

Courrier au BMS

Offener Brief ans BAG: Für ein differenziertes Preis- erhöhungsmoratorium

Brief zu: Clerc T. Die fehlenden Medikamente sind zu billig.
Schweiz. Ärztsztg. 2020;101(1-2):19.

Heute, am 12. Januar 2020, sind 297 Wirkstoffe und 750 Medikamenten-Packungen nicht lieferbar. Dr. Clerc analysiert die Lieferengpässe hervorragend. Sie haben zu tun mit den andauernden Preissenkungen.

Gerade die altbewährten günstigen Heilmittel, auch Arzneien aus der Komplementärmedizin, sind betroffen, die niemand mehr zu so tiefen Preisen herstellen will. Die Wirkstoffe werden dort eingekauft, wo der Herstellungspreis am günstigsten ist: in Indien oder China, oft werden sie nicht einmal kontinuierlich vom gleichen Hersteller produziert.

So sind diese Präparate oft nicht lieferbar oder werden vom Markt genommen. Die Schweiz ist bekanntlich ein sehr kleines Land mit kleinen Märkten und mit hohen Qualitätsansprüchen. Wie Herr Kollege Clerc schreibt, kommen noch andere, speziell für die Schweiz verteuernde Aspekte dazu wie die Dreisprachigkeit und die aufwendigen Packungsprospekte, die manchmal teurer sind als die Medikamente.

Bei den komplementärmedizinischen Heilmitteln ist die Lage noch grotesker. Die Preise und die Verordnungshäufigkeiten sind sehr tief, und sie spielen im teuren Gesundheitswesen praktisch keine Rolle. Seit mehr als 10 Jahren gab es keine Preiserhöhung, aber viel mehr teure Qualitätskontrollen und eben: auch hier komplizierte neue Aufschriften. Einzelne Heilmittelhersteller haben deshalb aus begreiflichen Gründen angefangen, ihre Präparate aus der SL herauszunehmen. Das führt unweigerlich zu einer Zweiklassenmedizin. Wollen wir das?

Deshalb: Liebes BAG, liebe Krankenkassenpolitiker, bitte differenzieren Sie das Preiserhöhungsmoratorium für die sehr günstigen Heilmittel, damit sie für die HausärztInnen und PatientInnen weiterhin erhalten bleiben.

*Dr. med. Danielle Lemann, Hausärztin,
ehem. Experte für Komplementärmedizin
in der EAK, Langnau*

Art. 2

L'humanité écrit l'année 13 800 000 000. L'ère de la science reste imprécise: 13,8 ± x milliards d'années. Les ères anthropogènes sont précises, par conséquent fausses, des croyances (juives: 5779; chrétiennes: 2020; islamiques: 1439), des anthropocentrismes pour justifier la domination des uns sur les autres et sur la terre. Cette domination engendre sans cesse la division des humains responsable de crimes contre l'humanité et de millions de victimes.

La généalogie de la science médicale dépend des ères: est-ce que ses racines remontent jusqu'au big-bang ou au monothéisme tricéphale? Est-ce que la médecine se voue aux êtres humains, partie de l'univers, ou à leurs institutions passagères comme la théologie ou le marché?

Les organismes se composent d'organes, de cellules, de molécules et d'atomes, dont l'hydrogène, qui est le plus abondant dans le corps humain (63%). L'évolution nous apprend qu'il s'agit du premier atome produit peu après le big-bang. Vieux de 13,8 milliards d'années, H est un élément de la construction biologique et de ses fonctions.

Cette intelligence pose la question de la propriété: A qui appartient H? Qui est son maître, son propriétaire? Et les 37% des autres atomes, qui les possède?

L'univers créa la vie et la santé il y a 4 milliards d'années. Les deux sont transmises par l'écriture ADN, soit de génération en génération par la gestation, soit individuellement. Notre organisme crée 200 milliards de nouvelles cellules par jour, qui rénovent quotidiennement sa santé archaïque. *Nous reconnaissons en nos cellules les centres de la santé.*

Ce savoir pose à nouveau la question du pouvoir: A qui appartient la cellule? Qui est son maître, son propriétaire? Qui l'était il y a un milliard d'années? Qui le sera demain?

H, les autres atomes, les molécules, l'ADN, les cellules, les organes forment la matière de la vie et de la santé. Ces biens sont plus vieux que l'humanité, ils existent sans elle, sans le cerveau humain, sans marché. Ils sont essentiels, inaliénables. Ils ne sont pas des marchandises, car celles-ci sont achetables, donc non essentielles.

Troisième question: A qui appartient la santé? Qui est son maître, son propriétaire? Et qui possède la vie?

La réponse scientifique se trouve dans l'art. 2 de la Déontologie de la FMH: «*Le médecin a pour mission de protéger la vie de l'être humain, de promouvoir et de maintenir sa santé...*» La

médecine est hors de toute relation de propriété avec la vie et la santé et ne la vise pas.

La *négation* de ces faits est au centre du système de santé axé sur le «marché de la santé». Ce marché implique la propriété et l'aliénabilité d'un bien en réalité inaliénable et qui n'est la propriété de personne. Par «centres de la santé», il faut entendre les centres commerciaux, les «lieux de santé» et «maisons de santé», qui fonctionnent selon les lois du marché: profit, croissance, marketing, pour booster le *produit intérieur brut*, le PIB, dont il représente le plus grand facteur de croissance.

Or, la moindre mouche prouve à chaque pays de primes-*maladie* que «le marché de la santé» est une chimère. Est-ce qu'il crée la santé de la mouche? Dans quel «centre de santé»? Quel est le montant de ses «coûts de la santé»? De quelles épidémies de la consommation souffre la mouche? Epidémies, tellement liées aux marchés, qu'il s'agit en réalité d'*épidémies du marché* du tabac, de l'alcool, du sucre, etc.

Voué au «marché de la santé», le système de santé est soumis aux principes du marché, d'où sa *négation des épidémies du marché*. Au lieu de protéger la santé et la vie contre les marchés favorisant les épidémies anthropogènes, le «marché de la santé» s'enrichit en soignant leurs victimes et grossit la prospérité et le PIB.

Les deux négations montrent l'incompatibilité du marché et de la médecine; en tant que médecin, je ne détiens ni produis la santé: Art. 2.

Dr Roland Niedermann, Genève

Eiseninfusion: Müssen wir uns für diese medizinische Hilfe rechtfertigen?

Brief zu: Lüscher S. Eisenmangel: Eher eine volkswirtschaftliche Frage? Schweiz. Ärztsztg. 2019;100(49):1661-2.
Gerber P. Eisenmangel: Einzig mögliche Antwort.
Schweiz. Ärztsztg. 2019;100(49):1662.

Die Kollegen S. Lüscher und Ph. Gerber haben gegen Kollege Beat Schaub Stellung bezogen. Darin kommt ganz offenbar nicht Erlebtes und nur Erlerntes, Gehörtes zu Wort.

Wer je den von einem natürlichen Eisenmangel geplagten Frauen mit intravenösen Eisengaben helfen konnte, wird mehrheitlich von den Frauen Feedbacks wie «wie neu geboren» oder es ist «wie Tag und Nacht» erhalten, was wir bis anhin mehrere hundert Male erleben durften. Soll ich diese Aussagen nicht ernst

nehmen? Gemäss Lüscher müssen wir uns für diese medizinische Hilfe in der Grundversorgung rechtfertigen?

Weiss der Kollege nicht, dass 70% der Frauen orales Eisen nicht vertragen oder zu wenig aufnehmen können? Darf das Eisenthema keine medizinischen Fortschritte machen? Sprechen und schreiben wir Männer weiterhin nur über statt *mit* den Frauen bei diesem Thema?

Ist die naturgesetzliche, multiple Wirkung von Eisenatomen, die beispielsweise über 180 Enzymsysteme unterstützen, und dies in jeder einzelnen Körperzelle, genug Antwort auf das zynische Lüscher-Statement «If you have a hammer, every problem looks like a nail» oder auf die «molekulargenetische Forschung» von Kollege Gerber?

Molekulares Eisen ist wie viele weitere Mikronährstoffe (welche übrigens nie infrage gestellt werden, oder möchten Sie beispielsweise gegen Magnesium ankämpfen?) ein überlebensnotwendiger Grundstoff für den Menschen. Wie können solche absolut propädeutische Kenntnisse den Herren Lüscher und Gerber abhandengekommen sein?

Kann man mit einem solch lückenhaften Medizinverständnis wirklich noch gute Medizin praktizieren?

Sind nicht gerade wir Grundversorger zu einem ganzheitlichen Medizinverständnis aufgerufen, welches viele Folgeprobleme schon im Ansatz heilen kann?

Ist das ein Problem für die Reparatur-Medizin? Ist das systembedrohend?

Bei der wirklich und wahrhaftigen Win-win-win-Situation profitieren tatsächlich Vifor, Patientin, Krankenkasse und Arzt von der intravenösen Eisentherapie, nur die Herren Kollegen Lüscher und Gerber nicht, weil sie das Thema so ideologisch scheuen.

Die Krankenkassen können sich die Kosten für etwa 6 Spezialisten sparen, wenn 10 Eisenmangelsymptome durch adäquate Eisensubstitution nachhaltig und vollständig behoben werden, Heilung, erinnern Sie sich?

Was geben denn Kollege Lüscher und Gerber bei symptomatischem Eisenmangel? Placebo, Luft oder Liebe?

Dr. med. Peter Meyer, Zürich

Lettres de lecteurs

Envoyez vos lettres de lecteur de manière simple et rapide via un formulaire disponible sur notre site internet:

www.bullmed.ch/publier/remetteun-courrier-des-lecteurs-remettre/

Votre courrier pourra ainsi être traité et publié rapidement. Nous nous réjouissons de vous lire!

Achillessehnenrupturen: eine andere Perspektive

Brief zu: Krause F. Achillessehnenruptur – Nutzen der Cochrane Library. Schweiz Ärztezg. 2019;100(47):1565–7.

Ausgangslage

Die SÄZ richtet sich an alle Schweizer Ärzte. Ausgewogenheit muss das oberste Ziel sein, Stand des Wissens und offene Fragen müssen neutral dargestellt werden.

In Nr. 47 (2019), S. 1565ff, thematisiert ein anerkannter Fachmann zwei Themen: Achillessehnenruptur und Nutzen der Cochrane Library.

Kollege Krause lobt hohen Nutzen, Benutzerfreundlichkeit und geringen Zeitaufwand der Cochrane Library. Unter den Behandlungsvarianten sei die konservative Behandlung eindeutig zu bevorzugen.

Die Autoren des vorliegenden Artikels, ebenfalls Spezialisten des Fachgebietes, können die Schlussfolgerungen nicht mittragen.

Übergangene Aspekte/Kritikpunkte und Diskussion

Achillessehnenruptur:

1. Die konservative Behandlung führe ohne grosse Probleme zu guten Resultaten. Die hohe Re-Ruptur-Rate und die bleibende Verlängerung (± 8 mm), welche einen vollständigen Wiederaufbau der Kraft verunmöglicht, werden verschwiegen.
2. Ärzte, die nicht regelmässig Patienten mit Achillessehnenrupturen beraten: Sollte aus unserer Sicht vermieden werden. Patienten, insbesondere solche mit sportlichen Ansprüchen, sind von einem diesbezüglich erfahrenen Kollegen zu beraten.
3. Die Komplikationsrate der chirurgischen Versorgung ist *in erfahrenen Händen* gering, wenn Risikopatienten ausgeschlossen werden.
4. Wiederherstellung der Kontinuität und Spannung der Sehne sind Basis für das Erreichen einer vollen Funktion und Kraft. Dies ist nur operativ zu erreichen. Der Preis: Operationsrisiko und Narbe.
5. Veränderungen der Gewebestruktur (fettige Infiltrationen wegen Elongation der Sehne) sind zu berücksichtigen (cf. Lit.).
6. Folgeeingriffe zur Funktionsverbesserung und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit sind teuer.

Cochrane Library:

1. Kaum praktisch verwertbare Daten für chirurgische Probleme.
2. Konservative und chirurgische Behandlungsergebnisse werden im Vergleich häufig als gleichwertig beschrieben. Da nur die Komplikationen der Chirurgie aufgeführt werden, erscheint die konservative Behandlung als vorteilhafter (cf. Lit.).

3. Die stark variable Qualität der intraoperativen chirurgischen Technik wird vernachlässigt, obschon sie quantifiziert werden kann. Sie korreliert mit Komplikationshäufigkeit und Kosten (cf. Lit.).
4. Voraussetzung einer Qualitätsmessung ist eine vollständige, intraoperative Bildokumentation, die eine sekundäre Analyse/Quantifizierung ermöglicht (cf. Lit.).
5. Wesentliche operationstechnische Aspekte (z.B. Weichteilbehandlung) sind in chirurgischen Publikationen schlecht erfasst und sekundär nicht analysierbar (cf. Lit. ICUC).
6. Einschluss- und Ausschlusskriterien für eine Studie sind zu berücksichtigen. Primär ausgeschlossene oder einer Behandlungsmodalität zugeführte Patienten beeinflussen die Resultate der verbliebenen Patienten ungebührlich positiv oder negativ.

Vorschlag für ein praktisches Vorgehen und offene Fragen

1. Patienten mit Achillessehnenrupturen einem erfahrenen Spezialisten zuweisen.
2. Ärzte sollen nach Erfahrung in der chirurgischen Behandlung befragt werden («occasional surgery» ist zu vermeiden) und umfassend über Vor- und Nachteile möglicher Behandlungen informieren.
3. Sportler und sportlich Aktive sollten eine Operation bevorzugen, um ein funktionell optimales Ergebnis zu erreichen. Ein erfahrener Operateur wird – bei geringer Komplikationsrate – meistens wieder eine Aktivität wie vor dem Unfall ermöglichen können.
4. Diskussion über Varianten der chirurgischen Behandlung bleibt offen.

Fazit und Ausblick

1. Operative und konservative Behandlung der Achillessehnenruptur sind Alternativen.
2. Entscheidung abhängig von sportlichen Ansprüchen und Co-Morbiditäten.
3. Operative Erfahrung korreliert mit den Resultaten. «Occasional surgery» vermeiden.
4. *Chirurgische Behandlung für sportliche Patienten zu empfehlen. Komplikationsrate gering.*
5. Sekundäre Analyse der operationstechnischen Qualität nur mit vollständiger intraoperativer Bilddokumentation möglich (cf. Lit.).

*Prof. Pietro Regazzoni, Lugano
Prof. Beat Hintermann, Liestal
PD Dr. Norman Espinosa, Zürich
KD Dr. Stephan Wirth, Zürich
Prof. Victor Valderrabano, Basel*

Gerechte Sozialversicherungen – die Botschaft aus der Bäckerei

Zur Neujahrsbotschaft unserer Bundespräsidentin

Eine gute Idee für die kurze Neujahrsansprache unserer Bundespräsidentin, der Standpunkt aus ihrer Bäckerei! Wesentlich sind dabei ihre Aussagen zur sozialen Verantwortung, nicht nur für die Bäcker, auch für die Produzenten unserer Lebensmittel, dort, wo sie produziert werden, und dort, wo jeder «sein Brot verdient» (deserve, mériter). Nur wenn es allen gut geht, können alle glücklich werden.

Jeder Staat kann das Geld (konservierte Arbeit) seiner Bürger (die Steuern und die ausserpolitische Beute, z.B. Zoll, Kriegsgewinne, Nationalbank) nur einmal ausgeben, «verteilen». Das Bundesamt für Verkehr hat mit den vielen Alpentransversalen das Konzept mindestens für die Ostschweizer vermässelt. Das Geld für ein Loch im Gotthard fehlt für weitere östliche Löcher in Bergen, aber auch für die Löcher im Emmentaler, vor allem aber für sozialpolitische Bedürfnisse im Gesundheitswesen (kantonaler TARMED-Taxpunkt). Dieses «Gotthard-Emmentaler-Syndrom» gilt auch innerhalb der Medizin: Geriatrie-Pädiatrie, Chirurgie-Pharmakotherapie, Allergologie-Onkologie, Psychiatrie-Reproduktionsmedizin, stationär-ambulant usw. «Man» wird älter in der Schweiz und stirbt nicht mehr an Altersschwäche, nicht mehr

wegen einer Diagnose, sondern an der individuellen Polymorbidität mit oft über zehn relevanten Diagnosen. – Das ist nur möglich, weil alle Spezialitäten erfolgreich waren. Die Therapie der Polymorbidität erfordert jedoch interdisziplinäre Kompromisse.

Bäcker haben ein hohes Risiko, an einer berufsbedingten Allergie, einer schweren Berufskrankheit, zu erkranken, weshalb viele ihren Beruf aufgeben müssen.

Privatversicherer sparen, indem sie die Anerkennung erschweren und Leistungen erfolgreich einschränken, Krankenkassen versuchen gemäss Art. 32 KVG mit Durchschnittszahlen und WZW-Kriterien die Kosten der (Land-)Ärzte zu reduzieren, bis es keine

mehr gibt. Für Kliniken ist der Unterschied kaum relevant für die DRG-Klassifikation.

Der Art. 19 KVG (Verhütung von Krankheiten) ist machtpolitisch schwierig lösbar, deshalb sublimiert. Reduzieren kann man Berufskrankheiten (auch berufsbedingte Psychoreaktionen) nur, wenn sie als solche erfasst werden.

Krankenkassenprämien sind wie Brotpreise politisch heikel. Die Französische Revolution begann mit einem Mehlkrieg am 27.4.1775 auf dem Getreidemarkt in Beaumont-sur-Oise, supprimiert mit 25 000 Soldaten. Bei der Bastille am 14.7.1789 funktionierte dies militärisch nicht mehr.

Dr. med. Markus Gassner, Grabs

Communications

Examen de spécialiste

Examen de spécialiste en vue de l'obtention de la formation approfondie en pathologie moléculaire à adjoindre au titre de spécialiste en pathologie

Lieu: Kantonsspital Baselland, Institut für Pathologie, Mühlemattstrasse 11, 4410 Liestal

Date: 28 mai 2020

Délai d'inscription: 31 mars 2020

Vous trouverez de plus amples informations sur le site web de l'ISFM www.siwf.ch → Formation postgraduée → Titres de spécialiste et formations approfondies → Pathologie

Sujets d'actualité en ligne

www.bullmed.ch → tour d'horizon



Interview avec Alexandra Weber, responsable communication Cancer de l'Enfant en Suisse

«Une leucémie était une sentence de mort il y a 50 ans»

Pourquoi la recherche clinique est si importante pour améliorer le traitement du cancer de l'enfant. Une campagne nationale a été récemment lancée.



Interview avec Jana Siroka, médecin-chef et présidente de l'ASMAC Zurich

Le temps partiel en médecine fait son chemin

Les médecins ont de plus en plus la possibilité de travailler à mi-temps: zoom sur un changement de culture de longue haleine.