

Courrier au BMS



Sicherheit und Regelung von «Mobile Medical Apps»

Zum Spectrum-Beitrag «Gesund dank Smartphone?» [1]

Das Smartphone wird in der Medizin der Zukunft ohne Zweifel eine Schlüsselfunktion innehaben [1, 2, 6]. Die rasant wachsende Zahl von mobilen medizinischen Anwendungen im Gesundheitswesen hat das Potential, den Ressourcenverbrauch und die Kosten zu verringern. Ein wichtiger Gesichtspunkt im Bereich der mobilen Gesundheit ist aber die Sicherheit und Regelung der Smartphone-Apps [2]. Im September 2013 hat die U.S. Food and Drug Administration (FDA) Leitlinien publiziert, um die Anwendungen von «mobile medical apps and other health software» zu regulieren und die Verbraucher zu schützen [3]. Es wird zurzeit heftig diskutiert, ob nun auch US-Gesetze folgen sollten. Die Europäische Kommission hat zudem Vorschriften, die die Entwicklung und Anwendung von Medizinprodukten, die Software in «healthcare apps» nutzt, abdeckt (http://ec.europa.eu/health/medical-devices/documents/guidelines/index_en.htm).

Da mobile benutzerfreundliche Anwendungen zunehmend in klinischen Settings eingesetzt werden, darf nicht unerwähnt bleiben, dass der Mangel an Genauigkeit ein ernstes Risiko bedeuten kann [2, 6]. In einer aktuellen kanadischen Evaluationsstudie zu 14 «smartphone medical calculation apps» von Bierbrier et al. zeigte sich, dass zwar die meisten Apps genaue und zuverlässige Ergebnisse liefern (98,6 Prozent: 17 Fehler in 1240 Tests), bei der Berechnung beispielsweise des Child-Pugh-Score und dem MELD-Score (Model for End-Stage Liver Disease), aber bei einigen Apps klinisch relevante Fehler auftreten können [4]. Das heisst, mehr Kontrolle wünschenswerterweise durch eine unabhängige staatliche Agentur ist notwendig, um die volle Genauigkeit der medizinischen Apps sicherzustellen [2, 4].

Der Schutz der persönlichen Daten sollte im Hacking-Zeitalter als weiteres wichtiges Anliegen gewährleistet sein. Und die Auswirkungen der App-Verwendung über die Interaktion zwischen Ärzten und Patienten muss in zukünftigen genderspezifischen Forschungsansätzen vermehrt untersucht werden [2, 5], da die kontinuierliche mobile Gesundheitsüberwachung auch nicht für alle Menschen (z. B. sehr ängstli-

che Personen) geeignet ist [2]. Erste Daten zeigen immerhin, dass medizinische Smartphone-Apps auf dem Weg zu einem gesünderen Lebensstil unterstützen können [5]. Die mobile Gesundheit ist und wird eine aufregende Zeit in der Geschichte der Medizin bleiben.

*Dr. oec. troph. Martin Hofmeister,
Verbraucherzentrale Bayern e.V., München*

- 1 Spectrum. Gesund dank Smartphone? Schweiz Ärztezeitung. 2014;95(9):358.
- 2 Hayes DF, Markus HS, Leslie RD, Topol EJ. Personalized medicine: risk prediction, targeted therapies and mobile health technology. BMC. Med. 2014;12(1):37.
- 3 Food and Drug Administration. Mobile medical applications: guidance for industry and Food and Drug Administration staff. (Sept. 25, 2013) www.fda.gov/downloads/medicaldevices/deviceregulationandguidance/guidancedocuments/ucm263366.pdf
- 4 Bierbrier R, Lo V, Wu RC. Evaluation of the accuracy of smartphone medical calculation apps. J Med Internet Res. 2014;16(2):e32.
- 5 Derbyshire E, Dancy D. Smartphone medical applications for women's health: what is the evidence-base and feedback? Int J Telemed Appl. 2013;2013:782074.
- 6 Martínez-Pérez BI, de la Torre-Díez I, López-Coronado M, et al. Mobile clinical decision support systems and applications: a literature and commercial review. J Med Syst. 2014;38(1):4.



UVG versus KK – ein staatlich verordnetes Zweiklassensystem

Die Autoren beklagen die Abgrenzungsschwierigkeiten bei den UKS und die ethisch bedenklichen Verschiebungstendenzen über die UKS hin zum UVG. Zwei Aspekte kommen dabei zu wenig zur Sprache:

1. Bis vor 6–7 Jahren war die Abgrenzungsproblematik sehr bland. Es bestand offenbar ein Konsens, dass eine gewisse Verschiebung hin zum UVG gesellschaftlich sinnvoll sei. Die Schwierigkeiten kamen erst auf mit dem heute bestehenden Abgrenzungskampf, in dem jede UVG-Versicherung zum frühestmöglichen Zeitpunkt jeden Fall mit allen Mitteln zulasten der KK loswerden will. Der ursprüngliche gesellschaftliche Konsens wird da unter Zuhilfenahme aller Rechtsmittel verschoben, nicht nur bei den UKS.
2. Was im Artikel nur ganz kurz im Schlusssatz antönt, ist allerdings die Hauptfrage. Wenn im

Zusammenhang mit UKS/UVG die Ethik bemüht wird, stellt sich viel früher die Grundsatzfrage nach der Rechtfertigung der immensen Leistungsunterschiede zwischen den zwei Sozialversicherungseinrichtungen UVG und KK. Was rechtfertigt eigentlich, dass die Hausfrau und Mutter, die 4 zukünftige AHV-Zahler aufzieht, so viel schlechter gestellt ist bei einem Unfall als eine Sachbearbeiterin bei einer Versicherung? Der Anfang der Überlegungen war sicher der Bauarbeiter, der wegen seines Arbeitseinsatzes eine schwere Verletzung erleidet. Die Generalisierung der Grosszügigkeit aus dieser Sicht hat jedoch zu einer ethisch problematischen Zweiklassen- Sozialversicherung geführt. So gesehen sind die Schwierigkeiten bei den UKS eigentlich nur ein Symptom der Ungerechtigkeit im ganzen UVG/KK-System. Erfolgt im ganzen System eine Anpassung, wird das Konstrukt der UKS wieder zu einem praktischen pragmatischen Tool der Vereinfachung.

Dr med. Christoph Reich-Rutz, Zürich

- 1 Dubs L et al., Das «Unfallähnliche Ereignis» und seine bedenklichen Folgen. Schweiz Ärztezeitung. 2014;95(10):402–5.



Ärztmangel ... die ewige Geschichte

Selbstverständlich haben wir schweizweit genug Ärzte, aber wir haben zu wenig, die überhaupt noch 100 Prozent arbeiten wollen! Verschärft wird die Situation noch dadurch, dass in vielen Kantonen praktizierende Ärztinnen mit Kindern bis zum 3. Lebensjahr vom ärztlichen Notfalldienst dispensiert sind, Ärzte in gleicher Situation in diskriminierender Weise dagegen nicht.

Von den jährlich über 800 neudiplomierten Schweizer Ärztinnen und Ärzten verzichtet über ein Drittel auf eine Weiterbildung als Spitalassistent, sondern macht ein Praktikum in der Banken-, Lebensversicherungs- oder Pharmaindustrie, wo sie als Consultant oder Risikoberater im Healthmanagement in kürzester Zeit einiges mehr verdienen können als ein Landarzt, inklusive geregelter Altersvorsorge und 5 Wochen bezahlte Ferien.

Begünstigt wird dies noch durch eine grosszügige, politisch basierte eidgenössische Fort- und Weiterbildung der Ärzteschaft, wonach man keine(n) Arzt oder Ärztin zwingen kann, z. B. nach dem Staatsexamen sein/ihr Wissen für

2 Jahre, notabene bezahlt, an einem Schweizer Spital als Assistenzarzt zum Nutzen aller einzusetzen, quasi als Abgeltung der 500000 Franken, welche die Steuerzahler pro Arztausbildung be-rapen müssen.

Dr. med. Mathias Oechslin, Schwyz



Menschen mit Demenz: Ohne Betreuung geht es nicht

Pflege und Betreuung von Menschen mit und ohne Demenz zeigen sich als grosse gesellschaftliche Herausforderung. Aktuell wird eine öffentliche Diskussion über deren Finanzierung geführt. Dabei geht es aus unserer Sicht um die Begriffe wie Effizienz der Pflegeleistungen, Unnötigkeit von Betreuungsleistungen und letztendlich um die Frage, was der Mensch mit und ohne Demenz kosten darf. Als Institution für Menschen mit Demenz, und das sind zum grossen Teil diejenigen, um die es geht, möchten wir dazu einen Diskussionsbeitrag leisten.

Heute werden Pflege und Betreuung als zwei scheinbar klar voneinander trennbare Leistungskategorien betrachtet. In dieser Denkweise wird Pflege reduziert auf die gesetzlich definierten Leistungen, an welche die Krankenkasse Beiträge erbringen muss. Der Umfang dieser Pflegeleistungen wird über ein Pflegebedarfserfassungssystem zeitlich quantifiziert und ärztlich verordnet. Er ist so scheinbar objektiv ausgewiesen. Betreuung hingegen ist nicht gesetzlich definiert. Ihr Bedarf muss nicht erfasst werden. Diese «Nichtregelung» impliziert, dass Betreuungsleistungen es nicht wert sind, definiert, erfasst und solidarisch finanziert zu werden.

Diese heute gültige Praxis zur Finanzierung der Leistungen eines Pflegeheims führt in Kombination mit dem unerschütterlichen Glauben an die Messbarkeit jeglicher Leistungen zwangsläufig zu einer Diskussion. Pflegeleistungen sind offiziell anerkannt, objektiv erfasst und werden von der Allgemeinheit finanziert. Betreuungsleistungen sind nicht definiert, nur subjektiv notwendig und persönlich zu finanzieren.

Ist menschliche Zuwendung qualifizierbar und quantifizierbar? Ohne Betreuungsleistung ist keine optimale Unterstützung möglich. Besonders wenn es um die Betreuung von Menschen mit Demenz geht, ist es immer schwierig zwischen Pflege und Betreuung zu unterscheiden. Es braucht beides. Die Schnittstelle zwischen den beiden Bereichen ist immer unscharf und nicht eindeutig zu identifizieren. Wo hört Pflege auf, wo fängt Betreuung an?

Wie können Menschen mit Demenz betreut werden? Dazu gibt es zwei Sichtweisen. Die

«kassenpflichtigen» Pflegeleistungen erfassen nur minimale pflegerische Leistungen, die unseres Erachtens nur dem Nötigsten entsprechen. Die existenziellen Bedürfnisse nach Zuwendung, Anerkennung, im eigenen, langsamen Rhythmus bleiben können, Sinnfindung usw. finden darin keinen Platz.

Die zweite Sichtweise betrachtet Betreuung als Teil der Pflege und Pflege als Teil der Betreuung. Das könnte zum Beispiel bedeuten, dass die Unterstützung beim Essen über die reine Handlung hinaus durch Zuwendung, Anregung und auch Abwarten ergänzt wird. Bis ein Bissen geschluckt ist, können bei Menschen mit Demenz gut einige Minuten vergehen. So kann die Unterstützung bei einer Mahlzeit schon einmal bis zu einer Stunde dauern. Und diese Stunde geht weit über die Zeit hinaus, welche über das Erfassungssystem als Normzeit vorgegeben wird. Man kann natürlich auch den Weg des geringsten Widerstands gehen und eine Magensonde legen. Es stellt sich allerdings die Frage, wer für sich selber entscheiden würde, aus «Effizienzgründen» so betreut zu werden.

Pflege und Betreuung sind nicht trennbar. Leider – oder glücklicherweise? – ist die Realität von Pflege und Betreuung komplexer. Im Erleben der Menschen, welche diese beiden Arten von Leistung in Anspruch nehmen, sind Pflege und Betreuung gleichberechtigt miteinander verbunden. Sie gehören zusammen. Das eine verliert ohne das andere an Bedeutung. Dem Anspruch, den Menschen ein Umfeld bieten zu können, in dem sie sich selbst positiv wahrnehmen können, werden Heime nur gerecht, wenn pflegerische und betreuende Aufgaben gleichwertig erbracht werden.

Betreuung trägt entscheidend zum Wohlbefinden bei. Ein Mensch, der in einer Institution lebt, leben muss, wird sich dort nicht wohl fühlen, wenn er nur die «kassenanerkannten» und ärztlich verordneten Pflegeleistungen erhält. Ihm wird nicht das zuteil, was ihm zusteht und was wir als Gesellschaft den alternen Menschen zugestehen sollten.

Michael Schmieder,
Heimleitung Sommeil AG, Wetzikon



Ein Deutungsversuch der Person

In der Buchbesprechung «Ein stilles musikalisches Credo in einer lauten Faktenwelt» von Prof. Kesselring [1] steht im dritten Absatz «Der lateinische Ausdruck der Persona (<das, was durch-tönt>) hat sich zum Glück in unseren Sprachen erhalten». Dieser etymologische Deutungsversuch ist verlockend, aber möglicherweise als sogenannte Volksetymologie einzustufen.

Person: Die Wurzel könnte entweder auf das etruskische phersu (Maske) zurückgehen oder auf das griechische prosopon aus proti-op-on d. h. was gegenüber den Augen, dem Anblick (des Partners) liegt, An-gesicht [2, 3]. Eine Assoziation mit dem lateinischen personare (durchtönen) ist eher als eine reine Ideenassoziation zu deuten.

Person ist also eine Maske, was eine ganz andere Bedeutung hat als das, was durch-tönt. Beide weit auseinanderstehenden Deutungsversuche sind in ihren etymologischen Geheimnissen staunenswert, umso mehr, wenn es um die psychiatrische Terminologie geht, wie z. B. De-Personalisation u. a. m.

Dr. med. Gabriel Picard, Neggio

- 1 Kesselring J. Ein stilles musikalisches Credo in einer lauten Faktenwelt. Schweiz Ärztezeitung. 2014;95(11):456.
- 2 Ernout A, Meillet A. Dictionnaire étymologique de la langue latine. Paris; 1985.
- 3 Frisk H. Griechisches etymologisches Wörterbuch. Heidelberg; 1970.



Primäre Toxoplasmoseprävention: «wäg dr Chatz für d'Chatz» oder: gezielte IgG-negative primäre Toxoplasmose-Prävention in graviditate

Zum Beitrag «Screening nach zwei Jahrzehnten aufgegeben» [1]

Das «wilde Toxoplasmose-Screening» mit häufigen und wiederholten IgG- UND IgM-Analysen ist dank Eurotoxo auch in der Schweiz grösstenteils Geschichte. Unsere Schwangeren sind aber individuell nicht bereit, >9 Monate auf rohen Fleischkontakt und Jungkatzen zu verzichten, wenn jeder vierten Schwangeren (Anteil mit positivem Toxoplasmose-IgG) mit einer einzigen Laboranalyse à 18 CHF unnötige Toxo-Präventionsmassnahmen attestiert werden könnten, da kein fetales Risiko besteht. Seit meinem publizierten Plädoyer für eine gezielte IgG-negative Toxoplasmose-Primärprävention [2] haben sich >90% meiner Patientinnen mit Kinderwunsch resp. meiner Schwangeren für die selbst zu bezahlende Toxoplasmose-IgG-

Lettres de lecteurs



Envoyez vos lettres de lecteur de manière simple et rapide. Sur notre site internet, vous trouverez un outil spécifique pour le faire. Votre lettre de lecteur pourra ainsi être traitée et publiée rapidement. Vous trouverez toutes les informations sous: www.bullmed.ch/auteurs/envoi-lettres-lecteurs/

Bestimmung ausgesprochen. Das präkonzeptionelle Gespräch soll also nicht nur die Folsäure-Supplementierung, sondern auch die gezielte Abklärung des Immunitätsstatus beinhalten. Dazu gehören die Überprüfung der Dokumentation von 3 HepatitisB- und 2 MMR-Impfungen, die positive Windpocken-Anamnese oder (bei unsicherer Anamnese und negativen VZV-IgG) 2 VZV-Impfungen und wegen der bereits präkonzeptionell nötigen primären Prävention die Kenntnis des Toxoplasma-Immunitätsstatus (IgG!). Zusätzlich erfordert die berufliche Exposition nach Mutterschutzverordnung weitere Immunitäts-Abklärungen wie CMV (z. B. KiTa-Mitarbeiterin mit Kinderwunsch), Parvovirus B19 (z. B. Lehrpersonen von jüngeren Kindern mit Kinderwunsch) und eben den Toxoplasma IgG-Test zulasten des Arbeitgebers (z. B. Metzgerei-Angestellte mit Kinderwunsch).

Mit diesen Umsetzungsfragen hat sich die Schweiz. Arbeitsgruppe für KT bis heute zu wenig auseinandergesetzt, und dieses Kapitel bleibt zu ergänzen. Eine Konsensrunde mit Geburtshelfern, Arbeitsmedizinern und dem Seco (das WBF ist das Departement der Mutterschutzverordnung) ist anzustreben.

Dr. med. Daniel Brügger, Laupen

- 1 Schweizerische Arbeitsgruppe für konnatale Toxoplasma. Screening nach zwei Jahrzehnten aufgegeben. Schweiz Ärztezeitung. 2014; 95(9):351-3.
- 2 Brügger D. Toxoplasma-Paradigmenwechsel: Quiddid agis prudenter agas et respice finem. Plädoyer für eine gezielte IgG-negative Toxoplasma-Primärprävention. Schweiz Med Forum. 2009;9(32):553.



Ewige Jugend (ohne spätere Alters- oder Krankheitsgebrechlichkeit)

Man erinnert sich, wie jemand das Bundesgericht wegen dessen Weigerung, Ablebebeihilfe zu den sogenannten Grundrechten zu zählen, beim europäischen Gerichtshof für Menschenrechte verklagte, welcher (als Urteil oder anstelle eines solchen) dem Staat Vorhaltungen machte: Er habe versäumt, sich gesetzgeberisch deutlich zu äussern.

Wenn jemand die einerseits nicht auszuschliessende, andererseits zum menschlichen Dasein fast als «condition humaine» gehörende Gebrechlichkeit im Älterwerden umgehen möchte, in-

dem er sich zum sich selbst Auslöschen verhelphen lässt, muss der Staat dann daraus ein Grundrecht machen und darf sich eines Urteils nicht enthalten?

Man müsste ja auch blöde sein, «ins Blaue hinaus» anzunehmen, die Ablebebeihilfe als Tätigkeit habe selbstverständlich keinesfalls, ja nie und nimmer etwas mit einer heimlichen Freude an der Aussicht, dass es in der Folge, in Person des Ablebewilligen, jeweils einen Mitmenschen weniger gebe, zu tun «homo homini lupus ...» – wer wäre absolut gefeit gegen heimlich-uneingestandene eigennützige Tendenzen? Dies würde bedeuten, ein solcherart zwar nicht zutagetretender, jedoch möglicherweise bestehender Eigennutz könne auch seitens des Staats nicht ausgeschlossen werden, als «Grundtatsache».

Im Übrigen möchte der Staat dem Bürger vielleicht noch so gerne «ewige Jugend» garantieren, hat andererseits das Recht, realistisch zu bleiben und es nicht als seine Pflicht anzusehen, denjenigen, die ein alters-(oder krankheits-)gebrechliches Dasein ablehnen möchten, Ablebebeihilfe zu garantieren.

Peter Süssstrunk, Seewis

Sujets actuels de forum

Joignez la discussion en ligne sur www.saez.ch



Prof. Dr. méd. Peter Meier-Abt, membre du Conseil d'experts du Swiss Medical Board (SMB)

Débat sur la mammographie: prise de position du SMB

Diverses publications concordent avec les recommandations du SMB



Andreas Faller, gérant de l'entente système de santé libéral

Négociations TARMED

Ensemble contre les interventions de l'Etat



PD Dr. méd. Christoph Rageth, Centre du Sein, Zurich

Débat sur la mammographie

Nous avons besoin de dépistages cantonaux généralisés, à la qualité garantie!