

Forum CC



Contrôle de la qualité des indications

Lettre ouverte au Dr Christoph Bosshard, Comité central de la FMH, responsable du domaine Qualité

Cher confrère,

J'aimerais vous présenter un problème qui me préoccupe depuis longtemps déjà et auquel j'ai été confronté une fois de plus, à savoir l'absence de tout contrôle spécifique de la qualité de l'indication à la base d'un acte médical.

Je le désapprouve non seulement en tant que médecin-chef à la retraite, mais aussi en tant que président de la Commission d'examen de spécialiste de la SSMI, président de la Commission de déontologie de la FMH pour la Suisse allemande, membre de la Commission consultative de l'ASSM pour la collaboration corps médical-industrie et partisan d'un moratoire DRG en son temps.

Un confrère m'a parlé des cas suivants: ces douze derniers mois, il a adressé deux patients octogénaires souffrant de fibrillation auriculaire chronique à un hôpital central pour l'implantation d'un stimulateur cardiaque et à chaque fois, on a implanté un stimulateur cardiaque biventriculaire qui, lors de fibrillations, ne présente aucun avantage supplémentaire par rapport au système monoventriculaire, mais qui coûte plus du double selon les modèles. En outre, ces interventions ont été réalisées dans le cadre d'une hospitalisation.

Ce confrère a pris contact avec le chirurgien et la direction de l'hôpital, sans obtenir de réponse satisfaisante, malheureusement. La société cantonale de médecine, qu'il avait également informée, n'a pas reconnu de manquement quelconque au Code de déontologie et lui a laissé le soin de s'adresser au Conseil de déontologie ou aux médias. Grandement frustré, il m'a communiqué la correspondance échangée dans cette affaire.

Je connais uniquement ce confrère et les dossiers en question. Son argument selon lequel un stimulateur cardiaque biventriculaire ne procure aucun avantage supplémentaire est convaincant et cet argument a également été admis par le chirurgien à mots couverts. Il faut se demander s'il s'agit vraiment de deux cas isolés. La discussion qui a eu lieu dans la *Sonntagszeitung* du 22 juillet 2012 sur les défibrillateurs implantables (www.pacemaker.ch) sème également le doute.

Dans l'argumentaire de juillet 2010 pour un moratoire DRG, nous nous sommes exprimés comme suit sur *l'assurance-qualité*: «La plupart des instruments actuels de l'assurance-qualité ne sont pas appropriés pour détecter les problèmes liés à la qualité dans le cadre des DRG. On a besoin en priorité de *mesures* validées *concernant la qualité des indications posées*.»

Certes, les deux cas précités comme la statistique inexplicable sur le genre de défibrillateurs implantés datent de la période précédant SwissDRG. Toutefois, ils constituent un argument encore plus convaincant sous les DRG justement, à savoir que nous ne nous limitons pas à parler des critères EAE (efficacité, adéquation, économicité) difficilement définissables, mais que nous les prenons aussi au sérieux. A cet égard, il est indispensable d'avoir un contrôle de la qualité qui ne mesure pas uniquement le résultat mais qui se donne aussi la peine de vérifier la qualité de l'indication. Je me rends bien compte que ce n'est pas simple. Le développement du stimulateur cardiaque et du défibrillateur implanté ne fut pas simple non plus mais il a été couronné de succès malgré tout.

Cher Monsieur Bosshard, je vous suis reconnaissant de vous occuper de ce problème en votre qualité de délégué au Comité central et de soutenir ma requête.

Dr Urs Strebel, Männedorf

Réponse

Cher confrère,

Un grand merci pour votre lettre dans laquelle vous abordez une problématique centrale dans le domaine de la qualité, à savoir celle de la qualité de l'indication. L'un de mes maîtres m'a donné le fil conducteur suivant lors de ma formation de chirurgien orthopédiste: une opération, même réalisée de main de maître, ne donnera pas le résultat escompté si l'indication était mauvaise, alors qu'une opération effectuée correctement sur la base d'une bonne indication (sous réserve de complications, bien entendu) conduira à un bon résultat. Cette idée directrice reflète également l'avis de la FMH: la qualité de l'indication est la base pour d'autres dimensions de la qualité. Selon toute probabilité, la qualité de l'indication influence la qualité du résultat tout comme les autres dimensions de la qualité.

Vous présentez un exemple dans le cadre duquel le type de stimulateur cardiaque choisi n'occasionne aucun dommage médical mais soulève la question de l'efficacité du moyen utilisé.

La loi exige du corps médical de respecter les critères EAE. Permettez-moi de vous l'expliquer à l'aide d'un exemple tiré de ma spécialité: il est indéniable qu'une prothèse de la hanche en cas de coxarthrose constitue une méthode thérapeutique efficace. Son efficacité se mesure à l'indication: la coxarthrose est-elle le problème de notre patient ou bien y a-t-il une douleur irradiante en provenance des vertèbres lombaires? Parfois, nous nous retrouvons, nous médecins, tout à coup dans des situations des plus aventureuses, où nous devons tenir compte de cartons jaunes ou même de cartons rouges nous rappelant à l'ordre. Concernant l'économicité, la réponse dépend fortement de la compétence des répondants des coûts définie par la loi et on trouve dans notre système d'assurance sociale de grandes différences, comme on le sait. Est-ce économique de payer cette prothèse de la hanche aussi à une personne très âgée? Si la prothèse lui permet de conserver son autonomie et d'éviter des coûts infirmiers, la question amène une réponse claire, pour autant qu'il revienne à la caisse-maladie de prendre aussi ces coûts en charge.

Le défi se trouve dans le «A» du trio «EAE». Le corps médical doit rendre l'adéquation crédible et la présenter comme appropriée, si nous ne voulons pas perdre l'élément le plus central de la chaîne de traitement dans des schémas administrés. Ici, nous sommes tous appelés à aborder les problèmes déjà au niveau le plus bas. Pour pouvoir soutenir le corps médical dans sa prise de décision, il faut continuer aussi bien à promouvoir la médecine fondée sur les preuves qu'à définir, actualiser et utiliser les normes et les directives. D'autre part, il faut activer l'évaluation du rapport coûts-efficacité des prestations médicales dans le cadre de l'HTA (Health Technology Assessment) et rendre disponibles de manière simple et directe les constats des fournisseurs de prestations à ce sujet.

La qualité est écrite en majuscules pratiquement partout et des activités en tout genre sont menées dans ce contexte. Les sociétés de discipline médicale ont la compétence de traiter les questions qui leur sont propres, tandis que sur place, notre système de santé fédéraliste promulgue des directives cantonales pour les fournisseurs de prestations. Nous nous trouvons donc quasi dans une situation matricielle où les sociétés cantonales de médecine répondantes sur le plan local et les sociétés de discipline à l'œuvre au niveau national devraient se rencontrer, car elles dépendent obligatoirement les unes des autres dans ce domaine.

La tâche de la FMH est donc d'offrir son soutien à ce point d'intersection. Afin que la qua-

lité de l'indication revienne au centre des discussions sur la qualité, il faut une prise de conscience élevée pour les processus complexes du quotidien médical de même qu'un échange entre les spécialistes. Mais il est aussi indispensable que la qualité de l'indication soit davantage prise en compte dans la recherche sur la qualité où de nombreuses lacunes doivent encore être comblées.

La FMH a examiné de manière approfondie la thématique relative à la qualité de l'indication mais aussi du diagnostic. Elle publiera un document de base et son avis à ce sujet dans l'une des prochaines éditions du Bulletin des médecins suisses.

Je me rends bien compte que nous avons encore beaucoup à faire. Ce proverbe indien nous aidera peut-être un peu dans notre chemine-

ment: «*Si tu veux aller vite, marche seul. Si tu veux aller loin, marche avec les autres.*»

Veillez agréer, cher confrère, mes meilleures salutations.

Dr Christoph Bosshard, Comité central de la FMH, responsable du domaine Données, démographie et qualité

Courrier au BMS



Suizidhilfe ist Teil der ärztlichen Aufgaben

Gegen diese Meinung [1] führt Kollege Walter Meili [2] recht spezielle Argumente an und meint, es würde konkret bedeuten, dass 2014 in einem Lehrbuch der Neurologie als Therapie von ALS, MS oder Parkinson auch «Hilfe zum Suizid» stehen würde. Diese Unterstellung gegenüber einem medizinischen Lehrmeister erscheint doch ziemlich abwegig und abstrus, insbesondere wenn eine solche Angabe unter den aufgeführten Therapien vorzufinden wäre. Die Bezeichnung «Suizidbeihilfe» wird manchmal etwas selektiv verstanden, obschon die Sterbehilfeorganisationen der Schweiz glaubhaft erklären, grosse Bemühungen auf eine wenn immer mögliche Lebensrettung zu verwenden, und diese auch in vielen Fällen erfolgreich seien. Aber wer denn sonst als Ärztinnen und Ärzte können einem Patienten aufgrund ihrer Kompetenz alternative Hilfe mit Vorschlägen zu noch möglichen Therapien oder sonstigen hilfreichen Massnahmen unterbreiten? Zudem haben bislang nur ärztlich tätige Personen die gesetzliche Erlaubnis, Natriumthiopental zu verschreiben. Oder soll eine sterbewillige Person stattdessen andere, inhumane Suizidversuche unternehmen, die Angehörige und weitere Teile der Gesellschaft immer wieder von neuem schockieren? Da erscheint Suizidprävention im Rahmen der «Suizidbeihilfe» doch viel sinnvoller und eine verantwortungsvolle Aufgabe für die Ärzteschaft, denken wir nur schon an die oft recht schwierige Diagnostikstellung einer möglichen Erkrankung, die sich hinter einem Suizidwunsch verbergen kann.

Weil die Suizidbeihilfe so umstritten ist, darf mit Genugtuung festgestellt werden, dass keine ärztliche Person dazu verpflichtet ist, Suizidhilfe zu leisten. Eine weitergehende Einschränkung im Sinne von Negativempfehlung ist

allerdings fehl am Platz. Eine Aufforderung an die Ärzteschaft, sich aller sterbewilligen Personen angemessen anzunehmen und ihnen unter Respektierung ihres freien Willens beizustehen, kann nur unterstützt werden.

Dr. med. Georg Hinz, Mönchaltorf

- 1 Schafroth M. Suizidhilfe ist Teil der ärztlichen Aufgaben – die Zeit ist reif für eine Anpassung der SAMW-Richtlinien. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(34):1226–7.
- 2 Meili W. Suizidhilfe als Teil der ärztlichen Aufgaben? – Wer schützt die Schwächsten? Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(36): 1307.



Suizidhilfe ist die vornehmste Aufgabe des Hausarztes

Zum Artikel von M. Schafroth [1]

In den 35 Jahren Tätigkeit als Allgemeinpraktiker wurde ich oft herausgefordert, Sterbende zu Hause zu begleiten. Einige Male wurde ich auch mit dem Wunsch konfrontiert «Herr Doktor – geben Sie mir doch endlich eine Spritze, damit das endlich aufhört!» Und zweimal wurde ich auch konkret aufgefordert, zu helfen, das Leben mit Exit zu beenden. Ich konnte mich immer darum drücken und wurstelte mich irgendwie durch, – eben wie alle Kollegen mit Morphium in grosszügiger Dosierung. Bis auf das letzte Mal. Bei dem 92-jährigen Diabetiker mit amputiertem Bein, der immer mehr pflegebedürftig wurde und das ganz klar nicht erdulden wollte. Nach langem Zögern stellte ich ihm dann das Rezept aus und war beim Sterben zugegen. Damit, dass er mich an seinem bewussten Sterben hat teilhaben lassen, hat der Patient mir ein immenses Geschenk gemacht. Er ist für mich zum leuchtenden Vorbild geworden. Nie mehr werde ich den Augenblick vergessen, als mir seine Seele noch

Morsezeichen schickte, als sie den Körper verliess: Eine Träne im Auge glitzerte wie ein Diamant und flackerte mit dem Zittern der Augenlider. Damals habe ich erkannt, dass das Begleiten unserer Patienten bis zum Tode – wie auch immer – die vornehmste Aufgabe des Hausarztes ist. Deshalb stelle ich mich auch zur Verfügung, Patienten, die mit Exit sterben wollen, ein Rezept auszustellen, wenn der Hausarzt – warum auch immer – nicht dazu bereit ist.

*Dr. med. Peter Hirzel, Altdorf
(pens. Allgemeinmediziner)*

- 1 Schafroth M. Suizidhilfe ist Teil der ärztlichen Aufgaben – die Zeit ist reif für eine Anpassung der SAMW-Richtlinien. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(34):1226–7.



Wir begeben uns aufs Glatteis

Frau Schafroth fordert in ihrem Artikel [1], dass die bisherigen Richtlinien der SAMW in dem Sinne geändert werden müssten, dass Suizidhilfe bei autonom entstandenem Sterbewunsch durch Ausstellen eines Rezeptes für «ein Erlösung bringendes Medikament» jedem Arzt erlaubt sein soll und er damit zum «guten Gelingen» beitragen solle.

Auch wenn Exit von einem Pfarrer gegründet wurde, steht es ausser Frage, dass unser Leben ein Geschenk des Schöpfers ist, in das wir nicht autonom eingetreten sind und von dem Jesus sagt, dass sogar alle Haare auf dem Kopf gezählt sind. Mich schaudert bei dem Gedanken, Beihilfe zu leisten, solches Leben selbstbestimmt auszulöschen.

Wir begeben uns aufs Glatteis mit unserem Sortieren von lebenswertem Leben am Anfang und am Ende der menschlichen Existenz. Und wie steht es mit dem angeblich autonom entstandenen Sterbewunsch, wenn man der Fa-

milie immer länger und mehr zur Last fällt und es ja so einfach wäre, die Sorgen mit Hilfe einer Spritze zu beseitigen?

Es geht wohl nicht lediglich um eine Anpassung der SAMW-Richtlinien, es geht immer mehr um einen Dammbbruch. Ist dieser vollends passiert, wird die Welt nicht besser.

Dr. med. Hans Kuhn, Bubikon

- 1 Schafroth M. Suizidhilfe ist Teil der ärztlichen Aufgaben – die Zeit ist reif für eine Anpassung der SAMW-Richtlinien. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(34):1226–7.



Suizidbeihilfe

Eindrücklich, im letzten gelben Heft die drei Beiträge von Dr. Marion Schafroth [1], Dr. Erhard Taverna [2] und Dr. Jean Martin [3] zu lesen. Mit ganz unterschiedlichem Stil, jedoch einstimmig wie in einem geübten Chor, zugunsten des medizinisch unterstützten Suizids. Egal, ob leicht ungeduldig-apodiktisch («die Zeit ist reif!»), schleichend-konformistisch oder literarisch-salonfähig, scheint die einzige SÄZ-würdige Botschaft klar zu sein: «Arzt, hör auf, altmodisch zu sein, und pass dich endlich der herrschenden (dominierenden?) Meinung an: Werde Exit-Mitglied oder zumindest Gegner der andersdenkenden Menschen. Du musst die Suizidbeihilfe als eine ärztliche Aufgabe betrachten.»

Ich mache nicht mit: Ich pflege, manchmal heile ich, und versuche immer, kranke Menschen zu begleiten, werde aber nie Handlungen unterstützen, die den Zweck haben, sich umzubringen.

Ich praktiziere eine Medizin, die auch Vernunft berücksichtigt und nicht ausschliesslich Guidelines, Expertenkommissionen und jeder möglichen philosophischen Mode der Zeit gehorcht. Und ich weiss, ich bin mit dieser Einstellung unter Kollegen in guter Gesellschaft.

Dr. med. Fabio Cattaneo, Lugano

- 1 Schafroth M. Suizidhilfe ist Teil der ärztlichen Aufgaben – die Zeit ist reif für eine Anpassung der SAMW-Richtlinien. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(34):1226–7.
- 2 Taverna E. Der Publikumstag. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(34):1233–4.
- 3 Martin J. Beihilfe zum Suizid – ein ergreifender Bericht zu komplexen Streitfragen. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(34):1242.



Darf es auch etwas weniger sein?

Als «letzter Meile» der Gesundheitsforschung kommt der Versorgungsforschung eine zentrale Rolle zu. Das Engagement von Hausärzten, Fragestellungen von grossem öffentlichem Interesse nachzugehen, verdient hohe Anerkennung und Respekt. Doch die Nähe von hausärztlicher Forschung zum medizinischen Alltag und die schwierige Grenzziehung zwischen ärztlicher und wissenschaftlicher Tätigkeit dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass es sich auch hier um *Forschung* handelt.

Im lesenswerten Beitrag von T. Rosemann [1] wird der etwas irritierende Eindruck erweckt, dass Hausärzte keine Kenntnisse in Guter Klinischer Praxis nachzuweisen bräuchten. Das Gegenteil ist der Fall: Auch ein Hausarzt, der sich an patientenbezogenen Forschungsprojekten beteiligt, sollte zumindest mit den für ihn relevanten rechtlichen Bestimmungen und den elementaren forschungsethischen Prinzipien vertraut sein; der Anspruch steigt, wenn in der Studie gesundheitsbezogene Interventionen vorgenommen werden. Ein Arzt, der zum Forscher wird, trägt eine besondere Verantwortung und sieht sich speziellen Pflichten zum Schutz der Versuchspersonen und zur Gewährleistung der Datenqualität gegenüber – auch im Rahmen von multizentrischen Studien mit einer kompetenten Projektleitung.

Unterliegt – nur um ein Beispiel zu nennen – eine Studie dem deutschen Arzneimittelgesetz, haben die Prüfer den Nachweis für den Besuch eines 1- bis 2-tägigen Kurses in Guter Klinischer Praxis zu erbringen; die entsprechende Forderung durch die zuständige Ethikkommission ist also auch international nicht unüblich. Das Problem besteht eher darin, dass die existierenden Kursangebote nahezu ausschliesslich auf die Planung und Durchführung von Arzneimittelstudien ausgerichtet sind, somit über die Bedürfnisse des Praxispersonals oftmals weit hinausgehen und einen im Hinblick auf die multizentrische hausärztliche Forschung unnötigen Aufwand verursachen.

Das Anfang 2014 in Kraft tretende Schweizerische Humanforschungsgesetz sieht – je nach Studientyp – eine abgestufte Nachweispflicht für Kenntnisse in Guter Klinischer Praxis vor; diese Nachweispflicht bezieht sich aber nicht nur auf Heilmittelstudien, sondern neu auf die

gesamte gesundheitsbezogene Forschung am Menschen [2]. Prüfer, auch Hausärzte, werden sich dieser Realität stellen müssen. Aber es besteht die Chance, ab jetzt Prüfärztschulungen zu entwickeln und anzubieten, die – den gesetzlichen Anforderungen nachkommend – auf die speziellen Bedürfnisse von Hausärzten und des Praxispersonals zugeschnitten sind. In Deutschland hat sich diese Aufgabe das 2010 ins Leben gerufene Netzwerk «Klinische Studien in der Allgemeinmedizin» zu eigen gemacht [3]. Eine ähnliche Rolle könnten die in der Schweiz bestehenden Institute für Hausarztmedizin einnehmen.

Dr. med. Peter Kleist, Münchenbuchsee

- 1 Rosemann T. Hausärzte und Forschung – geht das zusammen? Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(35):1282–4.
- 2 Gemäss den im Entwurf vorliegenden Verordnungen zum Humanforschungsgesetz; siehe unter www.bag.admin.ch/themen/medizin/00701/00702/12310/index.html?lang=de.
- 3 Netzwerk «Klinische Studien in der Allgemeinmedizin». In: Circular! Newsletter des KKS-Netzwerks 2010; 11/12: 1–2; siehe unter www.kks-netzwerk.de/uploads/download/KKSN_Circular_1210_final.pdf.



Taxpunktwerte für ambulante Leistungen

In der Berner Zeitung vom 23. 8. 2012 lese ich [1]: Laut Krankenkassen droht dem Kanton Bern ein Prämienschub von 2,2%. Der Grund: Die Regierung hat den TP für ambulante Leistungen öffentlicher Spitäler von 91 Rappen auf 116 Rp. erhöht. Privatspitäler erhalten weiterhin 91 Rp., freie Ärzte weiterhin 86 Rp. Begründung: Der neue TP-Wert beruhe – im Unterschied zu jenen der Privatspitäler und Ärzte – auf guten, transparenten Daten. Womit geschrieben ist, was die Regierung von den freien Ärzten hält, wie sie sie einordnet und welche Absichten sie hat. Wen wundert's, dass sich nicht einmal die Ärztesgesellschaft in einem Kommentar dazu wehrt.

Dr. med. Bernhard Blum, Biel

- 1 Ambulante Tarife – Prämienschub? Berner Zeitung, 23. 8. 2012.