

Briefe an die SÄZ

Wie man manches Versagen der Grippeimpfung vermeiden kann

Brief zu: Schlossberg D. Wenn die Grippe kommt – wehe dann! Schweiz Ärztzeitung. 2017;98(3):64.

Kollege Schlossberg weist verdienstvoll auf das Problem der optimalen Zeit für die Grippeimpfung hin. Der Schutz der Grippeimpfung beginnt nach 10–14 Tagen, erreicht den Gipfel nach 14–28 Tagen, um sich dann allmählich mit der Zeit abzuschwächen. Impft man zu früh, ist der Schutz am Ende der Grippewelle nicht gewährleistet, impft man zu spät, ist das so an ihrem Anfang.

Als ich mit meiner Praxis begann, betreute ich einen Patienten mit COPD (damals Emphysem). Es gelang mir, ihn zu einer Grippeimpfung Ende Oktober zu überreden. Zuerst war er mir sehr dankbar, da er den ganzen Winter ohne Grippe blieb. Als er sie jedoch im April bekam, war er weniger begeistert. Es wiederholte sich das nächste Jahr. Dann schaltete ich mein Hirn ein, und das dritte Jahr impfte ich ihn zweimal, wie üblich und nochmals Ende Januar. Und siehe da, er blieb das ganze Jahr ohne Grippe. Das tat ich dann mit allen Patienten mit Lungen- und Herzkrankheiten mit durchschlagendem Erfolg. Ich verschob auch die Impfung anderer Patienten, wie auch meine eigene, die meiner Familie, von Freunden und Bekannten, in die zweite Hälfte von November, was ich ihnen auch weiterhin empfehle. Ich bin, ungerufen, auch dieses Jahr mit einer Impfung noch ohne Grippe geblieben.

Das Versagen der Impfung kann üble Folgen haben – manche auch schwerkranke Patienten wollen sich nicht mehr impfen lassen. Mein Patient war einsichtiger.

Dr. med. Peter Marko, St. Gallen

Briefe

Reichen Sie Ihre Leserbriefe rasch und bequem ein. Auf unserer neuen Homepage steht Ihnen dazu ein spezielles Eingabetool 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/

«Choosing wisely» – brauchen wir das?

Brief zu: Gerber M, Kraft E, Bosshard C. Grundlagenpapier der DDQ/SAQM: «Choosing Wisely» – für weniger unnötige Leistungen. Schweiz Ärztzeitung. 2017;98(5):140–3.

Zentralvorstand der FMH. Die Position der FMH: «Choosing Wisely»: Weniger Leistungen für mehr Nutzen. Schweiz Ärztzeitung. 2017;98(5):144–5.

In der Ausgabe Nr. 5 unserer *Ärztzeitung* wird eine Aktion «Choosing wisely» propagiert und werden Studien gefordert über deren Wirksamkeit, im Klartext: Kosteneinsparung in der Medizin. Sie will mit einem 5-Punkte-Programm unnötige Untersuchungen in weiser Weise verhindern.

Der Hausarzt jedoch braucht keine Anleitung mit Top-5-Listen, um Overuse und Overcare zu vermeiden, denn das ist sein täglich Brot: «Bauchweh – Blinddarm; Brustschmerz – Herzinfarkt», damit meldet sich der Google-aufgeklärte Patient. Dem Hausarzt obliegt es, die NEIN-Diagnose zu stellen: Spitaleinweisung ist nicht nötig, gehen Sie nach Hause und machen einen Wickel!

Was fehlt: Studien über die enorme Kosteneinsparung der Hausarztmedizin durch diese NEIN-Diagnosen. Hier läge ein weites Feld zu beackern durch die akademisch installierte Hausarztmedizin.

Was es braucht: mehr Schutz bei Klagen «etwas nicht getan» zu haben, Schutz in der heutigen juristischen Welt, in welcher hausärztliche und auch klinische Medizin fast nackt dastehen.

Denn: für «Choosing wisely», die im Nachhinein vielleicht einmal nicht weise war, braucht es unabdingbar Risikofreudigkeit, die bedroht ist durch Anklage «man hätte sollen», mit juristischen Folgen.

Der unvergessliche Kliniker Prof. Wilhelm Löffler hat es so formuliert: «Wer zwanzig Jahre Hausarzt war und nie eine appendicitis übersehen hat, war ein schlechter Arzt.»

Begraben wir die amerikanische «Choosing wisely»-Kampagne des American Board of Internal Medicine, gestartet im Jahr 2012, in der Vor-Trump-Ära, als alles «von drüben» noch sakrosankt war – sie kostet viel Geld und bringt nichts.

*Dr. med. Johann Jakob,
jahrzehntelang Hausarzt, Bad Ragaz*

Vignette

Brief zu: Tschumper A, Künzli N, Gloor B, Dratva J. Public-Health-Aufgaben am Puls der Zeit. Schweiz Ärztzeitung. 2016;97(4):120–1.

Schulärztlicher Besuch der 6-jährigen Enkelin. Im Kindergarten: «Ihr müsst keine Angst haben, niemand wird euch wehtun, ihr dürft auch alles fragen, wenn ihr wollt.»

Sie will. «Was ist denn hinter dem Himmel? Meine Mama, mein Papa, meine Kindergärtnerin haben es mir nicht sagen können.»

«Was war denn die Antwort der Schulärztin, darf ich das auch wissen?»

Sie kuschelt sich an mich und schaut ernst: «... das sei eine wichtige, eine sehr schwierige Frage. Sie könne es eigentlich auch nicht wirklich sagen. Aber vielleicht würde ich es selber einmal herausfinden. Wenn ich meine Augen fest zuschliesse und versuche, gar nichts zu denken; gar nichts; das sei ganz schwierig. Aber vielleicht dann.»

Dr. med. Christa Spycher, Bern

Hippokrates bloss Arzt und Lehrer?

Brief zu: Steinke H. Der hippokratische Eid. Schweiz Ärztzeitung. 2016;97(48):1699–1701.

Angesichts schwieriger Grenzscheidungen in der Medizin mehrten sich in letzter Zeit Stimmen, die den Eid des Hippokrates wieder in den Mittelpunkt der medizinischen Ethik rücken. Zugleich wird Hippokrates auf die Begründung der modernen somatischen Medizin reduziert, da bekanntlich nur die Naturwissenschaften als wissenschaftlich gelten. Dabei wird vergessen, dass Hippokrates vor allem geisteswissenschaftlich Bedeutendes hinterlassen hat und in einem energetischen Welt- und Menschenbild wirkte. Dies wird besonders im Buch «Diätetik» des *Corpus Hippocraticum* deutlich, aber auch im Eid mit der heute schwer verständlichen Anrufung der vier göttlichen Kräfte, der Schweigepflicht für Psychisches und der Unterhaltspflicht für «Mitbrüder». In der Therapeutik bleibt insbesondere der Tempelschlaf immer noch unverstanden.

Die geisteswissenschaftliche Komponente und das energetische Weltbild des Heilens bilden den Schwerpunkt in Annie Berner-Hürbins Buch *Hippokrates und die Heilenergie*, einer Studie [1], die eben nachgedruckt wurde. Die Autorin, Sprachwissenschaftlerin und Psychotherapeutin, weist nach, dass ins hippokratische Gedankengut präsokratische Philosophie, sokratische Psychotherapeutik und

Menschenkenntnis, besonders aber ein durch und durch energetisches Weltbild eingeflossen sind. Der Kern des hippokratischen Heilens ist eine auf den Menschen adaptierte Säfte- und Temperamentenlehre, modern gesagt eine Wandlungsphasen- und Konstitutionslehre. Dazu kommt die Lehre des dynamischen Durchgangs im Krankheits- und Heilungsprozess, der Phasenlehre. In der Diagnostik spielen die energetischen Leitkriterien Yin-Yang, Leere, Kälte, Tiefe, ferner Chronizität eine wesentliche Rolle. Dabei ergeben sich entsprechend dem Konzept der Achsenzeit zwischen 800 und 200 v. Chr. erstaunliche Parallelen zur traditionellen indischen und chinesischen Medizin. Alles nur Geschichte und Philologie? Mitnichten! Auch in unserer Schulmedizin, besonders aber in der Komplementärmedizin, sind zahlreiche nicht naturwissenschaftliche, energetische Konzepte eingeflossen: der Gesamtausdruck des Kranken im diagnostischen Blick (*gnome* / lat. *facies*), der rechte Augenblick zum Eingreifen (*kairos*), das Gefühl für den Verlauf, das *primum nil nocere*, das Konzept des Schicksals, das Verständnis des Kranken in seinem Umfeld (*diaitel*), der psychosomatische Zusammenhang (Buch «Epidemien»), das Einfühlungsvermögen und last but not least der spirituelle Bezug (die vier göttlichen Kräfte). Mir ist wohler in einer Medizin, die neben der Naturwissenschaft auf das Vertrauen in eine ordnende und verbindende kosmische Kraft setzt und nicht nur auf irgendwelche neurobiologischen Surrogat-Parameter.

Dr. med. Jean Berner, Luzern

1 Berner-Hürbin A. Hippokrates und die Heilenergie. Basel: Schwabe; 1997, Nachdruck 2016.

Nebeneffekte einer Woche Akutspital bei einem 80-jährigen Patienten

Als pensionierter Arzt, 30 Jahre in einer Praxis tätig, hatte ich Gelegenheit, von aussen eine Notfalleinweisung einer älteren, gesunden, noch rüstigen und alleinstehenden Dame zu beobachten.

Nach einem nächtlichen Sturz, kein Trauma, kurze Absenz, vermutlich Unwohlsein, erfolgte durch die Nachbarn eine notfallmässige Einweisung in ein Akutspital. Einen Hausarzt hatte die Patientin nicht mehr. Am folgenden Morgen ist die Patientin beschwerdefrei, guten Muts und nimmt ihr Frühstück im Zimmer.

Vermutlich hätte hier die Entlassung eingeleitet und die Patientin ambulant weiter beobachtet und abgeklärt werden sollen. Aber das Spital wollte «sicher» sein. Eine Woche kardiologische, neurologische, CT- und MRI-Abklärung ohne pathologischen Befund.

Während der Hospitalisation regrediert die Patientin, die zunehmend aus dem Rhythmus

geworfen ist, nur im Bett zu immer neuen Untersuchungen hin- und hergeschoben wird. Es werden vom Spital aus keine Anstrengungen gemacht, die Patientin zu selbständigen Handlungen aufzufordern (Kaffeebesuch, Haarewaschen usw.). Im Bett liegen und warten ist angesagt.

Schliesslich erfolgt die Entlassung der Patientin in ein Pflegeheim zur Rehabilitation.

Schlussüberlegungen:

War das eine Überarztung?

Haben die Spitalärzte Angst, dass nach der Entlassung anderswo eine seltene Erkrankung diagnostiziert werden könnte?

Welche Rolle spielen die freien Kapazitäten im Spital, Bettenbelegung, Amortisation von Geräten?

Ist die Rehabilitation im Pflegeheim wegen der Bettliegephase in der Hospitalisation nötig geworden oder ist sie Folge des Sturzes?

Hätte der praktizierende Hausarzt hier einen Riesenaufwand und viele Kosten erspart?

Dr. med. Walter Stamm, Aarau