

Briefe an die SÄZ

Time to say goodbye?

Zum Beitrag «Wie möchten Sie sterben?» von Hans Stalder in der SÄZ Nr. 17/2016

Vor über 15 Jahren habe ich mich mit der Frage befasst, ob ich persönlich eine REA bei einem plötzlichen Herzstillstand möchte, oder ob es nicht einfacher wäre, das Sterben nur einmal durchzumachen. Nicht zuletzt auch auf Drängen meiner Frau (Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin) habe ich mich deshalb vor der Realisierung grösserer Interventionsstudien verpflichtet gefühlt, die Lebensqualität von Überlebenden nach Reanimation ausserhalb des Spitals wegen plötzlichem Herzstillstand zu überprüfen.

Wir haben 50 konsekutive Patienten im Alter von 20 bis 80 Jahren in der Schweiz 5 Monate bis 5 Jahre nach Reanimation untersucht, bei welchen die klinische Situation einer Reanimation ausserhalb des Spitals wegen plötzlichem Herzstillstand gut dokumentiert war, die nicht drogen- oder alkoholabhängig waren und bei denen ein Interview aus neurologischen und sprachlichen Gründen möglich war [1]. Es zeigte sich, dass die grosse Mehrheit der Patienten eine gute Lebensqualität hatte (häufig sogar besser als vor der Reanimation aufgrund einer besseren sozialen Unterstützung!) und dass 49/50 Patienten sich dahingehend äusserten, dass sie ihr Leben als lebenswert erachteten. Diese Daten erlaubten mir, meine Forschungen zur Verbesserung der Überlebenschance bei Herzstillstand ausserhalb des Spitals zu intensivieren und kontinuierlich weiterzuführen.

Eine wichtige weitere Frage ist diejenige nach neurologisch intaktem Überleben, mit der auch die Frage der Lebensqualität zusammenhängt. Wir haben diese Frage in einer prospektiven Studie untersucht, in der wir über die Jahre 2001–2008 insgesamt 1334 Herznotfalleinsätze der regionalen Feuerwehren untersucht haben, die bei Herznotfällen parallel zum Rettungsdienst als First Responder aufgeboden wurden [2]. Es zeigte sich, dass die Zeit zwischen Eintreten des Herzstillstandes und erster Defibrillation bei Kammerflimmern für das neu-

rologisch intakte Überleben entscheidend ist. Die mittlere Interventionszeit der Feuerwehren betrug 6 Minuten, während diese für das Ambulanz-Team des Rettungsdienstes rund 12 Minuten betrug! Entsprechend haben alle 18 von den Feuerwehren primär erfolgreich reanimierten Patienten im Alter von 12–78 Jahren das Spital neurologisch intakt verlassen! Es lohnt sich also, die Interventionszeiten für die Defibrillation bei Kammerflimmern zu verkürzen, was heute in erster Linie mittels sogenannter First Responder und öffentlich zugänglicher Defibrillatoren angestrebt wird. Eine wichtige Frage ist in diesem Zusammenhang sicher auch, bis zu welchem Alter und bei welchen gesundheitlichen und psychosozialen Voraussetzungen solche Herznotfalleinsätze überhaupt ausgelöst werden sollen. Diese Frage beschäftigt alle an solchen Entscheidungen beteiligten Fachleute immer wieder und ist schwierig zu lösen. Sehr hilfreich ist dabei die Erkenntnis, dass der Erfolg der Reanimationsmassnahmen sehr stark von der gesamten gesundheitlichen Situation und dem Schweregrad der kardialen Erkrankung der Betroffenen abhängt: je schlechter die gesundheitlichen Voraussetzungen und je fortgeschrittener die Erkrankung und das Alter, desto geringer der Reanimationserfolg. Es findet also weitgehend eine natürliche Selektion vorwiegend zugunsten der Betroffenen statt.

Nicht zuletzt ist es auch wichtig festzuhalten, dass die zunehmende Zahl der an Demenz leidenden Personen altersbezogen in den letzten 20 Jahren in den westlichen Ländern um über 50% abgenommen hat, wohl in erster Linie wegen einer besseren kardiovaskulären Prophylaxe und damit weniger arteriosklerotischer Demenz-Erkrankungen. Die Zunahme der Zahl der Betroffenen ist durch die zunehmende Lebenserwartung bedingt. Da Betroffene im Alter von über 75 Jahren nur ausnahmsweise und mit Zurückhaltung reanimiert werden, ist es wenig wahrscheinlich, dass wir mit der Verbesserung der Überlebenschance beim plötzlichen Herztod ausserhalb des Spitals wesentlich zur Erhöhung der Anzahl von an Demenz erkrankten Personen beitragen.

Prof. em. Dr. med. Hugo Saner, Starrkirch

- 1 Stalder H. Wie möchten Sie sterben? Schweiz Ärztzeitung. 2016;97(17):648.
- 2 Saner H, Borner Rodriguez E, Kummer-Bangerter A, Schüppel R, von Planta M. Quality of life in long-term survivors of out-of-hospital cardiac arrest. Resuscitation. 2002;53: 7–13.
- 3 Saner H, Morger C, Eser P, von Planta M. Dual dispatch early defibrillation in out-of-hospital cardiac arrest in a mixed urban-rural population. Resuscitation 2013;84: 1197–1202.

Replik auf den Leserbrief von Hugo Saner

Ich nutze die Gelegenheit, allen Kollegen, die sich zu meinen Artikeln äussern – sei es (häufig) wohlwollend oder manchmal kritisch – ganz herzlich zu danken. So auch Herrn Kollege Saner. In seinem Kommentar nimmt er Stellung zu meinen Aussagen über die Lebensqualität nach extrahospitaler Reanimation. Nach seinen Angaben [1] sollen praktisch alle Reanimierten ohne neurologische Konsequenzen davorkommen und sich somit einer guten Lebensqualität erfreuen. Auch nach nochmaliger Untersuchung der Literatur beurteile ich die Lage immer noch etwas pessimistischer. In einer grossen Studie in Holland [2] hatten die Überlebenden eine Lebensqualität, die zwischen derjenigen der Kontrollbevölkerung und Apoplexiepatienten lag. In einer anderen Studie [3] hatte etwa die Hälfte der aus dem Spital entlassenen Patienten einen Hirnschaden mit kognitiven Defiziten, in 74% konnte man eine erniedrigte soziale Aktivität feststellen, 50% der Patienten klagten über schwere Müdigkeit und 24% über eine verminderte Lebensqualität. In einer schwedischen Studie [4] starben 31% in den ersten 3 Monaten. Von den Überlebenden litten 38% an sozial-kognitiven Problemen und die Arbeitskapazität lag bei nur 13%. Auch die Studie von Saner et al. sieht nicht ganz so rosig aus wie in seinem Kommentar erwähnt: Von den 1307 reanimierten Patienten konnten 169 aus dem Spital entlassen werden (12,9%), in die Studie wurden aber nur 50 Patienten aufgenommen (3,8%). Nicht aufgenommen wurden 119 Patienten (9,1%), davon 20, die vor dem Interview gestorben waren, 11 wegen schwerem Hirnschaden (!), 10 mit Drogenabusus, 17, da sie im Spital nochmals reanimiert werden mussten und 23, weil sie entweder zu alt oder zu jung waren ... Es ist klar, wenn man nur die guten Fälle untersucht, hat man auch gute Resultate. Gesamthaft kann man aus der Literatur den Schluss ziehen, dass fast 90% der Patienten mit extrahospitaler Reanimation das Spital nicht lebendig verlassen. Die Lebenserwartung der Überlebenden ist vermindert und bei einem Drittel bis der Hälfte wird eine verminderte kognitive Kapazität festgestellt. Natürlich hängt die Prognose, wie Saner et al es im zweiten Artikel [5] beschreiben, von der Zeit zwischen Herzstillstand und Reanimation und der Qualität der Reanimation ab.

Prof. Dr. med. Hans Stalder

- 1 Saner H, Borner Rodriguez E, Kummer-Bangerter A, Schüppel R, von Planta M. Quality of life in long-term survivors of out-of-hospital cardiac arrest. Resuscitation. 2002;53:7–13.

Briefe

Reichen Sie Ihre Leserbriefe rasch und bequem ein. Auf unserer neuen Homepage steht Ihnen dazu ein spezielles Eingabefeld zur Verfügung. Damit kann Ihr Brief rascher bearbeitet und publiziert werden – damit Ihre Meinung nicht untergeht. Alle Infos unter:

www.saez.ch/autoren/leserbriefe-einreichen/

- 2 van Alem AP, Waalewijn RA, Koster RW, de Vos R. Assessment of quality of life and cognitive function after out-of-hospital cardiac arrest with successful resuscitation. *Am J Cardiol.* 2004;93:131–5.
- 3 Moulart VR, Wachelder EM, Verbunt JA, Wade DT, van Heugten CM. Determinants of quality of life in survivors of cardiac arrest. *J Rehabil Med.* 2010;42:553–8.
- 4 Lundgren-Nilsson A, Rosén H, Hofgren C, Sunnerhagen KS. The first year after successful cardiac resuscitation: function, activity, participation and quality of life. *Resuscitation* 2005;66:285–9.
- 5 Saner H, Morger C, Eser P, von Planta M. Dual dispatch early defibrillation in out-of-hospital cardiac arrest in a mixed urban-rural population. *Resuscitation* 2013; 84: 1197–1202.

Teure Medizin oder «Wie sterben?»

Hans Stalder schrieb in der SÄZ Nr. 17 im Beitrag «Wie möchten Sie sterben?» von der Zunahme der Todesursache Demenz anstelle von Herzerkrankungen und Tumoren [1]. Novartis publizierte vor einigen Wochen emotionsgeladene Inserate, um das neue Herzinsuffizienz-Medikament Entresto anzukündigen, das wahrscheinlich die Lebensspanne um eine kurze Zeit verlängert, viel kostet und die Chance, daran zu sterben, etwas verkleinert. Nur einer von vielen Faktoren, die unser Gesundheitssystem teurer, vielleicht besser machen, aber auch zu Hochaltrigkeit und damit grösserer Chance auf Demenz führen. Auf der anderen Seite höre oder lese ich von Kollegen, die bei Müdigkeit riesige Blutuntersuchungen durchführen, die letztlich in Eiseninfusionen münden. Zwei meiner Patientinnen begaben sich in letzter Zeit wegen Rückenschmerzen (ohne neurologische Ausfälle) zu Wirbelsäulenchirurgen, wo als nächster Schritt ein MRI der LWS erfolgte. Die Versandapotheke Pharmapool rief mich Ende letzten Jahres an, wollte meine Kontonummer wissen: ich hätte einen Betrag zugute, weil ich für einen Patienten (der von einem Kollegen zu mir gewechselt hatte) Rezepte gefaxt hatte: Wie bitte? Ist das überhaupt legal? Sind das nicht falsche Anreize, fast schon Kick-back-Zahlungen. Fast wöchentlich erhalte ich Werbungen, Einladungen von neuen Radiologie- oder Spezialarzt-Zentren. Manchmal wird mir schlecht, wenn ich wahrnehme, was in unserem überzüchteten Gesundheitswesen läuft. Sagte nicht einmal ein Kollege, Orthopäden (oder Kardiologen?) würden «auf Halde» produziert. Ich bitte die entsprechenden Kollegen um Entschuldigung für den harten Ausdruck, aber ich stelle es mir unangenehm vor, als Spezialist Auslastungsprobleme zu haben und grenzwertige Indikationen zu stellen, während Grundversorgerpraxen überquellen.

Dr. med. Daniela Steiger Neiniger, Zürich

- 1 Stalder H. Wie möchten Sie sterben? *Schweiz Ärztezeitung.* 2016;97(17):648.

Dank an die Kollegen

Zu den Briefen von J. Küttel [1] und W. Furrer [2]

Besten Dank für die Leserbriefe zum Thema *Therapeutische Wirksamkeit ist kein dehnbare Begriff*. Ich hatte das Vergnügen, Rolf Adler vor Jahren als äusserst kompetenten, liebenswerten Menschen kennenzulernen.

Es ist beschämend zu erleben, wie wenig auch Medizinerinnen und Mediziner die Begriffe *Falsifikation, Verifikation, Reproduzierbarkeit, Placebo- und Nozeboeffekt* u.ä.m. verstanden haben. Von Funktionären und Politikern ganz zu schweigen.

Dr. med. Franz Christeller, Kollbrunn

- 1 Küttel J. Zum Thema: Therapeutische Wirksamkeit ist kein dehnbare Begriff. *Schweiz Ärztezeitung.* 2016;97(17):627.
- 2 Furrer W. Gleiches mit Gleichem behandeln. *Schweiz Ärztezeitung.* 2016;97(16):581.

Markt wider Mensch(enrecht)

«Tabakwerbung-Nein» sagt die FMH [1]. Sie erfüllt damit ihre Aufgabe entsprechend unserer Deontologie [2]. Und das Menschenrecht auf Gesundheit verpflichtet sie dazu [3].

Das eidgenössische Parlament, die Wirtschaft und die Tabakindustrie lehnen das Tabakproduktegesetz ab [4, 5]. Die freie Marktwirtschaft verpflichtet sie dazu. Sie tolerieren das Nein zum Tabak, solange es sich auf das Individuum beschränkt (die sog. «Eigenverantwortung»). Sobald die Gesellschaft das Gleiche für die Öffentlichkeit verlangt, lehnen sie das Nein zur Tabakwerbung ab.

Unsere Deontologie entspricht dem *Menschenrecht auf Gesundheit*. Die Behandlung von Krankheiten kommt an zweiter Stelle. Deontologie und Menschenrecht nehmen die Gesellschaft in die Pflicht, als Erstes für eine Umwelt zu sorgen, welche dem Menschen und dessen Gesundheit zukommt. Für Wissenschaft, Medizin und Gesellschaft ist klar: die Tabakindustrie und ihr Wirken auf die Öffentlichkeit (Publizität, Marketing, Lobbying) schädigen die menschliche Gesundheit und das Gesundheitswesen.

Für die Verfechter der Tabakwerbung geht es um Wirtschaft und Freiheit des Geschäfts, nicht aber ums Menschenrecht, welches nicht die Schöpfung des *homo oeconomicus* ist, im Gegenteil. Das unveräusserliche Menschenrecht jedoch verpflichtet die Gesellschaft und damit das Parlament, dafür zu sorgen, dass Menschen nicht durch andere Menschen und Interessen krank gemacht werden. Der von der FMH mitgetragene Aufruf ist von geradezu chirurgischer Präzision: «Damit Ihre Kinder nicht unsere Patientinnen und Patienten werden!»

Er könnte der Beginn einer Änderung im öffentlichen Diskurs sein. Den Werten Wirtschaft und Werbefreiheit ist das Menschenrecht übergeordnet. Die Schweiz beherbergt zwar den UNO-Menschenrechtsrat und die WHO; deren Programm, das Menschenrecht auf Gesundheit, ist ihr aber fremd geblieben oder zumindest kein Bestandteil der Tabakdiskussion. Es wäre an der Zeit, ihm seinen angemessenen Stellenwert zu sichern.

Dr. med. Roland Niedermann, Genf

- 1 Damit Ihre Kinder nicht unsere Patientinnen und Patienten werden! *Schweiz Ärztezeitung.* 2016;97(12–13):460.
- 2 «Es ist Aufgabe des Arztes und der Ärztin, menschliches Leben zu schützen, Gesundheit zu fördern und zu erhalten, Krankheiten zu behandeln,...». Art. 2 der Standesordnung der FMH: «*prévention avant prestation*».
- 3 Die Weltgesundheitsorganisation WHO formulierte 1986 das Menschenrecht auf Gesundheit.
- 4 «Grosser Widerstand kommt hingegen von den bürgerlichen Parteien und von der Wirtschaft. Ihnen gehen die starken Werbebeschränkungen viel zu weit. Die FDP spricht von einem Verstoß gegen die Werbefreiheit.» In «Bundesrat will trotz Kritik Tabakwerbung stark einschränken» *NZZ* 5.6.2015.
- 5 «Grâce à une législation beaucoup plus permissive que celle de l'EU, la Suisse s'est imposée comme un havre de paix pour l'industrie (internationale) du tabac. Des voix s'élèvent et mettent en garde contre les atteintes à la réputation du pays...» in «Le 'Tobaccogate' ou le prochain scandale qui guette la Suisse», *Hebdo* 5.11.2015.

Zum 17. Forumsanté in Bern

Urs Brügger erwähnte unter anderem: «Vielleicht haben wir zu viele Pflegende, weil die Abläufe im Spital nicht so gut organisiert sind».

Dazu ein kürzliches Erlebnis: Patient mit Hemiparese wird von Ambulanz zur Fahrt ins Regionalspital, wo bereits angemeldet, abgeholt. Der Rettungssanitäter erfragt und notiert die Anamnese, macht und notiert eine kursorische Untersuchung. Im Spital orientiert er die aufnehmende Pflegeperson und legt seine Notizen ab (wo?).

Die Pflegeperson erfragt und notiert die Anamnese, macht und notiert eine kursorische Untersuchung und orientiert den eintreffenden Assistenzarzt und legt ihre Notizen ab (wo?). Der Assistenzarzt macht dasselbe mit genauerer Untersuchung und orientiert den eintreffenden Oberarzt, der alles nochmals wiederholt. Bei der Verlegung zur Operation ins Zentrumsspital wiederholt sich dort der ganze Vorgang ungekürzt.

Und wo bleiben die vielen Notizen? Und die müssen erst noch abgelegt und archiviert (?) werden!

Dieses repetitive Prozedere kann ohne Qualitätsverlust gekürzt werden.

Dr. med. Eduard Mattmann, Luzern

Primum nihil ...

Theologen, Mediziner – Robert Hegglin setzte der 1. Auflage seines «Standardwerks der Medizin» (W. Siegenthaler) einen Vers aus «Apollon» des (umstrittenen?) Schriftstellers Friedrich Georg Jünger voran: «[...] er heilt durch Mass, Ordnung, Selbsterkenntnis [...]» –, Schriftsteller, auf bewährte Werte bauende (oder andere) Philosophen – alles, nur keine Kabarettisten? Nämlich, aus der Kabarett- oder sogenannten Kleinkunstszene darf man «mit Rücksicht auf andersdenkende Med.kollegen» (?) in der SÄZ nicht zitieren: So die Regel des Med.bulletins der CH, denn manche Kabarettisten scheinen ja gelegentlich mit «Linken» gleichgesetzt zu werden. Keine Regel ohne Ausnahme? Gemäss Simon Enzler (tapfer Widerstand leistender Appenzeller «Kleinkünstler») unterscheiden sich – wie man nicht wusste – Linke von Rechtskonservativen dadurch, dass sie, wenn angeheitert, angeblich ihrerseits konserva-

tiver zu «ideologisieren» beginnen, während Rechtskonservative (unter «Äthyl»-Einfluss) etwas unflexibel bei ihrem (Vor-?)Urteil gegen Linke bleiben und offenbar nie und nimmer auch nur ein Betracht ziehen würden, es gebe zwischen ihnen und anderen Bürgern – wie z.B. Linken – überhaupt «menschliche Gemeinsamkeiten» (Joyce Carol Oates, US-Schriftstellerin, Altmeisterin und mit der Ehrenmedaille ausgezeichnete Humanistin). Hingegen beruhige sie (die Rechtskonservativen) – so ein anderer Kabarettist – die Tatsache, dass Sterbetouristen nicht in der Absicht «um zu bleiben» in die Schweiz kämen. Kein Kabarettist, sondern Prof. Johannes Huber (der es ernst meint und als Gynäkologe, Theologe sowie Vorsitzender der Bioethikkommission der österreich. Regierung amtierte) äusserte im Zusammenhang mit Methoden wie assistiertem Sich-gegen-eigenes-Leben-Wenden unter Beizug von «Mithelfern» oder wie auch z.B. der Interruptio graviditatis bei

im Entstehen begriffenem «unwertem Leben» (?) des Fötus: «Es führt zur Instrumentalisierung des Lebens: Man macht es sich, wie man es braucht. Der Mensch befindet sich moralisch gesehen in der prähistorischen Zeit: Er missbraucht solche Techniken für egoistische Zwecke. Deshalb darf man diesen Rubikon nicht überschreiten.»

Was Prof. Johannes Huber als «Rubikon» bezeichnet, nannte Theologin Ruth Baumann-Hölzle (die sich der Frage des Beseitigens von Leben vielleicht doch ehrlicher und selbstkritischer als die genannten «Helfer» stellt) das «gesellschaftliche Tötungstabu», das man – um die in ihrer differenzierten Struktur dem «hierarchischen» Aufbau der Psyche des Individuums als eigene Person (Über-Ego [z.B. Gewissen], Ego, Es) entsprechende Gesellschaft zu erhalten – «nicht durchbrechen» möge.

Med. pract. Peter Süssstrunk, Nicht-Philosoph (Mediziner), Seewis

Aktuelle Forumthemen

Jetzt online mitdiskutieren auf www.saez.ch



Prof. Dr. med. David Holzmann, Maur

Indikationen

Indikation nach medizinischen oder ökonomischen Kriterien?



Dr. med. et MME Monika Brodmann Maeder, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, FMH, Leitende Ärztin, Leiterin Bildung und Gebirgsnotfallmedizin, Universitäres Notfallzentrum, Inselspital Bern

Interprofessionalität in der Medizin

Interprofessionalität – sind wir Ärztinnen und Ärzte dafür bereit?