Courrier à la rédaction

Ophthalmologisches Screening bei Typ-2-Diabetes (mit Replik)

Brief zu: Lincke J, Laimer M, Zinkernagel M. Chronische Komplikationen bei Diabetes mellitus. Swiss Med Forum. 2022;22(43):706–10.

Mit Interesse habe ich den Übersichtsartikel «Chronische Komplikationen bei Diabetes mellitus» in der Ausgabe des *Swiss Medical Forum* vom 26. Oktober 2022 gelesen.

In Anlehnung an die Richtlinien der «American Academy of Ophthalmology» (AAO) von 2019 [1] wird sowohl im Text als auch in Tabellen 1 und 2 empfohlen, Patient:innen mit Typ-2-Diabetes, die zum Zeitpunkt der Diabetes-Diagnosestellung an keiner diabetischen Retinopathie leiden, jährlich zum ophthalmologischen Screening zu schicken. In besagten Richtlinien [1] wird die Empfehlung zum jährlichen Screening mit 21 Referenzen begründet [2–22]. Nach Durchsicht dieser 21 Referenzen (mehrheitlich Querschnittsstudien zu verschiedenen Modalitäten, wie die diabetische Retinopathie erfasst werden kann) bleibt unklar, weshalb das ophthalmologische Screening bei Typ-2-Diabetes ohne diabetische Retinopathie jährlich angezeigt ist.

In einem Review über 26 Studien aus 2017 [23], in dem es explizit um die Screening-Intervalle zur Früherfassung der diabetischen Retinopathie ging und der erstaunlicherweise keine Erwähnung fand in den eingangs erwähnten Richtlinien der AAO [1], kommt der Autor zum Schluss, dass ein ophthalmologisches Screening alle zwei Jahre bei Patient:innen mit Typ-2-Diabetes ohne diabetische Retinopathie sicher ist. Darüber hinaus gibt es mehrere prospektive Untersuchungen an kumulativ über 9000 Patient:innen, gemäss denen ein Screening-Intervall von bis zu drei Jahren sicher ist [24–26].

Zusammenfassend scheinen keine überzeugenden prospektiven Daten zu existieren, die ein jährliches ophthalmologisches Screening rechtfertigen würden, aber mehrere prospektive Studien, in denen sich ein Screening alle zwei (bis drei) Jahre als sicher herausstellte. Dementsprechend würde ich angesichts jährlich steigender Gesundheitskosten ein Korrigendum in der sonst hilfreichen und lesenswerten Übersichtsarbeit von Lincke et. al. begrüssen (z.B. ophthalmologisches Screening bei Patient:innen mit Typ-2-Diabetes ohne diabetische Retinopathie alle zwei Jahre).

PD Dr. med. Martin Feller, MSc (Epidemiology)
Berner Institut für Hausarztmedizin

Disclosure Statement

Der Autor hat deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie online unter https://saez.ch/article/doi/saez.2023.21306.

Replik auf «Ophthalmologisches Screening bei Typ-2-Diabetes»

Wir danken PD Dr. Feller für den Leserbrief. Unser Artikel referenziert, wie von Herrn Feller hervorgehoben, die Empfehlungen der «American Academy of Ophthalmology», die für Patient:innen mit Typ-2-Diabetes jährliche Kontrollintervalle empfehlen [1]. In Anbetracht der steigenden Gesundheitskosten sind die Ergebnisse von Scanlon [2] durchaus erwähnenswert und längere Kontrollintervalle sind zu erwägen. Aufgrund der, wie in unserem Artikel auch erwähnten, Symptomfreiheit in den frühen Stadien der diabetischen Retinopathie sollte dies jedoch nur unter gewissen Voraussetzungen stattfinden. Einerseits besteht bei längeren Intervallen die Gefahr, dass die Verlaufskontrollen versäumt oder gar nicht mehr wahrgenommen werden. Andererseits kann eine diabetische Retinopathie im Falle einer suboptimalen Blutzuckereinstellung auch sehr schnell voranschreiten. Diesbezüglich sind eine gute Kommunikation zwischen Grundversorger:innen und Ophthalmolog:innen sowie eine sorgfältige diabetologische Betreuung notwendig. Im Falle von steigenden oder stark schwankenden Blutzuckerwerten sollte frühzeitig wieder eine ophthalmologische Kontrolle veranlasst werden. Ebenfalls sollte den Patient:innen die Relevanz der Kontrollen stets wieder vor Augen geführt werden und bei Versäumen der Kontrollen eine erneut Zuweisung erfolgen. Unter diesen Voraussetzungen wäre ein längeres Kontrollintervall durchaus möglich und natürlich auch kostensparender.

Dr. med. Joel Lincke, Universitätsklinik für Augenheilkunde, Inselspital, Bern

Disclosure Statement

Der Autor hat deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Literatur

1 Flaxel CJ, Adelman RA, Bailey ST, Fawzi A, Lim JI, Vemulakonda GA, Ying GS. Diabetic Retinopathy Preferred Practice Pattern®. Ophthalmology. 2020;127(1):P66–P145.
2 Scanlon PH. Screening Intervals for Diabetic Retinopathy and Implications for Care. Curr Diab Rep. 2017;17(10):96.

Arbeiten Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung immer noch zu viel?

Brief zu: Mell E. Die Hoffnung leuchtet. Schweiz Ärzteztg. 2022;103(5152):18-21

In der SÄZ vom 21.12.2022 formuliert der Präsident des vsao seine festtägliche Hoffnung, dass Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte an Schweizer Spitälern noch weniger arbeiten müssten, um ihre «eigenen Bedürfnisse» besser in den Vordergrund ihres Lebens zu rücken. Dass die Ärzteschaft weniger, viel weniger arbeiten solle, sei angeblich auch ein Gewinn für die Kranken. Ich habe zeit meines Lebens die berüchtigten «60 bis 80 Stunden pro Woche» gearbeitet und stelle fest, dass ich ob diesem angeblich verantwortungslosen Arbeitseinsatz dennoch keinen Schaden erlitten sondern viel Gewinn gebucht habe, nicht nur für mich persönlich. Es reichte mir für den Erwerb einer reichen klinischen Erfahrung, für Facharzttitel, für eine akademische Karriere, für die Leitung einer Klinik an einem grossen Schweizer Spital, für ein immer noch intaktes Familienleben, für Musik mit Pflege des pianistischen Kammermusikrepertoires, und für viele private Reisen. Freude herrschte trotz mehr als 50 Wochenstunden – wohl auch bei den Patientinnen und Patienten.

Die Ärztegeneration Z, die mit Rückenwind des vsao «noch stärker eigene Bedürfnisse» in den Vordergrund stellen will, muss sich überlegen, ob sie den Anforderungen eines anspruchsvollen Berufs wirklich zur Gänze gerecht wird. Wer mehr arbeitet,

Envoyer un courrier

Vous pouvez transmettre votre courrier à la rédaction en ligne sur:
bullmed.ch/publier/remettre-un-courrier-des-lecteurs-remettre

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

gewinnt in weniger Zeit mehr klinische Erfahrung. Ein Plus. Wer in einem hohen Beschäftigungsgrad klinisch tätig ist, schafft mehr Kontinuität in der Patientenbetreuung. Ein Plus. Der Arztberuf ist kein «Nine-to-five-Job», in dem punktgenau bei Schichtwechsel der elektronische Griffel niedergelegt wird, wie in der Verwaltung, welche die Schalteröffnungszeiten ihrer Ämter mit helvetischer Präzision einhält. Wer im Dienst Patientinnen und Patienten mit Herzinfarkt behandelt oder bei einer Notfalloperation mitmacht, sollte meines Erachtens am nächsten Morgen nachsehen, wie es denn dem Kranken geht, anstatt einem fein austarierten Überzeitkompensationseinsatzplan nachzuleben. Die Patienten werden es schätzen, und der persönliche Lerneffekt wäre wichtig. «Früher» war nicht alles besser. Aktuell wird nun aber das Kind mit dem Weiterbildungsbade ausgeschüttet. Wäre dem denn nicht Gegensteuer zu geben?

Prof. em. Dr. med. Martin Fey, Zollikofen

Korrekte Anwendung von Arzneimitteln

Medikamente sind allein nur wegen der Arzneiform beratungsbedürftig. Die Information und Aufklärung des Patienten über die korrekte Anwendung seiner Arzneimittel ist nebst den Aspekten über die Wirkung des Medikaments von zentraler Bedeutung. Hier sind auch die MPA insbesondere in Arztpraxen mit einer Patientenapotheke gefordert. Viele Medikamente sind kompliziert anzuwenden. Eine Tablette zu schlucken ist relativ einfach, schwieriger ist die sichere Anwendung anderer Arzneiformen wie zum Beispiel Inhalativa oder wenn Erkrankte sich selbst spritzen müssen. Patienten erkundigen sich, ob die Tablette geteilt oder der Inhalt einer Kapsel in Wasser gelöst werden darf. Eine einmalige Beratung der Patienten bei der Abgabe von mehreren Arzneimitteln oder eines Rezeptes sichert auf die Dauer nicht deren richtige Anwendung. Vier von zehn betroffenen Patienten, die dauerhaft drei oder mehr Arzneimittel brauchen, verwenden auch Arzneimittel, die nicht geschluckt werden. An erster Stelle stehen Arzneimittel zur Inhalation (14% der Patienten), knapp gefolgt von Arzneimitteln zur Anwendung am Auge (13%) und Arzneimitteln, die selbst gespritzt werden wie beispielsweise Insulin (12%). Diese Ergebnisse stammen aus einer Forsa-Umfrage 2021 im Auftrag der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) [1]. Fast alle Patienten, die «schwierige» Arzneiformen anwenden, fühlen sich im Umgang mit ihren Medikamenten recht sicher. Aber bei mehr als der Hälfte (53%) dieser Patienten fand nie eine Überprüfung der sicheren und richtigen Anwendung durch eine medizinische oder pharmazeutische Fachkraft statt. Patienten wähnen sich teilweise in falscher Sicherheit. Es kann aber nur nachhaltig funktionieren, wenn sich jemand aus dem Praxisteam die Selbstanwendung von den Patienten zeigen lässt, anschliessend auf mögliche Anwendungsprobleme individuell eingeht und sie behebt. Was bedeutet dies für die MPA? Sie setzen sich vertieft mit den Arzneimittelformen auseinander. Sie kennen die wichtigsten Arzneiformen, ihre besonderen Eigenschaften und Unterschiede. Sie können den Patienten bei Fragen über Arzneiformen Auskunft geben. Sie können falls nötig anspruchsvolle Arzneiformen korrekt in der Praxis am Patienten anwenden beziehungsweise erklären.

Rudolf Wartmann, Berater im Gesundheitswesen, Wettingen

Literatur

1 https://www.pharmazeutische-zeitung.de/patienten-brauchen-mehr-unterstuetzung-128446/

Ärztemangel und die «Alten»

Brief zu: Wille N, Gilli Y. Ärztemangel: Nicht nur die Energie kommt aus dem Ausland. Schweiz Ärzteztg. 2023;103(0102):30-32

Es herrscht, wie im Artikel beschrieben, ein Fachkräftemangel. Deshalb werden viele Ärztinnen und Ärzte aus dem Ausland angeworben – mit entsprechenden Problemen bei der Ausübung des Berufes in einem fremden Land und dem daraus folgenden Ärztinnen- und Ärztemangel in den Herkunftsländern. Mich erstaunt, dass es kaum ein Thema ist, Ärztinnen und Ärzte um die Pensionierung und nachher vermehrt zu motivieren, diesen wunderschönen Beruf möglichst lange auszuüben und das Wissen und Können der Gemeinschaft zur Verfügung zu stellen. Meine Erfahrung ist eher, dass ich als älterer, weiter praktizierender Arzt belächelt und als Workaholic bedauert werde. Dabei bezahle ich weiterhin AHV, muss in Zürich entweder weiter Notfalldienst machen oder eine Ersatzabgabe leisten und alle 3 Jahre mich um eine Berufsausübungsbewilligung bemühen. Was nicht sehr motivierend ist ...

Dr. med. Markus Scheuring, Zürich

BAG provoziert akuten Notstand von psychisch Kranken

Ab 1. Januar 2023 können neu auch psychotherapeutisch ausgebildete Psychologen und nicht nur Psychiater selbständig mit den Krankenkassen abrechnen. Über die Honorierung von Psychologen, die sich noch in Weiterbildung in psychiatrischen Praxen befinden und dort Patienten therapieren, haben sich die verschiedenen Akteure heillos zerstritten, sodass das BAG am 5. Dezember beschloss, eine «Übergangslösung» nicht weiterzuführen, welche die vorläufige weitere Bezahlung dieser Therapien erlaubt hätte – das bedeutet jetzt den zwangsweisen Abbruch der laufenden Psychotherapie bei möglicherweise über zehntausend Patienten (von dieser Zahl spricht das BAG am 9.11.2022). Die Annahme, es wäre möglich, in der heutigen angespannten Versorgungslage für Psychotherapien, Nachfolgetherapieplätze in angemessener Frist zu finden, wäre geradezu zynisch.

Wer die komplexen Diskussionen verfolgt hat, kann den Entscheid des BAG ein Stück weit nachvollziehen, aber trotz allen vorausgegangenen Auseinandersetzungen, Warnungen, Mahnungen und Drohungen hat buchstäblich niemand damit gerechnet, dass am Schluss ausgerechnet eine Institution wie das BAG «einfach den Stecker rausziehen», «Patienten auf die Strasse stellen», und «Patienten im Stich lassen» würde.

Was sind die voraussehbaren Folgen erzwungener Therapieabbrüche: depressive Reaktionen bis hin zu Suiziden, insbesondere bei Jugendlichen, psychosomatische und psychotische Zusammenbrüche. Jeder derartige Fall wäre einer zu viel.

Für solche Folgen werden Verantwortliche gesucht werden.

Es muss jetzt so rasch wie irgendwie möglich verhindert werden, dass weitere Therapie-

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

abbrüche erzwungen werden – unbesehen aller vorausgegangenen, komplexen Ereignisse, und abgesehen von allen noch nicht gelösten Fragen.

Bei allem Respekt für die verschiedenen Interessengruppen: An erster Stelle muss das Wohl von psychisch kranken Menschen stehen («die Stärke des Volkes misst sich am Wohl der Schwachen»). Möglicherweise wäre ein rückwirkender Aufschub des Entscheides des BAG vom Anfang Dezember die rascheste, ultraprovisorische Lösung.

Dr. med. Alexander Moser, Zürich

Dépistage de maladies cardiaques: les généralistes sont des acteurs clés

Lettre concernant: Mell E. La poitrine qui tiraille, est-ce normal? Bull Med Suisses. 2022;103(5152):8-9

Dans une interview («La poitrine qui tiraille, est-ce normal?») paru dans le dernier BMS de 2022, le Professeur Wyss, cardiologue, constate que de plus en plus de jeunes gens en bonne santé se font examiner le cœur [1]. À la question si les médecins de premier recours ne devraient plus envoyer autant de cas chez les cardiologues, il répond: «Non, cela est dans l'air du temps et ne correspond ni aux exigences de la population ni à celles des médecins en matière de soins de qualité». Puis il ajoute: «Mais lors d'une première consultation, le généraliste a peu de chances de convaincre la personne que tout va bien avec son cœur, car il ne la connaît pas et ne sait pas ce dont elle a besoin en terme de communication.»

Ces constats sont inquiétants. Les médecins généralistes sont justement les acteurs clés pour accueillir et suivre les personnes présentant des non-cardiac chest pains (NCCP) [2], d'autant plus quand elles sont en bonne santé physique [3]. Une anamnèse approfondie associée à un examen clinique et un entretien sont alors les interventions thérapeutiques primordiales [4]. Vouloir systématiquement exclure des pathologies cardiaques sans créer une alliance thérapeutique a pour effet qu'une partie de ces patients continuera à souffrir et à errer dans l'univers médical malgré des examens diagnostiques rassurants [5].

Les médecins généralistes sont compétents pour diagnostiquer des maladies somatiques chez des patients avec NCCP et identifier ceux dont les symptômes sont l'expression d'une problématique psycho-sociale. Il est crucial que ces derniers puissent intégrer, dès la première consultation, les liens qui existent entre psyché/émotions et corps [2, 3]. Il ne s'agit pas de «convaincre le patient que tout va bien avec son cœur», mais de créer un lien et l'impliquer dans la prise en charge.

La proposition d'adresser systématiquement des personnes en bonne santé en cardiologie constitue, selon nous, une pratique inadéquate. En revanche, une approche collaborative, réservant la consultation cardiologique à des situations spécifiques et suivant un modèle de soins intégrés semble bien plus pertinente, limitant les coûts tout en assurant des soins de qualité [6].

Prof. Friedrich Stiefel, chef de service, Psychiatrie de liaison, CHUV, Lausanne;
Prof. Nicolas Senn, médecin chef, Département de médecine de famille, Unisanté, Lausanne

Références

Liste complète des références sous www.bullmed.ch ou via code QR

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html