

Experten geben Einblick in ihre Fachrichtungen

Was bringt das neue Jahr für die Hausarztmedizin?

Grosse Studien, Neuzulassungen, Tarifdiskussionen – auch 2017 war Bewegung in der Medizin. Um zu erfahren, was davon für die hausärztliche Praxis relevant ist, haben wir uns unter Experten verschiedener Fachrichtungen umgehört: Was erschien ihnen besonders wichtig, und was erwartet uns im neuen Jahr? Die Sorge, nicht mehr genug Zeit für die adäquate Betreuung zu haben beziehungsweise nicht alle Patienten gleichermaßen gut versorgen zu können, hörten wir wiederholt. Aber auch das deutliche Statement, dass Hausärzte eine zentrale Position in der guten Betreuung der Patienten einnehmen.



Allgemeine Innere Medizin

Prof. Dr. med. Edouard Battégay
Direktor Klinik und Poliklinik für Innere Medizin
Universitätsspital Zürich

Wir müssen mehr zeigen, was wir können und was wir bringen

Welche neuen Erkenntnisse des letzten Jahres in Ihrem Fachgebiet fanden Sie besonders spannend?

Es gibt nun zum ersten Mal Multimorbiditätsguidelines von NICE, dem britischen National Institute for Health Care Excellence, und auch jene von EACS, der European AIDS Clinical Society, in der Version 8.2 vom Januar 2017, sind nicht nur bei HIV-Patienten anwendbar, sondern letztlich bei allen Multimorbiden, beispielsweise zum Screening einer Depression. Letztere wird ja oft von Patienten und Ärzten verkannt.

Welche Erkenntnisse können die Diagnose und Therapie in der Hausarztpraxis künftig verändern?

Wie gesagt, wir sind besonders schlecht im strukturierten Erkennen der Depression. Diese geht bekanntermassen einher

mit Noncompliance von Medikationen bei HIV, Transplantationen und sonstigen schweren Erkrankungen, aber auch bei Hypertonie, Dyslipidämie und so weiter ... Das Problem ist in der Versorgung von leichteren und schwereren Erkrankungen noch nicht angekommen. Beispielsweise kann aufgrund von funktionellen Einschränkungen bei einer schweren COPD eine Depression in den Vordergrund rücken, was sich krankheitserschwerend auswirkt. Ein Angehen der Depression kann für die Lebensqualität entscheidendere Verbesserungen bringen, als dies mithin durch eine COPD-Therapie überhaupt möglich ist. Ich finde das auch bei eigenen Untersuchungen der letzten Jahre sehr eindrücklich. Mit einem flächendeckenden einfachen Screening auch ohne Verdacht mit den zwei PHQ-2-Fragen («Wie oft haben Sie sich in den letzten 2 Wochen niedergeschlagen, schwermütig oder hoffnungslos gefühlt?» und «Wie oft fühlten Sie sich in den letzten 2 Wochen lustlos, interesselos oder freudlos?») lassen sich Patienten mit Depression auch in der Haus- oder Spezialarztpraxis öfter entdecken und deren Situation möglicherweise verbessern. Diese zwei Fragen haben eine sehr gute Sensitivität und eine akzeptable Spezifität. Bei positiver Beantwortung einer oder beider Fragen ist eine vertiefte Exploration sinnvoll. Denn wer eine schwere Krankheit oder eine spezielle Situation wie zum Beispiel HIV-Positivität hat, hat auch häufiger eine Depression. Wie genau gescreent wird, ist egal, finde ich. Die Bewältigung einer Krankheits- oder Lebenssituation anzusprechen, halte ich für enorm wichtig. Das heisst: «Care» wird neben oder anstatt «Cure» sehr wichtig. In den USA versuchte man beispielsweise mit «bundle payment», wo ein bestimmter Geldbetrag zur vorgegebenen Behandlung eines Problems gesprochen wird, diesem Problem beizukommen. Mit Outcome-Messungen hat man verfolgt, mit welchen Behandlungen bei definierten Problemstellungen es den Patienten nach einem bestimmten Zeitraum besser geht. Dabei kam beispielsweise bei der Problemstellung Rückenbeschwerden heraus, dass eine psychiatrische Abdeckung viel bringen kann. Dieses Vorgehen hat auch dazu geführt, dass weniger operiert wurde.



Multimorbiditätsguidelines von NICE
www.rosenfluh.ch/qr/nice



European AIDS Clinical Society Guidelines
www.rosenfluh.ch/qr/eacs-guidelines

Wurden in Ihrem Fachbereich Medikamente zugelassen, welche die Therapie erheblich verbessern?

Aus der kardiovaskulären Sicht sind für mich die PCSK9-Inhibitoren ein grosser Fortschritt. Allerdings wird diese Therapie einem sehr selektionierten Patientengut vorbehalten bleiben müssen, weil sie sehr teuer ist. Ein weiterer grosser Fortschritt ist bei der Hepatitis-C-Therapie gelungen. Diese führt bei den meisten Patienten zur Heilung und ist so nebenwirkungsarm geworden, dass man sich überlegen könnte, ob sie nicht von Hausärzten durchgeführt werden könnte. Des Weiteren gibt es auch immer mehr Apps, die zur Beobachtung von sich selbst oder von Patienten eingesetzt werden können.

Auf welche Studienresultate sind Sie für 2018 besonders gespannt?

Ich interessiere mich eher für Grosstrends in der Medizin. Die einzelnen Studien beleuchten naturgemäss immer eine sehr enge Fragestellung. Ich verfolge die Entwicklung der gezielten Antikörpertherapie, mit der bis anhin unheilbare Krankheiten beispielweise in der Onkologie plötzlich behandelbar werden, mit grosser Freude, aber auch mit grosser Sorge, weil sie extrem teuer ist. Man wird mit der Industrie einen Konsens darüber finden müssen, welche Kosten für eine Gesellschaft überhaupt tragbar sind.

Einen weiteren Trend beobachte ich in den zunehmenden Möglichkeiten der Automatisierung. Gerade in einem so personalintensiven und wenig automatisierten Bereich wie der Medizin könnten in Zukunft gewisse Arbeiten digital automatisiert, das Personal entlastet und für anderes eingesetzt werden. Vorstellbar sind vordefinierte Entscheidungswege aufgrund von Labordaten analog der Insulinpumpe, die aufgrund eines kontinuierlich gemessenen Wertes automatisch Insulin zuschiesst oder nicht. Solche Abläufe liessen sich noch in sehr viel mehr Bereichen an Automaten oder Nichtmediziner delegieren. Die so gewonnene Zeit kann dann mehr für die ärztliche Expertise zur Aufklärung und Beratung des Patienten genutzt werden. Wichtig wird hierbei die Diskussion um die künftige Rolle des Arztes und damit die Definition des Wesentlichen in der ärztlichen Tätigkeit.

Was «fürchten» Sie am meisten?

Die momentane Tarifierung hat eine falsche, sehr technikorientierte Richtung. Sie fördert auch das Tun und nicht eine ebenfalls notwendige Balance zur Unterlassung unnötiger Eingriffe oder Massnahmen. Das Wesentliche aber, nämlich die ärztliche Gesprächszeit, die ohnehin immer zu kurz ist, wird nun auch noch abrechnungstechnisch beschnitten. Ich befürchte, dass sprechende und koordinierende Disziplinen wie Internisten, Hausärzte und Psychiater unter die Räder kommen. Aber auch im Spital braucht es bei aller Technik immer Zeit für die Koordination aller Massnahmen, dafür, dass man Komorbiditäten im Auge behält, und für Erklärungen. Auch die Arbeit des Chirurgen besteht aus Patientengesprächen. Diese Zeit wird ungenügend belohnt, tariflich und anerkennungsmässig. Das Tarifierungssystem ist schräg.

Es wird für mich – und das ist vielleicht eine Frage des Alters – auch zunehmend zu einer Sinnfrage. Wie soll man einer jungen Medizinergeneration einen Beruf schmackhaft machen, der mit immer grösserem bürokratischen Aufwand verbunden ist? Diese Teilsinnentleerung unseres Berufs ist für mich persönlich die grösste Gefahr. Ärzte verbringen sehr viel Zeit mit «Regulatory Affairs». Wir haben in der Schweiz, vermutlich mentalitätsbedingt, die Möglichkeiten der Informationstechnologie vor allem zur Kontrolle eingesetzt und nicht zur Produktivitätssteigerung. Damit meine ich zum Beispiel ein automatisches Einlesen von Blutdruckmesswerten vom Messgerät über eine Schnittstelle dorthin, wo man sie brauchen würde. Heute tippt jemand diese Werte ab. Unser Tarifierungssystem hat dazu geführt, dass es zu einer unheimlichen Bürokratisierung unseres Berufs gekommen ist.

Was ist Ihre wichtigste Botschaft für die Kolleginnen und Kollegen in der Hausarztpraxis 2018?

Bei aller Sorge: Es braucht bei uns ein Bewusstsein bei Ärzten insgesamt, bei Internisten, sowohl bei Hausärzten wie auch bei Spitalärzten, dass wir in der Schweiz ein gutes System haben. Wir müssen aber Sorge dazu tragen und genau überlegen, wo es Verbesserungen braucht und erträgt.

Dann müssen wir unsere eigene Spezialität, die Allgemeine Innere Medizin, mehr nach aussen kehren, mehr zeigen, was wir machen und was wir bringen. Nehmen wir einen Hausarzt, der seinem Patienten mit komplexer Erkrankung einen invasiven Eingriff ausredet, weil er keine Verbesserung bringt: Dieser Hausarzt spart der Krankenkasse und dem Steuerzahler viel, verdient aber in dieser Aktivität wenig. Man müsste ein System finden können, das nicht nur ausgeführte Massnahmen bezahlt, sondern auch vermiedene Kosten entlohnt. Das klingt utopisch, doch in diese Richtung müsste es gehen. Ein Psychiater, der am Wochenende beispielsweise erreichbar ist, vermeidet womöglich Hospitalisierungskosten infolge Eskalation einer Situation. Solche kosteneinsparenden Dienstleistungen müssten wahrgenommen und besser entlohnt werden.

Das Gesundheitssystem nur als Kostenfaktor zu betrachten, ohne sich zu fragen, was sinnvoll ist und was nicht, greift zu kurz. Man muss sich auch bewusst sein, dass die Steigerungen der Krankenkassenprämien überproportional zu den Kostensteigerungen im Gesundheitswesen stehen. Das kommt daher, dass der Staat im Gegensatz zu früher weniger mitbezahlt. Wir erleben eine Verschiebung der Kosten hin zu mehr Gebühren. Anstatt dass man die Steuern erhöht, werden Gebühren eingeführt oder erhöht. Wie beim Abfallsack, der Parkkarte et cetera. ▲



Angiologie

Dr. med. Ernst Groechenig
Chefarzt Angiologie
Kantonsspital Aarau

Vermeht den Austausch mit den Experten suchen

Welche neuen Erkenntnisse des letzten Jahres in Ihrem Fachgebiet fanden Sie besonders spannend? Welche könnten die Diagnose und Therapie in der Hausarztpraxis künftig verändern?

Die tiefe Venenthrombose ist nach Herzinfarkt und Schlaganfall die dritthäufigste Gefässerkrankung weltweit. Besonders spannend war die zunehmende Umsetzung von Erkenntnissen, die eigentlich schon vor einem Jahr publiziert wurden, aber sehr rasch in den klinischen Alltag implementiert werden konnten. Die Rede ist von den ACCP-Guidelines zur venösen Thromboembolie. Selten gab es eine so klare Auflistung mit klaren Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie.

In der Hausarztpraxis sind diese mit Sicherheit eine grosse Hilfe, da man sich rasch und umfassend informieren kann. Wir haben die Empfehlungen dieser Guidelines übersetzt und auf unsere Homepage gestellt (siehe *Link*), wo sie in Kurzform nachgelesen werden können. Es konnten jedoch nicht alle Fragen aus der täglichen Praxis beantwortet werden. So ist noch immer nicht klar, was man mit einer isolierten Muskelvenenthrombose macht oder wie man mit einer kurzstreckigen oberflächlichen Venenthrombose umgehen soll.

Dass man bei einer tiefen Venenthrombose antikoaguliert, um eine potenziell tödliche Lungenembolie zu verhindern, steht heute ausser Zweifel. Dass sich die direkten Antikoagulantien aufgrund der einfachen und sicheren Anwendung durchsetzen werden, war auch keine Überraschung. Die Nutzen-Risiko-Abwägung ist besser denn je dokumentiert, sodass zu lange Therapien mit einem entsprechenden Blutungsrisiko oder zu kurze Therapien mit einem Rezidiv- oder Lungenembolierisiko vermieden werden.

Eine häufig invalidisierende Spätfolge der tiefen Beinvenenthrombose ist das postthrombotische Syndrom. Dieses zu verhindern, ist ein weiteres wichtiges Therapieziel, das allerdings in den letzten Jahren in den Hintergrund gerückt ist, weil einerseits das Bewusstsein fehlt und man andererseits

keine therapeutischen Optionen gesehen hat. Hier findet zurzeit ein Dogmenwechsel statt. Bisher ging man davon aus, dass die Venenklappen bereits wenige Tage nach einer tiefen Beinvenenthrombose irreversibel geschädigt sind. Im Inselsspital Bern ist man andere Wege gegangen und hat Venenthrombosen interventionell rekanalisiert. Selbst die komplexe Wiedereröffnung von chronischen venösen Verschlüssen oder die Rekonstruktion kompletter chronischer Verschlüsse der Vena cava inferior hat eine deutliche Verbesserung des postthrombotischen Syndroms gebracht. Die Ergebnisse dieser Studie werden demnächst publiziert und werden dazu beitragen, dass eine seit Jahrzehnten vertretene Lehrmeinung geändert werden muss.

Wurden in Ihrem Fachbereich Medikamente zugelassen, welche die Therapie erheblich verbessern?

PCSK9-Hemmer (Repatha®, Praluent®, Anm. d. Red.) werden bei der Therapie der Dyslipidämie eingesetzt, wenn andere Therapiemassnahmen versagen. Dabei handelt es sich um monoklonale Antikörper, die ein- bis zweimal monatlich subkutan injiziert werden. PCSK9-Hemmer binden sich an die zirkulierenden Proproteinkonvertase und verhindern deren Bindung an die LDL-Rezeptoren, was die Anzahl der LDL-Rezeptoren erhöht und den Abbau von LDL-Cholesterin steigert. Die Folge ist eine Senkung des LDL-Cholesterins um 40 bis 60 Prozent. Wir erwarten, dass vor allem Patienten mit schwerer familiärer Hypercholesterinämie davon profitieren werden. Spannend wird es, wenn die ersten Langzeitstudien mit klinischen Ergebnissen publiziert werden.

Auf welche Studienresultate sind Sie für 2018 besonders gespannt?

In der COMPASS-Studie wurden Patienten mit stabiler atherosklerotischer Erkrankung randomisiert entweder mit ASS 100 mg oder mit ASS 100 mg plus 2,5 mg Rivaroxaban oder mit ASS 100 mg plus 5 mg Rivaroxaban behandelt. Die Kombination aus ASS und Rivaroxaban war so überlegen, dass die Studie nach einer Beobachtungszeit von 23 Monaten vorzeitig beendet wurde. Es ist zu erwarten, dass hier zukünftige Leitlinien beeinflusst werden.

Für uns Angiologen ist aber eine weitere, ähnliche Studie (VOYAGER-PAD) besonders interessant, die den periinterventionellen beziehungsweise perioperativen Einfluss von ASS versus ASS plus Rivaroxaban bei Patienten mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit untersucht. Es wäre schön, wenn diese Studie dazu beitragen könnte, die Langzeitergebnisse von aufwendigen kathetertechnischen oder gefässchirurgischen Revaskularisationen zu verbessern.

Und was «fürchten» Sie am meisten?

Ich persönlich handle stets nach dem Prinzip, dass es keine Probleme, sondern nur lösbare Aufgaben gibt. Deswegen fürchte ich mich vor nichts. Die Zukunft wird wie immer neue Herausforderungen bringen, denen wir uns stellen und die wir meistern werden. Alte Meinungen werden revidiert, neue Regeln werden aufgestellt. Alles bleibt im Fluss. Man



ACCP-Guidelines Therapie Venenthrombose (Kurzform)
www.rosenfluh.ch/qr/accp

darf sich Entwicklungen nicht verschliessen, muss den Mut haben, neue Wege zu gehen, und darf nicht stehen bleiben. Und trotzdem muss man die Dinge mit kritischem Fachverstand differenziert betrachten und hier eine gesunde Balance finden. Das macht unseren Beruf so spannend.

Was ist Ihre wichtigste Botschaft für die Kolleginnen und Kollegen in der Hausarztpraxis 2018?

Ich bewundere die hausärztliche Tätigkeit, die so umfassend und vielseitig ist. Als Spezialisten können wir uns auf ein kleines, überschaubares, abgegrenztes Gebiet zurückziehen, wobei es hier schon schwierig genug ist, den Überblick zu

bewahren. In der hausärztlichen Praxis führen Sie den Patienten, koordinieren die diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen und begleiten den Patienten. Unsere Wertschätzung für diese Arbeit kann ich Ihnen versichern. Wenn ich einen Wunsch äussern darf, dann wünsche ich mir, dass Sie vermehrt auf uns zukommen, uns signalisieren, wo Ihre Bedürfnisse sind, wo wir Sie unterstützen können und wie wir die Zusammenarbeit mit Ihnen optimal gestalten können. Ich freue mich auf jedes persönliche Gespräch und den persönlichen Gedankenaustausch bei einem Kongress, Hausärzterforum oder sehr gerne im Rahmen eines Ihrer Qualitätszirkel. ▲



PERSPEKTIVEN HAUSARZTMEDIZIN

Dr. med. Isabelle Fuss
Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin
Brugg

Hoffentlich werden politisch die richtigen Entscheidungen getroffen, um die Hausarztmedizin zu fördern

Was hat Sie als Hausärztin 2017 am meisten gefreut?

Wir sind dieses Jahr mit unserer Gruppenpraxis in das Gesundheitszentrum Brugg umgezogen. Dieses bietet den Einwohnern von Brugg und Umgebung eine breite ambulante Versorgung. Die Zusammenarbeit mit diversen Spezialisten sowie auch mit Aussenstationen des Kantonsspitals Baden fällt aufgrund der örtlichen Nähe viel leichter. Man begegnet sich beim Mittagessen oder im Gang und tauscht das eine oder andere aus, wofür man nicht extra zum Telefon gegriffen hätte. Ausserdem delegieren wir viel an unsere MPA. Dies entlastet uns Ärzte, und die MPA freuen sich über die Abwechslung und die Verantwortung bei der Arbeit.

Was hat Sie am meisten geärgert?

Über die Tarmed-Revision 2018 kann stundenlang diskutiert werden, und es wird nie eine Lösung geben, die für alle fair ist. Von der richtigen Diagnostik und Therapie für den richtigen Patienten profitieren alle. Bei einem Patienten ist nach fünf Minuten klar, dass eine apparative Untersuchung nötig ist. Einem anderen hilft ein 40-minütiges Gespräch, um die wiederkehrende Beanspruchung der Notfallstation zu vermeiden. Wünschenswert sind diesbezüglich adäquate Ausbildung der angehenden Hausärzte, kontinuierliche Qualitätskontrollen sowie hausärztliche Forschung. Dies finde ich persönlich spannender als Tarifiediskussionen.

Welche Erkrankungen haben nach Ihrem Eindruck im letzten Jahr eher zugenommen?

In einem Jahr ändert sich nicht so viel. In der letzten Zeit sind die Ansprüche der Patienten gestiegen, und es handelt sich häufig eher um Befindlichkeitsstörungen als um behandlungsbedürftige Erkrankungen. Die chronischen Erkrankungen wie zum Beispiel Diabetes und Adipositas nehmen eher zu, und auch die psychischen Erkrankungen sehen wir häufiger. Durch die höhere Lebenserwartung sehen wir zunehmend polymorbide Patienten mit einer ganzen Palette an Medikamenten.

Welche sehen Sie in der Praxis – im Gegensatz zu früher – kaum noch?

Glücklicherweise begegnen wir sehr selten lebensbedrohlichen Situationen in der Praxis. Dies liegt einerseits daran, dass diese Patienten per Ambulanz ins Spital gebracht werden, andererseits aber auch an unserer guten präventiven Therapie. Blutdruck-, Blutzucker- und Cholesterineinstellung sowie Lifestyleberatung sind zwar wenig spektakulär, der Nutzen für Patienten ist aber enorm.

Was erhoffen Sie sich von 2018, medizinisch wie gesundheitspolitisch?

Einerseits hoffe ich auf gut ausgebildete, motivierte junge Hausärzte und Hausärztinnen und darauf, dass politisch die richtigen Entscheidungen getroffen werden, um die Hausarztmedizin zu fördern. Andererseits gibt es einige spannende technische Entwicklungen, welche uns Hausärzte in Zukunft unterstützen könnten. Bereits dieses Jahr schnitt ein lernendes Computerprogramm bei der Beurteilung von Hautveränderungen genauso gut ab wie erfahrene Dermatologen. Ich hoffe ausserdem auf eine reibungslose Implementierung des elektronischen Patientendossiers zum Wohl des Patienten, des Arztes sowie auch der Krankenversicherer.

Und was «fürchten» Sie am meisten?

Dass wir Hausärzte eines Tages nur noch Zuweisungen an Spezialisten machen, da alles andere nicht mehr rentiert. Dann müsste ich mir einen neuen Beruf suchen, was sehr schade wäre. ▲



Pneumologie

Prof. Dr. med. Jörg Leuppi
Chefarzt Medizinische Universitätsklinik
Kantonsspital Baselland
Liestal

Asthmadiagnosen immer wieder hinterfragen

Welche neuen Erkenntnisse des letzten Jahres in Ihrem Fachgebiet fanden Sie besonders spannend?

Dazu fallen mir insbesondere die drei folgenden Studien ein: Die erste untersuchte die Gesundheitsfolgen von E-Zigaretten – etwas, was bis anhin nicht klar war. McConnell et al. haben besonders «empfindlichen» Personen, sprich Schüler in Südkalifornien, untersucht. Mittels Fragebogen wurden Schüler, die in den letzten 30 Tagen E-Zigaretten verwendet beziehungsweise nicht verwendet hatten, verglichen. Bronchitische Symptome waren bei den Anwendern deutlich häufiger (1).

In der zweiten Studie geht es um das COPD-Risiko von Rauchern. Basierend auf der Copenhagen General Population Study untersuchten Cola et al. über 95 000 Personen im Alter zwischen 20 und 100 Jahren. 34 Prozent dieser Personen hatten aufgrund eines Alters von > 40 Jahren und einem Nikotinkonsum von >10 Packungsjahren und/oder Asthmaanamnese ein erhöhtes Risiko für eine COPD-Entwicklung. Die Studie zeigte, dass 11 Prozent der Teilnehmer mit hohem Risiko die Kriterien für eine COPD erfüllten. Davon waren 78 Prozent undiagnostiziert und davon wiederum 71 Prozent symptomatisch. Im Vergleich zu den Individuen ohne COPD hatten Probanden mit undiagnostizierter symptomatischer COPD häufiger Exazerbationen, Pneumonien oder verstarben an respiratorischen Erkrankungen (2).

Die dritte Studie kommt zu dem Schluss, dass eine einmal gestellte Asthmadiagnose immer wieder hinterfragt werden sollte. So untersuchten Aaron et al. über 700 Patienten mit verschiedenen Tests. Bei einem Drittel der Patienten konnten sie ein Asthma ausschliessen, und bei 2 Prozent fanden sie eine andere schwerwiegende kardiorespiratorische Erkrankung, die zuvor als Asthma fehldiagnostiziert worden war. Nach einem Jahr liess sich weiterhin bei einem Drittel der Patienten kein Asthma nachweisen. Somit sollte eine Asthmadiagnose bei Erwachsenen, vor allem bei leichtgradigem Asthma, immer wieder hinterfragt werden. Es besteht sonst die Gefahr einer Überbehandlung. Der Hausarzt sollte regelmässige funktionelle Untersuchungen wie Spirometrie mit Bronchodilatationstest vornehmen beziehungsweise Patienten auch dem Pneumologen für einen Bronchoprovokationstest zuweisen.

Welche Erkenntnisse könnten die Diagnose und/ oder Therapie in der Hausarztpraxis künftig verändern?

Die Studie von Cola bestätigt, dass es sinnvoll ist, Raucher über 40 Jahre bezüglich COPD mittels Spirometrie zu untersuchen. Die Studie von Aaron zeigt auch, dass man eine einmal gestellte Diagnose wie zum Beispiel Asthma regelmässig überprüfen sollte.

Wurden 2017 in Ihrem Fachbereich Medikamente zugelassen, die die Therapie erheblich verbessern?

Die IL-5-Antikörper, wie der in der Schweiz bereits zugelassene Antikörper Mepolizumab (Nucala® Anm. d. Red.) oder auch der jetzt gerade frisch in der Schweiz zugelassene Antikörper Reslizumab (Cinqaero®, Anm. d. Red.) beziehungsweise der wahrscheinlich bald auch in der Schweiz zugelassene IL-5-Rezeptor-Antikörper Beralizumab, ermöglichen eine Therapie beim schweren, eosinophilen Asthma. Hier kann oft die Dauersteroidtherapie reduziert oder gar gestoppt werden.

Auf welche Studienresultate sind Sie für 2018 besonders gespannt?

Tezepelumab, ein humanisierter, monoklonaler Anti-TSLP (thymic stromal lymphopoietin)-Antikörper zeigt einen eindrucklichen Effekt bei gewissen schweren Asthmatikern, unabhängig von ihrem Phänotyp (allergisch/nicht allergisch beziehungsweise eosinophiles/nicht eosinophiles Asthma). Erste Phase-III-Resultate erwartet man im kommenden Jahr (4).

Und was «fürchten» Sie am meisten?

Ein Raucherscreening sollte in fachärztlichen Händen erfolgen mit vorgängig und anschliessend durchgeführten Beratungsgesprächen. Dieses Screening muss sehr gut begleitet sein. Es besteht die Gefahr, dass dies sonst «unkontrolliert» abläuft (Geldmache ...).

Was ist Ihre wichtigste Botschaft für die Kolleginnen und Kollegen in der Hausarztpraxis 2018?

Das sind wohl die beiden Punkte, die ich in der Antwort auf Frage zwei genannt habe. ▲

Referenzen:

1. McConnell R et al.: Electronic cigarette use and respiratory symptoms in adolescents. *Am J Resp Crit Care Med* 2017; 195: 1043-1049.
2. Cola Y et al.: Prognosis of asymptomatic and symptomatic, undiagnosed COPD in the general population in Denmark: a prospective cohort study. *Lancet Respir Med* 2017; 5: 426-434.
3. Aaron SD et al.: Reevaluation of diagnosis in adults with physician-diagnosed asthma. *JAMA* 2017; 317: 269-279.
4. Bel EH: Moving upstream – Anti-TSLP in persistent uncontrolled asthma. *N Engl J Med* 2017; 377: 989-991.



Geriatric

Dr. phil. Michael M. Ehrensperger
Memory Clinic, Universitäre Altersmedizin,
Felix Platter-Spital
Basel

Den Hausärzten kommt eine wichtige Rolle bei der Unterstützung eines gesunden Lebensstils zu

Welche neuen Erkenntnisse des letzten Jahres in Ihrem Fachgebiet fanden Sie besonders spannend?

Basierend auf mehreren Studien, welche sinkende Prävalenzraten bezüglich Demenzerkrankungen im Verlauf der letzten Dekaden aufzeigten, präsentierte «The Lancet International Commission on Dementia Prevention, Intervention and Care» einen Report, der zeigte, dass etwa ein Drittel der weltweit auftretenden Demenzfälle vermieden werden könnte, wenn – über die ganze Lebensspanne hinweg – sogenannte Lifestyle-Faktoren positiv beeinflusst würden (1).

In jungen Jahren spielt eine gute Ausbildung eine Rolle, im mittleren Lebensalter sind die Faktoren Bluthochdruck, Übergewicht und Schwerhörigkeit relevant, und im höheren Lebensalter spielen Aspekte wie Depression, Diabetes, körperliche Inaktivität, Rauchen sowie eine geringe Anzahl von Sozialkontakten eine kritische Rolle. Weiter bedeutsam sind Ernährungsfragen und geistige Aktivität.

Forschungsergebnisse im Bereich der Prävention gewinnen angesichts der grossen Zahl an Therapiestudien, welche keine bedeutsamen Effekte der eingesetzten Substanzen nachweisen konnten, zunehmend an Bedeutung. Dies zeigte sich auch bei der letztjährigen Alzheimers Association International Conference (AAIC) in London, wo in mehreren Symposien Ergebnisse zu Studien mit präventiven Ansätzen diskutiert wurden.

In der Schweiz konnte im vergangenen Jahr mit BrainCoach (www.braincoach-programm.ch) ein Programm entwickelt werden, welches auf den Bereich der kognitiven Aktivität fokussiert. Das von der Memory Clinic Basel mit Unterstützung der Firma Vifor entwickelte BrainCoach-Programm unterstützt ältere, wenig aktive oder beispielsweise infolge der Pensionierung «kognitiv gelangweilte» Personen dabei, ihre mentale Beweglichkeit zu erhöhen. Die Ausübung von geistig stimulierenden Tätigkeiten erhöht die eigene «kognitive

Reserve», was im Falle einer neurodegenerativen Erkrankung möglicherweise schützend wirkt: Menschen mit einer hohen kognitiven Reserve können die negativen Auswirkungen neuropathologischer Prozesse länger und besser kompensieren. Durch die Förderung der Motivation, sich kognitiv zu betätigen, dient das BrainCoach-Programm demnach als mögliche präventive Massnahme gegen Hirnleistungsstörungen.

Welche Erkenntnisse könnten die Diagnose und/oder Therapie in der Hausarztpraxis künftig verändern?

Das BrainCoach-Programm kann, in der Hausarztpraxis angewendet, einen Beitrag im Bereich der Prävention leisten. Mit seiner Hilfe kann die kognitive Inaktivität, einer der wesentlichen Risikofaktoren, welcher zur Entwicklung einer Demenz beitragen kann, erfolgreich modifiziert werden. Den Hausärzten kommt damit eine wichtige Rolle bei der Unterstützung eines gesunden Lebensstils zu, welcher das Risiko, an einer Demenz zu erkranken, positiv beeinflussen kann.

Wurden 2017 in Ihrem Fachgebiet neue Medikamente zugelassen, die die Therapie erheblich verbessern könnten?

Im vergangenen Jahr konnten auf dem Gebiet der Behandlung demenzieller Erkrankungen keine neu entwickelten Medikamente eingeführt werden. Sollten die derzeit laufenden Therapiestudien positive Resultate ergeben, werden bis zur Markteinführung eines neuen Medikamentes noch einige Jahre vergehen.

Auf welche Studienresultate sind Sie für 2018 besonders gespannt?

Derzeit rechne ich für das Jahr 2018 nicht mit besonders bedeutsamen Daten. Selbstverständlich lasse ich mich jedoch gern positiv überraschen.

Und was «fürchten» Sie am meisten?

Dass auch in den nächsten Jahren die geplanten sowie die gegenwärtig laufenden Studien keine bedeutsamen Therapieeffekte der untersuchten Substanzen zeigen könnten.

Die derzeitigen Bestrebungen, bereits bei kognitiv gesunden Personen mit erhöhtem Demenzrisiko neue Wirkstoffe zu prüfen, gehen auf die Erkenntnisse vieler nicht erfolgreicher Studien zurück, dass man bisher vermutlich zu spät im Verlauf der Erkrankung in die pathologischen Prozesse eingegriffen hat.

Allerdings ergeben sich ethisch ganz neue Herausforderungen, wenn Gesunden nach einer genetischen Analyse eröffnet werden muss, dass sie ein erhöhtes Risiko haben, ohne dass eine geeignete Therapie angeboten werden kann. Eine Befürchtung im Zusammenhang mit solchen bei kognitiv gesunden Menschen durchgeführten Studien ist, dass auch die früher im Krankheitsverlauf angesetzte Intervention nicht zu einer bedeutsamen Beeinflussung des Krankheitsverlaufes beiträgt, weil zusätzliche, noch nicht identifizierte Faktoren eine gewichtige Rolle spielen könnten, die durch die geprüften Wirkstoffe nicht berücksichtigt werden.



BrainCoach-Programm
www.braincoach-programm.ch

Was ist Ihre wichtigste Botschaft für die Kolleginnen und Kollegen in der Hausarztpraxis 2018?

Weiterhin sind die frühe Erkennung kognitiver Störungen sowie eine aktive Strategie bei der Vermeidung kognitiver Inaktivität sinnvoll, damit die verfügbaren nicht medikamentösen Behandlungs- und Unterstützungsmassnahmen früh-

zeitig aufgeleitet werden können und somit die Lebensqualität der Betroffenen und deren Angehöriger bestmöglich erhalten werden kann. ▲

Referenzen:

1. Livingston G et al.: Dementia prevention, intervention and care. Lancet 2017 Jul 19; pii: S0140-6736(17)31363-6.



Pädiatrie

Prof. Dr. med. Ulrich Heininger
Leitender Arzt Infektiologie und Vakzinologie
Stv. Chefarzt am Universitäts-Kinderspital
beider Basel (UKBB), Mitglied der Eidgenössischen
Impfkommission (EKIF)

Kontrollieren Sie regelmässig den Impfstatus Ihrer Patienten

Welche neuen Erkenntnisse des letzten Jahres in Ihrem Fachgebiet fanden Sie besonders spannend?

Die Erkenntnis, dass wir unsere finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen umsichtiger einsetzen müssen. Das gilt zum Beispiel für den Antibiotikagebrauch (Stichwort «antibiotic stewardship» – wir nennen das in der Schweiz schon seit Jahrzehnten «rationalen Antibiotikagebrauch», was ja auch ganz gut klingt und die Sache mindestens genauso gut beschreibt wie der angelsächsische Terminus) wie auch für die Diagnostik, gerade bei Infektionskrankheiten. Nur wenn das Ergebnis des Tests mein Handeln lenken wird, ist es ein sinnvoll eingesetzter Test. Ich bin fast geneigt, dies «diagnostic stewardship» zu nennen ...

Zudem haben mich die Studienergebnisse aus dem Vereinigten Königreich gefreut. Dort wurde gezeigt, dass mit einem nationalen Meningokokken-Gruppe-B-Impfprogramm dieser häufige Erreger invasiver bakterieller Infektionen zurückgedrängt werden kann.



Pertussis-Forschungsprojekt PERISCOPE
www.rosenfluh.ch/qr/periscope

Informationsstelle für Impffragen
www.rosenfluh.ch/qr/infovac

Welche Erkenntnisse könnten die Diagnose und/ oder Therapie in der Hausarztpraxis künftig verändern?

Bei uns in der Schweiz derzeit wohl eher nicht ein Meningokokken-Gruppe-B-Impfprogramm. Unsere Fallzahlen bewegen sich seit vielen Jahren auf zum Glück niedrigem, sogar rückläufigem Niveau. Die genauen Gründe dafür sind nicht bekannt.

Wohl aber das zunehmende Wissen um rationale Diagnose- und Therapieempfehlungen, deren konsequente Beachtung enorme Ressourcen in der Hausarztpraxis einsparen kann.

Wurden 2017 in Ihrem Fachgebiet neue Medikamente zugelassen, die die Therapie erheblich verbessern könnten?

Nein, leider nicht. Nach wie vor ist es sehr bedauerlich, dass viele innovative Therapieansätze in der Pädiatrie relativ spät, wenn überhaupt, ankommen. Das zwingt unser Fachgebiet häufig zum Off-label-Gebrauch.

Auf welche Studienresultate sind Sie für 2018 besonders gespannt?

Ganz subjektiv: Auf alle Ergebnisse, die sich aus unserem europäischen, mit öffentlichen Mitteln geförderten Pertussis-Forschungsprojekt PERISCOPE ergeben werden – auf der Suche nach Biomarkern für den Schutz vor Pertussis (www.periscope-project.eu), um den gefährdetsten Personen, nämlich Säuglingen, zukünftig hoffentlich besser wirksame Impfstoffe anbieten zu können.

Und was «fürchten» Sie am meisten?

Anhaltende Liefer- und Versorgungsengpässe bei Impfstoffen, Antibiotika und anderen Medikamenten. Dies unterminiert das Vertrauen der Bevölkerung in unsere Medizin und schadet nicht zuletzt auch dem Impfgedanken.

Was ist Ihre wichtigste Botschaft für die Kolleginnen und Kollegen in der Hausarztpraxis 2018?

Nehmen Sie Ihre Verantwortung wahr, und kontrollieren Sie regelmässig den Impfstatus Ihrer Patientinnen und Patienten! Diese haben mehr Impflücken, als Sie meinen. Und wenn Sie Hilfe brauchen: Die Experten von INFOVAC helfen Ihnen gerne. ▲



Geriatric

Prof. Dr. phil. Andreas U. Monsch
Leiter Memory Clinic
Universitäre Altersmedizin
Felix-Platter-Spital
Basel

Hirnleistungsstörungen früh erkennen, um Patienten und Familien optimal zu betreuen

Welche neuen Erkenntnisse des letzten Jahres in Ihrem Fachgebiet fanden Sie besonders spannend?

Das letzte Jahr brachte leider enttäuschende neue Erkenntnisse im Bereich Demenz. Das begann kurz vor dem Jahreswechsel im Dezember 2016 mit den negativen Resultaten der Phase-III-Studie mit Solanezumab. Eine weitere grosse Enttäuschung in Bezug auf eine gegen die Beta-Amyloid-Plaques gerichtete Intervention waren dann im September die Resultate der MINDSET-Studie von Axovant mit der Substanz In-tepirdin. Eine andere enttäuschende Erkenntnis ist, dass die Biomarkerentwicklung nur sehr langsam vorangeht und zum Beispiel auch die Volumetrie anhand der MRI-Aufnahmen immer noch nicht sehr befriedigend ist.

Es gibt zurzeit zwei hauptsächliche Tendenzen in der Forschung. Die eine zielt auf die Beeinflussung von Risiko- und Lifestylefaktoren bei Menschen im mittleren Alter, um so möglicherweise die Demenz im fortgeschrittenen Alter zu verzögern oder zu verhindern. Die zweite Tendenz infolge der bereits genannten negativen Studienresultate ist, dass man nun vielleicht von der Fokussierung auf das Beta-Amyloid bezüglich der Therapie wekommt und neu in Richtung Anti-Tau-Fibrillen-Medikation geht.

Was bedeutet das für die Diagnose und/oder Therapie in der Hausarztpraxis?

Die Enttäuschung bezüglich der Therapien hat vielleicht auch dazu beigetragen, dass man versucht, das Vorhandene zu optimieren. Dazu gehören unter anderem der neue Ansatz hin zum Case-Finding und weg vom breiten Screening auf Demenz sowie die bezüglich Zeitaufwand und Sensitivität optimierten Tools, wie beispielsweise der BrainCheck (1). Das ist sicher ein Schritt in die richtige Richtung.

Sinnvoll ist auch, einem Nichtspezialisten ein besseres Instrument als den Mini-Mental-Status (MMS) zu empfehlen, weil seine Sensitivität zur Früherkennung kognitiver Störungen sehr schlecht ist. Viel besser ist hier der MoCA (2), zu dem wir in 2017 Normdaten erhoben haben.

Wir werden also schon sehr früh kognitive Störungen besser diagnostizieren, aber leider keine neuen Therapien anbieten können.

Wurden 2017 in Ihrem Fachgebiet neue Medikamente zugelassen, die die Therapie erheblich verbessern könnten?

Nein, das ist, wie gesagt, leider nicht der Fall.

Auf welche Studienresultate sind Sie für 2018 besonders gespannt?

Am meisten gespannt bin ich auf Studienresultate, die erst im April 2019 kommen werden, nämlich jene der TOMMORROW-Studie mit Pioglitazon. An dieser Studie sind wir hier an der Memory Clinic mit vielen Patienten beteiligt und sind sicher das grösste Studienzentrum auf dem europäischen Festland. Die Studie ist deswegen so spannend, weil sie auf Gesunde fokussiert und der klinische Endpunkt das Auftreten von leichten kognitiven Störungen aufgrund einer Alzheimer-Krankheit (mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease) darstellt. Hier zeigt sich eine weitere Entwicklung in Forschung und Therapie: Man versucht nicht mehr, Patienten zu therapieren, die bereits durch massive Gedächtnisstörungen im Alltag beeinträchtigt sind, sondern interveniert bereits in Vorstadien, also im MCI-Stadium oder bei Gesunden.

Und was «fürchten» Sie am meisten?

Die letzte Neuzulassung für ein Medikament gegen Demenz liegt 15 Jahre zurück. Das war 2003 das Memantin. Seitdem gab es nur Enttäuschungen. Das hat natürlich eine gewisse Frustration zur Folge. Meine Befürchtung ist, dass nun nicht – wie zu erhoffen wäre – wesentlich mehr investiert wird, um bei diesem Problem endlich einmal voranzukommen, sondern dass man sich im Gegenteil frustriert von diesem Forschungsgebiet abwendet. Es war schon in den letzten Jahren zu beobachten, dass sich einige Firmen mehr oder weniger aus der Alzheimerforschung zurückgezogen haben, weil ihnen die Wahrscheinlichkeit auf einen Erfolg in absehbarer Zukunft zu gering ist.

Was ist Ihre wichtigste Botschaft für die Kolleginnen und Kollegen in der Hausarztpraxis 2018?

Es ist ganz wichtig, die Hirnleistungsstörung im Alter frühzeitig zu erkennen und dann alles zu unternehmen, was heute möglich ist, um die Patienten und ihre Familien optimal zu betreuen. Mit Medikamenten ist das nur beschränkt möglich, das wissen wir, aber es gibt noch eine Vielzahl anderer, nicht medikamentöser möglicher Interventionen, wie betreuende Beratung, Gedächtnistraining und so weiter. Dieses Angebot besteht, und das sollte man unbedingt auch nutzen. ▲

1. s. auch: Neues Programm zum Schutz vor Demenz. Risikodiagnose mit BrainCheck, Prävention mit BrainCoach. *Ars Medici* 2017; 107: 732–734.

2. MoCA: Montreal Cognitive Assessment; entwickelt für das Screening von leichten neurokognitiven Störungen; in vielen verschiedenen Sprachen verfügbar unter: www.mocatest.org



PERSPEKTIVEN HAUSARZTMEDIZIN

Dr. med. Hansjörg Lang
Allgemeine Innere Medizin FMH
Praxis «Ärzte am Rhein»
Eschenz/TG

Flächendeckendes Hausarztprinzip zur Vermeidung von Doppelspurigkeiten

Was hat Sie als Hausarzt 2017 am meisten gefreut?

Die bundesrätliche Beachtung und finanzielle Besserstellung der Hausärzte.

Was hat Sie am meisten geärgert?

Die Rückfragen der Krankenkassen wegen Beträgen von 30 bis 40 Franken, deren Beantwortung 40 bis 50 Franken kostet.

Welche Erkrankungen haben nach Ihrem Eindruck im letzten Jahr eher zugenommen?

Trotz Vorsorgeuntersuchungen gibt es wieder mehr Herzinfarkte.

Welche Erkrankungen sehen Sie in der Praxis – im Gegensatz zu früher – kaum noch?

Den klassischen Tripper oder die Syphilis.

Was erhoffen Sie sich von 2018, medizinisch wie gesundheitspolitisch?

Medizinisch: den Rückgang der Selbsteinweisung ins Spital wegen Bagatellen. Gesundheitspolitisch: das flächendeckende Hausarztprinzip, womit sich sehr viele Doppelspurigkeiten und Selbstbedienungen vermeiden liessen.

Und was «fürchten» Sie am meisten?

Das Globalbudget, womit die unvermeidbare Zunahme der Gesundheitskosten auf uns Ärzte abgewälzt würde.



Gastroenterologie

Prof. Dr. med. Frank Seibold
Crohn-Colitis-Zentrum Lindenhofspital
Bern

Nicht invasive Therapie auf dem Vormarsch

Welche neuen Erkenntnisse des letzten Jahres in Ihrem Fachgebiet fanden Sie besonders spannend?

Zum Beispiel gibt es jetzt die Möglichkeit einer endoskopischen Vollwandresektion mittels FTRD-Technik (full thickness resection device, Anm. d. Red.). Das bedeutet, dass kleine gutartige Darmtumoren endoskopisch reseziert werden können. Das dabei entstehende Loch in der Darmwand wird während des Eingriffs wieder endoskopisch verschlossen.

Was bedeutet das für die Diagnose und/oder Therapie in der Hausarztpraxis?

Patienten mit grossen Polypen oder kleinen gutartigen Darmtumoren müssen sich nicht mehr einer Operation unterziehen, weil dies endoskopisch durchgeführt werden kann. Der Vorteil besteht darin, dass keine Operationsnarbe entsteht und sich der Spitalaufenthalt von mehreren Tagen auf vielleicht eine Übernachtung verkürzt.

Wurden 2017 in Ihrem Fachbereich Medikamente zugelassen, die die Therapie erheblich verbessern?

Die medikamentöse Ebene in der Therapie der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen hat sich dank neuer Biolo-

gika deutlich verbessert. Zu nennen ist hier die neue Zulassung von Ustekinumab (Stelara®) bei Morbus Crohn.

Auf welche Studienresultate sind Sie für 2018 besonders gespannt?

International sind etliche Studienresultate zu Präparaten bei Morbus Crohn und Colitis ulcerosa zu erwarten. Zum Beispiel die FITZROY-Studien zum Januskinasemmer Filgotinib. Da sind schon Teile davon publiziert, weitere werden folgen. An weiteren Teilstudien bin ich selbst beteiligt. Es gibt auch interessante Phase-III-Studien mit Etrolizumab, einem dual wirkenden Anti-Integrin-Antikörper, der derzeit bei Patienten mit mittelschweren bis schweren Symptomen eines Morbus Crohn und einer Colitis ulcerosa untersucht wird. Auf diese Resultate bin ich sehr gespannt.

Und was «fürchten» Sie am meisten?

Dass Ärzte, wie im Ausland teilweise schon Realität, zu günstigen Therapien gezwungen werden. Das heisst, dass der Zugang zu teuren Medikamenten wie beispielsweise Biologika aus versicherungstechnischen Gründen erschwert würde. Das hiesse für die Patienten, dass sie von den neuen medizinischen Errungenschaften, deren Entwicklung zweifellos viel Geld kostet, gar nicht profitieren könnten. Das wäre eine Art Fortschrittsbremse.

Was ist Ihre wichtigste Botschaft für die Kolleginnen und Kollegen in der Hausarztpraxis 2018?

Nicht nur im Bereich der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen gibt es laufend Fortschritte und neue und effizientere Therapien. Bei der Hepatitis C sind wir heute sogar in der Lage, die meisten Fälle zu heilen. Das stimmt zuversichtlich. ▲



PERSPEKTIVEN HAUSARZTMEDIZIN

Dr. med. Ulrich Castelberg
Allgemeine Innere Medizin FMH

Ungleichgewicht zwischen Eigeninteressen und Bedürfnissen der Patienten

Was hat Sie als Hausarzt 2017 am meisten gefreut?

Die Treue und das Vertrauen meiner Patienten.

Was hat Sie am meisten geärgert?

Die peinlich sture und immer nur fordernde Haltung zum Tarifvorschlag der Haus- und Kinderärzte.

Welche Erkrankungen haben nach Ihrem Eindruck im letzten Jahr eher zugenommen?

Immer häufiger gibt es Patienten, die aufgrund von medienvermitteltem Pseudowissen unnötige Untersuchungen verlangen. Das ist auch eine Krankheit ...

Welche Erkrankungen sehen Sie in der Praxis – im Gegensatz zu früher – kaum noch?

Klar die TBC, dabei gewinnt sie im Rahmen der Migration laufend an Bedeutung. Flüchtlinge aus Irak oder Afghanistan haben auf der 10-Punkte-Risikoskala für TBC des BAG 10 Punkte!

Was erhoffen Sie sich von 2018, medizinisch wie gesundheitspolitisch?

Dass die Ansprüche der Kameraden in der Praxis sich vom elitären Heiler wieder vermehrt in Richtung Dienstleistung verschieben.

Und was fürchten Sie am meisten?

Eine weitere Zunahme des Ungleichgewichts zwischen Eigeninteressen des Heilers und den Bedürfnissen des Patienten. Eine solche Betriebsphilosophie führt über kurz oder lang zur Verstaatlichung. Aber vielleicht ist das der jungen Generation egal.



Ophthalmologie

Dr. med. Frank Sachers
Augenzentrum Bahnhof Basel

Es droht eine massive Verschlechterung der Versorgungsqualität

Welche neuen Erkenntnisse des letzten Jahres in Ihrem Fachgebiet fanden Sie besonders spannend?

Im letzten Jahr hat sich der Siegeszug der optischen Kohärenztomografie (OCT) in der Diagnostik von Netzhauterkrankungen weiter fortgesetzt, die OCT ist aus der täglichen Praxis des Augenarztes nicht mehr wegzudenken. Sie hat die Diagnostik wichtiger Netzhauterkrankungen deutlich verbessert und patientenfreundlicher gestaltet. Ebenfalls spannend, aber weniger erfreulich war die Erkenntnis, die die operativ tätigen Augenärzte im Jahr 2017 gewinnen mussten – nämlich eine ausserordentliche Geringschätzung ihrer Arbeit durch den Bundesrat. So ist in den beiden Haupteingriffen der Ophthalmologie eine Tarifsenkung auf deutsches Niveau durchgeführt worden, dies allerdings bei Schweizer Löhnen und Infrastrukturkosten.

Welche davon könnten Diagnose und/oder Therapie in der Praxis künftig verändern?

Vor allem der letzte Punkt wird die Diagnose und Therapie in der augenärztlichen Praxis massiv verschlechtern, eine operative Ausbildung ist zu diesen Tarifen nicht mehr möglich, ein deutlicher Qualitätsverlust ist mittelfristig zu erwarten und damit letztlich eine schlechtere Patientenversorgung.

Wurden 2017 in Ihrem Fachbereich Medikamente zugelassen, die die Therapie erheblich verbessern?

Nein, im Gebiet der Augenheilkunde wurde im Jahr 2017 kein neues Medikament zugelassen. Im Gegenteil: Enttäuscht hat ein Antikörper (Lampalizumab), der zur Behandlung einer Spätform der trockenen altersabhängigen Makuladegeneration auf den Markt kommen sollte. Hier wurde in einer Phase-III-Studie der Endpunkt nicht erreicht und somit die Studie abgebrochen. Die weitere Zukunft der Behandlung der trockenen, altersabhängigen Makuladegeneration ist also wieder etwas unsicherer geworden.

Auf welche Studienresultate sind Sie für 2018 besonders gespannt?

Am spannendsten wird sein zu sehen, wie schnell sich die veränderte Tarifstruktur auf die Patientenversorgung auswirkt. Erste Spitäler bzw. Spitalgruppen haben bereits die ambulante Ophthalmochirurgie eingestellt. Fachlich bin ich gespannt auf die langfristigen Resultate der minimalinvasiven Glaukomchirurgie.

Und was «fürchten» Sie am meisten?

Ich persönlich fürchte am meisten, dass die operative Versorgung der Patienten in der Schweiz nicht mehr auf gewohntem Niveau durchgeführt werden kann. Es droht eine massive Verschlechterung der Versorgungsqualität.

Was ist Ihre wichtigste Botschaft für die Kolleginnen und Kollegen in der Hausarztpraxis 2018?

Die Qualität der ärztlichen Versorgung und die Patientensicherheit sind in der Schweiz gefährdet, momentan werden die Weichen in die falsche Richtung gestellt. Ärztliche Solidarität und ein selbstbewusster gemeinsamer Auftritt sind mehr denn je gefragt. ▲



Urologie

Prof. Dr. med. Martin Spahn
Zentrum für Urologie, Prostatakarzinomzentrum
Hirslanden
Zürich

Neue Technologien verbessern die Früherkennung des Prostatakarzinoms

Welche neuen Erkenntnisse des letzten Jahres in Ihrem Fachgebiet fanden Sie besonders spannend?

Auf ein ereignisreiches Jahr blickt die Urologie vor allem in Bezug auf die Früherkennung des Prostatakarzinoms und die medikamentöse Behandlung des metastasierten Prostatakarzinoms zurück. Und die Weiterentwicklung der multiparametrischen Magnetresonanztomografie (mpMRT) in der Diagnostik des Prostatakarzinoms schreibt derzeit Medizingeschichte.

Welche davon könnten Diagnose und/oder Therapie in der Praxis künftig verändern?

In den letzten Jahren wurde die Diskussion über den Stellenwert des PSA in der Früherkennung des Prostatakarzinoms teilweise sehr emotional geführt. Während die U.S. Preventive Service Task Force empfiehlt, auf eine PSA-Bestimmung ganz zu verzichten, rät die Mehrzahl der Guidelines internationaler Fachgesellschaften weiterhin dazu, die PSA-Bestimmung als Früherkennungsmassnahme einzusetzen. Die Schweizer Gesellschaft für Urologie zum Beispiel empfiehlt die PSA-Bestimmung beim aufgeklärten Patienten im Alter von 50 bis 70 Jahren, bei familiärer Prostatakrebsbelastung (ab 45 Lebensjahren), bei Miktionsbeschwerden, auffälligem Tastbefund, Hämospemie oder Knochenschmerzen im Alter > 50 Jahre. Die Beurteilung des PSA-Wertes in der Früherkennung ist aber nicht immer einfach. Der Umstand, dass PSA nicht nur von erkranktem, sondern auch von unverändertem Prostatagewebe gebildet wird, führt bei der PSA-Serumwert-Bestimmung im Rahmen der Früherkennung des Prostatakarzinoms zum Auftreten eines sogenannten Graubereiches. Hierunter versteht man PSA-Werte zwischen 4 und 10 ng/ml. In diesen Fällen wurde in der Vergangenheit in der Regel eine Prostatabiopsie empfohlen. Von zehn Männern, die sich wegen eines PSA-Werts ≥ 4 ng/ml einer Prostatabiopsie unterziehen, findet man aber nur bei drei Männern Prostatakrebs. Das bedeutet, dass der PSA-Test zu unnötigen Biopsien führt. Diese Biopsien können zu Blutungen, Schmerzen und Infektionen führen. In den vergangenen Jahren wurden vermehrt Anstrengungen unternommen, Techniken zu entwickeln, um bei Männern mit erhöhtem PSA-Wert unnötige Biopsien zu vermeiden und gleichzeitig die diagnostische Genauigkeit durchgeführter Biopsien zu erhöhen. Dies ist

nun mithilfe der mpMRI möglich. Tumorsuspekte Areale in der Prostata können heutzutage mithilfe einer mpMRI wesentlich besser identifiziert werden. Diese Informationen ergänzen die Darstellung der ultraschallbasierten Bildgebung, indem bei der stereotaktischen MRT-TRUS-Fusionsbiopsie das MRT-Bild der Prostata – mit den markierten tumorsuspekten Arealen – mit dem Livebild des transrektalen Ultraschalls vereinigt wird. Der entscheidende Vorteil ist, dass auffällige Areale gezielt biopsiert und mit dem entsprechenden histopathologischen Ergebnis korreliert werden können. Durch den Einsatz der mpMRT als Triage-Test vor einer Biopsie bei erhöhtem PSA-Wert können unnötige TRUS-Biopsien vermieden werden, und gleichzeitig kann die diagnostische Genauigkeit bei denjenigen Patienten, bei denen eine Biopsie durchgeführt wird, erhöht werden. In einer prospektiven, multizentrischen, gepaarten Kohortenstudie mit 740 Männern mit erhöhtem PSA-Wert konnte gezeigt werden, dass durch den Einsatz einer mpMRT vor primärer Biopsie die Anzahl der Biopsien um 27 Prozent und die Diagnose von insignifikanten Tumoren um 5 Prozent reduziert werden konnte. Durch das gezielte Biopsieren der im MRT auffälligen Herde mithilfe einer stereotaktischen MRT-TRUS-Fusionsbiopsie konnten 18 Prozent mehr Patienten mit signifikanten Tumoren detektiert werden, die mit der Standard-12-fach-Biopsie übersehen worden wären (1).

Die mpMRI ist demzufolge in zweierlei Hinsicht bei Patienten mit erhöhtem PSA-Wert hilfreich: Zum einen unterstützt sie uns bei der Indikationsstellung für eine Prostatastanzbiopsie und erspart überflüssige Biopsien. Zum anderen verbessert die stereotaktische MRT-TRUS-Fusionsbiopsie das lokale Staging des Prostatakarzinoms und gibt uns genaue Informationen über die Tumorumlage, die -ausdehnung und die -aggressivität. Diese Informationen sind hilfreiche Parameter, um insbesondere bei Frühstadien des Prostatakarzinoms Übertherapien zu vermeiden. Bei Patienten mit behandlungsbedürftigem Prostatakarzinom helfen diese Informationen, eine individualisierte Therapieplanung, zum Beispiel bei der Operationsplanung, vorzunehmen. Für den einzelnen Patienten bedeutet dies, dass wir mit der Kenntnis aus der stereotaktischen MRT-TRUS-Fusionsbiopsie in vielen Fällen eine potenterhaltende Operation durchführen können, die aufgrund der höheren Risikoklassifizierung in der Vergangenheit nicht möglich war. Dadurch können optimale Operationsergebnisse mit kompletter Tumorentfernung, negativen Schnitträndern, Kontinenterhalt und Potenserhalt erreicht werden.

Wurden 2017 in Ihrem Fachgebiet neue Medikamente zugelassen, die die Therapie erheblich verbessern könnten?

Ja, auch in der medikamentösen Behandlung des Prostatakarzinoms gab es im vergangenen Jahr einen weiteren Durchbruch. Gleich zwei im Jahr 2017 veröffentlichte Studien können die Erstlinientherapie des metastasierten Prostatakarzinoms grundlegend verändern. Sowohl die englische STAMPEDE-Studie als auch die LATITUDE-Studie unter-

suchten den Effekt der zusätzlichen Gabe von Abirateron (CYP-17-Inhibitor und somit Hemmer der Testosteron-Biosynthese) zur hormonablativen Therapie (Androgendeprivation, ADT) bei Patienten mit metastasiertem Prostatakarzinom. Beide Studien zeigten einen deutlichen Überlebensvorteil. In der STAMPEDE-Studie, in die auch Patienten mit lokal fortgeschrittenem Prostatakarzinom eingeschlossen worden waren, lag das 3-Jahres-Überleben im Kombinationsarm bei 83 Prozent im Vergleich zu 76 Prozent bei alleiniger hormonablativer Therapie. In der LATITUDE-Studie, in die nur Patienten mit metastasiertem Hochrisikoprostatakarzinom eingeschlossen worden waren, verdoppelte die zusätzliche Gabe von Abirateron (Zytiga®, Anm. d. Red.) das progressionsfreie Überleben von 15 Monaten unter hormonablativer Therapie allein auf 33 Monate. Der Nutzen, den wir in diesen Studien mit einem frühen Einsatz von Abirateron gesehen haben, ist vergleichbar mit dem Nutzen einer Docetaxel-Chemotherapie, der in früheren Studien beobachtet wurde. Aber Abirateron wird besser toleriert. Es ist zu erwarten, dass die zusätzliche Gabe von Abirateron zur hormonablativen Therapie nach Zulassung durch die Behörden in dieser Indikation zum neuen Therapiestandard für Patienten mit neu diagnostiziertem metastasiertem Hochrisikoprostatakarzinom wird. Beide Studien wurden parallel online im «New England Journal of Medicine» veröffentlicht (2, 3).

Auf welche Studienresultate sind Sie für 2018 besonders gespannt?

Viele Patienten mit metastasiertem Prostatakarzinom fragen, ob sie eine Behandlung der Prostata selbst erhalten sollen. Derartige Behandlungen werden zunehmend in Form von Bestrahlung oder radikaler Prostatektomie durchgeführt. Dennoch besteht Unklarheit, ob eine derartige Behandlung im metastasierten Tumorstadium einen Benefit für den Patienten darstellt oder ob er nur einem zusätzlichen Risiko für behandlungsbedingte Nebenwirkungen ausgesetzt wird, welche die Lebensqualität beeinträchtigen und unter Umständen zusätzlich sinnvolle systemische Therapien verzögern. Die STAMPEDE Studie – als weltweit grösste Prostatakarzinomstudie – hat diese Behandlung im Vergleich zur Standardbehandlung (Hormonentzugsbehandlung +/- Chemotherapie) untersucht (4). Die Rekrutierung der Studie war im Frühjahr 2013 abgeschlossen, und eine Interimsanalyse war bereits für das Jahr 2015 geplant. Mittlerweile dürften weitere Ergebnisse vorliegen, die in den nächsten Monaten veröffentlicht werden sollten. Die Klärung dieser Frage wird die Behandlung von Prostatakarzinompatienten weiter verbessern, und es ist zu hoffen, dass die lokale Therapie auch im metastasierten Tumorstadium zu einer weiteren Lebensverlängerung und zum Erhalt der Lebensqualität führt.

Und was fürchten Sie am meisten, was steht zur Lösung an?

Am dringlichsten sollten die durch die neuen Bildgebungsverfahren wie die PSMA-PET-CT vermehrt diagnostizierten, sogenannten «oligometastatischen Prostatakarzinome» wei-

ter untersucht werden. Derzeit besteht ein Trend, bei Patienten mit einer geringen Anzahl nachweisbarer Metastasen eine «fokale» Therapie der Metastasen (metastasis targeted therapy) durch Bestrahlung oder Operation vorzunehmen. In dieser Patientengruppe bestehen viele offene Fragen, und es ist derzeit unklar, ob eine derartige kostenintensive Behandlung effektiv ist und zu einer Verbesserung des Überlebens der Patienten führt oder ob diese Patienten unter Umständen durch eine verzögerte systemische Therapie untertherapiert bleiben. Der Aufbau eines Registers «Oligometastasiertes Prostatakarzinom» könnte dazu beitragen, die bestmögliche Behandlung für diese Patienten zu finden.

Was ist Ihre wichtigste Botschaft für die Kolleginnen und Kollegen in der Hausarztpraxis 2018?

Sowohl in der Früherkennung als auch in der Behandlung des metastasierten Prostatakarzinoms werden wir neue Wege gehen. Die neuen Techniken in der Bildgebung spielen hier eine grosse Rolle. Die mpMRT der Prostata in Kombination mit der MRT-TRUS-Fusionsbiopsie wird einen entscheidenden Einfluss auf die Früherkennung des Prostatakarzinoms haben und helfen, überflüssige Biopsien zu verhindern, Überbehandlungen zu reduzieren und die operative Behandlung des lokalisierten Prostatakarzinoms weiter zu optimieren. Der Stellenwert der PSMA-PET-CT und der sogenannten «metastasis targeted therapy» in der Behandlung von Patienten mit sogenanntem oligometastasiertem Prostatakarzinom ist derzeit ein Hype, bedarf aber dringend einer kritischen Überprüfung und muss bis zum Vorliegen von Studienergebnissen als experimentell angesehen werden. Demgegenüber werden die Studienergebnisse beim metastasierten Prostatakarzinom dazu führen, dass die Kombinationsbehandlung aus Abirateron und klassischer Hormontherapie ein neuer Standard wird, der gegen die frühzeitige Chemotherapie abgewogen werden muss. ▲

Referenzen:

1. Ahmed HU et al.: Diagnostic accuracy of multi-parametric MRI and TRUS biopsy in prostate cancer (PROMIS): a paired validating confirmatory study. *Lancet* 2017; 389(10071): 815–822.
2. James ND et al.: Abiraterone for prostate cancer not previously treated with hormone therapy. *N Engl J Med*. 2017; 377(4): 338–351.
3. Fizazi K et al.: Abiraterone plus prednisone in metastatic, castration-sensitive prostate cancer. *N Engl J Med* 2017; 377(4): 352–360.
4. <https://clinicaltrials.gov/beta/show/NCT00268476?term=NCT00268476&rank=1>



Gynäkologie

Prof. Dr. med. Christian De Geyter
Chefarzt Reproduktionsmedizin
und gynäkologische Endokrinologie (RME)
Universitätsspital Basel

Endlich ein gutes Gesetz zur Präimplantationsdiagnostik

Welche neuen Erkenntnisse des letzten Jahres in Ihrem Fachgebiet fanden Sie besonders spannend?

Im Bereich der Reproduktionsmedizin haben wir seit dem 1. September endlich ein gutes Gesetz (siehe *Kasten*, Anmerkung d. Red). Bereits jetzt gibt es zumindest bei uns kaum noch Zwillingsschwangerschaften, da wir nur noch einen Embryo pro Therapie übertragen. Auch andere Komplikationen wie das ovarielle Überstimulationssyndrom gibt es kaum noch.

Neues Gesetz zur Präimplantationsdiagnostik in Kraft

Fast genau 13 Jahre und zwei Volksabstimmungen, nachdem die Kommission für Wissenschaft, Bildung und Kultur des Nationalrates (WBK-NR) eine Motion eingereicht hatte, um die Präimplantationsdiagnostik (PID) in der Schweiz zuzulassen, traten mit dem 1. September 2017 das revidierte Gesetz und die entsprechenden Verordnungen tatsächlich in Kraft. Damit kann nun ein einziger normal entwickelter Embryo eingepflanzt werden, während allfällige weitere Embryonen für weitere Behandlungen tiefgefroren werden können. Dies lässt die Chancen für eine erfolgreiche Schwangerschaft steigen und die psychischen Belastungen sowie die Anzahl risikoreicher Mehrlingsschwangerschaften drastisch sinken.

Auch die PID ist zugelassen, kann allerdings noch nicht in allen Kantonen angeboten werden, weil es dazu eine kantonale Bewilligung und eine Bewilligung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) braucht, die zum Teil noch ausstehend sind. Durch die Zulassung der PID werden in der Schweiz voraussichtlich weniger Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt werden, weil sogenannte «Schwangerschaften auf Probe» in Zukunft unnötig sind: Paare mit einem schweren Erbleiden können neu auch in der Schweiz die Embryonen genetisch untersuchen lassen. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass ein Embryo übertragen wird, der das Erbleiden nicht in seinen Genen trägt. ▲

Medienmitteilung der Schweizerischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin/ Mü

Zur gynäkologischen Endokrinologie möchte ich die Publikation einer weiteren Analyse der Women's Health Initiative (WHI) erwähnen, die sich auf die langfristige Mortalität fokussiert. Unter postmenopausalen Frauen war weder die Einnahme von konjugiertem Östrogen plus Gestagen noch die eines konjugierten Östrogens alleine während einer Nachbeobachtungszeit von 18 Jahren mit einem erhöhten Sterberisiko assoziiert. Leider ist der Schaden, welcher seit der Erstveröffentlichung 2002 durch die WHI-Gruppe verursacht wurde, irreparabel.

Welche Auswirkungen hat das in der Praxis?

In der Reproduktionsmedizin sind die neuen ovariellen Stimulationsverfahren heute fast nebenwirkungsfrei. Komplikationen sind heute auch viel seltener geworden. Wir sollten uns darauf konzentrieren, dass nur noch ein Embryo pro Therapie übertragen wird. Hierzu ist allerdings bei einzelnen Patientinnen noch einiges an Überzeugungsarbeit zu leisten.

Wurden 2017 in Ihrem Fachgebiet neue Medikamente zugelassen, die die Therapie erheblich verbessern könnten?

Ende 2017 werden neue Gonadotropinpräparate für die ovarielle Stimulationsbehandlung zugelassen. Hoffentlich bewirkt die jetzt wohl bald einsetzende Konkurrenz mittelfristig eine Kostenreduktion bei den Medikamenten.

Auf welche Studienresultate sind Sie für 2018 besonders gespannt?

Im Bereich der Reproduktionsmedizin bin ich gespannt auf die Resultate der FIVNAT-Zentren. Ob sich der Trend hin zum Übertragen von nur einem Embryo auch in den anderen Zentren durchsetzt?

Ausserdem beschäftigt sich das Parlament in 2018 voraussichtlich mit der Spende von Eizellen, welche im Gegensatz zur Samenspende weiterhin verboten ist.

Und was «fürchten» Sie am meisten?

Was die Reproduktionsmedizin angeht, sind unsere Parlamentarier es leider müde, immer noch über neue Verfahren in der Reproduktionsmedizin zu debattieren. Diese Haltung ist angesichts der deutlichen Befürwortung der Reproduktionsmedizin beim Stimmvolk kaum nachvollziehbar.

Was ist Ihre wichtigste Botschaft für die Kolleginnen und Kollegen in der Hausarztpraxis 2018?

Sie sollen sich über das relativ kleine und sehr spezialisierte Gebiet der gynäkologischen Endokrinologie und Reproduktionsmedizin informieren. Es betrifft mehr Frauen, als sie denken. ▲

Referenz:

1. Manson JE et al.: Menopausal hormone therapy and long-term all-cause and cause-specific mortality: The women's health initiative randomized trials. *JAMA* 2017; 318(10): 927-938.

... und das war noch nicht alles. Lesen Sie weitere Statements von Schweizer Fachleuten zum Jahreswechsel in der nächsten Ausgabe von ARS MEDICI.