

# Courrier au BMS



## Zeit zum Umsatteln

### Zum Editorial von Dr. Gert Printzen in der SÄZ Nr. 7 [1]

Guten Tag, Herr Dr. Printzen

Mit Interesse habe ich Ihren Artikel in der SÄZ bez. Arzneimittel-Kompodium gelesen. Gerne möchte ich auf die von Ihnen erwähnten Punkte eingehen und damit Ihre Grundlagenkenntnisse ein wenig auffrischen:

1. Die Daten enthalten lediglich die von Swissmedic genehmigten Informationen. Die Swissmedic publiziert in ihren Daten schon lange keine Preise mehr. Die Zulassung bei der Swissmedic bildet die Grundlage für den Eintrag in der Spezialitätenliste (SL). Die Schweizer SL ist schon seit Jahren als XML-File und als XLS-File für jedermann kostenlos erhältlich. Das XML-File des BAG enthält alle SL-Preise inkl. aller Limitationen. Ein XML-file ist von sich aus strukturiert.
2. Die Daten können nicht für Bestellungen oder Abrechnungen, oder für klinische Entscheidungsunterstützung verwendet werden – es fehlt die notwendige Strukturierung. Die Swissmedic publiziert ein XLS-File mit allen detaillierten Angaben zum Medikament, inkl. ATC-Code, Zusammensetzung, Wirkstoffe, Packungsgrösse, galenische Form etc. Diese Daten sind hochstrukturiert und können sehr wohl für die Verschreibung und klinischen Entscheidungsprozesse verwendet werden. Diese Daten sind für jedermann kostenlos downloadbar als XLS.
3. Last but not least: Die Texte werden ohne redaktionelle Qualitätsprüfung durch Dritte auf diese Plattform gestellt. Die Swissmedic weist diese Aussage zurück, siehe: [www.ywesee.com/AIPS/Bestaetigung](http://www.ywesee.com/AIPS/Bestaetigung). Das Gegenteil von Ihrer Aussage ist korrekt: Bisher waren die Pharmafirmen gezwungen die «redaktionellen» Dienstleistungen der Documed zu bezahlen. Dieser planwirtschaftliche Zwang ist zum Glück durch das BVGER-Urteil aufgehoben worden. (Zur Info: Wenn Sie das BVGER-Urteil auf Französisch selber gelesen haben, dann werden Sie schnell feststellen, dass das BVGER das BGER-Urteil «ywesee Vs Documed» und das WEKO-Urteil «Documed» als Grundlage genommen hat.)

4. Das gedruckte Buch wurde bereits vor 3 Jahren durch das eBook der Documed AG und das eBook von oddb.org (ywesee GmbH) ersetzt. Das eBook ist aktueller als das gedruckte Buch, weil es häufiger aktualisiert wird (mindestens monatlich).
5. Die WEKO hat im Jahre 2012 gegen die Documed, e-mediart und die HCI-Solutions eine Untersuchung wegen marktbeherrschender Stellung eingeleitet. Die Pharmafirmen haben in der Vergangenheit noch nie für das Listing ihrer Produkte in den Informationssystemen der Medikamentenverbraucher bezahlt. Dafür hat bisher immer der Bezüger der Daten (Apotheken, Drogereien, Arzt, Spital, Krankenkasse, Heim etc.) bezahlt. Die Pharmafirma bezahlt bereits mehrfach für das Listing ihrer Produkte in den Public Domain Datenquellen: BAG, Swissmedic, Refdata. Wieso soll die Pharmafirma für das Listing ihrer Produkte nochmals bezahlen, wenn alle Daten bereits strukturiert im Public Domain vorhanden sind?
6. In den USA werden Clinical Decision Support Systeme von der FDA reguliert. In der Schweiz ist das noch nicht der Fall, wird aber sicherlich auch bald kommen. Der Grund dafür sind wohl die Haftungsansprüche, wenn jemand wegen einer falschen Medikamentenempfehlung durch eine «intelligente Software» einen Schaden davonträgt. Falsche Medikamenten-Empfehlungen durch Softwares sind leider nicht so harmlos wie falsche Wegbeschreibungen (z.B. von Apple Maps).
7. Mit dem Ende des Arzneimittel-Kompodiums-Buch herrscht im Bereich der Artikelstammdaten endlich ein fairer Wettbewerb in der Schweiz.

Mit den Entscheiden der Schweizer Gerichte ist die Schweiz an die vorderste Front bezüglich Innovationen basierend auf Public Domain Daten gerutscht. Herr Dr. Printzen: Es ist Zeit zum Umsatteln auf die neue Realität! Die neue Realität spart Kosten und ermöglicht eine Fülle von neuen Innovationen!

Mit freundlichen Grüssen

*Dr. med. Zeno Davatz, Zürich*

PS: Alle obigen genannten Datenquellen können heute mit der OpenSource-Software oddb2xml in strukturierte XML-Files umgewandelt werden. Die Software findet man hier: <https://github.com/zdavatz/oddb2xml> [Lizenz ist GPLv3.0]

Eine ausführlichere Version dieser Stellungnahme ist unter folgender Internetadresse zugänglich: [www.ywesee.com/Main/ReplikSAEZ](http://www.ywesee.com/Main/ReplikSAEZ)

- 1 Printzen G. 35 Jahre Arzneimittel-Kompodium et quo vadis. Schweiz Ärztezeitung. 2013;94(7):235.

## Replik

Gerne hebe ich nochmals die Kernbotschaft des Editorials hervor: Die FMH ist besorgt um die Patientensicherheit im Zusammenhang mit der Verordnung von Arzneimitteln. Für die Patientensicherheit ist es zentral, dass den Gesundheitsfachpersonen zuverlässige, vollständige und aktuelle Arzneimittelinformation schnell und einfach zur Verfügung steht: Das bedeutet, die Information muss an einem Ort vollständig veröffentlicht werden und dies in einer für die Verwendung adäquaten Form.

Die FMH unterstreicht zudem auch die Bedeutung von probaten Übergangslösungen bis zur Umsetzung und Verbreitung von entsprechenden elektronischen Werkzeugen, damit die Patientensicherheit in dieser Übergangsphase nicht gefährdet wird.

Hier sind die Politik, der Staat, die Industrie/Zulassungsinhaber und die Ärzteschaft gemeinsam gefordert!

*Dr. med. Gert Printzen, Mitglied des Zentralvorstandes der FMH, Verantwortlicher Ressort Heilmittel*



## Legitimer demokratischer Widerstand

Herablassend und polemisch begegnet Herr Fey [1] der breiten Kritik am Bericht des Fachorgans hochspezialisierte Medizin (HSM) zum Thema HSM Onkologie [2]. Die Gründe der Kritik sind jedoch keineswegs schwer verständlich.

Das HSM Fachorgan definiert *vorerst* zwölf onkologische Erkrankungen, die nur an sieben vom Fachorgan selbst deklarierten «Comprehensive Cancer Centers» (CCC's) behandelt werden sollen. Das Fachorgan schreibt: «Die Festlegung der Strategie der Versorgung der ausgewählten Tumorarten erfolgt an den 7 vorgeschlagenen Zentren auf Stufe eines Comprehensive Cancer Centers (CCC). Davon kann abgewichen werden, wenn medizinische Gründe für eine Verlegung bzw. Versorgung ausserhalb eines der 7 Zentren sprechen. Dies muss in Rücksprache bzw. mit Zustimmung

mung eines der 7 Zentren erfolgen. Die 7 vorgenannten Zentren legen die Behandlungsstrategie fest und bestimmen, welche Therapieschritte bzw. welche Elemente der Vor- und Nachsorge im Rahmen der Vernetzung in einem Spital auf Stufe eines Primary Cancer Center, in weiteren Spitälern oder durch niedergelassene Onkologen/-innen erfolgen sollen.»

Damit überschreitet das HSM Fachorgan massiv und unseres Erachtens rechtswidrig seinen gesetzlichen Auftrag, jene Bereiche und Leistungen zu koordinieren und zu konzentrieren, die durch ihre Seltenheit, ihr Innovationspotential, ihren hohen personellen oder technischen Aufwand oder durch komplexe Behandlungsverfahren gekennzeichnet sind (Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin, Artikel 3).

Niemand wehrt sich dagegen, dass komplexe, technisch aufwendige und innovative Therapien bei seltenen Erkrankungen koordiniert und zentralisiert werden (z.B. allogene Stammzelltransplantation, hypertherme intraperitoneale Chemoperfusion, Radionuklidtherapien bei neuroendokrinen Tumoren, Protonentherapie etc.) und wir begrüssen dieses Angebot für diejenigen Patienten, die davon profitieren können.

Das Vorliegen einer seltenen onkologischen Erkrankung heisst jedoch nicht notwendigerweise, dass der Patient auch einer hochspezialisierten Medizin bedarf. Viele onkologische Patienten, auch solche mit seltenen Tumorerkrankungen, brauchen in erster Linie einen kompetenten, verständigen und einfühlsamen Arzt und Onkologen, wenn möglich wohnortsnah, der ihn während seiner Erkrankung berät, behandelt und begleitet. Eine grosse Publikationsliste ist dazu nicht notwendig, sondern klinische Erfahrung und Engagement für den Patienten (ich will damit nicht sagen, dass wissenschaftliche Lorbeeren dies ausschliessen). In Bülach ist diese Betreuung durchaus gewährleistet (wobei es sich dort nicht um ein Einzelstübli, sondern um eine onkologische Praxisgemeinschaft in unmittelbarer Nachbarschaft zu und in enger Zusammenarbeit mit einem Spital handelt).

Mit den Vorschlägen im Bericht des Fachorgans HSM werden die Onkologen eingeteilt in diejenigen, die bestimmen, und diejenigen, die auszuführen haben. Auf die Patienten wird nicht eingegangen. Wo bleibt sein Recht, eine Behandlung nicht an einem CCC machen zu müssen oder eine Behandlung ablehnen zu können? Die Vorschläge greifen in die freie Arztwahl des Patienten und die Berufsfreiheit des Arztes ein. Herr Fey meint, das sei keine Schnapsidee. Wirklich nicht?

Den legitimen, demokratischen Widerstand gegen den Inhalt und die Vorgehensweise des Fachorgans HSM bezeichnet Herr Fey als aufmüpfige Protestaktionen ähnlich pubertierenden Jugendlichen und er lässt damit den Respekt gegenüber demokratischen Prozessen

vermissen. Wir haben eine Petition gegen HSM Onkologie gestartet, die auch von vielen anderen Krebsklinikern in der Schweiz unterstützt wurde. Dank der modernen Kommunikationstechnik gelang es uns ohne Mühe, in kurzer Zeit über 2000 Unterschriften zu sammeln (bisher von insgesamt 1480 Ärzten, davon 175 Onkologen und Hämatologen, 27 Radio-Onkologen, 214 Chirurgen, 133 Gynäkologen etc.; von 785 Spitalärzten und 672 niedergelassenen Ärzten). Dies zeigt uns eindrücklich, dass der Protest gegen HSM Onkologie in dieser Form keineswegs nur von acht Aufrechten getragen wird, sondern breit abgestützt ist.

Als Leser haben Sie die Möglichkeit, den Bericht HSM Onkologie und die Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin auf [www.onkonet.ch](http://www.onkonet.ch) einzusehen und den Petitionsbogen herunterzuladen und zu unterschreiben.

*Dr. med. Lucas Widmer, Uitikon Waldegg*

- 1 Fey M. Droht die onkologische «Apocalypse Now»? Schweiz Ärztezeitung. 2013;94(11):438–9.
- 2 Nadig J, Gruber G, Trutmann M, Schwöbel M, Ziltener E, Saxer U, Lohri A. HSM Onkologie: Speerspitze einer Zentralisierung der ambulanten Versorgung? Schweiz Ärztezeitung. 2013;94(4):94–6.



#### Unterlassungsfehler

Kollege T. Kaufmann [1] ergreift Massnahmen gegen Boykott-Firmen, indem er deren Medikamente aus dem Sortiment nimmt und keine Vertreter mehr empfängt.

Die Pharma-Multis Novartis, Roche und Sandoz sparen offenbar je um 1 Million, wenn sie ihre Medikamente nicht mehr im Kompendium erscheinen lassen. Dies obwohl noch kaum 20% der Praxen elektronische KGs führen und somit nicht dauernd online / am PC sind.

Wenn man bedenkt, dass Novartis Herrn Vassella 72 Mio. nachwerfen wollte, fragt man sich schon, ob diese Damen und Herren nur ansatzweise querdenken können: 1 Mio. für die Erleichterung der Alltagsarbeit all derjenigen, die ja immerhin die Produkte auswählen, oder 72 Mio. à fonds perdu für einen Einzelnen?!

Zurück zu Kollege Kaufmann: «Wer nichts macht, kann keine Fehler machen», sagt man. Von wegen: Nur schon wir Ärzte kennen den Unterlassungsfehler. Also denken wenigstens wir quer ...

*Dr. med. Hans-Robert Naef, Luzern*

- 1 Kaufmann T. Arzneimittel-Kompendium 2013. Schweiz Ärztezeitung. 2013;94(11):424.



#### Analoge Entwicklung in Gesellschaft und Psychiatrie

##### Zum Leserbrief von Dr. med. W. Stoller [1]

Mit Ihrem Leserbrief haben Sie ein wichtiges Problem der Psychiatrie aufgegriffen. Die Situation der Psychiatrie heute bedarf einer Beurteilung sowohl aus einer historischen Perspektive als auch vor dem aktuellen gesellschaftlichen, globalen Kontext. Eine Änderung der Richtung der Psychiatrie kann nur im Rahmen einer breiteren gesellschaftlichen Reform gelingen. 1988 habe ich auf das Dilemma, das Sie ansprechen, aufmerksam gemacht: «Der Mensch ist sowohl ein biologisches als auch soziales Wesen. So weit sind alle Forscher vermutlich untereinander noch einverstanden, dafür findet sich weniger leicht eine Einheit der Meinungen, wenn entschieden werden soll, wo in der Ursachenkette vorbeugend oder therapeutisch eingegriffen werden könnte, im biologischen Bereich oder im Milieu» [2]. Die Entscheidung, in welcher Richtung sich die Psychiatrie weiterentwickeln wird, hängt von der Richtung ab, die die Gesellschaft als Ganzes einschlagen wird. Mit der Enthumanisierung der Gesellschaft geht auch eine analoge Entwicklung in der Psychiatrie einher. Trotz der Schwierigkeiten, einen Trendwechsel herbeizuführen, sind Ermahnungen, wie sie von Ihnen formuliert worden sind, dringend nötig und sollten eine breitere Aufmerksamkeit finden.

*Dr. med. René Bloch, Marseille*

- 1 Stoller WA. Die Psychiatrie ist jene Geisteskrankheit, für deren Therapie sie sich hält. Schweiz Ärztezeitung. 2013;94(11):424.
- 2 Bloch R. Droht uns die totale Psychiatrie? Olten: Walter; 1988.



#### Wo sind die humanistischen Werte geblieben?

##### Zum Artikel «Einen Schritt vor, zwei Schritte zurück» [1]

Nach dem Lesen des Artikels von Herrn Dr. René Bridler habe ich mir die Frage gestellt: Was ist los mit der Psychiatrie in unserem Land? Wie kann es sein, dass wir seit dem 1. Januar 2013 ein Erwachsenenschutzrecht (ESR) haben, das Menschen wegen seelischen Erkrankungen in eine «geeignete» Institution einschliessen, sie dort gegen ihren Willen be-

handeln und neu auch noch zusätzlich ambulante Zwangsmassnahmen anordnen kann? Und zu allem noch ist der Auftraggeber in diesen Fällen eine staatliche Einrichtung. Eine geeignete Institution kann eine geschlossene Einrichtung, neu aber auch eine geschützte Wohnform, eine Alters- oder eine Pflegeeinrichtung oder sogar die eigene Wohnung sein. Ich kann Herrn Bridler nur Recht geben, wenn er von einer rückschrittigen Massnahme schreibt. Die Ergebnisse, der jahrhundertlangen Forschung über die Natur des Menschen werden nicht wirklich einbezogen bei der Behandlung psychisch kranker Menschen. Wo sind die humanistischen Werte geblieben, welche sich die Menschheit erarbeitet hat? Seelisch erkrankte Menschen brauchen eine behutsame und von Mitmenschlichkeit geprägte Begleitung, damit der empfindliche Prozess der Vertrauensbildung weder gestört noch behindert wird. Je sicherer der Therapeut eine Atmosphäre der Gleichwertigkeit, des Wohlwollens und der Zusammenarbeit schafft, desto eher lässt sich der Hilfesuchende auf die Beziehung ein und öffnet sich. In einer mit Zwang und Kontrolle durchgeführten Behandlung kann kein therapeutisches Klima entstehen. Zudem besteht die Gefahr, dass er sich bei einer weiteren Lebenskrise nicht mehr in Behandlung begibt. Wie kann es so weit kommen, dass die Psychiatrie sogar neurobiologische Gründe findet, um Patienten «zu ihrem eigenen Wohl» gegen ihren Willen zu therapieren? Herr Bridler führt als Beispiel das Konzept der «Neurotoxizität» unbehandelte Psychosen auf. Bei solchen Überlegungen kann ich nur Allen Frances zitieren, der gesagt hat: «Unsere Neurotransmitter-Theorien sind nicht viel weiter als die Säftelehre der Griechen.» Eine Rückbesinnung auf eine Psychologie, die das personale

humanistische Menschenbild als Grundlage hat, ist dringend notwendig.

*Dr. med. Gabriella Hunziker, Mühlritzi*

- 1 Bridler R. Einen Schritt vor, zwei zurück. Schweiz Ärztezeitung. 2013;94(12):486–9.



### Multimorbidität und chronische Krankheiten

#### Zum Artikel «Multimorbidität und chronische Krankheiten prägen zusehends den ärztlichen Alltag» [1]

Bemühungen, Multimorbidität und chronische Krankheiten besser zu verstehen, um Qualität und Volumen der Gesundheitsversorgung «rationaler» zu gestalten, sind sicherlich unterstützenswert. Doch die Innovation eines interdisziplinären Netzwerkes und der Aufruf zur «optimierten Forschung» (bevorzugt Gruppenforschung) dürfen m. E. nicht darüber hinwegtäuschen, dass projektbegleitend eine offene Kritik unserer instrumentellen Vernunft und teilweise unzeitgemässen wissenschaftlichen Heuristik nötig ist.

Dazu einige Gedanken: Immer wieder stellen wir uns die Grundfrage, wie wir bei gegebenem Ziel aus alternativen Handlungsmöglichkeiten die beste (wissenschaftlich, ökonomisch, subjektiv) auswählen können. In diese normative Lücke walzte in den letzten Jahren allmählich die «Evidenz-gestützte Medizin», die sich streng auf gruppenstatistische Ergebnisse verlässt. Wie Kollege Battegay m. E. aber zutreffend zwischen den

Zeilen lesen lässt, scheint bei multimorbiden Patienten (und das ist doch die Mehrheit der Klienten des Gesundheitssystems) der normative Algorithmus-Dschungel undurchdringlich, widersprüchlich und manchmal sogar unvereinbar mit den hippokratischen Imperativen. Durch Forschung will man nun das Phänomen der Multimorbidität auf eine hypothetisch übergeordnete Ebene heben, um dort die fehlende Normativität abzuholen. Diese Idee ist aber nicht neu, denn die Multimorbidität mit ihren emergenten Eigenschaften ist ja bereits lange konstitutives Element der modernen Geriatrie und mustergültig in der Übersicht von Frau Brigitte Santos-Eggimann et al. im begleitenden SMF (2013;13(12):248–52) dargestellt. Doch dringt all dieser Eifer nicht über «naturalistische Voraussetzungen» hinaus und kann den moralischen Formen des Normativen nicht gerecht werden. Das naturalistisch feststellbare «Müssen», das darin besteht, dass eine empirische Tatsache eine notwendige Bedingung für eine Folge ist, bedarf mehr, um ein normatives «Müssen» zu werden. Es ist nun an der Zeit dieses «Mehr» durch kritisches Nachdenken und, wie Karl Popper fordert, durch Aufstellen von Theorien kühner Vermutungen zu fördern. Z. B. könnten wir dazu übergehen, Krankheiten nicht mehr als universelle Begriffe, sondern als nicht wiederholbare individuelle Prozesse aufzufassen, die einer N-of-1-Forschung und nicht einer Gruppenforschung zugänglich sind.

Bleibt die Hoffnung, dass das Projekt des USZ nicht einfach eine Wiederholung des «Immergleichen» sein wird.

*Dr. med. Titus Bihl Lainsbury, Freiburg i. Üe.*

- 1 Battegay E. Multimorbidität und chronische Krankheiten prägen zusehends den ärztlichen Alltag. Schweiz Ärztezeitung. 2013;94(12):460–1.

## Communications

### Examen de spécialiste

#### Examen de spécialiste en vue de l'obtention du titre de spécialiste en médecine tropicale et médecine de voyages

Lieu: Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut Basel

Date: jeudi, 12 décembre 2013

Délai d'inscription: 30 juin 2013

Vous trouverez de plus amples informations sur le site Web de l'ISFM [www.siwf.ch](http://www.siwf.ch) → formation postgraduée médecins-assistants → Examens de spécialiste.

### Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM)

#### Mise au concours d'une étude concernant l'«Attitude du corps médical face à l'assistance au suicide»

Aux termes de l'article 115 du Code pénal suisse, l'assistance au suicide n'est pas punissable lorsqu'elle intervient sans mobile égoïste. Les directives médico-éthiques de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) n'excluent pas l'assistance au suicide par un médecin, mais la limite aux patients en fin de vie. En janvier 2012, la Commission Centrale d'éthique de l'ASSM a confirmé ses positions dans une feuille de route et une série d'articles dans le Bulletin des médecins suisses. Ceux-ci ont

donné lieu à des débats animés sur le rôle des médecins; une adaptation des directives de l'ASSM a même été exigée par certains.

Dans ce contexte, l'ASSM a décidé de mettre au concours une étude dont le but est d'analyser l'attitude du corps médical face à l'assistance au suicide. Les résultats de cette étude serviront de base à une discussion qui se déroulera au niveau interne dans un premier temps. La mise au concours s'adresse en particulier à des instituts d'éthique universitaires et des institutions correspondantes auprès des hautes écoles. Toutefois les offres d'autres institutions ou experts individuels seront également prises en compte.

Vous trouvez la documentation relative à l'appel d'offres sous [www.samw.ch/fr/Actualites/appel-d-offres.html?p=01](http://www.samw.ch/fr/Actualites/appel-d-offres.html?p=01)