

Briefe an die SÄZ

Innovation Qualité: weder noch!

Im Rahmen der Verleihung des neuen Qualitätspreises, «Innovation Qualité», der SAQM wurde erfreulicherweise ein präventiver Ansatz herausgegriffen [1, 2]. Eine multifaktorielle Vorgehensweise zur Reduktion diabetischer, insbesondere makrovaskulärer Komplikationen entspricht seit vielen Jahrzehnten an Diabeteszentren der gängigen Praxis: mit tatkräftiger Unterstützung zertifizierter Diabetesfachberater/-beraterinnen, die eine entsprechende strukturierte Weiterbildung an einer höheren Fachschule durchlaufen haben, werden die Vorteile einer multifaktoriellen Intervention beim T2DM im Sinne einer «sine qua non»-Bedingung [3] bereits seit vielen Jahrzehnten genutzt.

Im Rahmen wissenschaftlicher Studien, z.B. der Steno-2-Studie [3, 4], wurden diese Interventionen auf ihre relative Bedeutung im Rahmen der Risikoreduktion, d.h. auf ihre Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit, geprüft. Dabei zeigte sich, dass durch eine intensivierte Diabeseinstellung, mehr noch aber durch eine intensivierte medikamentöse Lipid- und Hypertoniebehandlung eine rund 50-prozentige Reduktion des relativen makrovaskulären Risikos erreicht werden kann. Massgebend zu rund zwei Dritteln für dieses Ergebnis war in der Steno-2-Studie eine Reduktion des LDL-Cholesterins (LDLC) um 47% von 3,45 auf 1,84 mmol/L. Eine Intervention zur Senkung des BMI trug zur Risikoreduktion direkt nichts bei [3, 4]. Aufgrund zahlloser Folgestudien, die analoge Ergebnisse lieferten, wurden in internationalen Konsensusvereinbarungen [5, 6] für viele Länder verbindliche Zielwerte festgelegt: LDLC <1,80 mmol/L bei T2DM mit einem zusätzlichen Risikofaktor (Primärprävention) [5]; LDLC <1,30 mmol/L bei T2DM in der Sekundärprävention [5, 6].

Die nun im erwähnten Artikel [2] publizierte Tabelle 1 suggeriert durch die Wahl der grün hinterlegten Felder inkorrekte Zielwerte: LDLC <3,50 mmol/L (hellgrün) oder zumindest <3,00 mmol/L (dunkelgrün); erst ab 3,50 mmol/L befinden wir uns gemäss den Autoren im orangen Bereich. Die international sowie auch in der Schweiz aufgrund wissenschaftlich gesicherter Erkenntnisse geltenden Zielwerte wurden offenbar gar nicht berücksichtigt oder waren den Autoren nicht bekannt, da eine Stratifizierung zu einer Gruppe von LDLC <1,80 bzw. <1,30 mmol/L nicht erfolgte. Somit lässt sich nicht erkennen, wieviel Prozent der Patienten die Zielwerte tatsächlich erreicht haben.

Werte, die einer Hypertonie Grad 1 (140–159/90–99 mm Hg) entsprechen, sind ebenfalls hellgrün hinterlegt, obwohl diese Werte eindeutig nicht mehr akzeptabel sind [5, 6]. Auch hier befinden wir uns gemäss Autoren erst bei einer Grad-2-Hypertonie (160–179/100–109 mm Hg) im orangen Bereich. Im Vergleich zu den erwähnten publizierten Ergebnissen ist durch die beschriebene, aufwändige Intervention im Rahmen eines Hausarzt-Settings mit Einbezug eines «Coachs» keine Risikoreduktion zu erwarten, da die LDLC-Werte absolut unverändert blieben, ja der Anteil der Patienten mit LDLC-Konzentrationen unter 3,0 mmol/L numerisch sogar abnahm (–1%). Die überwiegende Anzahl der Patienten (schätzungsweise 60–80%) erreichte die Zielwerte (LDLC <1,8 bzw. <1,3 mmol/L und Blutdruck <135/85 mm Hg) offenbar auch nach intensiviertem «Power-Management» nicht. Angesichts dieser ungenügenden Situation davon zu sprechen, dass die 600 Patientinnen und Patienten, die in den Ergebnissen erwähnt werden, «... recht gut behandelt ...» sind, ist nicht nachvollziehbar. Zudem sind auch die WZW-Kriterien des «interprofessionellen Chronic Care Management» keineswegs erfüllt; da insbesondere deren Wirksamkeit und Zweckmässigkeit in dieser Studie nicht nachgewiesen werden konnte.

Die in der *Schweizerischen Ärztezeitung* prominent publizierte prospektive, interventionelle, nicht-kontrollierte Studie (Tab. 1) ist deshalb auch aus ethischer Sicht bedenklich und die Frage scheint berechtigt, weshalb Letztere von der zuständigen Ethikkommission bewilligt wurde. Unter Einbezug bereits zahlreich publizierter, kontrollierter Studien mit einem ähnlichen Ansatz war schon vor Studienbeginn keine signifikante Risikoreduktion durch das mit dem «Innovation Qualité»-Preis prämierte Vorgehen zu erwarten. Die für die Risikoreduktion entscheidenden Faktoren sind bereits heute hinlänglich bekannt; alternative Modelle, die ausschliesslich Lifestyle-Änderungen zum Ziel haben, sind sicher wünschenswert, hatten aber bisher nie einen signifikanten Wirkungsnachweis erbringen können.

Heutzutage ist die Lipid- und Blutdrucksenkung auf akzeptable, für T2DM festgelegte Zielwerte praktisch bei jedem Patienten möglich, den korrekten Einsatz der entsprechenden lipid- und blutdrucksenkenden Medikamente (nicht nur Statine!) vorausgesetzt. Wie eingangs erwähnt besteht international schon seit vielen Jahren ein Konsensus, dass die dringliche ärztliche Aufgabe bei der Diabetesbehandlung die Erreichung dieser Ziel-

werte ist. Die Verleihung des «Innovation Qualité»-Preises erscheint mir hier schon fast zynisch.

Prof. Dr. med. André R. Miserez, Basel

- 1 Gerber M, Hohl F. Innovation Qualité 2018 – die Gewinner. SÄZ. 2018;99:573–4.
- 2 Göldin A, Jungi M, Sahli R. Power-Patienten dank interprofessionellem Chronic Care Management. SÄZ. 2018;99:573–4.
- 3 Pedersen O, Gaede P. Intensified multifactorial intervention and cardiovascular outcome in type 2 diabetes: the STeno-2 study. *Metabolism*. 52:19–23.
- 4 Gaede P, Lund-Andersen H, Parving HH, Pedersen O. Effect of a multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2008;358:580–91. *Eur Heart J*. 2016;37:2999–3058. doi:10.1093/eurheartj/ehw272.
- 5 The Task Force for the Management of Dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS). ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. *Eur Heart J*. 2016;37:2999–3058.
- 6 American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes 2017. *Diabetes Care*. 2017;40:S1–S135.

Replik der SAQM

Sehr geehrter Herr Kollege Miserez
Mit der Innovation Qualité zeichnet die Schweizerische Akademie für Qualität in der Medizin SAQM praxiserprobte Qualitätsprojekte des Schweizer Gesundheitswesens aus, vernetzt Vordenkende der medizinischen Qualität aus verschiedensten Disziplinen und Berufen. Die Jury besteht aus unabhängigen Qualitätsfachleuten verschiedener Berufe und Fachrichtungen, welche die eingereichten Qualitätsprojekte fair und transparent nach klar definierten Kriterien beurteilen. Aufgrund der Anzahl und der Qualität der eingereichten Projekte für den Innovation Qualité 2018 ist die SAQM überzeugt davon, dass die vier ausgezeichneten Projekte die Qualität im schweizerischen Gesundheitswesen vorantreiben. Die SAQM dankt den Preisträgerinnen und Preisträgern, allen Ärztinnen und Ärzten, allen Gesundheitsfachpersonen und Organisationen für ihren Einsatz für die Qualität – und für das Wohl der Patientinnen und Patienten.

Dr. med. Christoph Bosshard,
Vizepräsident der FMH, Departementsverantwortlicher DDQ/SAQM



Replik der Sanacare AG

Wir danken Herrn Professor Miserez für die kritische Auseinandersetzung mit unserem Projekt. Im Folgenden nehmen wir gerne Stellung. Zunächst gilt es, in aller Deutlichkeit ein Missverständnis auszuräumen. Wir haben keine Studie durchgeführt. Wir haben lediglich in einem Netzwerk von zwölf hausärztlichen Gruppenpraxen ein System implementiert, das die Umsetzung der evidenzbasierten Guidelines erleichtern soll [1]. Zu diesem System gehören u.a. das Empowerment von Patientinnen und Patienten, das Sicherstellen der notwendigen Kontrolluntersuchungen und auch das systematische Erfassen verschiedener Qualitätsdaten zum hausärztlichen Kollektiv. Und genau solche Daten von Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 und arterieller Hypertonie sind in der publizierten Tabelle (mit Einverständnis der involvierten Patientinnen und Patienten) dargestellt. Wir glauben, dass die transparente Handhabung von Outcome-Daten aus der Praxis-Behandlung einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung leistet. Eine wissenschaftliche Studie zum von uns gewählten Ansatz im Schweizer Setting wurde übrigens unter der Ägide des Instituts für Hausarztmedizin der Universität Zürich (IHAMZ) durchgeführt [2]. Wir haben also keineswegs einen experimentellen Ansatz gewählt.

Schätzungen zufolge leben in der Schweiz ca. 500 000 Diabetikerinnen und Diabetiker, davon dürften rund 90% unter einem Typ-2-Diabetes leiden [3]. Ein grosser Teil von ihnen wird durch ihre Hausärztinnen und Hausärzte in einem herkömmlichen (nicht interprofessionellen) Setting behandelt [5]. Bezeichnenderweise gibt es auch dazu in der Schweiz nur spärliche Versorgungsdaten. Es ist uns klar, dass der interprofessionelle Behandlungs-Ansatz und multifaktorielle Interventionen gerade in der Betreuung von Menschen mit Diabetes mellitus in diabetologischen Praxen und Kliniken hoch entwickelt und bestens dokumentiert sind [5]. De facto hat sich jedoch dieser Behandlungsansatz (noch) erst in einem kleinen Teil der Hausarztpraxen durchgesetzt. Unser Projekt befasste sich damit, das interprofessionelle Vorgehen in den Hausarztpraxen unseres Netzwerks zu implementieren. Keinesfalls ersetzen unsere Coaches spezialisierte Beratungen durch Ernährungsberaterinnen und/oder Diabetesfachleute. Die notwendige Basisberatung sowie verschiedene Kontrollen können sie jedoch kompetent durchführen. Mit dem eidgenössischen Fachausweis ist auch die Medizinische Praxiskoordinatorin klinischer Richtung, die diese Beratungen durchführt, in einem Beruf der tertiären Bildungsstufe tätig.

Wir anerkennen, dass es in der hausärztlichen Versorgung von Menschen mit Typ-2-Diabetes Optimierungspotential gibt, und deklarieren dies klar als Herausforderung, der wir uns stellen wollen. Zur Umsetzung der notwendigen Schritte in einem Umfeld von zunehmend überlasteten ärztlichen Grundversorgern haben wir den interprofessionellen Ansatz gewählt. Als Hausärztinnen und Hausärzte orientieren wir uns an den publizierten Behandlungsvorgaben der Schweizerischen Gesellschaft für Diabetologie und Endokrinologie SGED (www.sgedssed.ch). Als Benchmark messen wir uns an den entsprechenden Vorgaben dieser Fachgesellschaft für die Evaluation der Diabetes-Betreuung in der Grundversorgung, im Folgenden «SGED-Score» genannt [6]. An dieser Stelle möchten wir den Mitgliedern der SGED für Entwicklung und Pflege der hilfreichen, evidenzbasierten und praxisrelevanten Guidelines danken. Selbstverständlich sind uns die Resultate der Steno-2-Studie bekannt [7]. Die darin eingeschlossenen Patientinnen und Patienten waren im Mittel etwa 55-jährig ($\pm 7,2$ Jahre). Die von uns dargestellten Patienten waren 66-jährig ($\pm 10,8$ Jahre).

Wir bezweifeln, dass der direkte Vergleich der Steno-2-Studie mit der Beobachtung unseres Praxiskollektivs eine wissenschaftliche Aussage zur Qualität unserer Diabetes-Behandlung ermöglicht. Ziehen wir den erwähnten SGED-Score bei, so erreichen wir mit der Betreuung unseres hausärztlich betreuten Diabetiker-Kollektivs gute Werte und sehen – wie von Herrn Prof. Miserez erkannt – im Bereich der Blutdruckeinstellung noch Handlungsbedarf (vgl. https://www.fmh.ch/files/pdf20/Power-Patienten_durch_Chronic_Care_Management_Gewinner_Innovation_Qualite_2018_.pdf). Zu erwähnen ist, dass gemäss SGED-Score in einem gut betreuten Diabetiker-Kollektiv über 63% der unter 75-jährigen Patienten einen LDL-Wert $< 2,6$ mmol/l haben sollten. Wir erreichen dieses Qualitätskriterium auch unter Einbezug der über 75-jährigen Patienten. Insgesamt erreichen wir beim SGED-Score 85 von 100 Punkten, wobei ein Wert > 75 Punkte als Indikator für eine gute Betreuungsqualität der Diabetiker im Grundversorgungs-Setting gilt.

In einer Stellungnahme der Schweizerischen Gesellschaft für Diabetologie und Endokrinologie zur Behandlung von Fettstoffwechselstörungen vom 23.3.2015 begründet die diabetologische Arbeitsgruppe, wieso sie den Empfehlungen, die die American Diabetes Association (ADA) ab 2015 vom amerikanischen Kardiologenverband (ACC/AHA) übernommen hat, nicht folgt: Zum einen orientieren sich die Empfehlungen der ADA [8] nicht mehr an Cholesterin-Zielwerten, sondern empfehlen risikoadaptiert eine Statin- respektive

lipidsenkende Therapie unterschiedlicher Intensität. Zudem gehen gemäss Beurteilung der Arbeitsgruppe diese neuen Leitlinien auf Grundlage amerikanischer Daten von einem für die Schweizer Bevölkerung zu hohen kardiovaskulären Risiko aus [9]. Gemäss der Stellungnahme der SGED werden für die Primärprävention weiterhin Grenzwerte des LDL-Cholesterins von 2,6 mmol/l, für die Sekundärprävention von 1,8 mmol/l propagiert.

Bei unserem Kollektiv von Menschen mit Typ-2-Diabetes und arterieller Hypertonie hat sich der durchschnittliche Wert des LDL-Cholesterins nach einem Jahr von 2,8 mmol/l auf 2,6 mmol/l gesenkt. Einen ähnlichen Ausgangswert von durchschnittlich 2,8 mmol/l finden wir auch in der bereits erwähnten CARAT-Studie [2].

Wir bedanken uns für den Hinweis, dass die in unserer Tabelle hinterlegten Farben Grenzwerte suggerieren, die nicht den anzustrebenden entsprechen. Wir wollten damit nur die gewünschte Entwicklungsrichtung visualisieren. Wir nehmen die Kritik zum Anlass, die künftige Darstellung der Outcome-Daten grundlegend zu überarbeiten.

Uns allen ist klar, was wir erreichen möchten und sollten. Trotzdem gibt es de facto noch immer eine Diskrepanz sowohl zwischen Ist- und Sollbetreuung [4, 10] als auch zwischen «real-life» und Studien-Setting. Wie oben erwähnt, verfügen wir kaum über Outcome-Daten aus Schweizer Hausarztpraxen. Auch dies war für uns eine Motivation, unsere Outcomes den medizinischen Fachpersonen zugänglich zu machen. Wir wissen aber aus Studien und aus eigenen Beobachtungen, dass es so etwas wie eine ärztliche Behandlungsträgheit gibt [11]. Daher begrüssen wir den betonten Hinweis von Herrn Prof. Miserez auf die Wichtigkeit der Einstellung der Co-Risikofaktoren Dyslipidämie und arterielle Hypertonie bei Diabetikern sehr.

Viele Wege führen nach Rom. Gerade weil wir uns des Optimierungspotentials bewusst sind, haben wir uns für ein proaktives Vorgehen entschieden und ein System implementiert, das uns zu evidenzbasierten Kontrollen zwingt, uns Analysen ermöglicht und uns hilft, Handlungsfelder zu identifizieren und einen Mehrwert für unsere Patientinnen und Patienten zu generieren.

Als lernende Organisation sind wir immer froh um konstruktiv geäusserte Kritik. In diesem Sinn würden wir uns über einen persönlichen fachlichen Austausch mit Herrn Professor Miserez freuen.

Adrian Goeldlin, Marc Jungi, Rahel Sahli
Sanacare AG

1 Gerber M, Hohl F. Innovation Qualität 2018 – Die Gewinner (I). Schweiz Ärtzteztg. 2018;99(18):572–5.

2 Frei A, Senn O, Chmiel C, Reissner J, Held U, Rosemann T. Implementation of the Chronic Care Model

- in Small Medical Practices Improves Cardiovascular Risk but Not Glycemic Control. *Diabetes Care*. 2014;37:1039–47.
- 3 diabetesschweiz. <http://www.diabetesschweiz.ch/diabetes/facts-figures> [letzter Zugriff 8.6.2018].
- 4 Peytremann-Bridevaux I, Bordet J, Burnand B. Diabetes care in Switzerland: good, but perfectible: a population-based cross-sectional survey. *BMC Health Services Research*. 2013;13:232. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/232> [letzter Zugriff 8.6.2018].
- 5 Beck J, et al. 2017 National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support. *Diabetes Care*. 2017;40(10):1409–19.
- 6 Schweizerische Gesellschaft für Diabetologie und Endokrinologie SGED. Evaluation Diabetes Betreuung in der Grundversorgung. <http://sgedssed.ch/informationen-fuer-fachpersonen/ressourcen-fuer-hausarztmedizin-und-medizinische-grundversorgung> [letzter Zugriff 8.6.2018].
- 7 Gaede P, Lund-Andersen H, Parving HH, Pederson O. Effect of a Multifactorial Intervention on Mortality in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med*. 2008;358:580–91.
- 8 American Diabetes Association. Cardiovascular Disease and Risk Management: Standards of Medical Care in Diabetes – 2018. *Diabetes Care*. 2018;41(Supplement 1):86–104.
- 9 Schweizerische Gesellschaft für Diabetologie und Endokrinologie SGED. Behandlung von Fettstoffwechselstörungen bei Diabetes-Patienten. <http://sgedssed.ch/informationen-fuer-fachpersonen/praxis-empfehlungen-fuer-allgemein-internisten> [letzter Zugriff 8.6.2018].
- 10 Huber CA, Brändle M, Rapold R, Reich O, Rosemann T. A set of four simple performance measures reflecting adherence to guidelines predicts hospitalization: a claims-based cohort study of patients with diabetes. *Patient Preference and adherence*. 2016;10:223–31.
- 11 Khunti K, Wolden ML, Thorsted BL, Andersen M, Davies MJ. Clinical Inertia in People With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*. 2013;36(11):3411–7.

Sterben, eine höchstpersönliche Angelegenheit

Brief zu: Oertle D. Vom Totmachen und vom Sterben. *Schweiz Ärztztg*. 2018;99(26–27):904–5.

Als Mensch und Ärztin finde ich den Artikel über das Totmachen eine absolute Zumutung! Seit die Exit existiert, bin ich Mitglied, um mir genau das zu ermöglichen, wogegen der Artikelschreiber in den höchsten Tönen wettet. Ich möchte selbstbestimmt sterben können und nicht mit einem Plastiksack über dem Kopf oder einem Fenstersturz das Leben auf menschenunwürdige Art beenden müssen. Vielleicht kann ich auch langweilig und gewöhnlich sterben, aber falls das nicht der Fall ist, möchte ich auf eine humane Art sterben dürfen, auch wenn ich nicht todkrank bin, sondern einfach, weil ich nicht mehr leben will. Der Artikelschreiber sollte wissen, dass die modernen Menschen mündig sind und keine Mediziner (oder Geistliche) brauchen, die einem vorschreiben, wie man das Leben zu leben und zu beenden hat.

Sterbende begleiten kann ein medizinisches (oder religiöses) Thema sein, aber Sterben im Allgemeinen hat meiner Meinung nach wenig mit der Medizin (oder Religion) zu tun. Sterben/Sterbehilfe ist ein persönliches Thema und gehört höchstens im Zusammenhang mit möglichen kriminellen Handlungen in den Bereich der Justiz.

Leider ist es immer noch so, dass nur mit einem ärztlichen Rezept die Möglichkeit für ein humanes, selbstbestimmtes Sterben besteht. Das sollte dringend geändert werden.

Dr. med. Karin Jaggi, Dübendorf

AW: Es reicht!

Brief zu: Meili W. Es reicht! *Schweiz Ärztztg*. 2018;99(25):828.

Und wieder eine Stimme, welche hilft die Ärzteschaft auseinanderzuidividieren! So kommen wir leider nicht weiter, werden immer wieder auf interkulturelle Grenzen stossen ... Jedem von uns ist bewusst, dass wir unterschiedliche Honorierungen haben. Auch wissen wir, dass die Kosten ebenso variabel sind! Oder müssten Sie als Psychiater eine Haftpflichtversicherung von minimal 10 000 CHF pro Jahr finanzieren? Wir können uns nur gegen ein sich änderndes Umfeld behaupten, wenn wir zusammenstehen und uns von gegenseitigen Neid-Debatten distanzieren! Die Kosten steigen, geschuldet dem Fortschritt, neuen Entwicklungen und auch neuer Technik. Die Einkommen in Wirtschaft und Politik steigen ebenso! Bei uns gibt es bei steigenden Kosten eine Stagnation beziehungsweise aktuell für alle eine «Rückwärts-Entwicklung». Sollen wir das akzeptieren?

Dr. med. Eckhard Wengler, St. Gallen

Auf dem Holzweg

Brief zu: Meili W. Es reicht! *Schweiz Ärztztg*. 2018;99(25):828.

Sehr geehrter Herr Kollege Meili, mit Ihrer Replik auf Gachouds offenen Brief an die Präsidenten der Ärztesellschaften [1] sind Sie auf dem Holzweg. Folgendes sollten Sie grundsätzlich überdenken:

1. Es braucht nicht mehr solche Stimmen, wie Gachoud es fordert. An der Spitze der Ärzteschaft brauchen wir tatkräftige und klar denkende Frauen und Männer, die handeln und nicht jammern sowie zu harten Verhandlungen fähig sind. Ich bin gespannt auf deren Antworten auf Gachouds offenen Brief.
2. Es droht uns kein Globalbudget, wenn wir uns den nicht durchdachten Tarifeingriffen und versagten Tarifrevisionen verweigern. Es

droht ein vertragsloser Zustand, mit dem die Ärzteschaft Erfahrungen hat und letztlich Politikern und den Versicherungen Kopfzerbrechen bereitet. Wir arbeiten weiter, von mir aus auch klaglos, nur müssen wir wissen und klar einfordern, was uns unsere Arbeit wert ist.

3. Die grosse und lautstarke Minderheit der operativ tätigen Kollegen ist eben gross und damit keine Minderheit. Ich bezweifle, dass diese Kollegen jahrzehntelang von nicht näher benannten Privilegien profitiert haben. Wenn wir uns untereinander zerfleischen, dann lachen die Dritten: Politiker und Versicherer.

4. Der Tarifeingriff von BR Berset ist nicht direkte Folge des in der Tarifanalyse kritisierten Verhaltens. Der Tarifeingriff ist v.a. illegales, autokratisch anmutendes, meist unreflektiertes Verhalten einer Politik, die substantiell das Gesundheitswesen nicht verstanden hat. Ausserdem ist BR Berset Träger einer Strategie, die eine Einheitskasse will. Das Anpacken der wirklichen Probleme, die in Gachouds Brief nicht einmal am Rand erwähnt werden, scheut Berset genau so wie alle anderen Gesundheitspolitiker.

5. Seit Anfang 2018 verdienen Psychiater nicht 3,7% weniger. Wir erzielen eine Umsatzeinbusse von 3,7%. Lernen Sie bitte zuerst Umsatz von Einkommen zu unterscheiden. Die Einkommensverminderung wird damit 7 bis 8% betragen.

6. Ärgerlich und ungerecht werden Sie vermutlich meine Kritik finden. Wenn Sie Ihr Leiden als Ihren Beitrag gegen die sich ständig erhöhenden Krankenkassenprämien verstehen, dann haben Sie nicht verstanden, wie die Erhöhungen tatsächlich zustande gekommen sind. Darüber wurde in den letzten Monaten besonders auch in der SÄZ im Detail geschrieben und gut informiert. Bitte lesen Sie das nach.

Marcel I. Raas, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Winterthur

- 1 Gachoud P. Offener Brief an die Präsidenten der Ärztesellschaften. *Schweiz Ärztztg*. 2018;99(23):766–7.

Briefe

Reichen Sie Ihre Leserbriefe rasch und bequem ein. Auf unserer neuen Homepage steht Ihnen dazu ein spezielles Eingabetool zur Verfügung. Damit kann Ihr Brief rascher bearbeitet und publiziert werden – damit Ihre Meinung nicht untergeht. Alle Infos unter: www.saez.ch/de/publizieren/leserbrief-einreichen/

Rückschritt für selbstbestimmtes Leben und Sterben

Brief zu: Kind C. Umgang mit Sterben und Tod. Schweiz Ärztztg. 2018;99(24):790.

Nach meiner Arbeit als Palliativmediziner und Vertrauensarzt von Exit haben mich die neuen Richtlinien der SAMW erstaunt und enttäuscht.

Es ist nicht an uns Ärzten zu entscheiden, wieviel Schmerz und wieviel Leid ein Mensch zu ertragen hat, dies ist allein der Entscheid des autonomen und urteilsfähigen Patienten. Dass er dabei auch an seine Angehörigen denkt, ist Teil seiner Autonomie. Doch nun fordert die SAMW, auch die Selbstbestimmung der Angehörigen müsse geachtet und geschützt werden, der Umgang mit Sterben und Tod dürfe nicht zu einer Überforderung der Angehörigen führen. Im Klartext heisst dies, wenn Angehörige sich gegen den Sterbewunsch eines Menschen aussprechen, ist die Selbstbestimmung des Patienten aufgehoben. Die Möglichkeit der Sterbehilfe wurde in mehreren Volksabstimmungen mit grossem Mehr angenommen, ohne die erwähnte Einschränkung der SAMW. Dass nun die Sterbehilfe von der Zustimmung Angehöriger abhängig sein soll, ist ein Rückschritt für die Idee des selbstbestimmten Lebens und Sterbens.

Dr. med. Hans Göschke, Binningen

Une victoire pour chaque patient

Lettre concernant: Kind C. Attitude face à la fin de vie et à la mort. Bull Med Suisses. 2018;99(24):790-2.

L'assouplissement des directives de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) en fin de vie et particulièrement pour l'assistance au suicide est un énorme pas en avant dans le respect du choix de sa mort pour chaque individu qui décide de mettre fin à ses jours par l'intermédiaire d'EXIT. La «souffrance insupportable» qui permet cette assistance reconnaît enfin le pouvoir du patient et non plus celui du corps médical qui devrait décider à sa place. Cette «souffrance» est enfin reconnu comme un critère à la place de celui de mort imminente qui était le critère à respecter dans l'ancienne version de ces directives.

Ce nouveau critère fait débat car la Fédération des Médecins Suisses (FMH) voudrait le conserver; elle qui s'oppose à la nouvelle version actuellement. Elle doit prendre une décision définitive cet automne.

Cela n'empêchera pas EXIT d'accepter les cas de «pathologies invalidantes» car ce qui est

essentiel pour cette association, dans laquelle comme médecin je milite depuis plus de 40 ans, c'est que seul le respect du choix du patient est essentiel car il y a de plus en plus de personnes âgées qui décident de partir sans forcément être à l'article de la mort.

Merci à l'ASSM d'avoir franchi ce pas qui permet enfin de prendre en compte la volonté de chaque patient tout en respectant des critères bien définis.

Dr Béatrice Deslarzes, Genève

Neues Bild vom Patienten oder neuer Dia-Log mit dem Patienten?

Brief zu: van Spijk P. Die Medizin: Auf der Suche nach einem neuen Menschenbild. Schweiz Ärztztg. 2018;99(19-20):633-4.

Ich frage mich: Hat die Medizin überhaupt ein Menschenbild? Beim Sammeln von Credits an Fortbildungen und in medizinischen Zeitschriften begegnet mir fast nur Blutdruck, Blutzucker und Cholesterin. Diese Stoffe sind keine Bilder, geschweige denn Menschen, sondern eine Anmassung, den Menschen auf messbare Masse zu reduzieren.

Dabei glauben wir Mediziner stolz, wie gesellschaftlich wir sind. Mit Recht. Denken ist das spezifisch Menschliche. Fragen wir auch die Patienten, was und wie sie denken? Ich brauche kein neues Bild vom Menschen. Für mich ist der Mensch Logo-Psycho-Somatische Dreieinheit von Körper, Seele und Geist. Drei in Eins. Die Eins ist der Durchbruch vom mentalen Drei-Dimensionalen in das A-Dimensionale des Geistigen. Zu solchen Gedanken haben mich «Geistesgrössen» inspiriert wie A. Portmann, J. Gebser, T. de Chardin, F. Weinreb, P. Picasso u.a.

Im gleichen Sinne lässt eine gängige Aussage aufhorchen: Warum so kompliziert, wenn es eigentlich ganz ein-fach ist.

Erfüllt sich das Ganze in der Summe oder in der Einheit?

Auffallender Hinweis: Die Buchstaben als konstituierende Konsonanten des Wortes / des Logos sind für «Eins» und «Sein» die gleichen. Der Mensch kann die Konsonanten mit seiner Vox durch die Vokale in Stimmung bringen. Freuen wir uns auf die nächste stimmungs-volle Sprechstunde.

Dr. med. Anton Wille, Balzers FL

Griffige Massnahmen gegen Versicherungsmissbrauch notwendig!

Brief zu: Pilet F. Rückkehr der Wachtürme? Schweiz Ärztztg. 2018;99(25):852.

Ich folge gerne dem Aufruf von Kollege Pilet und protestiere, allerdings nicht in seinem Sinne! Als Psychiater an der Klinik und später in eigener Praxis hatte ich reichlich Gelegenheit, sowohl als Gutachter wie auch in andern Fällen als Therapeut die Not krankheits- resp. behinderungsbedingter Erwerbsunfähigkeit zu sehen. Umso mehr habe ich die Existenz einer Schweizer Invalidenversicherung schätzen gelernt, deren Gründung übrigens mit meinem Geburtsjahr übereinstimmt. Wir sollten zu ihr Sorge tragen und diese (in den meisten Fällen) gut funktionierende Institution nicht aus falsch verstandener Menschenfreundlichkeit an die Wand fahren! Ich bin sehr beruhigt, dass mit der Revision des Bundesgesetzes des ATSG die Grundlagen geschaffen wurden, Missbräuchen entgegenzuwirken, und bin empört, dass Herr Pilet mit zynischen Hinweisen auf die Verfolgungsmentalität totalitärer Regime das berechnete Anliegen nach mehr Kontrolle zu diskreditieren versucht. Nähme mich wunder, wie er im Falle eines begründeten Verdachtes auf Versicherungsbetrug vorgehen möchte, etwa mit einem höflichen Appell an das Gewissen des Täters?

Dr. med. Gianpiero Rovelli, Thusis

Der Bericht hat mich sehr verwundert

Brief zu: Oggier W. Psoriasis gehört thematisiert! Schweiz Ärztztg. 2018;99(17):559-61.

Der Bericht des Ökonomen W. Oggier über die Behandlung und Versorgung von Psoriasis hat mich sehr verwundert. Neuerdings geben Ökonomen auch in der SÄZ die Richtung vor, und das in ganz schön direkter Art und Weise. Der Versorgungsforschung sei gedankt. Offensichtlich hat ein Pharma-gesponserter Psoriasis-Workshop die Realität der Psoriasis-Behandlung in der Schweiz offenbart. Dabei genügen arbiträre Fakten wie «zukünftige Hausärzte erhalten nur eine Stunde Ausbildung in Psoriasis» (wahrscheinlich sind Medizinstudenten gemeint), um auf eine Bildungslücke zu schliessen. Auch sollte die Diagnostik schnell erfolgen und Guidelines beachtet werden. Ausserdem wünscht man sich Entstigmatisierung durch Edukation, mehr Interdisziplinarität und sogar eine Tarifanpassung. Sämtliches Gesundheitspersonal sollte dabei einbezogen und moderne Informations- und Kommunikationsmittel eingesetzt werden. →

Man mag sich wundern, was hinter diesem imperativen Aufruf steckt. Die Probleme sind ja nichts Neues und scheitern wie üblich an der klassischen Anreizproblematik unseres Gesundheitswesens. Was sich nach einer gut gemeinten planwirtschaftlichen Top-down-Strategie anhört, mag ganz im Interesse des Sponsors stecken. Schliesslich hat der Sponsor des Workshops Eli Lilly 2016 sein neues Biologikum für Psoriasis («Taltz») auf den Markt gebracht, für 1485 CHF pro Fertigspritze!

Chronisch entzündliche Erkrankungen sind komplex und in der Regel multifaktoriell bedingt, klassisch biopsychosozial eben. Faktoren wie Lebensstil, Psyche und Stressverarbeitung spielen dabei mit. Auch für Psoriasis ist dies dokumentiert. Interessanterweise können Patienten genau hier selbst etwas bewirken. Leider wird dies im Artikel nicht thematisiert. Aber wieso Selbstmanagement fördern, wenn doch Immunsuppressiva von der OKP finanziert werden?

Dr. med. Marc Fouradoulas, Zürich

Solidarität und Verantwortung im Gesundheitswesen

Noch haben wir in der Schweiz das weltbeste Gesundheitssystem, und die Schweiz ist das reichste Land. Zwei Tatsachen, auf die wir stolz sind. Nur: wie lange noch?

Die Krankenkassenprämien bringen das Budget der wenig Begüterten in schmerzhaft enge. Für die Reichen sind die steten Verteuerungen kaum spürbar. Die berühmte Schere. Die Prämien sind noch nicht an die Höhe der Löhne oder der Vermögen gebunden. Bei den Steuern haben wir wenigstens eine Progression.

Das Gesundheitssystem ist eng an den Begriff der Solidarität gebunden. Genau so wie das Demokratieverständnis. Solidarität bedeutet ein Gefühl des Zusammengehörens von Individuen und äussert sich in gegenseitiger Hilfe und in Eintreten füreinander.

Unser Gesundheitssystem kostet im Jahr rund 80 Milliarden Franken. Es wird eng. Männiglich denkt ans Sparen, welche Handlung im Zeitalter des geforderten Wachstums in Vergessenheit geraten ist. Eine umschriebene Gruppe allein kann nicht sparen, will auch nicht, wenn das Umfeld nur zuschaut. Das hat unser tüchtiger Bundesrat Berset schmerzlich gespürt, als er die Spitzenverdiener der Ärzte nur schon aufs Korn nahm. Die Herde der Berufskollegen hat die schwarzen Schafe sofort und zornig beschützt, aber leider ohne Transparenz zu schaffen. Da ist doch etwas faul!

Wir müssen also alle zusammen sparen. Die Zweiklassenmedizin wird sonst doch sehr bald schon unwürdige Realität. Uns muss das Optimum genügen, das Maximum ist zu teuer und Wunschdenken.

Ich behaupte, dass wir in allen Bereichen sparen können. In den Spitälern sind junge Ärzte unabdingbar in die Kostenverantwortung einzubinden. In den Praxen soll endlich solidarisch Transparenz in bezug auf Arbeitszeit und Einkommen erstellt werden. Querdurch. Das erleichtert die ewigen Diskussionen und Unterstellungen. Die Medien sollen keine Fake-News verbreiten. Z.B. möchte ich jene Chefärzte persönlich kennenlernen, die für 12000.– pro Monat (kürzlich publiziert) schuften. Dafür steht bei mir zuhause für den Fall ein Stuhl bereit. Wenn in Bern über das Sparen bei der Pharma nur gehübelt wird, pilgern sofort Scharen von Lobbyisten in die Hauptstadt, um die an sich gute Idee im Keime zu ersticken. Und die erdrückende Werbung der Krankenkassen!

Übrigens: Fehldiagnosen und Überdiagnosen sind meiner Meinung nach eine Art Kunstfehler. Sie führen zu Angst und grossen Nachfolgekosten. Ich las im Dezember 17 unter «Leben und Wissen» in der AZ einen Artikel mit dem Titel «Ein einziger Messwert macht Schwangere krank». Die Geschichte einer im 6. Monat schwangeren, gesunden Frau. Man mass mehrmals den Blutzucker. EIN Wert war leicht erhöht. (Bei uns in der Praxis wäre er noch normal.) Man stempelte die Frau zur Diabetikerin mit allen Folgen: Diät, Gewicht, bis zu 4x täglich Blutzucker messen, ein Messgerät wurde abgegeben, eine Langzeitkontrolle geplant, ein Kaiserschnitt wurde empfohlen. Die Frau wechselte glücklicherweise den Arzt und hat am Termin ein gesundes Kind geboren. – So Publikationen sind Mist.

Ein grosses Sparpotential gibt's natürlich an der Basis des Systems, nämlich bei den heutigen und zukünftigen Patientinnen und Patienten: Mehr Eigenverantwortung, Medikamente ablehnen oder exakt einnehmen und – weniger Arztbesuche!

Dr. med. Walter Hess, Baden

Lösungsfokussierte Praxisführung bewirkt Wunder!

Brief zu: Gutzeit A, Nufer M, Huber C, Kaiser S, Funke I, Utiger D. Lean und Kaizen-Management im Spital: ein Wundermittel? Schweiz Ärztezg. 2018;99(25):843–4.

Herzlichen Dank an die Autoren, die auf das grosse, manchen noch unbekanntes Potential eines Lean und Kaizen-Managements am Beispiel eines Spitals hinweisen. Zwei Aspekte, die ohne weiteres auch auf jede Praxis über-

tragen werden können, scheinen mir in diesem Kontext von zentraler Bedeutung.

1. Wertschätzung: Nicht nur gegenüber Patientinnen/Patienten, sondern gerade auch gegenüber Mitarbeitenden sollte der Grundsatz «man muss Menschen mögen» selbstverständlich sein. Der «Faktor Mensch» ist nicht einfach «Arbeitskraft», sondern vor allem auch eine wertvolle Ressource für eine fortlaufende Prozessoptimierung, Verbesserung der Versorgungsqualität und lernendes Miteinander. Voraussetzung ist, gerade bei knapper Zeit regelmässig in Zeit für die Mitarbeitenden zu investieren. Das ist zwar meistens nicht dringend, aber wichtig (Eisenhower-Prinzip).

Wertschätzung und Einbindung der Mitarbeitenden mit all ihrem Erfahrungswissen, ihren Kompetenzen und Ideen führen darüber hinaus zu grösserer Identifikation mit dem Betrieb bzw. weniger Fluktuation und beugen auch noch arbeitsplatzbezogenem Stress mit allfälligen Folgeerkrankungen und Ausfällen vor. Gerade mangelnde Anerkennung sowie mangelnder Handlungs- und Entscheidungsspielraum stellen wichtige psychosoziale berufliche Stressoren dar. Und wir müssen akzeptieren, dass die «Generation Y» andere Anforderungen an die persönliche work-life balance stellt und modernere Arbeitsmodelle einfordert.

2. Innere lösungsfokussierte Haltung: Der angesprochene Kulturwandel mit einem neuen Führungsstil setzt idealerweise «top-down» ein, kann aber auch «bottom-up» beginnen, in jeder Abteilung, in jeder Praxis, und zwar mit einer Veränderung der eigenen Haltung als Führungsperson. Der Vorteil: damit kann jede/jeder von uns schon morgen anfangen. Ein einfaches Instrument, um diese Grundhaltung auch in Praxen zu übertragen, bietet der lösungsfokussierte Ansatz, der aus der Kurzzeit-Therapie und auch als Coachingansatz bekannt ist. Während in der freien Wirtschaft bereits die Transformation von Organisationen mit selbstorganisierten Teams umgesetzt wird, sind wir im Gesundheitswesen vielfach immer noch traditionelleren Führungsmodellen wie «command and control» verhaftet.

Wenn wir aber anfangen, nicht immer zuerst Fehler zu suchen, sondern uns fragen, wo wir stattdessen hin wollen und zusammen mit dem Team den Weg dorthin planen, ist viel gewonnen. Wenn wir dann noch unsere Mitarbeitenden gezielt nicht nur nach ihren Fachkompetenzen, sondern persönlichen Stärken einsetzen und das fördern, was schon funktioniert, eröffnen sich ungeahnte Verbesserungsmöglichkeiten der täglichen Arbeitsabläufe und des Teamgeistes.

Stellen Sie Ihren Mitarbeitenden doch einmal die Frage:

«Angenommen, der Praxisalltag würde absolut optimal ablaufen (für den Praxisinhaber, das Team und die Patienten/Patientinnen), was wäre dann aus Eurer Sicht anders?» ... «Und wie hätten wir das geschafft, dorthin zu kommen?» ... Der Ideenspeicher Ihres Teams wird Sie vielleicht überraschen!

*Dr. med. Sabine Werner, Arbon
Selbständige Fachärztin Dermatologie,
zertifizierter Coach für lösungsorientiertes
Kurzzeit-Coaching*

Medizinstudium der Zukunft

Brief zu: Scholer M. «Wir haben das Privileg, auf der grünen Wiese zu bauen.» Schweiz Ärztez. 2018;99(26–27):898–900.

Das Interview mit Herrn Jörg Goldhahn, Leiter ETH-Bachelorstudium Humanmedizin, offenbart, wie sich Technokraten das Medizinstudium der Zukunft vorstellen: technokratisch.

Vor etwa zwanzig Jahren hatte ich als junger Arzt ein Buch von Bernard Lown gelesen mit dem Titel «Die verlorene Kunst des Heilens». Lown, emeritierter Kardiologie-Professor an der Harvard-Universität und Mitbegründer der mit dem Friedensnobelpreis ausgezeichneten Ärzteorganisation IPPNW, beschrieb darin das Dilemma der zunehmenden Technisierung und Entfremdung in der Medizin und plädierte für die ärztliche Kunst, dem Patienten zuzuhören, für eine Medizin mit menschlichem Antlitz. Nach dem Lesen des in der SÄZ publizierten Interviews ist mir klar, dass Studierende, die diesen Bachelor-Lehrgang an der ETH absolvieren, nichts dergleichen lernen werden.

Herr Goldhahn berichtet zunächst darüber, dass kaum mehr klassischer Frontalunterricht abgehalten wird. Da frage ich mich, warum genau ein solches Bild klassischen

Frontalunterrichts im Artikel gezeigt wird. Studierende würden bei dieser Unterrichtsform in einen passiven *Survival Mode* umschalten. Aber Studierende sind auch nur Menschen und nicht algorithmengefütterte zukünftige Medizinroboter. Abgesehen davon steht und fällt der Frontalunterricht mit der Persönlichkeit des Lehrers, der diese Lektion gibt. Ich persönlich liebte den Frontalunterricht. Nicht nur weil ich hin und wieder in den passiven *Survival Mode* umschalten konnte, sondern weil ich viele hervorragende Professoren erleben durfte, die uns lehrten, *limbisch* zu lernen. Einige Namen gefällig? Prof. Oswald Oelz, Prof. Walter Siegenthaler, beide Innere Medizin, Prof. Ugo Fisch, ORL. Das war Infotainment pur.

Es ist ja löblich, dass die Studierenden in Zukunft angesichts der Informationsflut lernen müssen, *Fake-News*, *So-What-News* und *No-News* von wirklichen News in der Medizin zu unterscheiden. Zu unserer Zeit war die Beschaffung wahrer Informationen noch nicht so kompliziert. So viele News gab es damals gar nicht. Und möglicherweise waren diese News etwas «wahrer» als heute. Aber gerade mit der Schwerpunktbildung im Bereich der Informationsbeschaffung läuft man Gefahr, Monitor-fixierte, den Blickkontakt vermeidende Autisten heranzuzüchten. Man mag dann argumentieren, dass man schliesslich im Team und interdisziplinär ein sich stellendes Problem lösen soll. Aber dadurch geht die Entscheidungsfähigkeit des Einzelnen verloren, so dass bereits heute Assistenz- und Kaderärzte in Spitälern nicht mehr in der Lage sind, selbständig Entscheide zu fällen. Wie soll man sich denn sonst all die Boards erklären, die – abgesehen von den berechtigten Tumorboards – in den letzten Jahren entstanden sind? Interdisziplinarität ist gut, aber am Ende muss einer allein den Entscheid fällen, ohne sich hinter Kollegen und weiteren Fachleuten zu verstecken oder darauf zu warten, dass die

mit verschiedenen Parametern gefütterte Software ihre digital kalkulierte Schlussfolgerung ausspuckt. Diagnose-Assistenzsysteme können zudem verunsichernd wirken oder gar gefährlich sein. Das fängt schon beim EKG an. Deshalb nämlich geben erfahrene Ärzte keinen Heller auf solche Systeme.

Ich pflichte Herrn Goldhahn bei, dass Mediziner an Forschung interessiert sein sollen. Insbesondere an klinischer Versorgungsforschung, möchte ich hinzufügen. Es muss einem Mediziner ein natürliches Interesse anhaften, eine Frage, die sich aus dem Kontext ergibt, zu formulieren und nach Antworten dafür zu suchen. Aber gerade das algorithmische Denken beim Umgang mit Applikationen, das Herr Goldhahn hervorstreicht, führt zu fantasielosem, mechanistischem Abarbeiten von Routineprotokollen, einem seelenlosen Computer gleich. Da hilft es auch nichts, von Kursen zu sprechen, bei denen Studierende von einer Ethikerin und einer Journalistin beim Umgang mit fiktiven Patienten beobachtet werden. Ein weiterer Versuch, Soft Skills, die man entweder hat oder nicht hat, zu kartographieren. Das Wort Empathie verkommt in solch konstruierten Szenarien zu einer leeren Worthülse.

1954 verbrachte der eingangs erwähnte Bernard Lown, nachdem er sich als junger Militärarzt diskriminierenden Gesetzen widersetzt hatte, degradiert und in ein Militärspital versetzt, ein Jahr damit, vormittags Klinikflure zu putzen und nachmittags Sprechstunden abzuhalten. Über diese Zeit sagte er später: «*Sie ruinierte mein Leben ein Jahr lang und verzögerte meine Karriere um ein Jahrzehnt, aber sie machte mich zu einem besseren Arzt.*» Warum wohl?

Dr. med. Telemachos Hatzisaak, Trübbach