

Briefe an die SÄZ



Keine Statistiken, sondern Menschen

Replik zur Stellungnahme des Swiss Medical Board zur Kritik an seiner Empfehlung zum PSA-Test

Mit dem erdrückenden Argument, dass statistisch gesehen sowieso alle Männer sterben (keine Beeinflussung der Gesamtsterblichkeit) und dass mit falschen und überflüssigen diagnostischen und therapeutischen Massnahmen viel psychische Not und unnötige Kosten verursacht werden, schüttet das Swiss Medical Board das Kind (nämlich den PSA-Test) mit dem trüben Badewasser (den eben genannten Nöten und Kosten) mit grossem Schwung ein zweites Mal aus – nämlich mit einer dreiseitigen Rechtfertigung. Zynisch ist besonders die Empfehlung, den Test nur bei Risikofaktoren oder Symptomen zu empfehlen. Die späte Erfassung des Prostatakarzinoms beim Auftreten von Symptomen betrifft oft einen schwer kranken Mann mit multiplen Metastasen, dessen oft wenig wirksame Chemotherapie ebenfalls grosse Kosten verursacht und dessen Lebensqualität sich in kürzester Zeit massiv verschlechtert. Es dürfte auch klar sein, dass einzig aufgrund des Laborresultates niemals unterschieden werden kann, ob ein Karzinom vorliege und auch behandlungsbedürftig sei. Hier ist nicht der Statistiker, sondern der Arzt gefragt. Das Swiss Medical Board betont aber, dass seine Empfehlungen nicht «notwendigerweise» die Meinung der beigezogenen Fachspezialisten wiedergeben.

Sicher handelt es sich um einen Missbrauch, wenn aufgrund des Tests unnötige Leistungen erfolgen. Als Ärzte beschäftigen wir uns aber nicht mit Statistiken, sondern mit Menschen. Seit Jahrzehnten bemühen wir uns, durch frühe und abgesicherte Diagnosen frühe und weniger aufwendige Therapien zu ermöglichen. Aber offenbar sind die vielen nach den Regeln der Kunst behandelten Männer, geheilt oder mindestens noch über eine längere Zeit mit guter Lebensqualität überlebend, für einen politisch orientierten Expertenrat nicht relevant.

Ich habe nichts dagegen, wenn der PSA-Test von der Grundversicherung nicht gedeckt wird und wenn man Ärzte kritisiert, welche in konkreten Fällen gegen die Regeln der Aufklärung, Diagnostik und Therapie des Prostatakar-

zinoms vorgehen und damit falsche und überflüssige Massnahmen verordnen.

Das weltweite Potential der Kritik am PSA-Test liegt deshalb in einer Verbesserung der Ausbildung der Ärzte.

Deshalb kann man ein Urteil über den PSA-Test nicht aufgrund seiner falschen Anwendung fällen. Leider wird es aber auch in Zukunft nicht möglich sein, die «Rentabilität» von Gesundheitskosten aufzurechnen. Wer ist fähig, gewonnene Lebensjahre, Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit gegen Kosten, die kaum zuzuordnen sind, aufzurechnen? Dagegen wird wohl auch weiterhin der Wert seriöser ärztlicher Arbeit von der Bevölkerung geschätzt werden.

Dr. med. Othmar Dubler, Luzern

- 1 Swiss Medical Board. Swiss Medical Board oder: «von der Angemessenheit des PSA-Tests». Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(3):83.



PSA et Swiss Medical Board, une controverse utile?

Le Swiss Medical Board (SMB) a élaboré des recommandations négatives à propos de l'utilisation du test PSA en dépistage. Je ne suis pas urologue mais me mêle au débat en tant que patient informé ayant subi depuis 20 ans multitude de tests PSA, d'abord en dépistage, puis comme adénome prostatique bénin opéré, finissant en suivi de cancer pour l'instant localisé. Egalement comme participant pendant plus de 30 ans à l'élaboration d'une multitude de directives similaires, tant sur le plan national qu'international.

Briefe

Briefe sind grundsätzlich willkommen und können veröffentlicht werden, sofern sie sich inhaltlich und formal innerhalb der in unserem Kulturkreis üblichen Anstandsgrenzen bewegen, keine für die Redaktion erkennbaren Fehlinformationen enthalten und eine Länge von 2500 Zeichen nicht überschreiten. Die Redaktion behält sich das Recht vor, Auswahl, Kürzungen und Bearbeitungen vorzunehmen. Seitens der Redaktion besteht keine Verpflichtung zur Publikation. Über Briefe wird in der Regel

La controverse sur les aspects positifs et négatifs du PSA comme test de dépistage n'est nouvelle. Ce qui est nouveau, c'est la recommandation par le Swiss Medical Board (SMB) que ce test en dépistage ne soit plus pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Cela dans la perspective d'une économie de 47 millions de francs annuels et de 160 millions de francs si l'on tient compte des frais secondaires. Inutile de dire que les caisses-maladie et les politiques vont s'emparer de ces chiffres avec délectation. Un examen critique du rapport intégral du SMB montre que ces chiffres se basent sur une analyse fantaisiste et totalement abusive. Par exemple, il est abusif et injustifié d'estimer le coût du dépistage PSA à 450 francs par cas sur 5 ans et de mettre sur le compte du test PSA les frais de consultation et de toucher rectal. Une économie de 450 francs correspondrait à renoncer à tout examen de dépistage! 47 millions de tests PSA, pour un test facturé 11.80 francs, représentent en fait 3,9 millions de tests effectués annuellement au titre de dépistage de patients asymptomatiques, une estimation tout simplement grotesque! En fait l'analyse du SMB repose sur des assumptions très discutables et probablement éloignées de la réalité. Seule une analyse détaillée des factures des caisses-maladie permettrait d'évaluer avec précision le coût réel des tests PSA de dépistage et les frais secondaires qu'ils entraînent. Si les recommandations du SMB sont suivies, cela signifierait aussi que le médecin devrait justifier à chaque fois l'ordonnance d'un test à 11.80 francs pour en obtenir le remboursement, un précédent extraordinairement dangereux pour l'exercice de la médecine, puisque l'utilité du test PSA dans le suivi d'une affection prostatique symptomatique n'est pas contestable.

Le SMB est une institution très récente qui consiste pour l'instant essentiellement d'ex-

keine Korrespondenz geführt; insbesondere muss eine Nichtveröffentlichung nicht begründet werden. Von diesen Grundsätzen kann abgewichen werden, wenn dies der Redaktion angezeigt erscheint.

Das vollständige Manuskript ist an die folgende Adresse der Redaktion einzureichen, wenn möglich per E-Mail: Redaktion Schweizerische Ärztezeitung, EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Farnsburgerstr. 8, 4132 MuttENZ, Tel. 061 467 85 72, Fax 061 467 85 56, E-Mail: redaktion.saez[at]emh.ch.

perts en éthique médicale et d'économistes, dont la présence est certes bienvenue, mais qui pour juger de la nécessité d'une pratique médicale n'auront pas la compétence et l'expérience de terrain nécessaires. La consultation facultative de quelques spécialistes individuels externes ne suffit absolument pas à garantir une objectivité scientifique. Il est pour le moins curieux que le rapport du SMB ignore totalement la prise de position de la Société Suisse d'Urologie de 2010 sur le même sujet (Forum Méd Suisse. 2010;10: 545-7). Au vu des enjeux en cause, la FMH, en tant qu'autorité de tutelle avec la CDS et la SAMW ferait bien d'organiser une surveillance efficace du SMB, si l'on veut éviter de futurs dysfonctionnements très nuisibles à notre système de santé

Prof. Dr Alain de Weck, Fribourg



Referendum gegen Managed-Care-Vorlage

Nun haben sie es also geschafft! Sie haben genügend Unterschriften für das Referendum gegen die Managed-Care-Vorlage «eingekauft». Der Präsident hat uns in seinem Editorial in der SÄZ Nr. 4/2012 als Erfolg für die Ärzteschaft dargestellt.

Die FMH mit Jacques de Haller, der nach seiner opportunistischen 180-Grad-Kehrtwende uns Hausärzten in den Rücken fällt. Gewisse Spezialistenkreise und der VSAO (unsere zukünftigen Spezialisten), die zwar vorgeben, es gehe ihnen um die Patientenfreiheit und gegen die Rationierung im Gesundheitswesen, aber nur Angst um ihre Pfründe haben, was man mit einigem Grund als heuchlerisch bezeichnen kann! Die SP, die ausgerechnet mit den Chirurgen der fmCh eine unheilige Allianz eingeht. Dann gewisse Grundversorger, die offenbar das Prinzip von Managed Care nicht begriffen haben, ihren Kopf in den Sand stecken, Sankt-Florians-Politik betreiben und ihre Verantwortung nicht wahrnehmen wollen. Denn wer, wenn nicht wir Ärztinnen und Ärzte, soll die Verantwortung für die gerechte Verteilung der Mittel im Gesundheitswesen übernehmen? (Charta zur ärztlichen Berufsethik, Punkt 7.)

Von der FMH bin ich schwer enttäuscht. Da wird immer von Solidarität gesprochen, die aber offenbar immer auf unsere Kosten stattfindet, umso mehr, als nun noch 1,5 Mio Franken in die Abstimmungskampagne gesteckt werden sollen. Mit meinen FMH-Beiträgen finanziert! Ich empfehle hier dem Vorstand des Vereins Hausärzte Schweiz, den geschlossenen Austritt aller Hausärzte aus der FMH zu prüfen. Denn wir Hausärzte/-innen haben als Minderheit ge-

genüber den Spezialisten auch in Zukunft keine Chance, unsere Interessen durchzusetzen.

Klar ist, dass alle Netzwerke noch viel Aufklärungsarbeit über Managed Care leisten müssen. Angst vor Managed Care ist offenbar das primum movens unserer Gegner. Wir Hausärzte/-innen in Winterthur betreiben schon seit 1994 Netzwerke (WintiMed, Hawa) und seit 1998 mit Budgetmitverantwortung (WintiMed). In ganz Winterthur ist bis heute noch kein Spezialist deswegen pleite gegangen. Immerhin ist die Abstimmungskampagne eine gute Plattform dafür.

Ein Trost bleibt: Managed Care wird sich durchsetzen, vielleicht etwas langsamer als erhofft, dafür aber umso gründlicher!

Dr. med. Christoph Bovet, Winterthur



Unsichere Datenlage

Guten Tag Frau Trottmann
Besten Dank für diesen Artikel [1] der unseres Erachtens Folgendes aufzeigt: Erstens wissen wir nach wie vor nicht genau, ob mit solchen Modellen bei den OKP-Kosten überhaupt gespart werden kann. Bildlich gesprochen: Wäre ein Ärztenetzwerk mit Budgetverantwortung ein Heilmittel gegen eine Krankheit, würde ich das niemandem empfehlen können, weil die Datenlage über die Wirksamkeit zu unsicher ist.

Zweitens gewinnen wir erneut – wie praktisch immer bei solchen Nutzenberechnungen – keine Aussagen über die Gesamtkosten eines Krankheitsfalles. Der Einbezug anderer Kosten (Arbeitsausfall, Taggelder, Renten und vorzeitiger Tod) findet nicht statt. Damit fehlen wesentliche Elemente zur Beurteilung und zum Vergleich der Kosteneffektivität bzw. zur Beurteilung des Nutzens der Massnahme. Allein damit könnte überhaupt die ökonomische Qualität der gesamten Leistung abschliessend beurteilt und verglichen werden. Die Aussage nur über die OKP-Kosten ist letztlich volkswirtschaftlich nicht die wesentliche Grösse, obwohl alle darauf fokussieren.

Drittens: Das Risikomerkmäl «im Analysejahr verstorben» existiert zwar, wird aber nicht vergleichend ausgewertet hinsichtlich altersbereinigter Mortalitäten im Normalkollektiv versus Netzwerk-Kollektiv. Auch diese Zahl wäre interessant zur Qualitätsbeurteilung – die höhere Behandlungs-Qualität wird ja bei MCO-Befürwortern als Hauptgrund für die flächendeckende Einführung genannt. Diese Zahlen müssten dann freilich mit der gebotenen Vorsicht interpretiert werden. Immerhin wäre es

vorerst einmal lediglich interessant zu erfahren, wie z.B. die Mortalität bei den 40-Jährigen im Vergleich ist.

Schlussfolgerung: Netzwerke bzw. MCO-Systeme können auf keinen Fall flächendeckend eingeführt werden, die Datenlage dafür ist viel zu dürftig.

Dr. med. René Mégroz,
namens der FMGS (fmgs.ch)

- 1 Trottmann M, Beck K, Kunze U. Steigern Schweizer Ärztenetzwerke die Effizienz im Gesundheitswesen? Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(4):125-7.



Budgetmitverantwortung: Bedrohung oder Chance?

Lieber Kollege Berchtold

Sie schreiben in Ihrem Artikel [1] «Ob die in der MC-Vorlage vorgesehene Budgetmitverantwortung zu weit geht, lässt sich mit Blick in den stationären Bereich rasch klären: Jeder Spitalarzt, jede Fachperson im Spital steht unter einer Budgetverantwortung, die mehrfach stringenter ist und vor allem das «mit» in der Wortmitte nicht kennt.»

Es ist mir nicht klar, was mit der «mehrfach stringenteren Budgetverantwortung des Spitalarztes» gemeint ist. Ich denke auch nicht, dass Budgetmitverantwortung selbstständig Erwerbender im Managed-Care-Kontext mit Budgetverantwortung von Angestellten mit Lohnfixum verglichen werden kann.

Die Mechanik der Budgetmitverantwortung für den einzelnen Hausarzt ist wenig transparent, objektiv vermutlich sehr komplex, und die Grundlagen zur Budgetberechnung sind unklar. Man erlebt sich individuell nicht als Akteur, die Strukturen und das Feedback sind viel zu vage, nicht direkt spürbar oder relevant. Als Arzt weiss man zudem nicht, wohin die Reise geht und ob man in 10 oder 15 Jahren nicht in einem Budgetrahmen eingepfercht ist, welcher keine befriedigende Arbeit oder ein adäquates Einkommen ermöglichen wird. Kurz – man nimmt es primär als Bedrohung und ethisch problematisch wahr («Vorenthalten von Leistungen») als positiv einkommenswirksam) und sieht nicht die Chance von schlankeren Prozessen (welche sich einkommenswirksam auswirken), eben «Managed Care», mit optimal versorgten Patienten, guter Qualität, befriedigender Arbeit und Wertschätzung der Hausarztmedizin.

Dr. med. Franz Marty, Chur

- 1 Vorstand Managed Care. Managed-Care-Vorlage: Fördert oder behindert sie die Integrierte Versorgung? Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(4):103.



Fokus auf Einzelperson

Anna Sax thematisiert die medizinische Statistik und die Schwierigkeit, diese im ärztlichen Alltag sinnvoll und patientengerecht anzuwenden [1]. Zur Diskussion stehen das Mammographie-Screening und der PSA-Test. Zu beiden Themen gibt es Fachliteratur, aber diese scheinen den wesentlichen Punkt der ärztlichen Tätigkeit nicht einmal zu streifen. Die Wissenschaft der Statistik kann keine Brücke zwischen statistischer Erkenntnis und dem einzelnen Patienten bauen. Und als Patient ist man keine statistische anonyme Menge, sondern ein Individuum.

Dieses Problem ist nicht neu, sondern hat bereits die Physiker am Beginn des letzten Jahrhunderts aus ihrer vermeintlichen Sicherheit wachgerüttelt. Nämlich dann, als man begriff, dass sich die Gesetze der grossen Welt nicht mit den Gesetzen der kleinen Welt, der Quantenwelt, vereinbaren lassen. Die Newton'sche Physik erklärt uns, wie sich die Flugbahn eines Balls oder einer Rakete verhält, die Quantenphysik sagt uns, dass wir über Einzelobjekte keine Aussage machen können, da wir lediglich Wolken von statistischem Verhalten vor uns haben. Im Unterschied zu den untersuchten Elementarteilchen (Photonen, Elektronen usw.) haben Patienten, die untersucht werden Emotionen und Fragen. Und diese Fragen sind immer individuell, im Sinne von: «Was heisst das für mich?» Mich und nicht ein statistisches Kollektiv. Eine solche Frage stellt mit hoher Wahrscheinlichkeit kein Photon und kein Elektron.

Was aber sagen wir einem Patienten, wenn er fragt, ob er einen Test durchführen lassen soll? Wir können ihm wohl sagen, dass in einer Gruppe von 100 untersuchten Menschen einer sei, bei dem der Test positiv ausfallen werde. Ob aber er dieser eine sei, darauf haben wir keine Antwort.

Und genau hier liegt der grosse Unterschied zwischen Medizin, Physik und Statistik. In den Wahrscheinlichkeitswolken der statistischen Mengen befinden sich Menschen und keine Elementarteilchen. Und diese Menschen haben Ängste, Sehnsüchte und den Wunsch nach Gesundheit oder doch wenigstens der Früher-

kennung möglicher Erkrankungen. Angesichts dieser Konstellation habe ich nur beschränkte Hoffnung, dass das Swiss Medical Board uns da wesentlich weiterhelfen kann. Wissenschaft mag rational sein, die meisten Menschen sind es nicht.

Möglicherweise wird das Problem der Kosten für Screenings durch eine bald eintretende Geldknappheit im Gefolge einer drohenden Inflation gelöst werden. Für meinen klinischen Alltag stehe ich nach wie vor dem Dilemma Statistik und Einzelperson – und in der Regel fokussiert sich meine Tätigkeit auf den Einzelfall. Auf Frau X und Herrn Y.

Prof. Dr. med. H. E. Killer, Aarau

- 1 Sax A. Glatteis. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(5):184.



Marxismus-Leninismus in der DDR

Zum Artikel von Gisela Perren [1]

Mein Vater, der 1995 verstorbene Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie Prof. Dr. med. Hans-Konrad Knoepfel, hatte als Psychotherapeut und einer der Pioniere der Balintarbeit in der Schweiz immer wieder Kontakt zu Fachkollegen in der damaligen DDR. Sie waren sehr froh, wenn sie gratis Separata seiner Fachartikel erhielten. Ein Kollege aus Ostdeutschland äusserte einmal sein Bedauern über den seiner Ansicht nach einseitigen Transfer und fragte, ob er sich mit einer Publikation aus der DDR revanchieren könnte. Mein Vater, der sich, obwohl überzeugter Liberaler, auch für den Kommunismus interessierte, äusserte sein Interesse an einem Lehrbuch über Marxismus-Leninismus, wie es in den Schulen der DDR verwendet wurde. Als der Kollege das seiner Tochter, einer Gymnasiastin, erzählte, meinte diese ungläubig: «Und das will der (mein Vater) freiwillig lesen?»

Dr. med. Monika Diethelm-Knoepfel, Uzwil

- 1 Perren G. Keine seelische Not im Sozialismus. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(6):222–3.