

Courrier au BMS

Äusserer Wohlstand, innere Armut?

Brief zu: Bracher D. Mit vielem einverstanden, aber nicht mit allem. Schweiz Ärztezeitung. 2017;98(43):1411.

Auch als Ex-Freisinnigem müsste D. Bracher – z.B. indem er die trotz eigentlich weiterhin zunehmendem Wohlstand in der Schweiz auffallend wenig verfügbare, ja «verarmende» Bereitschaft der Gesellschaft zu Rücksichtnahme auf Kranke sowie zu Respekt gegenüber ärztlichen Bemühungen einbezöge – bewusst werden, dass es vielleicht doch nicht das Beste wäre, sich als Mediziner gegenüber der Bevölkerung – in der inzwischen angeblich jeder 20. Erwachsene Millionär ist – für jede diagnostische und therapeutische Massnahme (wenn nicht gratis zu haben) quasi entschuldigen, jedenfalls rechtfertigen zu sollen und womöglich auch noch den «Nachweis» erbringen zu müssen, Kranken wirklich nur das Allernötigste, das absolute «Minimalprogramm» hinsichtlich ärztlicher Aufmerksamkeit, Sorgfalt, Diagnostik und Therapie gegönnt zu haben (und am Ende der Konsultation jederzeit beweisbar auch nicht eine einzige Minute für eine fast schon freundlich, menschlich oder den Patienten etwas zusehentlich stimmend zu nennende Verabschiedung «vergeudet» zu haben). Fast müsste man davon ausgehen, dass solches Rechenschaft-Ablegen gegenüber einer «Wohlstands»-Bevölkerung – deren Rücksichtnahme auf einfache Gegebenheiten wie die legitimen Wünsche und Hoffnungen Kranker auf Gesundheit (dank ärztlicher Beistandleistung mit Beachtung von Sorgfaltspflicht und von eindringlichen Empfehlungen und Mahnungen Hippokrates') gleichzeitig ebenso zunehmend prekär zu werden scheint – den Respekt vor dem Arzt und damit auch die «Compliance» betreffend seine der gesundheitlichen Erholung dienenden und diese ermöglichenden Anordnungen (damit sie gesund und einsatzfähig werden) wenig aufrechterhalten helfe.

D. Bracher, der sich einerseits für die freie Arztwahl, andererseits gerade für deren Einschränkung durch freien wirtschaftlichen Wettbewerb der Krankenkassen (Hausarzt-, Telemedizin-, Erstberatung durch Apotheker-«Modelle») ausspricht, denkt vielleicht etwas «spärlisch» an die Kollegialität, indem er für Med.kolleginnen bzw. für deren Position gegenüber derzeitigen Themen im Gesundheitswesen und zum ärztlichen Stand teilweise nur «Qualifikationen» (?) aus der Geologie («Granit») und Attribute wie «un-einsichtig» oder «gehässig» übrig hat und Kollegen, die niemandem Applaus spendeten, unterstellt, sie

hätten applaudiert (nämlich denjenigen, die sich aus menschlichen Gründen noch etwas Idealismus zu bewahren versuchen, also den «Uneinsichtigen»?).

Auf wessen Seite steht der Arzt? Aufseiten der Sorgfalt gegenüber den sich ihm anvertrauenden Patienten (und der «hippokratischen» Ratschläge, der «Alma mater», der wertvollen Lehrmeinungen, der «Evidence-based Medicine», der Vorsicht, niemandem, der ihn konsultiert, einen Schaden zuzufügen) – oder ist er für die Brieftasche von mehr oder weniger gutbetuchten Gesunden zuständig, die nicht wahrhaben möchten, dass in einer gesunden, vitalen Gesellschaft nicht Kranke betreffend gesundheitliche Ansprüche Rücksicht auf Gesunde, sondern diese auf erstere zu nehmen in der Lage sind, z.B. gemäss Schweizer Recht und Bundesverfassung (Die Stärke des Volks misst sich am Wohl der Schwachen).

Med. pract. Peter Süssstrunk, Seewis

Gute Medizin erfordert Zeit

In meinen Ferien im Bündnerland las ich in der dortigen Zeitung: «Die Ärzte lesen die Berichte jetzt ... besser als früher. Darum verrechnen sie jetzt häufiger die Position 00.0140.» Frage: Haben wir im Land noch Sympathisanten?

Ich erinnere mich: Vor vielen Jahren, im Workshop, bei Prof. Tumulty, einem weisen, väterlichen Internisten an der Johns-Hopkins-Universität in Baltimore, sagte dieser: «Gute Medizin erfordert Zeit. Ein unumstössliches Axiom. Wir Jungärzte werden im Leben immer wieder sehen, dass, wo Fehler passieren, es sich meist um einen Verstoss gegen dieses Prinzip handelt.»

Deshalb sollte die bezahlte Konsultationszeit besser entlohnt und nicht limitiert werden. Oder nicht?

Dr. med. Bernhard Blum, Bellmund

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/publier/remettre-un-courrier-des-lecteurs-remettre/

Eiseninfusionen

Seit 1998 werden in der Schweiz die Eiseninfusionen problemlos aus der Grundversicherung bezahlt. Aus nun auch eigener Erfahrung darf ich schliessen, dass dabei in 80% medizinisch deutliche Erfolge auch bis zur Symptomfreiheit zu verzeichnen sind in tausenden von Fällen. Inzwischen schiessen drei Krankenkassen quer: Atupri, Sanitas Compact und neustens Helsana, die mit 1,9 Mio. Versicherten eine besondere Verantwortung innehat. Neustens verlangt Helsana eine Kostengutsprache vor jeder Eiseninfusion, als ob der front-ferne Vertrauensarzt aus den Angaben auch nur annähernd abschätzen könnte, ob diese Patientin nun wirklich den Lebensgrundstoff Eisen braucht oder nicht. Zudem ist eine erschütternde Unkenntnis über das Eisenthema und die moderne Therapie bei einigen Kollegen auszumachen, wenn Patientinnen z.B. anklagen, ihr Arzt hätte Eisen als Gift oder Droge bezeichnet, vor dem man sich hüten müsse. Wir sind hier angehalten, die ärztliche Therapiefreiheit einzufordern, um den so geplagten Frauen ihren monatlichen Eisenverlust, der hoch krankheitswertige Symptome verursacht, ersetzen zu dürfen. Die WZW-Kriterien sind dabei mehr als erfüllt. Kleines Beispiel: Restless legs braucht nach Eisenauffüllen über 100 µg/l Ferritin kein Madopar mehr. Was spricht gegen diese ursächlichere, medizinisch richtigere und billigere Behandlung? Wer möchte dazu Stellung nehmen? Weder das BAG noch swissmedic haben zu Recht je Grenzwerte für Ferritin definiert, weil diese individuell sind. Da können die Frauen ja nichts dafür, sie dürfen von uns aber erwarten, dass wir darauf eingehen und helfen.

Ich möchte dem sparwut-getriebenen, willkürlichen Sturm, den die ignorante Helsana hier vom Zaume reisst, ärztliche Kompetenz und Interesse fürs Wohl der Patienten gegenüberstellen und hoffe auf ebenfalls stürmische Resonanz in der SÄZ. Angeblich sollen die Eiseninfusionen ab 1.1.2018 voll aus der Kassenpflicht fallen. Das dürfen wir uns nicht gefallen lassen, weil vielleicht dann bald beispielsweise das Magnesium usw. dran ist. Manchmal überholt die Absurdität unseres Alltags die verrücktesten Alpträume. Ich freue mich auf eine landesweit breite Diskussion zugunsten unserer besseren Volks-Hälfte, der Frauen.

Dr. med. Peter Meyer, Zürich

Halbierung der Wartezeit vor Organentnahme bei Herz-Kreislauf-Stillstand

Die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) «Feststellung des Todes in Hinblick auf Organtransplantationen und Vorbereitung der Organentnahme» enthalten eine einschneidende Veränderung bezüglich der Organentnahme nach Herz-Kreislauf-Stillstand: Bisher galt nach dem Herz-Kreislauf-Stillstand bis zur Hirntoddiagnostik eine Wartezeit von 10 Min. Diese wurde auf 5 Min. verkürzt. Als die SAMW die Richtlinien in die Vernehmlassung brachte, betrug die Frist noch 10 Min. Die einschneidende Halbierung auf 5 Min. hätte eine weitere Vernehmlassung nach sich ziehen müssen. Etliche Vernehmlassungsteilnehmer hätten in Kenntnis dieser Änderung protestiert. Weshalb wird diese in Fachkreisen umstrittene Änderung von Prof. J. Steiger, Präsident der Zentralen Ethikkommission der SAMW, im erläuternden Artikel in der *Schweizerischen Ärztezeitung* [1] nicht erwähnt? Auch der Bundesrat informierte in seiner Medienmitteilung vom 18. Oktober 2017 [2] darüber nicht. Warum spielt die Reduktion von 10 auf 5 Min. eine Rolle? Wie die SAMW-Richtlinien in ihrer Präambel festhal-

ten, legt das Transplantationsgesetz (TxG) als Kriterium für den Tod eines Menschen den irreversiblen Ausfall sämtlicher Funktionen seines Hirns einschliesslich des Hirnstamms fest. Der irreversible Funktionsausfall des Grosshirns nach Herz-Kreislauf-Stillstand tritt nach etwa 5 Min. ein. Die Überlebensdauer des Hirnstammes wird mit bis zu 10 Min. oder etwas länger nach Herz-Kreislauf-Stillstand beobachtet. Die bisher festgelegte 10-minütige Wartezeit hat dem Umstand der unterschiedlichen Empfindlichkeiten der Hirnstrukturen Rechnung getragen. Deshalb ist der irreversible Ausfall des Gehirns einschliesslich des Hirnstamms mit der Reduktion auf 5 Min. nicht mehr gewährleistet. Prof. J. Steiger schliesst seinen Artikel mit dem frag- und denkwürdigen Satz: «Das Ziel bleibt, im jeweiligen Kontext für alle Beteiligten die grösstmögliche Gewissheit zu erreichen, dass Spender zum Zeitpunkt der Organentnahme tot sind und der respektvolle Umgang mit dem Sterbenden bzw. dem Leichnam stets gewährleistet ist.» Ist durch die Halbierung der Wartezeit vor Organentnahme von 10 auf 5 Min. die grösstmögliche Gewissheit erreicht, dass Spender zum Zeitpunkt der Organentnahme tot sind? Soll uns die grösstmögliche Gewissheit reichen? Die Deutsche Bundesärztekammer lehnt generell eine Or-

ganentnahme nach Herz-Kreislauf-Stillstand mit der Begründung ab, die Todesfeststellung sei unsicher. Dies belege jede auch nur vorübergehend erfolgreiche Reanimation. Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie und die Deutsche Gesellschaft für Neurologie teilen diesen Standpunkt. Auch namhafte Neurologen kritisieren aufgrund der Unsicherheitsfaktoren das Konzept der Organspende nach Tod durch Herz-Kreislauf-Stillstand [3]. Die Unterzeichnenden haben – zusammen mit anderen Organisationen – gegen diese Änderung mit einem Brief an den Bundesrat und mit einer Pressemitteilung reagiert und verlangen, dass der Bundesrat die Inkraftsetzung des TxG aufschiebt, bis die SAMW den umstrittenen Punkt geändert hat.

Dr. med. Susanne Lippmann-Rieder, Vizepräsidentin Hippokratische Gesellschaft Schweiz

Dr. med. Rahel Gürber, Präsidentin Vereinigung Katholischer Ärzte der Schweiz

- 1 Steiger J, Salathé M. Überarbeitete Richtlinien zur Feststellung des Todes treten in Kraft. *Schweiz Ärztezeitung*. 2017;98(44):1447–8.
- 2 Medienmitteilung des Bundesrates vom 18.10.2017: «Lebensspender werden besser abgesichert.»
- 3 «Non-heart-beating donors» sind nicht geeignet. W. Heide. *Nervenarzt*. 2016;87:161–8.

Sujet d'actualité en ligne –

www.bullmed.ch/fr/tour-dhorizon



Interview de Pascal Strupler, directeur de l'OFSP

«Nous devons mettre en avant les avantages du DEP»

Le directeur de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) se montre convaincu des avantages du dossier électronique du patient.

Jean Martin, ancien médecin cantonal vaudois, membre de la rédaction

Lettre à Ignazio Cassis

En toute amitié, avec des espoirs...

