

# Briefe an die SÄZ



## Kostenprobleme in der Medizin rufen nach einer Philosophie der Gesundheit

Zum Beitrag von P. van Spijk in der SÄZ Nr. 48/2009 [1]

Was «Gesundheit» ist, lässt sich nicht verbindlich sagen und daher auch nicht definieren, weil sich das, was unter diesem Begriff verstanden wird – und damit auch diesbezügliche Zielsetzungen irgendeines Gesundheitswesens – immerfort ändert. Begriff und Ziel ändern, weil der Anschluss an die neuesten Errungenschaften der Medizin nicht verpasst werden «darf». Koste es, was es wolle.

Was «Gesundheit» bedeutet, wird also nicht philosophisch, ethisch oder sonstwie, sondern letztlich vom *Individuum* bestimmt. Das Individuum passt sich den gerade herrschenden medizinischen Möglichkeiten an und jede neue Errungenschaft wird umgehend zur Erhaltung der *eigenen* Gesundheit herangezogen. Koste es, was es wolle.

Wie überall gilt auch in der Medizin bei uns die Grundregel von Angebot und Nachfrage. Die Nachfrage richtet sich nach dem Angebot. In jedem anderen Wirtschaftsbereich muss aber der Nachfragende, damit er das Angebot nutzen kann, eine entsprechende Leistung erbringen. Nicht so im Gesundheitswesen: Hier profitiert – oft auf dem Buckel der Allgemeinheit – nur allzu oft jener am meisten, der seiner Gesundheit am wenigsten Sorge trägt – sie im Gegenteil schädigt (Rauchen, Drogen, Alkohol, Übergewicht usw. usw.)?

Eine «Philosophie der Gesundheit» und eine allgemeingültige «Ziel- und Begriff-Definition» der «Gesundheit», wie im Artikel gefordert, ändert an dieser Situation nichts und kann daher auch nicht weiterhelfen.

Vielmehr wären folgende Fragen zu beantworten:

1. Was erwarten wir, die Gesellschaft, vom Anbieter? (Pharmaindustrie, Ärzte usw.)
2. Was erwarten wir, die Gesellschaft, vom Nachfragenden (d.h. vom Patienten)?

Zur Beantwortung dieser Fragen allerdings sind nun *Zielvorgaben* durchaus angebracht:

1. *Anbieter*: Er soll in jeder Hinsicht für die Gesellschaft finanziell tragbare und medizinisch vernünftige Angebote erbringen. Die

Forschung und die Entwicklung müssen in Einklang gebracht werden mit Zielen, die von der Gesellschaft und nicht von der Pharmaindustrie und/oder den Ärzten formuliert werden.

2. *Nachfrager*: Er/sie soll sich mit seiner «Gesundheit» vermehrt auseinandersetzen *müssen!*

Diese Auseinandersetzung sollte bereits in der Schule beginnen. Die Gesellschaft sollte gesundheitsschädliches (teures) Verhalten nicht mehr tolerieren. Der Nachfrager sollte seine Erwartungen bezüglich persönlicher Gesundheit und auch bezüglich der Frage, welche «letzte» Massnahmen sie/er für sich angepasst empfindet, verbindlich äussern (müssen), und dies nicht erst dann, wenn er/sie schwer erkrankt, verunfallt usw., sondern vorher, z. B. ab dem 50. Altersjahr, in regelmässigen Abständen und Gesprächen mit entsprechend ausgebildeten Fachleuten (Ärzten, Pflegepersonen, Geistlichen, Vertrauenspersonen usw.).

Wenn wir uns eine Milizarmee mit obligatem Zeitaufwand und entsprechenden Kosten für jeden von uns leisten können, sollten auch «Wiederholungskurse» zur rechtzeitigen Lebens- und Gesundheitsfragen möglich sein. Die Politiker als Vertreter der Gesellschaft sind gefragt: Sie sollen die Rahmenbedingungen erarbeiten zur Durchführung dieser volkswirtschaftlich dringend notwendigen Massnahmen. Es wäre dies ein lohnenderes Unterfangen, im wahrsten Sinne des Wortes, als das Jammern über explodierende Kosten in und das nutzlose Herumschrauben an unserem hervorragenden Gesundheitswesen.

Dr. med. R. Fueter, Luzern

- 1 van Spijk P. Kostenprobleme in der Medizin rufen nach einer Philosophie der Gesundheit. Schweiz. Ärztezeitung. 2009;90(48):1900.



## Es reicht!

Anlass zu meinem Leserbrief ist die Ankündigung der *santésuisse*, die Hausbesuchspauschale zu streichen und ihre Aufforderung an die Hausärzte, den Einkommensverlust bei den Spezialisten einzufordern (Herr Schneuwly in 10 vor 10).

Wie verlogen muss dieser sogenannte Verhandlungspartner noch argumentieren, bis wir zur Vertragskündigung schreiten?

Hier wird ganz klar und unmissverständlich versucht, die Ärzteschaft auseinanderzudividieren – dies mit dem gelinde gesagt armseligen Argument, man könne den Spezialisten genug wegnehmen, um die Hausärzte adäquat zu bezahlen. Wie das zu rechnen ist, bleibt sogar einem Primarschüler verborgen (prozentuale Verteilung Hausärzte-Spezialisten).

Dass seit meiner Praxiseröffnung 1991 kein Teuerungsausgleich stattgefunden hat, schmerzt nicht nur Hausärzte, sondern auch ganz bestimmt mich als Spezialisten! Somit müsste an erster Stelle die Erhöhung des Taxpunktes stehen, worüber man sich ja nicht mal zu sprechen getraut!

Somit verlange ich von der FMH, den TAR-MED-Tarifvertrag zu kündigen – was die Physiotherapeuten uns gerade vormachen, ist bei uns schon lange überfällig!

Dr. med. C. Decurtins, Interlaken/Unterseen



## Hilflosigkeit von Helfern – zur Schattenseite der Psychopharmaka-Abgabe

3201 Tabletten Temesta® 2,5 mg hatte eine 33-jährige Frau in ihrem Schlafzimmerschrank «als Reserve» angesammelt [1]. Gemäss Arzneimittelcompendium beträgt die maximale Tagesdosis 7,5 mg.

Seit Jahren kämpft diese Patientin mit suizidalen Tendenzen, seit Jahren leidet sie, seit Jahren wird sie – von zum Teil prominenten, aber vor allem wechselnden Vertretern/-innen kantonaler psychiatrischer Einrichtungen – medikamentös betreut. Seit Jahren nimmt sie ergänzend dazu – überwiegend in Absprache unter den Beteiligten – auch eine psychologisch-psychotherapeutische Behandlung in Anspruch. In 15 Jahren waren dies bislang zwei aufeinanderfolgende Fachpersonen. Die Zusammenarbeit zwischen beiden Berufsgruppen (Psychiatern/-innen und Psychologen/-innen) reicht von «desinteressiert-ignorierend» bis zu gegenseitigem Interesse, konsultativen Gesprächen in besonderen Krisensituationen, letzteres jeweils mit dem Einverständnis der Patientin. Immerhin ist die Notwendigkeit sta-

tionärer Aufenthalte, die in früheren Jahren mehrfach gegeben war, in den letzten Jahren auf nahezu Null gesunken.

Die erwähnten Medikamente (Temesta®) waren aber nur ein Teil einer viel umfangreicheren Sammlung. Ausgelöst wurde die Rückgabe einer ganzen Tasche voller Psychopharmaka durch eine in einer psychotherapeutischen Sitzung geäusserte Bitte der Patientin: «Bitte sagen Sie mir, dass ich mich nicht umbringen muss!» In dem daran anschliessenden Gespräch eröffnete die Patientin ihrer behandelnden Psychotherapeutin, dass sie seit Monaten und Jahren einen Teil der an sie abgegebenen Medikamente gesammelt habe. Sie findet sich am Ende von drei Sitzungen dazu bereit, diese zur nächsten Stunde mitzubringen, damit die Therapeutin sie – zur Entlastung der Patientin – in einer Apotheke abgebe. Die mitgebrachte Tasche enthielt, gemäss Bestätigung durch die Apothekeninhaberin, folgende Psychopharmaka-Mengen:

- 1944 Akineton® retard Tabletten
- 440 Akineton® Tbl.
- 3201 Temesta® 2,5 mg
- 20 Temesta® 1 mg
- 1571 Nozinan® 25 mg
- 207 Nozinan® 100 mg
- 1044 Citalopram 20 mg
- 2095 Haldol® 10 mg
- 132 Haldol® 1 mg

Damit liesse sich der Tod mehrfach herbeiführen. Eine Angestellte, die den Tascheninhalt zu nächst entgegennahm, versuchte die Psychologin allerdings zu beruhigen: «Das ist nichts Besonderes. Wir haben den Keller voll mit solchen Rückgaben.» Die gesammelten Medikamente entsprechen immerhin – wie ebenfalls von der Apothekeninhaberin bestätigt – dem unglaublichen Wert von ca. 6000 Franken.

Es scheint sich also um keinen Einzelfall zu handeln. Zum einen entsteht hier offensichtlich systematisch ein materieller Schaden, den die Solidargemeinschaft der Krankenversicherer zu tragen hat. Zum anderen wird hier aber meines Erachtens auch einmal mehr deutlich, dass Medikamente allein die Leidenszustände vieler Patientinnen und Patienten nicht beheben können, sondern dass ohne eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung mehr Schaden als Nutzen angerichtet wird. Trotzdem werden psychotherapeutische Bemühungen durch die Vergütungsstrukturen der Krankenkassen weiterhin zugunsten medikamentöser Beeinflussungsversuche unterbewertet. Akut leidende Menschen lösen in ihren Helfern zuweilen starke Hilflosigkeits- und Ohnmachtsgefühle aus. Diesen wird von psychiatrischer Seite manchmal einseitig mit der Abgabe von – durch die Werbung der Pharmaindustrie als potent angepriesenen – Pillen begegnet.

Im Interesse der Patientinnen und Patienten möchte ich diesen Beitrag nun nicht als Plä-

doyer für verschärfte Einnahmekontrollen missverstanden wissen, sondern dafür werben, dass die zugegeben langwierigere psychotherapeutische Behandlung durch entsprechend ausgebildete Fachpersonen weiterhin erhalten bleibt und nicht durch zunehmende Hürden (Einschränkung des freien Zugangs zur Psychotherapie, Bevorzugung der ärztlichen gegenüber der nicht-ärztlichen Psychotherapie usw.) erschwert wird.

Dr. Dipl. Psych. Margit Koemeda-Lutz,  
Zürich und Kreuzlingen

- 1 Aus Gründen des Patientenschutzes weicht die nachfolgende Fallbeschreibung in einigen Punkten von den tatsächlichen Verhältnissen ab. Die Darstellung der fallspezifischen Problematik bleibt dadurch aber unbeeinflusst.



### Ist das das richtige Vorgehen?

Kennen Sie Sorafenib? Noch nicht? Es handelt sich um eine Substanz, die bei chirurgisch/interventionell-radiologisch nicht angehbaren Tumoren der Leber das Überleben verlängert (gemäss einem Rundbrief einer schweizerischen Universitätsklinik an die praktizierenden Ärzte). Diese Aussage wird durch einen Literaturhinweis für den Praktiker ergänzt (Llovet JM et al. Sorafenib in advanced hepatocellular carcinoma. N Engl. J Med 2008; 359(4):378–390).

Dort liest man: «Background: No effective systemic therapy exists for patients with advanced hepatocellular carcinoma. A preliminary study suggested that sorafenib, an oral multikinase inhibitor of the vascular endothelial growth factor receptor, the platelet-derived growth factor receptor, and Raf may be effective in hepatocellular carcinoma». Informiert man sich etwas weiter, erfährt man, dass NNT für diese Therapie im Moment bei etwa 172 liegen dürfte, die Lebensverlängerung etwa 2,8 Monate (!) erreichen könnte; 120 Tbl. (genügend für 28 Tage) kosten zwischen 4483 und 4826 Euro.

Natürlich wird Sorafenib im erwähnten universitären Schreiben erst an 4. Stelle nach möglichen chirurgischen/ablativen und anderen Methoden empfohlen, die gemäss Schreiben in 10% Heilung und in mindestens 20% Remissionen (für wie lange?) bringen können. Der Praktiker soll doch bitte (gem. zitiertem Schreiben) betreffend hepatocelluläres Karzinom (HCC) zur Kenntnis nehmen: «In den medizinischen Lehrbüchern wird das HCC als selten und unheilbar abgehandelt. Leider hören wir diesen nihilistischen Ansatz immer wieder von Patienten, die bei uns eine Zweitmeinung suchen. Dies entspricht nicht

dem heutigen Wissensstand...». Und deshalb wird eine interdisziplinäre HCC-Sprechstunde eingeführt etc.

Werbung? Fortbildung? Arbeitsbeschaffung? Neue Guidelines von jeder Klinik und jeder Universität? Von allem ein bisschen? Sinnvoll? Hält das Vorgehen einerseits und der Inhalt des Schreibens andererseits einer wissenschaftlich (und menschlich) vertretbaren Aufwand-Nutzen-Kosten-Risikoabwägung wirklich stand?

Vielleicht hätte ich weniger heftig regiert, wäre der Ton des Schreibens etwas weniger belehrend und v.a. bescheidener ausgefallen; man hätte eine Mithilfe der Praktiker erbitten können im Sinne «...wir sind auf dem Weg» oder «We have won a battle not the war» (Galle Peter R.).

Dr. med. L. Fäh, Lengnau



### Schweinishche Abrechnung

H1N1, insbesondere die Impfung, ist für mich der Flop des Jahres 2009. Auf allen Ebenen muss nun ein Lernprozess einsetzen, wenn wir bei einer künftigen, nicht so harmlosen Pandemie eine bessere Falle machen wollen.

Klar, H1N1 und die Impfung kann durchaus kontrovers diskutiert werden. Die Kontroverse spiegelt sich in den Medien, beim BAG, dem GD und auch in unseren eigenen Reihen. Umso wichtiger ist die einheitliche Sprache von «oben». Prof. Zeltner fällt es aber offensichtlich leichter, den Hausärzten das Labor kaputtzumachen, als konsistente Anweisungen zu geben ... und sich dann unter Lobeshymnen aus dem Staub zu machen. Die Homepage «pandemia» ist ungenügend. Fundierte Hintergründe z.B. zu Squalen und zu den Impfstoffen habe ich von Kollegen «unter der Hand» erhalten. Als Mann an vorderster Front erwarte ich Unterstützung, dafür gibt es Mail und Post, und eigentlich erwarte ich beides. Regelmässig – und bereits um 11 vor 10!

Die Impfstoffverteilung der ersten Lieferung war peinlich. Die kantonale Regelung hat Unterschiede offenbart, die nicht sein dürfen. Ein fixer Verteilschlüssel über kantonale Kontingente und Verteilwege muss vorliegen.

Die Impfung in der Praxis ist zu hinterfragen. Auch Impfzentren sind problematisch. Wer soll dort beurteilen, ob jemand ein Risikopatient ist. Selbstdeklaration?

Die Arbeit in der Praxis war während 2 bis 3 Wochen kaum mehr normal möglich: 30 bis 50 Telefonanrufe täglich sprengten unsere personellen Kapazitäten, zumal wir selber gegen die Nebenwirkungen der Impfung kämpfen mussten. Weil der Impfstoff nicht kam, erstellten wir Dringlichkeitslisten. Das Aufge-

bot war dann aber nur noch via Post möglich, wer kann schon 100 Leute aufbieten?

Die *Lieferung in 10er-Dosen* ist nicht praxistauglich. Dafür kriegen wir den fast schon zynischen Hinweis, wir sollten den off-label-Gebrauch von Pandemrix zwar empfehlen, aber mit der nötigen Sorgfaltspflicht kommunizieren, sprich: Haltet den Kopf selber hin. Herzlichen Dank!

Stellen Sie sich den Kanton Aargau vor: 400 Ärzte schreiben am Wochenende ein Merkblatt für die Praxis, wo doch *ein Merkblatt* genügt hätte. Eine wahrhaft schweinische Ressourcenvergeudung! Bitte nur ein kleines Merkblatt, welches dann offiziell als Einverständniserklärung für H1N1-Impfung gilt, bitte in Papierform *und* als PDF *und* Word-Dokument. Nein! Stattdessen erhalten wir (im Aargau) ein mehrseitiges Dokument mit dem Impfstoff-Bestellformular auf den letzten Seiten. Die Schwarzweisskopien der Impfstoffzubereitung sind qualitativ so gut, dass ich zwischen einer Kondomwerbung und einer Impfstoffanleitung kaum unterscheiden kann. Und dies im Zeitalter des PC! Die Informationswege ... das hat meiner Meinung nach schlecht geklappt. Weniger schmeichelhafte Worte da-zu wären auch nicht verfehlt.

*Also zurück zum Positiven:* Verbesserungspotential ist da, extrem viel sogar. Bei der Information, bei der Durchführung – und um unseren Flop etwas kleiner zu gestalten – auch bei der Abgeltung!

*Dr. med. Gregor Dufner, Bremgarten AG*



### Protest

Bewegungsmangel ist die Ursache vieler Gesundheitsstörungen. Bewegungsmangel im Dachverband der Hausärzte und der FMH die Ursache der hohen Hausarzt-Sterberate.

Physioswiss hat den Tarifvertrag mit der *santésuisse* gekündigt. Herzliche Gratulation zu der mutigen, längst fälligen Aktion! Wie lange geht es noch, bis sich die überängstlichen Hausärzte aufraffen und ebenfalls alle Verträge mit der *santésuisse* kündigen?

Mit der Streichung der Inkonvenienz-Pauschale bei Hausbesuchen wird der Hausarzt

nach Streichung der Physiotherapie und Senkung der Labortarife mit einer weiteren Einkommenseinbusse bestraft! Die protestierenden Hausärzte vom 1.4.2009 in Zürich wurden von Herrn Couchepin als eine Gruppe pubertierender Demonstranten bezeichnet! Wo bleibt der Aufschrei, wo der laute Protest an oberster Stelle vonseiten der Ärzte und der FMH?

Auf meinen Aufruf zu Streik, gleichzeitigen Ferien und/oder Vertragskündigung mit der *santésuisse* in der SÄZ 2009 [1] habe ich fünf positive Antworten von Kollegen aus der ganzen Schweiz bekommen.

Wenn wir so weiterwursteln und uns über weitere Tische ziehen lassen, werden wir bald für Gotteslohn arbeiten und in Kürze wird es keine schweizerdeutsch sprechenden Hausärzte mehr geben.

*Dr. med. Lukas Guidon, Winterthur*

- 1 Guidon L. An alle Schweizer Hausärztinnen und Hausärzte (HA). Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(12):470.



### «Tue nicht recht und scheue alle» – eine Analyse

Abgesehen von der Überfremdung, gegen die es z.B. die sogenannte Ventilklausel gibt – an die sich der Bundesrat bei Bedarf erinnern sollte – scheint J.-J. Hegg [1] gewisse Details nicht berücksichtigt zu haben, z.B., dass es, ob «pathologisch» oder menschlich-abwegig, auch eine «bräunliche Brühe» [2] gibt, die sich hierzulande mit bisher höchstens am 1. August, inzwischen unnötigerweise auf verschiedene Weise und fast ganzjährig in Anwendung kommenden CH-Emblemen tarnt. Unbestreitbar ist die Brühe und damit der nunmehr penetrant-allgegenwärtige Emblemabusus nicht etwa Reaktion auf Überfremdung, sondern sozusagen aus sich selbst, jedenfalls nicht von guten Eltern geboren und schämt sich ihrer selbst, weil primär von ungutem Gewissen begleitet, das der persönlichen, individuellen Identität nicht förderlich ist (dieses Gewissen klagt die Person berechtigterweise an und stellt sie dadurch

nicht nur in Frage, sondern in Beweisnotstand). Die Brühe wird tendenziell fehl zu lokalisieren und «auszulagern», nämlich z. B. auf irgendwelche Minderheiten zu projizieren versucht. Es wird auch versucht, die Gefahr, statt in ihr selbst, in solchen zu sehen. Das genannte persönliche Identitätsproblem, das entsteht, indem das mahnende Gewissen die Person anzweifelt und ihr Selbstverständnis schwächt, wird dabei unnötig als Gefährdung der CH-Identität durch Immigration gedeutet. Wieso sollte die Brühe, auf die es Hinweise gibt, nicht zur «Brutalisierung und Dekultivierung der Schweizer» [2] führen?

*P. Süssstrunk, Seewis*

- 1 Hegg JJ. Medizinisches ausgeklammert! Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(1/2):26.
- 2 Prof. Michael Hampe «Tagesanzeiger», 31.12.2009 S. 32 «Folgt auf die Arisierung die Helvetisierung?».

### Leserbriefe

Leserbriefe sind grundsätzlich willkommen und können veröffentlicht werden, sofern sie sich inhaltlich und formal innerhalb der in unserem Kulturkreis üblichen Anstandsgrenzen bewegen, keine für die Redaktion erkennbaren Fehlinformationen enthalten und eine Länge von 2500 Zeichen nicht überschreiten. Die Redaktion behält sich das Recht vor, Auswahl, Kürzungen und Bearbeitungen vorzunehmen. Seitens der Redaktion besteht keine Verpflichtung zur Publikation. Über Leserbriefe wird in der Regel keine Korrespondenz geführt; insbesondere muss eine Nichtveröffentlichung nicht begründet werden. Von diesen Grundsätzen kann abgewichen werden, wenn dies der Redaktion angezeigt erscheint.

Das vollständige Manuskript ist an die folgende Adresse der Redaktion einzureichen, wenn möglich per E-Mail: Redaktion Schweizerische Ärztezeitung, EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Farnsburgerstr. 8, 4132 Muttenz, Tel. 061 467 85 72, Fax 061 467 85 56, E-Mail: redaktion.saez@emh.ch.