

# Briefe an die SÄZ

## Nocivité de l'e-cigarette

Lettre concernant: Schuurmans MM, Meier-Schatz L, Schulz PJ. Position de la CFPT sur les cigarettes électroniques. Bull Med Suisses. 2019;100(50):1703.

Il aura fallu plusieurs décennies pour que l'on puisse mettre en évidence et vérifier les effets délétères voire mortifères du tabagisme. La combustion du tabac génère en effet plusieurs produits toxiques qui possèdent un haut potentiel cancérigène sans oublier les terribles effets au niveau de l'arbre respiratoire. La lutte contre le tabagisme passif a déjà obtenu un beau succès grâce à l'obtention d'une interdiction généralisée de fumer dans les espaces publics fermés. Le versant actif de ce fléau de santé publique nécessite encore beaucoup d'efforts de prévention pour convaincre les fumeurs de quitter leur funeste habitude. Au cours de ces dernières années, on a vu apparaître la cigarette électronique dont on a mis en exergue la moindre nocivité. Ses fabricants voire certains spécialistes de santé publique ont vivement prôné ses vertus d'alternative à la cigarette en suggérant également qu'elle pouvait aider efficacement à l'arrêt du tabagisme. Récemment, la presse s'est malheureusement faite l'écho d'une nocivité inattendue de l'e-cigarette puisque de nombreux vapoteurs aux USA et en Belgique ont vu apparaître de graves lésions pulmonaires avec trop souvent des issues fatales. Je ne peux donc que saluer très vivement la prise de position très ferme de la Commission fédérale pour la prévention du tabagisme (CFPT) qui demande que les cigarettes électroniques soient traitées légalement de la même manière que les cigarettes conventionnelles aussi bien du point de vue actif que passif. Il faut impérativement convaincre nos concitoyens que nos poumons n'ont besoin quotidiennement que d'une seule inhalation, celle d'un air le moins pollué possible!

*Dr Hubert S. Varonier, Crans-Montana*

## eNotfallmedizin: ärztliche Vernetzung ja, aber nicht für Patienten direkt

Brief zu: Sauter C et al. eNotfallmedizin: Notfallversorgung der Zukunft? Schweiz Ärztztg. 2019;100(49):1683-5.

Die Verfasser stammen alle aus der Notfallstation des Inselspitals. Sie scheinen mir vergessen zu haben, dass sie einen speziellen Blickwinkel auf die Notfallmedizin haben.

Sogenannte Notfälle sind zu 75% keine Notfälle. Die brauchen vor allem das Gespräch und die Überzeugungskraft, die Präsenz, um hier die Abklärungen nicht ausufern zu lassen, und schon gar nicht notfallmässige Tests. Es kann nicht unser Ziel sein, 24h alles anzubieten!

Der beste Parameter bei uns Pädiatern ist immer noch das Bauchgefühl und die Aussagen der Eltern. Sehr viel weniger entscheidend sind da alle anderen Parameter. Dies sind Facts, die auch auf der Notfallstation gelten! Also müssen wir uns fragen, wie gut wir in der Telemedizin dies beurteilen können.

Zu unserem Bauchgefühl: Dieses basiert vor allem auf der Gesamt-Situation: Wie wirkt der Patient, wie die Begleitung auf mich, was für ein Grundgefühl habe ich selbst als Arzt in dieser Situation. Dies alles wird sekunden-schnell in uns verarbeitet und mit allen (aktuell nicht bewussten) erfahrenen Situationen abgeglichen. So entsteht in uns das Gefühl. Dann – und erst dann beginnen unsere ganz gezielten Fragen. Vorher sollen es offene Fragen sein, die uns verhelfen, ein Gefühl zu bekommen.

In der Telemedizin fehlen uns somit ganz zentrale Parameter, die ich nur in der Vis-à-vis-Situation, einfach so, gratis mitbekomme und die in der Einschätzung extrem wichtig sind, wie ich soeben ausgeführt habe.

Auch ein weiterer Punkt spricht nicht für die Telemedizin. Häufig werden die Eltern telefonisch von ihrer Krankenkasse beraten! Aus meiner Erfahrung ist diese bei den Kindern häufig ungenügend, nicht kompetent genug. Sogar die Behandlungen sind z.T. falsch, weil die falschen Quellen benutzt werden. Das Kompendium ist nun mal für die Kinder nicht die beste Quelle ...

Noch schlechter sieht es aus, wenn sich die Eltern selber durch das Internet «beraten». Sie landen dann bestimmt bei der schlimmsten und unwahrscheinlichsten Diagnose.

Was ich aber sehr unterstützen würde, ist die telemedizinische Vernetzung unter den Fachpersonen! Dafür müsste schon längst ein Lehrstuhl her. Die Vernetzung ist so unglaublich schlecht im Computerbereich, der Nachholbedarf riesig! Alle bestehenden medizinischen Programme müssten miteinander per wenige Mausclicks miteinander kommunizieren können. Labordaten, Bilddokumente jeglicher Art, eKG-Einträge, bestehende Berichte etc. müssten schnell, gesichert austauschbar sein. – Aber genau das ist nicht möglich!!! Nicht einmal im eigenen Programm gibt es graphische Darstellungen für jegliche Verläufe, aber die wären viel einfa-

cher überblickbar und aussagekräftiger (BD, Gewicht, Länge, Laborparameter etc.)!

Kurz zusammengefasst: Telemedizin ersetzt nicht den Kontakt vor Ort und erhöht klar die sogenannten Notfälle, weil die 24h-Erreichbarkeit noch simpler wird. Dies erhöht die Kosten, absorbiert die falschen Fachpersonen und ist somit nicht sinnvoll und zu teuer und leistet wahrscheinlich die schlechtere Medizin. Vernetzung unter Fachpersonen dagegen finde ich sinnvoll. Aber da fehlen noch ganz viele Grundvoraussetzungen, um eine möglichst fundierte und gute Medizin machen zu können.

Das Geld wird am falschen Ort eingesetzt.

*Andreas Würmli, Altstätten*

## Fronarbeit einst und jetzt

Brief zu: Schuurmans M. Müssen wir uns diesen bürokratischen Wahnsinn gefallen lassen? Schweiz Ärztztg. 2019;100(49):1677-81.

In der Schule hat mich die Zeitepoche der Ritter und Burgen ganz besonders fasziniert. Dabei lernte ich den Begriff «Fronarbeit» kennen. Der Lehrer erzählte von den Bauern eines Landstriches, die von den Burgherren gezwungen wurden, ihre Arbeit auf dem Hof und auf den Feldern zu unterbrechen. Stattdessen mussten sie Steine schleppen und beim Aufbau einer Festung mithelfen. Nicht ohne Verwunderung stelle ich fest, dass wir Ärzte heute wiederum mit «Fronarbeit» konfrontiert sind. Das Krebsregister ist ein aktuelles Beispiel für eine Zusatzaufgabe, wie sie uns Ärztinnen und Ärzten noch und noch aufgebürdet werden. Die Empörung von Kollege Schuurmans ist mehr als verständlich. Seit den 1990er Jahren muss ich im Halbjahresrhythmus zum Behandlungsverlauf bei jedem meiner Methadonpatienten Bericht erstatten. Die Heilmittelverordnung des Kantons Zürich schreibt eine Meldung an eine wissenschaftliche Auswertungsstelle vor. Seit 2018 erwartet das Bundesamt für Statistik (BFS) alljährlich präzise betriebswirtschaftliche Angaben zu meiner Arztpraxis. Dazu wurden unter anderem mit einer Verordnung über die Krankenversicherung die gesetzlichen Grundlagen für die Erfassung der «Medical Ambulatory Structure (MAS)» festgelegt. Die nahe Zukunft hält eine weitere unliebsame Überraschung für die medizinischen Fachpersonen bereit: Im April 2020 wird das Elektronische Patientendossier eingeführt. Vorläufig erst bei den Spitälern und Pflege-

institutionen – massgebende Politiker denken allerdings schon heute über ein Obligatorium bei den Ärzten in der «freien» Praxis nach [1].

Wie der Arzt für all die von der Obrigkeit verordneten «Jöbli» jeweils entschädigt wird, bleibt meistens unklar. Ganz anders im Mittelalter: Wenn einer Fronarbeit leistete, bekam er in der Regel vom Burgherrn ein Znüni offeriert.

*Dr. med. Felix Schürch, Zürich*

1 Lenz Ch. «Elektronische Patientendossiers sollen obligatorisch werden» im Tages-Anzeiger vom 18.2.2019.

## Zebras und ihre ärztliche Versorgung

Grundversorgerinnen und Grundversorgern könnte Folgendes bekannt vorkommen: Ein Versicherer lässt via externe Expertise unser Vorgehen prüfen. Antwort, unter anderem: «... rate zu Guidelinekonformität.» Ist uns wohl nicht in den Sinn gekommen. Dahinter steht häufig das Zebra-Phänomen (Theodore Woodward (1914–2005): «When you hear hoofbeats, think of horses not zebras»). Courant normal sind die Pferde, aber die Zebras gibt es, komplex, Guidelines wirkungsarm, im Verlauf eine Überraschung nach der anderen. Je älter eine Praxis, desto mehr Zebras.

Pferde sind häufig und deshalb durch Studien gut fassbar. Diese lassen sich wiederum zu Guidelines bündeln. Haben wir eine Patientin oder einen Patienten mit vermutlich genau dieser Kategorie, gleichen wir üblicherweise die Bedingungen ab und entscheiden meist schnell (Minuten) für Kategorie gleich Pferd (kann auch intuitiv laufen). Danach ist unser Vorgehen meist guideline-konform oder modifiziert, aber guideline-ähnlich. Und der Verlauf ist meist unauffällig.

Warnung: Artificial Intelligence (AI) ist daran, empirisch entwickelte Algorithmen mit Anamnese und Symptom derart abzugleichen, dass sie in Diagnose und Therapie uns bald überlegen sein wird (EKG bereits geschafft, Bildgebungsdiagnostik im Kommen). Da dieser Abgleich durch AI um Grössenordnungen umfassender und schneller sein wird als der durch Human Intelligence (HI) mögliche, wird genau diese Medizin an die AI delegiert werden. Kurz, AI das Therapeutikum für Zebras. Bleiben die Zebras und die brauchen Erfahrung und die braucht grosse Fallzahlen. Ich hatte einen Patienten mit atypischer ALS bei Situs inversus: Beide mit Häufigkeiten der Grössenordnung  $10^{*4}$  bis  $10^{*5}$ , ergibt für die Schnittmenge die Grössenordnung  $10^{*9}$ . Kurz, für eine Studie gäbe es etwa eine Handvoll Menschen auf der Erde. Zebras sind stu-

dierbar, aber nur mit aufwendiger Suche und langer Studiendauer. Ob algorithmisierbar, ist offen, ich vermute nicht.

Der Rat zu Guideline-Konformität bei Zebras ist nicht angebracht. Er hat aber Konsequenzen, da die Expertenmeinung diejenige der Grundversorgerin oder des Grundversorgers üblicherweise nullifiziert.

*Dr. med. Dr. sc. nat. MD Max Kälin, Zürich*

## Die fehlenden Medikamente sind zu billig

In der NZZ vom 9. Dezember 2019 werden die Ursachen gesucht für die 550 fehlenden Arzneimittel. Die Journalistin und Wissenschaftlerin Stephanie Lahrz stellt in ihrem sorgfältig gemachten Artikel fest: Die Wirkstoffe werden heutzutage in Fernost, meist in Indien und China, hergestellt. Gemäss den Gesetzmässigkeiten des freien Marktes wird der Wirkstoff nicht mehr kontinuierlich vom gleichen Hersteller produziert. Der Wirkstoff wird dort eingekauft, wo der Herstellungspreis am günstigsten ist. Da die konstante Gewährleistung eines chemischen Medikamentenwirkstoffes ein sehr komplexes Verfahren ist, kommt es zu Qualitätsproblemen. Die knapp werdenden Wirkstoffe werden an diejenige Pharmafirma verkauft, welche mehr zahlt.

Vor bald 15 Jahren habe ich meine ländliche Arztpraxis im Thurgau übernommen. In den ersten Jahren hatte ich nie Nachschubprobleme. Damals kosteten die drei häufigsten Medikamente, ein moderner Blutdrucksenker, ein Cholesterinsenker und ein Magensäurehemmer, alle CHF 240 für die 100er Schachtel. Heute kostet das gleiche Produkt, generisch hergestellt, noch rund CHF 55. Diese bereits sehr tiefen und günstigen Preise, wovon ein Grossteil der Bevölkerung profitiert, sind dem BAG und den Krankenkassen immer noch zu hoch. Sie fordern weitere Preissenkungsrunden. Da muss man sich nicht wundern, wenn keine fairen Preise mehr für eine gute Qualität bezahlt werden, da sich die Pharmaindustrie um diese sehr geringen Margen nicht mehr kümmert. Beispiele gefällig? Vor 20 Jahren kostete Ventolin, das wichtigste Asthmapräparat, CHF 45. Heute kostet ein solcher Spray noch CHF 8.75. Schmerzmittel, Dafalgan 500 mg, 16 Stück, kostet CHF 2.55. Die Fieberzäpfchen vom gleichen Hersteller kosten gar nur CHF 1.95–2.45, je nach Dosierung. Dies ist ein absoluter Hohnpreis. Der Kauf von jeder Schachtel dieser Billigpräparate ist eine reine Dienstleistung von Apotheken und Drogerien. Rechnerisch ist es jedes Mal ein Verlustgeschäft. Eine schallende Ohrfeige für die Apothekerhelferinnen, welche

die Kunden kompetent beraten. Für die kleine Schweiz mit ihrem kleinen Markt sind hohe Qualitätsansprüche gefordert. Primär sind einmal die Zulassungsgebühren für jedes Land separat zu entrichten. Speziell muss alleine der Packungsprospekt dreisprachig produziert werden, dies verdreifacht die Papiermenge. Der Prospekt muss dann noch so raffiniert gefaltet werden, dass er trotzdem in der Schachtel Platz findet. Verständlich, dass da unsere einsprachigen Nachbarländer oder noch weit grössere Staaten zuerst bedient werden. Die Schweiz kann für diese schäbigen Preise hinten anstehen. Die «Geiz ist geil»-Mentalität hat eben auch ihre Schattenseiten. Es ist höchste Zeit, dass dies alle Preisgestalter und andere krankhafte Sparfüchse einmal zu Kenntnis nehmen.

*Dr. med. Thomas Clerc, Allg. Medizin, Adorf TG*

## Zu guter Letzt Suizid?

Brief zu: Clavien C. Einschränkungen in der Suizidbeihilfe – auf die Dosis kommt es an. Schweiz Ärztez. 2019;100(49):1688.

Christine Clavien weist darauf hin, dass die Suizidrate in Grossbritannien dramatisch abgenommen habe, nachdem es nicht mehr möglich war, «einfach in der eigenen Küche Selbstmord zu begehen, indem man den Kopf in den Backofen steckt». Dies, weil zwischen 1955 und 1971 Kohlenmonoxid produzierende Gasherde durch neuere ersetzt wurden. Sie schliesst daraus, dass Entscheide – auch Entscheide, sich umzubringen – stark davon abhängen, wie leicht umzusetzen sie sind. Mit anderen Worten: Wird es einem erleichtert, Suizid zu begehen, steigt deren Zahl.

Der Autorin, Ethikerin an der Universität Genf, geht es nun aber nicht, wie man meinen könnte, um Suizid-Prävention. Vielmehr bemängelt sie, dass genauso wie das Ausmerzen der Kohlenmonoxid-Gasherde Suizide verhinderte, auch höhere Hürden für assistierten Suizid solche verhindern würden. Sie argumentiert dabei mit einem eigenartigen Autonomie-Begriff. Höhere Hürden für assistierten Suizid würden nämlich die «autonome Wahl» des Patienten beeinträchtigen. – Mit Verlaub: Durch das Verbot von Kokain oder von Bankraub wird die Autonomie des Kokain-Konsumenten bzw. des potentiellen Bankräubers auch eingeschränkt.

Es fragt sich schon, was wir als Gesellschaft, aber auch als Ärztinnen und Ärzte wollen: Uns daran gewöhnen, dass Suizid eine ganz normale Todesart ist, oder grösstmögliche Einschränkung von Suiziden aus dem Wissen heraus, dass die allermeisten, die einmal ver-

suchten, sich umzubringen, schliesslich nicht an Suizid zu Tode kommen. Offensichtlich lernen sie wieder, ihrem Leben Sinn und Positives abzugewinnen. Es scheint sich demnach zu lohnen, den Menschen hin und wieder vor sich selber zu schützen, «Autonomie» hin oder her. Wir Ärzte brauchen keine Ethiker, die uns in dieser Hinsicht entgegen der Erkenntnisse der Suizidforschung «beraten».

*Dr. med. Walter Meili, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Riehen*

### Offener Brief an Professor M. Tanner – Präsident der Akademie der Wissenschaften

Lieber Herr Professor Tanner,

Wir haben vom Resultat der Klimakonferenz in Madrid Kenntnis genommen, ohne Enttäuschung, da kein anderes Resultat zu erwarten war. Erfreulich war, dass die Schweiz sich positiv ausgezeichnet hat und nicht den Totengräbern der Natur gefolgt ist. Ein Legat von Hundertmillionen Schweizer Franken an die Universität Bern für die Forschung ist ebenfalls erfreulich.

Im Grossen und Ganzen muss man sagen, *alea iacta sunt*. Wer meint, die Menschheit wäre unter den gegebenen Umständen zu einer Beeinflussung der Erderwärmung fähig, gibt sich trügerischen Illusionen hin. Die meisten Menschen versuchen aber, nicht über die

mögliche Entwicklung zum bitteren Ende nachzudenken, und folgen dem römischen Sprichwort: *carpe diem*. Für eine Änderung bedürfte es eines totalen Umdenkens und eines Verlassens traditioneller Wertvorstellungen, mit denen die Religionen die Menschheit vergiftet haben und in eine falsche Richtung führten bis zu den Grenzen menschlicher Existenzfähigkeit.

Klimaerwärmung und Massenvernichtungsmittel sind nicht eine böswillige Erfindung der Menschheit, sondern gehören zu deren Evolution wie alle übrigen Einflüsse und Wandlungen der Evolution. Zu diesem Thema habe ich mich schon geäußert in meinem kleinen Buch «Destruktionstrieb und Transzendenz». Eine Umstellung des Denkens würde der Menschheit Freiheit und Frieden bringen können, darf aber kaum erwartet werden.

Sind wir einfach verurteilt, Zeugen der Abwärtsfahrt der Natur zu sein, oder können wir dennoch eingreifen? Es kann nur vermutet werden, dass der Mensch doch über einen Freiraum besitzt, um auf die Evolution und den Prozess der Autodestruktion Einfluss zu nehmen. Dazu bedarf es aber auch aussergewöhnlicher Umstände. Die Existenz des Lebens auf dem Planeten und die Zukunft der Menschheit stehen auf dem Spiel, und eine Änderung der Richtung ist kein Kinderspiel und bedarf eines *deus ex machina*. Es braucht der Vision einer neuen Welt von morgen und die Bereitschaft unendlich grosser Opfer. Viele sogar kleine Entscheidungen, die aber

in die gute Richtung gehen und einen Stein ins Rollen bringen könnten, scheitern an der Furcht vor ökonomischen Umstrukturierungen und Einbussen. Wie viel Hoffnungen könnte uns ein Eidgenössischer Klimanotstand bringen, welcher nicht nur zur Täuschung verwendet wird wie lokale Massnahmen.

Im Laufe der Geschichte der Menschheit und in deren Krisensituationen hat es oft einzelne Menschen gegeben, welche sozusagen die ganze Menschheit vor grösserem Unglück bewahren konnten. In der jüngsten Geschichte war Winston Churchill ein solcher Mensch, welcher uns gegen die Barbarei schützen konnte. Gegenwärtig lässt dieser Retter der Natur und der Menschheit noch auf sich warten, denn die Konstellation der Einfluss ausübenden geschichtlichen Faktoren ist sehr viel komplexer geworden. Überhaupt hat sich die Welt seit dem Zweiten Weltkrieg sehr verändert, nicht zu Gunsten individueller Freiheit und Einflussnahme. Dennoch darf man den Mut nicht aufgeben und auf einen Zufall hoffen, der den Funken mutiger Einsicht überspringen lässt bis zu einem Zusammenschluss der Menschen, um die Opfer zu bringen, die nötig sind, um den Selbstzerstörungstrieb der Natur und der Menschheit aufzuhalten. Wenn diese Hoffnung erlischt, wird der gegenwärtige Lebenszyklus sein natürliches Ende finden.

Herzliche Grüsse

*Dr. René Bloch, Psychiater, Therwil*

## Sujets d'actualité en ligne

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



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.



Entretien vidéo avec le responsable du projet Jürg Unger-Köppel et podcast avec participants

### «Coach my Career» célèbre sa première année d'existence

Découvrez comment de jeunes médecins sont accompagnés dans leur choix de carrière afin qu'ils trouvent leur place au sein du secteur médical.