

Courrier au BMS



Die richtigen Diagnosen

Zum Beitrag «Das Ruiniert das Gesundheitssystem: DRGs – Risiken und Nebenwirkungen» von G. Rogler [1]

Sehr geehrter Herr Rogler

Vielen Dank für die Übersicht in Sachen DRGs, offenbar aus berufener Hand, scheinen Sie doch bereits Ihre eigenen Erfahrungen mit diesen Pauschalen in Deutschland gemacht zu haben; es tut mir leid für Sie, dass sie in der Schweiz wieder von diesem «Schicksal» eingeholt werden. Sie stellen die richtigen Diagnosen, wenn auch aus der Warte eines Spitalarztes, die ich allerdings als Belegarzt an einem mittleren öffentlichen Spital ohne weiteres nachvollziehen kann. Wie wahr, dass die Verantwortlichen der SwissDRG AG bei jeder Kritik aus der im Übrigen marginalisierten Ärzteschaft verlauten lassen, dass sie nicht die gleichen Fehler machen würden, wie sie im Ausland getätigt wurden – das stimmt sogar, denn sie machen andere, leider noch viel schlimmere (Belegarztentlohnung, Zusatzentgelte für teure Therapien usw.).

Ihre Befürchtungen um die grossen, mehrheitlich öffentlichen Spitäler mit Ausbildungsfunktion verstehe ich zwar, sie dürften aber m. E. nicht so sehr ins Gewicht fallen, denn glauben Sie wirklich, dass der Staat als Gesetzgeber und Leistungsanbieter seine eigenen Spitäler im Regen stehen lassen wird? Wohl kaum, wie man aus der Vergangenheit weiss! Was sich aber immer mehr abzeichnet, ist, dass die Belegärzteschaft, vom Staat zum Auslaufmodell deklariert, bevorzugt durch angestellte, besser zu manipulierende Ärzte ersetzt werden soll. Und dafür eignen sich die DRGs bestens, denn mit diesen kann man die Belegärzteschaft und vorderhand v. a. diejenigen, die noch grundversicherte Patienten behandeln, nach dem ersten Schlag mit TARMED nun problemlos und definitiv eliminieren, obwohl dies vordergründig natürlich niemand zugeben würde. Es ist für mich erschreckend festzustellen, dass von allen Seiten der Ärzteschaft diese katastrophalen Unzulänglichkeiten der DRGs erkannt werden, dass aber niemand, womit ich v. a. unsere Standesorganisationen meine, in adäquater Weise auf diesen gesundheitspolitischen Amoklauf reagiert. Denn wie Sie richtig festhalten: Die sogenannte «Begleitforschung»,

an der sich alle wie an einem Rettungsring festhalten, wird nichts bringen, weil sie nämlich so durchgeführt werden wird wie die Tarifpflege beim TARMED, nämlich, blockiert durch die santésuisse, gar nicht.

Dr. med. Alexander Eijsten, Meilen

- 1 Rogler G. Das Ruiniert das Gesundheitssystem: DRGs – Risiken und Nebenwirkungen. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(9):370–4.



Paradigmenwechsel mit schweren Folgen

Zu «Das Ruiniert das Gesundheitssystem: DRGs – Risiken und Nebenwirkungen» von G. Rogler [1]

Der Artikel von Prof. Gerhard Rogler zu den Erfahrungen mit den DRGs in Deutschland muss uns aufrütteln, muss alle Ärzte mobilisieren, welche den Arztberuf nicht einfach als Job, sondern als Auftrag verstehen, sich um den ganzen Menschen und nicht nur um seine Diagnosen zu kümmern. Die bisherigen Reaktionen der FMH auf jegliche Kritik an der Einführung der DRGs müssen schlicht als armselig bezeichnet werden. Es ist blauäugig und naiv, darauf zu vertrauen, dass die Auswirkungen dieses Paradigmenwechsels bei uns im Gegensatz zum Ausland zum Wohle der Bevölkerung und der Gesundheitsversorgung ausfallen werden.

Die bisher äusserst spärliche Kritik aus den Kreisen der Ärzteschaft hat für mich zwei Gründe: Die praktizierenden Ärzte fühlen sich von der Einführung der DRGs nicht betroffen, erkennen die fundamentale Neuorientierung der ärztlichen Entscheidungen noch nicht und konzentrieren sich weiterhin auf die eigenen Interessen wie Labortarife oder Besuchspauschalen. Die Spitalärzte betrachten die Einführung der Fallpauschalen primär als ein Problem der Verwaltung und interessieren sich nur, wie sie das neue Tarifsystem am besten zu ihren Gunsten ausreizen können. Aber kaum jemand erkennt, dass sich die ärztliche Tätigkeit in Zukunft hauptsächlich an ökonomischen Fragen orientieren wird und nicht mehr an den Bedürfnissen des Patienten. Der Arzt im Spital wird sich im Konflikt zwischen dem Wohl des Patienten und dem Wohl des

Spitals befinden, wer zum Wohle der eigenen Institution entscheidet, wird die besseren Karten im Verteilungskampf unter den Kliniken besitzen. Als Geriater graut mir vor dieser Aussicht. Als ein Hauptargument für die Einführung der DRGs wird perseverierend die grössere Transparenz angeführt. Die Frage bleibt, für wen mehr Transparenz entsteht: Kostenträger und Ökonomen erhalten durch die Reduktion des Patienten auf seine Diagnosen unter Ausklammerung seiner individuellen lebensgeschichtlichen und psychosozialen Begleitumstände ein Gesundheitswesen, das ihnen vermeintliche Transparenz durch eine Simplifizierung des Menschen bringt. Ethische Werte haben ökonomischen Werten Platz zu machen. Im Zentrum aller Bemühungen des Gesundheitswesens und vor allem der Ärzteschaft müsste aber weiterhin der kranke Patient stehen. Was die SAMW in ihren medizinisch-ethischen Grundsätzen «Recht der Patientinnen und Patienten auf Selbstbestimmung» sagt, entspricht der dringend notwendigen Transparenz gegenüber den Patienten: «Die medizinische Behandlung und Betreuung von urteilsfähigen Patienten ist nur rechtmässig beim Vorliegen einer wirksamen Einwilligung; Wirksamkeitsvoraussetzung ist die vorherige Aufklärung über den Eingriff und dessen Tragweite (Risiken, Chancen, Alternativen usw.) [2]». Transparenz im Zusammenhang mit den Fallpauschalen kann nur heissen: Die Bevölkerung muss über die Wirkungen, Risiken und Nebenwirkungen des neuen Finanzierungssystems aufgeklärt werden und mitentscheiden können.

Dr. med. Roland Kunz, Affoltern am Albis

- 1 Rogler G. Das Ruiniert das Gesundheitssystem: DRGs – Risiken und Nebenwirkungen. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(9):370–4.
- 2 Medizinisch-ethische Grundsätze: Recht der Patientinnen und Patienten auf Selbstbestimmung. SAMW (2005):7.



Danke, danke, danke!

Zum Beitrag «Das Ruiniert das Gesundheitssystem: DRGs – Risiken und Nebenwirkungen» von Gerhard Rogler [1]

Herr Rogler beschreibt detailliert, fundiert und sachlich die grossen Nachteile und Gefahren,

die mit der Einführung der DRGs unser Gesundheitswesen nachteilig verändern werden. Seine persönlichen Erfahrungen mit DRGs in Deutschland sind real.

Einmal mehr müssen wir uns in der Schweiz fragen: Warum verschlechtern wir bewusst unser Gesundheitssystem? Warum müssen wir die Fehler von Deutschland wiederholen? Warumbürden wir uns diese enorme Bürokratisierung auf, die niemandem zugute kommen wird?

Immer wenn die Politik in unser Gesundheitswesen eingreift, kommt es zur Verschlechterung der Situation für die Patienten und für uns Ärzte. Sind wir eigentlich alle blind oder sind wir Masochisten? Ich denke, weder noch! Ich wehre mich vehement gegen diese Negativentwicklung. Zusammen mit Herrn Rogler rufe ich Sie alle auch auf: *Stoppt den DRG-Fehltritt!* Es ist noch nicht zu spät.

PD Dr. med. Daniel F. à Wengen, Binningen

- 1 Rogler G. Das Ruiniert das Gesundheitssystem: DRGs – Risiken und Nebenwirkungen. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(9):370–4.



Ausserkantonale Hospitalisationen

Kommentar zum Beitrag von Plattner/Lee [1]

Plattner/Lee verweisen in ihrem Artikel auf Tatbestände, welche nicht mehr dem aktuell gültigen Stand der Gesetzgebung entsprechen: Die Bestimmungen zur medizinisch indizierten, ausserkantonalen Hospitalisation wurden per 1. 1. 2009 revidiert.

- Nach Art. 41 Abs. 3 KVG übernehmen der Versicherer und der Wohnkanton (WK) die Vergütung anteilmässig nach Art. 49a KVG, sofern die versicherte Person ein nicht auf der Spitalliste (SL) des Wohnkantons aufgeführtes Spital beansprucht. Abgesehen vom Notfall ist eine Bewilligung des WK erforderlich.
- Medizinische Gründe liegen bei einem Notfall vor oder wenn die stationären Leistungen nicht angeboten werden im WK.

Es ist festzuhalten, dass die bisherige *Beschränkung auf öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler* bei der Wahl des Leistungserbringers im Rahmen einer medizinisch indizierten ausserkantonalen Behandlung *weggefallen* ist. Massgeblich für die Wahl des stationären Leistungserbringers durch den Versicherten und die Kostenbeteiligungspflicht von Versicherer und Kanton sind künftig die Kriterien, ob das

gewählte Spital auf der SL des Wohn- oder Standortkantons aufgeführt ist und für die vorgesehene Behandlung einen *Leistungsauftrag* hat.

Im Rahmen der Übergangsbestimmungen gilt bei stationären Behandlungen vorübergehend noch die bisherige gesetzliche Finanzierungsregelung: In öffentlichen/öffentlich subventionierten Spitälern finanzieren Kantone und Versicherer gemeinsam, in privaten Spitälern nur der Versicherer. Inwiefern Kantone auch unter dem bisherigen Recht bei Aufenthalt in privaten Spitälern Sockelbeiträge zu erbringen haben, ist höchstrichterlich noch nicht abschliessend geklärt.

- Vom 1. 1. 2012 bis 31. 12. 2014 (Anpassungsfrist der Spitalplanungen) haben die Kantone ihren Kostenanteil in allen auf gültigen SL aufgeführten Spitälern zu übernehmen
- Am 1. 1. 2015 tritt die KVG-Revision vollends in Kraft: Die Kantone haben ihren Kostenanteil in allen aufgeführten Listenspitalern zu erbringen.

Der Wohnkanton hat seinen Kostenanteil in sämtlichen (auch privaten), auf gültigen (ab dem 1. 1. 2012) sowie vollständig revidierten Spitallisten (ab dem 1. 1. 2015) aufgeführten Leistungserbringern zu erbringen.

Die Beschränkung auf öffentliche/öffentlich subventionierte Spitäler der kantonalen SL wird spätestens ab 1. 1. 2012 überholt sein.

Der Patient hat somit die *volle Wahlfreiheit* unter sämtlichen auf der Spitalliste des Wohn- oder Standortkantons aufgeführten stationären Leistungserbringern, unabhängig von der Trägerschaft.

Der Patient geniesst zudem Tarifschutz: Der Leistungserbringer ist verpflichtet, allen Versicherten dieselbe, wohnsitzunabhängige Fallpauschale zu verrechnen.

Der Versicherer und der WK übernehmen bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung anteilmässig (Art. 49a KVG) höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des WK für die Behandlung gilt (Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG). Der Versicherte läuft somit Gefahr, nicht gedeckte Kosten selber zu bezahlen, falls der Tarif im Listenspital des Standortkantons höher ist als im Listenspital des WK.

Erfolgt die Behandlung ausserkantonale aus medizinischen Gründen, fallen keine ungedeckten Kosten an: In diesem Fall übernehmen der Versicherer und der WK anteilmässig die Vergütung der vollen Kosten (Art. 49a KVG). Mit Ausnahme des Notfalls ist dafür eine Bewilligung des WK notwendig (Art. 41 Abs. 3 KVG).

Somit wird dem Kantonsarzt zukünftig die Aufgabe zufallen, aus Kostengründen möglichst restriktiv Bewilligungen für ausserkantonale Behandlungen zu gewähren. Inwiefern dies

zu einer Vertiefung der föderalen medizinischen Strukturen führt, wird sich weisen.

Carsten Witzmann, Leiter Recht KPT,
Dr. med. Beat Kipfer, Vertrauensarzt KPT

- 1 Plattner T, Lee C-Y. Ausserkantonale Hospitalisationen – für Patienten steht viel auf dem Spiel! Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(41):1588–9.

Replik

Die Darstellungen in unserem Artikel entsprechen in jeder Hinsicht dem geltenden Recht. Wir sind uns bewusst und stimmen mit Kollege Kipfer überein, dass ab 2012, spätestens 2015 andere Regeln herrschen. Bis zu diesem Zeitpunkt bleiben die zurzeit gültigen Bestimmungen aber in Kraft und sind für alle Beteiligten verbindlich.

Dr. med. T. Plattner, Fribourg



Beachtung der Diskretion

Zum Leserbrief «Verbessert die ärztliche Medikamentenabgabe ärztliches Handeln oder füllt sie nur den Geldsack?» [1]

Bei den Diskussionen über die ärztliche Medikamentenabgabe geht oft ein Aspekt verloren, der gerade für psychisch Kranke wichtig ist, nämlich die Diskretion. In unseren kleinräumigen Verhältnissen besteht bei der üblichen offenen Abgabe von Medikamenten in einer Apotheke die Gefahr, dass Bekannte des Patienten mitbekommen, was für ein Medikament jemand bezieht. Gerade für gut integrierte, arbeitsfähige psychisch Erkrankte kann es sehr nachteilig sein, wenn am Wohnort oder am Arbeitsplatz herumgezählt wird, dass sie Psychopharmaka einnehmen, zumal sich im Internet leicht herausfinden lässt, welche Erkrankungen mit welchen Medikamenten behandelt werden. Das Gleiche gilt für Personen mit ADS oder ihre Eltern, die massive Anschuldigungen gewärtigen müssen, wenn sie Ritalin einnehmen oder «gar» ihrem Kind verabreichen. In der Praxis ist es hingegen möglich, diese Medikamente unter Wahrung der Diskretion abzugeben. Darum sollten gerade auch psychisch Erkrankte und ihre Angehörigen auch in Zukunft selber entscheiden können, wo sie ihre Medikamente beziehen.

Dr. med. Monika Diethelm-Knoepfel, Uzwil

- 1 Schlaginhausen G. Verbessert die ärztliche Medikamentenabgabe ärztliches Handeln oder füllt sie nur den Geldsack? Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(10):392.



«Schachteli-Verkauf» kein Kernauftrag

Zu «Verbessert die ärztliche Medikamentenabgabe ärztliches Handeln oder füllt sie nur den Geldsack?» [1]

Kollege Schlaginhaufen spricht mit seiner Beschreibung der «anrühigen Seiten der Selbstdispensation» ein wichtiges Problem an. Sie abzuschaffen, widerspricht dem Kundenauftrag. Die ärztliche Medikamentenabgabe ist eine von Patientinnen und Patienten sehr geschätzte Dienstleistung. Es gibt eine einfache Lösung: Um den Anreiz zur Mengenausweitung zu eliminieren, soll die Marge nur noch den Aufwand für das Führen einer Praxisapothekendeckung abdecken. Im gleichen Zug muss aber der Taxpunktwert in den SD-Kantonen steigen. Im Kanton Luzern gilt de facto noch immer die veraltete Bestimmung aus dem seinerzeitigen Krankenkassenkonkordatsvertrag, demgemäss «die Medikamenteneinkünfte integrierender Bestandteil des ärztlichen Einkommens» sind. Diese Bestimmung ist für uns Ärztinnen und Ärzte erniedrigend; unser Kernauftrag ist nicht der «Schachteli-Verkauf». Ich will nicht an den Medikamenten verdienen müssen, sondern für meine ärztlichen Leistungen anständig honoriert werden.

Dr. med. Jörg Fritschi, Obernau

- 1 Schlaginhaufen G. Verbessert die ärztliche Medikamentenabgabe ärztliches Handeln oder füllt sie nur den Geldsack? Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(10):392.



Schweizer Nachwuchs fehlt speziell in der Psychiatrie

Ich habe mit Interesse den Artikel der Taskforce SGPP/SVPC gelesen [1]. Die Initiative zur Bekämpfung des Nachwuchsmangels in der Psychiatrie ist sehr zu begrüssen. Der ermittelte Handlungsbedarf sieht verschiedene Stossrichtungen vor, wobei die (zu) lange und (zu) teure Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie einen wichtigen Aspekt darstellt. Ich erlaube mir hiermit einen Kommentar und eine konkrete Anregung zu möglichen weiteren Ansätzen in der Bekämpfung des Nachwuchsmangels.

Hinsichtlich der (zu) teuren Weiterbildung stellt die Übernahme der Weiterbildungskosten sicherlich einen erheblichen Beitrag zur Reduktion der bemängelten Attraktivität des Faches dar. Diese finanzielle Entlastung der Assistenten ist lobenswert, wobei ein weiterer

Ausbau des institutionellen Engagements – bis zum Maximum einer totalen Übernahme dieser funktionsrelevanten Kosten – meines Erachtens wünschenswert wäre. Diesem Gedanken steht allerdings die erwähnte Einschränkung der zunehmend restriktiven Budgets gegenüber, der jedoch entweder mit einer «Externalisierung» der Finanzierung über eine Stiftung oder auch, wie in der Industrie üblich, mit Ausbildungsvereinbarungen entgegnet werden könnte. Letztere sind ein in der Privatwirtschaft übliches und bewährtes Instrument, um die finanziellen Risiken einer Investition – aus Sicht der Institution – zu reduzieren. Die Vereinbarungen sehen üblicherweise eine Bindung an die Institution oder eine Rückzahlung pro rata bei vorzeitigem Ausscheiden aus der Institution vor.

Hinsichtlich der (zu) langen Dauer der Weiterbildung könnte die wechselseitige Anerkennung von Weiterbildungszeit zwischen den verschiedenen Fachrichtungen eine Verbesserung der Situation bringen. Diese gegenseitige Anerkennung würde nicht nur die Weiterbildungszeit verkürzen, sondern auch die «Durchlässigkeit» zwischen den Fachgebieten potentiell erhöhen und damit die Basis möglicher Kandidaten für die Facharzt Psychiatrie erhöhen. Nebenbei würde somit auch ein Transfer von Wissen und Können (z. B. in Psychopharmakologie) ermöglicht respektive gestärkt. Das aktuell gültige Weiterbildungsprogramm für Psychiatrie und Psychotherapie zeigt jedoch betreffend das Spektrum möglicher Anerkennungen Einschränkungen; so ist z. B. eine Anerkennung von Weiterbildungszeit in *Klinischer Pharmakologie* und *Toxikologie* für den Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie nicht vorgesehen (was übrigens auch wechselseitig für die genannte Spezialität gilt!). Ich möchte anregen, diesen Umstand zu prüfen und anzupassen. Da die erwähnte Fachgesellschaft ihrerseits mit Nachwuchsmangel zu kämpfen hat, wäre diese dem Vorhaben einer wechselseitigen Anerkennung von nicht-fachspezifischer Weiterbildungszeit gegenüber sicherlich offen eingestellt.

Dr. med. Martin Traber, Vorstandsmitglied
(Sekretär) Schweizerische Gesellschaft
für Klinische Pharmakologie und Toxikologie
SGKPT, Zürich

- 1 SGPP/SVPC. Schweizer Nachwuchs fehlt speziell in der Psychiatrie. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(10):389–90.



Echter Hausarzt oder «nur» Allgemeiner Internist?

Die Kader der Ärzteverbände haben offenbar beschlossen, dass der Titel FMH Allgemeine Medizin aufgehoben wird und die Hausärzte in Zukunft den Titel Allgemeine Innere Medizin tragen müssen. Ein Beschluss, der nach meiner Meinung vollständig an der Basis vorbeigeht. Als Begründung wird uns Angst gemacht, dass die Schweiz von Euro-Docs mit 3-jähriger Ausbildung überschwemmt und uns allen der Arbeitsplatz weggenommen wird.

Aus meiner Sicht ist der Titel Allgemeine Innere Medizin für einen Hausarzt falsch! Eine gute internistische Ausbildung ist zwar für echte Hausärzte wichtig. Dass aber deswegen Hausärzte gleich den Facharzttitel Innere Medizin tragen müssen, ist für den Patienten irreführend. Ansonsten könnten wir uns auch allgemeine Orthopäden nennen, da die Hausärzte knapp 50% Unfälle zu behandeln haben. Wir könnten auch andere Facharztgebiete zuziehen: Jeder Hausarzt behandelt jeden Tag Hautkrankheiten. Genau das macht den Hausarzt aus: Er versteht von vielen Krankheitsgebieten etwas und kann somit einem Grossteil der Patienten helfen. In den Bergen möchten zudem Unfallpatienten ihre Skiunfallverletzung sicher nicht vom Allgemeinen Internisten beurteilt haben.

Weiterbildungscurriculum: Ich bin mir bewusst, dass viele Kollegen glauben, die Zukunft der Hausärzte liege in der Geriatrie und Psychosomatik. Das wäre aber eine neue Berufsgruppe und hat mit Hausarztmedizin nicht viel zu tun. Daher müssen wir entweder einen eigenen Titel Hausarzt schaffen oder Allgemeine Medizin beibehalten. Das ist die einzige Möglichkeit, eine freiheitliche breite Praxis auch in Zukunft anbieten und somit überleben zu können. Ob sich ein deutscher Kollege auch so nennt, spielt faktisch keine Rolle. Ausserdem ist es die einzige Möglichkeit, einen Lehrstuhl zu rechtfertigen. Ein eigenes Hausarzt-Curriculum wäre für junge Kollegen plötzlich wieder erstrebenswert, weil es etwas Eigenes, etwas Besonderes ist und sie nicht von den Spezialärzten belächelt werden.

Zusammenfassend: Die Deutschen und die Österreicher sprechen heute wieder mit Stolz vom Hausarzt. Das SGAM-Kader hat dies nicht bemerkt und will nun für die Schweiz als alleiniges Land nur noch Allgemeine Internisten. Diese Ärztepoltik liegt erstens völlig quer zu Europa und zweitens wird mit dieser Idee der breit ausgebildete Hausarzt in der Schweiz verschwinden. Die Patienten werden nicht glauben, dass der Internist ein guter, breit ausgebildeter Hausarzt sei, nur weil er Zusatzausbildungen hat. Der Allgemeine Internist ist

dann in erster Linie Internist. Da er nur drei Jahre Innere Medizin lernte, ist er aber ein Schmalspurinternist. Der Facharztstitel «Allgemeine Innere Medizin» und das geplante Curriculum sind neu zu überdenken. Es ist nicht eine Profilierung, sich dem Machtstreben der SGIM unterzuordnen. Profilieren können sich die Allgemeinmediziner, wenn sie den Mut haben, die SGAM weiterbestehen zu lassen, den Hausarzt als Facharzt zu zementieren und ein entsprechendes, an die heutigen Bedürfnisse angepasstes Curriculum zu entwickeln!

Dr. med. Rudolf Horn, St. Gallen



Dem Ausland Vorbild bleiben

Zum Beitrag «Palliative Care in der Schweiz 2008 – eine Bestandesaufnahme» [1]

Sehr geehrter Herr Eychmüller

Besten Dank für Ihre Auswertung und Darstellung Ihrer Umfrage bei entsprechenden Anbietern zur Palliativpflege in der Schweiz.

Ich zitiere aus Ihren Schlussfolgerungen: «Die Politik hat die Brisanz erkannt. Es geht darum, dass Bund und Kantone die Palliative Care in der Schweiz verankern. Eine solche Integration hat in allen Ländern gezeigt, dass die Sterbehilfe damit eine Entkrampfung erfahre und die Mittel prioritär entsprechend den Wünschen der Patienten eingesetzt werden.» Nun frage ich Sie, Herr Eychmüller: Wie erklären Sie, dass gerade umliegende Länder die Angebote des Sterbetourismus in die Schweiz beanspruchen, wo diese doch eine besser etablierte und entkrampfere Einstellung zur Sterbebegleitung hätten.

Ich bin auch überrascht, dass ausgerechnet öffentliche Institutionen sich der Palliative Care annehmen sollen; Handelt es sich dabei doch um eine äusserst private Angelegenheit. Es mag konservativ klingen, doch ich erkenne den letzten Lebensabschnitt und Lebensausgang als eine sehr intime Angelegenheit, vergleichbar mit unserer Zeugung und Geburt. Da muss Platz für Privatsphäre, allenfalls ein Beichtgeheimnis und Arztgeheimnis bestehen und geschützt bleiben.

Zunehmende öffentliche Reglementierung, Richtlinien, Qualitätskontrollen und Informationstechnologien in den Medien sowie Administration vertiefen nur den Graben zwischen den Generationen und die widersprüchlichen Ansichten bezüglich der Angebote zur Sterbebegleitung, Sterbehilfe, Sauerstofftherapie, Betäubungsmittel, Neurologika, Psychopharmaka, PEG und anderen Sonden, Infusionen, Wundpriophylaxe, konservative und operative Pflegemassnahmen und weiteren Optionen.

Ihrer Ansicht, dass die Mittel prioritär den Wünschen der Patienten entsprechend eingesetzt werden sollen, kann ich vollumfänglich zustimmen. Lediglich – sind die Mittel (Ressourcen) und individuellen Wünsche eben extrem unterschiedlich und oft nur in intimen Gesprächen mit Patient und engsten Angehörigen erkennbar. Dazu sind öffentliche Ratschläge, Empfehlungen und Kontrollen meistens weder hilfreich noch erwünscht. Die Schweiz täte gut daran, dem Ausland Vorbild zu bleiben und dessen Fehler nicht demütig zu importieren.

Dr. med. Dieter Stäger, Zürich

- 1 Eychmüller S, Schmid M, Müller M. Palliative Care in der Schweiz 2008 – eine Bestandesaufnahme. Schweiz Ärztezeitung. 2010;(10):409–13.



Pharmacie: quels avantages?

C'est fou ce que la menace d'interdire la pharmacie chatouille les susceptibilités des dirigeants de la FMH!

Depuis quelques semaines, dans chaque numéro du Bulletin des Médecins Suisses, la FMH défend bec et ongles cette pratique, spécialité exclusive d'Outre-Sarine.

«Pharmacie, formule pratique et sûre pour le patient», dit le Docteur Gähler (vice-président de la FMH dans le numéro 5 du BMS [1]). Cela devrait nous rassurer, et pourtant!

Je me permets de rappeler que le pharmacien fait des études aussi longues que le médecin et qu'il est également astreint à suivre une formation continue. Le pharmacien contrôle les ordonnances et doit parfois corriger la posologie et traquer les incompatibilités entre médicaments (bien sûr en accord avec le médecin). Souvent, un patient a plusieurs médecins (mais un seul pharmacien), donc risque augmenté d'incompatibilités médicamenteuses, ou même de doublons. De plus, le médecin dispensant n'a pas la possibilité matérielle d'avoir à sa disposition un stock de médicaments important par exemple des génériques. Le médecin dispensant n'a donc aucun avantage à vendre les médicaments les moins chers, ce qui ne va bien sûr pas faire baisser les coûts de la santé!

Personnellement, je ne vois qu'un avantage à cette pratique, mis à part l'effet bénéfique sur le chiffre d'affaire du médecin dispensant (plus de 40% paraît-il): un traitement d'urgence au cabinet ou encore une visite à domicile dans un endroit isolé du pays.

Alors, Messieurs de la FMH, mettez plus d'énergie à la revalorisation du point TARMEED et soutenons de toutes nos forces le principe internationalement reconnu qui nous dit:

«Celui qui prescrit, ne vend pas!» autrement dit: «A chacun son métier ...»

Dr Pascal Boymond, Genève

- 1 Gähler E. La pharmacie, une formule pratique et sûre pour le patient. Bull Méd Suisses. 2009;91(5):155.



Hausärzte übernehmen Verantwortung

Zum Artikel «Zwischen Leitlinien und mutmasslichem Willen» [1]

Ulrich Erlinger legt zunächst sehr plausibel die ärztlichen Entscheidungsschwierigkeiten bei demenzkranken Menschen in Pflegeheimen bei Verlust der Urteilsfähigkeit dar. Der behandelnde Arzt müsse versuchen, den mutmasslichen Willen des Patienten herauszufinden, auch unter Beizug von Angehörigen. Allfällige Abklärungen und Behandlungen sollen auf ihr Potential überprüft werden. So weit, so gut. Dass aber solche «Überprüfungen interdisziplinär unter Beizug der Gerontologie sowie der Geriatrie und der Gerontopsychiatrie» geschehen sollen, ist aber völlig überzogen und praxisfremd. Der Hausarzt darf keinesfalls solche Entscheide Spezialisten überlassen, die das gesamte Umfeld kaum vollumfänglich beurteilen können. Es darf nicht sein, dass so wichtige Aufgaben delegiert werden. Wir Hausärzte sind nämlich bereit, Verantwortung dafür zu übernehmen.

Dr. med. Bernhard Rüetschi, Reinach BL

- 1 Erlinger U. Zwischen Leitlinien und mutmasslichem Willen. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(5):190–2.



Zen für Ärzte – ein Training der inneren Achtsamkeit

Die Jahrtausendealte Technik der inneren Versenkung wird in der Tradition der überkonfessionellen Zen-Meditation von Zen-Meister W. Walter/E'un-Ken («Wolke der Weisheit») [1] und Dr. med. Werner Völk für Ärzte angeboten. Die Bayerische Landesärztekammer honoriert diesen wohlthuenden Weg mit 23 Fortbildungscredits im Rahmen eines Wochenendes.

Das vielleicht eindrücklichste Erlebnis dabei ist die ehrliche menschliche Offenheit, die warme, vertrauensvolle Annahme und die aus der Tiefe entspringende überwältigende

Freundlichkeit der beiden Lehrer. Im Gespräch mit ihnen wird schnell klar, dass der Weisheitstitel zu Recht verliehen wurde. Im kleinen Kreis von gleichgesinnten Kollegen mit ähnlichem Erfahrungshintergrund wird spontan eine intime Nähe, auffangende Sicherheit und geborgene Vertrautheit möglich. Dabei werden die Übungen nicht streng, sondern menschenfreundlich und humorvoll angeboten. In Einzelgesprächen, Gruppenunterweisung, Naturerleben, Gehmeditation und natürlich dem klassischen «Sitzen» wird von morgens 6 Uhr 30 bis abends 21 Uhr 30 stets versucht, die innere Ruhe, Bewusstheit, Achtsamkeit, Einsicht, Losgelöstheit, usw. anzuregen. Es besteht ständig die Möglichkeit, persönliche Fragen aus allen Bereichen des Lebens mit den beiden erfahrenen Anleitern zu besprechen, und man kann gewiss sein, wahrhaftige Antworten zu erhalten. Auch wer, aus welchen Gründen auch immer, nicht auf dem Boden bzw. einem Kissen sitzen mag, ist gerne eingeladen, auch auf einem Stuhl beizuwohnen.

Die Einführung ist zum Schnuppern für Neugierige auch ohne Vorkenntnisse ebenso ge-

eignet wie für Hungrige oder zum Geschmack finden. Nicht das Kochbuch lesen genügt, das Leben will gegessen sein.

Im Grunde ist die Besinnung auf sich selbst für jeden Menschen eine Wohltat, gerade aber für uns Ärzte, die wir oft genug täglich vielfältigen Anforderungen ausgesetzt sind, empfiehlt sich eine regelmässige Übung. Und dies sicher nicht nur auf dem Weg zur «Erleuchtung», sondern zum wieder Erlernen der Demut vor dem Leben, welche wir «Halbgötter» nur zu schnell zu vergessen drohen. Dabei ist es natürlich ein wirklicher Luxus, sich die Zeit und Energie nehmen zu können, dem Weg zu sich selbst folgen zu dürfen, statt im täglichen Existenzkampf unterzugehen.

Zur Krönung wird dann die Verschmelzung dieser Achtsamkeit mit der täglichen Arbeit, ganz da zu sein, im Augenblick ganz bei den Patienten zu sein und ein tieferes Verstehen zu ermöglichen. Das Tanken von Energie, Kraft und Freude, verbunden mit einer leichten Heiterkeit und höheren Konzentration neben einer tiefen inneren Zufriedenheit und Ausgeglichenheit, stellt schöne «Abfall»-Produkte dar. So wundert es nicht, wenn die Mitmen-

schen zu Hause fragen, ob man verliebt sei. So ist der Tag rundherum ausgefüllt mit «Nichtstun» im Geschehenlassen.

Ein Kloster im Voralpenland als Aufenthaltsort für das Wochenende, bildet mit der traditionellen Gastfreundschaft den perfekten Rahmen zur Abrundung der gesamten Eindrücke. Es stellt sich eine Ahnung von der Vollkommenheit ein. In jeder Sekunde einfach ganz dazusein. Getragen werden. Spüren, wer man selber in der weltumspannenden Einheit ist, wenn der innere Kommentator zur Ruhe kommt. In jedem Augenblick die Verbundenheit in Jeglichem mit Gott erleben. Den inneren göttlichen Funken spüren, ohne das eigene Bewusstsein dabeizuhaben. Es ist da. In jedem Staubkorn. In jedem Augenblick. Die Glückseligkeit kann eressen werden.

Dr. med. Heimo Sillmann, Gais AR

1 www.zen-walter.de

SWISS MEDICAL WEEKLY



«Swiss Medical Weekly» est une revue scientifique reconnue sur le plan international, évaluée par des pairs et publiée «open access». En vous abonnant à sa version imprimée, vous soutenez une plateforme scientifique particulièrement importante pour la relève universitaire en Suisse:

Abonnement annuel (25 numéros): 150 francs, frais de port en sus.

Veillez passer votre commande: par e-mail à auslieferung@emh.ch, en ligne sur le site www.smw.ch, ou par téléphone au **061 467 85 75**.

Le numéro 13/14 paraîtra le 3 avril 2010:

Scientific integrity, misconduct in science
Emilio Bossi

Hormones, immune response, and pregnancy in healthy women and SLE patients
Margherita Zen, Anna Ghirardello, Luca Iaccarino, Michele Tonon, Carla Campana, Silvia Arienti, Mariaelisa Rampudda, Mariagrazia Canova, Andrea Doria

This review focuses on hormonal-related cytokine changes observed during pregnancy in healthy subjects and SLE patients.

Influence of blood pressure and blood pressure change on the risk of congestive heart failure in the elderly
David Conen, Claudia U. Chae, Jack M. Guralnik, Robert J. Glynn

While persistently elevated systolic blood pressure and systolic blood pressure progression

were strong predictors of congestive heart failure in the elderly, inverse associations were found with regard to diastolic blood pressure. Systolic and diastolic blood pressure were better predictors of congestive heart failure than pulse pressure.

Lymphogranuloma venereum in Zurich Switzerland: Chlamydia trachomatis serovar L2 proctitis among men who have sex with men

Jivko Kamarashev, Christoph E. Riess, Josephine Mosimann, Severin Lächli

Anorectal Lymphogranuloma venereum infections may progress to severe destructive changes, with formation of granulomas, strictures, and perirectal abscesses. Increased awareness of this problem and establishment of reliable diagnostic tools are required.

EMH Schweizerischer Ärzteverlag
Editores Medicorum Helveticorum