammengenommen machen 1 724 400 aus, und stehen 680 000 Nicht-Militärwaffen (hauptsächlich Jagd- und Sportwaffen) gegenüber. Somit sind 71,7% aller Waffen Militärwaffen.

Bezüglich der vom BFS publizierten Zahlen siehe Antwort zum Leserbrief Herr Aeberli.

Es ist falsch, dass im Artikel nichts zu den Gesamtsuiziden steht, hier können Sie lesen: «Diese Veränderungen gehen in der Gesamtstatistik der Schweizer Suizide wegen der massiv gestiegenen Anzahl von assistierten Suiziden jedoch unter ...» Es macht keinen Sinn, die Gesamtsuizidrate bei einer Intervention anzusehen, welche Grossteile der Bevölkerung nicht (bei den Frauen) bzw. noch nicht (Personen über 40 Jahre) betrifft.

Suizide gab es schon immer und wird es auch weiterhin geben, aber die entscheidende

Frage ist doch, wie viele bzw. wie viele pro 100 000 Einwohner (Suizidrate).

Selbstverständlich muss Suizidprävention an vielen Stellen ansetzen, nur muss sie dort durchgeführt werden, wo sie effektiv ist. Wir wollen doch unsere Steuergelder nicht zum Fenster rauswerfen! Die beiden einzigen Massnahmen, welche den Kriterien einer Evidence Based Medicine standhalten, sind aber aktuell erstens die Restriktion von Mitteln und zweitens die Fortbildung von Ärzten zur Erkennung und Behandlung von Depression, wie sie zum Beispiel durch die Bündnisse gegen Depression geleistet wird.

PD Dr. med. Thomas Reisch, Bern



### Das Ganze betrachten!

#### Zum Artikel von T. Reisch [1]

Die Suizidhäufigkeit ist am niedrigsten bei denjenigen Schweizern, die dienstlich mit einer Armeewaffe ausgerüstet sind. Das lässt sich aus den Zahlen des Bundesamts für Statistik (BFS) für die Jahre 1995–2008 errechnen: Anzahl Schusswaffensuizide pro Altersgruppe dividiert durch die Grösse der männlichen Wohnbevölkerung (Statistiken je-d 14.02.05.11 bzw. su-d-01.01.01.12). Bei Personen über 50 Jahren ist die Häufigkeit um mindestens die Hälfte, wenn nicht um das Doppelte, höher.

Dieser Sachverhalt kommt im Artikel Reisch (Nr. 1/2) in der Abbildung 4 nicht zum Ausdruck, weil die Abbildung die absolute Zahl der Suizide zeigt, ohne die Anzahl der in Frage Kommenden zu berücksichtigen.

Seit 2004 liegt die Suizidhäufigkeit in allen Altersgruppen von 20–49 Jahren deutlich unter den entsprechenden Durchschnittswerten der Jahre 1995–2003. Das zeigt die Abbildung 4 gut; auch bei den 50- bis 59-Jährigen hat die Anzahl abgenommen. Von diesen vielen Jahrgängen haben acht ihre persönliche Armeewaffe abgegeben: Die 35- bis 42-Jährigen sind aus der Armee entlassen worden. Es liegt offensichtlich nicht an diesen acht entlassenen Jahrgängen, dass die Suizidhäufigkeit abgenommen hat; die Ursache muss anderswo liegen.

Die Feststellung von Dr. Reisch, knapp die Hälfte der Suizide sei mit einer Ordonnanzwaffe (aktuelle Armeewaffe und ehemalige) verübt worden, reimt sich nur schlecht mit den Zahlen des Bundesamts, welche (letztmals für 2008) zeigen, dass weniger als 20% der Suizide mit Waffen (Pistolen und Gewehre) geschehen. Die Abklärung der Diskrepanz steht auf dem Arbeitsprogramm der Nationalfonds-Studie 133070 (Reisch), wel-

che im November 2012 zum Abschluss kommen wird.

Apropos Tötungsdelikte: Das unlängst publizierte Dossier des BFS nennt fürs Jahr 2009 24 Todesopfer nach Tötungsdelikten, davon 23 mit Faustfeuerwaffen und eines mit einer «langen Feuerwaffe».

Walter Aeberli, Zürich

- 1 Reisch T. Die Schweiz im glücklichen Blindflug. Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(1/2):11–3.

### Antwort

Sehr geehrter Herr Aeberli

Die Suizidhäufigkeit ist bei jungen Menschen am tiefsten, dies ist richtig. Die Tatsache, dass die Suizide im Alter zunehmen, ist ein ganz allgemeines Phänomen in vielen, insbesondere westlichen Ländern und ist als sogenanntes «Ungarisches Muster» bekannt. In der Schweiz fängt die Kurve ab etwa 60 Jahren an zu steigen. Bemerkenswert ist aber, dass diese Zunahme für Schusswaffensuizide und Sprünge im Vergleich zu den anderen Methoden in der Schweiz am geringsten ausfällt. Im Artikel wurden vor allem die Effekte der Armee XXI beleuchtet und deshalb macht es Sinn, auf diese Altersgruppen zu fokussieren. Aber es stimmt: Die Suizidraten steigen mit hohem Alter an, das tun sie aber für andere Suizidmethoden auch, und, wie oben schon beschrieben, in einem viel stärkeren Ausmass. Ausserdem: Die Altersgruppe 20 bis 29, gefolgt von 30 bis 39, haben den höchsten Anteil an Schusswaffensuiziden an allen Suiziden (gemäss Bundesamt für Statistik; BFS). Gerade deshalb hat bei dieser Altersgruppe die Suizidprävention bei dieser Methode die beste Erfolgsaussicht. Darüber hinaus ist auch folgendes noch interessant: In unserer Pilotstudie hat die Altersgruppe 20–29 mit mehr als 50% den höchsten Anteil an Armeewaffensuiziden an allen Schusswaffensuiziden. Der Unterschied ist jedoch nicht statistisch signifikant. Daher müssen wir die Hauptstudie abwarten, welche diese Frage beantworten wird.

Bei der Altersgruppe 50–59 fällt der Unterschied zwar ins Auge, ist aber statistisch nicht signifikant. Es wäre daher wissenschaftlich unseriös, dies als Gegenargument zu benutzen. Diesen Teil werden wir aber in der Hauptstudie genauer analysieren müssen (welche Waffen waren das? usw.).

Die publizierten Zahlen der 5 zitierten Studien (es sind ja nicht nur unsere Zahlen) reimen sich tatsächlich nicht mit denen des BFS. Hierzu möchte ich wie folgt Stellung beziehen: Das BFS macht im allgemeinen eine sehr gute Arbeit, auf die man vertrauen kann. Die allgemeine Statistik zu Suiziden des BFS (Todesstatistik) beruht auf Primärdaten (Angaben auf dem Totenschein). Hier wird aber nicht festgehalten, welche Waffe beim Suizid-

versuch verwendet wurde. Will man Angaben zur Waffenart bekommen, muss man die Polizeiberichte einzeln studieren um Primärdaten verwenden zu können (so haben das die 5 zitierten Studien gemacht). Die vom BFS verwendeten Daten stammen höchstwahrscheinlich aber von zusammengezogenen Statistiken aus verschiedenen Einzelstatistiken (Sekundärdaten). Denn nur so ist zu erklären, warum die Kategorien in sich so inkonsistent sind. Es wurde gelistet: 1. Handfeuerwaffen, 2. Pistolen, 3. Revolver (...) 5. Armeepistole persönlich. 6. Armeepistole erworben. 7. Lange Feuerwaffe, 8. Flinte, 9. Gewehr, (...) 11. Sturmgewehr, 12. Armeesturmgewehr persönlich, 13. Armeesturmgewehr erworben, (...). Als Armeewaffen wurden in der zitierten BFS-Statistik nur die Kategorien 5. (Armeepistole persönlich), 6. (Armeepistole erworben), 12. (Armeesturmgewehr persönlich), und 13. (Armeesturmgewehr erworben) gewertet. Das «Sturmgewehr» (Kategorie 11) wurde nicht als Armeewaffe eingestuft. Absurd ist ferner: Sind denn «Pistolen» und «Revolver» keine Handfeuerwaffen? Ist denn das «Gewehr» keine «lange Feuerwaffe»? In allen Kategorien befinden sich (versteckt) höchstwahrscheinlich Armeewaffen. Ich habe mir die Mühe gemacht und bei jeder Kategorie in den Daten unserer Pilotstudie nachgeschaut, wie viel Prozente der in den Berichten beschriebenen «Gewehre», «Revolver» und «Pistolen» usw. denn de facto Armeewaffen (Sturmgewehr 90, 57; Pistole 49, 75, usw.) gemäss Primärdaten waren. Zählt man dann den Anteil an definierten Waffen (im Sinne einer Extrapolation), so kommt man, man glaubt es kaum, auf folgendes Ergebnis: über 40% der verwendeten Waffen bei Suiziden entsprechen Armeewaffen, also wieder die gleiche Zahl. Ich hoffe, das BFS präzisiert oder kommentiert seine Angaben noch in dieser Richtung. (Bei Niederschrift dieses Kommentars war dies noch nicht erfolgt.)

Die Tötungsdelikte sind, das sieht man ja an den Zahlen, anzahlmässig (verglichen mit den Suiziden) in der Schweiz eine viel kleinere Kategorie. Hier müssen immer mehrere Jahre zusammengezogen werden. Hier fühle ich mich auch nicht als Fachmann. Gemäss den Daten von Herrn Professor Killias, Zürich, ist die relative Bedeutung der Armeewaffe für «Stassenmorde» geringer, in der Kategorie Tötungsdelikte im häuslichen Umfeld liegt der Anteil der Armeewaffe an allen Schusswaffen aber immerhin bei 36% und ist somit auch wieder relevant, wenn auch nicht ganz so hoch wie bei den Suiziden. Nicht in Statistiken aufgeführt werden aber Bedrohungssituationen durch (Armee-)Waffen ohne Verletzungsfolge, welche von den Angehörigen (zumeist Ehefrauen) aber nicht angezeigt werden.

PD Dr. med. Thomas Reisch, Bern



### Nicht förderlich

Das Initiativthema «Für den Schutz vor Waffengewalt» beinhaltet politische und gesellschaftliche Fragen, die erheblich über die Suizidprävention hinausgehen. Ich finde es deshalb deplaziert und nicht förderlich für unsere Glaubwürdigkeit, dass die FMH für diese Initiative, zu der sicher auch in der Ärzteschaft verschiedene Meinungen herrschen, aktiv wirbt.

Dr. med. Barbara Bulambo-Marthaler, Fribourg



### Perfide Entwaffnung des Schweizer Soldaten

Dazu Gottfried Keller im «Fähnlein der sieben Aufrechten»:

Am Bücherschrank aber lehnte eine gut im Stand gehaltene, blanke Ordonnanzflinte, behängt mit einem kurzen Seitengewehr und einer Patronentasche, worin zu jeder Zeit dreissig scharfe Patronen steckten. – «Denn», pflegte er zu sagen, «keine Regierung und keine Bataillone vermögen Recht und Freiheit zu schützen, wo der Bürger nicht imstande ist, selber vor die Haustüre zu treten und nachzusehen, was es gibt!»

Sowie Benjamin Franklin, kurz und bündig: «Wer *grundlegende* Freiheiten aufgibt, um vorübergehend ein wenig Sicherheit zu gewinnen, verdient *weder* Freiheit *noch* Sicherheit!»

Nochmals Gottfried Keller:

«Wahrhaftig, wenn ich in der Zeit lebte, wo die Schweizerischen Dinge einst ihrem Ende nahen, so wüsste ich mir kein erhebenderes Schlussfest auszudenken, als die Geschirre aller Körperschaften, Vereine und Einzelbürger, von aller Gestalt und Art, zu Tausenden und aber Tausenden zusammenzutragen in all ihrem Glanz der verschwundenen Tage mit all ihrer Erinnerung, und den letzten Trunk zu tun dem sich neigenden Vaterland.» Damit es nicht so weit kommt, *Nein* zur Waffeninitiative am 13. 2. 2011.

Dr. med. K. Müller, Thalwil



### Thema ist die Sicherheit zu Hause

Sehr geehrter Herr de Haller

Die Delegiertenversammlung der FMH hat sich auf Empfehlung des Vorstandes hinter die Initiative für die Abschaffung der Waffen in Haushalten gestellt. Die Absicht war Gesundheitsförderung, die Begründung sogenannten wissenschaftlich, indem unkritisch angenommen wurde, dass die Waffen zu Hause suizidbegünstigend sein könnten. Die zitierten Arbeiten Ajdacic-Gross [1], Killias [2,3] und zuletzt Reich [4] sind alles andere als wissenschaftlich. Sie zeigen Parallelen zwischen der Zahl von Waffen zu Hause und der Anzahl Waffensuizide. Paralleles Verhalten von zwei Grössen ist höchstens ein Grund, die Phänomene kausal näher zu untersuchen. Kausale Rückschlüsse sind nicht erlaubt. Die zitierten Arbeiten und viele von den Befürwortern der Initiative vorgebrachte Zahlen untersuchen nicht die Umstände der einzelnen Suizide: Haben sie sich im Dienst ereignet? Sind die Suizide tatsächlich mit eigener Militärwaffe durchgeführt worden? Hätten andere Waffen zur Verfügung gestanden? Viele Haushalte haben Jagdgewehre mit Munition zur Verfügung, leicht mit Militärpistole oder Gewehr zu wechseln. Und zuletzt: Die Zahl der Waffensuizide geht zurück, obwohl die Zahl der Waffen zu Hause konstant bleibt. Die Führung der FMH hat sich mit einem rein politischen Thema befasst, ohne die breite Basis zu konsultieren. Es ist das Thema der eigenen Sicherheit zu Hause und des möglich abschreckenden Wertes der Waffe zu Hause. Wie stellt sich der Bürger zu dem Problem der eigenen Sicherheit zu Hause, wenn er weiss, dass gerade in den USA, wo Waffen zuhause behalten werden, die bewaffneten Raubüberfälle in den Häusern viel seltener sind? Im Tessin, Grenzkanon, sind bewaffnete Überfälle zu Hause sehr selten, während jenseits der Grenze fast täglich bewaffnete Hauseinbrüche stattfinden. Gibt der Bürger seine Waffen ab, und der Kriminelle behält die eigenen? Schade: Die FMH hat diesmal nicht realisiert, dass sie über so ein Problem hätte schweigen sollen.

Prof. Dr. med. Sebastiano Martinoli,  
Dr. med. Pio Fontana, beide Lugano

- 1 Ajdacic-Gross V. Die Schusswaffeninitiative: Beginn einer neuen Ära für die Suizidprävention in der Schweiz? Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(12):479–81.

- 2 Killias M, Dilitz C, Bergerioux M. Familien-dramen – ein schweizerischer «Sonderfall», Crimiscope 1–4, 33. Lausanne ESC. UNIL; 2006. www.unil.ch/webdav/site/esc/shared/Crimiscope/crimiscope033\_2006\_D.pdfKillias 01
- 3 Killias M, Haas H. Waffen – Wie viele haben sie, wie gefährlich sind sie? Crimiscope. 2001; 16/17:1–10.
- 4 Reich T. Die Schweiz im glücklichen Blindflug. Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(1/2):11–3.



### Mangelnde Zeit und Empathie

#### Zum Beitrag «Kritische Bemerkungen zum Nationalen Forschungsprogramm NFP53»

Dem Beitrag von Herrn Geiser kann ich voll zustimmen [1]. Wir Schulmediziner müssen uns jedoch die Frage gefallen lassen, weshalb das Gebiet der «Muskuloskelettalen Gesundheit – chronische Schmerzen» immer mehr zum «Tummelplatz» anderer, z. T. fragwürdiger Gesundheitspraktiker wird und weshalb viele Patienten dorthin abwandern.

Der Hauptgrund ist die mangelnde Empathie, die mangelnde Zeit und ungenügende Auseinandersetzung mit den konkreten Sorgen dieser Patienten. Z. B. wird oft ein orthopädischer Chirurg beigezogen, der dann keine Operations-Indikation feststellt (was oft richtig ist), aber den Patienten mit seinen Problemen und Sorgen allein lässt, ohne eventuelle ernsthafte konservative Therapie-Optionen anzubieten. Der Patient fällt somit oft «zwischen Stuhl und Bank» und irrt vom Hausarzt zum Orthopädischen Chirurgen, zum Rheumatologen und ins Schmerzzentrum usw. Der Patient fühlt sich nicht ernst genommen, man hört ihm nicht zu, er spürt das fehlende Engagement und die Hilflosigkeit. In dieser Phase wird oft der Schritt in den Tummelplatz unternommen, wo ihm jemand zuhört und Engagement signalisiert.

Anstatt zu jammern und zu kritisieren, sollten wir hellhöriger werden und hier mehr investieren.

Dr. med. W. Hackenburch, Langenthal

- 1 Geiser M. Kritische Bemerkungen zum Nationalen Forschungsprogramm NFP53. Schweiz Ärztezeitung 2011;92(1/2):35–6.





## Nicht nur negativ

### Zum Artikel «Kritische Bemerkungen zum NFP53» [1]

Mit Interesse habe ich den Artikel von Herrn Kollege Geiser gelesen. Bei der Beurteilung wissenschaftlicher Leistungen kommt es nicht so häufig vor, dass – nach der Ansicht des Autors vorwiegend politisch motivierte – Forschungsprogramme regelrecht zerpflückt werden. Auf der anderen Seite hat das aus seiner Sicht düstere Szenario, dass nämlich die für das entsprechende Gebiet zuständigen Experten nicht gebührend berücksichtigt wurden und Vertreter anderer Fachgebiete sich um die «muskuloskeletale Gesundheit» bemüht haben, nicht nur negative Aspekte. Immerhin wurde das Thema offenbar einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich. Diese Aufmerksamkeit wird zahllosen anderen Gebieten der Medizin nicht entgegengebracht. Viele umwälzende Forschungsergebnisse, die vor Jahren mit Hilfe von staatlichen Fördergeldern in aufstrebenden Gebieten, wie beispielsweise der molekularen Medizin oder kardiovaskulären Grundlagenforschung, erarbeitet wurden, sind durch den raschen Wechsel des öffentlichen bzw. politischen Interesses in Vergessenheit geraten. Auch aufgrund der fehlenden kritischen Masse der Experten innerhalb der Schweiz sind viele dieser teuer erkaufte Erkenntnisse hierzulande nie umgesetzt worden. Durch Abwanderung der besten Köpfe, die sich mit diesen damals hochaktuellen Fragestellungen auseinandergesetzt haben, ins Ausland oder zurück in die praktische Medizin, hat in gewissen Gebieten ein regelrechter Wissenszerfall stattgefunden. An sich heute einfach behandelbare Erkrankungen werden mangels Interesse der Allgemeinheit und damit auch der Ärzteschaft nicht mehr als solche erkannt und damit oft nicht adäquat behandelt. Die Tragik aus der Sicht der betroffenen Patientinnen oder Patienten ergibt sich nun aus der Tatsache, dass die Prävalenz ihrer Krankheit weitgehend unabhängig von der gerade herrschenden politischen und wissenschaftlichen Stimmung ist. Gerade im Bereich der molekularen Medizin hat die viel zu kurze Zeit der Aufmerksamkeit nicht zu einer Konsolidierung des Wissens innerhalb der Ärzteschaft führen können. Aufgrund starker politischer Gegenströmungen, die Gesetze hervorgerufen haben, die z.B. für die molekulare Diagnostik heute geradezu prohibitiv wirken, werden zahlreiche bereits eingehend erforschte und gut verstandene Erkrankungen in der Praxis heute weit schlechter als noch vor zwanzig Jahren

diagnostiziert und behandelt. Dies betrifft beispielsweise familiäre Stoffwechselstörungen, die durch den Nationalfonds in den neunziger Jahren mit Programmen zu deren Abklärung unterstützt wurden [2]. In zahlreichen europäischen Ländern ist das «family tracing», «cascade screening» und die entsprechende molekulargenetische Abklärung, die wir damals durchführen konnten, heute integrierter Standard. Ein anderes Beispiel ist die Gentherapie, vor rund fünfzehn Jahren erklärter Schwerpunkt des Schweizerischen Nationalfonds (NFP37, 15 Mio. [3]; sie ist für zahlreiche Patientinnen und Patienten auch heute noch die einzige Hoffnung auf eine dauerhafte Heilung ihrer schweren Leiden. Heute als zur «Gentechnologie» gehörig betrachtet, wurde sie aus der Schweiz verbannt; obwohl diesen Menschen bereits geholfen werden kann [4, 5].

Man kann den Unmut von Herrn Kollege Geiser bis zu einem gewissen Grad nachvollziehen; immerhin kann er sich aber freuen, dass seinem Fachgebiet eine – wahrscheinlich nur sehr kurze – Phase der Aufmerksamkeit des Nationalfonds und damit der Öffentlichkeit zukam. Unter diesem alleinigen Aspekt stellt sich hier aber tatsächlich die Frage, ob derartige Investitionen sinnvoll sind.

*Prof. André R. Miserez, Reinach*

- 1 Geiser M. Kritische Bemerkungen zum Nationalen Forschungsprogramm NFP53. Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(1/2):34–5.
- 2 Miserez AR: Familiäre Hypercholesterinämie: Zweite WHO-Konferenz und Internationales MED-PED-Programm. Schweiz Med Forum. 2001;29/30:760.
- 3 NFP37. Somatische Gentherapie. www.snf.ch/D/forschung/Forschungsprogramme/abgeschlossen/Seiten/\_xc\_nfp37.aspx
- 4 Cavazzana-Calva M et al. Transfusion independence and HMG2 activation after gene therapy of human  $\beta$ -thalassaemia. Nature. 2010;467:318.
- 5 Boztug K. et al. Stem-cell gene therapy for the Wiskott-Aldrich syndrome. N Engl J Med. 2010;363:1918.



### Offener Brief: Rücktrittsforderung an den Präsidenten der FMH

Herr Präsident

Es ist Zeit, dass Sie zurücktreten!

1. Sie haben Ihr Amt unter Vorspiegelung falscher Tatsachen erhalten: Ich bin nicht sicher, dass Sie damals die Wahl gewonnen hätten, wenn Ihre politischen Einstellungen zum vornherein klar gewesen wären.

2. Sie benutzen Ihr Amt zur Durchsetzung Ihrer politischen Interessen: der Vereinigung Pulsus haben Sie die Herausgabe der E-Mail-Adressen der Ärzte verweigert, unter Hinweis auf den Datenschutz und dass die Ärztheadressen nicht für politische Kampagnen gebraucht werden dürfen. Wenn Sie hingegen einen E-Mail-Versand für eine Ihnen genehme Initiative (Schutz vor Waffengewalt) durchführen, hat diese natürlich keine politischen Hintergründe.
3. Da Ihre Partei und Sie sich für eine Staatsmedizin starkmachen denke ich, dass Sie völlig am falschen Platze sind, und Sie haben den Ärzten genug geschadet; Sie verbauen auch den Ärzten in Ausbildung und zur Zeit angestellten Ärzten den Weg in eine freiberufliche Tätigkeit.

Ich fordere Sie somit auf, sofort Ihr Amt zur Verfügung zu stellen!

*Dr. med. Silvio Marugg, Luzern*

### Antwort

Lieber Kollege

Vielen Dank für Ihr Schreiben.

Ich verstehe sehr wohl, dass Sie, insbesondere auf politischer Ebene, nicht mit allen Ansichten von mir oder des Zentralvorstands einverstanden sind – in einem Verband mit über 35 000 Mitgliedern ist das schlicht unvermeidlich.

Genau aus diesem Grund und auch weil ich grossen Wert auf eine demokratische und ethische Arbeitsweise der FMH lege, achte ich immer auf eine klare Trennung zwischen meiner Tätigkeit für die FMH und meinen übrigen politischen Aktivitäten. Meinem Amt als Präsident der FMH räume ich dabei stets Priorität ein. Sollten sich Differenzen zwischen der Position der FMH und einem Standpunkt aus meinen übrigen politischen Aktivitäten ergeben (solche Fälle sind sehr selten!), steht selbstverständlich immer die Vertretung der FMH im Vordergrund. Dies wird sich auch künftig nicht ändern.

In diesem Zusammenhang möchte ich darauf hinweisen, dass die Haltung der FMH zur Volksinitiative «Für den Schutz vor Waffengewalt» von unserer Delegiertenversammlung mit einer sehr deutlichen Mehrheit beschlossen wurde. Dieser Beschluss war das Ergebnis einer Diskussion, in der die Argumente für und gegen die Initiative frei ausgetauscht wurden. Es handelt sich also um einen demokratischen Entscheid der zuständigen Instanz der FMH – nicht mehr und nicht weniger, und auch ohne dass irgendein Interessenkonflikt damit verbunden ist. Für die FMH ist diese Initiative in keiner Weise eine

Frage der politischen Grundhaltung, keine Frage über rechts oder links – es geht um die Suizidprävention, die zweifellos ein höchst medizinisches Anliegen ist.

Meiner Meinung nach ist es für die FMH als Repräsentantin der Ärzteschaft wichtig, dass sie sich aktiv in unsere Welt einbringt, dass sie sich mit allen Problemen im Gesundheitsbereich auseinandersetzt und dass sie sich mit der spezifischen Sichtweise der Ärztinnen und Ärzte an der Entwicklung der Gesellschaft beteiligt. Dies ist für uns die beste (und einzige!) Vorgehensweise, um nicht marginalisiert zu werden und um auch weiterhin die Gelegenheit zu haben, unsere eigene Zukunft so weit als möglich mitzubestimmen.

Vor diesem Hintergrund und im Bewusstsein, dass eine möglichst breite politische Abstützung der FMH sehr wünschenswert ist, hat der Zentralvorstand beschlossen, mein politisches Engagement und meine Kandidatur für den Nationalrat im nächsten Herbst zu unterstützen. Gerade die Vielfalt der Meinungen im Zentralvorstand garantiert objektive und konstruktive Diskussionen.

Der Zentralvorstand hat bei seinen Überlegungen berücksichtigt, was ein politisches Engagement des FMH-Präsidenten für unsere Standesorganisation bedeuten könnte, welche Risiken damit unter Umständen verbunden sind und welche Chancen sich daraus ergeben könnten. Für uns ist klar, dass alle Entscheide ausnahmslos unter Berücksichtigung der FMH, ihrer Statuten und insbesondere ihrer Interessen getroffen werden. Für das Mandat des Präsidenten selbst ist dabei übrigens die Ärztekammer zuständig.

So weit meine Erläuterungen zu den Ausführungen in Ihrem Schreiben!

Mit freundlichen Grüßen

*Dr. med. Jacques de Haller, Präsident der FMH*

PS: Was die E-Mail-Adressen unserer Mitglieder anbelangt, verwendet das Generalsekretariat diese im Rahmen der Aufträge, die es von der Delegiertenversammlung erhält. Hingegen ist es gemäss unseren Reglementen aus naheliegenden Gründen strikt untersagt, diese E-Mail-Adressen anderen Gruppierungen zur Verfügung zu stellen.



### Wo bleibt der hippokratische Eid?

#### Ärzte beider Basel gegen Zwang zu Netzwerken mit Budget-Mitverantwortung [1]

Treffender als im offenen Brief der Ärzte beider Basel kann die grassierende «Managed Care»-Massenpsychose für einen Zwang zu Netzwerken mit Budgetmitverantwortung kaum beschrieben werden. Bereits die menschenverachtende Begriffswahl, dass Patienten und Patientinnen wie Erdölvorkommen «gemanaged» werden sollen, verweist auf den Verrat am hippokratischen Eid.

*Dr. med. Willy A. Stoller, Bern*

- 1 Medizinische Gesellschaft Basel, Ärztesellschaft Baselland. KVG-Revision: Ärzte beider Basel gegen Zwang zu Netzwerken mit Budget-Mitverantwortung. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(51/52):2039.



### Entgegnung zum Editorial 2011: ein Jahr voller wichtiger politischer Entscheide! [1]

In seinem Editorial in der SÄZ behauptet der Präsident der FMH, wir würden eine «unverständliche» Sprache sprechen, die uns kein Gehör verschafft. Wir müssten eine Sprache sprechen, die verstanden wird. So weit, so gut. Aber welche Sprache soll es bitte sein? Eine Sprache, die den Krankenkassen oder Politikern genehm ist, oder die Sprache, die wir tagtäglich mit unseren Patienten sprechen? Ich denke nicht, dass die Sprache das Problem ist – die unsere ist nämlich eine klare und deutliche Sprache, für jedermann verständlich. Das Problem liegt eher bei denen, die nicht hören/verstehen wollen/können, inklusive FMH.

Herr Kollege de Haller mahnt uns weiterhin mit den Worten, dass es eine gefährliche Illusion sei zu glauben, wir könnten Debatten blockieren, nur weil diese nicht unseren Vorstellungen entsprechen!

Einmal mehr belehrt uns die FMH, wie wir zu denken und uns zu verhalten haben. Denn es geht hier nicht darum, etwas zu blockieren, sondern zu verhindern, dass unser gut funktionierendes Gesundheitssystem zerstört wird. Für ein höheres Ideal zu kämpfen, ist für die FMH bereits eine Illusion, gefährlich noch dazu?

Wer mag sich noch an den «Drohbrief» der FMH erinnern, als es über die TARMED-Einführung abzustimmen galt? Auch dort wurde die Basis aufgefordert – und dabei wohlverstanden mit erhobenem Zeigefinger –, dem TARMED-Tarif zuzustimmen. Auch damals wurde uns seitens der FMH Angst eingejagt, wenn wir nicht zustimmen würden, würden andere über uns bestimmen. Damit wurde die Ärzteschaft als schwach und hilflos dargestellt, die – wenn sie Schlimmeres verhindern will – den Willen der anderen über sich ergehen lassen muss. Sachliche Argumente haben gestern wie heute gefehlt. Die Basis hat TARMED zugestimmt (ich auch), ohne wirklich zu wissen, was sie tat. Mit dem neuen KVG ist die Ärzteschaft schonungslos der Willkür der Krankenkassen und santésuisse ausgeliefert worden. Denn es ist mehr als absurd und schikanös, dass die Krankenkassen so ein Machtinstrument geschenkt bekommen haben, das sie auch schamlos anwenden. Wenn schon, müsste eine unabhängige Stelle die Kontrolle übernehmen und nicht santésuisse. Welche Rolle hat dabei die FMH gespielt? Hat sie nicht lediglich die Rolle des Helfershelfers gespielt, anstatt für eine gerechtere Lösung im Interesse von Ärzten und Patienten zu kämpfen? Versteht der Vorstand der FMH, dass dieser Zustand eine Demütigung für die ganze Ärzteschaft bedeutet?

*Wie wäre es, wenn die FMH endlich über ihren Schatten springen und für einmal die Interessen der Ärzteschaft vertreten würde?*

Die FMH weckt immer wieder die Vermutung, Helfershelfer von all denen zu sein, die eigentlich das bewährte Gesundheitssystem zerstören wollen. Wenn man das Gesundheitssystem reformieren will (sich nur vom erfundenen Wort «Kostenexplosion» leiten zu lassen, führt in den Abgrund), muss man zuerst seriös recherchieren, wo die Mängel sind, um dann schliesslich auf das Bewährte aufzubauen, wie uns bereits vor ca. 150 Jahren Gottfried Keller gezeigt hat:

«Lasset uns am Alten,  
so es gut ist, halten!  
Und auf diesem Grund  
Neues wirken, jede Stund.»  
(Gottfried Keller, 19.7.1819–15.7.1890)

*Dr. med. Angelo Camova, Zürich*

- 1 De Haller J. 2011: ein Jahr voller wichtiger politischer Entscheide! Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(1/2):5.

**Tempi passati**

**Ganzseitige Dauerreklame für «ebalance.ch» in der NZZ; halbseitige Ankündigung eines neu angestellten Arztes an der Klinik. NZZ und Tages-Anzeiger 15. 1. 2011**

Ältere Semester werden sich an Zeiten erinnern, da die Ärztesellschaften sich mit

Argusaugen des Tuns und Lassens ihrer Mitglieder, auch ihres Auftritts in der Öffentlichkeit, angenommen haben. So war es verpönt und galt als standeswidrig, mit besonders aufdringlichen, grossen oder marktschreierischen Inseraten und dergleichen auf sich aufmerksam zu machen. Diese Zeiten falscher Bescheidenheit sind definitiv passé. Umpolen. Wie üblich zeigen uns die Manager, wie man's macht. Schade, dass die Klinik Hirslanden sich dafür nicht zu gut ist.

*Dr. med. René Stutz, Zürich*