

# Briefe an die SÄZ

## Wichtige Meinungen, die untergehen

Es wird so viel über Covid gelesen und gehört – zu viel ... Aber dieser Artikel von einem Schweizer Kollegen, der tatsächlich Erfahrung mit ärztlichem Arbeiten in Asien hat, wird in keinem der grösseren Medien veröffentlicht: <https://www.mittellaendische.ch/2020/04/07/covid-19-eine-zwischenbilanz-oder-eine-analyse-der-moral-der-medizinischen-fakten-sowie-der-aktuellen-und-zuk%C3%BCnftigen-politischen-entscheidungen/>  
Ein langer, aber ziemlich differenzierter Artikel; im Punkt 9 wird auch die Schweizer Ärzteschaft sowie die FMH kritisiert, teilweise zu Recht. Wir in der Deutschschweiz haben echt «Schwein» gehabt, denn wäre die grosse Corona-Welle Anfang/Mitte März über uns gerollt, hätten wir mit den wenigen Masken/Schutzmaterialien/Desinfektionsmitteln ziemlich in die Röhre geschaut ... in dem zweitwertesten Gesundheitssystem der Welt wohlbermerkt. Spätestens jetzt sollte sich die FMH konsequent in gesundheitspolitische Entscheidungen in diesem Land engagieren und nicht nur zuschauen und von den Nicht-Medizinern Entscheidungen treffen lassen, was für uns und die Gesundheit der schweizerischen Bevölkerung das Beste ist. Spätestens jetzt sollte dies jedem klar sein!

*Dalibor Dojčinović, Hausarzt, Facharzt  
Allgemeine Innere Medizin, Scherzingen*

## Replik zu «Wichtige Meinungen, die untergehen»

Die Vertretung der Interessen und Anliegen der Ärzteschaft ist ein zentraler Teil der FMH-Arbeit. Auch in der aktuellen Pandemie engagiert sich die FMH stark in gesundheitspolitischen Fragen und vertritt den Standpunkt der Ärzteschaft. Wir stehen täglich in Kontakt mit den Behörden und bringen die Sichtweise der Ärzteschaft ein. So hat sich die FMH beispielsweise für telemedizinische Lösungen während der Covid-19-Pandemie eingesetzt. Einerseits hat die FMH gemeinsam mit HIN ein kostenloses sicheres Tool für Videokonsultationen zur Verfügung gestellt. Andererseits hat sich die FMH für die Kostenübernahme von telemedizinischen Konsultationen anstelle von Konsultationen in der Praxis eingesetzt. Dadurch erreichte die FMH, dass Limitationen auf Telefonkonsultationen für Psychiater weitgehend aufgehoben werden konnten und diejenigen für Haus- und Kinderärzte etwas modifiziert wurden. Weiter hat sich die FMH dafür eingesetzt, dass auch selbständige Ärztinnen und Ärzte Covid-

Erwerbsausfallentschädigung beantragen können, also nicht nur diejenigen, deren Betrieb vom Bundesrat geschlossen wurde, sondern auch diejenigen, deren Berufstätigkeit auf Notfälle reduziert und damit massiv eingeschränkt wurde. Die FMH hat auch gemeinsam mit Partnern eine Arbeitsvermittlungsplattform für Ärztinnen und Ärzte während der Corona-Pandemie lanciert und diverse Hilfestellungen für ihre Mitglieder in Form von häufig gestellten Fragen, Abrechnungshilfen zu Covid-19 und anderen Informationen zur Verfügung gestellt. Weiter hat die FMH als Anlaufstelle diverse rechtliche und andere Anfragen in Zusammenhang mit Covid-19 beantwortet und das Angebot des Unterstützungsnetzwerks für Ärztinnen und Ärzte «ReMed» während der Coronakrise ausgebaut. Begonnen hat die FMH auch bereits mit der Aufarbeitung dieser pandemiebedingten Krise. Dabei ist der FMH wichtig, bei der Versorgungssicherheit und der Versorgungsabhängigkeit genau hinzusehen. Bei den Themen früher Einbezug der Ärzteschaft, Versorgung mit Schutzmaterial, Medikamenten, Impfstoffen und auch Gesundheitsfachpersonen wird die FMH sich aktiv einbringen. Auch unabhängig von Covid-19 ist die FMH in verschiedenen politischen Dossiers aktiv. Unsere wichtigsten Geschäfte waren in den Monaten vor der Pandemie das Kostenwachstum im Gesundheitswesen und mehrere Anhörungen dazu, die Neuregelung der Zulassungssteuerung von ambulanten Leistungserbringern und der eingereichte neue ambulante Arzttarif TARDOC. Weitere Dossiers beinhalten die Themen Heilmittel, e-Health, Qualität, Patientensicherheit und vieles weitere mehr.

In der Epidemie führen und koordinieren der Bundesrat und die Kantonsregierungen gemäss dem Willen des Volkes im Epidemien-gesetz seit 2016. Die FMH bringt auch in dieser gesundheitlichen Notlage die Stimme der Ärzteschaft aktiv im Bundesrat und in der Gesundheitsdirektorenkonferenz hörbar ein.

*Jürg Schlup, Präsident der FMH*

## Briefe

**Reichen Sie Ihre Leserbriefe rasch und bequem ein. Auf unserer neuen Homepage steht Ihnen dazu ein spezielles Eingabefeld 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/](http://www.saez.ch/de/publizieren/leserbrief-einreichen/)**

## Die weissen Flecken der Corona-epidemie

Trotz Appellen mancher Epidemiologen und Pädiater [1–3] kennen wir leider die genauen Daten über die Ansteckung und Verbreitung des Covidvirus bei Kindern und Jugendlichen <16 Jahren immer noch nicht. Sie infizieren sich weniger, und ihre Infektion verläuft meistens asymptomatisch oder milder [4–7]. Es ist nicht bekannt, in welchem Masse die asymptomatischen Kinder das Virus verbreiten [7, 8]. Trotzdem ergreifen wir weitgehende, nicht selten jedoch unkonsequente Massnahmen: Wir schliessen Kindergärten und Schulen, aber nicht Kitas, in Schweden die Oberstufen und Hochschulen, aber (vielleicht richtig) nicht die Volksschulen. Sie beschränken und verderben das Leben der Kinder. Diese Lücke ist umso merkwürdiger, als die entsprechenden Kenntnisse mit einem relativ kleinen persönlichen und finanziellen Aufwand zu gewinnen wären: Man braucht nur die weitere Ausbreitung des Virus in Familien der kranken Erwachsenen mit Kindern zu verfolgen.

Auch über die Wirksamkeit der Schutzeinrichtungen gegen die Verbreitung des SARS-Covid-19-Virus herrscht merkwürdigerweise noch immer Unklarheit [9]. Man könnte sie einfach beheben: Eine kleine Anzahl (6?) Patienten, die das Virus sicher noch verbreiten (2–4 Tage nach Beginn der Symptome), lässt man zuerst 2,5 und 10 Minuten atmen, dann durch die Schutzeinrichtungen husten. Man bestimmt die Virusbelastung in der ausgeatmeten und in der ausgehusteten Luft. Und somit ist Ende der Unklarheit.

*Peter Marko, St. Gallen*

## Literatur

- 1 Rasmussen SA, Thompson LA. Coronavirus disease 2019 and children: What pediatric health care clinicians need to know. *JAMA Pediatr.* Published online April 3, 2020. doi:10.1001/jamapediatrics.2020.1224.
- 2 John E, Wong L, Leo YS, Tan CC. COVID-19 in Singapore: current experience. *Critical global issues that require attention and action JAMA.* 2020;323(13):1243–4. doi:10.1001/jama.2020.2467.
- 3 Wei M, Yuan J, Liu Y, et al. Novel coronavirus infection in hospitalized infants under 1 year of age in China. *JAMA.* 2020;323(13):1313–4. doi:10.1001/jama.2020.2131.
- 4 Qun Li, Xuhua Guan, Peng Wu, et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *N Engl J Med.* 2020; 382:1199–207. doi:10.1056/NEJMoa2001316.
- 5 Zhu N, Zhang D, Wang W, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med.* 2020;382:727–33. doi:10.1056/NEJMoa2001017.

- 6 Liu W, Zhang Q, Chen J, et al. Detection of covid-19 in children in early January 2020 in Wuhan, China. *N Engl J Med.* 2020 Apr 2;382(14):1370–1. doi:10.1056/NEJMc2003717.
- 7 Mizumoto K, Kagaya K, Zarebski A, Chowell G. Estimating the asymptomatic proportion of coronavirus disease 2019 (COVID-19) cases on board the Diamond Princess cruise ship, Yokohama, Japan, 2020. *Euro Surveill.* 2020 Mar;25(10). doi: 10.2807/1560-7917.ES.2020.25.10.2000180.
- 8 Sominsky L, Walker DW, Spencer SJ. One size does not fit all – Patterns of vulnerability and resilience in the COVID-19 pandemic and why heterogeneity of disease matters. *Brain Behav Immun.* 2020 Mar 20. pii: S0889-1591(20)30366-4. doi:10.1016/j.bbi.2020.03.016.
- 9 Mahase E. Covid-19: What is the evidence for cloth masks? *BMJ.* 2020;369:m1422. doi:10.1136/bmj.m1422.

## Suicide collectif

«Il faut bien mourir de quelque chose.» On entend régulièrement cette phrase pour justifier l'absence de changement face à un comportement dont on connaît pourtant les risques. Par exemple de la part de fumeurs. Mais derrière cette apparente résignation fataliste, nos connaissances sur la pharmacologie de la nicotine, notamment quant à son extrême capacité à créer une situation de dépendance, doivent bien sûr nous faire entendre la souffrance d'une personne qui n'arrive pas à se libérer du joug de la cigarette. En tant que professionnels de la santé, nous ne pouvons bien sûr pas accepter l'idée d'une telle résignation, tout comme, en allant plus loin, nous ne pouvons pas accepter l'idée du suicide d'une personne. Car derrière un suicide, il y a également une souffrance. Notre rôle de soignant est précisément d'identifier cette souffrance, quand il est encore temps, pour prévenir le suicide, avant tout passage à l'acte pouvant être fatal. Après, il est trop tard. On ne guérit pas du suicide, et il n'y a donc qu'une seule possibilité, le prévenir.

La situation est bien sûr encore plus préoccupante lorsque le comportement du fumeur a des conséquences sur la santé de son entourage. Et bien sûr, on pense avant toute chose au tabagisme passif subi par ses enfants. Le «il faut bien mourir de quelque chose» devient alors totalement absurde, insupportable, intolérable. On ne peut donner la vie à un enfant sans vouloir protéger sa santé. De même, le comportement d'une personne suicidaire devient éminemment problématique lorsqu'il entraîne d'autres personnes dans une mort certaine. Souvenez-vous: le 24 mars 2015, un jeune pilote de la Germanwings, âgé de 27 ans, suicidaire, précipite son avion contre la paroi d'une montagne des Alpes. Cent cinquante morts. Peut-on raisonnablement accepter l'idée qu'un seul de ces passagers, lors des 10

longues minutes de descente de l'avion précédant le crash, se soit résigné en se disant «il faut bien mourir de quelque chose»?

Nous sommes actuellement dans une sorte d'aéronef qui s'appelle Planète Terre, seuls au milieu de l'Univers. Et nos dirigeants, nos «pilotes», nous conduisent actuellement vers une mort collective certaine avec un réchauffement climatique qui s'accélère et qui, si ce n'est pas déjà trop tard, va bientôt devenir incontrôlable à cause des boucles de rétroaction qui ne font qu'amplifier la rapidité et la gravité du phénomène. Doit-on, collectivement, accepter cette situation avec fatalisme en nous disant: «Il faut bien mourir de quelque chose»?

*Andy Biedermann, Claudio Knüsli, Roswitha Koch, Simone Köchli, Eric Lainey, Sibylle Meier Kronawitter, Toni Reichmuth  
Membres du Comité de l'Alliance Suisse des Professionnels de Santé pour la Protection du Climat (One Health Alliance)*

One Health Alliance vous invite à prendre position en répondant urgemment à cette question concernant le comportement suicidaire de nos dirigeants, qui nous conduisent vers une mort certaine. Après, il sera trop tard. On ne guérit pas d'un suicide collectif. Il faut donc le prévenir.

<https://onehealthalliance.ch/fr/home/>

## Spectacle médical

### Le rideau se lève...

#### Préambule

Habillage. Même rituel sacré qui se répète jour après jour. Préparation indispensable. Bataille contre un ennemi puissant mais invisible. Gouttelettes suspendues dans l'air, imprégnant leur proie. Masque, lunettes, charlottes, blouse, gants, désinfection. La solution qui consume la chair. Brûle la peau, inlassablement, encore et encore. La chair mise à nue, maltraitée, agressée pour soigner, inlassablement, encore et encore. Puis enfin...

#### Entrée

Arrivée dans cet espace clos, confiné et fermé. Odeur de l'alcool qui couvre les sécrétions de l'homme. Couleur de la nuit. Les corps se côtoient sans se toucher. Ils respirent au rythme des machines. Le son des gouttes à gouttes. Les câbles, les tubes, les artères, les pousse-seringues, maintenant en vie ces âmes qui luttent pour leur survie. La danse immuable de ces soignants anonymes qui tournent et retournent ces corps. La peau qui se creuse au fil des jours. Les escarres qui sur-

gissent pour consommer cette chair inanimée. Bataille invisible. Soignants héroïques travaillant sans relâche. Fatigués, épuisés, frustrés, mais qui continuent, inlassablement, encore et encore. Larmes, discrètes, secrètes, qui coulent sans laisser de trace sur leur passage. Cœurs marqués, blessés. Mains qui soignent, nettoient, caressent la peau de ces corps allongés. Vestige de l'humanité. Amour invisible. Fil de soie qui se consolide et transmet la vie. Puis enfin...

#### Sortie

Espoir. Tube enlevé. La vie qui reprend le dessus. Qui gagne la bataille. Sourires et larmes de joie. Respiration qui susurre, qui s'essouffle. Corps meurtri, affaibli, la bataille continue, inlassablement, encore et encore. Pas de répit, point de repos. Mais aussi, la vie qui s'en va. L'ennemi invisible qui gagne la bataille. L'âme qui s'épuise et se retire. Qui fait sa révérence. Deuil, désespoir. Et au milieu de ce spectacle, la vie resurgit. La danse continue. L'humanité reprend le dessus, inlassablement encore et encore...

#### Merci

Et ceci grâce à vous, vous êtes l'âme invisible de cette humanité. MERCI, pour votre amour, votre soutien, inlassablement, encore et encore... Vos mots. Mots qui nous élèvent, nous transcendent et nourrissent notre âme et notre esprit pour continuer cette bataille.

*Olivia Massard, Genève*

## Moritur te salutant

Brief zu: Salathé M. Richtlinien für Triage bei Engpässen auf Intensivstationen. *Schweiz Ärztztg.* 2020;101(15-16):536.

Das Alter per se ist kein Kriterium, das zur Anwendung gelangen darf. Es misst älteren Menschen weniger Wert bei als jüngeren und verletzt in diesem Sinne das verfassungsrechtlich verankerte Diskriminierungsverbot. Das Alter wird jedoch indirekt im Rahmen des Hauptkriteriums «kurzfristige Prognose» berücksichtigt, denn ältere Menschen leiden häufiger unter Co-Morbiditäten. Im Zusammenhang mit Covid-19 ist das Alter ein Risikofaktor für die Sterblichkeit und muss daher berücksichtigt werden.

Was will Frau Salathé mit diesem Text sagen? Dass das Alter kein Ausschlusskriterium für die Behandlung auf einer Intensivstation ist? Wenn ja, warum dann die Zusatzklausel... Das Alter wird jedoch... So formuliert jemand, der sich der dahinterstehenden Problematik möglicherweise bewusst ist, sie aber gerne

nicht benennen möchte. Dass man Alte nicht diskriminieren darf (im Sinn eines weniger lebenswerten Lebens), ihnen aber aus andern – allerdings mit dem Alter assoziierten – Gründen die Behandlung verweigert, scheint mir problematisch.

Wer bestimmt, welches Leben lebenswert ist? Wenn ich den Text nach einer Weile noch einmal durchgehe, dämmert es mir, dass hinter dieser unklaren, verschränkten Formulierung eine ziemlich eindeutige Altersdiskriminierung versteckt wurde. Nicht das Altern, sondern die Folgen davon dienen dabei als Diskriminationskriterium!

Für die IPS qualifiziere ich mit über 70 Jahren also möglicherweise nicht, nicht weil ich alt bin, sondern weil das Altern seine Spuren an mir hinterlassen hat. Aber wer wird denn ohne solche Spuren älter? Warum bloss, so frage ich mich, musste die Autorin das so juristisch verklausuliert formulieren? Aus Angst, dass sie angegriffen wird, selbst über lebenswertes oder weniger lebenswertes Leben entscheiden zu wollen, was juristisch verboten wäre (etwas linearer: alt = krank und krank = lebensunwert, oder einfach – wie zum Beispiel beim Thema der Organtransplantation – weil wir die Ressourcen nicht haben und nicht alle behandeln können. Warum nicht ehrlich?

Selbstverständlich ist das Altersdiskriminierung! Frau Salathé, das erinnert nicht nur uns an etwas. Nein, das kann es doch nicht sein, Frau Salathé, Sie arbeiten ja im Ressort Ethik, warum also nicht ehrlich und konzis?

In meiner Weltsicht gibt es Verdienste, welche Respekt und Dignität verdienen. Das Alter und die Erfolgchancen auf Heilung als einziges Kriterium zu wählen ist zu simplizistisch. Ich habe Freunde, die weit über 80 Jahre alt sind und immer noch ihre Beiträge leisten und sinnvolle Biographien zustande bringen. Alles potentielle Triageopfer?

Auch wenn es dadurch komplizierter wird, aber das Leben ist eher ein Aquarell als ein Holzschnitt und es ist mehr als eine Zahl auf der Geburtsurkunde. Ich ziehe es vor, gefragt zu werden, wer ich bin, und nicht – nur – wie alt ich bin. Ich denke, es wäre so aussagekräftiger. Kämpfen wir dafür, dass diese Erkenntnis nicht ausstirbt und dass nicht eine Welt geschaffen wird, in der das Alter nur als Schande und Überfluss gesehen wird. Es graut mir, wenn ich daran denke, welches Weltbild im Kopf von Jungen bestärkt wird.

Empfohlene Lektüre zum Thema: *Die Banalität des Bösen* von Hannah Arendt.

Prof. Dr. Hanspeter E. Killer  
Dr. Marianne Bruppacher

### Alain der Grosse ..., eine Realsatire

In der Schule haben wir Dürrenmatts Komödie *Romulus der Grosse* gelesen, eine beklemmende Satire auf den Untergang des dekadenten Römischen Reiches. Und die Frage, die darin gestellt wird, habe ich nicht mehr vergessen: Wie wird unsere westliche industrialisierte Hochkultur dereinst untergehen? In meiner Fantasie sah ich Atomkriege, islamistischen Terror und chinesische Allmachtsfantasien als Werkzeug teuflischer Mächte, die unsere Demokratie mit Krieg und Diktatur ausrotten. Und nun kommt alles ganz anders. Ein kleines Grippevirus, Corona, seit Jahrzehnten bekannt und jährlich für ca 10% der Common-cold-Erkrankungen verantwortlich, hat mutiert und ist nun etwas stärker geworden. Es fordert unter den über 80-Jährigen, v.a. solchen, die biologisch schon etwas älter sind, natürliche Todesfälle. Also genau jene Menschen, die das Glück hatten, alt zu werden und nicht jung sterben zu müssen, sind betroffen. Bei den Jungen gibt es einige, die das Pech hatten, in ihrem bisherigen Leben nie ein Coronavirus erwischt zu haben, und deshalb schwere Verläufe durchmachen, ähnlich einer Varizelle im Erwachsenenalter.

Ein aktivistisches lebensfremdes Leader-Konglomerat aus Politikern, Epidemiologen, Virologen und Intensivmedizinerinnen hat seinen Fokus auf jeden einzelnen Fall gelegt. Und sie sind zum Schluss gekommen: Da sterben tatsächlich Menschen! Leider kennen unsere Leader das Sterben nur als Niederlage, Tragik und Problem für die Wiederwahl, und nicht (wie ich als Hausarzt) auch als Ende einer erfüllten Geschichte.

Liebe Verschwörungstheoretiker, vergesst eure Theorien. Das ist keine Verschwörung, das ist nur Lebensferne, mangelndes Jasagen zu dem, dass die Natur manchmal stärker ist als der aktivistischste Politiker. Denn in dieser Krise wird materiell viel mehr verloren, weltweit, als gewonnen. Sogar die Chinesen verlieren viel. Aber wir, der demokratische, humanistische, empathisch mitschwingende Westen, verlieren noch viel, viel mehr.

Und somit machen wir es wie einst die Römer: Sie gaben ihre Leaderrolle an die Germanen ab, die sie wegen fehlender kultureller Leistungen belächelt haben. Wir geben unsere Leaderrolle ab an die Chinesen, die wir bis vor kurzem auch noch belächelt haben. Und wie bei den Germanen werden die Chinesen nicht etwa stärker, sie werden nur viel weniger verlieren als wir. Nicht in einem tragischen Krieg, sondern wegen eines medial inszenierten Grippevirus treten wir geschlossen und gemeinsam ab, vorerst ins zweite Glied.

Bisher haben in untergehenden Kulturen immer die Väter ihre gefallenen Söhne beklagt. Wir sind die erste Kultur, in der die Söhne kla-

gen: Mein Vater ist 90-jährig. Er darf noch nicht sterben, wo doch unser Nachbar 95-jährig ist und noch topfit! Und dafür bezahlen die Söhne mit der finanziellen Zukunft ihrer Kinder.

Eigentlich wäre das schrecklich, wenn nicht zwei wundervolle Nebenwirkungen bestünden: Vielleicht können wir durch dieses friedliche Zurückgleiten ins zweite Glied einen Atomkrieg verhindern, und die Natur ist der ganz grosse Profiteur zur Stunde. Hoffen wir, dass beides sich nachhaltig bewahrheitet.

Unsere humanistische und demokratische Gesellschaft muss lernen, sich dem chinesischen Demokratieverständnis anzupassen. Das fällt uns aber leicht, denn aktuell ist die Demokratie in der Schweiz ja schon ausgebeult. Wir beginnen zu üben. Alain der Grosse freut sich vorerst noch seiner Machtfülle.

Dr. med. Rainer Fischbacher, Herisau

### Ernährung in der Spitalmedizin

#### Stellungnahme der berufspolitisch interessierten Gruppierung von Ernährungsberater\*Innen SVDE der Region Zürich

Dass das Thema Ernährung vermehrt in den Fokus der ärztlichen Wahrnehmung und Behandlung rückt, freut uns sehr. Da die Therapie der Mangelernährung einen integralen Anteil unserer Arbeit darstellt, möchten wir als Ernährungsberaterinnen SVDE die Diskussion zum Artikel «Ernährung in der Spitalmedizin» mit unseren Überlegungen ergänzen.

Die zusammenfassenden Forderungen der Autoren nach ganzheitlicher Behandlung, kritischer Betrachtung, Integration neuer medizinischer Evidenz und einer bedürfnisorientierten, sinnvollen und nicht primär ökonomisch orientierten Medizin befürworten wir sehr: den Patienten als Menschen wahrnehmen, die Behandlung seinen Ressourcen anpassen und Grundbedürfnisse wie Ernährung, Bewegung und Zuwendung beachten.

Obwohl heute allgemein bekannt ist, dass Mangelernährung die Morbidität und Mortalität unserer Patienten erhöht und deren Lebensqualität erheblich reduziert, wird Mangelernährung im klinischen Alltag trotz einer Prävalenz von 20–50% selten erfasst. Vor diesem Hintergrund erscheint uns die Forderung, die Therapie der Mangelernährung durch die Internisten durchzuführen, aus zeitlichen und fachlichen Gründen als unrealistisch. Essentiell ist jedoch, dass Mangelernährung durch den behandelnden Arzt erkannt und diagnostiziert wird.

Die Therapie der Mangelernährung und anderer Ernährungsprobleme kann an die Ernährungsberaterinnen delegiert werden: Als Spezialistinnen für Ernährungsfragen führen sie im Rahmen des international standardisierten «nutrition care process» (NCP) eine gezielte Therapie durch: Assessment, Ernährungsdiagnose, situativ-individuelle Interventionen, Monitoring.

Die Autoren des Artikels «Ernährung in der Spitalmedizin» greifen auch die wichtige Frage der Evidenz der Ernährungstherapie bei Mangelernährung auf, erwähnen dabei die Effort-Studie und die Behandlungserfolge bei internistischen Patienten. Auch aus anderen Bereichen der Medizin (z.B. Onkologie, Chirurgie) wissen wir, dass Mangelernährung negative Auswirkungen auf die Behandlung

hat und durch eine Ernährungstherapie positive Effekte erzielt werden können.

Ein *nutritional Screening* – und bei Bedarf eine individuelle Ernährungstherapie – wird daher in zahlreichen Guidelines empfohlen und sollte keine Änderung der gängigen Praxis darstellen. Erfreulich ist, dass Ernährungsmassnahmen auch ökonomisch sinnvoll sind. Das BAG konnte aufzeigen, dass Mangelernährung zwar erhebliche Kosten verursacht, diese sich aber durch eine gezielte Behandlung deutlich reduzieren lassen. Eine Codierung der Mangelernährung ist deshalb auch im SwissDRG vorgesehen: Die Erlöse liegen über den Behandlungskosten und leisten einen Beitrag zur Kostendeckung der oft multimorbiden mangelernährten Patienten.

Um den vielschichtigen Bedürfnissen und komplexen medizinischen Problemen unse-

rer polymorbiden Patienten gerecht zu werden, braucht es ein interdisziplinäres Team bestehend aus situativ zugezogenen Therapeutinnen und Spezialistinnen. Diese unterstützen und entlasten das ärztliche und pflegerische Kernteam und therapieren die Patienten fachkompetent und individuell.

Durch einen ärztlichen Schwerpunkt in klinischer Ernährung werden die Sensibilität für die Wichtigkeit der Ernährung verbessert und die Umsetzung des ernährungstherapeutischen Prozesses gefördert.

Die Literaturliste ist auf Anfrage bei den Autorinnen erhältlich.

*Die Ernährungsberater\*Innen SVDE  
der Region Zürich*