

Courrier au BMS



Neue Märkte erschliessen

Im Leserbrief schreibt Frau Kollega Steiger, dass die ärztlichen Eisenzentren offenbar einen neuen Markt erschliessen wollen [1]. Sie bezieht sich dabei auf das gewohnte Vorgehen und geht davon aus, dass eine Pharmafirma der treibende Motor sei. An dieser Stelle muss eindeutig festgestellt werden, dass dies nicht der Fall ist. Auf eigene Initiative wurde das Eisenmangelsyndrom IDS (Iron Deficiency Syndrome) während zehn Jahren in einer Hausarztpraxis erforscht. Die Forschung wurde vollumfänglich selbst finanziert – ohne Absprache mit einer Pharmafirma oder Mitwirkung einer solchen. Mittlerweile existieren 33 ärztliche Eisenzentren, die – internetunterstützt – ein optimiertes Konzept für Diagnostik, Therapie und Rezidivprophylaxe bei Eisenmangel anwenden mit einer Erfolgsquote zwischen 50 und 70%, je nach Symptom. Das Besondere am Eisenmangelsyndrom besteht darin: Die Lehrmedizin kennt bisher nur die Eisenmangelanämie, obwohl Eisenmangel auch ohne Vorliegen einer Anämie zu Symptomen führen kann. Patienten mit Eisenmangel ohne Anämie wurden während Jahren in der Regel als psychosomatisch krank definiert und entsprechend behandelt. Zu den «Frühwarnsymptomen» gehören Erschöpfungszustände, Konzentrationsstörungen, Schlafprobleme, depressive Verstimmungen und Nackenverspannungen. Aufgrund der bisherigen Resultate leiden nur etwa 10% der Eisenmangelpatienten an einer Anämie.

Die Eisenspezialisten sind in der Lage, die Indikation für eine Behandlung mit Eiseninfusionen zu erkennen und auch die individuell notwendige Menge des zu applizierenden Eisens zu berechnen (Internet-Calculator), auch wenn keine Anämie vorliegt. Der Rat der Pharmakritik, zuerst eine Behandlung mit Eisentabletten zu versuchen, ist zwar gut gemeint, aber insofern als unethisch zu betrachten, als Eiseninfusionen signifikant wirksamer und verträglicher sind als Eisentabletten. Zudem hat die Mehrheit der Eisenmangelpatienten, welche die Eisenzentren

aufsuchen, vorgängig während Monaten Eisentabletten geschluckt – leider ohne den erwünschten Erfolg.

Eine Publikation betreffend 873 multizentrisch dokumentierte Behandlungsverläufe ist in Vorbereitung. Eine wissenschaftliche Studie zum Thema wird ebenfalls demnächst publiziert.

*Dr. med. Beat Schaub,
Birmingen,
www.eisenzentrum.org*

- 1 Steiger D. Neue Märkte erschliessen. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(50):2130.



Nurse practitioners anglo-américains

Monsieur le Rédacteur

L'article de C. Gut paru dans le BMS du 19.12.07 sur les nurse practitioners anglo-américains m'a profondément troublé [1].

Il illustre à merveille le glissement sémantique pernicieux (de praticien médecin à praticien infirmier) pouvant peu à peu s'imposer comme une évidence sous la pression d'impératifs économiques ou de démographie médicale.

Nous ne nions pas la pénurie croissante de médecins de premier recours, dans notre pays et le monde occidental en général. Nous ne nions pas le vieillissement accéléré de notre population, et les besoins grandissants en soins de base que ce vieillissement induira inexorablement, à moyen terme. Nous ne nions pas enfin les économies substantielles que pourraient réaliser le système d'assurance-maladie sociale de nos contrées en promouvant une nouvelle profession, celle de nurse practitioner, ersatz bon marché du médecin de famille, aux capacités d'écoute et d'empathie renforcées par son master ou son doctorat en soins infirmiers.

Le problème est que nous sommes tout simplement en train de confondre deux professions aussi honorables l'une que l'autre, mais foncièrement distinctes dans leur rôle, leur mission et la formation qui en permet l'exercice.

La profession médicale s'occupe depuis l'Antiquité du diagnostic et du traitement des maladies. Au XXI^e siècle, ce type d'activité implique des connaissances approfondies en anatomie, biochimie, physiologie, pathologie et pharmacologie qui fondent avec les stages cliniques pré- et postgradués le cursus des études de médecine.

Un médecin dépourvu de ces connaissances se verra tôt ou tard dans l'incapacité de poser un diagnostic correct et de proposer un traitement adéquat pour des maladies aussi simples, mais aussi sérieuses qu'un infarctus du myocarde, une BPCO, un ictus cérébelleux, une sclérose en plaques ou une hépatite virale.

L'infirmier quant à lui (avec ou sans master ou doctorat) dispose d'une formation autre, centrée sur les soins aux patients, certains gestes techniques, l'écoute empathique, quelques notions de prévention.

A moins de vouloir, tels les alchimistes du Moyen Age, transformer le plomb en or, nous ne pourrions jamais transformer la formation d'infirmier en une formation de médecin, pour la simple et bonne raison que les deux professions sont ontologiquement différentes.

La fureur économique si chère aux gestionnaires de notre système de santé, devrait avoir ici l'humilité de renoncer à une mentalité de hard discount et se retirer sur la pointe des pieds, au nom du simple respect dû à nos patients et à leurs maux qui méritent mieux que ce genre d'emplâtre à l'anglo-saxonne.

Dr méd. Pierre Cagli, Lausanne

- 1 Gut C. Nurse practitioners in der medizinischen Grundversorgung der Schweiz? Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(51/52):2170-3.



Gesundheitsausgaben [1]

Unbeirrt und mit schöner Regelmässigkeit werden wir über das Ranking der Schweiz in Sachen Gesundheitskosten orientiert. Der Autor entnimmt seine eineinhalbjährigen Daten einer CD der OECD. Immerhin erspart er damit den Interessierten Anschaffungskosten, es sei denn, diese Interessierten möchten mehr über das Thema erfahren.

Mit gleicher Regelmässigkeit, aber erfolglos erlaube ich mir, darauf hinzuweisen, dass es uns wohl möglich wäre, die Ranglisten ohne Anlei-

tung zu konsultieren, dass aber niemand mit den nackten Zahlen etwas anfangen kann. Ich wiederhole mich, wenn ich darauf hinweise, dass z.B. nicht erklärt ist, wieso das amerikanische Gesundheitswesen so viel teurer ist als alle anderen, wo doch die dortigen Zustände offenbar alles andere als befriedigend sind. Es wäre eine vornehme Aufgabe für die Institution, in der oder für die der Berichterstatter tätig ist, die Zahlen sachgemäss zu analysieren.

Ein Erklärungsbeispiel ist uns ohne fremde Hilfe (kürzlich in dieser Zeitung) zugekommen: Die Finnen, sicherlich kaum schlechter gepflegt als die Schweizer, trotz eines halb so teuren Gesundheitsdienstes, zahlen ihrem Pflegepersonal gut 20% weniger Lohn als z.B. die Schweden. Das übrige Spitalpersonal dürfte nicht besser gehalten sein als die Pflegenden. Da die Personalkosten, wie allgemein bekannt, 70–80% eines Spitalbudgets ausmachen, darf man annehmen, dass sich hier ein grösserer erklärender Posten verbirgt.

Es lässt sich vermuten, dass die Zahlen der OECD sehr heterogen und wenig vergleichbar sind. Mit Kaufkraftbereinigung allein ist es nicht getan. Es wird denn auch eingeräumt, dass wegen unterschiedlicher Definitionen und Gesundheitssysteme «nicht alle Daten bis auf Kommastellen (!) vergleichbar sind und dass die Zahlen zum Teil auf Schätzungen beruhen». Der Autor ist auch der gewagten unfreundlichen Meinung, dass die Direktbelastungen in der Schweiz, die u. a. auch zur Sprache kommen, wegen des Extremföderalismus im internationalen Vergleich eine der grössten Anomalien (sic!) unseres Gesundheitssystems darstellen. Ich erspare es mir, auf weitere Ungereimtheiten hinzuweisen, und verbleibe mit: «Was soll's.»

Dr. med. Kurt Bösch, Rorschacherberg

- 1 Kocher G. Gesundheitsausgaben: Schweiz wiederum im zweiten und dritten Rang. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(47):2004-7.

Replik

Einmal mehr kritisiert Kurt Bösch einen gesundheitsökonomischen Artikel. Kann wirklich «niemand mit den nackten Zahlen etwas anfangen», wie Bösch behauptet? Das ist sicher ein Irrtum – ich würde das Niveau der SÄZ-Leserschaft niemals so gering einschätzen. Zudem: Die in meinem Artikel dargestellten OECD-Statistiken sind so vielfältig, dass eine ausführliche Analyse jeden Rahmen sprengen würde. Mit welchem Recht fordert Bösch jedes Jahr von mir, die OECD-Statistiken seien ausführlicher zu analy-

sieren? Und warum – sind doch diese Zahlen seiner (irrtümlichen) Vermutung nach «wenig vergleichbar» ...

In seinem Leserbrief irrt sich Bösch gleich noch zusätzliche drei Mal: Ich habe nicht geschrieben, der Extremföderalismus sei der Grund der hohen finanziellen Direktbelastungen der Schweizer. Wer käme auf eine solche abstruse Kausalität? Zweitens: Die hohen Out-of-pocket-Ausgaben sind im internationalen Vergleich *nachweisbar* eine der grössten Anomalien unseres Gesundheitssystems. Es ist keine «gewagte unfreundliche Meinung» und keine «Ungereimtheit», dass die Schweiz den höchsten Selbstzahleranteil unter den 22 verglichenen OECD-Ländern hat, nämlich jährlich 1739 \$ (2005) oder 3,6mal höher als der Durchschnitt dieser Länder. Und drittens: Die Personalkosten machen nicht «70–80% eines Spitalbudgets» aus, sondern nur rund 58% des Gesamtbudgets (Deutschland: 64%).

Fünf Irrtümer also in einem kurzen Leserbrief – ich bin gespannt auf die Irrtumsdichte der nächsten Böschiade ...

Gerhard Kocher, Muri bei Bern



König Daniel V. und sein Vasall – eine Weihnachtsgeschichte

Es begab sich in jener Zeit, dass ein junger König namens Daniel V. dank familiärer Bande an die Spitze eines weltweit tätigen Konzerns berufen wurde. Unter seiner Leitung prosperierte das

Unternehmen gar sehr, und so beschloss König Daniel V., sich für seine Verdienste einen Lohn auszubezahlen, der alles bisher Bekannte um Dimensionen sprengte. Und so ging Jahr um Jahr ins Land, ohne dass die Leute so richtig Notiz davon nahmen. Eines Tages aber traf der Konzern, wie es der König ausdrückte, auf ein «härteres Marktumfeld». Und so beschloss er, um die Weihnachtszeit weltweit 2500 und allein in seiner Stammregion 400 Leute zu entlassen. Das Volk in seinem Königreich hatte kein Verständnis für solches Tun und begann zu murren. Dies kam einem Vasall des Königs zu Ohren, und er brachte den Unwillen des Volkes Daniel V. zur Kenntnis. Das Volk, so berichtete der Vasall, habe ausgerechnet, wenn der König auf 43 000 000 Golddukaten seines Jahreslohns verzichten und sich mit 1 000 000 Golddukaten – einem immer noch sehr erklecklichen Betrag – begnügen würde, alle 400 Arbeitsplätze mit einem Jahreslohn von durchschnittlich 104 000 Golddukaten in der Heimatstadt des Konzerns erhalten werden können. Der König dachte eine Weile über diese Idee nach. Dabei erinnerte er sich daran, dass er als junger Mann sich hatte zum Arzt ausbilden lassen mit der Idee, den Menschen zu dienen.

Deshalb tat er dann genau das, was das Volk von ihm erwartet hatte. Der Jubel im Volk war unbeschreiblich. Und überall im Lande und auf der ganzen Welt waren des Königs Ärztekollegen derart gerührt ob solchem Grossmut, dass sie in vermehrter Masse die Medizinalien, die vom Konzern des Königs Daniel V. produziert wurden, verschrieben, worauf der Konzern aufs gar prächtigste gedieh und für eine lange, lange Zeit keine Leute mehr entlassen wurden.

Dr. med. H. R. Schlienger, Münchenstein