

Courrier au BMS



Standardized Mortality Ratio

Zum Artikel «Irrungen und Wirrungen in der Erfassung der Myokardinfarkt-Mortalität in der Schweiz» [1]

Liebe Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte Damen und Herren

Vielen Dank für Ihren Artikel zum Indikator Mortalität bei Myokardinfarkt. Auch aus unserer Sicht ist die Auswertungsmethodik nicht perfekt. Wir würden gerne ergänzend die Sachlage etwas differenzieren. Nicht die reinen Mortalitätskennzahlen, sondern das anhand von Alter und Geschlecht risikoadaptierte Verhältnis zwischen beobachteter und erwarteter Mortalitätsrate, die SMR (Standardized Mortality Ratio), sollte zum Vergleich herangezogen werden; ist diese grösser als 1, könnte das ein Hinweis auf Verbesserungspotential sein. Ein Vergleich der reinen Mortalitätsraten zwischen 2 Spitälern, da stimmen wir Ihnen zu, ist nicht sinnvoll.

Das patientenspezifische Mortalitätsrisiko bei Myokardinfarkt im Einzugsgebiet zweier Schweizer Spitäler dürfte sich nicht wesentlich unterscheiden: Unterschiede im PCCL-Score und Case Weight deuten unserer Ansicht nach eher auf Unterschiede des Kodierverhaltens hin. Darüber hinaus sind die selektierten Kollektive nicht mit denen des BAG vergleichbar: die Luzerner Kollegen haben hier alle Fälle mit einer ICD-10-Diagnose I21.- herangezogen und nicht nur solche mit einer Hauptdiagnose I21.-.

Die vom BAG angewandte Systematik zielt auf eine Beschreibung von vergleichbaren Kollektiven ab; vergleichbar heisst jedoch nicht gleich. Wir sehen die Vergleichbarkeit als durchaus gegeben an. Die vom BAG publizierten Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler ermöglichen eine differenzierte Betrachtung nach Typ (STEMI und Non-STEMI) und auch nach Altersklasse.

Wir trauen den klinisch tätigen Kollegen zu, in fast allen Fällen einen Myokardinfarkt auch als solchen zu erkennen und zu behandeln. Sicher gibt es einen Grenzbereich, innerhalb dessen die Unterscheidung zwischen Infarkt und instabiler Angina pectoris nicht eindeutig ist. Von dieser Restunsicherheit sind unserer Ansicht nach alle Spitäler im ähnlichen Ausmass betroffen. Wir glauben nicht, dass das BAG hier normativ eingreifen muss. Die Abrechnungsda-

ten, anhand derer die Mortalitätsstatistik berechnet wird, werden mehrfach auditiert: einerseits von den Versicherern, andererseits im Rahmen der jährlichen Kodierrevision und vom BAG. Es gibt keinen materiellen Anreiz, die Fälle, die als Myokardinfarkt diagnostiziert werden könnten, nicht als solche zu dokumentieren. Offensichtlich fälschlicherweise als Myokardinfarkt kodierte Fälle werden von den Versicherern beanstandet, systematisches Upcoding zieht finanzielle Sanktionen für die Spitäler nach sich. Die verlässliche Datengrundlage sehen wir als wesentlichen Vorteil der BAG-Methode an.

Sie gehen weiterhin auf mögliche Fehlanreize ein: So wäre es denkbar, dass Schwerstkranken mit einem hohen Mortalitätsrisiko eher nicht in das Spital eingeliefert werden würden. Hier vertrauen wir weiterhin auf die starke medizinische Ethik des ärztlichen Berufsstandes und sind überzeugt, dass die Kollegen ihrem Beruf verantwortungsbewusst nachgehen. Das Beispiel des schwerstkranken Patienten mit einem metastasiertem Pankreaskarzinom ist etwas irreführend: die Mortalitätskennzahl für Fälle mit Herzinfarkt berücksichtigt nur solche, bei denen ein Myokardinfarkt als Hauptdiagnose kodiert wurde. Die Hauptdiagnose, welche i. d. R. die Diagnose mit dem grössten medizinischen Aufwand ist, wird wahrscheinlich bei einem palliativ behandelten, onkologischen Patienten nicht der Herzinfarkt, sondern das Pankreaskarzinom sein. Sicher sind die vom BAG veröffentlichten Qualitätsindikatoren nicht perfekt. Sie sind jedoch aus unserer Sicht methodologisch richtig. Sie bieten den Spitalern eine Chance, die eigenen Prozesse zu hinterfragen, und den Patienten eine gewisse Transparenz. Eine Transparenz, die wir ihnen aus unserer Sicht schuldig sind.

*Dr. med. Tarun Mehra, Dr. med. Jörk Volbracht
Ärztliche Direktion, UniversitätsSpital Zürich*

- 1 Cuculi F, Kaufmann T, Schüpfer G. Schweiz. Ärztezeitung. 2014;95(36):1344–7.

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/



SMB – danke dass es dich gibt

In regelmässigen Abständen wird das Swiss Medical Board scharf kritisiert, so auch im Zusammenhang mit dem Mammographiescreening durch Cerny, et al. [1]. Von dieser Kritik bin ich sehr enttäuscht: Sie geht praktisch nicht auf die wissenschaftlichen Grundlagen ein, sondern spricht einfach generell dem SMB die Fähigkeit ab, an dieser Diskussion teilzunehmen. Weil es keine neuen wissenschaftlichen Daten gibt? Und die alten tatsächlich zeigen, dass bei einem Screening minim Nutzen gegen viel Schaden entsteht? Bezüglich Nutzen hat das SMB in der gleichen Ausgabe Stellung bezogen [2]. Bezüglich Schaden empfehle ich die Lektüre der Untersuchungen von John Brodersen, der in Dänemark umfangreiche Befragungen von Patientinnen nach falsch diagnostizierten Mammakarzinomen in der Mammographie durchgeführt hat: keine dieser vielen Frauen stellt sich je wieder einer Untersuchung, und die Mehrzahl durchläuft ähnliche psychische Belastungen wie Patientinnen, die tatsächlich an einem Mammakarzinom erkranken. Ist das keine Beeinträchtigung der Lebensqualität?

Dr. med. Philippe Luchsinger, Affoltern am Albis

- 1 Cerny T, Passweg J, Nosedá G. Swiss Medical Board: cui bono? Schweiz. Ärztezeitung. 2014;95(46):1726–8.
- 2 Jüni P, Erlanger T, Zwahlen M. Replik zum vorangegangenen Beitrag «Swiss Medical Board – cui bono?». Schweiz. Ärztezeitung. 2014;95(46):1729–31.



LScE avertit de l'obligation aux génériques

La Ligue Suisse contre l'Epilepsie (LScE) a pris connaissance des intentions du conseiller fédéral Berset et de l'OFSP qui souhaitent obliger prochainement les caisses-maladie à ne plus rembourser que les génériques et les patients désireux de prendre malgré tout une préparation originale, à régler eux-mêmes la différence de prix.

Outre des réserves d'ordre général sur le fait de continuer à encourager une médecine à deux

vitesses, la LScE souhaite une nouvelle fois souligner de manière pressante que des raisons médicales et techniques, et spécifiquement épileptologiques, s'opposent à ce qu'une telle réglementation s'applique aux antiépileptiques. En tant qu'association professionnelle médicale, la LScE s'engage en faveur d'un examen et d'un suivi médical optimal et sûr, ainsi que de l'information des personnes épileptiques en Suisse.

Les génériques peuvent sans aucun problème être utilisés pour la prise en charge médicamenteuse d'une épilepsie non encore traitée ou non encore stabilisée (persistance de crises).

Par contre, la LScE a déjà attiré l'attention à plusieurs reprises (et pour la dernière fois en 2011), sur le fait que chez la majorité des patients épileptiques, à savoir les 60 à 70% qui ne connaissent plus de crises sous traitement médicamenteux, un changement d'antiépileptique obtenu par la contrainte économique peut avoir des conséquences graves, voire catastrophiques pour le patient et son entourage. Les coûts de ces conséquences peuvent nettement excéder les économies prévues grâce à la stricte prescription de génériques:

En raison de la réglementation sur la bioéquivalence de 80 à 125%, le changement de préparation peut, du point de vue pharmacologique, entraîner une baisse allant jusqu'à 36% ou une hausse allant jusqu'à 56% de la concentration efficace. Chez beaucoup de patients épileptiques, les crises ne sont pas faciles à réprimer et des fluctuations mêmes minimales peuvent

avoir des effets secondaires invalidants (variations à la hausse) ou déclencher de nouvelles crises (variations à la baisse). Accidents, blessures, absentéisme professionnel, perte d'emploi ou de la capacité à conduire et, dans le pire des cas, décès du patient, peuvent en être les conséquences.

Deux bons tiers des patients épileptiques ne connaissent plus de crises sous traitement médicamenteux. De l'avis de la LScE, mais aussi de nombreuses autres sociétés nationales et internationales spécialistes de l'épilepsie, tous ces patients ne devraient *pas changer de traitement*, que ce soit pour passer d'un original à un générique, d'un générique à un original ou d'un générique à un autre.

C'est pourquoi la LScE insiste par anticipation sur le fait que la réglementation de remboursement prévue *ne doit pas être appliquée* aux patients épileptiques dont la prise en charge médicamenteuse a éliminé les crises et demande par conséquent au conseiller fédéral Alain Berset et à l'OFSP d'intégrer une exception idoine à ladite réglementation.

La LScE est convaincue que l'OFSP reconnaît les faits exposés et accédera à sa demande pour le bien et la sécurité des patients épileptiques en Suisse.

Nous restons à votre entière disposition pour toute question ou tout renseignement complémentaire.

*Dr Günter Krämer PD, Président de la LScE
Dr Stephan Rüegg, Vice-président de la LScE*

Communications

Ligue contre l'Epilepsie

Mise au concours – Promotion de la recherche scientifique dans le domaine de l'épilepsie (surtout sous forme d'aide initiale)

La Ligue contre l'Epilepsie soutient les projets scientifiques dans le domaine de l'épileptologie par un montant total de 25 000 CHF par an, la priorité étant accordée aux projets cherchant à élucider les causes et à mettre au point des traitements de l'épilepsie. Aucune bourse ne sera octroyée pour la formation de base ou continue ou pour des séjours à l'étranger. En revanche, la prise en charge de frais de voyage et de séjour (sans salaire) est possible pour les séjours de courte durée (quelques semaines au maximum) lorsque ces séjours servent à apprendre des méthodes appliquées dans le cadre d'un projet bénéficiant de soutien en Suisse. Si le requérant a déjà fait une demande de soutien ailleurs, il faut nous en informer en spécifiant où et avec quel résultat.

Délai de remise des demandes: 31 décembre 2014

Les formulaires, ainsi que le guide pour les candidats peuvent être demandés à l'adresse suivante: Ligue Suisse contre l'Epilepsie, Seefeldstrasse 84, Case postale 1084, 8034 Zurich, Tél. 043 488 67 77, Fax 043 488 67 78, info[at]epi.ch

Sujets actuels de forum

Rejoignez la discussion en ligne sur www.saez.ch



Prof. Dr méd. Sevgi Tercanli,
professeure titulaire de gynécologie et obstétrique à l'université de Bâle

Dépistage prénatal non invasif (DPNI)

Le DPNI remplace-t-il les procédés de dépistage utilisés jusqu'à présent?



Dr Beat Sottas, consultant indépendant, chercheur et auteur, directeur de la société formative works

Pourrait-on envisager des études de médecine moins longues et moins chères?

Deux recommandations qui nous viennent des Etats-Unis pourraient bien renforcer la médecine de famille