

## Experten geben Einblick in ihre Fachrichtungen (Teil 2)

# Was bringt 2018 für die Hausarztmedizin?

Schon in der letzten Ausgabe haben wir Experten und Kollegen aus der Praxis zu Wort kommen lassen, um zu hören, welche Entwicklungen ihnen mit Blick auf die hausärztliche Praxis besonders wichtig erscheinen. Wir haben dazu Meinungen aus verschiedenen Fachdisziplinen zusammengetragen. Dabei wird immer wieder deutlich, dass der Hausarzt als zentrale Schaltstelle wesentlicher Faktor einer guten Betreuung ist.



### Onkologie

Dr. med. Thomas von Briel  
Onkozentrum Hirslanden  
Zürich

## Meine Patienten, die einen engagierten Hausarzt haben, sind ohne Zweifel besser betreut

### Welche neuen Erkenntnisse des letzten Jahres in Ihrem Fachgebiet waren für Sie besonders spannend?

Mit dieser Frage könnte man wohl das ganze Heft füllen. Im Grunde genommen geht es aber oft um die gleiche Geschichte: Die Onkologie wird deutlich weniger empirisch. Sie ist nicht mehr ein Ausprobieren von toxischen Medikamenten, welche nur einer Minderheit der Patienten helfen. Vor 30 Jahren war das der einzig gangbare Weg. Heute ist es das Wissen der Grundlagenforschung, zum Beispiel der Molekularbiologie, aus welchem bessere Behandlungen resultieren. Hier einige wenige Beispiele:

Die Menge der Mutationen in den Tumorzellen (Mutationslast) führt zu «abartigeren Krebszellen», welche mehr «Neoantigene» haben, die vom Immunsystem erkannt werden können, sofern man ihm dabei auf die Sprünge hilft. Genau das machen die Checkpoint-Inhibitoren, die derzeit als sogenannte Immuntherapie in aller Munde sind. Diese Mutationslast lässt sich messen. Zeichnet sich eine Tumorkrankheit durch eine hohe Mutationslast aus, so ist die Chance, mit dieser Form der Immuntherapie erfolgreich zu sein, deutlich höher. Das konnte in einigen Studien gezeigt werden.

Am ESMO 2017 wurden erstmals die Daten der Studie Pacific Trial präsentiert, bei der man Patienten mit einem nicht operablen, nicht kleinzelligen Bronchuskarzinom ohne Fernmetastasen mit einer Chemoradiotherapie behandelte. Man geht davon aus, dass eine Minderheit dieser Patienten durch

die Chemoradiotherapie geheilt werden kann. Nun hat man nach Abschluss dieser Therapie die Patienten 2:1 in eine 12 Monate dauernde Behandlung mit einer Immuntherapie (Durvalumab, ein PD-L1-Blocker, Infusion alle 2 Wochen) versus Placebo randomisiert. Die ersten Daten sind extrem vielversprechend. Ausgewertet wurde bisher die progressionsfreie Überlebensdauer. Der Unterschied ist so gross, dass man kein Prophet sein muss, um vorauszusehen, dass die behandelten Patienten wohl auch einen Überlebensvorteil haben werden.

Es gibt zahlreiche Krebskrankheiten, welche wegen einer ganz bestimmten Mutation von Zellen entstanden sind. Diese führt zur Aktivierung von intrazellulären Signalwegen, welche diese Zellen zu Krebszellen machen. Seit einiger Zeit verfügen wir über Medikamente, die solche Mutationen gezielt blockieren – Stichwort «targeted therapy». Unter der Behandlung kommt es aber oft zu neuen Mutationen, was ein möglicher Resistenzmechanismus ist. Deswegen entwickelte man Medikamente, welche intensiver gegen eine bestehende Mutation oder gegen ein grösseres Spektrum solcher Mutationen wirken. Auch die Verbesserung der Pharmakokinetik war erfolgreich. Es gibt Präparate, die deutlich besser vor Hirnmetastasen schützen oder bei Auftreten von Hirnmetastasen wieder wirken, weil sie viel besser liquorgängig sind.

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

Damit der Hausarzt Krebspatienten mitbetreuen kann, braucht er ein grundlegendes Verständnis für die Entwicklungen in der Onkologie. Die Diagnostik der Tumoren wird immer präzisiert. Wir sprechen nicht mehr von einem «Lungenkrebs» oder einem «High-grade-Non-Hodgkin-Lymphom». Wir wollen es heute viel genauer wissen. Die neuen Tumoreinteilungen sind nicht einfach «L'art pour l'art», sondern sehr wichtige prognostische und prädiaktive Faktoren.

«Prädiktiv» bezieht sich auf die Behandlung. Wir wollen vorhersagen, ob diese nützlich sein wird. So gruppieren wir die Krankheiten mehr und mehr gemäss ihrer Prognose respektive Aggressivität (mithilfe der prognostischen Faktoren), aber auch gemäss einer besonderen Therapierbarkeit (mithilfe der prädiaktiven Faktoren). Es gibt auch Faktoren, die sowohl prognostisch wie prädiaktiv sind. Beispielsweise das

HER2 beim Mammakarzinom. Die Prognose ist grundsätzlich schlechter. Medikamente gegen HER2 wirken aber oft sehr gut. Damit wird die schlechte Prognose wieder korrigiert, und eine solche Patientin hat heute eine viel erfreulichere Perspektive.

Gleichartige Beispiele gibt es heutzutage praktisch bei jeder Tumorentität, und jährlich kommen neue hinzu. Es dünkt mich wichtig, dass die Hausärzte diese Fortschritte kennen. Idealerweise besteht eine enge Zusammenarbeit zwischen dem Onkologen und dem Hausarzt.

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

Fast in jedem Bulletin des BAG mit Änderungen in der Spezialitätenliste fand man 2017 einige neue Onkologika, beispielsweise die CDK-4/6-Blocker für das hormonsensible Mammakarzinom. Die CDK (cyclin-dependent kinase) interferiert mit dem Östrogenrezeptor-Signalweg. Kombiniert man diese Medikamente mit einer herkömmlichen Hormontherapie, blockiert man das Zellwachstum noch besser, und die Hormonbehandlung wirkt deutlich länger.

Des Öfteren wurde auch die Indikation von bereits zugelassenen Medikamenten erweitert. Die BRAF- und MEK-Inhibitoren werden seit einiger Zeit kombiniert beim BRAF-mutierten Melanom eingesetzt. Ein sehr kleiner Anteil der nicht kleinzelligen Bronchuskarzinome, etwa 1 von 100, zeichnet sich ebenfalls durch eine BRAF-Mutation aus. Trotz der Seltenheit dieser Bronchuskarzinome ist es mit internationaler Anstrengung gelungen, eine sehr hohe Wirksamkeit der gleichen Strategie zu belegen. Das hat zur Zulassung der BRAF- und MEK-Inhibitoren beim BRAF-mutierten Bronchuskarzinom geführt. Es sieht danach aus, dass wir in Zukunft mehr auf die Biologie der Zellen schauen als auf deren Herkunft. Die FDA hat bereits einen ziemlich grossen Schritt in diese Richtung gemacht, indem sie beispielsweise Immuntherapien für alle Tumorleiden mit einer hohen Mutationslast, wie es oben beschrieben ist, zulässt. Unabhängig davon, um welchen Primärtumor es sich dabei gehandelt hat.

### **Auf welche Studienresultate sind Sie für 2018 besonders gespannt?**

In allen Bereichen der Onkologie sind sehr viele neue Medikamente in Phase-II-Studien auf ihre Wirksamkeit getestet worden. Momentan laufen zahlreiche Phase-III-Studien, mit denen man beweisen will, dass diese neuen Medikamente im Vergleich mit den bisherigen Therapien besser abschneiden. Es gibt wohl kaum ein onkologisches Gebiet, in dem wir 2018 keine neuen Erkenntnisse aus solchen Phase-III-Studien gewinnen werden.

### **Und was «fürchten» Sie am meisten?**

Die Kluft zwischen Erkenntnis und Zulassung von Medikamenten wird leider immer grösser. Das hat mit der Menge und sicher auch mit den exorbitant hohen Kosten neuer Medikamente zu tun. Die Behörden, welche die Zulassung und

damit natürlich auch die Finanzierung dieser neuen Therapien regeln müssen, haben eine sehr schwere Aufgabe. Umgekehrt ist es für uns Ärzte, die in direktem Kontakt mit den Krebspatienten stehen, oft ausserordentlich schwierig, wenn wir wissen, dass es für sie eine sehr gute Therapie gäbe, die aber bei uns noch nicht erhältlich ist.

Auch die Bürokratie rund um die Medikamente wird belastender. So gibt es die unangenehme Phase, in welcher das Medikament die Zulassung hat, aber noch nicht in die Spezialitätenliste aufgenommen wurde. Dies führt oft zu vielen Korrespondenzen mit den Versicherungen. Aber auch wenn es das Medikament in die Spezialitätenliste geschafft hat, muss beim Vertrauensarzt eine Kostengutsprache eingeholt werden. Diese aufgeblähte Bürokratie nimmt uns Zeit weg, während der wir uns besser um die Patienten kümmern würden. Ich gehe davon aus, dass es den Krankenkassen ähnlich geht. Auch sie werden durch die überbordende Bürokratie belastet.

Die hohen Kosten werden zudem als ein Argument benutzt, die Medizin zu zentralisieren. Dies geschieht stets unter dem Deckmantel der Qualitätsverbesserung. Ich bin hingegen ein Verfechter der wohnortnahen Betreuung. Hinter einer Zentralisierung dürfte auch eine Rationierung versteckt sein, weil die Patienten nicht mehr innert nützlicher Frist eine Behandlung erhalten. Das macht mir schon Sorgen, die natürlich weit über das Jahr 2018 hinausgehen.

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

Ich bewundere alle Hausärzte, die sich in vielen Bereichen auskennen müssen. Als Onkologe beschäftige ich mich mit Krebskrankheiten. Es beeindruckt mich, wenn ich sehe, wie die Entwicklung in anderen medizinischen Fachbereichen voranschreitet. Wie behandelt man heute einen Diabetes mellitus, eine Herzinsuffizienz, eine entzündlich-rheumatische Krankheit oder die multiple Sklerose und den Morbus Parkinson?

Als Hausarzt ist man enorm gefordert, da man alle diese Patienten auch sieht. Meine Patienten, die einen engagierten Hausarzt haben, sind ohne Zweifel besser betreut. Für mich ist es eine grosse Hilfe, wenn es am Wohnort des Patienten einen Kollegen gibt, der sich für die onkologischen Therapien interessiert, und wir den Patienten gemeinsam behandeln können. Der Hausarzt muss vom Onkologen gut über die Gründe und Art und Weise der Behandlungen seiner Patienten informiert sein, damit er als eine sehr wichtige Stütze mit-helfen kann.

Die Betreuung von Krebspatienten sollte nicht an ein Zentrum delegiert werden. Dabei gingen sehr viele Aspekte einer guten Behandlung der Patienten und ihrer Familien verloren. Die wichtigste Botschaft, die ich daraus ableiten möchte: Wir sollten trotz ab und zu etwas widrigen äusseren Umständen die Freude an unserem Beruf nicht verlieren und gemeinsam unseren Patienten in einer sehr schwierigen Zeit ihres Lebens so gut wie möglich beistehen. ▲



**Orthopädie**

Dr. med. Luzi Dubs  
 Facharzt für Orthopädische Chirurgie  
 Winterthur

**Studienmängel können Aussagen massiv verfälschen**

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

In den letzten Jahren ist es diversen Autoren (1–4) gelungen, in hochkarätigen, nicht orthopädischen Zeitschriften randomisierte Studien über die Indikation zur arthroskopischen Chirurgie bei degenerativen Meniskus- und Knorpelschädigungen unterzubringen. In der Folge wurden sie immer wieder zitiert und in Metaanalysen und systematischen Reviews zusammengefasst (5), um letztlich die Botschaft aus-

zusenden, dass diese Eingriffe keinen Nutzen hätten und zu unterlassen seien. Bei allem Respekt für die sicher berechnete Fragestellung und die Tendenz, das medizinische Wissen kritisch zu hinterfragen, gilt es aber doch zu prüfen, ob hier alles mit rechten Dingen zugegangen ist. Schliesslich werden doch bis anhin «bewährte» Gepflogenheiten auf den Kopf gestellt und eine Tendenz zum frühzeitigen Einsatz von Kunstgelenken bei hartnäckigen Knieschmerzen gefördert.

In orthopädischen Fachkreisen wurde da und dort Stellung bezogen und versucht, die einzelnen Studienmängel bezüglich ihrer Verbindlichkeit zu überprüfen (6, 9, 10). Im August 2017 hat Thoralf Liebs in minutiöser Kleinarbeit die drei erstgenannten Studien kritisch unter die Lupe genommen (7) und seine fundierte Prüfung zumindest im deutschsprachigen Raum prominent publizieren können. Dabei hat er sich auf die zwischenzeitlich bewährte Methodik der Studienanalyse abgestützt (8). Fazit: Die dabei detektierten Mängel verfälschen die Studienaussagen relevant. Sie geben Anlass zu einer fundierten Replik, welche hoffentlich an den entscheidenden Stellen wahrgenommen wird. Wie aber auch schon 2011 aufgedeckt (9) wurde, zeigt sich beispielsweise in der Studie von Kirkley (2008) ein Phänomen, das die ganze Peer-Reviewer-Gruppe des «New England Journal of Medicine» zu disqualifizieren scheint: Die aufgrund der Studienresultate logischen Aussagen entsprechen einem positiven Effekt durch die arthroskopische Chirurgie. Sie werden durch die Autorengruppe diametral gegensätzlich formuliert, was bei genauer Betrachtung nicht nachvollziehbar ist (Abbildung).

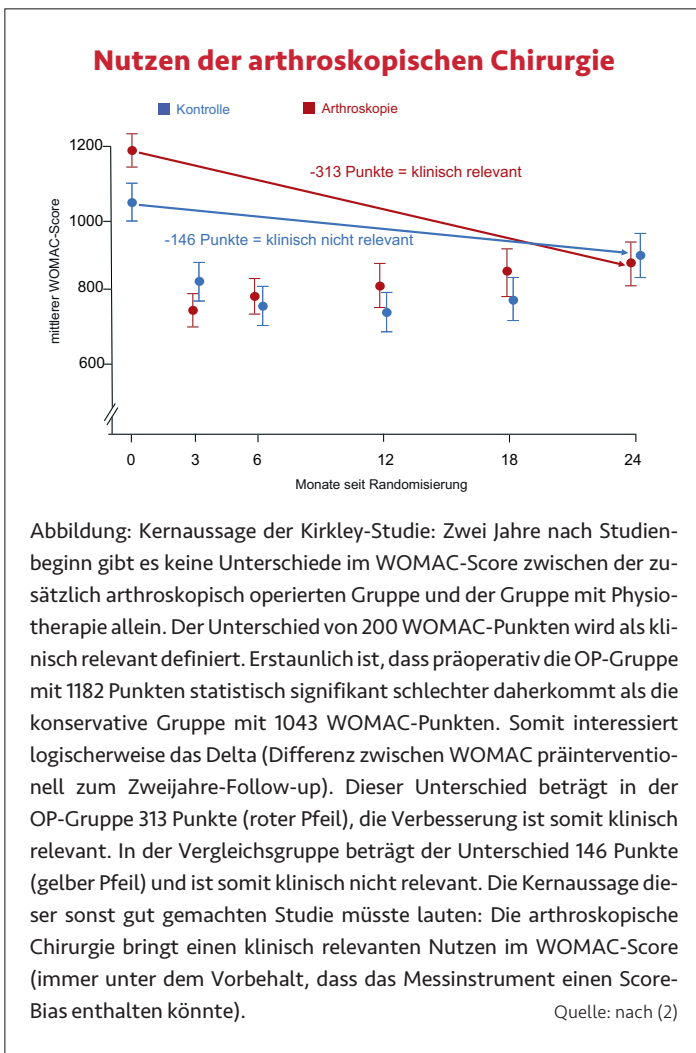
Die Studie von Kirkley et al. müsste somit als heute bester Nutznachweis einer arthroskopischen Gelenksäuberung gelten, quasi als Goldstandard. Im Prinzip ist die Aussage der Autoren ein wissenschaftlicher Skandal, was die Frage einer hintergründigen Absicht aufwirft.

Die Studie ist nun einmal publiziert und pflanzt sich kontinuierlich in den systematischen Reviews und Metaanalysen fort. Es ist somit nicht verwunderlich, dass unter Kumulation mit den anderen mangelbehafteten Studien die Metaanalysen einer Denkfehlersummierung entsprechen.

Die Studie von Sihvonen (4) zeigt bei genauer Analyse (10) ebenfalls erhebliche Hinweise darauf, dass eine (bewusst?) insuffiziente Operation mit einem Scheineingriff verglichen worden ist. Der Anspruch auf eine Verblindung der Patienten ist zu einem Fallstrick geworden.

Metaanalysen und systematische Reviews erfreuen sich einer grossen Beliebtheit und sitzen mit ihrem Evidenzlevel I im Olymp der Wissenschaft nahe bei Zeus. Nüchtern betrachtet lernt man aus dem Gesagten bezüglich Stellenwert von Metaanalysen etwas anderes: Aus Sand lässt sich kein Gold machen.

Es ist wieder Zeit, auf den Zusammenhang zwischen klinischer Relevanz der Fragestellung und dem zu wählenden Studiendesign hinzuweisen. Randomisierte Studien kann man aus ethischen Gründen nur dann machen, wenn der erwartete Ergebnisunterschied klein ist. Zum ändern muss man dieses Design wählen, um Störfaktoren auf beide Seiten möglichst gleichmässig zu verteilen. Wegen des kleinen



Ergebnisunterschiedes braucht es grosse Fallzahlen, um statistische Signifikanz zu erreichen. Wenn mehrere randomisierte Studien eine bestimmte Frage nicht einheitlich klar beantworten können, wird gerne versucht, durch eine Metaanalyse die Fallzahl zu erhöhen und so zu einer Antwort zu kommen, die Nichteingeweihten als verbindlich erscheint. Auch wenn randomisierte Studien ein hohes wissenschaftliches Prestige aufweisen, gibt es unter diesen erstaunlich viele «Wegwerfstudien». Diese Mängel kann man nicht mit einer Metaanalyse ausmerzen, es entstehen «Wegwerfmetaanalysen». Diese Erfahrung zeigt die Wichtigkeit einer guten Einschätzung der Einzelanalysen. Je besser sie gemacht sind, umso weniger divergieren die Ergebnisse.

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

Der Hausarzt vertraut seinen Meinungsbildnern. Wenn er in obgenannter Thematik gutgläubig die Inhalte der Metaanalysen und systematischer Reviews übernimmt und dabei eine Diskrepanz zu seinen bisherigen klinischen Erfahrungen feststellt, kann er in ein Dilemma geraten. Beispielsweise setzt er den Patienten dem Risiko aus, ihn wegen einer hartnäckigen meniskusspezifischen Schmerzsymptomatik zu früh zu einem (Teil-)Kunstgelenkersatz zu schicken und das Prinzip der

Gelenkerhaltung zu opfern. In Deutschland werden diese arthroskopischen Eingriffe bereits nicht mehr bezahlt. Für die Schweiz ist zu hoffen, dass die Versicherer und die Fachgesellschaften den Sachverhalt noch einmal überprüfen.

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

Ist mir nicht bekannt.

### Auf welche Studienresultate sind Sie für 2018 besonders gespannt?

Auf alle gut gemachten Studien.

### Und was «fürchten» Sie am meisten?

Dass das Wissen über die methodischen Grundlagen der Studienbewertung weiterhin nicht oder zu wenig systematisch gefördert wird.

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

Es braucht stets eine sachliche Diskussion in angenehmer Art, «fortiter in re, suaviter in modo».

Referenzen unter [www.arsmedici.ch](http://www.arsmedici.ch) am Ende des Beitrags.



## PERSPEKTIVEN HAUSARZTMEDIZIN

Dr. med. Regula Capaul  
Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Zürich,  
Vorstandsmitglied SGAIM, Präsidentin VZI (Vereinigung allgemeiner und spezialisierter Internistinnen und Internisten Zürich)

### Pragmatische, qualitativ hochstehende Medizin für alle Patientinnen und Patienten erhalten

#### Was hat Sie als Hausärztin 2017 am meisten gefreut?

Der Kontakt mit den Patientinnen und Patienten, meine Arbeit als Hausärztin fasziniert mich täglich neu. Ausserdem kann ich einen zunehmenden Respekt gegenüber der hausärztlichen Tätigkeit von Patientenseite, Spital, Politik und Universität feststellen.

#### Was hat Sie am meisten geärgert?

Den Tarifeingriff des Bundesrats in einer Zeit, in der mit Hochdruck an einem neuen ambulanten Tarif gearbeitet wird, finde ich unnötig.

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

Mir ist trotz gewisser Hypes keine Zunahme von bestimmten Erkrankungen aufgefallen.

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

Patienten mit chronischem Schmerzsyndrom nach HWS-Beschleunigungstrauma habe ich schon lange nicht mehr behandelt.

#### Was erhoffen Sie sich von 2018, medizinisch wie gesundheitspolitisch?

Ich erhoffe mir von 2018, dass ein Globalbudget in der (ambulanten) Medizin verhindert wird, und vor allem den Erhalt einer pragmatischen, qualitativ hochstehenden Medizin für alle Patientinnen und Patienten. Das ist meine ganze gesundheitspolitische Motivation, und dafür setze ich mich ein.

#### Und was «fürchten» Sie am meisten?

Die Realisierung eines Globalbudgets für den ambulanten Bereich. Eine Zunahme von administrativem Leerlauf, Qualitätseinbussen in der medizinischen Abklärung und Behandlung durch falsche finanzielle Anreize und eine Zweiklassenmedizin. Das ist leider keine fiktive Bedrohung, sondern im umliegenden Ausland seit Jahren Realität. Während in der Schweiz eine qualitativ hochstehende Medizin jedem und jederzeit samt Zweitmeinung zur Verfügung steht, ist dies im Ausland entweder mit sehr viel höheren Privatversicherungsprämien oder langen Wartezeiten verbunden. Ich hoffe, dass wir nie solche Verhältnisse bei uns haben werden.



## Kardiologie

PD Dr. med. Isabella Sudano  
Oberärztin im Herzzentrum Universitätsspital Zürich  
Leiterin der Sprechstunden für  
Hypertonie, Raucherentwöhnung und Dyslipidämie

## Dyslipidämie als Risikofaktor ernst nehmen

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

2017 war ein erkenntnisreiches Jahr für mein Fachgebiet: Es wurden neue Daten mit Fokus auf den Effekt von Antidiabetika auf das kardiovaskuläre Risiko veröffentlicht, und eine neue Subanalyse der SPRINT-Studie hat unsere Erkenntnisse im Bereich Bluthochdruck erweitert.

Studien mit Liraglutid, Semaglutid und Empaglifozin zeigten in den Jahren 2015 bis 2016, dass diese Medikamente die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität bei Patienten mit Diabetes senken. Verschiedene Folgepublikationen der EMPA-REG-OUTCOME®-Studie bestätigen die positiven Effekte von Empaglifozin bei Diabetikern mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit (pAVK), manifester koronarer Herzkrankheit und Herzinsuffizienz oder Nierenerkrankungen (1–3). Eine 2017 veröffentlichte Subanalyse der LEADER-Studie zeigt, dass Liraglutid die Entwicklung und Progression der diabetischen Nierenerkrankung bei Diabetikern stärker als Plazebo verlangsamen kann (4).

Subanalysen der SPRINT-Studie untersuchten die Effekte der intensiven Blutdruckreduktion auf die Nierenfunktion, die Bedeutung der Senkung des diastolischen Blutdrucks (je tiefer der diastolische Blutdruck ist, desto häufiger sind kardiovaskuläre Ereignisse) und die Kosteneffektivität einer intensiven Blutdrucksenkung (5–7).

Neue Daten zur Bedeutung der Adhärenz (in diesem Falle am Beispiel von Antihypertensiva und Statinen) für die Prognose haben uns dieses alltägliche Problem erneut vor Augen geführt (8,9). Was mich am meisten interessiert, ist die Entwicklung im Bereich Diagnose und Behandlung der Dyslipidämie.

### Was davon könnte die Diagnose und/oder Therapie in der Hausarztpraxis künftig verändern?

Die Resultate der SPRINT-Studie und deren weitere Analysen sind für meine Praxis im Bereich der Hypertonie relevant. Im Bereich der Dyslipidämie werden meiner Meinung nach die Resultate von Studien wie FOURIER und EBBINGHAUS auf die Diagnose und/oder Therapie in der Hausarztpraxis am meisten Einfluss haben, ebenso die weitere Analyse der IMPROVE-IT-Studie sowie die Daten der ORION-Studie. In FOURIER reduzierte Evolocumab über median 2,2 Jahre gegenüber Plazebo das Risiko für den primären Endpunkt

der Studie (Kombination aus kardiovaskulärem Tod, Herzinfarkt, Schlaganfall, Hospitalisierung wegen instabiler Angina pectoris und koronarer Revaskularisierung) um 15 Prozent (10). Der wichtigste sekundäre klinische Endpunkt der Studie – kardiovaskulärer Tod, Herzinfarkt und Schlaganfall – konnte nach Ablauf des ersten Jahres sogar um 25 Prozent reduziert werden. Patienten mit pAVK oder Diabetiker sind durch die Therapie mit Evolocumab besonders geschützt (11, 12). Vor Kurzem wurde eine Subanalyse der FOURIER-Studie am AHA-Kongress präsentiert und in «JAMA Cardiology» veröffentlicht: Sie hat gezeigt, dass die PCSK9-Inhibitoren bei Hochrisikopatienten unabhängig von der Statindosis wirksam sind (13).

Diese guten Resultate werden nicht auf Kosten vermehrter Nebenwirkungen erkaufte, selbst wenn das LDL-Cholesterin im Plasma sehr tief ist (14). Dass ein tiefer LDL-Wert nicht mit einem erhöhten Risiko von Nebenwirkungen einhergeht, wurde auch in einer Subanalyse der IMPROVE-IT-Studie gezeigt (15).

Das gefürchtete hohe Risiko von neurokognitiven Effekten wurde in der EBBINGHAUS-Studie unter die Lupe genommen: Im Vergleich zu Plazebo hatte Evolocumab demnach keinen negativen Einfluss auf die kognitive Funktion (16). Die Resultate der OSLER-Studie bestätigen die Effizienz und Sicherheit von Evolocumab in einem Follow-up von 4 Jahren (17).

Eine alternative Art, das PCSK9 zu hemmen, wurde in der ORION-1-Studie untersucht (17). Eingesetzt wurde Inclisiran, eine neue Substanz, die durch die siRNA-Technologie die Synthese von PCSK9 hemmt. In der Dosisfindungsstudie (Phase II) ORION-1 wurde durch Inclisiran nach ein- oder zweimaliger Injektion eine 180 Tage anhaltende Reduktion von PCSK9 und LDL-Cholesterin erzielt.

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

Die Zulassung der PCSK9-Hemmer Evolocumab (Repatha®, Anmerkung der Redaktion) und Alirocumab (Praluent®, Anm. d. Red.) hat uns eine neue Möglichkeit für die Behandlung einer Dyslipidämie gegeben, wenn Statine als erste Therapieoption nicht ausreichen oder nicht toleriert werden.

### Auf welche Studienresultate sind Sie für 2018 besonders gespannt?

Auf die Resultate der ODYSSEY-Outcome-Studie warte ich mit besonderer Spannung. Diese werden uns verraten, ob der Einsatz von PCSK9-Hemmern nicht nur bei Patienten mit stabiler atherosklerotischer Krankheit, sondern auch bei Patienten mit akutem Koronarsyndrom sinnvoll ist und ob sie nicht nur das LDL-Cholesterin, sondern auch die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität insgesamt senken können. Auf die neuen europäischen Guidelines für die Therapie der arteriellen Hypertonie bin ich auch gespannt.

### Und was «fürchten» Sie am meisten?

Ich «fürchte» nichts. Jedes Studienresultat, positiv sowie negativ, erweitert unser Wissen.

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

Die Dyslipidämie sollte als Risikofaktor immer beachtet werden, auch bei jungen, asymptomatischen Personen, in deren Familie es frühzeitige atherosklerotische Erkrankungen gibt. Dabei ist es nicht nur wichtig, wie hoch ein Cholesterinwert ist, sondern auch, wie lange er schon erhöht ist. Die Therapie der Dyslipidämie sollte früh angefangen werden, um die negativen Effekte auf die Gefässe zu vermeiden oder zumindest zu reduzieren. ▲

Referenzen unter [www.arsmedici.ch](http://www.arsmedici.ch) am Ende des Beitrags.



#### Pneumologie

Prof. Dr. med. Markus Solèr  
Chefarzt Pneumologie  
St. Claraspital, Basel

## Wieder mehr «Care» statt «Cure»

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

Prof. Solèr: Da gibt es mehrere Themen. Die Wirksamkeit der modernen Tumortherapien beim Bronchuskarzinom wird mit den heutigen Möglichkeiten der gezielten Tumortherapien und der Immuntherapien immer besser. Ebenso spannend ist der Einzug von Biologika in die Asthmatherapie. Zu nennen ist hier Mepolizumab (Nucala®, Anm. d. Red.), das vor einem Jahr auf den Markt gekommen ist und sich langsam in der klinischen Pneumologie zu etablieren beginnt. Von der Publikation guter Studienresultate bis zur Anwendung in der Klinik vergeht immer einige Zeit. Auch in der Behandlung der Lungenfibrose haben sich die Biologika soweit etabliert, dass nun alle Pneumologen, die solche Patienten behandeln, eigene Erfahrungen damit sammeln konnten.

### Welche Erfahrungen können Diagnose und Therapie in der Hausarztpraxis künftig verändern?

Weil Lungenfibrosepatienten nun behandelbar geworden sind, müssen diese jetzt konsequent an den Pneumologen weitergewiesen werden, damit diesen Patienten keine wirksame Therapie vorenthalten bleibt. Das gilt auch für schwierige Asthmapatienten.

Beim Bronchuskarzinom können nun auch betagte Patienten von den neuen Therapien bei guter Verträglichkeit profitie-

ren. Man kann diesen Patienten heute neu eine Perspektive bieten. Hier muss man etwas offener werden, damit man etwas bewegen kann. Therapeutischer Nihilismus ist in diesen Indikationen jedenfalls nicht mehr angebracht.

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

In den letzten 1 bis 2 Jahren Mepolizumab bei schwerem eosinophilem Asthma und Pirfenidon (Esbriet®) wie auch Nintedanib (Ofev®) zur Behandlung der Lungenfibrose.

### Auf welche Studienresultate sind Sie für 2018 besonders gespannt?

Die europäische NELSON-Raucher-Studie untersucht das Low-Dose-CT als Screeningmethode beim Bronchuskarzinom. Sollten diese Resultate ebenso positiv ausfallen wie schon in den USA, könnte ich mir vorstellen, dass der Druck zur Etablierung von Screeningprogrammen bei Rauchern in Europa steigen wird. Dies allerdings mit ungeahnter Kostenfolge. Durch die Unterschiede zwischen den untersuchten Populationen in den USA und Europa wie auch zwischen den Gesundheitssystemen lassen sich die amerikanischen Resultate nicht direkt auf uns übertragen. Dieses Manko wird mit den eigenen europäischen Resultaten bald behoben sein.

### Was fürchten Sie am meisten?

Momentan sind Studien mit Antibiotikadauertherapie bei COPD unterwegs. Die Laufzeit dieser Studien beträgt in der Regel ein Jahr, die Krankheit dauert aber viel länger. Die Studien werden nach einem Jahr sicher einen positiven Effekt auf die Exazerbationsrate zeigen. Das heisst aber nicht, dass diese Wirkung darüber hinaus bestehen bleibt. Wir sollten überflüssige Therapien und Langzeiteinsätze von Antibiotika möglichst vermeiden.

Im nächsten Jahr kommen zudem inhalative Dreierkombinationspräparate für die COPD-Therapie mit Anticholinergika, Betamimetika und Steroiden auf den Markt. Das wird zu einer Verwischung der Therapiegrundsätze von COPD und Asthma führen und möglicherweise zu schlechter behandelten Patienten.

### Was ist Ihre wichtigste Message für die Kolleginnen und Kollegen in der Hausarztpraxis 2018

Die Devise sollte wieder mehr «Care» statt «Cure» sein. Das heisst, den Patienten zu behandeln und nicht nur die Krankheit. Es wäre auch wünschenswert, wenn in der ärztlichen Fortbildung wieder vermehrt pathophysiologische Grundlagen der häufigen Krankheiten ihren Platz fänden. Denn Kenntnisse über Krankheitsprozesse sind langlebiges Wissen und genauso wichtig, wie über die jeweils neuesten Studienergebnisse auf dem Laufenden zu sein. ▲



### Neurologie

Dr. med. Christian Meyer  
Facharzt für Neurologie FMH  
Baden

## «Let's stay near our patients!»

### Welche neuen Erkenntnisse des letzten Jahres in Ihrem Fachgebiet waren besonders spannend?

In erster Linie betrifft dies die verfeinerten immunmodulierenden Behandlungsmöglichkeiten der multiplen Sklerose (MS) erstmals auch der primär progredienten Form, welche bisher als therapieresistent galt. Ebenfalls erfreulich ist, dass bei der Migränetherapie CGRP-assoziierte Medikamente\* die Marktreife erlangt haben, womit nach längerer Pause in der spezifischen Migränebehandlung eine absolut neue Behandlungsform realisiert wird.

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

Die MS-Behandlung wird weiterhin zur Domäne der Neurologen gehören, die Hausärzte dürften wohl aber noch stärker sensibilisiert werden auf Frühsymptome der MS, damit man auch früh mit der Therapie beginnen kann.

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

Dies wird erst 2018 der Fall sein bei gewissen neurologischen Diagnosen.

### Auf welche Studienresultate sind Sie für 2018 besonders gespannt?

Bis heute gibt es zur Behandlung des Morbus Alzheimer immer noch keine Substanz mit einer befriedigenden Wirkungserwartung. Bekanntlich werden die Demenzerkrankungen aber immer mehr auch zu einem volkswirtschaftlichen Problem. Mir ist bekannt, dass mehrere Substanzen mit anderem Ansatz als bis anhin zur Therapie der Demenz in der Pipeline sind, und ich bin gespannt auf die Resultate, die da herauskommen werden.

### Und was «fürchten» Sie am meisten?

Bedingt durch das politische Umfeld ist es dem Arzt schon heute kaum mehr möglich, sein eigener Unternehmer zu sein. Es bleibt einem gar nichts anderes übrig, als sich in die Hände von Investoren zu begeben, welche dann das Sagen haben. Die Motivation in der beruflichen Tätigkeit wird dadurch nicht gefördert.

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

Denken Sie immer an den Ausspruch, den ich seinerzeit noch im Studium gelernt habe: «Let's stay near our patients!» ▲



### Internistische Telemedizin

PD Dr. Christane Brockes  
Leiterin klinische Telemedizin  
Universitätsspital Zürich

## Elektronisches Patientendossier für mehr Patientensicherheit

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

Die Entwicklungen zum elektronischen Patientendossier (EPD). Hierbei handelt es sich ja nicht nur um eine reine Datenablage, sondern es werden auch Themen wie die koordinierte Versorgung angesprochen, die interprofessionelle Zusammenarbeit sowie die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung.

### Könnten sich dadurch Diagnose und/oder Therapie in der Hausarztpraxis künftig verändern?

Das EPD kann die Qualität der medizinischen Behandlung stärken und die Behandlungsprozesse verbessern. Mit Einsatz von telemedizinischen Möglichkeiten wie beispielsweise dem Telemonitoring können Veränderungen von Vitalpara-

metern frühzeitig erkannt und entsprechend schnell therapiert werden. Die Angaben der Medikamente im EPD können die Patientensicherheit deutlich erhöhen: Der Patient hat Zugriff auf diese Daten, ebenso auch diverse Fachpersonen, die die Erlaubnis zuvor erhalten haben. Es ist davon auszugehen, dass dieses Jahr in einigen Regionen in der Schweiz Patienten das elektronische Patientendossier nutzen können. Ich bin gespannt auf die ersten Feedbacks und Resultate.

### Und was fürchten Sie am meisten?

Die Einführung des EPD sollte gut aufgegleist sein – sowohl bei den Patienten als auch beim medizinischen Fachpersonal. Vertrauen, Machbarkeit und Akzeptanz sollten aus meiner Sicht im Vordergrund stehen. Selbstverständlich müssen die Qualität und der Datenschutz stimmen. Generell ist es wichtig, dass das EPD den Arzt entlastet. Sind diese Punkte nicht gegeben, wird es schwierig mit dem EPD.

### Wie lautet Ihre wichtigste Botschaft für die Kolleginnen und Kollegen in der Hausarztpraxis 2018?

Das EPD hat wirklich Potenzial, die alltägliche Arbeit in der Praxis zu erleichtern. Meine Meinung ist: Nur in Verbindung mit den Hausärzten wird das EPD erfolgreich sein und sich durchsetzen. ▲

\* Anm. d. Red.: Es handelt sich um Antikörper gegen CGRP (calcitonin gene related peptide) beziehungsweise gegen den CGRP-Rezeptor; CGRP spielt eine Rolle bei der Steuerung der Migräne (s. auch: Agosti R: Migräneprophylaxe – was und für wen? Ars Medici 2017; 20: 894–900).



### Psychiatrie

PD Dr. med. Dr. phil. Ulrich Michael Hemmeter  
Chefarzt Alters- und Neuropsychiatrie  
St. Gallen



Prof. Dr. med. Henning Wormstall  
FA Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie  
Praxis Webergasse  
Schaffhausen

## Patienten in der Hausarztpraxis in ihrer Gesamtheit betrachten und auch nach psychiatrischen Erkrankungen «fahnden»

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

Im Bereich der Behandlungsmöglichkeiten waren im letzten Jahr einige Themen prominent auf nationalen und internationalen Fachkongressen vertreten. Dies betrifft zum Beispiel die Zusammenhänge zwischen körperlicher Aktivität und/oder gesundem Schlaf mit psychischer Befindlichkeit und Leistungsfähigkeit. Für diese bereits lange bekannten Postulate liegen erst jetzt fundamentale Daten vor (1, 2). Neue Befunde, die einen Zusammenhang zwischen gestörtem Schlaf und der bei Alzheimer-Patienten auftretenden Bildung von Amyloidplaques zeigen, haben vielfache Beachtung gefunden (3).

Der Medizinnobelpreis 2017 wurde am 2. Oktober für eine chronobiologische Thematik verliehen. Hierbei ist interessant, dass die genetische Expression von Proteinen als Grundlage für den bei vielen psychiatrischen Erkrankungen wichtigen zirkadianen Rhythmus («innere Uhr» im Nucleus suprachiasmaticus) erkannt worden ist. Die Anwendung der Wachtherapie oder der Lichttherapie, über die seit vielen Jahren an den Universitäten Basel und Zürich geforscht wird (4, 5), ist eine alltagsrelevante Umsetzung der Grundlagenforschung. Ob sich hierbei auch Auswirkungen auf die Modalitäten der Sommer- und Winterzeit ergeben, wird zukünftig mit Spannung zu verfolgen sein.

Im Bereich der psychotherapeutischen Angebote und Themen liegt – auch im Zusammenhang mit der internationalen Migrationsbewegung – ein Fokus auf den traumaorientierten Therapieverfahren (6). Viele der aufgenommenen Flüchtlinge haben gravierende Traumatisierungen erlitten; so lassen sich im Durchschnitt bei afrikanischen Migranten zehn unterschiedliche traumatische Ereignisse eruieren (7). Hervorzuheben bleibt jedoch, dass nicht jede Traumatisierung auto-

matisch in eine Traumafolgestörung mündet (z.B. PTSD, dissoziative Störung oder somatoforme Schmerzstörung). Um diesen Menschen eine Integration in ihrem neuen Umfeld wie auch ein von psychischen Belastungen weniger beeinträchtigtes Leben zu ermöglichen, müssen neue Wege gegangen werden, die auch narrative sowie körperorientierte Verfahren einschliessen. Darüber hinaus kommt der Arbeit der professionellen Dolmetscher eine grosse Bedeutung zu. Parallel hat die Sensibilität für eigene traumatisierende Erlebnisse auch bei der übrigen Bevölkerung zugenommen.

Ein weiteres Thema ist der zunehmende Stellenwert der neuen Medien bei der Therapie psychiatrischer Erkrankungen, sowohl als eigenständige per Web angebotene Therapiemanuals wie auch als Module zur Unterstützung der psychotherapeutisch tätigen Psychiater (8).

Im Rahmen der zunehmenden Alterung unserer Gesellschaft werden in den unterschiedlichsten Richtungen Psychotherapiemethoden weiterentwickelt, die speziell auf altersspezifische Themen (wie Einsamkeit, Autonomieverlust, Veränderung des sozialen Netzwerks) fokussieren, um diese immer noch unterversorgte Patientengruppe adäquat behandeln zu können (9, 10).

Ein sich zunehmend entwickelndes Spezialgebiet der Psychiatrie ist die Gynäkopsychiatrie. Hier ist im letzten Jahr vermehrt über den Zusammenhang von Sexualhormonen (auch nach Einnahme der «Pille») und subjektiven Befindlichkeiten sowie Depressionen und Beeinträchtigungen der Schlafregulation diskutiert worden (11).

Im Bereich der psychiatrischen Versorgung wird derzeit an verschiedenen Institutionen der Einsatz von multiprofessionellen mobilen Equipen zur akuten Behandlung von psychisch kranken Patienten (home treatment) als Alternative zur stationären Behandlung evaluiert. Hierbei besteht das Ziel darin, die Häufigkeit stationärer Behandlungen zu reduzieren (12). Auch für Patienten mit chronischen psychiatrischen Erkrankungen (Psychosen) sowie in der Alterspsychiatrie (Demenzen) eröffnet dieser Ansatz neue Perspektiven in der psychiatrischen Versorgung (13).

### Welche dieser Erkenntnisse könnten die Diagnostik und/oder Therapie in der Hausarztpraxis künftig verändern?

Im Bereich der Diagnostik ist der im letzten Jahr auf den Markt gekommene ABCB1-Test zu erwähnen. Dieser genetische Test liefert die Information, ob ein Patient Genvarianten besitzt, welche die Passage eines Antidepressivums über das sogenannte p-Glykoprotein durch die Blut-Hirn-Schranke erschweren. In der Konsequenz sollten bei solchen Patienten Substanzen eingesetzt werden, die nicht Substrat des p-Glykoproteins sind. Bei anderen Substraten müsste die Dosis des Pharmakons deutlich erhöht werden, um ein Therapieansprechen zu ermöglichen (14).

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

Im ZNS-Bereich hat die Pharmaindustrie ihre Forschungsak-



tivitäten leider drastisch reduziert. Es sind daher in den letzten Jahren nur sehr wenige Medikamente mit neuen Wirkmechanismen auf den Markt gekommen. Im letzten Jahr wurde in der Schweiz die Substanz Vortioxetin (Brintellix®) als neues Antidepressivum (Wirkmechanismus SSRI + multimodale Wirkung an anderen Serotoninrezeptoren) zugelassen. Der Vorteil gegenüber manchen anderen Antidepressiva liegt vor allem im Nebenwirkungsprofil (keine Gewichtszunahme, keine sexuelle Dysfunktion, keine QT-Zeit-Verlängerung, aber auch weniger gastrointestinale Nebenwirkungen) und damit in der Verträglichkeit. Zusätzlich zur antidepressiven Wirkung kann die kognitive Leistungsfähigkeit verbessert werden (15). Dadurch ist diese Substanz vor allem für depressive Patienten mit kognitiven Störungen interessant. Zu erwähnen ist noch das Phytopharmakon Silexan (Lasea®), das aus einem Lavendelölextrakt besteht und das in mehreren kontrollierten Studien gute Effekte bei Angststörungen und auch eine gute Wirkung auf den Schlaf zeigte. Bis auf den von nicht allen Patienten als angenehm empfundenen Lavendelgeruch beim Aufstossen ist diese Substanz sehr gut verträglich, ohne dass sich eine Abhängigkeit entwickelt (16). Im vergangenen Jahr wurde zudem das Depot-Antipsychotikum Paliperidon-Palmitat (Trevicta®) zugelassen, das bei stabil eingestellten Patienten mit chronischer Schizophrenie indiziert ist. Es hat den Vorteil, dass die Injektion nur alle drei Monate vorgenommen werden muss. Damit ist es praktischer für die Patienten und erhöht auch die Therapietreue (17).

### **Auf welche Studienresultate sind Sie für 2018 besonders gespannt?**

Wünschenswert wäre, dass vor allem im Bereich der medikamentösen Behandlung der Alzheimer-Demenz Fortschritte erzielt würden. Im Rahmen der Nationalen Demenzstrategie (18) werden derzeit Empfehlungen für die Diagnostik und Therapie der Demenzen entwickelt. Hierbei hat der Hausarzt eine sehr wichtige Rolle bei der frühzeitigen Identifizierung von Patienten mit erhöhtem Demenzrisiko (case finding). Diese Empfehlungen sollen den Hausärzten Indikatoren und Screeningverfahren liefern, um dieses Ziel der Früherkennung besser zu erreichen.

Auch für den Bereich der Schizophrenie wären neue Therapieansätze, die gegebenenfalls psychopharmakologische wie auch psychotherapeutische Ansätze verbinden, und deren Evaluation hinsichtlich des Therapieerfolgs von grosser Bedeutung für die Betroffenen.

Mit grosser Spannung darf auch die Umstellung des derzeit geltenden Diagnosesystems ICD-10 der WHO auf die Version ICD-11 erwartet werden. Mittlerweile kann die bereits erschienene Neufassung des amerikanischen Diagnosesystems DSM V in diagnostische Überlegungen einbezogen werden. Ob jedoch die neue ICD-11-Version wirklich 2018 publiziert werden kann, steht noch in den Sternen.

### **Und was «fürchten» Sie am meisten?**

Ein wichtiges Thema in unserem Fachgebiet ist die Unsicherheit der zukünftigen Finanzierung der Psychiatrie als so-

genannte «sprechende Medizin». Dies betrifft sowohl den Tarifvertrag des Bundesrats im ambulanten Bereich (Tarmed-Eingriff) (19) wie auch die Einführung eines neuen Tarifsystems für die stationäre Psychiatrie (TARPSY) zum 1.1.2018 (20). Damit stellt die adäquate ökonomische Planung eine grosse Herausforderung für die Institutionen und psychiatrischen Kliniken dar und somit auch für die adäquate Versorgung der psychisch Kranken in der Schweiz.

Ein weiteres, gerade in den letzten Monaten mehr und mehr ins Bewusstsein gerücktes Thema betrifft die Psychiatrie in ihrem Fachverständnis sowie in Bezug auf ihre Rolle im gesellschaftlichen und politischen Kontext. Verschiedene Faktoren führen dazu, dass die Psychiatrie als Fachgebiet immer wieder aufs Neue in ihrem Selbstverständnis und bezüglich ihrer Identität auf den Prüfstand kommt, dass neue inhaltliche Definitionen verlangt oder Beschreibungen zu Nachbardisziplinen notwendig werden (21). In diesem Zusammenhang ist gerade vonseiten der Psychiatrie auch die Vernetzung und Kooperation mit der Hausarztmedizin und anderen somatischen Spezialisten (z.B. Kardiologen) von wachsender Bedeutung. Auf gesellschaftspolitischer Ebene ist es entsprechend den «Goldwater Rules» unethisch, wenn Psychiater eine professionelle Meinung zur geistigen Gesundheit von Personen des öffentlichen Lebens abgeben, die sie nicht selbst untersucht haben. Diese Regeln werden nun im Zusammenhang mit der Bewertung des Auftretens, der Äusserungen und der Aktivitäten des derzeit amtierenden amerikanischen Präsidenten durch eine warnende Monografie von 27 renommierten amerikanischen Psychiatern bewusst negiert (22) und unterstreichen auch die besondere sozialpsychiatrische und politische Verantwortung des psychiatrischen Fachgebietes.

Ein Thema, von dem die psychiatrische Arbeit derzeit tangiert wird, ist die weiterhin bestehende Unklarheit bezüglich einer medizinischen Indikation, aber auch der Öffnung des Konsums von Cannabinoiden im Hinblick auf psychische Risikofaktoren (kognitive Leistungsstörungen, Risiko der Psychosetriggierung bei Jugendlichen) und der damit verbundenen Emotionalisierung der fachlichen Diskussion (23).

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

Psychiatrische Erkrankungen haben eine hohe Inzidenz (v.a. Depressionen und Angststörungen, im höheren Alter auch Demenzen). Dementsprechend zahlreich kommen sie auch in der Hausarztpraxis vor. Oftmals verbirgt sich hinter vorrangig körperlichen Symptomen eine seelische Erkrankung, sodass bei somatisch kranken Patienten psychiatrische Begleiterkrankungen wie eine Depression, eine Angststörung oder eine Suchterkrankung übersehen werden können. Schlafstörungen können Ausdruck einer Vielzahl von körperlichen Störungen, aber auch von psychiatrischen Erkrankungen sein. Deshalb ist es notwendig, Patienten in der Hausarztpraxis in ihrer Gesamtheit zu betrachten und auch nach psychiatrischen Erkrankungen zu «fahnden». Bei Verdachtsmomenten oder bei bestehender Unsicherheit sollten diese Patienten zur

weiteren Abklärung an einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie überwiesen werden. Kann eine Diagnose gestellt werden, lässt sich oftmals eine gezielte Therapie in die Wege leiten, die sowohl dem Patienten wie auch den Angehörigen zu einem deutlichen Zuwachs an Lebensqualität verhilft. Gerade unter diesen Aspekten ist eine gute Zusammenarbeit zwischen den Psychiatern und der somatischen Medizin, insbesondere den Hausärzten als zentralen Ansprechpartnern in der Gesundheitsversorgung, unbedingt notwendig.

Den Hausärzten kommt darüber hinaus die wichtige Rolle zu, bei Patienten unter Psychopharmakabehandlung zusammen mit dem behandelnden Psychiater an somatische

Nebenwirkungen zu denken und Laboruntersuchungen (cave: Hyponatriämie, medikamentös induzierte Hepatose, renale Veränderungen etc.) in etwa halbjährigen Abständen durchzuführen, gegebenenfalls ergänzt durch ein individuelles therapeutisches Drug-Monitoring (TDM). Weiterhin sehr sinnvoll ist im Behandlungsverlauf eine EKG-Ableitung, um zum Beispiel eine QT-Zeit-Verlängerung oder eine medikamentös ausgelöste Rhythmusstörung nicht zu übersehen (24). Es bleibt noch festzuhalten, dass dieser Einblick in aktuelle Entwicklungen des psychiatrischen Fachgebiets keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben kann. ▲

Referenzen unter [www.arsmedici.ch](http://www.arsmedici.ch) am Ende des Beitrags.



## PERSPEKTIVEN HAUSARZTMEDIZIN

Dr. med. Adrian Müller  
Allgemeine Innere Medizin FMH  
«Arztpraxis am Bahnhof»  
Horgen

### Die Patienten wissen zu schätzen, dass es uns noch gibt

#### Was hat Sie als Hausarzt 2017 am meisten gefreut?

Am meisten habe ich mich über die Wertschätzung und die Solidarität der Patienten gefreut. Sie wissen es sehr zu schätzen, dass es uns überhaupt noch gibt. Die Patienten stärken uns auch politisch den Rücken. Zum Beispiel haben wir im Kanton Zürich immer wieder Probleme mit dem Notfalldienst. Einige Patienten haben mich gefragt, warum wir Hausärzte nicht endlich streiken, wenn man uns so schlecht behandelt – sie hätten grosses Verständnis dafür.

#### Was hat Sie am meisten geärgert?

Inkompetente Gesundheitspolitiker, die mit ihren Entscheidungen Kollateralschäden anrichten, welche die ganze Gesellschaft treffen. Ein Beispiel ist die Absicht des Bundesrats, die Konsultationsdauer in der Hausarztmedizin auf 20 Minuten zu beschränken. Das ärztliche Gespräch, das Wichtigste überhaupt, ist sowieso schon unterhonoriert und soll jetzt auch noch limitiert werden!

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

Reisekrankheiten wie Malaria und die Geschlechtskrankheiten wurden nach meinem Eindruck erschreckend häufiger. Das Gleiche gilt für

Autoimmunkrankheiten. Und natürlich die Nahrungsmittelunverträglichkeiten und Allergien, die keine sind – das ist ja fast schon eine Volksneurose geworden.

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

Seltener ist zum Beispiel die terminale Niereninsuffizienz, weil der Diabetes viel früher eingestellt wird. Auch die zystische Fibrose ist anscheinend verschwunden. Ich denke, dass auch hier die frühzeitige Therapie und die Spezialsprechstunden einiges bewirkt haben. Das ist erfreulich. Nicht erfreulich ist, dass wir seltener schmerzfreie Patienten nach Rückenoperationen sehen; offenbar werden zu viele beziehungsweise die falschen Patienten operiert.

#### Was erhoffen Sie sich von 2018, medizinisch wie gesundheitspolitisch?

Wenn mir eine gute Fee drei Wünsche gewähren würde, hätte ich eigentlich nur einen: Jeder Politiker, der sich mit Gesundheitspolitik befasst, sollte zuerst einmal krank im Spital gewesen sein, damit er sieht, was falsche gesundheitspolitische Beschlüsse alles anrichten. Meine Hoffnung ist, dass wir wieder Medizin betreiben können, statt uns endlos mit überbordender Administration, Limitationen oder Generikasubstitution und solchen Dingen herumschlagen zu müssen. Wir wollen wieder Mediziner sein, das ist unsere Hoffnung! Das wünschen wir uns, und das wollen auch unsere Patienten.

#### Und was fürchten Sie am meisten?

Zum einen, dass wir Verhältnisse wie in den USA, England oder Deutschland bekommen und nur noch Politiker, Juristen und Algorithmen bestimmen, wie man Medizin zu machen hat, also ein staatliches Gesundheitssystem wie – als abschreckendes Beispiel – den National Health Service in England. Zum anderen befürchte ich, dass die Einführung der E-Health, wie sie jetzt aufgegleist ist, uns endlos behindern und keine Hilfe, sondern eine Last sein wird. ▲



## Psychiatrie

Prof. Dr. med. Anita Riecher-Rössler  
 Chefarztin Diagnoseübergreifendes Zentrum  
 für Gender Research und Früherkennung  
 Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK)  
 Basel

## Vor guter Therapie stehen gute Diagnostik und Differenzialdiagnostik – Hausarzt als wichtige Schaltstelle

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

Die Erkenntnis, dass auch bei psychischen Erkrankungen eine Früherkennung und Frühintervention möglich ist, hat sich meines Erachtens zunehmend durchgesetzt. Dies konnte in beeindruckender Weise für die Früherkennung von Psychosen gezeigt werden, bei der durch ein schrittweises Vorgehen unter Einbezug der verschiedensten Techniken inzwischen eine hohe Vorhersagegenauigkeit erzielt werden kann. Vertiefte Abklärungen umfassen neben der Psychopathologie auch Neurokognition, Computertomografie, EEG, Labor und so weiter. Zur Verbesserung der individuellen Risikoeinstufung, unter Einbezug all dieser Ebenen, werden hier ganz neue Verfahren, basierend auf dem Machine Learning, entwickelt, die im letzten Jahr publiziert wurden und derzeit noch in grossen Studien weiter verfeinert werden. Die Früherkennung psychischer Erkrankungen und die damit mögliche Prävention führen in der Psychiatrie derzeit zu einem Paradigmenwechsel. Weitere wichtige Erkenntnisse gibt es unter anderem im Bereich der e-Mental Health, insbesondere der internetbasierten Therapien, oder im Bereich der personalisierten Medizin, insbesondere auch der geschlechtersensiblen Diagnostik und Therapie. Zunehmend wichtig wurde auch der Erkenntnisgewinn über systematische Reviews und Metaanalysen. Sie erleichtern es uns, die enorme Publikationsflut und den Wissenszuwachs besser zu verarbeiten und in unseren Praxisalltag einfließen zu lassen.

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

Die Früherkennung von Psychosen und anderen psychischen Erkrankungen wird sicherlich in Zukunft auch in der Hausarztpraxis eine zunehmend grössere Rolle spielen. Schon heute können Hausärzte und Hausärztinnen hier entscheidend beitragen, indem sie die nun verfügbaren Risikochecklisten für Hausärzte und Selbstbeurteilungsbögen für Patienten nutzen.

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

Hier beobachte ich vor allem die neuen Entwicklungen im Bereich der Psychosebehandlung, wo wir ja immer noch das

Problem haben, dass wir zwar akut psychotische Symptome wie Wahn und Halluzinationen sehr gut medikamentös behandeln können, nicht aber die Minussymptomatik und die kognitiven Störungen, die oft mit Psychosen einhergehen. Hier konnten nun mehrere Studien zeigen, dass Raloxifen, ein selektiver Östrogenrezeptormodulator, der sonst bei postmenopausalen Frauen zur Verbesserung der Knochendichte eingesetzt wird, auch im Gehirn wirkt und möglicherweise die Kognition bei Psychosen verbessern kann. Das klingt erfolgversprechend, wir brauchen aber noch weitere klinische Studien in diesem Bereich.

### Auf welche Studienresultate sind Sie für 2018 besonders gespannt?

Wir erwarten für 2018 erste Resultate aus grossen europäischen Multizenterstudien zur Prädiktion von Psychosen, die oben genannte Verfahren eingesetzt haben, unter anderem aus der PRONIA-Studie. Das wird uns sicherlich nicht nur im Bereich der Psychosefrüherkennung voranbringen, sondern könnte auch modellhaft für die Früherkennung anderer psychischer Erkrankungen sein.

### Und was «fürchten» Sie am meisten?

Am meisten fürchte ich, dass sich die gesamtgesellschaftliche Entwicklung mit einem Backlash weg von faktenbasierter Aufklärung, hin zu Fake News, Esoterik und Halbwahrheiten, auch in der Medizin und gerade der Psychiatrie auswirkt. Hausärzte sollten ihre Patienten immer auf ihre «Informationen», die sie zum Teil aus dem Internet haben, ansprechen und das nicht nur mit ihnen diskutieren, sondern ihnen auch gut verständlich aufbereitete, evidenzbasierte Information, etwa aus neueren Metaanalysen, zur Verfügung stellen. Für diese Aufbereitung brauchen Hausärzten natürlich Unterstützung, und diese dürfte nicht immer nur von der Pharmaindustrie kommen.

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

Hausärzte sollten sich immer wieder vergegenwärtigen, dass etwa 20 bis 30 Prozent ihrer Klientel auch an psychischen Erkrankungen leiden und dass diese häufig nicht erkannt werden. Ich würde mir sehr wünschen, dass Patienten viel häufiger einmal zur Abklärung zum Spezialisten, also zum Psychiater, überwiesen werden. Wichtig wäre hier der Grundsatz, dass vor einer guten Therapie eine gute Diagnostik und Differenzialdiagnostik stehen müssen. Dies ist die Aufgabe eines Psychiaters, der dann eine differenzielle Therapieempfehlung und eine integrative psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung oder (zusätzlich) auch eine spezialisierte psychologische Psychotherapie empfehlen kann. Auch eine engere Kooperation zwischen Psychiatrie und anderen somatischen Disziplinen wie Gynäkologie, Endokrinologie et cetera sollte durch den Hausarzt ermöglicht werden, der hier die wichtigste Schaltstelle ist. ▲



### Innere Medizin

PD Dr. med. Markus Schneemann  
Chefarzt Klinik für Innere Medizin  
Kantonsspital Schaffhausen

## Ein positives Bild von der Hausarztmedizin vermitteln

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

Ein grosses Thema in der Schweiz ist der Notstand in der Hausarztmedizin. Um diesen zu beheben, sind Bestrebungen im Gange, mehr Medizinstudenten auszubilden. Dafür werden mehr Studienplätze bereitgestellt, einerseits an den bestehenden klassischen Universitäten, andererseits auch an neuen Orten wie an der ETH Zürich für den Bachelorstudiengang und in St. Gallen, Luzern und Lugano für die Masterstudiengänge. Ob die Studienabgänger dann tatsächlich in die Hausarztmedizin gehen, wird massgeblich an der Politik und an uns allen liegen. Wir müssen uns mit der Frage beschäftigen, was es braucht, um aus dem Hausarztberuf einen attraktiven Beruf zu machen, und was die neu ausgebildete Generation braucht. Der heutigen jungen Ärztegeneration ist die Work-Life-Balance sehr wichtig, der Beruf soll ein Familienleben nicht ausschliessen. Da ist es an uns als Weiterbildungsstätte und an der Politik, Angebote zu schaffen, wie zum Beispiel Teilzeitmodelle oder Modelle, die es Frauen ermöglichen,

Kinder zu haben und später wieder in den Beruf einzusteigen. Doch nicht nur in der Grundversorgung besteht ein grosser Mangel an Ärzten. Auch Psychiater gibt es viel zu wenig. Da sind grundlegende Überlegungen gefragt, wie man diese Berufe wieder attraktiv macht und die Abwanderung der frisch ausgebildeten Ärzte in die lukrativeren Spezialärztedisziplinen aufhält.

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

Zu Verbesserungen haben zweifellos die Einführung von neuen Antikoagulanzen wie auch von neuen Antidiabetika in den letzten Jahren geführt. In beiden Therapiegebieten sind wir daran, damit Erfahrungen zu sammeln, die sich auch in der Grundversorgung auswirken.

### Und was «fürchten» Sie am meisten?

... dass wir es nicht schaffen, genügend Nachwuchs in die Grundversorgung zu bringen, und die Studienabgänger die Spezialisierung bevorzugen, weil dies attraktiver ist. Des Weiteren befürchte ich auch, dass Politik und Ärzte nicht zueinander finden, wie diese ganzen Tarifdiskussionen wieder eindrücklich vor Augen geführt haben. Einigkeit wäre aber Voraussetzung für konstruktive Lösungen, wie sie die Schweiz mit der aktuellen Problematik braucht.

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

Ich wünsche mir, dass die in der Hausarztmedizin Tätigen auf die Jungen positiv zugehen und ein positives Bild vermitteln, das zeigt, dass dieser Beruf erfüllend sein kann. ▲



## Neurologie

Dr. med. Thomas Dorn  
Leitender Arzt Neurologie  
Berner Klinik Montana  
Crans-Montana

## Vermeehrt in Netzwerken denken und interdisziplinär handeln

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

Aus meiner Sicht sind es die spektakulären Erfolge und die Neueentwicklungen auf dem Gebiet der immunologischen Therapie der multiplen Sklerose (MS). Das Spektrum der MS-Medikamente wird grösser, und wir sehen Patienten, bei denen die Krankheitsaktivität zum Stillstand kommt und keine neuen Schübe mehr auftreten. Kürzlich zugelassen wurde zum einen das Ocrelizumab (Ocrevus®, Anmerkung der Red.) von Roche, das sowohl bei schubförmiger als auch bei primär progredienter MS wirksam ist. Somit ist es das erste zugelassene Medikament, das bei primär progredienter MS wirksam sein kann. Ebenfalls viererprechend ist das Cladribin, ein Medikament, das ähnlich wie Alemtuzumab (Lemtrada® Anm. d. Red.) innerhalb von zwei Jahren nur einmal jährlich über ein paar Tage gegeben werden muss und eine nachhaltige Umstimmung des Immunsystems bewirken kann (1). Es gibt Hinweise, dass dieses Medikament so in einer ganz frühen Phase der Erkrankung die weitere Progression beziehungsweise sogar den Übergang von einem klinisch isolierten Syndrom in eine MS verhindern kann. So zeichnet sich die Möglichkeit ab, den Verlauf dieser Erkrankung langfristig mit einem Medikament, das man nur vorübergehend gibt, günstig zu beeinflussen. In der Schweiz ist die Substanz, die als relativ gut verträgliches Zytostatikum schon seit 1998 auf dem Markt ist, zur Therapie der MS noch nicht zugelassen.

Bei den seltenen Erkrankungen mit Epilepsie, meinem eigentlichen Kerngebiet, wird immer mehr über die häufig genetischen Grundlagen bekannt, was dann auch zu einem vertieften Verständnis von Pathophysiologie und Pathogenese führt. Dies wiederum eröffnet die Möglichkeit, diese Erkrankungen nicht nur symptomatisch, sondern auch kausal zu behandeln beziehungsweise im Falle progredienter Erkrankungen deren Verlauf günstig zu beeinflussen. Natürlich spielen diese Aspekte im Kindesalter mit dem sich noch in Entwicklung befindenden Nervensystem eine grössere Rolle als bei Erwachsenen. Aber auch bei erwachsenen Patienten können solche Therapieansätze die Krankheitssymptomatik noch günstig beeinflussen. Ein Beispiel für eine in dieser Art auch im Erwachsenenalter noch behandelbare Erkrankung ist die tuberöse Sklerose, eine Multisystemerkrankung mit Befall vor allem von Gehirn, Nieren und Haut. Mit dem Medikament Everolimus (Votubia®, Anm. d. Red.) können sowohl so-

genannte subependymale Riesenzellastrozytome im Gehirn, die zu einem Hydrozephalus führen können, als auch bestimmte Tumoren in der Niere, die komplikationsträchtige Blutungen dort zeitigen können, erfolgreich und relativ nebenwirkungsarm behandelt werden. Hierfür ist dieses Medikament auch bereits in der Schweiz zugelassen. 2016 konnte nun noch in einer randomisierten, plazebokontrollierten Doppelblindstudie gezeigt werden, dass es auch einen starken antiepileptischen Effekt bei den oft gegenüber konventionellen Antiepileptika pharmakotherapieresistenten Epilepsien bei diesem Syndrom hat (2). Die tuberöse Sklerose betrifft in der Schweiz schätzungsweise tausend Personen, sie ist aber sicherlich unterdiagnostiziert, weil sie vielen gar nicht geläufig ist. Besonders Allgemeinärzte, die als Heimärzte tätig sind, könnten dieser Erkrankung begegnen, aber wissen es vielleicht gar nicht, obwohl die Betroffenen typische Hautveränderungen (Adenoma sebaceum) und eine typische weitere Symptomkonstellation (epileptische Anfälle, geistige Behinderung, Autismus, Angiomyolipome der Niere) aufweisen. In dem Augenblick, in dem wir nun krankheitsmodifizierende Medikamente für diese und andere seltene Erkrankungen haben, ist es wichtig, dass man auch als Allgemeinarzt an solche Erkrankungen denkt beziehungsweise daran, dass auch mal ein Patient mit einer solchen seltenen Erkrankung vor einem sitzen könnte und entsprechend weiter abgeklärt und behandelt werden sollte.

Spannend fand ich auch eine Arbeit, die sich mit der Einnahme von DOAK und potenziellen Medikamenteninteraktionen beziehungsweise dem damit einhergehenden Blutungsrisiko befasst (3). Patienten mit Vorhofflimmern sind ja oft polymorbid und haben komplexe Medikationen. Die Autoren haben in ihrer Studie daher untersucht, ob die gleichzeitige Gabe von weiteren Medikamenten, die das für die Metabolisierung der meisten DOAK relevante CYP3A4 beeinflussen, das Blutungsrisiko verändert. Bei Phenytoin zum Beispiel, von dem man weiss, dass es CYP3A4 induziert, erwartet man, dass es das Blutungsrisiko senkt beziehungsweise das Schlaganfallrisiko erhöht, da es ja den Metabolismus der DOAK beschleunigen sollte. Tatsächlich wurden in der Studie unter Phenytoin jedoch vermehrt Blutungskomplikationen beobachtet. Bei komplexen Medikationen ist also die Realität viel komplexer, als das theoretisch erwartet beziehungsweise aus bekannten Mechanismen abgeleitet werden kann. Das bedeutet, dass man solche komplexen Medikationen sehr sorgfältig beobachten muss und Auffälliges auch melden sollte, damit solche Zusammenhänge überhaupt erst deutlich werden.

### Was davon könnte Diagnose und/oder Therapie in der Hausarztpraxis künftig verändern?

Erstens ist es wünschenswert, dass in der Hausarztmedizin noch mehr klar wird, dass die Neurologie immer mehr zu einem Therapiefach wird. Wurde sie früher oft als die «Lehre nicht heilbarer Erkrankungen» etwas despektierlich betrachtet, ist die Neurologie heute ein Fachbereich, in dem immer mehr Erkrankungen nicht nur diagnostiziert, sondern auch

### OMIM: OMIM – Online Mendelian Inheritance in Man



rosenfluh.ch/  
qr/omim

Bei OMIM handelt es sich um ein frei zugängliches Kompendium menschlicher Gene und genetischer Phänotypen, das täglich aktualisiert wird. Der referenzierte Volltextüberblick berücksichtigt mehr als 15 000 Gene.

### Orphanet: Orphanet Suisse – Maladies Rares



rosenfluh.ch/  
qr/orphanet

Orphanet informiert über seltene Krankheiten und gewährt allen Interessengruppen gleichberechtigten Zugriff auf diese Informationen. Dort finden sich Informationen über die Erkrankungen, verfügbare Arzneimittel, laufende Studien, Fachleute und Zentren sowie Selbsthilfegruppen.

behandelt und modifiziert werden können. Das heisst, war ein MS-Patient vielleicht früher gar nicht mehr beim Neurologen, weil man bei chronisch progredienter Erkrankung annahm, sowieso nichts machen zu können, sollten solche Patienten heute in allen Stadien in enger Kooperation von Hausarzt und Neurologen betreut werden. Diese Erkrankung und die neuen Therapieoptionen sind komplex, hier braucht es spezielle Kenntnisse und gegebenenfalls auch den engen Austausch mit spezialisierten Zentren für eine State-of-the-Art-Therapie. Der Hausarzt wiederum kennt den Patienten und seine individuelle medizinische und soziale Geschichte in der Regel besser und weiss wichtige Details, die dem Neurologen nicht bekannt sind. Zweitens sollte der Hausarzt bei komplex kranken Patienten die Medikation immer wieder überprüfen und überlegen, was vielleicht entbehrlich ist, um gefährliche Interaktionspotenziale zu minimieren.

Und drittens sollte der Hausarzt bedenken, dass gelegentlich auch ein Patient mit einer seltenen und komplexen Erkrankung vor ihm sitzen könnte, der noch nicht in den Händen eines Spezialisten ist und deshalb sorgfältig weiter abgeklärt und gegebenenfalls dann auch behandelt werden sollte. Insbesondere gilt dies für Patienten mit geistiger und mehrfacher Behinderung, die sich nicht selbst im Dickicht des vielfältigen Angebotes zum geeigneten Spezialisten durchkämpfen können. Sehr gute Informationen zu seltenen Erkrankungen kann man im Übrigen auch online finden (siehe *Kasten* Orphanet und OMIM).

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

Siehe Frage eins; hier ist vor allem das Ocrelizumab zu nennen, das nicht nur für die schubförmig verlaufende MS, sondern auch für die primär progredient verlaufende zugelassen ist, für die es bis anhin keine Therapie gab. Für den Hausarzt, der solche Patienten betreut, die vielleicht vor Jahren von der Neurologie selbst «aufgegeben» wurden, ist es deshalb zu

empfehlen, wieder den Kontakt zu einem entsprechenden Spezialisten oder Zentrum herzustellen, um zu eruieren, ob ein Therapieversuch infrage kommt. Es gibt also etwas Hoffnung für die oft sehr verzweifelten Patienten, für die es bislang immer hiess, man könne nichts machen.

### Auf welche Studienresultate sind Sie für 2018 besonders gespannt?

Natürlich bin ich auf weitere Erkenntnisse zur Genetik und zur Pathophysiologie seltener neurologischer Erkrankungen, insbesondere solcher, die mit Epilepsie und geistiger Behinderung einhergehen, gespannt. Bezüglich der MS erhoffe ich mir intensive Forschung auf dem Gebiet der Immuntherapien, insbesondere Studien, die untersuchen, warum der eine Patient besser auf Medikament A, ein anderer auf Medikament B anspricht und wie man den Effekt solcher Therapien beim einzelnen Patienten besser vorhersagen kann.

### Und was fürchten Sie am meisten?

Meine Sorgen beziehen sich vor allem auf gesundheitspolitische Aspekte. Ich habe keine Angst vor dem Fortschritt, aber davor, dass dieser nicht mehr für alle finanziert werden kann. In Anbetracht der zunehmenden Zahl chronischer Erkrankungen und der immer komplexeren Dossiers werden wir Ärzte ausserdem viel mehr Zeit brauchen, um uns adäquat mit der Vorgeschichte unserer Patienten zu beschäftigen. Und dass diese Zeit nicht adäquat honoriert wird, ist ein grosses Problem. Jeder Jurist kann ein längeres Aktenstudium adäquat abrechnen, aber die Krankenkassen werden dies zunehmend weniger tun. Hier hat der Bundesrat nicht verstanden, was es für die Versorgung der im gesundheitspolitischen Diskurs so oft erwähnten Gruppe der chronisch kranken polymorbiden Patienten wirklich braucht.

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

Meine wichtigste Botschaft ist es, vermehrt in Netzwerken zu denken und interdisziplinär zu handeln. Der Hausarzt sollte sich nicht vordringlich als Gatekeeper, sondern als Begleiter durch lange chronische Erkrankungen verstehen. Er sollte ein Netzwerk aus Spezialisten, nicht ärztlichen Therapeuten wie zum Beispiel Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Ernährungsberatern usw. koordinieren. Aber er sollte das Netzwerk nicht nur nutzen, sondern auch steuern – nicht alles, was Spezialisten im einen oder anderen Fall wollen, ist auch in der Praxis und im konkreten Umfeld eines Patienten umsetzbar. ▲

#### Referenzen:

1. Freedman MS et al.: The efficacy of cladribine tablets in CIS patients retrospectively assigned the diagnosis of MS using modern criteria: results from the ORACLE-MS study. MSJ DOI: 10.1177/2055217317732802.
2. French JA et al.: Adjunctive everolimus therapy for treatment-resistant focal-onset seizures associated with tuberous sclerosis (EXIST-3): a phase 3, randomised, double-blind, placebo-controlled study. Lancet 2016; 388: 2153–2163.
3. Chang SH et al.: Association between use of non-vitamin K oral anticoagulants with and without concurrent medications and risk of major bleeding in nonvalvular atrial fibrillation. JAMA 2017; 318(13): 1250–1259.

**Referenzen zum Beitrag von Dr. med. Luzi Dubs**

1. Moseley JB et al.: A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. *N Engl J Med* 2002; 347: 81–88.
2. Kirkley A et al.: A randomised trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. *N Engl J Med* 2008; 359: 1097–1107.
3. Katz JN et al.: Surgery versus physical therapy for a meniscal tear and osteoarthritis. *N Engl J Med* 2013; 368: 1675–1684.
4. Shivonen R et al.: Arthroscopic partial meniscectomy versus sham surgery for a degenerative meniscal tear. *New Engl J Med* 2013; 369: 2515–2524.
5. Thorlund J et al.: Arthroscopic surgery for degenerative knee: systematic review and meta-analysis of benefits and harms. *BMJ* 2015; 350: 2747.
6. Becker R et al.: Haben Arthroskopie und Physiotherapie vergleichbare Ergebnisse? Orthopädie und Unfallchirurgie, Mitteilungen und Nachrichten 2013 (August) 394–395.
7. Liebs Th et al.: Ausschluss der Arthroskopie bei Gonarthrose aus dem GKV-Leistungskatalog: Beruht diese Entscheidung auf wissenschaftlichen Kriterien? *Z Orthop Unfall* 2017; 155: 1–12.
8. Dubs L et al.: Der EbM-Kommentar auf dem DKOU: Hintergründe, Ziele und Vision. *Z Orthop Unfall* 2013.
9. Dubs L: Die arthroskopische Gelenksäuberung bei Kniearthrose. *ARS MEDICI* 2011, Sonderdruck.
10. Dubs L: Eine auf hohem Niveau irreführende Studie. Interview. *Ars Medici* 2014; 13: 668–669.

**Referenzen zum Beitrag von PD Dr. med. Isabella Sudano**

1. Verma S et al.: Cardiovascular outcomes and safety of empagliflozin in patients with type 2 diabetes mellitus and peripheral artery disease: A subanalysis of EMPA-REG OUTCOME. *Circulation* 2017 Nov 13; CIRCULATIONAHA.117.032031.
2. Fitchett D et al.: Effects of empagliflozin on risk for cardiovascular death and heart failure hospitalization across the spectrum of heart failure risk in the EMPA-REG OUTCOME® trial. *Eur Heart J* 2017 Aug 28. doi: 10.1093/eurheartj/ehx511. [Epub ahead of print].
3. Wanner C et al.: Empagliflozin and clinical outcomes in patients with type 2 diabetes, established cardiovascular disease and chronic kidney disease. *Circulation* 2017 Sep 13. pii: CIRCULATIONAHA.117.028268. [Epub ahead of print].
4. Mann JFE et al.: Liraglutide and Renal Outcomes in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2017; 377(9): 839–848.
5. Rocco MV et al.: Effects of intensive blood pressure treatment on acute kidney injury events in the systolic blood pressure intervention trial (SPRINT). *Am J Kidney Dis* 2017 Nov 18; pii: S0272-6386(17)30962-9. [Epub ahead of print].
6. Beddhu S et al.: Influence of baseline diastolic blood pressure on effects of intensive compared to standard blood pressure control. *Circulation*. 2017 Oct 11. pii: CIRCULATIONAHA.117.030848. [Epub ahead of print]
7. Bress AP et al.: Cost-effectiveness of intensive versus standard blood-pressure control. *N Engl J Med* 2017; 377(8): 745–755.
8. Gupta P et al.: Risk Factors for Nonadherence to Antihypertensive Treatment. *Hypertension* 2017; 69(6): 1113–1120.
9. Vonbank A et al.: Comprehensive efforts to increase adherence to statin therapy. *Eur Heart J* 2017; 38(32): 2473–2479.
10. Sabatine MS et al.: Evolocumab and clinical outcomes in patients with cardiovascular disease. *N Engl J Med* 2017; 376: 1713–1722.
11. Bonaca MP et al.: Low-density lipoprotein cholesterol lowering with evolocumab and outcomes in patients with peripheral artery disease: Insights from the FOURIER Trial (Further Cardiovascular Outcomes Research With PCSK9 Inhibition in Subjects With Elevated Risk). *Circulation* 2017 Nov 13; CIRCULATIONAHA.117.032235.
12. Sabatine MS et al.: Cardiovascular safety and efficacy of the PCSK9 inhibitor evolocumab in patients with and without diabetes and the effect of evolocumab on glycaemia and risk of new-onset diabetes: a prespecified analysis of the FOURIER randomised controlled trial. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2017 Sep 14. pii: S2213-8587(17)30313-3. [Epub ahead of print].
13. Giugliano RP et al.: Clinical efficacy and safety of evolocumab in high-risk patients receiving a statin: secondary analysis of patients with low ldl cholesterol levels and in those already receiving a maximal-potency statin in a randomized clinical trial. *JAMA Cardiol* 2017 November 8; doi:10.1001/jamacardio.2017.3944.
14. Giugliano R et al.: Clinical efficacy and safety of achieving very low LDL-cholesterol concentrations with the PCSK9 inhibitor evolocumab: a prespecified secondary analysis of the FOURIER trial. *Lancet* 2017; 390(10106): 1962–1971.

15. Giugliano RP et al.: Long-term safety and efficacy of achieving very low levels of low-density lipoprotein cholesterol: a prespecified analysis of the IMPROVE-IT Trial. *JAMA Cardiol* 2017; 2(5): 547–555.
16. Giugliano RP et al.: on behalf of the EBBINGHAUS Investigators. Cognitive function in a randomized trial of evolocumab. *N Engl J Med* 2017; 377: 633–643.
17. Koren MJ et al.: Long-term low-density lipoprotein cholesterol-lowering efficacy, persistence, and safety of evolocumab in treatment of hypercholesterolemia: Results up to 4 years from the open-label OSLER-1 extension study. *JAMA Cardiol* 2017; 2(6): 598–607.
18. Ray KK et al.: Inclisiran in patients at high cardiovascular risk with elevated ldl cholesterol. *N Engl J Med* 2017; 376 (15): 1430–1440.

**Referenzen zum Beitrag von PD Dr. med. Dr. phil. Ulrich Michael Hemmeter und Prof. Dr. med. Henning Wormstall**

1. Ledochowski L et al.: Körperliche Aktivität als therapeutische Intervention bei Depression. *Nervenarzt* 2017; 88: 765–777.
2. McDuff DR: Sports Psychiatry: Strategies for Life Balance and Peak Performance, Washington DC, American Psychiatric Publishing, 2012, 288 pp.
3. Busche MA, Kekuš M, Förstl H: Connections between sleep and Alzheimer’s disease: Insomnia, amnesia and amyloid. *Nervenarzt*. 2017; 88(3): 215–221.
4. Garbaza C, Cajochen C: Innere Uhr und psychische Gesundheit. *Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie und Neurologie* 2017; 5: 4–9.
5. Wirz-Justice A: Chronobiology comes of age. *Acta Psychiatr Scand* 2017; 136(6): 531–533.
6. Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung geflüchteter Personen – Herausforderung und Perspektiven (Themenheft). Heft 1. *Nervenarzt* 2017; 88: 1–39.
7. Winkler J: Psychische Gesundheit von geflüchteten Menschen – repräsentative Untersuchungsergebnisse. *WPA XVII WORLD CONGRESS OF PSYCHIATRY* 2017.
8. Turvey C, Fortney J: The use of telemedicine and mobile technology to promote population health and population management for psychiatric disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2017; 19(11): 88. doi: 10.1007/s11920-017-0844-0.
9. Gerontopsychiatrie – quo vadis? (Themenheft). *PIA Psychotherapie im Alter* 2017; 14: 365–459.
10. Psychotherapie mit Älteren – Kognitive Verhaltenstherapien und Problemlösetraining bei Depressionen und PTBS (Themenheft). *Nervenarzt* 2017; 88: 1211–1251.
11. Naheed B et al.: Non-contraceptive oestrogen-containing preparations for controlling symptoms of premenstrual syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Mar 3; 3: CD010503.
12. Hepp U, Stulz N: Home treatment for people with acute mental illnesses. *Nervenarzt* 2017; 88(9): 983–988.
13. Widmann F et al.: *Fortschr Neurol Psychiatr* 2016; 84(1): 42–48; quiz 49. doi: 10.1055/s-0041-110887. Epub 2016 Feb 15. Review. German.
14. Brückl TM, Uhr M: ABCB1 genotyping in the treatment of depression. *Pharmacogenomics*. 2016; 17(18): 2039–2069.
15. Wagner G et al.: Efficacy and safety of levomilnacipran, vilazodone and vortioxetine compared with other second-generation antidepressants for major depressive disorder in adults: A systematic review and network meta-analysis. *J Affect Disord* 2017; 228: 1–12.
16. Kasper S et al.: Silexan in anxiety disorders: Clinical data and pharmacological background. *World J Biol Psychiatry* 2017: 1–9.
17. Patel R et al.: Is paliperidone palmitate more effective than other long-acting injectable antipsychotics? *Psychol Med* 2017: 1–10.
18. Nationale Demenzstrategie, BAG 2014 bis 2019, Teilprojekt 6.1. Empfehlungen für die Grundversorgung. Homepage BAG, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationalegesundheitsstrategien/nationale-demenzstrategie.html>
19. TARMED-Tarifeingriff des Bundesrats, Homepage des Bundesamts für Gesundheit (BAG) <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/aktuell/news/news-15-08-2017.html>
20. TARPSTY – home page von Swiss DRG – Tarpsy System 1.0 2018, <https://www.swissdrg.org/de/psychiatrie/tarpsy>
21. Hoff P: Zur Identität des Faches Psychiatrie und Psychotherapie. *WPA XVII WORLD CONGRESS OF PSYCHIATRY* 2017.
22. Schweitzer J: Aus der Ferne. *DIE ZEIT* 45 / 2017; 72: 35–36.
23. Murray RM et al.: Cannabis-associated psychosis: Neural substrate and clinical impact. *Neuropharmacology* 2017; 124: 89–104.
24. Benkert, Otto, Hippus, Hanns (Hrsg.), *Kompodium der Psychiatrischen Pharmakotherapie*, 2017, 11. Auflage, Springer Verlag.