

# Courrier au BMS

## Haft führt zu erhöhten Gesundheitsrisiken

Brief zu: Wolff H, Schlup J. Finanzierung medizinischer Leistungen in Haft. Schweiz Ärztztg. 2020;101(5):133.

Dass medizinische Leistungen in Haft zum Teil nicht mehr finanziert werden, ist aus verschiedenen Gründen besonders problematisch:

1. Viele Inhaftierte sind randständige Personen oder kommen aus Ländern mit einem schlechten Gesundheitswesen, so dass ihr Gesundheitszustand schon beim Haftantritt schlecht ist. Sie benötigen ganz besonders eine gute Medizin, auch wenn sie dafür nichts bezahlen können.

2. Haft kann auch bei vorher gesunden Personen zu einer Verschlechterung der Gesundheit führen, durch die psychische Belastung infolge von Freiheitsentzug und Verlust von Kontakten zu Personen ausserhalb des Gefängnisses oder auch, wenn die bei uns übliche Gesundheitsvorsorge in Bereichen wie Zahnmedizin oder Gynäkologie nicht mehr erfolgen kann.

3. Im Gefängnis kann das Risiko erhöht sein, sich mit Infektionskrankheiten anzustecken. Dazu gehören nicht nur STD wie HIV oder Hepatitis B/C, sondern auch Tuberkulose.

Ein trauriges Beispiel dafür, dass auch Personen mit überdurchschnittlichen Ressourcen, die ihrer Gesundheit immer Sorge getragen haben, im Gefängnis eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes erleiden können, sind neun katalanische Spitzenpolitiker und Präsidenten von NGOs, die seit über zwei Jahren im Gefängnis sind und zu Strafen zwischen 9 und 13 Jahren wegen «Aufstand» verurteilt wurden, weil sie ein Referendum über die Unabhängigkeit Kataloniens ermöglicht haben. Eine der Inhaftierten, die frühere Sozial- und Arbeitsministerin Dolors Bassa, hat vor kurzem berichtet, dass alle diese Personen seit der Inhaftierung unter Zahnproblemen, Stürzen oder anderen Gesundheitsproblemen leiden, die sie vorher nicht gekannt haben. Eine Person hat sich zudem in der Haft mit Tuberkulose infiziert.

Es kann nicht sein, dass besonders verletzte Personen wie Gefangene keine genügende medizinische Behandlung erhalten oder dass der Staat dieses Problem auf dem Buckel der behandelnden Ärzte löst, die unnötigen administrativen Aufwand leisten müssen oder riskieren, dass ihre Rechnungen gar nicht oder nur mit grosser Verspätung bezahlt werden.

*Dr. med. Monika, Diethelm-Knoepfel,  
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und -psychotherapie, Uzwil*

## Antwort auf den Leserbrief «Der Glaube der Eisenliga an die Wirksamkeit des Eisens»

Brief zu: Steurer J, Markun S. Der Glaube der Eisenliga an die Wirksamkeit des Eisens. Schweiz Ärztztg. 2019;100(50):1704.

Ist es eine Glaubensfrage, ob Frauen gleich viel Eisen brauchen wie Männer? Ist es nicht eher eine Frage des Wissens und Gewissens?

Professor Steurer unterstellt der Eisenliga in seinem Leserbrief, an die Wirksamkeit des Eisens lediglich zu glauben. Er stellt – als ob wir es mit einer Religion zu tun hätten – eine Glaubensfrage, wie es schon das Schweizer Fernsehen im Titel der PULS-Sendung vom November 2018 getan hat: «Eine Glaubensfrage spaltet die Fachwelt.» In dieser Sendung debattierten Professor Thomas Rosemann von der Universität Zürich und ich über die Bedeutung der Menstruation. Während die *Swiss Iron Health Organisation* (SIHO) nachweisen kann, dass die Menstruation die häufigste Ursache für den weiblichen Eisenmangel ist, glaubt Herr Rosemann an das Gegenteil. Weil Professor Steurer den Glauben bemüht, stelle ich bewusst drei entscheidende Glaubensfragen zur Diskussion.

### Erste Glaubensfrage

Ist die Menstruation die häufigste Ursache für den weiblichen Eisenmangel? Nur wenige Menschen wissen, dass erwachsene Männer bei einem Ferritinwert von 200 ng/ml fünf Gramm Eisen im Körper haben. Ebenso unbekannt ist die Tatsache, dass Frauen im Menstruationsalter bei einem Ferritinwert von 30 ng/ml nur über vier Gramm Eisen verfügen. Deshalb sind sie es, die an Eisenmangel leiden, und nicht die Männer. Sobald man ihnen das fehlende Gramm zuführt, wie die SIHO es vormacht und empfiehlt, werden die meisten gesund. Professor Steurer und die Eisengegner glauben trotzdem, dass für Frauen ein Ferritinwert von 15 ng/ml zumutbar sei.

### Zweite Glaubensfrage

Soll man Eisenmangelfrauen das fehlende Gramm zurückgeben oder nicht?<sup>1</sup> Die SIHO ist überzeugt, dass die Erkennung und Behandlung von Eisenmangel keine Glaubenssache sein dürfen. Die Basis ärztlichen Handelns sind wissenschaftliche Daten, wie sie der SIHO zur Verfügung stehen. Die Resultate unserer Untersuchungen werden in den Praxisstudien Eurofer und SwissFer präsentiert. Die bisher ausgewerteten Therapieverläufe von

4000 Frauen mit Eisenmangel weisen nach, dass Frauen gleich viel Eisen brauchen wie erwachsene Männer. Die SIHO muss sich, da sie über das Wissen verfügt, nicht auf den Glauben verlassen.

### Dritte Glaubensfrage

Brauchen Frauen gleich viel Eisen wie Männer? Professor Steurer hat eine notwendige Diskussion angestossen. Wollen wir wirklich daran glauben, dass Frauen weniger Eisen brauchen als Männer, wie die WHO, gewisse Universitäten, die Lehrbücher sowie Zürcher Professoren fordern? Sollen wir sogar glauben, dass Eiseninfusionen bei Eisenmangelfrauen unnötig seien, wie die Eisengegner behaupten? Diese notwendige Diskussion ist auch als Botschaft an den Bundesrat gerichtet, der seit 2015 über die Bedeutung der Menstruation und die Notwendigkeit der Eisentherapie nachdenkt und in diesem Jahr entscheiden wird.

### SIHO-Appell an den Bundesrat und die Universität Zürich

Sie haben das Geld. Sie haben das Know-how. Geben Sie leidenden Frauen das ihnen fehlende Eisen zurück und überprüfen Sie, wie es ihnen danach geht. Führen Sie, anstatt einen sinnlosen Glaubenskrieg anzuzetteln, eine randomisierte Studie durch. Es ist überfällig. Was hält Sie davon ab? Die SIHO hat den Bundesrat schon 2017 dazu aufgefordert. Eine Reaktion ist bisher ausgeblieben.

*Dr. med. Beat Schaub, Präsident SIHO*

<sup>1</sup> Die fehlende Menge ist sehr individuell und kann auf [www.easyfer.ch](http://www.easyfer.ch) online berechnet werden.

### Hürden fürs selbstbestimmte Sterben

Mit Sandkörnern ins Getriebe der Suizidwilligen will die Ethikerin Christine Clavien [1] erwirken, dass die Inanspruchnahme eines begleiteten Suizids erschwert wird. Sie geht dabei in ihrer Überlegung von der seinerzeitigen Abnahme der «Selbstmorde» (sic!) nach dem in England erfolgten Entzug von Kohlenmonoxid im Leuchtgas aus. Dass grössere Hürden beim Zugang zur Suizidbeihilfe zur Zunahme von gewaltsamen Suiziden führen könnten, scheint ihr kein Problem zu sein. Der Psychiater Walter Meili [2] sieht in Menschen, die den Altersfreitod in Erwägung ziehen, behandlungsbedürftige Patienten mit einer schweren Depression. Aber dass die Zu-

sicherung der Möglichkeit, zu einem gewissen Zeitpunkt selbstbestimmt und in humaner Art und Weise aus dem Leben zu scheiden, eine Art «Lebensversicherung» sein kann, wird bei beiden Schreibenden nicht in Betracht gezogen. Sehr einfühlsam hingegen beschreibt die Pflegefachfrau Anita Lanz [3] ihre Begleitung eines todgeweihten Patienten. Nachdem er friedlich aus dem Leben, ohne die angebotene Beihilfe in Anspruch nehmen zu müssen. Was stört eigentlich gewisse (jüngere und gesunde) Mitmenschen an der Tatsache, dass ein Mensch nach langer Lebenszeit (und mitunter langer Leidenszeit) die Möglichkeit eines selbstbestimmten Sterbens mit einer Sterbehilfe-Organisation (und oft im Beisein seiner Liebsten) in Anspruch nehmen möchte? Diesen aus ferner und gesunder Warte schreibenden Gutmenschen empfehle ich, zum Beispiel den Film «Mar Adentro» von Alejandro Amenábar anzusehen und das Buch «Ein ganzes halbes Jahr» von Jojo Moyes zu lesen. Aber allein die Lektüre des oben genannten Beitrags der Pflegefachfrau Lanz mit der behutsamen Beschreibung eines geplanten Todes könnte zumindest darüber nachdenken lassen, ob die Anliegen einer unbedingten Lebensverlängerung so gerechtfertigt sind, wie gewisse Verfechter das meinen.

*Pfr. Dr. Ebo Aebischer, Muri bei Bern*

- 1 Clavien C. Einschränkungen in der Suizidbeihilfe – auf die Dosis kommt es an. *Schweiz Ärztztg.* 2019;100(49):688.
- 2 Meili W. Zu guter Letzt Suizid? *Schweiz Ärztztg.* 2020;101(1–2):19–20.
- 3 Lanz A. Würdiger, selbstbestimmter Tod nach guter Planung? *Schweiz Ärztztg.* 2020;101(4):117–8.

## Neue Erkenntnisse zum PSA-Test

In den letzten Wochen ist es turbulent geworden in den deutschen Medien. Das Gutachten des Deutschen Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat eine Pressemitteilung am 6.1.2020 herausgegeben zur Früherkennung mittels PSA-Test [1].

*Der Spiegel*, *Focus*, *Stern*, *Süddeutsche Zeitung*: «PSA-Test ist laut aktuellen Gutachten wertlos» [2], «Experten raten vom PSA-Screening für Prostatakrebs ab» [3]. Auch das *Deutsche Ärzteblatt* hat das Thema direkt aufgegriffen [4]. *Der Stern* schreibt: «Experten warnen vor Schäden» [5].

Hier das Hauptproblem: Eine amerikanische PSA-Studie hatte einst keine Mortalitätsdifferenz festgestellt [6]. Doch die Kontrollgruppe der besagten Studie war voller Probanden mit PSA-Test («kontaminierte Studie»). Diese Stu-

dienergebnisse sind ungültig, 2016 erschien die Richtigstellung im *New England Journal of Medicine* [7]. Doch das kümmert «Experten» wenig [8], auch nicht die IQWiG, man beruft sich auf die USA, weniger auf Europa [9]. Schweizer Forscher wie Prof. Franz Recker und PD Dr. Maciej Kwiatkowski haben dabei massgeblich zum vernünftigen PSA-Einsatz beigetragen [10–12].

Der PSA-Test reduziert die Karzinom mortalität und -morbidity [13]. Doch der Patient braucht Aufklärung [14]. Ein PSA von 3–10 ng/ml ist häufig unspezifisch (Risikoanalyse notwendig, u.a. mit Familienanamnese [11]). Unter 2 ng/ml ist PSA präzise, was für den Grossteil der Männer relevant ist [10]. Früherkennung muss generell kritisch betrachtet werden. Zweifellos wurden zu viele PSA-Tests in den USA gemacht, denn es ist ein einfacher Bluttest. Doch bedenken Sie: Wenn man über das Autofahren diskutiert, empfiehlt es sich, selber Autofahrer zu sein. Ansonsten ist es nur ein Medientumult, der alle verunsichert: Hausärzte, Urologen – aber vor allem: unsere Patienten.

*PD Dr. med. Marco Randazzo, Chefarzt Klinik für Urologie, GZO Spital Wetzikon, Zürich*

## Literatur

- 1 IQWiG, Homepage der Logo IQWiG – Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (<https://www.iqwig.de/de/presse/pressemitteilungen/2020/prostatakarzinomscreening-mittels-psa-test-nutzen-wiegt-den-schaden-nicht-auf.12747.html>), abgerufen am 7.1.2020.
- 2 Süddeutsche Zeitung von 6.1.2020 unter <https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/psa-test-prostatakrebs-nutzen-schaden-iqwig-1.4744050>.
- 3 Der Spiegel von 6.1.2020, unter <https://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/iqwig-experten-raten-vom-psa-screening-auf-prostatakrebs-ab-a-1303785.html>.
- 4 Dtsch Arztebl. 2020;117(1–2):A-22 / B-21 / C-21; <https://www.aerzteblatt.de/archiv/211760/Prostatakrebs-Screening-Prueffall-PSA-Test>.
- 5 Stern von 7.1.2020, unter <https://www.stern.de/gesundheit/psa-test-auf-prostatakrebs-experten-warnen-vor-schweren-schaeden-9076476.html>.
- 6 Andriole GL, et al. Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial. *N Engl J Med.* 2009;360(13):1310–9.
- 7 Shoenberger JE, Mittal S, Hu JC. Reevaluating PSA Testing Rates in the PLCO Trial. *N Engl J Med.* 2016;374(18):1795–6.
- 8 Ilic D, et al. Prostate cancer screening with prostate-specific antigen (PSA) test: a systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2018;362: p. k3519.
- 9 Roobol MJ, et al. Prostate cancer mortality reduction by prostate-specific antigen-based screening adjusted for nonattendance and contamination in the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC). *Eur Urol.* 2009;56(4):584–91.
- 10 Randazzo M, et al. A “PSA Pyramid” for Men with Initial Prostate-specific Antigen </math> ng/ml: A Plea for Individualized Prostate Cancer Screening. *Eur Urol.* 2014.
- 11 Randazzo M, et al. A positive family history as a risk factor for prostate cancer in a population-based

study with organised prostate-specific antigen screening: results of the Swiss European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC, Aarau). *BJU Int.* 2016;117(4):576–83.

- 12 Randazzo M, et al. Is further screening of men with baseline PSA <1 ng ml(-1) worthwhile? The discussion continues – Results of the Swiss ERSPC (Aarau). *Int J Cancer.* 2015;137(3):553–9.
- 13 Schroder FH, et al. Screening and prostate cancer mortality: results of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up. *Lancet.* 2014;384(9959):2027–35.
- 14 Randazzo M. Schweiz Ärztztg. 2019;100(29–30): 990–2; <https://saez.ch/article/doi/saez.2019.17885>; <https://doi.org/10.4414/saez.2019.17885>. 2019.

## Cogentco & Co

### Wie ein US-Unternehmen die Swisscom sanktioniert und auf meine Arztpraxis IT-Einfluss nimmt

Ich führe seit 2003 eine voll digitalisierte Grosspraxis, seit 2009 als Netzwerk mit 13 Standorten in fünf Kantonen. Alle Daten via PC, Kabel und auf eigenem Server im ehemaligen Roche Forschungszentrum, möglichst nichts in der Cloud.

In der Vorweihnachtszeit 2019 gibt es zunehmend Probleme mit der IT-Performance, ab 15 Uhr verzeichnen wir zunehmend langsamere Systemleistung bis hin zu Verbindungsabbrüchen und der Unmöglichkeit, sich wieder einzuloggen. Wir versuchen das Problem zu lokalisieren, haben in diesem Zuge Speicher und Arbeitsspeicher auf dem System massiv erhöht und alle unsere Server einem ständigen Monitoring unterstellt. Alle anderen Projekte wurden liegen gelassen, um die volle Aufmerksamkeit auf die Lösung resp. die Lokalisierung des Problems zu fokussieren. Tatsache ist, der Server läuft fast nie über einer 50%-Auslastung und niemals über 80%. Das heisst, der Server ist tiptopp und nicht das Problem!

Nach langem Suchen haben wir die Nadel im Heuhaufen gefunden. Das Problem liegt auf dem Weg zu unserem Server: Bildlich gesprochen baut ein jeder unserer Computer die Verbindung zum Server mittels 5 bis 11 Knotenpunkten auf. Diese sind vergleichbar mit Strassen, auf denen Datenpakete zu ihrem Ziel fahren. Immer wieder kommen Kreuzun-

## 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/remettreun-courrier-des-lecteurs-remettre/](http://www.bullmed.ch/publier/remettreun-courrier-des-lecteurs-remettre/)

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

gen, welche zu Strassen anderer «Strassenarbeiter» führen. Dieses Sammelsurium an Anbietern auf dem Weg zum Ziel (in diesem Fall zu unserem Server) macht die Lokalisierung eines Problems a) schwierig und undurchsichtig, b) Problemlösungen sehr aufwendig und c) eine reibungslose Zusammenarbeit der Anbieter unabdingbar.

Und genau hier liegt das Problem: Auf unserem Weg zum Server arbeitet *Swisscom* mit der deutschen Telekom und diese wiederum mit dem US-Unternehmen *Cogentco* zusammen. *Cogentco* ist einer der grössten Netzanbieter weltweit und schliesst mit grossen lokalen Netzanbietern (die *Swisscom* gehört nicht dazu, da zu klein) sogenannte Peer2Peer-Verträge ab, welche vereinfacht das «Tauschgeschäft an Datentransfer» regeln. Ziel in solchen Verträgen ist ein ausgewogenes Verhältnis von «Nehmen» und «Geben». Da die *Swisscom* auf dem globalen Markt ein Zwerg und unbedeutend ist, muss sie sich an

einen Anbieter anschliessen, der Peer2Peer-Verträge mit den globalen Playern abschliessen kann. Dies hat sie bei der deutschen Telekom getan. Nun hat die deutsche Telekom jedoch in der Vergangenheit von *Cogentco* mehr bezogen als gegeben und wird nun von *Cogentco* sanktioniert. Dies immer dann, wenn in den USA die Leistung gebraucht wird (unserer Zeit von 15 Uhr bis weit in die Nacht hinein). Daher stammt unser Tagesprofil des Leistungsabfalls. Auch rührt daher das Phänomen, dass der Leistungsabfall vorwiegend bei Verbindung über einen *Swisscom*-Anschluss zu verzeichnen ist. An Standorten mit UPC-Anschluss ist der Abfall weitaus geringer. Die Lösung: Wir haben sowohl bei der *Swisscom* (diese muss dann ihrerseits bei der deutschen Telekom intervenieren) als auch bei *Cogentco* einen Servicefall eröffnet. Führt dies nicht in Kürze (1–2 Tage) zu einer Besserung, bleibt uns nichts anderes übrig, als uns von der *Swisscom* zu lösen. Am Freitag, 24.1.2020,

12 Uhr wurde die Zuleitung des Datenzentrums, in welchem unser Server steht, geändert, d.h., unser Zugang läuft nun nicht mehr über die deutsche Telekom und das US-Unternehmen *Cogentco*, sondern hat eine neue Route zugewiesen bekommen. Seither haben wir keine Kenntnis mehr von langsamen Verbindungen und gehen davon aus, dass das Problem gelöst wurde. Selbstverständlich sind wir noch wachsam und beobachten die Performance konstant.

Der ganze Sachverhalt ist neben der Komplexität auch im höchsten Masse beängstigend. Man vergegenwärtige sich die Abhängigkeit einer Arztpraxis, eines E-Health-Dossiers und unseres täglichen Lebens von funktionierenden Datenleitungen, unter Einbezug der Tatsache, dass ein US-Unternehmen bereits heute derartigen Einfluss auf unser Netz hat.

*Dr. med. Christian Larsen,  
Spiraldynamik® Med Center Schweiz AG*

## Sujets d'actualité en ligne

[www.bullmed.ch](http://www.bullmed.ch) → tour d'horizon



Interview avec Thomas C. Sauter, chef de clinique, responsable formation, eHealth et télémédecine d'urgence, Centre universitaire des urgences, Hôpital de l'Île de Berne

### Les urgences à l'ère du numérique

Grâce à son nouveau service de télémédecine d'urgence, l'Hôpital universitaire de Berne veut faire avancer la recherche, mais aussi la question délicate de la médecine numérique.



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.