

# Courrier au BMS



## Goldkörner aus den Vorlesungen unserer früheren Lehrer

### Zum Leserbrief «Palliativmedizin in der Grundversorgung = zu Hause» [1]

Kollege Jakob hat mich mit seinem Leserbrief berührt und zwar nicht nur, weil er zur gleichen, annähernd vorsintflutlichen Zeit auf den Bänken im Vorlesungssaal gesessen ist wie ich, sondern auch, weil ihm wie mir Aussprüche von Professoren offenbar nicht nur in den Kopf, sondern auch ins Herz gegangen sind. In diesem Sinne erwähne ich andere Aussagen unserer früheren Lehrer, die mir heilsam über Jahre in Erinnerung geblieben sind.

Der Dermatologe Miescher erzählte, dass er vor seiner Ernennung zum Ordinarius in seiner Privatpraxis Patienten mit Warzen immer mühelos heilen konnte, indem er ihnen ein neues Medikament, das angeblich aus Amerika stammte, verordnete, das aber nicht mehr als eine farbige Placebolösung war. Nach seiner Wahl zum Dermatologieprofessor hätte er auch die gleiche Art Warzen beseitigen wollen. Diese sei ihm jedoch nie mehr gelungen.

Professor Alfred Brunner, ein Pionier in der Thoraxchirurgie, berichtete uns vom traurigen Erlebnis eines Assistenten: Als dieser bei einem Patienten einen Pleuraerguss feststellte und ihm vorschlug, diesen zu punktieren mit der Versicherung, dass dies ein harmloser Eingriff sei, bekundete der Patient Angst und sträubte sich gegen die Punktion. Er liess sich aber schliesslich dazu drängen. Kurz nach dem Einstich sei er aber plötzlich tot umgefallen. Professor Brunner ermahnte uns nach diesem Bericht, bei der Meinungsäusserung eines unserer Patienten hellhörig zu sein und schloss dann: «Sehen sie meine Herren, es gibt Dinge zwischen Himmel und Erde, die wir nicht begreifen.»

Der von Kollege Jakob zitierte Professor Wilhelm Löffler erzählte uns in seiner Vorlesung über einen offenbar auch ihn beeindruckenden Kontakt mit einem seiner Patienten ungefähr mit folgenden Worten: «Nachdem bei einem in die Klinik eingewiesenen Missionar ein Magencarcinom diagnostiziert werden musste, teilte ich vorerst nur der Ehefrau des Patienten diese schlechte Nachricht mit und empfahl ihr, ihrem Mann vorerst nichts davon zu sagen: Auf ihre Initiative hin gingen wir dann zusammen sofort zu ihrem Mann, der sich noch auf die Röntgenabteilung aufhielt. Sie machte ihm ohne Umschweife die Mitteilung: «Du hast Magenkrebs.» Der Missionar antwortete: «Was Gott tut, das ist wohlgetan.»»

*Dr. med. Eduard Dolder, Wald*

- 1 Jakob J. Palliativmedizin in der Grundversorgung = zu Hause. Schweiz Ärztezeitung. 2014;95(35):1269.



## Im Sumpf der Paragraphen

### Zum Artikel «Empfehlungen zu den Minimalvoraussetzungen einer Notfallstation» [1]

Wir alle, ausnahmslos alle, stöhnen über Paragraphenflut, kreieren jedoch selbst laufend neue Vorschriften, falls wir in «leitende Stellung» in Beruf, Politik gelangen, besorgt um unsern «Leistungsausweis».

Beispiel dafür der Artikel des Vorstandes der Schweizerischen Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin in den «Empfehlungen für Notfallstationen», die er selbst als minimal bezeichnet. Das sei notwendig, da der Begriff «Notfallstation» und deren Auftrag und Angebot vom Patienten nicht klar abgegrenzt werde. Gemäss diesem paper muss diese Stelle unter zahlreichen Bedingungen, wie Statistik über Konsultationszahlen, CIRS-meldungen (also über Fehler, die nicht passiert sind) und als notwendige logistische Unterstützung auch über ein Computertomogramm während 24 Stunden an 365 Tagen verfügen.

Ein Patient in Notsituation muss demnach seine Notfallstation auslesen können, welche evaluiert-zertifiziert ist und dazu ein anerkanntes Signet trägt.

Der zukünftige Patient, also jedermann, trägt bei sich den persönlichen Anamnese-Chip, die

Patientenverfügung für den Tod und das Adresskärtchen seiner zertifizierten Notfallstelle, andernfalls kann ihm nicht geholfen werden. Er stirbt in amerikanischer Weise: «he died legally.»

*Dr. med. Johann Jakob, Bad Ragaz*

- 1 Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin (SGNOR). Empfehlungen zu den Minimalvoraussetzungen einer Notfallstation. Schweiz Ärztezeitung. 2014;95(35):1264–6.



## Aufweicung des Arztgeheimnisses – wehret den Anfängen

### Zum Editorial «Aufweicung des Arztgeheimnisses gefährdet öffentliche Sicherheit» [1]

Ich danke Frau Dr. med. Monique Lehky Hagen und dem Walliser Ärzterverband für die klaren Worte in Sachen Aufweicung des Arztgeheimnisses. Es war zu befürchten, dass eine bei jedem Kapitalverbrechen fanatisch nach angeblichen Zweit- und Dritttätern (in den Medien schnell einmal die eigentlichen Täter) suchende Gesellschaft irgendwann bei den Ärzten angelangt sein würde. Trotz Bewusstsein um die grundsätzliche Problematik einer jeden Slippery-slope-Argumentation fürchte ich im Falle einer Gutheissung der Gesetzesvorlagen einen zweistufigen Dammbbruch. Zunächst werden weitere Kantone folgen, später wird sich die Liste der zu meldenden Delikte ausweiten. In nicht allzu ferner Zukunft werden wir als behandelnde Ärztinnen und Ärzte strafrechtlich verfolgt, weil wir irgendeiner Behörde zu melden versäumt haben, dass einer unserer Patienten ein (bis dato theoretisches) Risiko in sich trug, aufgrund einer Persönlichkeitsproblematik irgendwann einmal einen Raserunfall zu verursachen. Strafjustiz und forensische Psychiatrie bewegen sich seit längerer Zeit in Richtung «totale Sicherheit» und «totale Prävention» und schüren ihrerseits ganz bewusst in der Bevölkerung ein überzogenes, niemals erfüllbares Hochsicherheitsdenken weitab des ursprünglichen, der Strafe zugrundeliegenden deliktbezogenen Sühnegedankens. Obwohl wir die Autonomie des Individuums heute besingen wie nie zuvor, bewegen wir uns in beängstigendem Tempo auf einen ubiqui-

## 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/)

tären Überwachungs- und Kontrollstaat zu. In dieser Logik ist es nur selbstverständlich, dass nun auch die Medizin ihren Teil dazu beitragen soll – verfangen dann in einer (verzweifelt angestrebten) totalen Absicherungsmentalität inmitten eines Wirrwarrs von Vorschriften, Meldepflichten, Formularen, Rechtsmittelbelehrungen, Aufklärungsbögen, behördlichen Belehrungen, strafrechtlicher Instrumentalisierung usw. Die skizzierte Entwicklung folgt dem Motto: Wo Vertrauen war, sollen Selbstbeziehung und behördliche Kontrolle werden – dann wird endlich alles gut.

*Dr. med. René Bridler M.H.A., Ärztlicher Direktor  
Sanatorium Kilchberg*

- 1 Lehky Hagen M. Aufweichung des Arztgeheimnisses gefährdet öffentliche Sicherheit. Schweiz Ärztezeitung. 2014;95(36):1311.



## Nationales Qualitätszentrum

### Qualitätsförderung in der Chirurgie

Niemand wird bezweifeln, dass die Qualität einer Operation, des chirurgischen Hand- und Kopfwerks, der wichtigste und unverzichtbarste Qualitätsfaktor in der Chirurgie darstellt. Moderne neurowissenschaftliche Erkenntnisse bestätigen die wohlbekannte empirische Evidenz darüber, wie man Operieren erlernt, Können erzielt und die Qualität lebenslang fördert: Durch Präsenz im Operationssaal, Lernen durch Anschauung, (Aus-)Üben, aktives und virtuelles Operieren, Nachahmen [1]. Begeisterung, Zeit für Fachliteratur gehören dazu. Dass heute den Chirurginnen und Chirurgen in Ausbildung die nötige Zeit nicht zur Verfügung steht, um sich häufig im Operationssaal aufzuhalten – dies wegen administrativer Fremdarbeit und überregulierter Arbeitszeit –, muss letztlich die Qualität chirurgischer Leistungen in Frage stellen [2–4]. Befreiung des Arztes von administrativer Betriebsamkeit, Abbau derselben wird zur unentbehrlichen, nahe liegenden Massnahme der Qualitätsförderung. Auch in der Schweiz wird heute die neurowissenschaftliche Forschung grosszügig geför-

dert. Es wäre absurd, wenn ihre grossartigen Erkenntnisse (und alte Evidenz) in der Praxis nicht umgesetzt würden, u. a. wenn dem Chirurgen die optimale Berufserlernung und Weiterbildung, damit die Aussicht auf kompetente und kostengünstige Tätigkeit, vorenthalten wird. Ein Unmass an administrativen Aufgaben (etwa Daten sammeln mit fraglichem Nutzen) nimmt dem Arzt auch den unentbehrlichen Qualitätsfaktor Begeisterung. Die Schaffung eines riesigen und teuren Qualitätszentrums bringt die grosse Gefahr kontraproduktiver, bürokratischer, realitätsfremder Qualitätsprojekte mit sich. Die Qualität chirurgischer Eingriffe kann der Fachmann an der Front, der Chirurg, kompetenter beurteilen und weitergeben als die eigendynamische Betriebsamkeit des Qualitätsmarktes (häufig sind die Akteure Nicht-Mediziner).

*Prof. em. Dr. med. Ernst Gemsenjäger, Basel*

- 1 Gemsenjäger E. Neurowissenschaften und Chirurgie. Basel: EMH Schweizerischer Ärzteverlag;2014.
- 2 Businger A, Guller U, Oertli D. Effect of the 50-hour workweek limitation on training of surgical residents in Switzerland. Arch Surg. 2010;145:558–63.
- 3 Antiel RM, Thompson SM, Hafferty FW, James KM, Tilburt JC, Bannon MP, Fischer PR, Farley DR, Reed DA. Duty Hour Recommendations and Implications for Meeting the ACGME Core Competencies: Views of Residency Directors. Mayo Clin Proc. Mar 2011;86(3):185–91.
- 4 Moalem J, Salzman P, Ruan DT, et al. Should all duty hours be the same? Results of a national survey of surgical trainees. J Am Coll Surg. 2009;209:47–54.



### Um netCare der Apotheker ist es ruhig geworden

Die Apotheker wollen vom künftigen Ärztemangel profitieren, indem sie in die Lücken springen. Ein Teil ihrer Strategie ist netCare. Nach der medienwirksamen Präsentation vor zwei Jahren ist es jedoch sehr ruhig geworden. Die kürzlich publizierten Ergebnisse weisen auf einen Flop hin.

Zwei Jahre ist es her, dass der Apothekerverband pharmaSuisse mit grossem Medienecho netCare als Alternative zum Hausarzt vorgestellt hat. Mittels Checklisten sollen die Apotheker 24 Krankheiten diagnostizieren, unter anderen Bindehautentzündungen, Rückenbeschwerden, Blasenentzündungen, Sodbrennen und Halsentzündung. Bei Bedarf kann ein Arzt von Medgate per Videotelefonie zugeschaltet werden. Die Leistung des Apothekers kostet 15 Franken, die Videotelefonie zusätzlich 48 Franken.

Die Liste der teilnehmenden Apotheken enthält gegenwärtig 175 Eintragungen. Diese Apotheken haben kräftig investiert: Neben einem abgetrennten Raum haben allein die Technik und Weiterbildung 20000 Franken gekostet und monatlich kommen 370 Franken für die Videotelefonie-Leitung hinzu. Wie ist der Erfolg? pharmaSuisse und einzelne Medien berichten von total 4000 netCare-Beratungen seit dem Start. In 80% blieb es bei der Befragung durch den Apotheker und in 20% wurde der Telemediziner hinzugezogen. Daraus lassen sich durchschnittliche Einnahmen von 560 Franken pro Apotheke berechnen.

pharmaSuisse zieht die erstaunliche Bilanz, netCare sei sehr gut angelaufen. Kunden seien begeistert und Apotheker und Telemediziner würden sich über die ersten Erfolge freuen. Das Potential sei aber längst nicht ausgeschöpft. Das Netz der teilnehmenden Apotheken soll flächendeckend werden, indem ab 2015 alle Apotheken teilnehmen können und die Werbung intensiviert wird. Auch die Politik wird eingespannt mit dem Ziel, dass Apotheken künftig rezeptpflichtige Medikamente ohne Rezept verkaufen können.

Monatlich eine netCare-Konsultation pro teilnehmende Apotheke! Wenn das nichts anderes als ein Flop ist! Die fehlende Nachfrage beweist, dass Patienten dieses Angebot nicht überzeugend finden. Sie wenden sich zwar bei kleinen Beschwerden oft an eine Apotheke und bekommen dort bereitwillig Medikamente verkauft. Es darf aber nicht sein, dass Apotheker Krankheiten diagnostizieren oder sogar rezeptpflichtige Medikamente ohne Rezept verkaufen. Für die Diagnostik sind sie nicht ausgebildet. Für sichere Diagnosen und korrekte Behandlungen bevorzugen Patienten einen Arzt.

*Dr. med. Heini Zürcher, Lenzburg*