Leserbriefe

Dank an einen Skeptiker («Die Botschaft hör ich wohl, allein fehlt mir der Glaube»)

Leserbrief zu: Riesen E, Schilling G. Ein Diskurs über Netzwerke. PrimaryCare. 2010;10(11):197.
Der skeptische Diskurs über Netzwerke spricht mir aus dem Herzen. Selbstverständlich ist «Vernetzung» ein natürlicher Bestandteil unseres hausärztlichen Alltags. Da stellt sich schon die Frage, warum dies denn nun alles noch obligatorisch gemacht und reguliert werden muss. Am Inhalt unserer täglichen Arbeit werden Netzwerke nichts ändern. Hingegen gibt die aktuelle Situation uns die Möglichkeit, allen, die keine Ahnung von der Arbeit des Hausarztes haben, unsere Rolle als «Manager» für die Gesundheit unserer Patienten klarer offen zu legen, was eine Voraussetzung dafür sein wird, sie in einen Hausarzttarif einzubinden und klar zu machen, dass auch dies ein Teil der Arbeit ist, der bezahlt werden muss.
Ich bin davon überzeugt, dass in den ländlichen Regionen, in denen Patienten so oder so primär den Hausarzt aufsuchen, Modelle der Integrierten Versorgung kaum einen Spareffekt bringen werden. Dort gilt aber: Netzwerke unterstützen den Hausarztnachwuchs in ihrer Vernetzung nach der Praxiseröffnung. Sie schaffen ein «Wir-Gefühl» gemeinsam mit anderen in der Region tätigen Kolleginnen und Kollegen sowie reichlich Gelegenheit für informellen Austausch jeder Art und wirken so gegen den viel gefürchteten «Praxisschock».
Eine Möglichkeit zu sparen, dem kann wohl kaum jemand widersprechen, bietet sich in erster Linie bei denjenigen Patienten, die es ohne wirklichen Grund vorziehen, direkt einen Spezialisten aufzusuchen und nicht bei denjenigen, die regelmässig ihren Spezialisten brauchen. Diese Patienten werden ja selbstverständlich auch weiterhin von ihrem Netzwerkarzt zu ihrem bewährten Spezialisten überwiesen werden! Aber diejenigen Patienten, die wegen Cerumen direkt zum HNO-Arzt gehen, mit einen verdrehten Knöchel zum Orthopäden oder wegen einer Konjunktivitis zum Augenarzt usw., sollen das ruhig weiterhin machen dürfen, aber nicht zum selben Preis wie die grosse Mehrheit der Patienten. Sie sollen dafür ruhig draufzahlen müssen. Das hat nichts mit Zweiklassenmedizin zu tun, denn niemand wird schlechter versorgt werden, wenn er zuerst einen Hausarzt aufsuchen muss!
Edy Riesens Sorgen vor der Bürokratisierung unserer Arbeit und die Angst, dass unsere Arbeit durch übermässige Reglementierung behindert, verzögert und so verschlechtert wird, teile ich.
Und umso wichtiger ist es deshalb, dass sich Skeptiker aktiv einbringen und immer wieder bereit sind, den Finger auf den wunden Punkt zu legen. Dank dieses ständigen Hinterfragens hält sich der administrative Aufwand für uns innerhalb des Netzes, dem wir beide angehören, bisher in gut tolerierbaren Grenzen und wir fühlen uns in unserer Arbeit nicht behindert.
Lieber Edy, ich schätze den Enthusiasmus und die Energie, mit der du dich nach 25 Jahren Praxistätigkeit in einem Netzwerk mit Budgetmitverantwortung engagierst. Du tust dies nicht aus Überzeugung, dass du dadurch ein besserer Hausarzt bist als die Anderen. Du hattest es auch nicht nötig, dich besser zu vernetzen. Du bist gemeinsam mit deinem ganzen Qualitätszirkel in dieses Netzwerk eingetreten bzw. hast es mitgegründet. Ich begreife, dass du die Entwicklung der Hausarztmedizin nicht behindern willst, sondern deren Zukunft mitgestaltest, was gerade wegen deiner Skepsis besonders wertvoll ist. Deine Praxis geht so mit der Zeit und ist bereit für den irgendwann fälligen Nachfolger. Ich wünschte, mehr Kollegen dieser «aussterbenden Gattung Hausarzt» wären so innovativ und mutig wie du!

Eva Kaiser, 4102 Binningen

Eisenmangel – wie therapieren?

Leserbrief zu: Rovó A. Eisen – zu viel oder zu wenig? PrimaryCare. 2010;10:244-5.
Zur kurzen, aber sehr informativen Übersicht folgende Bemerkungen oder Fragen:

1. Ob mit oraler oder parenteraler Therapie, ist es mit dem «Auffüllen der Eisenreserven» in der Praxis nicht getan. Entweder man sucht, findet und behebt den Grund für den Eisenmangel oder man muss lebenslang substituieren.
2. Dies tut man, wie die Autorin verdienstvoll betont, da man darüber selten spricht und schreibt, fraktioniert, d.h. mit kleinen Mengen in gewissen, durch die Ferritinwerte bestimmten Abständen.
3. Wieso sollte man dann bei Eisenmangel mit Anämie eine grosse Menge, berechnet oder nicht, einmal verabreichen? Erhofft man sich dadurch einen «Druck» auf die Erythropoese? Spielt hier, bei noch schwächeren Organismus, die mit recht erwähnte Eisentoxizität der grossen Dosen keine Rolle? Schneiden wir diesen schädlichen Zopf der Eisentherapie ganz ab und substituieren ausschliesslich «süferli» mit kleinen Mengen, in Abständen, in welchen der Körper das Eisen verarbeiten kann!
4. Ich danke für die Bekanntschaft mit dem CHr (Content of Hb). Man sieht, dass, auch in Zeiten von Internet, eine kurze Notiz in einem Fachzeitschriftartikel nützlich ist. Vielleicht wäre es angebracht, wenn uns die Autorin in einem speziellen Artikel bald doch etwas mehr darüber mitteilen würde.

Dr. med. Peter Marko, 9009 St. Gallen

Replik

Zu Punkt 1: Es ist absolut korrekt, dass bei jedem Eisenmangel eine ursachliche Erklärung gefunden werden muss. Ob dieser dann auch behandelt werden kann, hängt von der Ursache des Eisenmangels ab. Bei Frauen unter 40 Jahren mit normalen Menstruationen, ohne gastrointestinalen Probleme und ohne Einnahme von Medikamenten die zu Blutungen führen können (Orale Antikoagulation, Aspirin usw.), kann davon ausgegangen werden dass eine physiologischer Verlust zugrunde liegt. In allen anderen Situationen fängt man am besten bei der Suche nach einer gastointestinalen Ursache an. Auch nach vollständiger Abklärung wird in etwa 10% der Patienten keine Ursache für den Eisenmangel gefunden. Nicht zu unterschätzen ist der Eisenmangel bei inadäquater Ernährung. Dies trifft häufig zu bei älteren Patienten welche sich selbst die Mahlzeiten zubereiten, oder bei strikten Vegetariern und Veganen, besonders wenn sie die Mahlzeiten mit Tee begleiten.
Zu Punkt 3: Der Grund, weshalb man «grosse» Mengen Eisen aufs Mal verabreichen kann, ist weil das verabreichte Eisen an Glyconat gebunden ist und nicht sofort freigesetzt wird. Zudem kann nachher das freigesetzte Eisen vorübergehend in rasch verfügbarer Form gespeichert werden. Die Erythropoiese wird nicht wegen zu viel Eisen mehr angekurbelt. Ansonsten hätten ja Personen mit einer Hämochromatose eine Polyglobulie. In zwei speziellen Situationen ist es allerdings nicht sinnvoll grosse Mengen Eisen aufs Mal zu geben, und es besser ist «süferli» vorzugehen: Zuerst wenn ein Eisenmangel und gleichzeitig ein entzündlicher Prozess vorliegt, zum Beispiel bei einer entzündlichen Darmerkrankung mit chronischen Blutungen. Der entzündlicher Prozess führt zur gesteigerten Synthese von Hepcidin, welches dazu führt, dass weniger Eisen vom Darm absorbiert wird, und dass das gespeicherte Eisen in den Makrophagen nicht verwendet werden kann (es bleibt in den Makrophagen gefangen). Die zweite Situation wo es sinnvoll ist Eisen in wiederholten kleinen Dosen zu verabreiche ist bei der Therapie mit Erythropoietin (zum Beispiel bei Niereninsuffizienz).
Zu Punkt 4: Hierzu findet sich bereits viel Literatur.

Dr. med. Alicia Rovó, 4031 Basel