

Briefe an die SÄZ



Labortarifdiskussion

Sehr geehrte Politikerinnen und Politiker
 Es ist den vielen [1–4] beizupflichten:
 Plant man, den Hausarzt zu vernichten,
 hinwegzuschreiten über Leichen,
 muss man das Praxislabor streichen.
 Dank Weitblick wusste schon Paul Ehrlich [5]:
 das Labor ist uns unentbehrlich!
 Auch Robert Koch [6] war dieses klar
 durch Milzbrand- und Tb-Gefahr.
 Seither aufs Labor stark sich gründet
 die Medizin, sie ist verbündet
 dadurch mit mancher Wissenschaft,
 woraus sie schöpft die Heilungskraft.
 Es ist uns das Erkenntnisgut
 vonnöten aus Urin und Blut,
 kann Diagnosen auch erlauben
 in Fällen, wo man sonst auf Glauben
 dieselben hätte bauen müssen:
 ein Unsinn, wie wir längstens wissen!
 Die Laborarbeit sichert sachlich
 des Arztes Handeln täglich fachlich,
 hat sich bewährt im Grundkonzept
 als klassisches Erfolgsrezept.

Würgt ab man, was uns jetzt verleiht
 im Alltag Handlungsfähigkeit,
 fiel' man zurück ins Mittelalter,
 der Arzt würd' zum Konkursverwalter.
 Nicht möglich wär' die Tätigkeit,
 zu der er Tag und Nacht bereit,
 wenn er des Werkzeugs würd' beraubt
 just durch den Staat, dem er geglaubt,
 es sei erwünscht ein Hausarztstand,
 der nütze seinem Volk und Land.

Wie sagte man es Patienten?
 dem eig'nen Praxisassistenten,
 der weiterbildet sich zum Zwecke,
 dass er die Hausarzt-Lust entdecke?
 Was hilft da alle Liebesmühe,
 dass auch man akademisch blühe,
 wenn nun der Bund beim Labortest
 die Front erneut zur Ader lässt?

Es wirkt die Praxis optimal
 auch im Verbund mit dem Spital
 als Mitglied der Behandlungskette,
 die stärker man noch gerne hätte.
 Ein Glied jedoch, das ist geschwächt,
 wird manchem Kranken nicht gerecht,
 und ferner kommt es, wie man weiss,
 bei den Ressourcen zum Verschleiss.

Das Labor nicht zu honorieren
 kann in die Irre nur uns führen,
 zum Beispiel auch bei kleiner Qual
 ins immer teurere Spital,
 weil auch der letzte Praktikus
 gezwungen war zum Ladenschluss.

*Prof. Dr. med. Max Stäubli,
 Ebmatingen*

- 1 Hess W. Guten Morgen Herr Couchepin. Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(39):1665-6.
- 2 Buser S, et al. Labor weg = Hausärzte weg. Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(30/31):1289.
- 3 Graf W. Revision Analysenliste. Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(30/31):1289-90.
- 4 Tschopp P, et al. Protest der Hausärzte in Managed-Care-Modellen gegen die Kürzungen der Laborleistungen in der Analysenliste. Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(38):1622-3.
- 5 1854–1915, Arzt mit breiter medizinischer Forschungstätigkeit, Entdecker des Salvarsans als Medikament gegen Syphilis, 1908 Nobelpreis für immunologische Forschung.
- 6 1843–1910, Arzt, Begründer der medizinischen Bakteriologie, Entdecker des Milzbrandreggers und des Tuberkulose-Bakteriums, 1905 Nobelpreis für Medizin.



Senkung des Labortarifs führt zu höheren Gesundheitskosten

Offener Brief an Bundespräsident P. Couchepin

Sehr geehrter Herr Bundespräsident Couchepin
 Im Zusammenhang mit der akuten Erkrankung

von Bundesrat Merz wurde uns wieder einmal bewusst, dass nur dank eines gut funktionierenden Gesundheitswesens mit einer optimalen Rettungskette Menschen in einer ernststen Krankheitslage gerettet werden können.

Werden den Akteuren die Mittel, seien es technische oder finanzielle, weggenommen oder werden diese weggespart, so ist in naher Zukunft ein Zusammenbruch unserer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung zu erwarten. Das beste Beispiel der Gesundheitsparung mit Auswanderung der Fachkräfte bietet Deutschland.

Machen Sie nun nicht den gleichen Fehler wie unser nördliches Nachbarland, das sein Gesundheitswesen über Jahre zu Tode gespart hat und nun eine Drei-Milliarden-Euro-Spritze einschiessen muss, um es vor dem schon lange absehbaren Untergang – wenn überhaupt – noch zu retten.

Die Grundversorgung wurde in den letzten Jahren durch Sparmassnahmen so gebeutelt, dass dem Beruf des Hausarztes das Aussterben droht. Es ist heute ein Faktum, dass die zu übergebenden Praxen, wenn überhaupt, fast nur noch durch ausländische Ärzte besetzt werden. Die Zukunft der ambulanten Grundversorgung mit der Behandlung des akut erkrankten Patienten ist dadurch massiv gefährdet und wird durch weitere finanzielle Einbussen verunmöglicht.

Die Rettungskette ist eine Grundvoraussetzung jeglicher erfolgreichen Rettung: Sie beginnt mit der Hilfe durch den medizinischen Laien, führt weiter über den Hausarzt, den Notarzt, den Rettungssanitäter bis hin zum stationären Spitalbereich. Die Behandlung eines lebensbedrohlich erkrankten Patienten kann nur erfolgreich sein, wenn diese Rettungskette zu 100%, ohne Ausfall einzelner Glieder funktioniert. Dies war bei der Lebensrettung von Bundesrat Merz vorbildlich der Fall, so Prof. Dr. med. T. Carrel an der medizinischen Pressekonferenz vom 24. September 2008. Die ambulante ärztliche Grundversorgung muss gestärkt werden, keinesfalls darf sie wegen fehlender finanzieller Anreize geschwächt werden. Nur so wird auch im zukünftigen Notfall eine Rettungskette optimal laufen.

Der Ablauf einer Rettungskette im lebensbedrohlichen Notfall ist vergleichbar mit einer Kette von Abklärungsschritten in der täglichen ambulanten Praxis. Die Laboranalyse ist ein zentraler Bestandteil dieser Kette.

Der vorgesehene Labortarifumbau der eidgenössischen Analysenliste hätte derart massive finanzielle Konsequenzen für das ambulante Praxislabor, dass die ambulante Laboranalyse in der Hausarztpraxis nicht mehr kostendeckend durchgeführt werden könnte. Damit wäre ein Glied der Abklärungskette gestorben; ein wichtiger Ent-

scheidungs-faktor der ärztlichen Behandlung des Patienten würde ausfallen.

So kann beispielsweise seitens des Arztes bei einem Patienten mit akuten Bauchschmerzen ohne ambulantes Labor in der eigenen Praxis nicht mehr die Diagnose oder Ausschlussdiagnose einer akuten, lebensbedrohlichen Bauchspeicheldrüsenentzündung gestellt werden. Der Weg zur weiteren Abklärung mit einer teuren Hospitalisation des Patienten wäre in einem solchen Fall unumgänglich.

Manche Entzündung kann bei fehlendem Praxislabor nicht mehr als viral oder bakteriell identifiziert werden. Als Folge davon wäre eine Zunahme der Behandlung mit Antibiotika zu erwarten, was mit höheren Medikamentenkosten einhergehen würde.

Ein Herzinfarkt bei speziellem EKG-Befund könnte ohne Labor in der Praxis verpasst werden; jeder Brustschmerz müsste mit hohen Folgekosten hospitalisiert werden.

Würden die Labortarife gesenkt, so könnten viele ambulante medizinische Abklärungen durch den Grundversorger nicht mehr eigenständig seriös durchgeführt werden. Mit der Reduktion der Laboranalysetarife im ambulanten Kleinlabor würde ein essentielles Glied der Abklärungskette des Grundversorgers gestrichen. Die Konsequenz wäre ein weiteres Sterben der Grundversorgung und eine Kostensteigerung im Gesundheitswesen durch vermehrte Konsultationen (auswärtiges Labor kann nicht in der gleichen Sitzung besprochen werden) und unnötige medizinisch stationäre Abklärungen und Hospitalisationen.

Ich bitte Sie deshalb dringlichst, von den vorgesehenen Massnahmen zur Senkung der Laborkosten abzusehen bzw. diese zu stoppen, so wie dies auch die schweizerischen Gesundheitsdirektoren und verschiedene Organisationen des Gesundheitswesens zu Recht von Ihnen fordern.

*Dr. med. Hans F. Baumann,
Bassersdorf*



Die Tuberkulose, vom Altertum in die Neuzeit

Im Streiflicht «Die Tuberkulose, vom Altertum in die Neuzeit» [1] liefern Roger M. Wanner und Burkhard Springer einige interessante Informationen.

Mit Erstaunen liest man allerdings ein vernichtendes Urteil über die BCG-Impfung, welches sich einzig und allein auf die Madras-Studie 2

stützt. Diese Studie kann im besten Falle als schlechtes Beispiel dienen; denn geimpft wurden vorwiegend bereits Infizierte, was ziemlich unsinnig ist.

Wohl umfasst die Studie eindruckliche 360 000 Personen, aber es wurden keine Kinder <1 Monat eingeschlossen, dafür aber 165 135 Probanden von 25 Jahren bis 64 Jahren, von welchen über 80% eine Tuberkulinreaktion >12 mm hatten; von diesen über 25-Jährigen hatten 1230 vor der Impfung zwei oder mehr und 822 eine positive Sputumkultur. Von den kulturnegativen hatten 3229 ein Röntgenbild, «indicating active tuberculosis possible or probable». Aus der Arbeit geht nicht klar hervor, nach welcher Zeit nach der Impfung (oder Placebo) wie viele Probanden wie nachkontrolliert wurden; es wird darauf hingewiesen, dass bestimmte Nachkontrollen nur an Stichproben ausgeführt wurden, ein Vorgehen, das bei einer Krankheit mit 90% stiller Feiung mehr als fragwürdig ist. Desgleichen fehlen exakte Angaben, was denn nun bei dieser Ausgangslage genau als Verschlechterung definiert wurde. Die Autoren kommen schliesslich oh Wunder, oh Wunder auch noch zum Schluss: «It is seen that in all groups the large majority of the cases occurred among those already infected at intake!»

Demgegenüber gibt es eine von den Autoren nicht zitierte Metaanalyse 3 über 8 Studien, welche zum Schluss kommt: «The trials with the best methodological quality and greatest statistical precision reported high efficacy.» Die BCG-Impfung beim noch nicht infizierten Säugling hat in den ersten 4 Jahren nach der Impfung einen Schutzfaktor von ca 80%, der danach bis ins Alter von 15 Jahren auf ca 50% abfällt. Sie verhindert weniger den Primärkomplex als die hämatogene Streuung bzw. Meningitis und Miliaris.

*Dr. med. D. Bracher,
Kinderarzt, Bern*

- 1 Wanner RM, Springer B. Die Tuberkulose, vom Altertum in die Neuzeit. Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(37):1602-5.
- 2 Trial of BCG vaccines in South India for tuberculosis prevention: First report. Bull World Health Organ. 1979;57(5):819-27.
- 3 Clemens JD. et al. The BCG Controversy; A Methodological and Statistical Reappraisal. JAMA. 1983; 249(17)2362-9.

Replik

Es lag nicht in unserer Absicht, die BCG-Impfung zu verdammen. Nach wie vor hat sie ihre Berechtigung in Regionen mit hoher Tuberkulo-

seprävalenz. Die Impfung mit Mycobacterium bovis BCG schützt im frühesten Kindesalter vor einer schnellen Dissemination des Infektionserregers und kann somit die schweren Krankheitsverläufe (Landouzy-Sepsis, Meningitis) verhindern. Die Impfung schützt aber wohl nicht vor einer Infektion mit dem virulenten Bakterium. Die Bedeutung der BCG-Impfung in Bezug auf die Übertragung von Mycobacterium tuberculosis ist deshalb sehr begrenzt. Der Impfschutz im Erwachsenenalter ist, sofern überhaupt vorhanden, marginal. Die beschränkte Wirksamkeit der BCG-Impfung ist schon durch die Tatsache verständlich, dass selbst eine durchgemachte M.-tuberculosis-Infektion nicht vor einer Reinfektion schützt [1]. Angaben zur Protektion der BCG-Impfung in verschiedenen Studien variieren erheblich. Verschiedene Metaanalysen kommen zu einem protektiven Effekt der Impfung von maximal 50% [2].

Ein Aspekt scheint die natürliche Exposition gegenüber Umweltmykobakterien zu sein, welche den Impferfolg reduzieren kann [3]. Der wesentliche Faktor scheint aber in der Verwendung verschiedener Impfstämme (z. B. BCG Pasteur, Copenhagen, Moscow, Russia, Sweden, Brazil, Glaxo u. v. a.) zu liegen, die aufgrund ihres heterogenen genetischen Backgrounds zu einer unterschiedlich stark ausgeprägten Immunantwort führen [4].

Fortschritte im Verständnis der Pathogenese der Tuberkulose und die Anwendung neuer molekularbiologischer Techniken führten zur Entwicklung zahlreicher neuer Vakzinekandidaten [5]. Es bleibt somit zu hoffen, dass uns in der Zukunft eine neue, wirksamere Vakzine zur Verfügung stehen wird.

*Dr. med. Roger Wanner,
PD Dr. med. Burkhard Springer*

- 1 Chiang CY. Exogenous reinfection in tuberculosis. Lancet Infect Dis. 2005;5:629-36.
- 2 Colditz GA. Efficacy of BCG vaccine in the prevention of tuberculosis: meta-analysis of the published literature. JAMA. 1994;271:698-702.
- 3 Brandt L. Failure of the Mycobacterium bovis BCG vaccine: some species of environmental mycobacteria block multiplication of BCG and induction of protective immunity to tuberculosis. Infect Immun. 2002;70:672-8.
- 4 Brosch R. Genome plasticity of BCG and impact on vaccine efficacy. PNAS. 2007;104(13):5596-601.
- 5 Franco-Paredes C. Vaccination strategies to prevent tuberculosis in the new millennium: from BCG to new vaccine candidates. Int J Inf Dis. 2006; 10:93-102.