

# Courrier au BMS



## Die ethischen Grundsätze und das liebe Geld

### Einige Überlegungen zur Metamorphose der Apotheker

Als nicht selbstdispensierender niedergelassener Arzt in Zürich, der innerhalb der letzten zwei Dekaden drei Abstimmungen zur Frage, ob Ärzten die direkte Medikamentenabgabe an ihre Patienten gestattet werde, miterlebt hat, bin ich wenig erstaunt, dass das Heilmittelgesetz revidiert werden soll, nachdem keine juristischen Hebel mehr am Verdikt zu rütteln vermocht haben, dass nun die Ärzte auch in den Städten wirklich dürfen.

Wir erinnern uns: Den Apothekern ist der schmerzhafteste Interessenkonflikt, in den Ärzte geraten könnten, wenn diese selber die Indikationen zur Behandlung stellten und den Verkauf der Arzneien unter ihren eigenen Fittichen hielten, ein Herzensanliegen gewesen. Sie argumentierten, dass «wer Medikamente verschreibt, diese nicht verkauft». Dieser OECD-Standard, der in vielen Ländern gilt, wurde zum ethisch-moralischen Prinzip erhoben. Schon im Garten Eden ist der Mensch der Versuchung erlegen und wie sollten da die geldgierigen Ärzte widerstehen können.

Im neuen Heilmittelgesetz sollen nun die Apotheker gleich lange Spiesse bekommen und selber verkaufen dürfen, was sie verschreiben. Der hochgehaltene OECD-Standard, wenn er denn schon bei den Ärzten nicht angewendet wird, verkommt zur Makulatur in Schweizer Landen und ist plötzlich auch den Apothekern nur noch lästig.

Aber es gibt ein Problem: Hier verschreiben nun diagnostisch Blinde eine naive Therapie. Ich kann mir nicht vorstellen, dass hinter dem Verkaufstresen eine Medikamentenanamnese erhoben wird, die diesen Namen verdient. Und so wird es nur eine Frage der Zeit sein, bis Rhabdomyolysen, akute Niereninsuffizienzen, Leberversagen, Intoxikationen und Torsades de pointes zu trauriger Berühmtheit in den Gazetten gelangen. Das gibt wieder Futter für kritische Konsumsendungen. Die Apotheker sagen, wir haben ja unsere Computerprogramme, die uns sofort die Interaktionen anzeigen. Und wer von uns hat es nicht schon erlebt: Der telefonische Aufschrei der Apotheke, dass dieser Patient unmöglich Kalium zu Moduretic einnehmen dürfe. Das sagt schliesslich ihr PC. Nur:

die Laborresultate des Patienten kennen die Ärzte, die Apotheker nicht, und die sagen etwas anderes.

Die Apotheken sehen sich mit einem existenziellen Problem konfrontiert: Nachdem Sie keine Originalrezepturen mehr mischen, sind sie zu reinen Zwischenhändlern verkommen. Sie haben eine Beratungstaxe eingeführt, doch die Patienten mit Rezept kommen schon beraten zu ihnen. Sie suchen nach neuen Betriebslegitimationen und bieten viele niederschwellige Tests an, um Krankheiten auf die Schliche zu kommen. Aber auch hier greifen sie systematisch zu kurz, weil ihre Ausbildung nicht auf das Erkennen von Krankheiten ausgerichtet ist. Entdecken Sie ein zu hohes Cholesterin oder einen erhöhten Blutzuckerwert, können sie daraus keine Diagnose kreieren, sondern nur empfehlen, ärztlichen Rat einzuholen.

Das alte Sprichwort: «Schuster bleib bei deinen Leisten» hat die Schuhmacher aussterben lassen und wird zu einer Flurbereinigung der Apothekendichte führen, selbst wenn die Apotheker über den Hag fressen.

Da nützt auch das neue Heilmittelgesetz wenig.

*Dr. med. Daniel Schlossberg, Zürich*



## Le secret médical

### A propos de la lettre de lecteur de B. Deslarzes [1]

Le secret médical est intangible: oui, du moins tant qu'il est inscrit dans la loi, «sacré» comme dit un conseil: non! Ou alors donnez-moi une définition opérationnelle, fondée en raison, du sacré: cette définition n'existe pas, sauf que l'on peut dire que c'est une chose, un concept, une organisation à quoi on tient particulièrement: pas très convaincant, parce que chacun a son «sacré» (donc terme ni médical, ni juridique)! La loi vaudoise sur la protection des mineurs nous donne justement l'exemple de comment il convient de moduler, selon l'analyse du but à atteindre, une loi fédérale, «absolue» par définition comme toutes les lois! Cette loi cantonale impose à toute personne en rapport avec les enfants (dont les médecins) une obligation de signaler une maltraitance sur mineur, alors que les autres lois cantonales sur le même sujet n'ont pas cette obligation impérative, qui complète le devoir imposé par la

loi fédérale. Que voit-on donc de mauvais d'être obligé de signaler dans des circonstances: rien, sauf que le dilemme personnel de devoir ou non d'annoncer, en fonction de l'éthique, disparaît (nul ne peut être puni pour avoir exécuté raisonnablement une obligation légale), ce qui est tout de même plus clair. Le problème du signalant se reporte sur comment le faire, ce qui n'est pas décrit dans ladite loi, et sur la réalité de la maltraitance, pour laquelle la loi s'en remet à l'expérience du signalant. On est exactement dans le même cas de figure.

Mais les médecins n'aiment pas cela. Il n'y a plus d'absolu, mais cela fonctionne!

*Dr Virgile Woringler, Lausanne*

- 1 Deslarzes B. Le secret médical est sacré. Bull Méd Suisses. 2014;95(18):696.



## Drei Fragen

Fällt eigentlich auch anderen Kolleginnen und Kollegen auf, dass wir mit unschöner Regelmässigkeit in unserer Ärztezeitung Texte serviert bekommen mit Sätzen wie beispielsweise: «über die Komponente Patientenprozess unter Berücksichtigung von Fach- und Systemkontext entsteht ein anderer Kontext, in dem die Paradoxie eingebettet ist» oder: «neben dieser Klärung von Entscheidungsthemen und den Orten, in denen sie bearbeitet werden, trägt vor allem die zeitliche Rhythmisierung insbesondere von organisationsweiten Entscheidungen wie strategischen Jahreszielen zu einer höheren Erwartbarkeit, Nachvollziehbarkeit und Akzeptanz bei» und weiter: «Spitäler können sich auf die Beziehung zwischen den Polen der Paradoxie konzentrieren oder einen Bezugspunkt und darüber einen neuen Kontext für die Paradoxie etablieren»? Eine solche geballte Ladung von

## Lettres de lecteurs



Envoyez vos lettres de lecteur de manière simple et rapide. Sur notre site internet, vous trouverez un outil spécifique pour le faire. Votre lettre de lecteur pourra ainsi être traitée et publiée rapidement. Vous trouverez toutes les informations sous: [www.bullmed.ch/auteurs/envoi-lettres-lecteurs/](http://www.bullmed.ch/auteurs/envoi-lettres-lecteurs/)

schlechtem Deutsch, unverständlicher Sprache und geschwollenen Phrasen, geliefert von einem «Professor für Management pluralistischer Organisationen», einem «Co-Leiter Forschungsprogramm Healthcare Excellence» und einem «Institutsdirektor für systemisches Management und Public Governance» findet sich z.B. in der SÄZ 19 vom 7.5.2014 im dritten Teil der Serie «Management von Spitalern», und ich gestatte mir als zweite Frage die, ob denn in der Redaktion nie jemand aufsteht, um dieser Floskel-Lawine aus «bilateral-situativ, Patientenprozesse, Prozessoptimierung, Perspektive, Verteiltheit von Entscheidungen, organisationsübergreifend, Prozessperspektive, Ressourcen, Wertschöpfung, Reflexion, hinterfragen, strukturieren» etc. Einhalt zu gebieten. Dritte Frage: Liege ich falsch mit der Überzeugung, dass der weit überwiegende Anteil der Ärzteschaft solche schlicht und einfach unles- und unverdaubare Texte kopfschüttelnd übergeht?

*Dr. med. Dieter Würsten, Zürich*



### **Etwas zum Schmunzeln**

Zur Motivation – man kann junge Hausärztin und Mutter sein und hat trotzdem einiges zum Schmunzeln.

Unterhaltung mit meinem 4,5-jährigen Sohn Florian auf dem Nachhauseweg:

«Mami, wie viele Patienten hattest du heute?» – «Nicht so viele, ich habe nur am Morgen gearbeitet.» – «Ja, aber wie viele?» – «So ungefähr 15» – «Mit was?» – «Ja zum Beispiel drei mit Halsweh, davon einer ganz fest» – «Okay, der interessiert mich, wer war denn das?» – «Florian, weisst du, das darf ich dir nicht sagen, das heisst Arztgeheimnis, ich darf dir schon sagen, dass ich Patienten mit Halsweh hatte, aber nicht genau, wer das war, du kennst ihn

sowieso nicht» – «Ja, das weisst du ja gar nicht, wo wohnt er denn genau?» – «Das darf ich auch nicht sagen, und ich weiss es gar nicht.» Er überlegt «Ja, aber, wenn ich selber herausfinde wir er heisst ...» – «Ja, das geht auch nicht, wenn du zum Beispiel sagst, «hat Herr Huber Halsweh gehabt?», darf ich nicht ja oder nein sagen» – «Oh manno – kannst du mir wenigstens sagen ob er ein Hemd angehabt hat?» – «Florian, ich weiss nicht, ich habe nicht auf seine Kleider geschaut, sondern in den Hals» – «Was! Wie schaut du denn in den Hals?» – «Ja, so mit der Lampe und dem Spachtel, wie ich es manchmal mit dir mache» – «Ah so, in den Mund schauen – also drei mit Halsweh – und sonst?» – «Noch einen mit hohem Blutdruck» – «Hatte wenigstens der mit dem Blutdruck ein Hemd an?»

*Dr. med. Rahel Jost, Fehraltorf*

## Sujets actuels de forum

Joignez la discussion en ligne sur [www.saez.ch](http://www.saez.ch)



Dr méd. Andy Fischer, CEO de Medgate

### **Mise en réseau**

La base de soins intégrés performants



Margrit Kessler, présidente de l'Organisation suisse des patients (OSP) et conseillère nationale PVL

### **Halte à la pénurie de médecins qui se dessine!**

Plus de places de formation dans la médecine humaine



Prof. Dr méd. Dr h. c. Max Aebi, Senior Consultant de l'Institut de recherche évaluative en médecine (IEFM) de l'Université de Berne et Président de la Fondation SIRIS

### **Contrôle de qualité en chirurgie**

Qu'apportent les registres?