

Briefe an die SÄZ

Offener Brief ans BAG: Für ein differenziertes Preis- erhöhungsmoratorium

Brief zu: Clerc T. Die fehlenden Medikamente sind zu billig.
Schweiz Ärztezg. 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. Expertin für Komplementärmedizin
in der EAK, Langnau

Art. 2

Die Menschheit schreibt das Jahr 13800000000. Die wissenschaftl. Zeitrechnung ist ungenau: 13,8 Milliarden \pm x Jahre. Die menschengemachten Zeitrechnungen sind genau, also falsch, Glaubenssachen (jüdisch: 5778; christlich: 2020; islamisch: 1442), Anthropozentrismen, die Herrschaft der einen über andere Menschen und die Erde begründen, wodurch die Menschheit entzweit wurde und Verbrechen an ihr mit Millionen von Opfern begangen wurden.

Der Stammbaum der Medizin. Wissenschaft hängt ab von der Zeitrechnung: Wurzelt er im Big Bang oder im dreiköpfigen Monotheismus? Ist die Medizin den Menschen verpflichtet oder dient sie den vorübergehenden Institutionen, wie Theologie oder Markt?

Organismen bauen sich auf aus Organen, Zellen, Molekülen, Atomen, von denen im Menschen das Wasserstoffatom am zahlreichsten ist (63%). Die Evolution lehrt: Als erstes Atom kurz nach dem Big Bang entstanden, ist H ein 13,8 Milliarden Jahre altes Bau- und Funktionselement des Lebens.

Dies stellt die Frage nach der Herrschaft: Wem gehört H? Wer ist sein Herr und Meister, sein Besitzer? Und wessen Eigentum sind die übrigen Atome?

Terrestrisches Leben und Gesundheit erscheinen vor 4 Milliarden \pm y Jahren. Die DNA überträgt beide, sei es generationell (Schwangerschaft) oder individuell im Inneren der Lebewesen. Der menschl. Körper bildet jeden Tag 200 Milliarden neue Zellen, welche die uralte Gesundheit erneuern.

Daher die Erkenntnis: *Zellen sind Gesundheitszentren.*

Auch dieses Wissen stellt die Herrschaftsfrage: Wem gehört die Zelle? Wer ist ihr Herr und Meister, ihr Besitzer? Wer war's vor einer Milliarde Jahren? Wer ist's heute?

H, andere Atome, Moleküle, DNA, Zellen, Organe bilden die Materie von Leben und Gesundheit. Sie sind älter als die Menschheit und existieren ohne sie, ohne Hirn, Kultur und Markt. Sie sind wesentlich, unveräusserlich. Sie sind keine Waren, denn Waren sind unwesentlich, weil käuflich.

Darum die dritte Frage: Wem gehört die Gesundheit? Wer ist ihr Herr und Meister, ihr Besitzer? Und wer besitzt das Leben?

Die wissenschaftl. Antwort steht in Art. 2 der FMH-Deontologie: *«Es ist Aufgabe des Arztes und der Ärztin, menschliches Leben zu schützen, Gesundheit zu fördern und zu erhalten ...»* Medizin hat kein Besitzverhältnis zum Leben und zur Gesundheit und strebt nicht danach.

Die *Negation* dieser Tatsachen steht im Zentrum des Gesundheitswesens, seit es sich dem «Gesundheitsmarkt» verschrieb. Dieser Markt impliziert Besitz und Veräusserung eines Gutes, das, unveräusserlich, niemandem gehört. Im Markt sind «Gesundheitszentren», «Gesundheitshäuser» usw. Einkaufszentren und unterstehen den Marktgesetzen: Gewinn, Wettbewerb, Wachstum. Und die Unterordnung des Gesundheitswesens unter diese Gesetze befördert es ins Bruttoinlandprodukt (BIP), worin es heute der grösste Wachstumsfaktor ist.

Die kleinste Fliege jedoch beweist dem Menschen, der Prämien an die Krankenkassen zahlt, dass der «Gesundheitsmarkt» ein Popanz ist: Schuf er die Gesundheit der Fliege? In welchen «Gesundheitszentren»? Wie zahlt sie ihre «Gesundheitskosten»? Und wie heissen ihre Konsumkrankheiten? Jene Krankheiten, die erst die Märkte zu Epidemien verallgemeinern, den *Marktepidemien* Tabak, Alkohol, Zucker etc.

Als Vertreter des «Gesundheitsmarktes» untersteht das Gesundheitssystem dem Prinzip Markt, was zur *Negation der Marktepidemien* führte. Der Schutz von Gesundheit und Leben gegen die Epidemie-fördernden Märkte ist weniger lukrativ für den «Gesundheitsmarkt» als die Behandlung der Opfer, die zudem den Wohlstand und das BIP vergrössert.

Beide Negationen zeigen: Markt und Medizin sind unvereinbar: Als Arzt bekenne ich, Gesundheit weder zu machen noch zu besitzen, gemäss Art. 2.

Dr. med. Roland Niedermann, Genf

Eiseninfusion: Müssen wir uns für diese medizinische Hilfe rechtfertigen?

Brief zu: Lüscher S. Eisenmangel: Eher eine volkswirtschaftliche Frage? Schweiz Ärztezg. 2019;100(49):1661-2.

Gerber P. Eisenmangel: Einzig mögliche Antwort.
Schweiz Ärztezg. 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

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/de/publizieren/leserbrief-einreichen/

Achillessehnenrupturen: eine andere Perspektive

Brief zu: Krause F. Achillessehnenruptur – Nutzen der Cochrane Library. Schweiz Ärzteztg. 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 (fette 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 ausenpolitische 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 vermasselt. 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

Mitteilungen

Facharztprüfung

Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes Molekularpathologie zum Facharztstitel Pathologie

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

Datum: 28. Mai 2020

Anmeldefrist: 31. März 2020

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter www.siwf.ch → Weiterbildung → Facharztstitel und Schwerpunkte → Pathologie

Aktuelle Themen auf unserer Website

www.saez.ch → tour d'horizon



Interview mit Alexandra Weber, Leiterin Kommunikation Kinderkrebs Schweiz

«Vor 50 Jahren galt Leukämie noch als Todesurteil»

Warum klinische Forschung so wichtig ist, um die Behandlung von Krebs bei Kindern zu verbessern. Jüngst wurde eine nationale Kampagne gestartet.



Interview mit Jana Siroka, Oberärztin und Präsidentin VSAO Zürich

Ein Kulturwandel, der Zeit braucht

Weshalb Teilzeitangebote auch in der Medizin in Zukunft zum Alltag gehören werden.