

# Briefe an die SÄZ

## Triageentscheidungen und Altersdiskriminierung

Brief zu: Killer HE, Bruppacher M. Morituri te salutant. Schweiz Ärztztg. 2020;101(19–20):639–40.

Der Leserbrief «Morituri te salutant» [1] greift den Kommentar von Michelle Salathé zu den SAMW-Richtlinien für Triage bei Engpässen auf Intensivstationen [2] scharf an und bezeichnet die Äusserungen von Frau Salathé als Beispiel von Altersdiskriminierung. Aus meiner Sicht ist der Kommentar von Frau Salathé sehr umsichtig formuliert. Das Alter per se wird ausdrücklich nicht als Triage-Kriterium bezeichnet, sondern spielt nur indirekt eine Rolle, indem es die Aussichten auf Überleben dank intensivmedizinischen Massnahmen in einer lebensbedrohlichen Situation beeinflusst. Durch häufiger vorhandene Begleiterkrankungen und durch reduzierte physiologische Reserven sind ältere Menschen im Durchschnitt weniger im Stande, eine schwere akute Erkrankung zu überstehen. Das trifft übrigens auch ausserhalb von Situationen mit knappen Ressourcen zu und sollte für den Schutz von hochbetagten Menschen vor einem «acharnement thérapeutique» berücksichtigt werden. Entsprechend habe ich wenig Verständnis für die Argumente von Prof. Killer und Dr. Bruppacher, wenn sie die Aussagen von Frau Salathé als Vorwand für einen Kreuzzug gegen Altersdiskriminierung benutzen. Die Priorisierung von jüngeren Patienten im Rahmen der Covid-19-Pandemie wurde in den letzten Wochen intensiv debattiert. Die Argumente von Arthur Caplan, einem führenden US-Bioethiker, welcher eine indirekte Rolle des Alters in extremen Triage-Situationen befürwortet, finde ich überzeugend [3]. Er begründet die moralische Relevanz des Alters einerseits durch das Maximieren von gerettetem Leben und andererseits durch das Prinzip von angemessenen Gelegenheiten («fair innings»), welche zwischen allen Menschen zur Erfüllung ihrer Lebensziele gleich verteilt werden sollen. Nach diesem Prinzip werden Lebensphasen unterschieden, bei welchen der Mensch sukzessiv einen zunehmenden Anteil seines Lebenspotentials verwirklichen kann. So kann akzeptiert werden, dass bei gleichen Erfolgchancen einer knappen therapeutischen Ressource einem jüngeren Menschen (mit viel unerfülltem Lebenspotential) der Vorrang vor einem hochbetagten Menschen (der die Möglichkeit hatte, einen grossen Teil seines Lebens zu verwirklichen) gegeben wird. Diese Mitberücksichtigung von Lebensphasen bei

der Zuteilung von knappen Ressourcen wurde bereits vor der aktuellen Pandemie in einer Gesellschaft-basierten Untersuchung in Maryland als sozial akzeptabel bezeichnet [4]. Zum Schluss möchte ich noch die Befürchtung äussern, dass ein zu dogmatisch geführter Kampf gegen Altersdiskriminierung – siehe Abschnitt beginnend mit «In meiner Weltsicht gibt es Verdienste, welche Respekt und Dignität verdienen ...» [1] – das Risiko einer Allokation von knappen Ressourcen nach sozialen Kriterien erhöhen könnte.

Dr. med. Andreas Fischer,  
Facharzt für Nephrologie, Luzern

- 1 Killer HE, Bruppacher M. Morituri te salutant. Schweiz Ärztztg. 2020;101(19–20):639–40.
- 2 Salathé M. Richtlinien für Triage bei Engpässen auf Intensivstationen. Schweiz Ärztztg. 2020;101(15–16):536.
- 3 Archard D, Caplan A. Is it wrong to prioritize younger patients with covid-19? BMJ. 2020;369:m1509. doi: 10.1136/bmj.m1509.
- 4 Daugherty Biddison EL, Faden R, Gwon HS, et al. Too many patients ... A framework to guide statewide allocation of scarce mechanical ventilation during disaster. Chest. 2019;155(4):848–54.

## Altersguillotine in der Triage

Brief zu: Salathé M. Richtlinien für Triage bei Engpässen auf Intensivstationen. Schweiz Ärztztg. 2020;101(15–16):536; Killer HE, Bruppacher M. Morituri te salutant. Schweiz Ärztztg. 2020;101(19–20):639.

Ich unterstütze die klare Stellungnahme von Herrn Killer und Frau Bruppacher zu den Triage-Richtlinien der SAMW, die im März dieses Jahres kurzfristig angesichts der Covid-19-Pandemie erstellt wurden. Dass eine Altersguillotine messerscharf über die Aufnahme auf die Intensivstation und damit über Leben und Tod entscheiden soll, ist unhaltbar. Die Triage ist Kernpunkt der Kriegs- und Katastrophenmedizin bei Massenansturm von PatientInnen, mit der nach traditionellen Regeln das Überleben möglichst vieler Menschen gesichert werden soll und die sich grundsätzlich von ärztlichen Alltagsentscheidungen auf Notfallstationen unterscheidet. Aber warum werden angesichts der Ressourcenknappheit (Kapazitätsengpässe im marktlogisch zusammengesparten Gesundheitswesen) jetzt plötzlich die Regeln verändert? Auch andere Länder haben kurzfristig neue Richtlinien verfasst, die ältere Menschen in Triagesituationen benachteiligten: so Italien (Vorrang der Anzahl geretteter Lebensjahre gegenüber dem Überleben)

und Schweden (im Karolinska Universitätsinstitut Intensivpflege erst bei einem «biologischen Alter unter 80 Jahren» indiziert). Im Elsass erhielten (nach Berichten aus Deutschland, die zum Teil aus Frankreich offiziell bestätigt, zum Teil heftig bestritten wurden) über 80-jährige keine Intubationen mehr oder wurden aus den Alters- und Pflegeheimen überhaupt nicht mehr in Spitäler eingeliefert. Übrigens: Im Kanton Zürich dürfen laut einer Corona-Verordnung unter Strafandrohung bei Widerhandlung PatientInnen in Altersheimen nur noch in Spitäler verlegt werden, wenn es «zwingend erforderlich» ist (Originalton: «z.B. Schenkelhalsfraktur», nicht etwa «Pneumonie») und Aussicht auf Behandlungserfolg besteht.

In der Schweiz hat die SAMW am 20.3.2020 neue Hinweise zu ihren Richtlinien «Intensivmedizinische Massnahmen» von 2013 veröffentlicht: «Covid-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit». Bei den neuen Kriterien geht es darum, den ÄrztInnen Entscheidungshilfen zur Verfügung zu stellen. Die «kurzfristige Prognose: möglichst viele Menschenleben erhalten», nicht das Alter ist entscheidend. «Das Alter ist per se kein Kriterium, das zur Anwendung gelangen darf.» Und dann: Kriterien für die Aufnahme auf Intensivstationen: «Erfüllt der Patient eines der nachfolgenden Nicht-Aufnahmekriterien? ... Alter >85 Jahre». Punkt. «... Alter >75 Jahre und mindestens ein Kriterium (Zirrhose, Nierenversagen Stadium III, Herzinsuffizienz HYHA >1)». Punkt... «Wenn eines der Kriterien für die Nichtaufnahme vorliegt, wird der Patient nicht auf die Intensivstation eingewiesen.» Punkt. Ich habe es wieder und wieder gelesen. Wirklich, wie Killer und Bruppacher schreiben: Was ist das anderes als eine Diskriminierung von alten Menschen? Wer denkt sich so etwas aus?

In einem Aufsatz im Jusletter haben Mark-Anthony Schwestermann und die Rechtsprofessorin Christa Tobler kritisiert, dass die Richtlinien die Gefahr einer Altersdiskriminierung in sich bergen. Sie empfehlen dem Ethikrat, die Alterskriterien zu streichen. Hat die SAMW sich dazu geäussert?

In unserer Bundesverfassung steht: «Die Würde des Menschen ist zu achten und zu schützen.» Das Leben hat keinen Preis, sondern eine Würde (Kant). Alte kranke Menschen sind nicht weniger wert als junge gesunde. Jeder Mensch hat das Recht auf Leben.

Dr. med. Wolfgang Lauterburg, Schwanden

## Corona und die Kosten

Jede Kostenrechnung im Zusammenhang mit Menschenleben ist tabubehaftet. Wem soll es erlaubt sein, sich hierüber Gedanken zu machen? Nun, wir Hausärzte kennen uns aus mit WZW (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit), und gleichzeitig gehören wir zu den wenigen Spezialisten für das Sterben, die erfahren dürfen, dass Sterben nicht nur eine Niederlage, sondern auch das Ende eines erfüllten Lebensweges bedeuten kann. Und deshalb wage ich es, die Augen angesichts der Kosten der COVID-19-Bekämpfung nicht zu verschliessen.

Ich werde die Analyse in 2 Extremvarianten durchführen: A) die günstige und B) die teure. Vielleicht liegt die Wahrheit dann irgendwo dazwischen.

Zuerst die Kosten: Seco prognostiziert 170 Milliarden möglichen Ausfall allein für 2020. Wie viel dann in den folgenden Jahren lokale und weltweite Rezession noch dazukommt, muss ich unberücksichtigt lassen.

Was wäre passiert ohne Lockdown?

A) Günstige Variante: Wir nehmen eine tiefe aktuelle Durcheinanderrate von 5% an (offiziell wird mit 10% gerechnet). Bei 70% besteht Herdenimmunität. 5% Immunität bis dato entsprechen 1700 Todesfällen, bei 70% also  $14 \times 1700 = \text{ca. } 24\,000$  Todesfälle durch Corona, so dass wir 22300 Menschenleben gerettet haben. Diese Menschen sind im Schnitt 84 Jahre alt. Ein 84-jähriger gesunder Mensch hat im Schnitt noch 10 Lebensjahre vor sich. 80% der über 80-jährigen haben einen gutartigen Coronaverlauf. Die weiteren 20% mit schwerem bis tödlichem Verlauf sind nicht nur alt, sondern auch schwer krank. Diese haben auch ohne Corona im Durchschnitt keine 10, sondern nur noch 3 Lebensjahre vor sich.

Somit hätten wir  $22300 \times 3$  Lebensjahre gerettet, also 66900 Lebensjahre für 170 Milliarden sFr., oder 2,5 Millionen pro Lebensjahr eines im Schnitt 84-jährigen Menschen.

B) Teure Variante: Die Durcheinanderrate ist bereits höher, 10%, genau wie die offizielle Schätzung. Damit fehlt bis zur Herdenimmunität mit 70% nur der Faktor 7: Es würden somit  $7 \times 1700 = 11900$  Menschen sterben, und die Lockdown-Massnahmen hätten 10200 Menschenleben gerettet. Diese Menschenleben sind aber nicht durchschnittlich um 3 Jahre verlängert worden wie in Annahme A, sondern wie in Variante B: Da es wirklich v.a. sehr kranke Menschen sind, die gerettet wurden, werden diese im Schnitt bereits nach 1 Jahr statt wie in Variante A nach 3 Jahren sterben. Somit liegt die Zahl der geretteten Lebensjahre nicht bei  $3 \times 22300 = 66900$ , sondern bei  $1 \times 10200 = 10200$ .

10200 Lebensjahre totkranker Menschen, von denen viele nun weiter leiden, bis ein anderer

Tod sie erlöst, und das alles für sFr. 170 Milliarden, das bedeutet 16 Millionen pro «gewonnenes» Lebensjahr. Ein stolzer Preis. Die Geretteten bezahlen den Preis, indem sie weiter leiden, und unsere Jugend bezahlt den Preis in Form von Armut in der Zukunft. Das, was hier geschieht, kann mein in Rappen kalibriertes WZW-geeichtes Grundversorgergehirn kaum fassen.

Liebe Leser, intuitiv werden Sie einwenden: Ja, aber die Jungen, bei denen werden doch viele Lebensjahre gerettet. Leider trägt dies, denn die Jungen, die an COVID sterben, sind wirklich schwer krank. Und die Gefahr, wirklich gesund an COVID-19 zu sterben, ist viel, viel kleiner als die Gefahr eines tödlichen Verkehrsunfalles. Und diese Einzelfälle machen auf 10200 Lebensjahre (resp. 66900 bei Variante A) nicht viel aus. Und wenn Sie zweifeln, nehmen Sie doch ihre eigenen Zahlen und rechnen selbst! Die einzige Chance für den Seelenfrieden ist: nicht zu rechnen!

*Dr. med. Rainer Fischbacher, Herisau*

## Kollektiver Suizid?

Brief zu: Biedermann A, et al. Suicide collectif. Schweiz Ärztezg. 2020;101(19–20):639.

Ja, es stimmt, dass wir alle «an etwas» oder «durch etwas» sterben müssen. Und es stimmt, dass sich Ärzte und Ärztinnen verpflichtet fühlen, die Ursachen, die zum Tode führen können, zu bekämpfen. Dieser fortwährende Kampf kann nie gewonnen werden. Dem sind sich wohl auch alle bewusst, die sich der Bekämpfung von Krankheiten gewidmet haben. Diese wertvollen und unablässigen Bemühungen haben schliesslich dazu geführt, dass die Lebensdauer der Mitmenschen erheblich verlängert werden konnte. Aber gestorben wird (an oder durch etwas) nach wie vor. In Anbetracht dieser Tatsache haben sich verschiedene Mitmenschen entschlossen, sich einfrieren zu lassen, bis der Tod besiegt ist ... Andere Mitmenschen sind während ihres Lebens (und je älter sie werden, umso mehr) zu einem Punkt gekommen, wo sie nicht mehr weiterleben möchten. Es ist verständlich, dass sich auf die psychische Gesundheit leidender Mitmenschen spezialisierte Ärzte und Ärztinnen verpflichtet fühlen, diesen im oder am Leben Leidenden zu helfen, wieder zurück in ein lebenswertes Leben zu finden. Denn oft ist es in der Tat so, dass viele der Leidenden eigentlich nicht sterben möchten. Aber sooo wollen sie nicht mehr weiterleben. Kann dieses Sooo jedoch nicht zum Verschwinden gebracht werden, dann kann es zur Mitmenschlichkeit gehö-

ren, ihrem Wunsch zu sterben nicht entgegenzustehen. Dass die Autoren des Leserbriefes «Suicide collectif» schreiben: «nous ne pouvons ... pas accepter ... l'idée du suicide d'une personne», erinnert mich an eine lebensfeindliche Allmachtsfantasie. Diese Fantasie blendet aus, dass wir – zum Glück – schlussendlich alle sterben werden. Die Idee eines kollektiven ewigen Lebens scheint mir ebenso abwegig wie der befürchtete «kollektive Suizid» infolge der «Klimaerwärmung». Was mich in der wichtigen und notwendigen Diskussion über die Eindämmung der Klimaerwärmung irritiert, ist die Tatsache, dass kaum ein Wort über die Verursacher dieser auf uns zukommenden Klimakatastrophe verloren wird: über uns Erdenbürger. Solange nicht dafür gesorgt wird, dass der Bevölkerungsexplosion Einhalt geboten wird, dürfte der Crash des «Flugzeugs, genannt Planet Erde» nicht abgewendet werden können.

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

## Wird in der Coronakrise das Alterwerden zu einer Krankheit?

Die Diskussion um die aktuelle Coronakrise umfasst nebst den Fragen nach der Morbidität, der Letalität, den gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Folgeschädigungen, der möglichen Dekompensation des Gesundheitswesens auch die Frage nach der Gesamtmortalität. Das Ausmass der zu treffenden Gegenmassnahmen hängt von der Virulenz des Angreifers einerseits, von der Resistenz des Schädigungsträgers andererseits ab. In Zeiten einer grossen Verunsicherung über das mögliche Ungleichgewicht zwischen Angriff und Abwehr wird letztere mit möglichst vielen Schutzmassnahmen aufgebaut, die den gewohnten Alltag volkswirtschaftlich und sozial folgenswer einschränken. Es ist nachvollziehbar, dass bei unklarer Virulenz diesbezüglich alles unternommen wird, was möglich ist. Dazu gehört der weitgehend vollständige Schutz von Risikogruppen. Dass Personen mit Vorerkrankungen weit mehr gefährdet sind als Gesunde, ist sicher unbestritten. Wenn aber das Lebensalter als Kriterium der Schutzbedürftigkeit zur systematischen Quarantänisierung führen soll, muss dies klar begründet sein.

Der Risikofaktor Alter erscheint unter Experten und Politikern als relevant, um einen namhaften Anteil der Bevölkerung im Alter von über 65 Jahren zu isolieren. In der dynamisch instabilen Initialphase ist der Schutzbedarf der älteren Generation sicher ausgewiesen, auch wenn sich ein erheblicher Teil von Personen im Rentenalter genug resistent,

altersentsprechend gesund und dadurch diskriminiert fühlt. Der jetzige Wissensstand erlaubt, den nicht beeinflussbaren Risikofaktor «Alter» kritischer zu würdigen.

Die Lebensversicherer verwenden Zahlen Grundlagen, die Auskunft geben, wie gross in jedem Lebensjahr die Wahrscheinlichkeit ist, innert 10 Jahren zu sterben. An diesen müssen die Zahlen einer krankheitsspezifischen Mortalität in jeder Alterskategorie Mass nehmen. Am Beispiel der Osteoporose hat der Autor festgestellt, dass bei einer 80-jährigen Frau die Wahrscheinlichkeit, innert 10 Jahren zu sterben, sechs Mal höher ist als die Wahrscheinlichkeit, innert 10 Jahren einen Schenkelhalsbruch zu erleiden, derweil das Verhältnis bei einer 60-jährigen Frau ausgewogen ist. Mit dem Alter sinkt demnach die Bedeutung eines Schenkelhalsbruchs.

Die prozentualen Todesfallanteile («Verteilschlüssel») und die Mortalitätsraten wegen Covid-19-Infektionen pro Altersdekade können der entsprechenden Sterbewahrscheinlichkeit innert 10 Jahren pro Altersdekade gegenübergestellt werden. Die Zahlen zeigen eine sehr gut nachvollziehbare Kongruenz zwischen den Risiken der natürlichen Alterung und den Mortalitätsraten der Covid-erkrankten Bevölkerung. Das Alter ist also für das Verständnis der höheren Sterblichkeitsrate der gemeinsame Hintergrundfaktor (Confounding) und nicht der Krankheitsauslöser.

Man kann durchaus postulieren, dass alles, was mit dem Alter sich verändert, immer gefährlicher wird. Wer graue Haare bekommt, lebt gefährlich, da ein klarer Zusammenhang zwischen der Ergrauung und der Sterblichkeit mühelos nachweisbar ist. Man hat sich aber nicht durchgerungen, deshalb bei älteren Personen die Haare wieder blond oder braun färben zu lassen.

Dem Wunsch der älteren Generation, nicht mehr aus dem Gesellschaftsleben ausgeschlossen zu sein, könnte mit gutem Gewissen entsprochen werden.

*Dr. med. Luzi Dubs, Winterthur*

## 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/](http://www.saez.ch/de/publizieren/leserbrief-einreichen/)

## Arztpraxen sind systemrelevant

Der Begriff «systemrelevant» wird in der Covid-19-Zeit inflationär gebraucht. Aber bei den Arztpraxen trifft er definitiv zu. Stellen Sie sich vor, alle niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen hätten nach Bekanntgabe der bundesrätlichen Verordnung zur Bekämpfung des Coronavirus vom 16. März 2020 ihre Arztpraxen am 17. März 2020 für eineinhalb Monate geschlossen, da die Wirtschaftlichkeit nicht mehr gegeben wäre. An allen Praxistüren des Landes hätte gestanden: «Wegen Corona vorübergehend geschlossen.» Unvorstellbar.

1. Unvorstellbar, da das ganze Gesundheitswesen sofort zusammengebrochen und die Bevölkerung in Panik ausgebrochen wäre. Die Armee wäre wohl schnellen Schrittes aus den Spitälern rausmarschiert und hätte mit Spähtruppen nach niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen gesucht. 2. Unvorstellbar, da wir Ärzte und Ärztinnen so etwas aus ethischen Gründen gar nie machen würden. Aber gehen dann die Politiker und die Gesellschaft auch so korrekt mit uns niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen um? Wir halten in schwierigen Zeiten die Stellung in der Praxis. Dies, mehrheitlich unter finanziellen Einbussen und obwohl wir uns als Corona-Frontkämpfer/innen Gefahren aussetzen. Wir beraten und beruhigen die Patienten, die gefährdeten Arbeitnehmer und die verunsicherten Arbeitgeber. Wir versuchen zusammen mit den Patienten die vielen und oftmals sich widersprechenden Informationen der vielen «Köche des Coronabreis» einzuordnen.

Und jetzt? Jetzt reden wir über den Preis. Ja klar, unangenehm. Aber es muss sein. Bei den bisherigen Unterstützungsmassnahmen des Bundes fallen die niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen mehrheitlich durch die Maschen, ausser bei Kurzarbeit.

Es muss eine vorübergehende oder dauerhafte Tarifierhöhung geben. Dies aus mindestens zwei Gründen: 1. Die Tarmedtarife sind unter ganz anderen Voraussetzungen als der aktuellen Situation ausgehandelt worden. Die Aufwendung in der Coronazeit ist für die niedergelassene Ärzteschaft enorm, das Arbeiten unter diesen Bedingungen schwierig. Das Benutzen des Zeittarifes reicht hier nicht. Coiffeure, Restaurants usw. machen auch Aufschläge für ihren Coronamehraufwand. Wir niedergelassene Ärzte und Ärztinnen haben auch Mehraufwendungen und das muss bezahlt werden.

2. Vermieter machen auf die Miete einen Zuschlag zur Deckung eines möglichen Mietausfalles. Die meisten Leute sind sich einig, dass die nächste Pandemie mit Sicherheit kommt. Wenn wir niedergelassene Ärzte und Ärztinnen jetzt erleben, dass wir mit den finanziellen Verlusten und Mehraufwendun-

gen infolge Pandemie/behördlicher Verordnungen alleine gelassen werden, dann müssen wir für die Zukunft vorbereitet sein. Es braucht entweder einen «Pandemiezuschlag» auf den Tarif, damit der Umsatzausfall beim Auftreten einer Pandemie gedeckt ist, oder eine staatlich finanzierte Pandemieversicherung für die niedergelassene Ärzteschaft. Falls diese Abfederung nicht in irgendeiner Weise passiert, hat dies auch einen Einfluss auf die Bewertung der Arztpraxen. Falls die Unsicherheit betreffend Zukunftsplanung bei Arztpraxen stark zunimmt, dann werden immer weniger Kollegen und Kolleginnen in die freie Praxis gehen.

Die Ärzterevertreterinnen und -vertreter und wir alle sind gefragt.

*Pirmin Pfister, Regensdorf*

## Reprendre le rythme des soins chroniques: une Urgence Médicale

Etant l'un des médecins qui ont soutenu la crise humanitaire en Syrie depuis 2011, notre expérience en médecine de catastrophe peut se transposer sur les suites de la crise de la pandémie du Corona sur quelques éléments clés.

Le nombre de morts lié à une catastrophe médico-sanitaire ne se limite absolument pas aux victimes directes de la cause principale, s'agissant d'un virus ou d'une guerre meurtrière.

Le nombre total des victimes de ces catastrophes se détermine aussi par les dégâts collatéraux durant la crise elle-même ainsi aux dégâts consécutives à cette crise à moyen et long terme.

Le virus qui tue durant la crise a pu, par le truchement du confinement, tuer indirectement un nombre incalculable de personnes fragiles que l'isolement a privé de soins médicaux urgents.

En effet, les statistiques de certains pays européens démontrent une baisse très importante de nombre d'admissions des cas d'infarctus (de l'ordre de 30%). Constatation effarante qui signifie que les malades habituellement adressés aux urgences pour se faire soigner d'affections majeures n'ont pu profiter de ces soins aigus nécessaire à leur survie ou bien à éviter des handicaps définitifs.

S'agissant d'une guerre qui prive les civiles de l'accès aux soins et aux médicaments ou d'une pandémie qui prive des personnes chroniquement malades n'ayant plus leurs contrôles médicaux réguliers et laissés à eux même isolés et privés d'un suivi médical adéquat, le constat nous impose une réflexion urgente pour pallier à une situation qui perdure.



Malgré un début d'une levée de confinement timide, les malades chroniques continuent à éviter les cabinets médicaux par peur d'être contaminés par le virus.

Il est de notre devoir, corps médical et autorités publiques, de s'attaquer à la question de manque d'information pour améliorer l'accès aux soins pour ces personnes vulnérables.

Une information crédible et claire est ainsi plus qu'urgente: les soins médicaux pour les personnes malades chroniquement doivent reprendre de suite, au risque de voir les chiffres des statistiques de mortalité annuelle, cachés pour le moment, de ces victimes indirectes grimper d'avantage et alourdir le bilan final de la catastrophe.

*Dr méd. Tawfik Chamaa, Genève*

### Transports publics: Ponce Pilate... le retour?

Mais non, il n'est jamais parti... et continue de se laver les mains (smile!). Les restaurateurs ET les transports publics sont sous le régime de l'autorisation officielle, certains pas subventionnés, les autres oui. Autorisation délivrée sur la base d'un cahier des charges, du respect des normes de sécurité, etc. Donc apparemment il ne devrait pas trop y avoir de différence dans l'attitude à leur égard, et ils sont reconnus comme nécessaires à la vie sociale et professionnelle. Les transports étaient bondés jusqu'il n'y a pas longtemps, faisaient l'objet de nombreuses critiques en partie justifiées, et occupent une place indéboulonnable pour l'activité des pendulaires et employés de la même agglomération, qui sont de fait des populations captives! On oblige les restaurateurs à maintenir une distance de 2 mètres entre les tables, sinon couic, mais pas dans les transports, pourtant subventionnés!

Mais les transports en commun ne peuvent assurer le service dans le respect des normes sanitaires actuelles, les fameux 2 mètres sous peine, comme les premiers, de diminuer leur capacité de 50% (vérifiez vous-mêmes). Alors on tergiverse sur «la responsabilité personnelle», le «prenez le bus suivant» qui sera tout aussi chargé que celui-là, etc. On a tout de même autorisé «le port du masque est fortement conseillé si vous ne pouvez pas garder la distance de sécurité», bien évidemment, puisque l'on ne peut pas sortir si quelques personnes de trop s'y introduisent! Donc on a réponse à tout, même si l'on est incapable d'assurer la sécurité normale en ces temps. Impératif purement commercial.

Comme les gens ne sont pas bêtes, on distribue gracieusement des masques à l'entrée (pour combien de temps!) plutôt que de

prendre la décision qui s'impose et que les pays qui nous environnent ont bien compris. Il y a même l'astuce commerciale: on vous prolonge votre futur abonnement de 15 jours (pourquoi 15!?) si vous avez un abonnement valable jusqu'au 9 mai. Mais qui va prolonger pour un service inadéquat pas sécurisé, ou incapable de vous assurer d'arriver à temps!

Les gens reprendront leur vélo, ou leur voiture (comme avant), comme on le constate. La logique imposerait simplement que tous portent le masque pour une sécurité maximale, le 20% des porteurs du virus ne le sachant pas!

*Dr méd. Virgile Woringer, Lausanne*

### Trotz aufwendiger BAG-Kampagne: Organspendezahlen in der Schweiz sinken

Während in Deutschland die sogenannten postmortalen Organspenden im ersten Quartal 2020 deutlich anstiegen, sind sie in der Schweiz gemäss Quartalszahlen Swisstransplant in den letzten zwölf Monaten im Vergleich zu 2018 um rund 10% zurückgegangen. Nahezu dramatisch ist der Rückgang von 32,5% der Spenden nach Hirntod (DBD, von 126 auf 85 Spenden). DBD-Spenden hatten in der Schweiz in der Vergangenheit jeweils 80–90% aller postmortalen Spenden ausgemacht. Der Rückgang wurde teilweise durch einen starken Anstieg der in Deutschland verbotenen Spenden nach Herzstillstand (DCD) kompensiert (von 32 auf 58 Spenden). Dieser Anstieg ist mit hoher Wahrscheinlichkeit darauf zurückzuführen, dass seit 2019 neu auch das Inselspital Bern DCD-Spenden durchführt. Ohne diese zusätzlichen Spenden wäre der Rückgang des Totals der Spender noch viel deutlicher ausgefallen.

Auf unsere Anfrage an Dr. Immer, CEO Swisstransplant, wie der starke Rückgang der DBD-Spenden zu erklären sei, antwortete Swisstransplant: «Die Zahlen unterliegen Schwankungen. Die Ablehnungsrate beträgt rund 60%, dies entspricht hochgerechnet 80–126 Spendern pro Jahr.» (Anmerkung: Entsprechend den Angaben in den Quartalsberichten ist anzunehmen, dass die Ablehnungsrate durch die Angehörigen gemeint ist.)

Offenbar ist Swisstransplant der Ansicht, dass der Rückgang auf wechselnde Ablehnungsraten zurückzuführen sei. Aus dem Swisstransplant Standard Reporting des ersten Halbjahrs 2019 ist aber zu entnehmen, dass die Ablehnungsrate im Vergleich zum Vorhalbjahr sogar leicht gesunken ist. Mit dieser Begründung kann der Rückgang nicht erklärt werden.

Aus dem genannten Bericht geht auch hervor, dass seit diesem Halbjahr auf den Intensivsta-

tionen der sechs Schweizer Transplantationszentren plötzlich weniger potentielle Spender (Patienten mit Verdacht auf Erfüllung der Hirntodkriterien) registriert wurden, obwohl die Anzahl Todesfälle aufgrund neurologischer Pathologien (wie Schädel-Hirn-Traumata, Hirnschläge) im Vergleich zum Vorhalbjahr gleich geblieben ist.

Auf Basis der vorliegenden Daten ist es nicht möglich, den Grund für den Rückgang der potentiellen Spender und in der Folge der DBD-Spender zu eruieren. Grundsätzlich aber gibt es zwei Möglichkeiten für den Rückgang: Entweder es gab effektiv weniger potentielle Spender auf den Intensivstationen, oder sie wurden nicht erkannt.

Sollte es effektiv weniger potentielle Spender gegeben haben, müsste sich das Patientenkollektiv plötzlich deutlich verändert haben. Es müssten gleich viele Patienten an neurologischen Pathologien verstorben sein, aber weniger mit Verdacht auf Erfüllung der Hirntodkriterien.

Könnte der starke Rückgang der DBD-Spenderzahlen erfolgt sein, weil Ärztinnen und Ärzte weniger Patienten als potentielle Spender ermitteln? Könnte ein Umdenken, beziehungsweise die Infragestellung des möglicherweise nur vermeintlich breit akzeptierten Hirntodkonzeptes in der Ärzteschaft, eine solche Veränderung verursacht haben? Ist es nur Zufall, dass unmittelbar vor Einbruch der Spenderzahlen unsere Organspende-kritische Arbeit [1] in der *Schweizerischen Ärztezeitung* publiziert worden war?

*Dr. med. Alex Frei und Dr. med. Georg Stoffel  
Vorstand ÄPOL, Ärzte und Pflegefachpersonen  
gegen Organspende am Lebensende*

Dieser Lesebrief ist eine Kurzfassung. Die vollständige Arbeit finden Sie auf [www.aepol.net](http://www.aepol.net) unter «Aktuell».

#### Literatur

- 1 Frei A, Aemissegger U, Beerli A, Sicher M, Stoffel G. Organspende am Lebensende. Schweiz Ärtztztg. 2019;100(14):508–10.

### Wertschätzung, Verhältnismässigkeit und Wirtschaftlichkeit eines Entscheides

Brief zu: Soltermann B. Replik zum Leserbrief von P. Allenspach. Schweiz Ärtztztg. 2020;101(17–18):579.

Ebenso kurz und bündig:

1. Viele Gremien und Instanzen – nicht so aber die MTK – führen bei den von einem Entscheid Betroffenen eine Vernehmlassung durch, insbesondere auch wenn das Entscheidungsverfahren der MTK sich eine gewisse Distanz vom orthopädischen Alltag zugestehen muss.

2. Ausführungen über die «Fachstelle Medizinische Leistungen und Technologien» und die Kompetenz des zuständigen Leiters sind zwar interessant, schmälern aber die Enttäuschung über den Nichteinbezug der Leistungserbringer nicht wirklich.

3. Interessant hingegen wäre sicher gewesen, um welche Einsparungen es den Unfallversicherern insgesamt und konkret in Prozent auf die Einzelfallkosten geht.

4. Das Fazit, «dass der Einsatz einer motorengetriebenen Bewegungsschiene eben gerade nicht als alleinige, ambulante Therapie zu Hause durch Leihgabe eines Gerätes an einen Patienten gemeint sein kann», widerspiegelt die unter Bemerkung 1 vermutete Distanz vom orthopädischen Alltag, denn in aller Regel handelt es sich um eine Begleittherapie.

5. «Genau das hat die MTK mit ihrer Empfehlung zum Ausdruck gebracht.» – Empfiehlt sie

entsprechend die Kostenübernahme im Rahmen einer Begleittherapie?

6. swiss orthopaedics wird eine Stellungnahme erarbeiten.

*Dr. med. Stephan Heinz, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Delegierter Honorare und Tarife swiss orthopaedics, Steckborn*

## Aktuelle Themen auf unserer Website

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



Interview mit Matthias Egger, Leiter der «Swiss National COVID-19 Science Task Force»

### Gemeinsam Wissen schaffen

Das Potenzial der Schweizer Wissenschaftsgemeinschaft optimal nutzen.



Bruno Henggi, Verantwortlicher Public Affairs FMH

### Stärkt die Corona-Pandemie den politischen Willen zur Versorgungssicherheit?

Die Verknappung von Impfstoffen und Arzneimitteln ist über die letzten Jahre in der Schweiz und in Europa zu einer ernststen Herausforderung geworden.