

Briefe an die SÄZ



Beleidigender Vorwurf

Zum Artikel von Gerhard Kocher

Im Zusammenhang mit Fehlanreizen im Gesundheitswesen nennt Gerhard Kocher [1] die Umsatzbolzerei durch die Selbstdispensation auf Seite 1469. Dieser pauschale Vorwurf ist ungeheuerlich und beleidigend für alle Kolleginnen und Kollegen, die tagtäglich ihren Patientinnen und Patienten die notwendige Medizin unkompliziert und ohne Zeitverzögerung in der Praxis bereitstellen. Die Tatsache, dass die Medikamentenkosten pro Versicherten in Kantonen mit Selbstdispensation keineswegs höher sind als in Kantonen mit Abgabe über die Apotheke, belegt auch die Haltlosigkeit seiner Polemik. Er verkennet, dass rezeptpflichtige Medikamente nur bei entsprechender Indikation und in klar definierter Menge abgegeben werden – alles andere würde die Kranken schädigen. Die Idee «Dörf's es bitzeli meh sii?» stammt aus dem Käseladen. Wenn ein Patient seinem Arzt den korrekten, wirtschaftlichen Umgang mit Medikamenten nicht zutraut, dann soll er ein Rezept verlangen oder den Arzt wechseln.

Dr. med. Walter Grete, Bachenbühlach

- 1 Kocher G. Die Gründe der «Kostenexplosion» im Gesundheitswesen. Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(38):1466–9.



«Kostenexplosion»

Sehr geehrter Herr Kocher

Zurück von den Ferien, bin ich beim Durchblättern der Schweizerischen Ärztezeitung Nr. 38 auf Ihren Artikel [1] über die Gründe der «Kostenexplosion» gestossen und habe ihn mit Interesse gelesen. Als Grundversorger mache ich mir über dieses Thema auch Gedanken und Beobachtungen. Erfreut nahm ich zur Kenntnis, dass das primitive Menschenbild – der Mensch, der kein anderes Ziel

als die Maximierung seines Einkommens verfolgt – sich als falsch erwiesen hat. Betrübt hat mich aber, dass dies offenbar für selbstdispensierende Ärzte – ich gehöre auch dazu – nicht gilt, da sie diesen falschen Anreiz zu ihren Gunsten ausnützen. Dies unterstellen Sie ihnen auf jeden Fall zwischen den Zeilen und theoretisch haben Sie recht. Es könnte ja wirklich so sein. Nun war ich bis jetzt der Meinung, dass die Medikamentenkosten in den Kantonen mit Selbstdispensation nicht höher, wie es aufgrund Ihrer Aussage zu erwarten wäre, sondern sogar tiefer liegen. Wenn Sie mit Zahlen belegen können, dass selbstdispensierende Ärzte wirklich noch dem primitiven homo oeconomicus entsprechen, muss ich wohl meine Meinung korrigieren. Andernfalls bezeichne ich Ihre Aussage als Unterstellung. Es würde mich dann natürlich noch interessieren, was Sie dazu motiviert.

Dr. med. U. Müller, Bremgarten

- 1 Kocher G. Die Gründe der «Kostenexplosion» im Gesundheitswesen. Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(38):1466–9.



Steigert die Selbstdispensation die Gesundheitskosten?

Es ist eine bekannte Tatsache, dass eine Aussage nicht dadurch an Wahrheitsgehalt gewinnt, wenn sie immer und immer wiederholt wird, obwohl die Fakten diese Aussage entkräften oder gar widerlegen können. Dies muss dem bekannten, von Politikern und manchen Standesorganisationen häufig zitierten und auch von den Kostenträgern im Gesundheitswesen vielfach konsultierten Gesundheitsökonom Gerhart Kocher ins Stammbuch geschrieben werden. Er hat kürzlich [1] in dieser Zeitschrift interessante Zahlen über die Gründe der Kostenexplosion publiziert. Darin hat er zwar lesenswerte statistische Fakten aufgelistet, aber er hat der Versuchung nicht widerstehen können, es dabei nicht bewenden zu lassen. Vielmehr hat er eigene Ansichten und Interpretationen

hineingeschmuggelt, denen widersprochen werden muss. So nennt er – wahrscheinlich zutreffend – als 7. Grund für die Kostenexplosion im Gesundheitswesen «medizinischen Überkonsum, Mengenausweitung durch die Leistungserbringer, unnötige Leistungen». Dieser Topf beinhaltet ganz unterschiedliche Untergruppen und ist somit nicht sehr aussagekräftig. Schlimmer ist aber die Interpretation des Autors, dass nämlich oft die Aussage, aber ohne zuverlässige Quellenangabe, genannt werde, wonach die Gesundheitsausgaben zu rund 70% von Ärzten und anderen Leistungsanbietern «verursacht» oder mindestens bestimmt werden. Stichwörter dazu seien «Therapiefreiheit, Ärztemonopol für zahlreiche Therapien, Behandlungen durch den Arzt selbst, Verschreibung und Selbstdispensation von Medikamenten etc.». – Etwas später beklagt der Autor alte Zöpfe wie Einzelpraxen, Selbstdispensation und überholte Medikamente. Auch diese Bemerkung wird ohne jeglichen statistischen Beleg als Faktum hingestellt – vielmehr ist es aber nur eine viel gehörte Behauptung von G. Kocher selbst, die auch schon oft durch Patientenbefragungen widerlegt wurde. – Das Fass zum Überlaufen bringt schlussendlich die ebenfalls nicht bewiesene Meinungsäußerung unter dem Stichwort «Umsatzbolzerei und Gewinnmaximierung», wie es (ich zitiere) der *Medikamentenhandel in der Arztpraxis* darstelle. Das mag G. Kocher zwar persönlich so denken, der Vergleich zwischen den Gesundheitskosten in den selbstdispensierenden Kantonen und den rezeptierenden Landesteilen zeigt aber ein anderes Bild. Ich finde es schade, dass eine an sich wertvolle Arbeit eines anerkannten Gesundheitsökonom durch die zahlreichen persönlichen, nicht belegten, ärztekritischen Meinungsäußerungen entwertet wird, und ich bin enttäuscht, dass die SÄZ diesen Artikel ohne kontradiktorische Diskussion übernommen hat.

Dr. med. Hans-Ulrich Kull, Präsident APA (Ärzte mit Patientenapotheke), Küsnacht

- 1 Kocher G. Die Gründe der «Kostenexplosion» im Gesundheitswesen. Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(38):1466–9.



Palliativmedizin und Freitodbegleitung

Ich finde den Artikel von Frau Kollegin Erika Preisig [1] sehr eindrücklich und kann gut nachvollziehen, dass sie die erwähnten Freitodbegleitungen mit ihrem Gewissen vereinbaren konnte. Ihrer Äusserung, wir Ärzte sollten lernen, auch unangenehme Wünsche unserer Patienten zu akzeptieren, kann ich so aber nicht zustimmen. Es geht ja hier nicht darum, dass ein Patient erwartet, dass wir seine Vorstellungen über die Behandlung seiner Krankheit akzeptieren, auch wenn es nicht unsere sind, oder dass wir bereit sein müssen, auch über «schwierige» Themen wie Sexualität oder Gewalt mit unseren Patienten zu sprechen, sondern um eine Frage, die das Gewissen der Ärztinnen und Ärzte betrifft. So wie keine Ärztinnen und keine Ärzte gezwungen werden dürfen, an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken, darf auch kein Druck auf Ärztinnen und Ärzte ausgeübt werden, Suizidhilfe zu leisten.

Dr. med. Monika Diethelm-Knoepfel, Uzwil

- 1 Preisig E. Palliativmedizin und Freitodbegleitung: Erfahrungsbericht einer Hausärztin. Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(41):1588-9.



Man reibt sich die Augen

Palliativmedizin und Freitodbegleitung: Erfahrungsbericht einer Hausärztin [1]

Da zitiert ein 84-jähriger, in einer Klinik hospitalisierter Mann an einem Sonntag seine Hausärztin zu sich – hat sie überhaupt einen Behandlungsauftrag? Der alte Mann möchte sterben, und zwar subito. Dies nicht etwa, weil er unerträgliche Schmerzen hätte, nein, sondern weil er sich nicht von einer Pflegefachperson den Hintern putzen lassen will. Die folgsame Hausärztin macht's möglich, indem sie eigens von der französischen Grenze bis nach Zürich fährt, um das begehrte Gift zu besorgen. Binnen 24 Stunden ist der ehemalige Bankdirektor im Jenseits. Ging da nicht alles ein bisschen schnell? Und wie frei ist ein Tod, der so ungeduldig herbeigesehnt wird, weil es der eigene Stolz nicht zulässt, sich von einer Pflegefachperson den Hintern putzen zu lassen? Hätte die Kollegin nicht so überengagiert auf die offensichtlich aus einem Impuls heraus vorgetragene Forde-

rung des Greises reagiert, hätte er vielleicht sogar lernen können, erstmals in seinem Leben Schwäche zuzulassen.

Nun, wir können unseren Patienten solche Erfahrungen natürlich nicht «verordnen», es ist aber gut, wenn wir uns bewusst bleiben, dass auch ein Leiden, das scheinbar ohne Sinn ist, aus einem andern Blickwinkel durchaus einen solchen haben kann. Jedenfalls scheint mir unabdingbar, wenn es darum geht, ein Leben gewaltsam zu beenden, dass ein solcher Entscheid 1. nur nach Rücksprache mit Fachkollegen und 2. erst nach einer Bedenkzeit von deutlich mehr als 24 Stunden umgesetzt werden darf. Nur so lassen sich kollusive Schnellschüsse vermeiden, die unserem Berufsstand keine Ehre erweisen.

Dr. med. Walter Meili, Basel

- 1 Preisig E. Palliativmedizin und Freitodbegleitung: Erfahrungsbericht einer Hausärztin. Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(41):1588-9.



Cavete Collegae – Eine Studie wird missbraucht [1]

Eine Studie – zwei Interpretationen

Die an der Medizinischen Poliklinik der Universität Zürich durchgeführte Studie «Ferrim» wurde 2006 von Dr. Beat Schaub für 200 Patienten konzipiert. Ihre Ergebnisse sind im Juni 2011 publiziert worden (Blood-Journal). Offensichtlich bereitete es den Studienleitern Schwierigkeiten, Patientinnen zu finden, die bereit waren, ein «Placebo-Risiko» einzugehen. Oder gibt es vielleicht einen anderen Grund, weshalb die Patientenaufnahme nach 43 Verum-Patientinnen abgebrochen werden musste?

Ergebnis dieser Pilotstudie war: Eisenbehandlungen sind bei Eisenmangelpatientinnen mit einem Ferritinwert unter 50 ng/ml signifikant wirksam. In der Publikation ist zu lesen: 65% der Behandelten profitieren nachhaltig von den Eisengaben.

Allerdings sei es angesichts der zu geringen Zahl von Patientinnen nicht erlaubt, einen Ferritinwert zu definieren, unter dem eine Eisensubstitution wirksam sei. Auch das steht so in der Publikation.

Die Ärztlichen Eisenzentren führen seit 2006 auch eine Studie durch – die Praxisstudie «Eurofer» mit 2168 Patientinnen [2]. Deren Resultate wurden bislang dreimal mit zunehmender Fallzahl publiziert. Dabei konnte nachgewiesen werden, dass ebenfalls 65% der Behandelten von den Eisengaben profitieren.

Die Universität Zürich hat also im Sommer 2011 die Resultate von «Eurofer» durch ihre eigene Pilotstudie wissenschaftlich bestätigt:

- Das Eisenmangelsyndrom existiert.
- Bei zwei von drei Patienten bessert sich die Müdigkeit durch Eisensubstitution.

Im Widerspruch dazu behaupten nun aber der Studienleiter Dr. P. Krayenbühl und die Universitätsklinik Zürich: «Nur Patientinnen mit einem Ferritinwert unter 15 ng/ml können von Eisengaben profitieren». Diese unbegründete, weil von der Zürcher Studie nicht gedeckte Schlussfolgerung hat Dr. Krayenbühl nun bereits über zwei Fachzeitschriften, eine Publikumszeitschrift und sogar das Schweizer Fernsehen in die Öffentlichkeit getragen. Besonders bedauerlich ist jedoch, dass sich die Universitätsklinik Zürich hinter den Studienleiter stellte und dessen unrichtige Aussage in einer Medienmitteilung vom 29. Juni 2011 übernommen hat. Es ist also damit zu rechnen, dass diese Unwahrheit durch weitere Medien verbreitet wird.

Fakt ist aber: 2003 hat die Universität Lausanne [3] nachgewiesen, dass bei Ferritinwerten unter 50 ng/ml Eisenmangelsymptome auftreten können, die nach Eisengaben verschwinden. Die Swiss Iron Health Organisation SIHO hat durch die eigene Praxisstudie ebendiesen Wert definiert, der nun auch von der Universität Zürich bestätigt wurde. Vifor Pharma bewirbt sogar neuerdings ihre Eisenprodukte mit dem Argument, dass aufgrund der Studie «Ferrim» Eisenmangelsymptome schon bei einem Ferritinwert von 50 ng/ml auftreten können.

Was ist das Motiv von Dr. Krayenbühl und der Universitätsklinik Zürich, dem publizierten Sachverhalt ihrer eigenen Studie zu widersprechen? Und was treibt sie an, ihre falsche Interpretation an die Medien weiterzugeben? Die SIHO wünscht eine berichtigende Stellungnahme.

Die Schweiz ist das erste Land, in dem viele Ärzte den Eisenmangel ihrer Patienten schon in dessen Frühstadium, dem Eisenmangelsyndroms IDS (Iron Deficiency Syndrome), erkennen und behandeln. Ihrem verantwortungsbewussten Handeln im Sinne ihrer Patienten steht leider immer noch das schulmedizinische Dogma entgegen. Durch akademische Streithähne werden sie sich indes nicht verunsichern lassen.

«Die Hunde bellen – doch die Karawane zieht weiter!»

Vorstand der SIHO: lic. iur. David Fischer, Dr. med. Cyrill Jeger, Dr. med. Harald Rauscher, Dr. med. Beat Schaub, Dr. med. Peter Wagner

- 1 Krayenbühl PA et al. Intravenous iron for the treatment of fatigue in non-anemic, premenopausal women with low serum ferritin concentration (blood-2011-04-346304). (Ferrim-Studie).

- 2 Schaub BS et al. *Ars Medici*. 2009; 23 (dritte Publikation). (Eurofer-Praxisstudie).
- 3 Verdon F et al. Iron supplementation for unexplained fatigue in non-anaemic women. *BMJ*. 2003;326. (Lausanner Studie).

Stellungnahme zum Brief «Cavete Collegae – Eine Studie wird missbraucht» der SIHO

Als Verantwortliche der Ferrim-Studie und Autoren des in *Blood* publizierten Artikels [1] nehmen wir zu dem durch die SIHO eingereichten Brief gerne Stellung. Es sei einleitend festgehalten, dass wir als wissenschaftlich tätige Ärzte vor allem möglichst genau unsere Studienresultate vertreten und vermitteln wollen:

1. In unserer randomisierten, doppelblinden und placebo-kontrollierten Studie behandelten wir 90 unter Müdigkeit leidende Patientinnen mit einem Serum-Ferritin unter 50ng/ml mit entweder Eisen- oder Placeboinfusionen. Bei allen Patientinnen untersuchten wir eine allfällige Reduktion der Müdigkeit mittels zweier Fragebogen, dem BFI (brief fatigue inventory) und dem SPI (short performance inventory). Die Änderung der Müdigkeit anhand des BFI wurde als primärer Endpunkt definiert, da die Erfassung von Müdigkeit mit diesem Fragebogen wissenschaftlich etabliert und

in deutscher Version validiert ist. Die Befragung der 90 Patientinnen mit dem BFI-Fragebogen ergab keine statistisch signifikante Wirkung hinsichtlich der Eisentherapie, verglichen mit Placebo, also dem primären Endpunkt. Im Gegensatz dazu zeigte die Befragung mit dem SPI-Fragebogen eine statistisch signifikante Wirkung der Eisentherapie. Dieser Diskrepanz bewusst, führten wir in unserer Publikation beide Resultate auf, gewichteten aber – wissenschaftlich korrekt – das mit dem BFI-Fragebogen erzielte Resultat stärker, da dieses Resultat dem definierten primären Endpunkt entsprach.

2. Die weitere Analyse unserer Studienresultate wies zudem darauf hin, dass die unter Punkt 1. besprochene Diskrepanz zwischen den 2 Fragebögen nicht entscheidend ist: (a) Für Patientinnen, welche bei Studienbeginn ein Serum-Ferritin von 15 ng/ml oder tiefer aufwiesen, liess sich gleichermassen mit dem BFI- und dem SPI-Fragebogen ein signifikanter Benefit der Eisenbehandlung gegenüber Placebo feststellen. (b) Für Patientinnen, welche bei Studienbeginn ein Serum-Ferritin zwischen 16 und 50 ng/ml aufwiesen, liess sich weder mit dem BFI- noch mit dem SPI-Fragebogen ein signifikanter Benefit der Eisenbehandlung gegenüber Placebo feststellen. Das Gleiche gilt, wenn als Cut-

off eine Transferrinsättigung von 20 % gewählt wird. Somit bestehen, was unsere Studienresultate anbetrifft, klare Verhältnisse.

3. Wir sind uns selbstverständlich bewusst (und so ist es auch in unserer Publikation und im auf die Publikation bezogenen Editorial im *Blood* festgehalten [2]), dass aufgrund der limitierten Anzahl der Studienteilnehmerinnen (n=90) kein endgültiger Cut-off hinsichtlich des Serum-Ferritins oder der Transferrinsättigung festgelegt werden kann, unterhalb dessen unter Müdigkeit leidende Patientinnen von einer Eisentherapie profitieren können. Zudem wird die ärztliche Beurteilung und Evaluation des Müdigkeitszustandes einer Patientin immer wesentlicher bleiben – auch für die Entscheidung, ob und welche Therapie durchgeführt werden soll.

*Dr. Pierre-Alexandre Krayenbühl
Prof. Dr. Edouard Battegay
Prof. Dr. Georg Schulthess*

- 1 Krayenbuehl PA, Battegay E, Breymann C, Furrer J, Schulthess G. Intravenous iron for the treatment of fatigue in nonanemic, premenopausal women with low serum ferritin concentration. *Blood* 2011;118(12):3222-7.
- 2 Ironing out fatigue. *Blood* 2011;118(12):3191-2.

Mitteilung

Schweizerische Gesellschaft für Herz- und thorakale Gefässchirurgie

Preis der Schweizerischen Gesellschaft für Herz- und thorakale Gefässchirurgie (SGHC)

Die Schweizerische Gesellschaft für Herz- und thorakale Gefässchirurgie verleiht jährlich eine mit 10000 Franken dotierte Auszeichnung für eine hervorragende wissenschaftliche Arbeit aus dem Gebiet der Herz- und thorakalen Gefässchirurgie.

Die vorgelegte Arbeit darf nicht für einen an-

deren Preis eingereicht worden sein. Sie kann als Manuskript oder als Sonderdruck vorgelegt werden. Im Falle einer bereits erfolgten Veröffentlichung darf diese nicht länger als sechs Monate zurückliegen.

Bewerber reichen ihre Arbeit in 4facher Ausführung bis **31. Dezember 2011** dem Sekretär der Schweizerischen Gesellschaft für Herz- und thorakale Gefässchirurgie ein: PD Dr. M. Stalder, Sekretär der SGHC, Klinik für Herz- und Gefässchirurgie, Inselspital, 3010 Bern.