

Briefe an die SÄZ



Bei Impfungen muss man unterscheiden

Zum Artikel über Impfungen von Rouven Porz [1]

Als langjähriger Hausarzt habe ich viel mit Impfungen zu tun und finde es sehr wichtig, *wesentliche Impfungen von weniger wichtigen zu unterscheiden*. So habe ich in meiner 30-jährigen Tätigkeit noch nie einen Fall von Starrkrampf gesehen, wobei die Erkrankung hier auf dem Lande durchaus vorkommt. Das praktische Verschwinden des Starrkrampfs ist mit grösster Wahrscheinlichkeit auf die Impfung zurückzuführen. Laut Rücksprache mit dem Inselspital Bern sehen sie dort zwei bis drei Fälle von Starrkrampf pro Jahr; es handle sich dabei meistens um ältere Frauen, die nicht oder ungenügend geimpft seien. Weiter habe ich noch nie eine Neuerkrankung an Kinderlähmung erlebt, ganz im Gegensatz zu meiner Jugendzeit, während welcher in der Nachbarschaft noch Kinder erkrankten. Auch die Kinderlähmung ist eine ernste Krankheit, welche früher bis zu einem Leben in der Eisernen Lunge führen konnte. Ebenso habe ich Diphtherie noch nie gesehen. Bei dem Patientengespräch über Impfungen unterscheide ich ganz klar zwischen absolut notwendigen Impfungen und solchen, über welche man diskutieren kann, beispielsweise die Grippeimpfung. Die Grippe ist meistens eine leichte bis mittelschwere Erkrankung, ich habe noch nie einen Grippetoten gesehen und schon viele Hausärzte danach gefragt; alle haben die Frage verneint. Nun liest man aber jedes Jahr in der Zeitung über einige Dutzend Grippetote in der Schweiz, sodass sich die Frage stellt, wo diese sind. Die Antwort erfuhr ich kürzlich an einem Kongress: Da die Grippe nicht meldepflichtig ist, werden die Toten rein statistisch ermittelt, die Übersterblichkeit der Grippesaison wird als Grippesterblichkeit berechnet. *Die Grippetoten sind also eine statistische Grösse, man könnte auch sagen «Papiertiger»*. Die Schutzwirkung der Grippeimpfung beträgt laut Merkblatt der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern zwischen 40% und 80%. Daraus ist ersichtlich, dass es sich für einen grossen Industriebetrieb rentieren kann, die Grippeimpfung kostenlos anzubieten, wenn damit die Hälfte der Erkrankungen vermieden werden kann. Erkrankt aber ein nicht Geimpfter in einem solchen Betrieb an der Grippe, kann ihm der

Chef nicht vorwerfen, er sei selber schuld, denn der Erkrankte kann argumentieren, er könnte zu der Hälfte gehören, welche trotz Impfung erkrankten. Somit ist wichtig, dass bei Diskussionen über Impfungen, wie erwähnt, genau angegeben wird, von welcher Krankheit man spricht.

Dr. med. Martin Niederhauser, Bowil

- 1 Porz R. Ich lasse mich gegen Grippe impfen. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(42):1672.



Vorbei mit der Freiheit

Kollege Dudle [1] sei herzlich gedankt für seine Ausführungen zum Verlust der Freiheit. Im Stil eines Glossars fasse ich die Lage wie folgt zusammen:

Selbstverantwortung Ärzte: Durch Fortbildungsverordnung verordnete Unfähigkeitserklärung, nach zwölf Jahren Ausbildung beurteilen zu können, welche Fortbildung man als Facharzt braucht (wird von gewissenlosen Leuten auch als Eingeständnis der Universitäten und Kliniken interpretiert, dass Studium und Weiterbildung zum Facharzt die ursprünglich durch die Matur erworbene Reife nachhaltig verkümmern liessen).

Fortbildungskommission: Autoren der obigen Unfähigkeitserklärung, die ihrerseits natürlich fähig sind zu bestimmen, welche Fortbildung ihre definitionsgemäss unfähigen Fachkollegen benötigen.

Dr. med. Heiner Lachenmeier, Affoltern am Albis

- 1 Dudle U. Vorbei mit der Freiheit. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(43):1704-5.



Managed Care

Als ehemaliger Landarzt im Ruhestand staune ich darüber, dass ein System wie MC oder IV, welches dank motivierten Akteuren auf Ärzte- und Patientenseite gut und günstig funktionierte, mit finanziellem Druck allgemeinverbindlich erklärt weiterhin Ersparnisse – gar mehr als bisher – bringen soll.

Und ich staune, dass vom Ersatz (ebenfalls unter finanziellem Druck) des bisherigen Ver-

hältnisses zwischen Patientin und Ärztin durch eine vertragliche Verpflichtung, über drei Jahre Vertrauen in eine Institution zu haben, anderes als Ungemach erwartet wird.

Dr. med. Bruno Keist, Ebnat-Kappel



Empathie, Empathie ... (eine Selbstbesinnung)

Warum gibt es so viel zu reden um die ärztliche Empathie?

1. Der *Patient/Klient* verlangt Empathie als Kundendienst, damit die Behandlung «nutzbringend und zuträglich» (iucunde) erfolge.
2. Und als leidender *Kranker* wünscht er natürlich Einfühlung und Mit-Leiden, das heisst, er sucht nach Mitleid mit seinem Schicksal – wahrscheinlich nützlich (EBM?) und günstig (Wirtschaftlichkeit?) für die Genesung, oder mindestens für sein Wellness-Wohlbefinden.
3. Und ganz einfach als *Mitmensch* hat er Anspruch auf Anteilnahme – ein Grundprinzip der Sozietät –, sonst bleibt jegliche Begegnung kalt, fremd und eben unmenschlich
4. Als *Arzt* kann ich ja Empathie heucheln oder vortäuschen («tut es arg weh?») – wie jene gestresste Schuh-Verkäuferin, die eine lästige Kundin mit freundlichem Lächeln verabschiedet, um alsogleich, in ihrem Rücken, ihr eine Grimasse zu schneiden ... Aber echt Empathie empfinden? Da stellen sich unbewusst uralte Clichés dagegen: «Wer Mitleid zeigt, ist ein Schwächling» – «Es braucht Härte, auch gegen sich selbst, um lebensstüchtig zu bleiben und zu reüssieren» ... nicht zuletzt auch, wenn ein ärztlicher Eingriff dem Patienten notwendigerweise nahe-treten oder wehtun muss ...
5. Und da ergibt sich nun ein persönliches *Dilemma*: Wie gestalte ich mein Verhalten, um weder als ineffizienter Weichling noch als unmenschlicher Pragmatiker klassiert mein individuelles *Selbstwertgefühl* zu strapazieren?
6. Indessen sind mir solche Betrachtungen hilfreich, um *tolerant* auch eine abweichende Haltung von andersgearteten Kollegen und Mediziner-Ausbildnern besser zu verstehen!

Dr. med. Hans R. Schwarz, Porto Ronco