



KLINIK SEESCHAU
AM BODENSEE

SEESCHAU FORUM

FACHREFERATE


INDIKATIONSSTELLUNG – DIE UNTERSCHÄTZTE QUALITÄTSDIMENSION

Prof. em. Dr. med. Daniel Scheidegger

Präsident der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)

PD Dr. med. Jochen Binder

Facharzt für Urologie, speziell operative Urologie, Mitglied FMH



EIN VIELVERSPRECHENDER START



Die Klinik Seeschau engagiert sich für einen kontinuierlichen fachlichen Austausch. Mit dem SEESCHAU FORUM wurde ein Veranstaltungskonzept geschaffen, das sich auf vielfältige Weise mit Inhalten und Events füllen lässt.

Der erste Anlass widmete sich dem Thema Indikationsqualität. Mit Prof. em. Dr. med. Daniel Scheidegger und PD Dr. med. Jochen Binder konnten zwei renommierte Experten als Referenten gewonnen werden. Ihre Vorträge sorgten für eine facettenreiche Auseinandersetzung mit der Indikationsstellung und ihrer Bedeutung in der Qualitätsdimension. Auf den folgenden Seiten sind die beiden Referate festgehalten.

An dieser Stelle gebührt den beiden Referenten, aber auch allen Mithelfenden und Teilnehmenden ein grosses Dankeschön. Sie alle haben dazu beigetragen, dass das SEESCHAU FORUM mit dem ersten Anlass sehr erfreulich und vielversprechend gestartet ist.

Herzliche Grüsse



Christian Juchli

Direktor und Verwaltungsratspräsident
der Klinik Seeschau

INHALTSVERZEICHNIS

04 **Einleitung**

06 **Indikationsqualität durch vernetztes Wissen:
Wissenschaft – Facharzt – Zuweiserarzt**
Fachreferat Prof. em. Dr. med. Daniel Scheidegger

15 **Über den Referenten**
Prof. em. Dr. med. Daniel Scheidegger

16 **Indikationsqualität**
Aus der Praxis lernen
Fachreferat PD Dr. med. Jochen Binder

23 **Über den Referenten**
PD Dr. med. Jochen Binder

24 **Bildergalerie**



SEESCHAU FORUM MIT ERFOLGREICHER PREMIERE

Unter dem Namen SEESCHAU FORUM hat die Klinik Seeschau eine Veranstaltungsreihe lanciert, die vielfältige Nutzungen ermöglicht und ein breites medizinisches Themenspektrum abdecken kann. Die erste Veranstaltung unter dem Namen SEESCHAU FORUM fand am 30. Oktober 2018 in der Klinik Seeschau statt und widmete sich einem wichtigen, aber oftmals nur wenig beachteten Aspekt der Qualitätssicherung in der Medizin.

INDIKATIONSSTELLUNG – DIE UNTERSCHÄTZTE QUALITÄTSDIMENSION

Während in der Qualitätsdiskussion häufig von der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität die Rede ist, erhält das Thema Indikationsqualität in der Regel zu wenig Gewicht. Ihre Bedeutung für die Behandlungsqualität sowie deren Verbesserung und für den Patientennutzen ist jedoch signifikant. Die Qualität der Indikationsstellung hat auch eine grosse wirtschaftliche Bedeutung.

Das SEESCHAU FORUM beleuchtete in seinem ersten Anlass die Hintergründe und offenen Fragen zum Thema Indikationsqualität aus verschiedenen Perspektiven. Im Zentrum standen zwei spannende Referate. Prof. em. Dr. med. Daniel Scheidegger, Präsident der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, zeigte in seinem Vortrag auf, welchen Einfluss die Wissenschaft, die Fachärzte und die Hausärzte sowie die Patienten auf die Indikationsqualität haben. PD Dr. med. Jochen Binder, Facharzt für Urologie und Belegarzt an der Klinik Seeschau, widmete sich derweil der Indikationsqualität in der Praxis. Die Inhalte der beiden Referate finden sich auf den folgenden Seiten.

GELUNGENE PREMIERE

Neben den beiden Vorträgen bot die Veranstaltung viel Raum für spannende Gespräche, interessante Begegnungen und fachlichen Austausch. Der anschließende Apéro rundete den Abend stimmungsvoll ab. Die rege Teilnahme am Event und die positiven Rückmeldungen der Besucherinnen und Besucher liessen erkennen, dass das SEESCHAU FORUM eine rundum gelungene Premiere feiern konnte.



FACHREFERAT

INDIKATIONSQUALITÄT DURCH VERNETZTES WISSEN: WISSENSCHAFT – FACHARZT – ZUWEISERARZT

Daniel Scheidegger

Präsident der Schweizerischen Akademie
der Medizinischen Wissenschaften
(SAMW)

INDIKATIONSQUALITÄT: DEFINITION

Über das Thema Indikationsqualität habe ich noch nie referiert. Wahrscheinlich werde ich nicht liefern, was erwartet wird.

Gleich zu Beginn eine kleine Relativierung. 1976 ging eine Studie der Frage auf den Grund, welche Aspekte für die Gesundheit der Bevölkerung von besonderer Bedeutung sind. Mit 50 Prozent am höchsten ist der Beitrag von Kultur, Bildung, Wirtschaft und Ernährung. Die Umwelt ist zu 20 Prozent für die Gesundheit der Bevölkerung verantwortlich. Gleich hoch ist der Anteil der genetischen Einflüsse. Der Beitrag der medizinischen Versorgung beläuft sich derweil auf lediglich 10 Prozent. Eine aktuelle Studie kam zu vergleichbaren Resultaten.

Im Jahr 2017 flossen insgesamt rund 82 Milliarden Franken in das Gesundheitswesen. Ein Gesundheitswesen, das aber nur zu 10 Prozent einen Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung hat.

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass für die Indikationsqualität viel Menschenverstand seitens der Zuweiser vonnöten ist. Aber auch die Patienten sind wichtig. Beste Voraussetzungen für eine hohe Indikationsqualität ergeben sich, wenn die Indikation in einem Gespräch auf gleicher Augenhöhe zwischen Arzt und Patient gestellt wird.

INDIKATIONSQUALITÄT – WISSENSCHAFT

Um wissenschaftliche Daten zur Indikationsqualität zu finden, kann man die Meta-Datenbank PubMed konsultieren. Auf die Suche folgt jedoch eine grosse Enttäuschung: Man findet fast gar nichts zu diesem Thema, kaum evidenzbasierte Inhalte. Warum ist das so? Wollen wir gar nichts über die Indikationsqualität wissen? Selbst in der Orthopädie stösst man nur auf Erkenntnisse mit limitierter Evidenz.

Eine Studie aus der Schweiz betrifft die Häufigkeit der Kaiserschnittgeburten. Ein Zeitungsartikel bezifferte deren Anteil schweizweit auf 33,3 Prozent. Besonders erstaunlich ist dabei, dass im Kanton Zug 43,1 Prozent aller Geburten im Erhebungszeitraum Kaiserschnittgeburten waren, im Kanton Jura aber lediglich 19,4 Prozent. Warum ist der Anteil in Zug so hoch? Warum ist er im Jura so tief? Das ist interessant, und es wäre spannend, die Gründe herauszufinden. Doch die entsprechende Forschung haben wir hierzulande nicht wirklich. Es gibt in der Schweiz praktisch keine gute Versorgungsforschung.

Auch im Bereich der Health Technology Assessments besteht in der Schweiz ein Mangel, ebenso fehlen Outcome-Daten durch auditierte Register weitestgehend. Wenn man die Investitionen in Forschung und Entwicklung betrachtet, zeigt sich, dass 25 Prozent der Forschung mit Steuergeldern finanziert werden. Der grösste Teil der Forschungsgelder fliesst in die Medizin und die Physik, deren Anteile bei jeweils 40 Prozent liegen. Von den Investitionen in die Medizin gelangen aber lediglich 4 Prozent in die Präventivmedizin, zu welcher auch die Versorgungsforschung gehört; also ein enorm kleiner Anteil.

Zudem werden Resultate der Versorgungsforschung aus der Schweiz höchst selten publiziert und finden wissenschaftlich kaum Akzeptanz. Entsprechend fehlen Nachfrage und Aufträge, und wenn kein Auftrag erteilt wird, kann wiederum keine Versorgungsforschung stattfinden.

Erfreulich ist diesbezüglich ein neues Projekt, mit welchem herausgefunden werden soll, wie gesund wir in der Schweiz eigentlich sind. 10000 Schweizerinnen und Schweizer sollen präzise untersucht werden, um ihren gesundheitlichen Zustand zu erörtern. Für einmal geht es dabei nicht darum, eine Krankheit zu verfolgen und zu untersuchen, also eine Kohorte von Kranken, sondern die Gesundheit, eine Kohorte der Gesunden. Auf diese Weise sollen Rückschlüsse gezogen werden, ob man schon früher hätte voraussehen können, wenn jemand später krank wird.

Ein weiteres Beispiel aus der Wissenschaft: Eine Studie kam zum Schluss, dass Onkologie-Patienten nicht einfach nur mehr Technologie brauchen, sondern vor allem besser betreut werden müssen. In den reichen Ländern ist die Entwicklung von neuen Medikamenten, Operationsverfahren und Technologien zur Behandlung von Krebs im besten Fall nicht nachhaltig. Wir können es uns schlicht und einfach nicht leisten. Wenn zum Beispiel ein neues Medikament 350 000.- Franken für 15 Milliliter kostet, dann kann das in der Schweiz gar nicht allen angeboten werden.

Als Abschluss der Ausführungen zur Forschung ein Wort über Dr. Piero Anversa, einen Professor, der auch bei Harvard und Brigham angestellt war. Im Jahr 2010 behauptete Anversa, dass man bei Patienten mit Herzproblemen Stammzellen ins Herz injizieren soll. Die Stammzellen würden sich in der Folge in Herzzellen umbilden. Dies sei der Anfang einer neuen Ära: Es werde nicht mehr repariert, zum Beispiel mit Katheder oder Bypass, sondern es werden Stammzellen injiziert.

2010 erhielt Anversa seine Professur, reiste in der ganzen Welt herum und berichtete über seine Forschung, doch dann kam heraus, dass alles erfunden war. Anversa musste über 30 Arbeiten zurückziehen, es gibt aber immer noch Arbeitsgruppen, die das Thema praktizieren. Zu jener Zeit gab es einen regelrechten Run auf diese Technologie, es gingen schon Firmen an die Börse, die in dieses Verfahren investieren wollten und glaubten, man könne nun aufhören mit Bypässen, und wer die Zellen besitze, werde reich. Doch jetzt ist das alles nichts wert. Die ganzen Forschungsergebnisse waren erstunken und erlogen. Die Stammzellen funktionieren nicht im Herz. Und Harvard musste 10 Millionen Dollar Schadenersatz bezahlen.

INDIKATIONSQUALITÄT – SPEZIALISTIN

Der Begriff der hochspezialisierten Medizin, kurz HSM, ist vielerorts ein rotes Tuch. Der Auftrag, eine gemeinsame gesamtschweizerische Planung vorzunehmen, ist tatsächlich nicht einfach, schon gar nicht in einem Land mit 26 verschiedenen Systemen und mit einem Röstigraben.

Ein Beispiel: Vor 16 Jahren wechselten alle fünf Ordinarien in der Neurochirurgie innerhalb von zwei Jahren. Dies wäre ein idealer Anlass gewesen, um sich zu überlegen, Neurochirurgen mit Schwerpunkten zu wählen – optimal für dieses kleine Land, in welchem gewisse Eingriffe nur ganz selten gemacht werden müssen, zum Beispiel Gefässmissbildungen. Die Idee war gut, doch die Absicht scheiterte. Die Kantone wollten sich diesbezüglich nichts sagen lassen. Damals gab es noch kein Organ, welches entscheiden konnte, welche Eingriffe nur noch an einem bestimmten Ort durchgeführt werden. Aber auch seit der Gründung dieser interkantonalen Vereinbarung sind Zentralisierungen von hochspezialisierten Eingriffen schwierig und langwierig. Bei jedem Entscheid wird von den Verlierern das Bundesverwaltungsgericht eingeschaltet, was die Umsetzung extrem erschwert.

Zum Thema Spezialisierung und Behandlungsqualität existiert viel Literatur. Eine bekannte Studie stammt von John D. Birkmeyer, die im Jahr 2002 im New England Journal of Medicine veröffentlicht wurde. Sie zeigte an Beispielen wie Ösophagektomie und Pankreatektomie, dass je häufiger an einem Spital solche Eingriffe durchgeführt wurden, desto geringer war die Mortalität. Sogenannte Higher Volume Hospitals, also Spitäler, in welchen die besagten Eingriffe häufiger durchgeführt wurden, hatten signifikant tiefere Mortalitätsraten als Lower Volume Hospitals, also Spitäler, in welchen die Eingriffe nur sehr selten durchgeführt wurden. Dies belegen unter anderem auch weitere Studien aus den USA, Japan, Dänemark und Grossbritannien.

Ebenfalls auffällig ist dabei: Publikationen in guten Journalen werden von den Leistungserbringern nur akzeptiert, wenn sie zu keinen Veränderungen führen. Ansonsten kommen sie aus Ländern, die nicht mit der Schweiz vergleichbar sind, oder sind schlicht falsch.

Zur HSM kann man am Beispiel Viszeralchirurgie sagen: Wir haben viel gelernt. Aber eigentlich sind wir noch nirgends. Das Chirurgen-Register wird zweifellos etwas über die Outcome-Qualität aussagen können. Doch zunächst war das Register nichts wert, da die Datenqualität absolut ungenügend war. Nachdem die SAMW ein Audit zur Datenqualität gemacht hat, fand eine Entwicklung statt, es wurde genauer hingeschaut und die Situation verbesserte sich. Ob bei Indikationsqualität oder Outcome-Qualität – es ist klar, dass eine Überprüfung stets essenziell ist. Aber sie braucht natürlich Zeit.

Wenn es um Veränderungen geht, hat das Prestigedenken häufig grossen Einfluss. Nach jeder Hürde, die übersprungen wurde, war man mit grossem Widerstand konfrontiert. «Das gilt sicher nicht für mich», war zu hören. Viele Entscheidungen wurden juristisch angefochten und kamen häufig vor Bundesgericht, denn in diesen Fällen konnte man zwei Jahre lang einfach so weitermachen wie bisher, ganz egal, wie der Entscheid schlussendlich ausfiel.

Ein interessantes Ergebnis in Bezug auf Spezialistinnen und Spezialisten brachte eine Untersuchung aus den USA aus dem Jahr 2015. Sie ging der Frage nach, was geschieht, wenn man einen Herzinfarkt hat, während der grosse Kardiologiekongress stattfindet. Wirklich alle Kardiologen waren eine Woche lang an diesem Kongress. Die Untersuchung zeigte, dass in dieser Zeit eine tiefere 30-Tage-Mortalität auftrat und viel weniger koronare Bypässe realisiert wurden. Wer weiss, vielleicht überschätzen wir Spezialisten manchmal, wie toll das ist, was wir da machen.

Eine andere Studie, die für Aufsehen sorgte, stammt aus der Schweiz. Untersucht wurde die Häufigkeit einer Hysterektomie. In der Normalbevölkerung wurden bei 15,7 Prozent der Frauen mit einer Gebärmuttererkrankung eine Hysterektomie durchgeführt. Handelte es sich bei den Betroffenen um Ärztinnen, sank der Wert auf 9,9 Prozent. Und bei Anwaltsgattinnen sogar auf 8,4 Prozent. Man muss diese Resultate nicht werten – aber interessant und spannend sind sie auf jeden Fall.

Viele Eingriffe, die früher selbstverständlich waren, werden heute nicht mehr in jedem Fall durchgeführt, zum Beispiel EC-IC-Bypässe, Appendicitis, Streckbett oder koronare Stents. Ausserdem wird in der Qualitätsdiskussion angeregt, dass man ähnlich wie bei Tumorboards auch Indikationsboards durchführt. Das wird heute schon praktiziert – mit gutem Erfolg. Ein Rückenleiden wird also nicht nur vom Orthopäden oder Neurochirurgen beurteilt, sondern auch vom Physiotherapeuten und allen anderen Fachpersonen. In der Folge wird, wie beim Tumorboard, gemeinsam ein Behandlungsplan erstellt. Dabei zeigt sich, dass es viel seltener zu Operationen kommt.

INDIKATIONSQUALITÄT – HAUSÄRZTIN

Die Hausärztin ist die wichtigste Person, wenn es um die Indikationsqualität geht. Aber es ist auch klar, dass sich die Rahmenbedingungen verändert haben. So sorgen gewisse Informationen in den Medien für ein verfälschtes Bild. Hier nur einige Schlagzeilen als Beispiele: «Endometriose ist keine Lifestyle-Erkrankung.» «Natürliche Geburten und sinkendes Testosteron können zum Desaster werden.» «Mit Mikrokügelchen den Tumor gezielt von innen bestrahlen.» «Die Tumor-Chirurgie trägt wesentlich zum Langzeitüberleben der Patienten bei.» Für die Hausärztin ist es schwierig, in Anbetracht solcher Falsch- oder Fehlinformationen mit der Patientin ein vernünftiges Gespräch zu führen. Nicht zuletzt braucht es auch viel Zeit. Dazu kommt der sogenannte Dr. Google: Nach einer kurzen Recherche im Internet kommen die Leute bereits mit der vorgefertigten Diagnose von Dr. Google zum Hausarzt; auch das ist nicht ganz einfach zu handhaben.

Eine ungleich erfreulichere Entwicklung betrifft die zunehmenden Follow-up-Messungen. Hier erstrecken sich die Resultate über 10, zum Teil sogar über 18 Jahre – und sind entsprechend wichtig und wertvoll.

INDIKATIONSQUALITÄT – PATIENTIN

Natürlich sind auch die Patientinnen und Patienten von grosser Wichtigkeit für die Indikationsqualität. Allerdings muss klar sein, dass sie auch Verantwortung übernehmen müssen.

Passend dazu ein Paradoxon: Wenn man einem Raucher sagt, dass lebenslange Raucher ein fünfzigprozentiges Risiko tragen, an den Folgen des Rauchens zu sterben, sagt er, dass es ihm ganz sicher nicht passieren wird. Wenn man ihm aber sagt, dass die Chance, im Lotto zu gewinnen, bei 80 Millionen zu eins liegen, kauft er sich ein Los und glaubt an sein Glück.

INDIKATIONSQUALITÄT – HAUSÄRZTIN UND PATIENTIN

Im Zusammenspiel von Hausärztin und Patientin kann die Aktion «Smarter Medicine» einen Beitrag zur Indikationsqualität leisten. Dabei konnten Spezialisten jeweils fünf Massnahmen angeben, die nicht mehr nötig sind. Die Erkenntnisse untermauern den Grundsatz der Kampagne, dass eine Behandlung nur dann angewendet wird, wenn sie tatsächlich etwas bringt.

Aber «Smarter Medicine» nützt nur etwas, wenn man auch bis zum Patienten geht. Es bringt wenig, wenn alle Ärzte wissen, dass man bei einer Grippe keine Antibiotika geben muss. Wenn der Patient das Gefühl hat, dass Sie nur ein guter Arzt sind, wenn er – mit seinem starken Husten und Halsweh – ein Antibiotikum bekomme, dann wird er Ihre Praxis verlassen und so lange weitersuchen, bis er einen Arzt findet, der ihm das Antibiotikum verschreibt. Und dann wird er das Gefühl haben, das sei nun der bessere Arzt als jener, der ihm das Antibiotikum nicht gegeben hat. Darum ist es wichtig, dass wir diese Dinge, die wir bei «Smarter Medicine» beschreiben, so erklären, dass der Durchschnittsbürger sie versteht. Dass er einsieht, dass der Arzt, der das Antibiotikum nicht verschreibt und erklären kann, warum er es nicht verschreibt, eben der bessere Arzt ist.

Aus diesem Grund zielt «Smarter Medicine» auch auf Patientinnen und Patienten ab, unter anderem mit fünf Fragen, die sie ihrem Arzt stellen sollen. Gibt es mehrere Behandlungsmöglichkeiten? Was sind die Vor- und Nachteile der empfohlenen Behandlung? Wie wahrscheinlich sind die Vor- und Nachteile? Was passiert, wenn ich nichts unternehme? Was kann ich selbst tun? Die Antworten sollen zu mehr Aufklärung bei Patientinnen und Patienten führen – und somit zu mehr Qualität.

ABSCHLUSS

Am Ende noch ein Zitat von Bernard Lown, der den Defibrillator erfunden hat, ein grosser Kardiologe und Nobelpreisträger, der übrigens im gleichen Spital arbeitete, das die besagten 10 Millionen Schadenersatz zahlen musste. Lown war mit 91 selbst im Spital und wurde dort um vier Uhr morgens vom Assistenten geweckt, der ihm mitteilte, dass er jetzt den Blutdruck und den Puls messen müsse. Da wurde Bernard Lown wütend. Man habe ihn doch besser schlafen lassen. Der Blutdruck interessiere um diese Zeit doch niemanden. Ausserdem meinte er, das Spital sei eher eine Fabrik. «Das Spital testet jeden Schmerz und behandelt jede Laborabnormalität, aber es trägt wenig dazu bei, die Patienten zu heilen. Heilung wird durch Behandeln ersetzt, Pflege wird von Management verdrängt, und die Kunst des Zuhörens wird von technologischen Verfahren abgelöst.»

Damit möchte ich abschliessen. Wie gesagt war es wohl nicht das, was erwartet wurde. Aber es ist wirklich nicht ganz einfach, gute und relevante Inhalte zur Indikationsqualität zu finden.

ÜBER DEN REFERENTEN

Daniel Scheidegger

ist Präsident der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) und war von 1988 bis 2013 Ordinarius für Anästhesiologie an der Universität Basel sowie Vorsteher des Departements Anästhesie und operative Intensivmedizin am Universitätsspital Basel. Zwischen 1998 und 2009 war er Mitglied des Nationalen Forschungsrates des Schweizerischen Nationalfonds und präsierte die Abteilung Biologie und Medizin von 2007 bis 2009. Von 2012 bis 2016 war Daniel Scheidegger Mitglied des Schweizerischen Wissenschafts- und Innovationsrates.



FACHREFERAT

INDIKATIONSQUALITÄT AUS DER PRAXIS LERNEN

PD Dr. med. Jochen Binder

Facharzt für Urologie,
speziell operative Urologie,
Mitglied FMH

INDIKATIONSQUALITÄT: DEFINITION

Die Indikationsqualität ist ein spezifischer Teil der Prozessqualität, der zweiten Dimension der medizinischen Behandlungsqualität. Mit der Indikationsqualität wird die Angemessenheit der zu erbringenden Leistungen bewertet; dies betrifft zum Beispiel die Frage, ob bei einem Patienten mit Angina pectoris eine Koronarangiographie indiziert ist oder nicht.¹

Im Gegensatz zur Strukturqualität (Anzahl Pflegefachpersonen, Gerätewartung, Hygienekontrollen etc.) und zur Outcome-Qualität (Mortalität, Rehospitalisationen, Patientenzufriedenheit) ist die Indikationsqualität schwerer erfassbar. Trotzdem ist ihre Bedeutung für die medizinische Qualität beträchtlich. Wenn allerdings für ein Krankheitsbild nur ein oder zwei Aspekte der Indikationsstellung berücksichtigt werden, führt dieses unweigerlich dazu, dass andere gewichtige Aspekte bei der klinischen Entscheidung vernachlässigt werden.

¹ Nach: Empfehlungen der SAMW, Erhebungen, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität 2009

DIE INDIKATIONSSTELLUNG

Heiner Raspe formulierte die Indikationsstellung folgendermassen: «In Indikationen verbinden Ärzte (...) den klinischen Zustand eines Patienten mit der inneren Wahl einer Untersuchungs- bzw. Behandlungsmethode in Hinblick auf ein definiertes Behandlungsziel. (...) Ihre Qualität ergibt sich aus drei Faktorenbündeln:

1. der Wahrnehmung, dem Verständnis und der Bewertung der klinischen und psychosozialen Situation des Patienten,
2. aus der Vergegenwärtigung realistisch erreichbarer, legitimer und möglichst gemeinsam geteilter Ziele und
3. aus der Verfügung über evident wirksame, nützliche, sichere und ihrerseits wiederum legitime Heilmittel.

In ihr verbinden sich - variabel und kaum auflösbar - Tatsachenwissen, Vermutungen, theoretische Kenntnisse, statistische Schätzungen und normative Erwägungen. In der Behandlung des Einzelfalls sind Singuläraussagen und der «allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse» (SGB V) zu verbinden - im angenommenen besten Interesse des Patienten».²

² Quelle: Raspe R. (2016): Dokumentation des Symposiums «Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitswesen» vom 21.1.2016

«DIE INDIKATION ZUR OPERATION MUSS STIMMEN!»

Im Chefarztsystem mit Ausbildungsfunktion erfolgte die Indikationsstellung primär im Rahmen von präoperativen Indikationskonferenzen oder Eintrittsvisiten. Die Indikationen erschienen klar und eindeutig und basierten auf dem Fachwissen und der langjährigen Erfahrung des Chefarztes.

Mit der Zeit wurden mir – als Assistenz- und später als Oberarzt – jedoch zusätzliche Einflussparameter deutlich. Zum Beispiel wurden Indikationen nur äusserst selten geändert, vornehmlich aus Rücksicht auf den zuweisenden Urologen. Auch stellten sich Fallzahlenproblematiken und andere Bedürfnisse einer Ausbildungsklinik sowie Herausforderungen in Bezug auf die unterschiedliche Behandlung von Privatpatienten und Grundversicherten.

INDIKATIONSQUALITÄT IN DER PRAXIS

Die Indikationsstellung ergibt sich aus der Anamnese, den Untersuchungsergebnissen und der Befundbesprechung mit dem Patienten. Wenn erforderlich und/oder erwünscht, können auch der Hausarzt, andere Fachspezialisten (z. B. Tumorboard) oder Angehörige einbezogen werden.

Das Gespräch mit dem Betroffenen ist zentral. Denn neben Fakten und Zahlen (Leitlinien) spielen «weiche» Faktoren in der Praxis eine wichtige Rolle, etwa die aktuelle Lebensphase, besondere Ansprüche oder Ängste. Zusätzlich kann die Beurteilung des Hausarztes sehr wertvoll sein.

Im Endeffekt lässt sich der Weg zur Indikationsqualität über eine simple Gleichung erklären: Indikationsqualität = Patientenaufklärung.

INDIKATIONSQUALITÄT AN DER KLINIK SEESCHAU

Die Ist-Situation an der Klinik Seeschau ist aufgrund des Belegarztsystems nicht einheitlich. Dennoch darf meiner Einschätzung nach von einer guten Indikationsqualität ausgegangen werden. Die Gründe hierfür liegen in vielfältigen Aspekten. Zentral ist zweifellos der hohe Qualitätsanspruch, sichergestellt durch die jahrzehntelange Erfahrung der Belegärzte, meist in leitender Spitalfunktion, sowie durch die Weiterbildungsverpflichtung, die konsequent umgesetzt und durch Fachgesellschaften geregelt wird.

Entscheidend ist auch die hohe Verbindlichkeit, die sich nicht zuletzt durch die Abhängigkeit von Zuweisungen erklären lässt. Zudem wird die persönliche Verpflichtung gegenüber dem Patienten gepflegt, der zumeist über lange Zeit postoperativ weiterbetreut wird. Ein weiterer Faktor ist die individuelle Handhabung der Fälle, da kein Chefarztsystem in Kraft ist. Im Komplexfall erfolgt eine Besprechung mit Fachkollegen oder interdisziplinären Experten, zum Beispiel im Tumorboard.

INDIKATIONSQUALITÄT \neq OUTCOME-QUALITÄT

Festzuhalten ist, dass Indikationsqualität nicht mit Outcome-Qualität gleichzusetzen ist. So stellen zum Beispiel regulatorische Eingriffe wie die Mindestfallzahlfestlegungen der Gesundheitsdirektion Zürich ein gewisses Risiko dar. Fallzahlen mögen zwar die Outcome-Qualität positiv beeinflussen, wie beispielsweise in der Ösophaguschirurgie. Andererseits wird die Verpflichtung zum Erreichen von Mindestfallzahlen die Qualität der Indikationsstellung vor allem bei den Erkrankungen beeinträchtigen, für welche es Alternativen zur Operation gibt, wie zum Beispiel beim Prostatakarzinom.

INDIKATIONSQUALITÄT / PRAXISBEISPIELE

Die Indikationsqualität bezieht sich natürlich auf alle Therapieentscheidungen. Als Vertreter eines chirurgischen Fachs wähle ich als Beispiele folgende häufige urologische Erkrankungen:

- Benigne Prostatahyperplasie (BPH)
- Blasen tumor
- Prostatakarzinom

Praxisbeispiel: Operationsindikation bei BPH

Bei der benignen Prostatahyperplasie zeigt sich die Problematik, dass die Vergrößerung per se keinen Krankheitswert aufweist.

1. Wertung vielfältiger objektiver Kriterien: Restharn, Harnflussrate, Infekte, Hämaturieepisoden, Medikamentenunverträglichkeit
2. Wertung subjektiver Kriterien: gefühlte Einschränkung der Lebensqualität (IPSS) – Schlaf, Arbeitsplatz, Freizeitgestaltung
3. Einschätzung Komorbidität und individuelles Komplikationsrisiko (Adenomgröße, Antikoagulation)
4. Vorbehalte/Ängste: Sexualität, Spitalaufenthalt, Operationen, Narkosen
5. evtl. Behandlungsalternativen zur TURP «Gold standard» prüfen

Praxisbeispiel: Blasen tumor

Im Falle eines Blasen tumors ist die Indikationsstellung vergleichsweise einfach.

1. Indikation eindeutig, da transurethrale Operation diagnostischer und erster therapeutischer Schritt zugleich
2. keine Behandlungsalternativen
3. Einschätzung Komorbidität und individuelles Komplikationsrisiko (Antikoagulation, Tumorlokalisierung und Ausdehnung)
4. Vorbehalte/Ängste dennoch berücksichtigen: Spitalaufenthalt, Operationen, Narkosen
5. Frühinstillation mit Epirubicin?

Praxisbeispiel: Prostatakrebs-Operation

Beim Prostatakrebs ist der natürliche Verlauf sehr variabel. Meist liegen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung keine Beschwerden vor. Zudem ist die Behandlung eingreifend und nicht immer kurativ.

1. Wertung objektiver Kriterien: Tumorausdehnung (klinisch, MRI, Biopsie), Aggressivität, Symptome (selten)
2. Einschätzung Komorbidität (biologisches Alter) und individuelles Komplikationsrisiko (Prostatagrösse, BMI, Antikoagulation)
3. Vorbehalte/Ängste: Blasenkontrolle, Impotenzrisiko, Operationsrisiko, Narkose etc.
4. evtl. Alternativen zur Operation prüfen (z.B. Active surveillance, Radiatio)

FAZIT

Zusammenfassend kann die Indikationsqualität als Ausdruck der ärztlichen Kunst gewertet werden. Eine hohe Indikationsqualität ergibt sich aus der Synthese aus Wissen, Erfahrung und Gesprächsführung.

ÜBER DEN REFERENTEN

PD Dr. med. Jochen Binder

ist Facharzt für Urologie und Belegarzt an der Klinik Seeschau. Seit 2012 führt er die urologische Fachpraxis an der Klinik Seeschau gemeinsam mit Dr. med. Susanne Huber. Davor war er lange Jahre Chefarzt Urologie am Kantonsspital Frauenfeld und führte im Jahr 2000 die weltweit erste Prostatakrebs-Operation mit dem Da Vinci®-Operationsroboter durch. Jochen Binder engagiert sich für Wissenschaft und Fortbildung im Bereich der Urologie, unter anderem als Dozent an der Universität Frankfurt und als Referent im Rahmen von internationalen Medizinkongressen.











SEESCHAU FORUM

Mit dem SEESCHAU FORUM bietet die Klinik Seeschau eine breit abgestützte Plattform für Fachpersonen aus unterschiedlichen Bereichen der Medizin an. Belegärzte, zuweisende Ärzte sowie medizinische Experten und Interessierte finden im Rahmen eines vielschichtigen Netzwerkes zusammen, um die Zusammenarbeit zu intensivieren und den Wissens- und Erfahrungsaustausch zu fördern.

Als offenes Gefäss ermöglicht das SEESCHAU FORUM vielfältige Nutzungsformen. Spezifische Themen lassen sich in Form von Referaten, Workshops, Gesprächsrunden oder Projekten erörtern und bearbeiten.



Klinik Seeschau AG

Bernrainstrasse 17, CH-8280 Kreuzlingen, Tel +41 (0)71 677 53 53, Fax +41 (0)71 672 55 15
info@klinik-seeschau.ch, www.klinik-seeschau.ch