

Briefe an die SÄZ



Ärztliche Suizidhilfe

Verstehe ich den Artikel der SAMW [1] betreffend Problemen bei der Durchführung von ärztlicher Suizidhilfe richtig, wenn ich daraus schliesse, dass die ZEK den assistierten Freitod auf terminale Krankheiten beschränken möchte?

Ich stimme mit der Zentralen Ethikkommission (ZEK) der SAMW überein, dass bei einem Wunsch nach Beendigung des eigenen Daseins allergrösste Vorsicht geboten ist, und klare Richtlinien berücksichtigt werden sollen. Ich möchte die ZEK und die SAMW aber anfragen, was sie unheilbar schwerleidenden Menschen raten, die nicht das «Glück» haben, in den nächsten Tagen oder Wochen eines natürlichen Todes sterben zu können? In England kämpft ein Mann mit «Locked-in-Syndrom» gerade jetzt vor dem High Court dafür, dass er in seinem Heimatland in einen begleiteten Freitod gehen darf. (Er wird optimal zu Hause gepflegt, seine Angehörigen verstehen und akzeptieren aber seinen Wunsch.) Wie stellt sich die Schweizerische Ethikkommission gegenüber solchen Situationen? Hat die Ethikkommission Zahlen, wie viele Menschen mit Carcinomen (Leidenserwartung Tage bis Wochen) und wie viele Menschen mit schwerst invalidisierenden und schmerzhaften unheilbaren neurologischen Erkrankungen (Leidenserwartung Monate bis Jahre) in den Tod gehen?

Ich möchte mit meiner im November 2011 gegründeten Organisation lifecircle (www.lifecircle.ch) die Selbstbestimmung in schwierigen Lebenslagen stärken, uneingeschränkt, aber dafür mit sehr viel ärztlichem Verantwortungsgefühl. Deswegen habe ich kürzlich in der SÄZ meinen Artikel über Palliativmedizin und Freitodbegleitung veröffentlicht und darin einen konkreten Fall beschrieben [2], den Markus Zimmermann-Acklin, Vizepräsident der ZEK, in der NZZ als «haarsträubend» bezeichnet [3]. Vorrang hat bei lifecircle nicht die Freitodbegleitung, sondern die Suizidprophylaxe, Pflege zu Hause, Patientenverfügung und die Palliativmedizin. Die Freitodbegleitung wird aber über eine zugehörige Stiftung auch ermöglicht. Ich bitte die Verantwortlichen der SAMW bzw. der ZEK, mit Personen, die in Bezug auf Freitodbegleitung sehr viel Fachkompetenz haben, in persönlichen Kontakt zu treten. Dies in der Hoffnung, dass sehr bald gute, humane Richtlinien entstehen, die auch den Menschen mit

unheilbarem, chronischem Leiden die Möglichkeit geben, ihr Menschenrecht auf eine eigenhändige, aber sichere und begleitete Beendigung ihres Leidens zu beanspruchen.

Eine engagierte Hausärztin mit Herz

Dr. med. Erika Preisig, Biel-Benken

- 1 Zentrale Ethikkommission der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Probleme bei der Durchführung von ärztlicher Suizidhilfe. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(11):411–2.
- 2 Preisig E. Palliativmedizin und Freitodbegleitung: Erfahrungsbericht einer Hausärztin. Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(41):1588–9.
- 3 www.nzz.ch/nachrichten/politik/schweiz/kritik_an_suizidhilfe_durch_aerzte_1.15787086.html



Neue Kommunikationswege sind dringend nötig

Herr Ritler, Vizedirektor des BSV, malt in seinem Artikel über die Philosophie der IV [1] ein sehr harmonisches Bild der Zusammenarbeit verschiedenster Institutionen rund um den behinderten Menschen. Aus jahrzehntelanger Erfahrung als Grundversorger muss ich dieser Ansicht entschieden widersprechen. Die Zusammenarbeit von uns Ärztinnen und Ärzten mit der IV war schon immer schlecht und ist es noch jetzt, trotz den in unregelmässigen Abständen deklarierten Neuerungen.

Herr Ritler betont wiederholt, wie wichtig der IV die Zusammenarbeit mit uns sei, ja dass unsere Meinung über einen Patienten entscheidend für die schliessliche Verfügung sei. Ich denke, dass ich nicht der Einzige bin, der hier schlicht den Kopf schütteln muss, denn in unserem Alltag erleben wir mit der IV anderes:

Noch nie in 30 Jahren bin ich von einem IV-Sachbearbeiter kontaktiert worden, das telefonische Eindringen in die IV zu einer kompetenten Person ist weiterhin fast unmöglich. Man gelangt nur bis zur entsprechenden Büroperson, die von den gesundheitlichen Aspekten des betreffenden Menschen keine Ahnung hat. Als der «regionale Ärztedienst RAD» vor ein paar Jahren gegründet wurde, habe ich ein paar Mal vergeblich versucht, dort einen Kollegen, eine Kollegin zu sprechen. Wenn man von einer Sekretärin oder einer Hotline nicht durchgelassen wird und auch der gewünschte Rückruf nie stattfindet, verliert man den Mut. Miss-

mutig nimmt man also die schrecklich komplizierten und mit unverständlichen Fragen gespickten IV-Formulare hervor, versucht sie zu beantworten, wohl wissend, dass diese Mühsal keinerlei Einfluss auf die Entscheidungsprozesse der IV haben wird. Viele Fragen sind so gestellt, dass eine seriöse Antwort nicht möglich ist. Wird jemand von der IV zu einem Konsiliarium geschickt, erwartet den Patienten fast immer ein vernichtendes Urteil.

Alles, was Herr Ritler schreibt, ist eine perfekte Utopie: Die konstruktive Zusammenarbeit mit uns Ärzten und Ärztinnen findet trotz unserer Bereitschaft nicht statt. Wir werden nicht einbezogen und fühlen uns – wie unsere Patienten und Patientinnen – von den Entscheidungen ausgeschlossen. Wir werden nicht gehört! Die IV arbeitet unglaublich langsam und die Bürokratie ist überall spürbar. Der persönliche Kontakt der begleitenden und beratenden IV-Fachleute mit uns ist inexistent, aus unserer Sicht scheint eben gerade das Aktenstudium und nicht die institutionelle Zusammenarbeit im Zentrum zu stehen. Schön ist das Bild, dass sich die behinderte Person, der Arbeitgeber, die IV, andere involvierte Versicherungen und wir Ärzte quasi an einem Tisch sitzen, um das Beste für den Menschen, um den es geht, herauszuholen; die Realität sieht leider anders aus.

Ich bin aus meiner Erfahrung skeptisch, ob sich unter dem jetzigen, politisch motivierten Spardruck etwas ändern wird, wünsche der IV aber viele gute Ideen beim Erschaffen von neuen Kommunikationswegen zu uns Ärzten. Sie sind dringend nötig und würden viel zu einer besseren Stimmung beitragen. Eine raffinierte Internetplattform ist sicher zeitgemäss, das gute, alte Telefongespräch aber sicher besser, weil einfacher. Auf das neue IV-Ärzteformular bin ich gespannt, ich hoffe, dass es praxisgerechter ist als die bisherigen.

Dr. med. Daniel Rähle, Wetzikon

- 1 Ritler S. Eingliederung ist eine Chance, Gesundheit zu erhalten oder zu verbessern. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(11):409–10.



Populistische Pauschalverurteilungen

Bei seiner Meinungsäusserung in der SÄZ vom 22.3.12 [1] macht der Präsident von «Pulsus», Marcus Maassen, Managed Care schlecht, indem er Beispiele aus den USA zitiert, welche

selbstverständlich so in der Schweiz nicht möglich wären.

Es ist grundsätzlich falsch, US-amerikanische Managed-Care wie auch HMO-Medizin mit der Arbeit von schweizerischen Netzwerken zu vergleichen. Das wird zwar leider schon seit 20 Jahren so gemacht, wird aber deswegen nicht richtiger.

Was Maassen in Deutschland über Netzwerke von Hausärzten erfahren und gelernt hat, entzieht sich meiner Kenntnis. Leider hat er sich aber seit seiner Tätigkeit in der Schweiz nicht über unsere Arbeit informiert, sonst würde er nicht solche populistischen Pauschalverurteilungen verbreiten. Als Präsident von «Pulsus», ein konservativer, Vergangenheits-orientierter Ärzteverein, wäre er eigentlich verpflichtet, sich vor einer solchen Stellungnahme besser zu informieren (bei Bedarf stelle ich mich gerne zur Verfügung!). Auch Maassen hat Angst um seine Pfründe, eine Angst, die völlig unberechtigt ist. Wir Hausärzte in Winterthur arbeiten selbstverständlich eng und regelmässig mit unseren Spezialisten zusammen. Die gesammelten 133000 Unterschriften zeigen eigentlich nur, wie leicht beeinflussbar und abhängig ein Patient ist.

Integrierte Versorgungsnetze vermeiden Doppelspurigkeiten, sichern Qualität und dämpfen Kosten (NZZ vom 23.3.12). Die Angst vor Einkommensverlust ist unbegründet. Ich appelliere deshalb an alle unentschlossenen Spezialisten: Stimmen Sie am 17. Juni JA zur Managed-Care-Vorlage!

Dr. med. Christoph Bovet, Winterthur

- 1 Maassen MM, Bianchetti M. Flächendeckendes Managed Care: aus Erfahrung schlecht – der Blick über den Ozean. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(12):445–6.



Cyanocobalamin

Den kritischen Ausführungen von Markus Gnädinger [1] über einen gewissen Unwillen und eine Trägheit von Swissmedic, auf seine Probleme mit Medikamenten einzugehen, kann ich mich anschliessen. Ich suchte, leider vergebens, bei Swissmedic Hilfe bei der Lösung der Problematik von Cyanocobalamin:

Cyanocobalamin ist eine relativ stabile Form von Cobalamin (Vitamin B12). Deswegen wurde sie auch als Erste im Labor synthetisiert, was mit dem Nobelpreis gewürdigt wurde. Im Körper entsteht sie aus Hydroxocobalamin und Methylcobalamin, wenn diese mit Stickstoffverbindungen, wie z.B. auch mit dem Stickstoffoxid (NO) reagieren, was eine der wichtigsten fast unzähligen Wirkungen von Vitamin

B12 ist. Es bildet sich dabei das Abbauprodukt Cyanocobalamin, das vorwiegend in der Niere ausgeschieden und nur zum kleinen, vermutlich von Mensch zum Mensch unterschiedlichem Teil zurück in Hydroxocobalamin und dann zum Methylcobalamin umgewandelt wird. Man weiss, dass bei manchen Krankheiten, wie z.B. Raucheroptikusneuritis, Cyanocobalamin toxisch wirkt. Vermutlich ist dies auch sonst der Fall – den Nachweis zu erbringen, ist jedoch nicht leicht.

Ungeachtet dieser Nachteile wurde Cyanocobalamin erst in der Injektionsform, später auch in der oralen Form mit grossem Erfolg für die Therapie des Vitamin-B12-Mangels angewandt, und zwar aus einem einfachen Grund – es gab keine anderen, besseren Formen von Vitamin B12 als Medikament. Wegen des Verlustes durch die Niere muss(te) man Cyanocobalamin oft spritzen, und so entwickelte man eine künstliche Depotform. Da das inzwischen vorhandene Hydroxocobalamin nicht durch die Niere ausgeschieden wird, ist es schon natürlich in der «Depotform» (Vitarubin Depot der Fa. Streuli), noch dazu ohne die mindestens potentiellen Gefahren und offensichtlichen Nachteile des Cyanocobalamins, und erst noch zum gleichen Preis! Mit der Zeit erschien für die orale Anwendung das Methylcobalamin, das aber in der Schweiz nur über das Internet erhältlich ist. Wenn wir also Cyanocobalamin in den üblichen Vitaminpräparaten in kleinen Dosen zu uns nehmen, mag es keinen Schaden anrichten, wenn wir jedoch bei Vitaminmangel pharmakologische Dosen, noch dazu manchmal bei Schwangeren benutzen, ist die Wirkung mindestens vermindert, wenn nicht schädlich. So kann man Berichte erklären, die trotz grotesk hohen Cyanocobalamin-Blutwerten keine oder nur eine minimale Wirkung zeigen.

Der erste Schritt, das Verbot des parenteralen Cyanocobalamins, den Grossbritannien bereits vor Jahren getan hat, sollte problemlos möglich sein, abgesehen von den Verlusten für Firmen, die das Produkt vertreiben. Der zweite, der Ersatz von Cyanocobalamin durch Methylcobalamin in den oralen Präparaten, ist zwar sicher komplizierter, aber wir sollten ihn ebenfalls vollziehen, zumindest in den pharmakologischen Dosierungen (500–1000 mcg, also 100–200% des Tagesbedarfes). Warum Swissmedic nicht bereit ist, in diesem Bereich etwas zu unternehmen, ist für mich unklar und scheint mir für Swissmedic beschämend. Ich hoffe auf Hilfe seitens des Ressorts Heilmittel der FMH. Dies auch beim Hem-iron-Protein (HIP = Proferrin). Das ist aber ein anderes Kapitel.

Dr. med. Peter Marko, St. Gallen

- 1 Gnädinger M: Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie den Arzt oder Apotheker. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(12):467–8.



santésuisse als Zauberer und Illusionisten

santésuisse will Grundversorger nachhaltig besserstellen [1]. Wer's glaubt zahlt santésuisse einen Taler (bzw. mehrere Millionen, die uns Hausärzte zwischen 2004 und 2008 vorenthalten wurden).

Aktuell soll wieder einmal die Besuchsinkonvenienzpauschale von 40 TP in den Grund-Tarif eingebaut werden, d.h. als Pauschale verschwinden. Ein Nullsummenspiel, bei dem wir uns bei santésuisse noch bedanken sollen. Der Hausbesuch wurde vor TARMED im Kt. Zürich ab 1998 zum Tarif von 80 Franken plus Wegkosten abgegolten. Bei der Einführung des TARMED wurde der Hausbesuch (absichtlich?) vergessen und tariflich gleich wie eine gewöhnliche Konsultation behandelt. Im Kt. Zürich z.B. für 20 Min. mit 47.18 Franken (d.h. minus 41%, im Vergleich zu vor TARMED). Nach 4 Jahren Kampf um eine gerechte Entschädigung des Hausbesuches wurde uns dann 2008, grosszügig, eine befristete Besuchsinkonvenienzpauschale von 40 TP zugestanden. Damit wird heute der Hausbesuch (für einen 20-minütigen Hausbesuch ergibt dies 82.78 Franken) wieder etwa gleich schlecht entschädigt wie vor 10 Jahren. santésuisse möchte nun die Besuchsinkonvenienzpauschale fest in den Tarif einbauen [1]. Wo bitte bleibt da die angekündigte Besserstellung? Zuerst nimmt man den Hausärzten während 4 Jahren eine grundlegende Position einfach weg, dann gewährt man diese wieder grosszügig, aber befristet. Und nun verkündet santésuisse lautstark eine nachhaltige Besserstellung alleine durch den geforderten Einbau in den Tarif. Für eine nachhaltige Besserstellung der Hausärzte braucht es mehr als leere Worthülsen. Da kann ich allen nur empfehlen, in Zukunft jeden Hausbesuch nur noch als Notfall und mit Notfallinkonvenienzpauschale von 50 TP durchzuführen. Dies entspricht etwa den Kosten eines ganz normalen Hausbesuchs vor der Einführung des TARMED.

Dr. med. Valerio Rosinus, Zürich

- 1 Communiqué vom 14.3.2012: santésuisse will Grundversorger nachhaltig besser stellen. www.santesuisse.ch/datasheets/files/201203141518450.pdf