

Schweizerische Ärztezeitung

979 Editorial
von Urs Stoffel
**Chance verpasst –
TARDOC noch nicht
genehmigt!**

985 pädiatrie schweiz
**smarter medicine:
«Top-5-Liste»
für Pädiatrie**

1016 «Zu guter Letzt»
von Eva Mell
**Weshalb ich in der Schweiz
gerne zum Arzt gehe**

990 Routine-Test lohnt sich
**Warum Menschen aus Italien
häufig an Hepatitis C erkrankt sind**



Verlag

Dr. med. vet. Matthias Scholer, Chefredaktor;
 Eva Mell, M.A., Managing Editor;
 Julia Rippstein, Redaktorin Print und Online;
 Rahel Gutmann, Junior Redaktorin

Externe Redaktion

Prof. Dr. med. Anne-Françoise Allaz, Mitglied FMH;
 Dr. med. Werner Bauer, Mitglied FMH; Prof. Dr. oec. Urs Brügger;
 Dr. med. Yvonne Gilli, Präsidentin FMH;
 Prof. Dr. med. Samia Hurst; Dr. med. Jean Martin, Mitglied FMH;
 Dr. med. Daniel Schröpfer, Mitglied FMH;
 Charlotte Schweizer, Leitung Kommunikation der FMH;
 Prof. Dr. med. Hans Stalder, Mitglied FMH

Redaktion Ethik

Prof. Dr. theol. Christina Aus der Au;
 Prof. Dr. phil., Dipl. Biol. Rouven Porz

Redaktion Medizingeschichte

Prof. Dr. med. et lic. phil. Iris Ritzmann; Prof. Dr. rer. soc. Eberhard Wolff

Redaktion Public Health, Epidemiologie, Biostatistik

Prof. Dr. med. Milo Puhan

Redaktion Recht

Dr. iur. Ursina Pally, Leiterin Rechtsdienst FMH

FMH

EDITORIAL: Urs Stoffel

979 **Chance verpasst – TARDOC noch nicht genehmigt!**

AKTUELL: Claudia Schmidlin

980 **Neue Impulse für das FMH-Forum Notfall**

982 **Personalien**

Nachrufe

984 **In memoriam Friedrich Paul Magerl (1931–2020)**

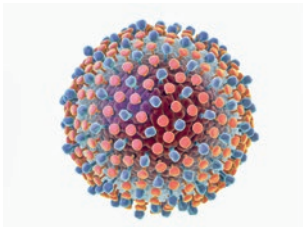
Organisationen der Ärzteschaft

Trägerschaft «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland» und pädiatrie schweiz

985 **smarter medicine: «Top-5-Liste» für Pädiatrie**

Weitere Organisationen und Institutionen

990



HEPATITIS SCHWEIZ: Bettina Maeschli, Erminia Gagliotta, Philip Bruggmann

Warum wir an die Italiener denken sollten Italienerinnen und Italiener in der Schweiz, die über 60 Jahre alt sind, sind besonders häufig von Hepatitis C betroffen. Angesteckt haben sie sich meist in den 50er und 60er Jahren im paramedizinischen Setting in ihrem Heimatland. Da eine chronische Hepatitis C heute unkompliziert heilbar ist, lohnt sich der Test bei dieser Bevölkerungsgruppe.

EMH: Hans Kurt, Sandra Ziegler

993 **Zwischen Pandemie und unternehmerischem Aufbruch**

Briefe / Mitteilungen

995 **Briefe an die SÄZ**

996 **Facharztprüfung / Mitteilungen**

Wichtige Sicherheitsinformationen

997 Chargenrückruf Champix® Filmtabletten, 0,5 und 0,5/1 mg, (Zul.-Nr. 57736) Pharmacodes 3402302, 4665185

FMH Services



998 **Resultate der Urabstimmung der FMH Services Genossenschaft**

1000 **Stellen und Praxen** (nicht online)

Tribüne

STANDPUNKT: Roger von Moos

1007 **Was darf eine Krebstherapie kosten?**

MEDICAL EDUCATION: Adriano Guerra, Paul Biegger

1010 **Der bessere Übergang von der universitären Theorie zur Praxis**

1013 **Spectrum**

Horizonte

1014 **Buchbesprechungen**

Zu guter Letzt

Eva Mell

1016 **Weshalb ich in der Schweiz gerne zum Arzt gehe**



ANNA

Impressum

Schweizerische Ärztezeitung

Offizielles Organ der FMH
und der FMH Services

Redaktionsadresse: Nina Abbühl,
Redaktionsassistentin SÄZ,
EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG,
Farnsburgerstrasse 8, 4132 MuttENZ,
Tel. +41 (0)61 467 85 72,
redaktion.saez@emh.ch, www.saez.ch

Verlag: EMH Schweizerischer Ärzte-
verlag AG, Farnsburgerstrasse 8,
4132 MuttENZ, Tel. +41 (0)61 467 85 55,
www.emh.ch

Anzeigen:

Philipp Lutzer,
Key Account Manager EMH
Tel. +41 (0)61 467 85 05,
philipp.lutzer@emh.ch

Stellenmarkt und Rubrikanzeigen:

Inserateannahme,
Tel. +41 (0)61 467 85 71,
stellenmarkt@emh.ch

Rubrik FMH Services: FMH Consulting
Services, Stellenvermittlung,
Postfach 246, 6208 Oberkirch, Tel. +41
(0)41 925 00 77, Fax +41 (0)41 921 05 86,
mail@fmhjob.ch, www.fmhjob.ch

Abonnemente FMH-Mitglieder:
FMH Verbindung der Schweizer
Ärztinnen und Ärzte, Elfenstrasse 18,
3000 Bern 15, Tel. +41 (0)31 359 11 11,
Fax +41 (0)31 359 11 12, dlm@fmh.ch

Anderer Abonnemente:

EMH Kundenservice, Postfach,
4601 Olten, Tel. +41 (0)44 305 82 38,
emh@asmq.ch

Abonnementspreise: Jahresabonne-
ment CHF 320.– zzgl. Porto.

ISSN: Printversion: 0036-7486 /
elektronische Ausgabe: 1424-4004
Erscheint jeden Mittwoch

© FMH

Die Schweizerische Ärztezeitung ist
aktuell eine Open-Access-Publikation.
FMH hat daher EMH bis auf Widerruf
ermächtigt, allen Nutzern auf der Basis
der Creative-Commons-Lizenz
«Namensnennung – Nicht kommer-
ziell – Keine Bearbeitung 4.0 inter-
national» das zeitlich unbeschränkte
Recht zu gewähren, das Werk zu ver-
vielfältigen und zu verbreiten und
öffentlich zugänglich zu machen.
Der Name des Verfassers ist in jedem
Fall klar und transparent auszuweisen.
Die kommerzielle Nutzung ist nur mit
ausdrücklicher vorgängiger Erlaubnis
von EMH und auf der Basis einer
schriftlichen Vereinbarung zulässig.

Hinweis: Alle in dieser Zeitschrift pub-
lizierten Angaben wurden mit der
grössten Sorgfalt überprüft. Die ange-
gebenen Dosierungen, Indikationen
und Applikationsformen, vor allem von
Neuzulassungen, sollten in jedem Fall

mit den Beipackzetteln der verwen-
deten Medikamente verglichen werden.

Druck: Vogt-Schild Druck AG,
<https://www.vsdruk.ch/>

printed in
switzerland



Titelbild:
© Katerynakon | Dreamstime.com

Chance verpasst – TARDOC noch nicht genehmigt!

Urs Stoffel

Dr. med., Mitglied des FMH-Zentralvorstandes, Departementsverantwortlicher Ambulante Versorgung und Tarife



Am 30. Juni 2021 hat der Bundesrat über eine Genehmigung der neuen ambulanten Tarifstruktur TARDOC beraten. Unbestritten ist, dass der TARMED hoffnungslos veraltet ist und dringend abgelöst werden muss. Nun hat der Bundesrat einen «Nichtentscheid» bezüglich der Genehmigung des neuen Einzelleistungstarifs TARDOC gefällt. Er kam zum Schluss, dass der TARDOC in der jetzigen Form nicht genehmigungsfähig sei. Begründet hat er seinen Entscheid damit, dass die materiellen Anforderungen nur teilweise erfüllt werden und die kostenneutrale Einführung nicht gewährleistet sei. Ausserdem seien massgebliche Tarifpartner nicht dabei. Der Bundesrat fordert mit Nachdruck eine gemeinsame Überarbeitung der Tarifstruktur durch alle Tarifpartner.

Was bedeutet dieser «Nichtentscheid» des Bundesrates? Vorab ist festzuhalten, dass der Einzelleistungstarif TARDOC vom Bundesrat bisher nicht abgelehnt wurde. Der TARDOC ist weiterhin als Einzelleistungstarif gesetzt. Allerdings wurde die Chance verpasst, zeitnah einen modernen und sachgerechten Einzelleistungstarif einzuführen. Damit werden die ambulanten ärztlichen Leistungen weiterhin über den «Flickenteppich» TARMED abgerechnet. Offenbar kann es sich die Politik leisten, ganz im Sinne der Verhinderer der Tarifstruktur TARDOC, einen Entscheid weiterhin zu vertagen. Am Rande sei erwähnt, dass der Bundesrat gleichentags auch über die Neubeschaffung der Kampfflugzeuge der Schweizer Armee entschieden hat. Dabei ging es um ein einmaliges Kostenvolumen

Die Chance, zeitnah einen modernen und sachgerechten Einzelleistungstarif einzuführen, wurde verpasst.

von CHF 6 Milliarden im Gegensatz zum jährlich wiederkehrenden Kostenvolumen von CHF 12 Milliarden in der ambulanten Gesundheitsversorgung. Das Aufsehen für die Kampfflugzeuge war vergleichsweise sehr beachtlich.

Für die Grundversorger bedeutet die weitere Verzögerung bis zur Inkraftsetzung des TARDOC, dass der Ver-

fassungsartikel 117a «Förderung der Hausarztmedizin» ignoriert wird. Der TARDOC implementiert hausärztliche Leistungen in einem eigenen Kapitel, bildet das Chronic Care Management sowie palliativmedizinische Leistungen erstmals korrekt ab und fördert die interprofessionelle Zusammenarbeit. Er ermöglicht zudem die Abrechnung von spezifischen telemedizinischen Leistungen. Mit dem TARMED können die Spezialisten die bisher nicht sachgerecht tarifierten Leistungen weiterhin nicht korrekt abrechnen und müssen sich mit Analogpositionen behelfen. Für die Patientinnen und Patienten besteht die Gefahr einer Unterversorgung, zum Beispiel in den Kinderspitälern, sowie eine Benachteiligung von älteren, chronisch Kranken. Wie geht es nun weiter? Der Bundesrat fordert die Tarifpartner auf, die Tarifstruktur gemeinsam zu überarbeiten und erneut einzureichen. Damit ist klar, dass

Der TARDOC wurde nicht abgelehnt und ist weiterhin als Einzelleistungstarif gesetzt.

das primäre Ziel des Bundesrates weiterhin die Genehmigung des Einzelleistungstarifs TARDOC ist und bleibt. Der Bundesrat setzt dafür ein klares Datum bis Ende 2021. Dieser sportliche Termin ist eine grosse Herausforderung für alle Tarifpartner. Es gilt jetzt, die nötigen Aufgaben gemäss Prüfbericht des BAG zu identifizieren. Dann muss priorisiert werden, was an Nachbesserungen bis Ende Jahr möglich ist und welche Überarbeitungen über einen längeren Zeitraum im Rahmen der laufenden jährlichen Tarifrevisionen abgearbeitet werden können. Abschliessend müssen die Entscheidungsgremien der einzelnen Tarifpartner befragt werden, ob sie diesen Anpassungen überhaupt zustimmen. Es wird sich nun zeigen, ob eine realistische Lösung mit allen Tarifpartnern erzielt werden kann. Dafür braucht es eine Konsens- und Kompromissbereitschaft aller Tarifpartner sowie realistisch umsetzbare Vorgaben der Genehmigungsbehörde. Die FMH, curafutura und die MTK sind bereit, weiter konstruktiv daran mitzuarbeiten, dieses hochgesteckte Ziel zu erreichen.

Neue Impulse für das FMH-Forum Notfall

Claudia Schmidlin

Projektassistentin, Abteilung Dienstleistungen & Berufsentwicklung sowie Public Health, FMH

Das FMH-Forum Notfall ist 1995 auf Initiative einiger am Rettungswesen interessierter Fachgesellschaften unter dem Dach der FMH entstanden und hiess ursprünglich Plattform Schweizerisches Rettungswesen. Es engagiert sich für eine interdisziplinäre und integrierte Notfallmedizin jenseits von Partikularinteressen und regionalen Beschränkungen. Seit 2020 steht dabei die Neuorganisation der ärztlichen Notfallversorgung im Fokus, wie im neuen Leitbild festgehalten wurde – und seit Mai 2021 steht es unter der Leitung von Stefan Müller.

Stefan Müller, an der Forumssitzung vom 18. Mai 2021 wurden Sie zum neuen Präsidenten gewählt. Wie kam es dazu?

Ich habe seit rund zehn Jahren als Vertreter der SGNOR für die Präklinik Einsitz im FMH-Forum Notfall. Der damalige Präsident Wolfgang Ummenhofer hatte mich zu jener Zeit angefragt. Als er Ende letzten Jahres bekanntgab, das Präsidium abgeben zu wollen, habe ich mich – das muss ich zugeben – nicht vorgedrängt. Doch ich war und bin überzeugt, dass das Forum eine wichtige Austauschplattform für Vertreterinnen und Vertreter verschiedenster Fachdisziplinen mit mehr oder weniger Berührungspunkten zum Thema Notfall ist. Die behandelten Themen führen zwar nicht gleich zu Änderungen im Gesundheitswesen; nichtsdestotrotz sind sie meines Erachtens wichtig. Das Fortbestehen des Forums lag mir denn auch am Herzen.

Wolfgang Ummenhofer hat das Forum Notfall jahrelang geführt und massgeblich geprägt. In welchem Stil planen Sie das Forum fortzuführen?

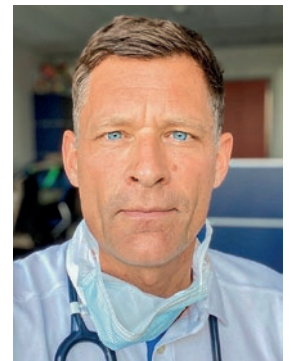
Die Fussstapfen von Wolfgang Ummenhofer sind riesig – er ist quasi einer der Väter der präklinischen Notfallmedizin in der Schweiz –, und sie zu füllen ist gar nicht möglich. Wichtig ist mir ein partizipativer Ansatz: Das

Das Forum soll keine «One-Man-Show» sein, sondern verlangt das Engagement aller Mitglieder.

Forum soll keine «One-Man-Show» sein, sondern verlangt das Engagement aller Mitglieder. Ich sehe mich eher als Organisator oder Koordinator, der dem Gan-

Zur Person

Stefan Müller ist in Bern geboren und aufgewachsen. Er hat an der Uni Bern studiert und doktoriert und danach während fast 3 Jahren als Postdoc an der Harvard Medical School in Boston geforscht. Das Curriculum führte ihn von der Unfallchirurgie über die Intensivmedizin zur Anästhesiologie, in der er den Facharzttitel erwarb. Seit 16 Jahren arbeitet er bei Schutz & Rettung Zürich in einem 50%-Pensum, seit 2013 als deren Chefarzt; daneben arbeitet er zu 50% als Leitender Arzt am Institut für Anästhesie und Intensivmedizin am Stadtspital Zürich. Über die Jahre absolvierte er den Fähigkeitsausweis «Notarzt SGNOR», das Zertifikat «Leitender Notarzt» sowie ein CAS zu «Systemisch Integratives Management im Gesundheitswesen». Er ist Instruktor für diverse Notfallkurse (ACLS®, ATLS®, PHTLS®, SFG-P), hat Einsitz in diversen standespolitischen Gremien und Gesellschaften unter anderem als Vorstandsmitglied der SGNOR sowie als Präsident von deren Bildungskommission. Daneben ist er seit vielen Jahren ein Leitender Notarzt am WEF. Er ist Oberst im Stab der Territorialdivision 4.



zen etwas Struktur gibt. Da stimmt mich der Blick auf die Mitgliederliste zuversichtlich, viele kenne ich persönlich. Aktuell sind wir daran, das Feld etwas zu öffnen und Vertretende von Organisationen mit jüngeren Mitgliedern zur Teilnahme einzuladen. Davon erhoffen wir uns weitere spannende Inputs.

Welche Themen beschäftigen das FMH-Forum Notfall aktuell?

In den vergangenen Monaten haben wir uns unter anderem mit dem Stroke-Management auseinandergesetzt sowie dem SWISSRECA, einem webbasierten, nationalen Herzstillstand-Langzeitregister, das erstmals prähospital mit klinischen Daten kombinieren soll. Beiträge kommen dabei jeweils von unseren Mitgliedern, aber auch geladenen Gästen, die dem Forum ihre Projekte vorstellen und die Türe für weitere Gespräche öffnen. In diesem Zusammenhang ist für kommende Sitzungen auch die End-of-Life-Thematik traktandiert. Als Notärztin oder Notarzt sieht man immer wieder ältere Patientinnen und Patienten, die keine oder nur eine unvollständige Patientenverfügung haben. Sogar in Alters- und Pflegeheimen fehlen solche Informationen gelegentlich. Dabei wäre es doch eigentlich äusserst wichtig und wünschenswert, den Letzten Willen des Patienten oder der Patientin zu kennen und zu erfüllen. Das ist ein Thema, welches zahlreiche Fachrichtungen involviert, und entsprechend birgt das FMH-Forum Notfall die Chance auf gewinnbringende Diskussionen und Erkenntnisse.

Welche Herausforderungen und Perspektiven sehen Sie für das Forum Notfall?

Bei der «Rettungskette» müssen wir ganz am Anfang ansetzen, bei den Laien. In anderen Ländern ist es Standard, dass an Schulen Reanimationsausbildungen durchgeführt werden. Dadurch, dass die Kinder zu Hause erzählen, was sie erlebt haben, entsteht ein effektiver und sehr wertvoller Skalierungseffekt. Davon wird in der Schweiz noch nicht optimal profitiert.

In anderen Ländern ist es Standard, dass an Schulen Reanimationsausbildungen durchgeführt werden.

Ausserdem sind die Schulen ein fast alternativloser Multiplikator, wenn wir wirklich langfristig und nachhaltig alle Schweizerinnen und Schweizer erreichen wollen. Das wird weltweit so gesehen, und wir wollen uns dafür einsetzen, dass sich auch in der Schweiz bald etwas positiv verändert. Weitere «Player» der Rettungskette, wie beispielsweise die «First Responder» sind schon besser etabliert, könnten aber auch im nationalen Kontext von den Pilot-Initiativen profitieren. Das Niveau des professionellen Rettungsdienstes und

des Notfallmanagements im klinischen Bereich ist in der Schweiz sehr hoch. Doch auch gerade diese Strukturen haben einen grossen interdisziplinären Background und profitieren sicher, wenn wir uns als Forum in Zukunft noch stärker mit ihnen auseinandersetzen und Vorschläge zur besseren Vernetzung und Optimierung erarbeiten.

Worauf freuen Sie sich in der Arbeit im Forum?

Der Austausch und die Zusammenarbeit mit engagierten Kolleginnen und Kollegen gefallen mir sehr; ich hoffe, später zu sehen, dass unser Wirken Früchte trägt

Der Austausch und die Zusammenarbeit mit engagierten Kolleginnen und Kollegen gefallen mir sehr.

und wir etwas initiieren können. Im föderalistischen Gesundheitssystem der Schweiz ist es nicht einfach, etwas zu bewegen. Ich würde mich sehr freuen, wenn wir es schaffen könnten, dank dieser interdisziplinären Zusammenarbeit Spuren zu hinterlassen. Konkret soll es auch ein Anliegen des Forums und der FMH sein, die interdisziplinäre Notfallmedizin mit einer einheitlichen und zeitgemässen Ausbildungsstruktur in die Curricula der schweizerischen Medizinischen Fakultäten zu integrieren. Hier hat die FMH bereits seit vielen Jahren den Anfang gemacht, indem sie das Mandat als Akkreditierungsinstanz für den Dienstarztkurs der SGNOR und das sogenannte Longitudinale Curriculum Notfallmedizin im Medizinstudium übernommen hat. Hierbei sollen prähospitalen Versorgungsziele und klinisches Notfallmanagement einheitlich und praxisnah für alle Medizinstudierenden vermittelt werden.

Die Notfallmedizin ist ein ideales Feld, um im Interesse der Patienten und Patientinnen, die am meisten auf eine schnelle und kompetente Hilfe angewiesen sind, von der Expertise der beteiligten Fachdisziplinen und der Optimierung der involvierten Versorgungsstrukturen und Schnittstellen profitieren zu können. Hier will das Forum Notfall sowohl dem ärztlichen Grundversorgenden als auch dem medizinischen Nachwuchs den Weg erleichtern.

Das Wichtigste zum FMH-Forum Notfall erfahren Sie im 2021 erschienenen Leitbild der FMH unter saez.ch/article/doi/saez.2021.19573

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Heinrich König (1921), † 12.12.2020,
Facharzt für Ophthalmologie,
3205 Gümmenen

Rolf Marc Anner (1943), † 1.1.2021,
1232 Conignon

Heinz Stefan Herzka (1935), † 14.2.2021,
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie, 8006 Zürich

François Clément (1929), † 5.7.2021,
Spécialiste en hématologie et Spécialiste
en médecine interne générale,
1005 Lausanne

Joseph Rossier (1935), † 6.7.2021,
Spécialiste en médecine interne générale,
3968 Veyras

Praxiseröffnungen / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

BE

Greta Frick, Fachärztin für Allgemeine Innere
Medizin, FMH, Elfenaueweg 11, 3006 Bern

VD

Maxime Grosclaude, Spécialiste
en médecine physique et réadaptation, FMH,
Chemin des Saules 4A, 1260 Nyon

Ärztegesellschaft des Kantons Bern

Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied
hat sich angemeldet:

Karin N. Sauter, Fachärztin für Pathologie,
FMH, Pathologie Länggasse, Worblental-
strasse 32 West, 3063 Ittigen

Einsprachen gegen dieses Vorhaben müssen
innerhalb 14 Tagen seit der Veröffentlichung
schriftlich und begründet bei den Co-Präsi-
denten des Ärztlichen Bezirksvereins Bern

Regio eingereicht werden. Nach Ablauf der
Frist entscheidet der Vorstand über die
Aufnahme der Gesuche und über allfällige
Einsprachen.

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft
Sektion Stadt haben sich gemeldet:

Le Phung Banh, Fachärztin für Gynäkologie
und Geburtshilfe, Frauenarztpraxis Grendel,
Grendelstrasse 21, 6004 Luzern

Maria Helfenstein, Fachärztin für Ophthalmo-
logie, FMH, ab 1.9.2021: Augenärzte Belvista,
Stadthausstrasse 1, 6003 Luzern

Andrea Katharina Müller, Fachärztin für
Chirurgie, ab 1.8.2021: Centramed Luzern,
Frankenstrasse 2, 6002 Luzern

Sebastian Zaremba, Facharzt für Neurologie,
Klinik für Schlafmedizin Luzern, Lützelmat-
strasse 3, 6006 Luzern

Einsprachen sind innert 20 Tagen nach der
Publikation schriftlich und begründet zu
richten an: Ärztegesellschaft des Kantons
Luzern, Schwanenplatz 7, 6004 Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft
Sektion Gäu hat sich gemeldet:

Stefan Görnitz, Praktischer Arzt,
Surenweidpraxis, Surenweidstrasse 1,
6208 Oberkirch

Einsprachen sind innert 20 Tagen nach der
Publikation schriftlich und begründet zu
richten an: Ärztegesellschaft des Kantons
Luzern, Schwanenplatz 7, 6004 Luzern

Ärztegesellschaft des Kantons Schwyz

Zur Aufnahme in die Ärztegesellschaft des
Kantons Schwyz haben sich angemeldet:

Monica Costache, Praktische Ärztin,
Übernahme Praxis Dr. Langer in Steinen
zum 1.9.2021

Thomas Degen, Facharzt für Allgemeine
Innere Medizin, FMH, Leitender Arzt Innere
Medizin am Spital Lachen

Michael Muffler, Facharzt für Allgemeine
Innere Medizin, FMH, ab Mitte Juli 2021
Ärztezentrum Reichenburg SZ

Valentina Petroulia, Fachärztin für Radiologie,
ab 1.8.2021 Stv. Chefärztin Röntgeninstitut
Schwyz

Einsprachen gegen diese Aufnahmen richten
Sie schriftlich innert 20 Tagen an
Dr. med. Uta Kliesch, Maria-Hilf-Strasse 9,
6430 Schwyz, oder per Mail an
uta.kliesch[at]hin.ch

Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des Kantons Solothurn

Zur Aufnahme als ordentliche Mitglieder
haben sich angemeldet:

Kristina Affolter, Fachärztin für Allgemeine
Innere Medizin und Fachärztin für Pneumo-
logie, FMH, Kantonsspital Olten, Pneumo-
logie, Baslerstr. 150, 4600 Olten

Christine Azar, Fachärztin für Psychiatrie und
Psychotherapie, FMH, Solopsy, Werkhofstr. 2,
4500 Solothurn

Marc Fischer, Facharzt für Allgemeine Innere
Medizin und Facharzt für Kardiologie, FMH,
Herzpraxis Olten, Tannwaldstr. 2, 4600 Olten

Mahire Krüger, Fachärztin für Gynäkologie
und Geburtshilfe, Gesundheitszentrum
Monvia, Frohburgstr. 4, 4600 Olten

Ulrich Lachmund, Facharzt für Ophthalmo-
logie und Facharzt für Radiologie, FMH,
Augenzentrum Oensingen, Sternenweg 16,
4702 Oensingen

Stephan Ness, Facharzt für Anästhesiologie,
FMH, rentanesth AG, Bahnhofstr. 17,
5000 Aarau

Andreas Weinberger, Facharzt für Ophthalmologie, FMH, Pallas Kliniken AG, Louis-Giroud-Str. 20, 4600 Olten

Markus Wopmann, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, FMH, MediService AG, Ausserfeldweg 1, 4528 Zuchwil

Einsprachen gegen diese Aufnahmen sind innerhalb 14 Tagen nach der Publikation schriftlich und begründet bei den Co-Präsidenten der Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des Kantons Solothurn, GAESO, Postfach 332, 4502 Solothurn, einzureichen.

Ärztegesellschaft Thurgau

Die Ärztegesellschaft Thurgau informiert über folgende Neuanmeldungen:

Eva-Maria-Charlotte Falkenberg, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Sonnenstrasse 9a, 8572 Berg

Peter Frischknecht,
Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,
Poststrasse 28, 9220 Bischofszell

Nazmi Krasniqi, Facharzt für Kardiologie,
FMH, Katzenrütistrasse 81A, 8153 Rümlang

Regina Maria Paula Kugler, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Wiesental 21, 9312 Häggenschwil

Aktuelle Themen auf unserer Website

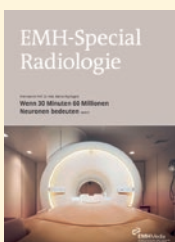
www.saez.ch → Tour d'horizon



Interview mit Prof. Dr. med. Maria Wertli, Präsidentin Qualitätskommission der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM)

Qualitätsindikatoren – Nutzen und Grenzen

Die Qualitätskommission der SGAIM präsentiert erstmals die neuen Qualitätsindikatoren für die stationäre Behandlung.



Editorial von Sandra Ziegler, Geschäftsführerin EMH Schweizerischer Ärzteverlag

EMH-Special: eine neue Publikationsreihe

Spannende Berichte, wertvolle Inputs für den Praxisalltag und Erfahrungsaustausch – dies sind die wichtigsten Eckpunkte der neuen Publikationsreihe «EMH-Special».



In memoriam Friedrich Paul Magerl (1931–2020)



Das Leben von Friedrich Magerl, ein weites Feld: es reicht von den Kriegs-Schrecknissen der Jugendjahre in der Steiermark bis zum weltbekannten Halswirbelsäulen-Chirurgen des 20. Jahrhunderts, dem zu Ehren die Cervical Spine Society 1989 ihren 6. Jahreskongress in St.Gallen ausrichtete. Friedrich Magerl hat mit neuen Ideen die Wirbelsäulenchirurgie entschieden bereichert.

Die Grundfeste der Medizin, die Anatomie! Nur wenn einer gleichsam profunder Insider der Anatomie der Wirbelsäule ist, darf er sich überhaupt wagen, mit Skalpell und Implantat heilen zu wollen. Das Risiko der iatrogenen Schädigung liegt hier so nah wie sonst nirgends in der Orthopädie. Die plastische Vorstellung des Bewegungsapparates muss Magerl beim Anatomen Hafferl in Graz gelernt haben. Vor 50 Jahren – die orthopädische Chirurgie wurde neu definiert – war «Rigid Fixation» das Credo der Mitglieder der AO. Die Stabilisierung der aus dem Lot gefallenen Wirbelsäule war das therapeutische Ziel der wenigen Wirbelsäulenchirurgen, die sich zur AO-Spine formierten. Magerl verschob die Grenze des Machbaren mit der Translaminaären Verschraubung und der Dens-Verschraubung. Diese Eingriffe verlangen ein absolut sicheres 3-D-Navigieren der eigenen Hände. Den an den Extremitäten bekannten Fixateur externe hat er in die Wirbelbögen

und -körper eingesetzt und damit die Ära der winkelstabilen Implantate am Achsenorgan miteingeleitet. Im OP war unser Lehrer Friedrich Magerl in seinem Element und als Instruktor für Dutzende internationaler Gäste in St.Gallen ein nicht ermüdender Diskutant. Es verging kaum ein Tag, an dem nicht ein Fellow an einer Operation des Staroperateurs – nein – einer allürenfreien chirurgischen Koryphäe teilnahm und Expertenwissen in die weite Welt mitnahm.

Im Gegenzug kamen Patienten von überall her nach St.Gallen, zu Friedrich Magerl. Seine berühmteste Patientin war Fürstin Therese von Schwarzenberg. In ihrem Buch *Mein Weg zurück ins Leben* (Heyne 1996) heisst es: «Auf dem Programm stand der Flug nach St.Gallen: ihn müsste ich überleben, denn dort sollte ich von Prof. Magerl operiert werden.» Dazu ihr Operateur: «Und es wurde ein Erfolg: ... und ich hoffe, dass Frau von Schwarzenberg das schwere Schicksal einer motorischen Tetraplegie erspart bleibt.»

Als hausberufener Nachfolger von B. G. Weber war ab 1987 Friedrich Magerl unser Chef am Kantonsspital St.Gallen: Immer sachorientiert, manchmal kantig, niemals bissig, um Ausgleich bestrebt, wohl gelegentlich auch missverstanden, lieber im Op. als ausserhalb, mehr arbeitend als schreibend, dem aufkommenden Digitalzeitalter aufgeschlossen gegenüber. Dieser Chefarzt hat sich der Grenzüberschreitung durch die chirurgische Nachbardisziplin am KSSG und damit dem Zerfall der (Traditions-)Klinik für Orthopädische Chirurgie 1990 mutig entgegengestellt. Seine Nachfolger profitieren noch heute davon.

Nach seinem Rücktritt 1994 hat er nicht ruhen können und sein Wissen in eine Firma eingebracht, die mit neuen Materialien einen Innovations Schub auf dem Gebiet der Implantatologie für die Wirbelsäule ausgelöst hat.

Friedrich Magerl hat das Tor für die rasante Entwicklung der Wirbelsäulenchirurgie vor 50 Jahren mit aufgestossen. Wo auch immer er stand, haben seine markante Erscheinung und sein Votum Respekt hervorgerufen, ohne Heischen nach lautem Applaus.

Dank rufen ihm seine Schüler und Weggefährten vom ganzen Globus nach.

Prof. Dr. med. Peter Engelhardt

Bildnachweis
Bernhard Jeanneret

Prof. Dr. med.
Peter Engelhardt
SVA Aargau
Invalidenversicherung
Bahnhofplatz 3c
CH-5001 Aarau
peter.engelhardt[at]sva-ag.ch

smarter medicine: «Top-5-Liste» für Pädiatrie

Trägerschaft «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland» und pädiatrie schweiz

Ziel der Medizin ist es, dem Patienten eine qualitativ hochwertige Versorgung zu bieten sowie unnötige und sogar gefährliche Untersuchungen und Behandlungen zu vermeiden. Aus diesem Grund hat sich auch pädiatrie schweiz dem Trägerverein «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland» angeschlossen. Dieser wird nicht nur von medizinischen fach- und berufsständischen Organisationen, sondern auch von Patienten- und Konsumentenorganisationen getragen und will das Bewusstsein für die Problematik der Über- oder Fehlversorgung sensibilisieren.

Als Fachgesellschaft hat pädiatrie schweiz eine entsprechende «Top-5-Liste» erarbeitet mit fünf medizinischen Massnahmen, die in der Regel unnötig sind und aufgrund von Nebenwirkungen schädlich sein können. Kinder- und Allgemeinärzte und -ärztinnen sowie Patientinnen und Patienten sollten bei diesen Empfehlungen miteinander im Sinne einer *shared decision making* besprechen, ob nicht besser auf diese Massnahmen verzichtet werden sollte, weil sie mit Risiken oder Nebenwirkungen verbunden sind und ein Nutzen gemäss der heutigen Evidenz nicht gegeben ist. Die allgemeine Botschaft ist, dass mehr nicht immer besser ist (*more is not always better*).

Fünf Empfehlungen

Unsere Liste beinhaltet fünf Empfehlungen für die Behandlung von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen, welche sowohl in der ambulanten wie auch stationären Medizin relativ häufig und gut umsetzbar sind sowie von allen Kinder- und Jugendärzten und -ärztinnen in der Schweiz in einer Umfrage als wichtig mit einem hohen Potenzial für vermeidbaren Schaden erachtet wurden.

pädiatrie schweiz ist der Ansicht, dass mit der vorhandenen Top-5-Liste ein wichtiger Schritt zur Implementierung der Initiative smarter medicine für die Kinderärzte und -ärztinnen erarbeitet wurde.

Die Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie empfiehlt, folgende fünf Interventionen in der Pädiatrie zu vermeiden:

Die Kampagne «smarter medicine»

Der Trägerverein «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland», der nebst medizinischen Fach- und Berufsorganisationen auch von Patienten- und Konsumentenorganisationen unterstützt wird, möchte die Öffentlichkeit für die Themen der Fehl- und Überversorgung sensibilisieren. Der Verein knüpft an die erfolgreiche amerikanische Initiative «Choosing Wisely» an, die zum Ziel hat, nicht nur «kluge Entscheidungen» herbeizuführen, sondern auch die offene Diskussion zwischen Ärzteschaft, Patientinnen und Patienten sowie der Öffentlichkeit zu fördern. In den nächsten Monaten werden weitere medizinische Fachgesellschaften sogenannte Top-5-Listen mit unnützen Behandlungen in ihrem Fachbereich publizieren. Die jeweiligen Empfehlungen sind auch in einer für Laien verständlichen Sprache verfügbar, um gemeinsame Entscheidungen zu unterstützen. Weitere Informationen zum Trägerverein und eine Übersicht über die bestehenden Top-5-Listen sind zu finden unter www.smartermedicine.ch.

1. Starten Sie bei leicht bis mässig dehydrierten Kindern nicht eine intravenöse Therapie, bevor eine orale Rehydrierung versucht worden ist.

Die enterale Rehydrierung per os oder via Magensonde mit einer oralen Elektrolytlösung ist ebenso wirksam wie die intravenöse Rehydrierung und mit weniger schwerwiegenden Nebenwirkungen assoziiert. In vielen hochentwickelten Ländern kann bei leichter Dehydratation die Verwendung von verdünntem Apfelsaft oder anderen vom Kind bevorzugten Flüssigkeiten (zum Beispiel Muttermilch) eine geeignete Alternative zu Elektrolytlösungen sein. Die erfolgreiche Platzierung eines venösen Zugangs ist bei dehydrierten Kindern häufig schwierig und kann mehrere Versuche erfordern, was die Rehydrierung zusätzlich verzögert. In einigen Übersichtsarbeiten liegt die Häufigkeit des Versagens der enteralen Rehydrierung bei Kindern mit Durchfall und Erbrechen bei 5%, bei alleinigem Durchfall sogar niedriger.

2. Behandeln Sie eine akute Otitis media bei Kindern nicht routinemässig mit einem Antibiotikum.

Vermeiden Sie den routinemässigen Einsatz von Antibiotika bei unkomplizierter akuter Otitis media (Mit-



telohrentzündung) bei Kindern über 6 Monaten, da eine akute Otitis media in der Regel die Folge einer viralen Infektion der oberen Atemwege ist. Eine klinische Neubeurteilung nach 24 bis 48 Stunden unter adäquater analgetischer Therapie ist empfohlen. In den meisten Fällen kommt es zu einer spontanen Besserung der Symptome und schwere Komplikationen sind selten. Der Einsatz von Antibiotika kann resistente Bakterien fördern und Nebenwirkungen verursachen, verhindert schwere Komplikationen aber nicht.

3. Verwenden Sie keine Hustenmedikamente bei Kindern.

Husten ist im Allgemeinen ein normaler Abwehrmechanismus des Körpers. Es wurde gezeigt, dass sowohl chemische wie pflanzliche Hustenmedikamente gegen Erkältungen nicht wirksam sind und potenziell schwerwiegende Nebenwirkungen haben können. Viele Produkte enthalten mehr als einen Inhaltsstoff, was das Risiko einer Überdosierung erhöht, vor allem wenn sie mit anderen Medikamenten kombiniert werden.

4. Verwenden Sie bei Säuglingen mit Bronchiolitis nicht routinemässig Steroide oder Bronchodilatoren.

Systemische oder inhalative Steroide haben weder einen positiven Effekt auf die Hospitalisationsrate noch auf die Dauer des Krankenhausaufenthalts bei Säuglingen mit Bronchiolitis.

Zudem zeigt die Evidenz, dass Bronchodilatoren wie Salbutamol bei Säuglingen mit Bronchiolitis weder die Sauerstoffsättigung verbessern, die Krankenhauseinweisungen oder die Dauer des Krankenhausaufenthalts reduzieren noch die Zeit bis zum Abklingen der Erkrankung verkürzen. Salbutamol kann unerwünschte Nebenwirkungen wie Tachykardie, Verschlechterung der Sauerstoffsättigung und Tremor verursachen.

5. Verwenden Sie Säureblocker nicht routinemässig zur Behandlung des gastroösophagealen Reflux bei Säuglingen.

Gastroösophagealer Reflux (GÖR) ist ein physiologischer Prozess und erfordert bei Säuglingen keine Behandlung mit Säureblockern. Die Säuresuppression verbessert weder unspezifische Symptome wie exzessives Schreien noch Aufstossen/Spucken. Der Einsatz von Säureblockern wie Protonenpumpeninhibitoren (PPI) und H₂-Rezeptorantagonisten kann zu Nebenwirkungen wie häufigeren Infektionen der unteren Atemwege, Veränderungen der Darmflora oder verzögerter Magenentleerung führen und ist mit einer verminderten Knochenmineralisierung verbunden.

Wenn der Rückfluss von Mageninhalt den Alltag beeinträchtigende Symptome verursacht oder zu Komplikationen führt, liegt eine gastroösophageale Refluxkrankheit (GERD) vor. Ein Therapieversuch mit PPI sollte bei Säuglingen nicht als diagnostischer Test für GERD verwendet werden.

Weiterführende Informationen: Eine ausführliche Literaturliste ist unter www.smartermedicine.ch verfügbar.

Zur Entstehung dieser Liste

Im November 2018 wurde die Arbeitsgruppe (AG) Choosing Wisely (CW) von pädiatrie schweiz (Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie) aus Vertretern der stationären und ambulanten Kinder- und Jugendmedizin gegründet. Die AG hatte in einem ersten Schritt die bereits vorhandenen pädiatrischen CW-Listen aus anderen Ländern zusammengetragen, beurteilt, redigiert, ergänzt und daraus eine erste Liste mit 65 Items erstellt. Diese wurden hinsichtlich ihrer Evidenz sowie ihrer Anwendbarkeit oder Relevanz in der Schweiz geprüft.

In einem nächsten Schritt erfolgte eine erste Delphi-Umfrage mittels SurveyMonkey betreffend der Häufigkeit, Relevanz und Anwendbarkeit innerhalb der AG sowie erweitert bei Vertretern der verschiedensten Interessensgruppen und pädiatrischen Spezialisten. Dabei wurden jeweils zu den drei Fragen eine 7-Punkte-Likert-Skala angewandt. Zusätzlich bestand die Option, neue Items hinzuzufügen. Basierend auf den Antworten wurde die Liste statistisch ausgewertet und hinsichtlich der Häufigkeit überarbeitet (Mean value, Standard deviation, Interquartile Range, Median), woraus eine zweite Liste mit 42 Items resultierte.

In der Folge wurden die Mitglieder von pädiatrie schweiz (ordentliche Mitglieder, Assistenten Mitglieder) in einer zweiten Delphi-Umfrage angeschrieben und aufgefordert, sich mittels der 7-Punkte-Likert-Skala zur Erfassung der Relevanz zu den einzelnen

Items zu äussern. Ziel war dabei, die Top-5-Liste von Beginn an möglichst breit bei den Kinderärzten abzustützen. Zudem wurde erfragt, ob die Formulierung klar und verständlich war. Zu jedem Item konnte ein Kommentar abgegeben werden. Nach statistischer Auswertung der Antworten sowie der Kommentare wurde eine dritte Liste mit 19 Items erstellt.

Für die finale Top-5-Liste wurden schliesslich durch die AG vier Items aus der dritten und ein Item aus der zweiten Liste ausgewählt. Letzteres auch deswegen, weil dieses Item für die AG eine hohe praktische Relevanz hat und sehr gut zur smarter medicine Kampagne passt. Darüber hinaus sind auch Aspekte zur Umsetzung und Überprüfbarkeit der Massnahmen in die Erstellung der Top-5-Liste eingeflossen. Diese erste schweizerische pädiatrische Top-5-Liste betrifft nun sowohl die Praxis- wie die Spitalpädiatrie und beinhaltet vor allem therapeutische Aspekte im Sinne von *do not harm*.

Die finalisierte Liste wurde durch den Vorstand von pädiatrie schweiz überprüft. Nach Diskussionen und Rückmeldungen aus dem Vorstand nahm die AG eine Neubeurteilung des Items zur Bronchiolitis vor und ersetzte das ursprünglich nur knapp gewählte Item «Diagnostik bei Bronchiolitis» einstimmig durch das Item «Therapie bei Bronchiolitis». Diese nun finalisierte Top-5-Liste enthält Empfehlungen, deren Anwendung im Einzelfall zu überprüfen ist.

Bildnachweis

Jenna Norman / Unsplash

Literatur

Eine umfassende Bibliografie ist zu finden unter www.smartermedicine.ch

Arbeitsgruppe Choosing Wisely pädiatrie schweiz

Dr. med. Corinne Wyder
Dr. med. Dominique Gut
Prof. Dr. med. Gian Paolo Ramelli
Prof. Dr. med. Roland Ammann
Dr. med. Gérald Berthet
Dr. sc. Ermindo Di Paolo, PhD
Prof. Dr. med. Mario Gheri
Dr. med. Benedikt Huber
Dr. med. Sara Schnyder
Dr. med. Marc Sidler

Das Wichtigste in Kürze

- Die Fachgesellschaft pädiatrie schweiz hat im Rahmen der Kampagne «smarter medicine» fünf Massnahmen definiert, auf die Kinder- und Jugendärzte in Absprache mit ihren Patientinnen und Patienten in der Regel verzichten können.
- Die fünf Interventionen, darunter etwa der routinemässige Einsatz von Antibiotika bei unkomplizierter akuter Otitis media, nützen den Patientinnen und Patienten nicht, haben aber unerwünschte Nebenwirkungen.
- Die Empfehlungen sind auch in einer für Laien verständlichen Sprache verfügbar, damit der Dialog zwischen Ärzteschaft, Patientinnen und Patienten sowie der Öffentlichkeit gefördert wird.

Trägerverein
smartermedicine
c/o SGAIM
Monbijoustrasse 43
CH-3001 Bern
smartermedicine[at]
sgaim.ch

Hohe Prävalenz von Hepatitis C bei der Geburtenkohorte 1950–1985

Warum wir an die Italiener denken sollten

Bettina Maeschli^a, Erminia Gagliotta^a, Philip Bruggmann^{a,b}

^a Hepatitis Schweiz, Zürich; ^b Arud Zentrum für Suchtmedizin, Zürich

Italienerinnen und Italiener in der Schweiz, die über 60 Jahre alt sind, sind besonders häufig von Hepatitis C betroffen. Angesteckt haben sie sich meist in den 50er und 60er Jahren im paramedizinischen Setting in ihrem Heimatland. Da eine chronische Hepatitis C heute unkompliziert heilbar ist, lohnt sich der Test bei dieser Bevölkerungsgruppe.

L.F. ist als junger Mann aus Sizilien in die Schweiz gezogen. Bei einem ärztlichen Routine-Check-up im Jahr 2006 wird bei ihm Hepatitis C diagnostiziert. Die Diagnose erreicht ihn völlig unvorbereitet, da er keinerlei Beschwerden hat. Neben den regelmässigen Kontrollen, bestehend aus Abdomensonografie, Fibroscan und Bluttest schlagen ihm die Ärzte eine Therapie mit Interferon vor, die er aber aufgrund der belastenden Nebenwirkungen und des asymptomatischen Verlaufs seiner Krankheit ablehnt. Erst 2020 unterzieht sich der Patient einer Therapie. Diesmal mit den seit wenigen Jahren neu zugelassenen antiviralen Medikamenten. Die Therapie sieht die Einnahme einer einzigen Tablette pro Tag vor, dauert gesamthaft 84 Tage und weist praktisch keine Begleiterscheinung auf. L.F. ist bereits unter Therapie virenfrei und bleibt es bis heute. Mit der Heilung von Hepatitis C konnte bei ihm zu seiner grossen Erleichterung das Risiko für Folgeerkrankungen beseitigt werden.

Italiener vier Mal häufiger betroffen

Die Geschichte des heute 76-jährigen Südtalieners ist nicht untypisch. In der Schweiz leben ungefähr 32 000 Menschen mit Hepatitis C. Laut einer Auswertung der Daten in der schweizerischen Hepatitis-C-Kohorte und dem obligatorischen Meldewesen des Bundesamtes für Gesundheit BAG sind in Italien geborene Menschen über 60, die in der Schweiz wohnen, fast vier Mal häufiger von Hepatitis C betroffen als der Rest der Schweizer Bevölkerung [1].

Der Hintergrund sind Vitaminkuren und andere paramedizinische Praktiken in Süditalien in den 50er und 60er Jahren. Wenig geschultes Personal hat damals

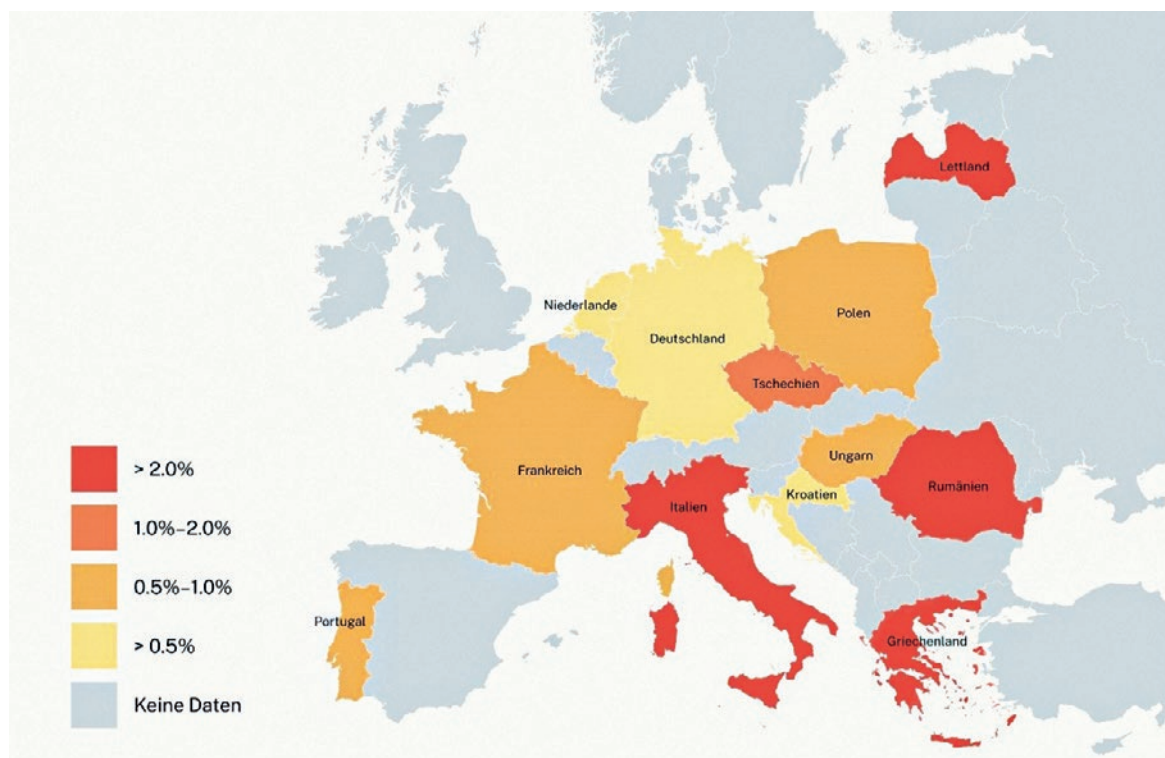
in italienischen Dörfern die ganze Bevölkerung mit Injektionen behandelt, wobei nicht selten dieselben, ungenügend sterilisierten Glasspritzen benutzt wurden [2–4].

Hepatitis C ist heute heilbar

In den letzten Jahren wurde die Hepatitis-C-Therapie revolutioniert. Lange waren interferonbasierte Therapien kombiniert mit Ribavirin die einzige Behandlungsmöglichkeit für eine chronische Hepatitis-C-Infektion. Da diese Therapien langwierig waren, bis zu einem Jahr oder länger dauerten und teilweise sehr schwere Nebenwirkungen nach sich zogen, wurden nur Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittenen Leberschäden behandelt.

2014 kamen die ersten Direct Acting Antivirals Agents (DAAs) auf den Markt. Zuerst mussten diese noch zusammen mit Interferon verabreicht werden. Heute sind Kombinationstherapien Standard, die ohne Interferon auskommen. Eingenommen werden eine oder drei Tabletten pro Tag, während acht oder zwölf Wochen. Die Heilungsraten betragen über 96 Prozent.

Mit den neuen Therapien haben sich auch die Behandlungsempfehlungen geändert: Heute sollte allen chronisch mit Hepatitis C Infizierten eine Therapie angeboten werden [5]. Eine Hepatitis-C-Infektion schreitet über Jahre und Jahrzehnte meist nur langsam voran und führt in 5 bis 20 Prozent der Fälle zu einer Leberzirrhose. 2–4 Prozent der Patientinnen und Patienten mit einer Zirrhose entwickeln pro Jahr ein hepatozelluläres Karzinom (HCC). Hepatitis C ist auch heute noch eine der häufigsten Ursachen für HCC sowie ein häufiger Grund für Lebertransplantationen. Einerseits kön-



Hepatitis-C-Prävalenz in Europa (adaptiert von: ECDC Technical Report: Prevention of hepatitis B and C in the EU/EEA and the UK, November 2020 – Copyright Hepatitis Schweiz).

nen dank der neuen hocheffizienten Behandlungsmöglichkeiten Leberkrebs und Transplantationen verhindert werden, andererseits verursacht Hepatitis C eine Vielzahl weiterer Erkrankungen ausserhalb der Leber, die mit einer rechtzeitigen Therapie verhindert werden können. Dazu gehören etwa Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Lymphome. Zudem klagt ein grosser Teil der Patientinnen und Patienten über starke Müdigkeit, die in einigen Fällen auch zur Arbeitsunfähigkeit führen kann [6].

Behandlung auch in der Hausarztpraxis

Auch aus Public-Health-Sicht ist es angezeigt, eine chronische Hepatitis C, die wie im Falle von L.F. oft asymptomatisch ist oder ohne spezifische Symptome begleitet wird, zu diagnostizieren und zu behandeln. Dank der Therapien und dank der nur wenigen Neuanssteckungen wäre es heute möglich, Hepatitis C zu eliminieren.

Die DAAs können heute nur von Spezialistinnen und Spezialisten (Infektiologen, Gastroenterologen oder Suchtmediziner mit Erfahrung in der Behandlung einer Hepatitis C) verschrieben werden. Da die Therapien aber unkompliziert sind, können Hausärzte über das Projekt HepCare (www.hepcare.ch) ihre Patientinnen und Patienten selber therapieren.

Beim Testen sollten wir, wie das Beispiel von L.F. zeigt, an die älteren Italienerinnen und Italiener denken, die in den 50er und 60er Jahren zu uns kamen. Erhebungen, die in den 1990er Jahren durchgeführt wurden, ergaben Prävalenzraten von bis zu zwölf Prozent für Hepatitis-C-Antikörper in einzelnen süditalienischen Dörfern [2]. An dieser Last trägt das Land bis heute: Der letzte Bericht des European Center for Disease Control schätzt die Prävalenz von Hepatitis C in der Allgemeinbevölkerung in Italien auf 3,9% [7] und damit eine der höchsten in Europa (vgl. Abbildung «Hepatitis-C-Prävalenz in Europa»).

Antikörpertest beim Check-up

Neben den Italienerinnen und Italienern sind auch Einwanderer aus Spanien und Portugal und aus Balkanländern überdurchschnittlich häufig von Hepatitis C betroffen [1]. Personen dieser Gruppen haben sich in vielen Fällen im medizinischen Bereich angesteckt. Als Hauptübertragungsrisiko in der übrigen Bevölkerung ist vor allem der intravenöse Konsum von Drogen zu nennen. Darunter sind auch Personen, die in der Vergangenheit kurz mit Drogen experimentiert und sich so angesteckt haben. Weiter gehören auch Bluttransfusionen und (zahn-)medizinische Eingriffe vor den 1990er Jahren zu den Risiken. Auch unhygienisch

angebrachte Tattoos oder Piercings können zu Ansteckungen führen. Bei der allgemeinen Bevölkerung gibt es eine klare Altersverteilung bei den nachgewiesenen Infektionen: Die Geburtenkohorte 1950–1985 macht drei Viertel der Betroffenen aus [8].

Es lohnt sich also, zum Beispiel im Rahmen von Check-ups, einen HCV-Antikörpertest bei der Geburtenkohorte 1950–1985 oder bei Personen mit aktuellem oder Drogenkonsum in der Vergangenheit vorzuschlagen. Idealerweise wird beim Laborauftrag für die Antikörperbestimmung für den Fall eines positiven Resultates gleich eine HCV-RNA-Determinierung angefordert.

Wir sollten an die älteren Italienerinnen und Italiener denken, wenn es um Hepatitis C geht. Angesichts der einfachen Diagnosestellung und unkomplizierten Behandlung mit hohen Erfolgsaussichten ist es sinnvoll, dass sich Erstgenerationsmigranten aus Italien sowie die oben erwähnten Bevölkerungsgruppen mindestens einmal im Leben auf Hepatitis C testen lassen, um sie im positiven Fall behandeln zu können.

Die Schweizer Hepatitis-Strategie

Der Verein Hepatitis Schweiz koordiniert die Schweizer Hepatitis-Strategie, ein Netzwerk von über 80 freiwilligen Expertinnen und Experten in der ganzen Schweiz, das Hepatitis B und C bis 2030 eliminieren möchte. Dieses Ziel hat auch die Weltgesundheitsorganisation WHO auf globaler Ebene gesetzt. Die Elimination ist realistisch: Eine wirksame Impfung schützt gegen eine Hepatitis-B-Infektion. Hepatitis C kann heute dank den effizienten Therapien fast immer geheilt werden. Nach wie vor sind jedoch zu viele Betroffene noch nicht diagnostiziert und behandelt. Um die Eliminationsziele zu erreichen, gilt es, mehr Menschen zu diagnostizieren und zu behandeln.

Weitere Informationen: www.hepatitis-schweiz.ch; www.hepcare.ch (Grundversorger behandeln Hepatitis C).

Literatur

- 1 Bertisch B, Giudici F, Negro F, Moradpour D, Müllhaupt B, Moriggia A, et al. Characteristics of Foreign-Born Persons in the Swiss Hepatitis C Cohort Study: Implications for Screening Recommendations. *PLOS ONE* 11(5): e0155464.
- 2 Guadagnino V, Stroffolini T, Rapicetta M, Costantino A, Kondili LA, Menniti-Ippolito F, et al. Prevalence, risk factors, and genotype distribution of hepatitis C virus infection in the general population: a community-based survey in southern Italy. *Hepatology*. 1997;26:1006–11.
- 3 Andriulli A, Stroffolini T, Mariano A, Valvano MR, Grattagliano, Ippolito AM, et al. Declining prevalence and increasing awareness of hepatitis C virus infection in Italy: a population-based survey. *Eur J Intern Med*. 2018;53:79–84.
- 4 Kondili LA, Gamkrelidze I, Blach S, Marcellusi A, Galli M, Petta S, et al. Optimization of hepatitis C virus screening strategies by birth cohort in Italy. *Liver Int*. 2020;40:1545–55.
- 5 Swiss Association for the Liver SASL, Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie SGG und Schweizerische Gesellschaft für Infektiologie SGINF. Update Expert Opinion Statement: Treatment of Chronic Hepatitis C, Januar 2021.
- 6 Sarkar S, Jiang Z, Evon DM, Wahed AS, Hoofnagle JH. Fatigue before, during and after antiviral therapy of chronic hepatitis C: results from the Virahep-C study. *J Hepatol*. 2012;57(5):946–52.
- 7 ECDC Technical Report: Prevention of hepatitis B and C in the EU/EEA and the UK, November 2020.
- 8 Bruggmann P, Richard J-L, on behalf of the Swiss Hepatitis C Cohort Study Group. Birth year distribution in reported hepatitis C cases in Switzerland. *European Journal of Public Health*. 2015 (Feb); 25(1):141–3.

Das Wichtigste in Kürze

- In Italien geborene Menschen über 60, die in der Schweiz wohnen, fast vier Mal häufiger von Hepatitis C betroffen als der Rest der Schweizer Bevölkerung.
- Heute sollte allen chronisch mit Hepatitis C Infizierten eine Therapie angeboten werden.
- Heute sind Kombinationstherapien Standard, die ohne Interferon auskommen.
- Hausärztinnen, Hausärzte können über das Projekt HepCare (www.hepcare.ch) ihre Patientinnen und Patienten selber therapieren.

Lic. phil. Bettina Maeschli
Hepatitis Schweiz
Schützengasse 31
CH-8001 Zürich
Tel. 058 360 50 31
[bettina.maeschli\[at\]
hepatitis-schweiz.ch](mailto:bettina.maeschli[at]hepatitis-schweiz.ch)

Jahresbericht 2020 der EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG

Zwischen Pandemie und unternehmerischem Aufbruch

Hans Kurt^a, Sandra Ziegler^b

^a Dr. med., Präsident des Verwaltungsrats EMH; ^b Dr. phil. II, Geschäftsführerin EMH

Die weltweite COVID-19-Pandemie und die verhängten Massnahmen zu deren Eindämmung gingen nicht spurlos an der EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG vorbei. Der Printwerbemarkt und der Stellenmarkt brachen wegen der wirtschaftlichen Folgen der Pandemie ein. Dank den im März umgehend eingeführten Sparmassnahmen konnte aber diesen COVID-Effekten erfolgreich begegnet werden. So ist es EMH im Berichtsjahr 2020 gelungen, ein positives Resultat vor Steuern (EBIT) von CHF 677293 zu erzielen, das sogar leicht über dem Niveau des Vorjahres liegt. Dies, obwohl der Umsatz gegenüber dem Vorjahr um 17,3% tiefer war. Aber nicht nur die finanziellen Folgen der Pandemie beschäftigten das Unternehmen, sondern auch die Konsequenzen für das Personal. Innert Kürze mussten sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die sonst im Team zu arbeiten gewohnt waren, auf Homeoffice umstellen. Sitzungen fanden nur noch virtuell statt, und dies in einer Phase der Veränderung im Unternehmen.

Konkurs des langjährigen Produktionspartners

Geprägt wurde 2020 aber auch durch den Konkurs der Medienmacher AG im Januar. Dadurch verlor EMH ihren langjährigen Produktionspartner sowohl im Druck- als auch im digitalen Bereich. Mit der Vogt-Schild Druck AG und der snowflake productions gmbh konnte EMH noch im Januar zwei versierte Partner gewinnen, die halfen, die termingerechte und qualitativ hochstehende Herausgabe der Zeitschriften sicherzustellen. Einige Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Medienmacher AG konnten in die EMH übernommen werden. Trotz dieser Herausforderungen blickt

EMH zuversichtlich in die Zukunft. Dies hat drei Gründe. Zum einen hat EMH in einem vertieften Strategieprozess die Eckpfeiler für die Entwicklung und den zu-



EMH hat in einem Strategieprozess die Eckpfeiler für die Entwicklung des Unternehmens erarbeitet. Fünf Handlungsfelder definieren über die nächsten Jahre die Prioritäten.

künftigen Erfolg des Unternehmens erarbeitet und das Vorgehen bestimmt, wie die neuen strategischen Ziele zu erreichen sind. Fünf Handlungsfelder in den Bereichen Communitys, Business Case, Angebotsentwicklung, Kommerzialisierung, Unternehmenskultur und Organisation definieren über die nächsten Jahre die Prioritäten im Unternehmen.

Personelle Wechsel

Mit der Verabschiedung der Strategie durch den Verwaltungsrat kam es auch zu einer Neuorganisation in der EMH-Geschäftsleitung. Dr. med. Natalie Marty,



Im vergangenen Jahr kam es sowohl auf Ebene der Geschäftsleitung als auch im Verwaltungsrat zu personellen Wechseln.

langjährige Publizistische Leiterin und Geschäftsleitungsmitglied, wechselte in die Rolle eines Consultant medical publishing and open access. Wir sind froh, bleibt Natalie Marty EMH so weiter verbunden und können wir nach wie vor von ihrer grossen publizistischen Erfahrung profitieren. Sie

war seit der Gründung von EMH mit dem Verlag verbunden. Wir danken ihr ganz herzlich für ihr langjähriges Engagement für den Schweizerischen Ärzteverlag.

Neu in der Geschäftsleitung vertreten sind Alexander Däppen, Leiter Marketing, und Martin Fux, Leiter Digital & Business Development. Matthias Scholer, der als Chefredaktor der *Schweizerischen Ärztezeitung* bereits Mitglied der Geschäftsleitung war, übernimmt neu die Aufgaben des Leitenden Chefredaktors und ist in dieser Funktion für alle EMH-Zeitschriften zuständig. Daneben kam es auch zu einer Veränderung im EMH-Verwaltungsrat. Anstelle des Ende 2019 zurückgetretenen Michael Dübli wurde neu Peter Riva als Vertreter der Petri Holding AG in den Verwaltungsrat gewählt.

Digitalisierung verstärkt

Zuversicht schöpfen wir aus der Tatsache, dass wir trotz der Krise auf zukunftsweisende Projekte gesetzt haben und diese erfolgreich umsetzen konnten. So haben wir während der Pandemie vorwiegend Digitalisierungsprojekte forciert. Das im letzten Jahr eingeführte neue Redaktionssystem Xpublisher verschlankt und vereinheitlicht die Publikationsprozesse im Verlag; neue, vorwiegend digitale Angebote erhöhen unsere Attraktivität bei den Werbekunden; und Aktivitäten im Bereich Sales Performance begleiten die Transition vom Verlagshaus zum Medienunternehmen.

Starkes Team

Und schliesslich sehen wir dank den Menschen im Unternehmen hoffnungsvoll in die Zukunft. Es erfüllt uns mit Stolz und Dankbarkeit, wie unsere Mitarbeitenden die grossen Herausforderungen durch die

Pandemie mit viel Einsatz, Kreativität, Solidarität und Optimismus meistern. Sie sind es auch, die den herausfordernden Strategieprozess mitgetragen haben und nun umsetzen. Wir danken allen für ihren intensiven Einsatz. Dem Verwaltungsrat ist es aber auch ein Anliegen, der Geschäftsleitung, die sich 2020 durch ein starkes Krisenmanagement und eine weitsichtige Unternehmensführung ausgezeichnet hat, seinen Dank und seine Anerkennung auszusprechen.

Herausforderungen der Zukunft

Wir sind überzeugt, dass sich EMH mit der erarbeiteten Strategie und den eingeleite-

ten Massnahmen zu einer noch stärkeren Unternehmung weiterentwickeln wird, die sich den Herausforderungen im Medien- und Verlagsumfeld kreativ und erfolgreich stellen wird. Wir gehen jedoch auch davon aus, dass die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie noch länger spürbar sein werden. Dass wir in dieser herausfordernden Situation auch auf die aktive Unterstützung der beiden Aktionäre FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte und Petri Holding AG zählen können, schätzen wir ausserordentlich. Ein herzliches Dankeschön dafür.

[kurt\[at\]solnet.ch](mailto:kurt[at]solnet.ch)

EMH – Das Wichtigste in Kürze

Der Schweizerische Ärzteverlag EMH wurde 1997 gegründet, um der medizinischen Publizistik in der Schweiz eine redaktionell unabhängige und fachlich relevante Plattform zu bieten. Die Aktiengesellschaft ist ein Gemeinschaftsunternehmen der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH und der Petri Holding AG, dem mit Gründung 1488 ältesten Druck- und Verlagshaus der Welt. Die Kernprodukte *Schweizerische Ärztezeitung* und *Swiss Medical Forum* decken die zentralen Bereiche Standes- und Gesundheitspolitik sowie Aus-, Weiter- und Fortbildung ab. Um dieses Doppelgespann gruppiert sich eine Reihe weiterer Publikationen, welche unter anderem offizielle Organe wichtiger medizinischer Fachgesellschaften sind und deren fachliche und politische Kommunikationsbedürfnisse abdecken.

Stellen schreibt man dort aus, wo Sie auch gefunden werden – im Stellenmarkt der Schweizerischen Ärztezeitung.

EMHMedia
SCHWEIZERISCHER ÄRZTEVERLAG
EDITIONS MEDICALES SUISSES

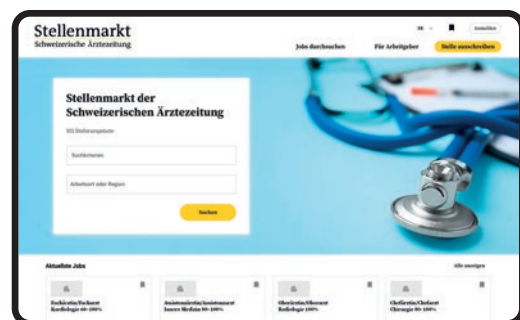
Besuchen Sie die neue digitale Karriere-Plattform der SÄZ:

- Suchabonnemente mit Benachrichtigungen bei neuen Stellen
- Bewerbungsmöglichkeit und Bewerberverwaltung direkt im Portal
- Benutzerfreundlich auf allen Endgeräten



jobs.saez.ch

Stellenmarkt
Schweizerische Ärztezeitung



Briefe an die SÄZ

Empathie, jusqu'ou?

Lettre concernant: Martin J. Quelle neutralité dans la pratique médicale? Bull Med Suisses. 2021;102(29–30):976.

Cher Confrère Jean Martin,
Votre article paru dans le BMS du 21 juillet 2021 me parle, m'interpelle. La neutralité bienveillante, essentielle pour établir une relation de confiance, se situe entre

- l'absence d'empathie, une médecine qui pourrait être dispensée par un robot; ceci dans un contexte où l'on recherche sécurité à 100% et où toutes les connaissances scientifiques sont accessibles sur internet, où il n'y aurait même plus besoin d'une assurance RC
- le trop d'empathie, la naïveté qui nous fait tomber dans des pièges, l'écueil du manque de distance critique devant des patients manipulateurs.

Je suis à la retraite, mais toujours actif dans une association romande (médecins-action-santé-migrants) qui se préoccupe de l'éthique dans le domaine de l'asile. Nous sommes confrontés à des lois et des règlements fédéraux qui sont le reflet depuis quinze ans de ce que la droite nationaliste prône, et qui sont souvent en porte-à-faux avec notre Constitution, la Déclaration universelle des droits humains, des droits des enfants ou simplement la règle d'or qui se trouve déjà dans l'Évangile: «Ne fais pas à autrui ce que tu n'aimerais pas qu'on te fasse.»

Oui, l'empathie (déjà bien avant le stade du «militantisme») est effectivement une pente glissante, et peut conduire à enfreindre ces lois – et parfois jusqu'à la désobéissance civile au nom de notre conscience, nourrie par les serments qui régissent l'activité médicale (Hippocrate, Genève, Helsinki...).

A quel moment y a-t-il la bascule vers l'empathie du professeur Vanotti, et selon quels critères? En médecine individuelle, clairement quand il y a une injustice à l'égard du patient faible et démuné. Nous avons besoin de discernement, de recul, en partageant la préoccupation avec un confrère, une consœur. Pourquoi

les médecins doivent-ils entrer dans un débat qui est plutôt juridique? Pourquoi pas? Cela me rappelle le reproche qu'on fait à l'Eglise de sortir des thèmes spirituels. Comme le dit Virchow que vous citez, la politique n'est que la médecine sociale pratiquée en grand. D'où ma dernière réflexion: en Santé publique, nous rencontrons une subtilité supplémentaire. Le corps médical est-il au service d'un intérêt supérieur, ou peut-il être instrumentalisé par une Administration (en cautionnant par exemple certains renvois forcés)? Il faut du courage pour faire de l'objection de conscience.

Chaque médecin, à la place qui est la sienne, doit décider au cas par cas où il met le curseur entre neutralité distante et empathie active, entre sa tranquillité et sa vocation.

*Dr Paul Schneider,
chirurgien retraité, Sainte-Croix*

Männerhass ist kein Humor

Brief zu: Bendimerad N. Cartoon. Schweiz Ärztztg. 2021;102(29–30).

Die Geschlechtlichkeit des Menschen ist eine Quelle von Kraft und Lebensfreude, Kernbestand seiner Sozialnatur.

Im Zusammenleben der Geschlechter gibt es auch Konflikte und unguete Vorkommnisse. Dabei gibt es zum einen die realen Sachverhalte. Andererseits gibt es eine öffentliche Debatte darüber, die unser Bewusstsein überwiegend bestimmt.

In dieser Debatte dominiert seit Jahrzenten – fern jeder anthropologischen Basis – eine ideologisch gefärbte Unversöhnlichkeit. Es kommen an prominenter Stelle Leute zu Wort, die polemisch, verletzend und in einem schädlichen Ausmass ungerecht Stellung nehmen.

Die vorliegende Darstellung des Mannes als Gewalttäter und schädliches Virus gehört dazu. Durch solche Äusserungen werden verletzte Menschen nicht wieder zusammengeführt, sondern weiter auseinandergetrieben. Das tangiert auch die ärztliche Berufsethik: Die fortwährende Polarisierung und Atomisierung der Menschheit erzeugt seelisches Leid!

Im Sinne der Psychohygiene müssen wir einer solchen politischen Fehlentwicklung entgegenreten. Das Ziel muss immer eine Versöhnung sein.

*Urs Graf, lic. phil.,
Psychotherapeut, Zürich*

Kreis unbedingt weiterziehen

Brief zu: Aujesky D, Capaul R.
Gegen die zunehmende Ökonomisierung der Medizin.
Schweiz Ärztztg. 2021;102(27–28):911–2.

Als Vertreter der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) äussern sich der Autor und die Autorin zur zunehmenden Ökonomisierung der Medizin. Die grösste medizinische Fachgesellschaft hat als erste medizinische Fachgesellschaft den «Ärzte Kodex – Medizin vor Ökonomie» der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. unterstützt. Im Artikel wird darauf hingewiesen, dass mit der Unterstützung des Ärzte Kodex eine öffentliche Debatte angestossen werden soll: «Im Kampf für eine massvollere, patientenzentrierte Medizin ist eine breite Unterstützung aus den Reihen der Ärzteschaft notwendig.»

Spontan stellte sich mir die Frage, weshalb diese dringend notwendige Sensibilisierungskampagne nur auf die Ärzteschaft beschränkt sein soll. Als Mitarbeiter in verschiedenen pharmazeutischen Unternehmen musste ich leider miterleben, wie sich über Jahre hinweg die Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pharmaindustrie einseitig verhärtete. Türen von Arztpraxen und Abteilungen in Kliniken wurden für Kontakte mit der Pharmaindustrie zunehmend geschlossen, und dies trotz beidseitiger Selbstregulation (Pharma-Kodex, Pharmakooperations-Kodex bzw. SAMW-Richtlinien) und klaren gesetzlichen Rahmenbedingungen.

In der Corona-Pandemie wurden nun erste Lockerungen möglich. Beispielhaft wurde aufgezeigt, wie die Zusammenarbeit zwischen Forschung, Ärzteschaft, Behörden und Pharmaindustrie gelingen kann. Warum lässt sich diese Zusammenarbeit nicht auf weiteren Ebenen locker und vorurteilslos weiterführen?

Ich bin überzeugt, dass die Branchenverbände der pharmazeutischen Industrie mit ebenso grosser Überzeugung die Anstrengungen der Kampagne gegen die Ökonomisierung der

Die Leserbriefe geben die Meinung des Verfassers oder der Verfasserin wieder. Der Inhalt eines Leserbriefs muss nicht die Meinung der Redaktion widerspiegeln. Die Redaktion übernimmt keine Verantwortung für Inhalt und Richtigkeit der getätigten Behauptungen. Jede Verfasserin und jeder Verfasser ist persönlich für ihre/seine Aussagen verantwortlich.

Briefe

Reichen Sie Ihre Leserbriefe rasch und bequem ein. Auf unserer neuen Homepage steht Ihnen dazu ein spezielles Eingabetool zur Verfügung. Damit kann Ihr Brief rascher bearbeitet und publiziert werden – damit Ihre Meinung nicht untergeht. Alle Infos unter:

www.saez.ch/de/publizieren/leserbrief-einreichen/

Medizin unterstützen würden. Es wäre ein guter Moment, um von Ärzteseite verschlossene Türen wieder zu öffnen, den Kontakt zur Pharmaindustrie bewusst zu suchen, zu pflegen und gemeinsam einer Sache zu dienen, welche eine massvolle patientenzentrierte Medizin ins Zentrum stellt.

Link: https://www.dgim.de/fileadmin/user_upload/PDF/Publikationen/2018_Sonderdruck_Klinik_Kodex.pdf

Ernst Herzig, Biel

Zum Thema Impfverweigerer

Wer sich nicht impfen lassen will, verzichtet freiwillig auf die Errungenschaften der modernen Medizin. Aber dann bitte konsequent. Also auch Verzicht auf Intensivbehandlung im Falle eines schweren Verlaufes einer COVID. Damit kann eine Dekompensation unserer Intensivstationen vermieden werden und Querdenken muss nicht verboten werden.

Marco Casanova, Göttingen

Mitteilungen

Facharztprüfung

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels Gynäkologie und Geburtshilfe

Datum: Basisexamen und Schlussexamen
1. Teil: Samstag, 21. Mai 2022

Ort: Basisexamen und Schlussexamen 1. Teil:
BERNEXPO-Gelände, Bern

Anmeldefrist: Basisexamen und Schlussexamen 1. Teil: vom 1. Dezember 2021 bis 31. Januar 2022, 16.00 Uhr

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter www.siwf.ch → Weiterbildung → Facharzttitel und Schwerpunkte → Gynäkologie und Geburtshilfe

Manchmal ist Mama müde

Ein Kinderbuch zum Thema Brustkrebs



Anne-Christine Loschnigg-Barman,
Judith Alder
Manchmal ist Mama müde
Ein Kinderbuch zum Thema
Brustkrebs
2011, 36 Seiten, 17 Abbildungen
in Farbe. Gebunden.
CHF 14.50 / € 14.50
ISBN 978-3-03754-061-9

EMH Schweizerischer Ärzteverlag

Das Kinderbuch «Manchmal ist Mama müde» richtet sich an Kinder im Alter von 2 bis 8, deren Mutter an Brustkrebs erkrankt ist. Das Buch soll den Kindern helfen, die Krankheit der Mutter besser zu verstehen, und die Eltern unterstützen, Worte für das Unfassbare zu finden.

Die fröhlichen Illustrationen sprechen Kinder direkt an. Der einfühlsame Text vermittelt ihnen, dass sie mit ihren Sorgen und Ängsten ernst genommen werden und dass die Krankheit nichts an der Liebe zum Kind verändern kann.

Weitere Informationen finden Sie unter shop.emh

Ihre Bestellmöglichkeiten: +41 (0)61 467 85 55 | auslieferung@emh.ch | shop.emh.ch
EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG | Farnsbürgerstrasse 8 | CH-4132 Muttenz



Zürich, Juli 2021

Chargenrückruf Champix® Filmtabletten, 0,5 und 0,5/1 mg, (Zul.-Nr. 57736) Pharmacodes 3402302, 4665185

Hiermit teilen wir Ihnen mit, dass Pfizer AG die unten aufgeführten Chargen (siehe Tabelle) von Champix® vorsorglich bis auf Stufe Detailhandel zurückruft.

Die Arzneimittelhersteller wurden weltweit dazu aufgerufen, potentielle Nitrosamin-Verunreinigungen in ihren Arzneimitteln abzuklären (vgl. Swissmedic-Publikation «Potentielle Verunreinigungen mit Nitrosaminen» vom 15.11.2019, zuletzt aktualisiert am 16.4.2021). Im Zuge dieser Analysen hat Pfizer in Champix® Nitrosamin N-Nitroso-Vareniclin nachgewiesen und sich aufgrund dieses Befunds zu einem vorsorglichen Chargenrückruf entschieden.

Der Rückruf erfolgt auf dem umgekehrten Lieferweg bis auf Stufe Detailhandel. Wir bitten Sie daher, die Ware vom Detailhandel bis spätestens 30. Juli 2021 an Ihren Lieferanten zurückzusenden. Grossisten werden gebeten, dieses Rückrufschreiben an ihre Kunden im Detailhandel weiterzuleiten.

Die von Pfizer AG direkt belieferten Kunden sind gebeten, die Ware bis zum 6. August 2021 an folgende Rücksendeadresse zu retournieren:

Alloga AG, Retourenabteilung, Buchmattstrasse 10, 3400 Burgdorf.

Für die retournierte Ware werden Sie eine Gutschrift erhalten. Wir sind derzeit mit keiner Champix®-Aufmachung lieferbar.

Für **Meldungen über unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW)** empfiehlt Swissmedic, das dafür entwickelte Meldeportal zu verwenden. Mit dem sogenannten Electronic Vigilance System (ELViS) können UAW direkt oder durch Hochladen einer XML-Datei erfasst werden. Alle erforderlichen Informationen sind zu finden unter www.swissmedic.ch. Wir entschuldigen uns für die Unannehmlichkeiten, die durch diesen Rückruf entstehen, und danken Ihnen für Ihre Unterstützung.

Für medizinische Fragen wenden Sie sich bitte an den medizinischen Informationsdienst von Pfizer (Tel. 043 495 71 11, E-Mail: Medical.Information@pfizer.com).

Für zusätzliche Fragen steht Ihnen der Customer Service (Tel. 0800 562 825 / Customer.ch@pfizer.com) gerne zur Verfügung.

Aufmachung	Chargennummer	Verfalldatum
Champix Initialpackung 0,5/1 mg 1 × 11 + 3 × 14 Tabletten	00019143	1/2022
Champix 0,5 mg 56 Tabletten	DY1711	5/2022
Champix 0,5 mg 56 Tabletten	ER1941	5/2022

Pfizer AG, Zürich

Resultate der Urabstimmung der FMH Services Genossenschaft

Beat Bumbacher^a, Markus Lehmann^b

^a Dr. med., MLaw, Präsident der Verwaltung FMH Services Genossenschaft; ^b Geschäftsführer FMH Services Genossenschaft

Geschätzte Genosschafterinnen und Genosschafter

Mit dem Geschäftsbericht haben wir Sie im Mai 2021 über unsere operativen Aktivitäten informiert und Sie um Genehmigung des Geschäftsberichts 2020, der Zuweisung des Resultats und die Entlastung der Verwaltung gebeten. Zudem stand die Wahl von Frau Dr. med. Regula Friedli-Kronenberg als neues Mitglied in die Verwaltung an.

Wir freuen uns, Ihnen nun die Resultate der Urabstimmung präsentieren zu können und danken Ihnen für Ihre Teilnahme und Ihr Interesse.

Freundliche Grüsse
FMH Services Genossenschaft

Urabstimmung 2021

1. Stimmabgabe

12. Mai–29. Juni 2021 schriftlich bei der Gemeinde Oberkirch

2. Auszählung

Herr J. R. Rogger, Gemeindeverwaltung Oberkirch

3. Resultate

3.1 Antrag 1

Genehmigen Sie den Geschäftsbericht der FMH Services 2020?

Abgegebene Stimmen	4941
Ungültige Stimmen (keine Unterschrift)	7
Leere und keine Stimmen	76
Gültige Stimmen	4858
JA-Stimmen	4775
NEIN-Stimmen	83

Dem Antrag 1 wird somit deutlich zugestimmt.

3.2 Antrag 2

Sind Sie einverstanden, den Verlust von CHF 83'351.02 auf die neue Rechnung vorzutragen und mit dem Eigenkapital zu verrechnen?

Abgegebene Stimmen	4939
Ungültige Stimmen (keine Unterschrift)	7
Leere und keine Stimmen	126
Gültige Stimmen	4806
JA-Stimmen	4563
NEIN-Stimmen	243

Dem Antrag 2 wird somit deutlich zugestimmt.

3.3 Antrag 3

Erteilen Sie der Verwaltung der FMH Services Genossenschaft für das Berichtsjahr 2020 Entlastung?

Abgegebene Stimmen	4942
Ungültige Stimmen (keine Unterschrift)	7
Leere und keine Stimmen	103
Gültige Stimmen	4832
JA-Stimmen	4666
NEIN-Stimmen	166

Dem Antrag 3 wird somit deutlich zugestimmt.

3.4 Antrag 4

Stimmen Sie der Wahl der Revisionsstelle Truvag Revisions AG in Sursee für eine weitere Amtsperiode von einem Jahr zu?

Abgegebene Stimmen	4942
Ungültige Stimmen (keine Unterschrift)	7
Leere und keine Stimmen	104
Gültige Stimmen	4831
JA-Stimmen	4735
NEIN-Stimmen	96

Dem Antrag 4 wird somit deutlich zugestimmt.

3.5 Antrag 5

Stimmen Sie der Wahl der Gemeindeverwaltung Oberkirch als neutrale Drittstelle zur Abwicklung der Urabstimmung für eine weitere Amtsperiode von einem Jahr zu?

Abgegebene Stimmen	4943
Ungültige Stimmen (keine Unterschrift)	7
Leere und keine Stimmen	89
Gültige Stimmen	4847
JA-Stimmen	4790
NEIN-Stimmen	57

Dem Antrag 5 wird somit deutlich zugestimmt.

3.6 Antrag 6

Stimmen Sie der Wahl von Frau Dr. med. Regula Friedli-Kronenberg als neues Mitglied der Verwaltung zu?

Abgegebene Stimmen	4941
Ungültige Stimmen (keine Unterschrift)	7
Leere und keine Stimmen	120
Gültige Stimmen	4814
JA-Stimmen	4664
NEIN-Stimmen	150

Dem Antrag 6 wird somit deutlich zugestimmt.

Das Ergebnis dieser Urabstimmung wurde von J. R. Rogger, c/o Gemeindeverwaltung Oberkirch, am 9. Juli 2021 als vollständig und richtig bestätigt.

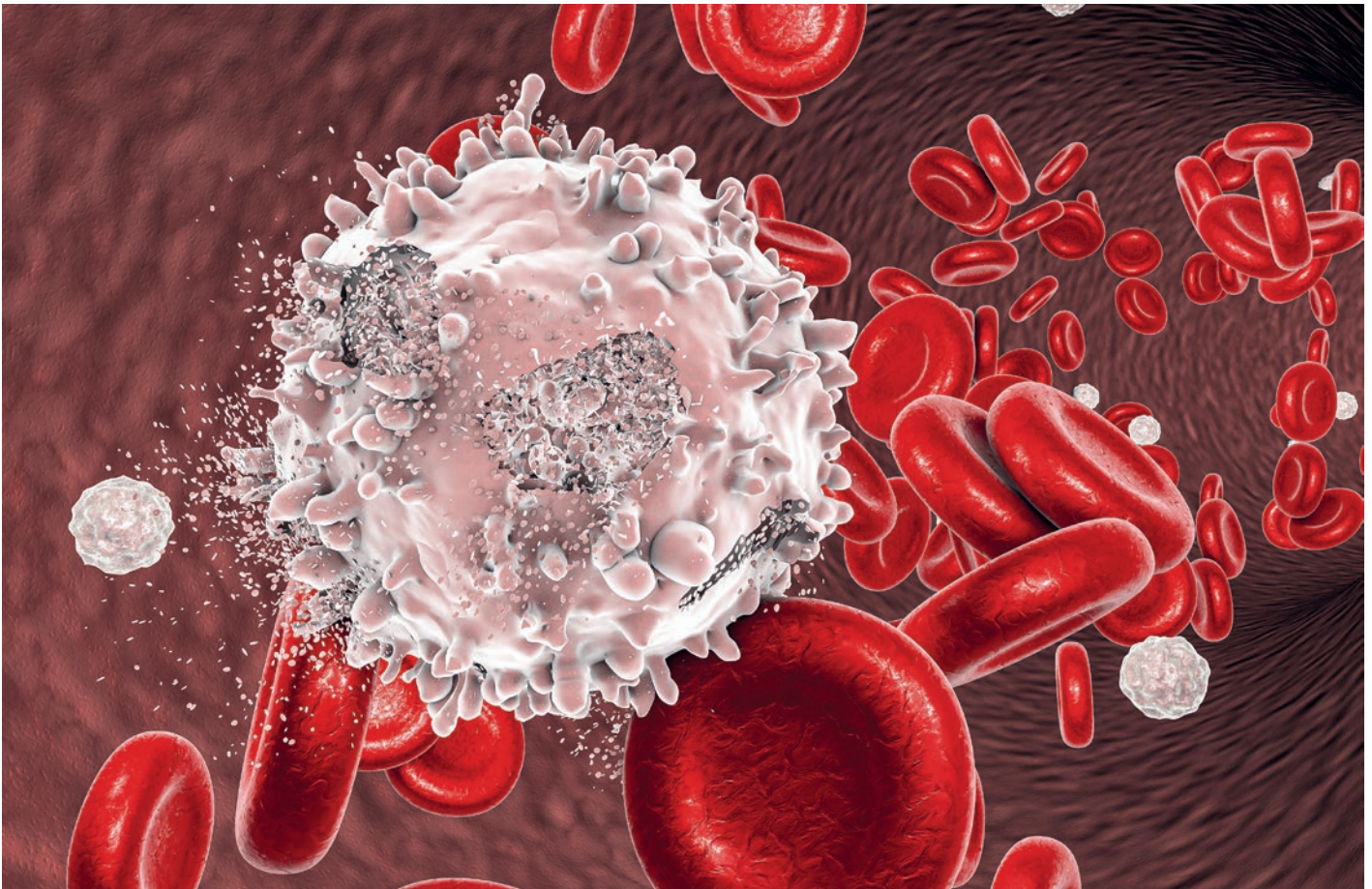


Die FMH Services steht Ihnen bei allen betriebswirtschaftlichen und unternehmerischen Fragen kompetent zur Seite.

CONSULTING

FMH Consulting Services AG
 Burghöhe 1
 6208 Oberkirch
 Tel. 041 925 00 77
 mail@fmhconsulting.ch
 www.fmhconsulting.ch





Eine Krebszelle wird zerstört.

Was darf eine Krebstherapie kosten?

Roger von Moos

Prof. Dr. med., Chefarzt Onkologie/Hämatologie, Kantonsspital Graubünden

Krebs wird durch gezielte Therapien besser behandelbar und zunehmend zu einer chronischen Erkrankung. Die geltenden Nutzenüberlegungen sind untauglich, weil sie weder die Entwicklungskosten, den Erfolg einer Behandlung noch die indirekten Kosten angemessen berücksichtigen. Wir brauchen dringend einen Systemwechsel, damit der Zugang zu wirksamen Therapien nicht zur Lotterie wird.

Die Behandlung von Krebs macht stete Fortschritte. So lag die 5-Jahres-Überlebensrate 2008–2012 bei Männern bei 65 Prozent, was einem Anstieg von 9 Prozentpunkten in einem Jahrzehnt entspricht (Frauen: 68 Prozent, plus 6 Prozentpunkte) [1]. Dank zielgerichteten Behandlungen überleben heute beispielsweise Patienten mit metastasiertem Bronchialkarzinom mit bestimmten molekularen Aberrationen (ALK-Mutation) viele Jahre [2].

In Zeiten des Homo oeconomicus ordnen wir allen Gütern, Ereignissen und dem Leben selbst einen Preis zu. Kürzlich wurde ein ausführlicher Bericht über Onkologika, unterstützt von Bristol Myers Squibb, von Polynomics unter dem Titel «Innovation kostet, aber stiftet Nutzen: zwischen Regulierung und Patientennutzen» [3] publiziert. Er zeigt die Wichtigkeit des Themas Krebserkrankungen in der Schweiz, aber auch den Wert der Pharmaforschung und die Kosten von Onko-

logika. Gerade in der Schweiz leistet die Pharmaindustrie eine grosse Wertschöpfung für die Bevölkerung und trägt beispielsweise CHF 42 Mia. zur Aussenhandelsbilanz bei [4]. Der Wirtschaftsstandort Schweiz ist letztlich ein Profiteur des starken Patentschutzes und der hohen Medikamentenpreise – insbesondere wenn man den nicht zulässigen Vergleich der Gesamtkosten von CHF 80 Mia. [5] des schweizerischen Gesundheitswesens mit den CHF 42 Mia. Handelsüberschuss macht.

Krebsforschung kann helfen, Therapien zu optimieren und damit bei gleichzeitig besserer Verträglichkeit Kosten zu senken.

Keinen Niederschlag im Bericht fand die durch die Öffentlichkeit finanzierte Forschung. Besonders die unabhängige klinische Krebsforschung, wie sie von der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung (SAKK) betrieben wird, kann helfen, Therapien für Patientinnen und Patienten zu optimieren und damit bei gleichzeitig besserer Verträglichkeit Kosten zu senken [6]. Nebst diesen Dosisoptimierungsstudien können auch populationsbasierte Register mit Outcome Daten entscheidend dazu beitragen, dass Medikamente effizienter eingesetzt werden und damit prospektiv kostendämpfend wirken. Leider ist dieser Bereich jedoch massiv unterfinanziert. Damit wird verhindert, dass die Basis für einen neuen Ansatz der Nutzenbewertung gelegt wird, was Veränderungen bei der Preisfestsetzung ermöglichen würde.

Sind die Preise für Onkologika gerechtfertigt?

Wenn wir von einem Patienten mit einem metastasierten Melanom ausgehen, zeigt sich: Mit einer Chemotherapie lag das 5-Jahres-Überleben bei 5 Prozent, mit einer Immuntherapie liegt es nun bei 26 Prozent und mit Immun-Kombinationstherapien gar bei 52 Prozent [7]. Keine Frage, dass der Patient und seine Angehörigen die neuen Therapien wünschen und die Ärzteschaft sie aufgrund des Nutzens verschreibt – bei Kosten von gegen CHF 150 000 pro Jahr [8]. Versicherte haben ein zusätzliches Lebensjahr bei bester Gesundheit mit CHF 200 000 bewertet [9], einen zweimonatigen Gewinn mit geringer Verbesserung der Lebensqualität hingegen mit weniger als CHF 50 000 [10]. Die meisten innovativen Medikamente in der Krebstherapie bringen aber keine zwölf Monate bei bester Gesundheit als Nutzen, sondern eher eine Dauer im Bereich von 3 bis 6 Monaten [11, 12].

Wie gross ist die Kostenexplosion in der Onkologie tatsächlich?

Vor diesem Hintergrund scheinen die jährlichen Ausgaben für Onkologika von CHF 700 Mio. [13] akzeptabel, zumal Krebs bei Menschen zwischen 45 und 65 Jahren die häufigste Todesursache ist [14]. Dies spiegelt sich auch im Verhältnis zum Total der Medikamentenkosten von CHF 7 Mia. sowie zu den Gesundheitskosten in der Grundversicherung von rund CHF 34 Mia. Problematisch sind die kontinuierliche hohe jährliche Kostensteigerung [15] und das deutlich überdurchschnittliche Mengenwachstum durch zusätzliche Indikationen ohne adäquate Preissenkungen. Durch den Zerfall grosser Indikationen wie Lungenkrebs in molekulare Kleinstgruppen werden höhere Preise erzielt (Orphanisierung), dank hoher Effizienz verlängert sich die Behandlungszeit, die Zahl behandelbarer Patientinnen und Patienten steigt. Der Nutzen für den einzelnen Menschen ist hoch. Es müssen nun aber neue Wege für eine akzeptable und bezahlbare Abgeltung gefunden werden.

Das System kann für individualisierte Krebstherapien die Kosten nicht auf einem nachhaltig bezahlbaren Niveau halten. Die geltende Preisfestsetzung in der Schweiz beruht auf dem Auslandpreisvergleich und dem therapeutischen Quervergleich. Kosten-Nutzen-Studien werden nicht standardmässig beigezogen wie beispielsweise in England. Der vom Bund vorgeschlagene Kostendeckel und die Einmischung der Politik in Behandlungsentscheide sind keine Lösung und entschieden abzulehnen, denn sie gefährden das Patien-

Verträge basierend auf finanziellem Risiko (financial risk-based contracts)	<ul style="list-style-type: none"> • Messwert: Realer Therapieerfolge anstatt Studienresultate • Rückerstattung bei Nichterreichung finanzieller Therapieziele (z.B. kostengünstiger als Konkurrenzprodukt) • Berücksichtigung der Qualität für Messung Therapieerfolg • Kosteneffektiv bei hochpreisigen Konkurrenztherapien • Chance für Generika und Biosimilars
Verträge basierend auf Therapieerfolg	<ul style="list-style-type: none"> • Messwert: Realer Therapieerfolg • Rückerstattung bei Nichterreichung Therapieziel (z.B. Fünfjahrüberleben bei Krebspatienten)
Hypothekarmodell	<ul style="list-style-type: none"> • Verteilung Therapiekosten über längeren Zeitraum • Ermöglicht breiteren Zugang bei sehr teuren Therapien in Versicherungssystemen mit Fixbudget
Abonnement-Modell	<ul style="list-style-type: none"> • Fixpreis für festgelegten Zeitraum für unbeschränkte Anzahl Patienten • Anreiz für Eliminierung (Beispiel: Australiens Vertrag für unbeschränkten Zugang zu Hepatitis C-Therapien während fünf Jahren)
Indikationsspezifische Preise	<ul style="list-style-type: none"> • Modell für Arzneimittel mit mehreren Indikationen • Preis ist unterschiedlich hoch und abhängig von der Wirksamkeit in der jeweiligen Indikation
Volumenabhängige Preise	<ul style="list-style-type: none"> • Modell für staatliche Gesundheitssysteme beim Einkauf grosser Mengen eines Arzneimittels (z.B. Impfstoffe)

Tabelle 1 [16]: Preismodelle zur Verbesserung der Produktverfügbarkeit und -erschwinglichkeit.

tenwohl, die Innovation sowie den Forschungsstandort Schweiz. Verschiedene Exponenten in der Schweiz fordern eine Vergütung, die auf den Forschungs- und Vertriebskosten basiert und eine akzeptable Rendite erlaubt. Nebst diesem Ansatz werden auch Preismodelle diskutiert, die versuchen, die hohen Kosten finanziell besser abzufedern, und freie marktwirtschaftliche Ansätze präferieren (siehe Tab. 1).

Die Einmischung der Politik in Behandlungsentscheide gefährdet das Patientenwohl, die Innovation sowie den Forschungsstandort Schweiz.

Hypothekar- oder Abonnementmodelle sind schwierig, da Patientinnen und Patienten jährlich ihre Krankenkasse wechseln können und der administrative Aufwand enorm wäre. Volumenabhängige Preise sind bei Orphan Drugs wie in der Onkologie nicht zielführend. Bleibt also der Therapieerfolg als Grundlage für ein Preismodell. Aktuelle Diskussionen der «Value-Based Oncology» gehen in diese Richtung. Bei der Initi-

ative der ESMO (European Society for Medical Oncology, Lugano) wird das Ausmass des klinischen Nutzens differenziert beurteilt (siehe Abb. 1). Dieses Modell wird in der Schweiz bereits verwendet. Allerdings werden auch hier indirekte Kosten wie der Produktivitätsverlust oder die Einbindung von Betreuungspersonen nicht kalkuliert. Die direkten Kosten bei Krebs machen in der Schweiz pro Jahr CHF 4 bis 5 Mia. aus, die indirekten Kosten liegen bei CHF 5 bis 6 Mia. Daraus leitet sich ab, dass neue Kalkulationsmodelle entwickelt werden müssen. Wieso sollte nicht ein Teil der reduzierten indirekten Kosten wieder ins Gesundheitswesen zurückfliessen, zum Beispiel als Rückerstattung, die von den Nutzniessern dieser Innovationen bezahlt wird?

Ohne Berücksichtigung indirekter Kosten kann der Nutzen nicht abgeschätzt werden

Der im Vergleich zu den Kosten höhere Netto-Nutzen einer Therapie ist ein weiterer entscheidender Aspekt und wird in keinem der Modelle berücksichtigt. Krebs betrifft vor allem ältere Menschen, was zu einer Vernachlässigung von indirekten Kosten wie Arbeitsausfall führt. Über 65-Jährige sind meist nicht berufstätig, aber sie sind sehr wohl in den Wertschöpfungsprozess integriert. 33 Prozent der Kinder bis zwölf Jahre werden regelmässig von Grosseltern betreut. Im Jahr 2016 wurde dieser Beitrag auf 160 Millionen Stunden mit einem Wert von CHF 8 Mia. geschätzt [18]. Nicht berücksichtigt ist dabei, dass damit beide Elternteile im Arbeitsprozess bleiben können. Auch geringere Betreuungskosten in Alters- und Pflegeheimen müssten aufgerechnet werden. Die Gesellschaft profitiert also auf verschiedenen Ebenen von einem Produktivitätsgewinn, was eine Berücksichtigung bei der Preisfestsetzung wie auch einer Rückerstattung rechtfertigt.

ESMO Skala: Faktoren, welche für das Ausmass des klinischen Nutzens berücksichtigt werden

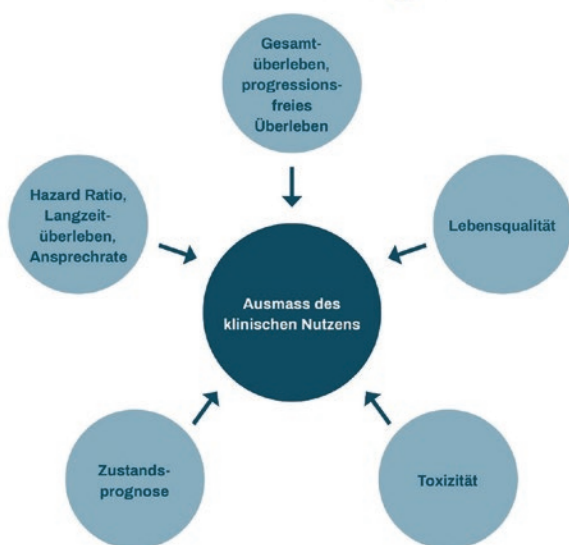


Abbildung 1 [17]

Bildnachweis
Katerynakon | Dreamstime.com

Literatur
Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels.

Das Wichtigste in Kürze

- Moderne Krebstherapien, insbesondere Immuntherapien und auch personalisierte Medizin, haben zu einer deutlich höheren Überlebensrate bei verbesserter Lebensqualität geführt.
- Die heute angewandte Festsetzung von Medikamentenpreisen ist überholt. Neben direkten Kosten müssen auch indirekte Kosten berücksichtigt werden.
- Um das Gesundheitswesen vor einem Kollaps zu bewahren, sollten bald neue Lösungen gefunden werden.

L'essentiel en bref

- Les thérapies modernes contre le cancer, en particulier les immunothérapies et la médecine personnalisée, ont permis d'augmenter considérablement le taux de survie et d'améliorer la qualité de vie.
- La manière actuelle de fixer les prix des médicaments est dépassée. Outre les coûts directs, les coûts indirects doivent également être pris en compte.
- Pour éviter un effondrement du système de santé, de nouvelles solutions doivent être trouvées rapidement.

Prof. Dr. med.
Roger von Moos
Kantonsspital Graubünden
Loëstrasse 170
CH-7000 Chur
081 256 66 44

Case-based Clinical Reasoning

Der bessere Übergang von der universitären Theorie zur Praxis

Adriano Guerra^a, Paul Biegger^a

^a Dr. med., Facharzt für Chirurgie, speziell Allgemein- und Viszeralchirurgie, FMH-Mitglied

Medizinstudierende verfügen gegen Ende ihrer universitären Ausbildung über grosse theoretische Kenntnisse, müssen aber auch fähig sein, diese am Patienten anzuwenden. Kein einfacher Prozess. In Bellinzona wird deshalb das Programm «Case-based Clinical Reasoning» (interaktive Falldiskussionen) angeboten, das den Wechsel von der Theorie zur Praxis stark erleichtert.

Vom ersten Tag an ist im Arztberuf grosse Selbständigkeit gefragt. Das führt allerdings dazu, dass sich Mängel bei der Patientenbetreuung und der klinischen Argumentation sowie unzureichende Kenntnisse in der Kommunikation während der ersten Assistentenstelle belastend bemerkbar machen.

Der abrupte Übergang von der Theorie zur Praxis ist anspruchsvoll und nicht zu unterschätzen. Das Praktikum der *cond. med.* müsste deshalb in mancher Hinsicht verbessert werden. Um diese Problematik mit einer neuen und effizienten Methodik anzugehen – die sich problemlos in das gegenwärtige System integrieren lässt –, hat Paul Biegger 2016 am Regionalspital Bellinzona (ORBV) mit regelmässigen Lektionen in «Case-based Clinical Reasoning» begonnen (interaktive Falldiskussionen). 2019 schloss sich Adriano Guerra an. Er ist seit 2020 für die Ausführung des Programms verantwortlich und hofft auf weitere emeritierte Kader, die sich für diese Arbeit interessieren.

Nach einem schwierigen Jahr, geprägt durch die Coronapandemie, ist eine Standortbestimmung angezeigt.

Methodik

Es handelt sich bei dem Programm um eine spezifische und strukturierte Ausbildung, die alle *cond. med.* des Regionalspitals umfasst. Dazu kamen Teilnehmende aus dem Regionalspital Locarno, das vorübergehend als ausschliessliches Covid-Zentrum geführt wurde. Alle Kandidatinnen und Kandidaten verschiedener Universitäten (siehe Abbildung) haben sich spontan für ein Praktikum von mindestens einem Monat in Bellinzona (oder Locarno) angemeldet. Studierende des Masterlehrgangs der Università della

Svizzera Italiana nehmen daran nicht teil, da sie einem Praktikumsprogramm der Universität Lugano folgen.

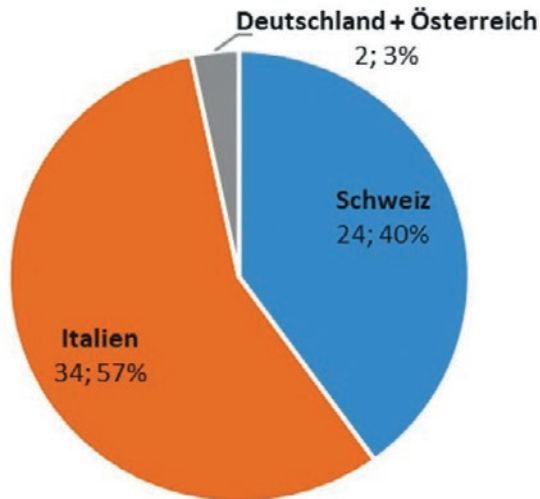
Das spezifische Angebot in Bellinzona nennt sich «Education in Case-based Clinical Reasoning». Effektiv handelt es sich um interaktive Diskussionen, wie in konkreten realen Fällen mit Patienten (nicht Pathologien) vorgegangen werden soll. Dabei legt das Team Wert auf empathische Kommunikation, Grundsätze effektiven Managements und baut gelegentlich auch praktische Übungen ein. Geachtet wird auf die Fähigkeit, aktiv zuzuhören, zu beschreiben, anstatt zu etikettieren, mit Hilfe von Mind Maps zu synthetisieren und die eigene Sprache dem Gegenüber anzupassen.

Der abrupte Übergang von der Theorie zur Praxis ist anspruchsvoll und nicht zu unterschätzen. Das Praktikum der *cond. med.* müsste deshalb in mancher Hinsicht verbessert werden.

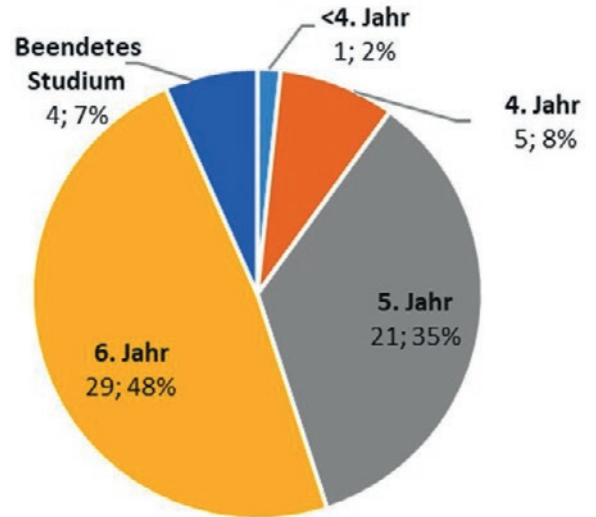
Der interaktive Unterricht in kleinen Gruppen wird von den Studenten ausserordentlich geschätzt. Er kontrastiert positiv zur Vorlesung im Hörsaal. Eine Lektion dauert meist 2½ Stunden, angesetzt für Dienstag- und Donnerstagnachmittag. Zwei Kader teilen sich die Anwesenheit in gegenseitiger Absprache. Die jeweiligen Chefärztinnen und Chefärzte unterstützen die Aktivität. Der emeritierte Mentor nimmt an den Lektionen teil, interveniert mit Ergänzungen und Fragen, sammelt am Ende der Begegnung Feedbacks, die er später zusammen mit eigenen Empfehlungen den Kolleginnen und Kollegen weitergibt.

Am Ende des Praktikums erhalten die Studierenden einen Fragebogen, der zusammen mit einer jährlichen Umfrage bei den Kadern ausgewertet wird.

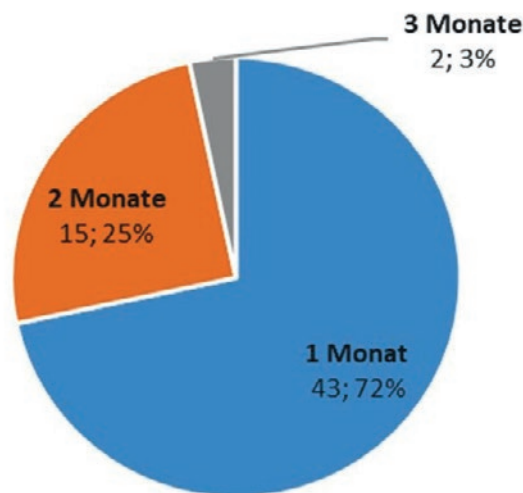
60 cand. med. am ORBV im 2020
Studienland



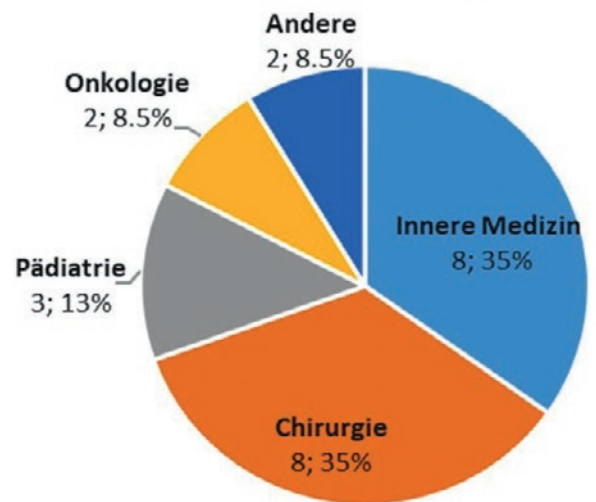
60 cand. med. am ORBV im 2020
Ausbildungsstand



60 cand. med. am ORBV im 2020
Dauer des Praktikums



Kader am ORBV im 2020
Spezialisierung



Am Regionalspital Bellinzona (ORBV) profitieren Studierende von interaktiven Falldiskussionen. Die meisten kamen im Jahr 2020 aus Italien und blieben einen Monat lang.

Resultate und Diskussion

60 Studierende haben 2020 ihr Praktikum in Bellinzona absolviert. Ihr Studienland, der Ausbildungsstand, die Dauer des Praktikums und die Spezialisierung der teilnehmenden Kader sind in den Abbildungen ersichtlich. Im Durchschnitt beteiligten sich fünf Studenten an den Lektionen. Sind es mehr als zehn, verliert die Begegnung an Qualität, wie die Erfahrung zeigt.

Wegen der Pandemie wurden im Frühjahr die Begegnungen acht Wochen lang eingestellt und im Mai vorübergehend auf Videokonferenz geschaltet. Die allgemeine Präsenz hielt sich bei 84%. Absenzen waren durchwegs entschuldigt wegen interessanter Tätigkeiten auf den Abteilungen. Die Teilnahme sollte nicht den Aspekt von «kommandiert und obligatorisch» bekommen, sondern aus Interesse und Motivation erfolgen. Das Feedback der Teilnehmenden war entsprechend positiv (82% Rücklauf). Kritiken wurden sofort

mit den Beteiligten diskutiert und gelöst. Die Lektionen wurden generell als «einzigartig», sehr nützlich und komplementär zum Universitätsstudium beurteilt. Alle Studierenden würden deshalb Kolleginnen und Kollegen ein Praktikum in Bellinzona empfehlen. Der Wechsel auf Videokonferenzen zeitigte wenig bis keinen Enthusiasmus im Vergleich zu den persönlichen Begegnungen.

Mentoren und beteiligte Kader haben festgestellt, dass der Ausbildungsstand der Studierenden für einen maximalen Profit der Lektionen eine bedeutende Rolle spielt und dass eine häufige Teilnahme den positiven Effekt verstärkt.

Die Lektionen wurden generell als «einzigartig», sehr nützlich und komplementär zum Universitätsstudium beurteilt.

Mit den beiden emeritierten Mentoren haben insgesamt 23 Kader freiwillig an den Lektionen teilgenommen. Die Verteilung auf die verschiedenen Spezialisierungen sind in Teil 4 der Abbildung ersichtlich. Der Rücklauf der Umfrage belief sich auf 96%. Für den Einzelnen kam die zeitliche Belastung auf eine Stunde pro Monat. Vorbereitungszeit fällt weitgehend weg, da es zum Beispiel keine PowerPoint-Präsentationen gibt. Gearbeitet wird mit der Krankengeschichte, die Kader kennen ihre vorgestellten Patientinnen und Patienten. Zudem haben die meisten von ihnen einen persönlichen Stil entwickelt, und offensichtlich machten die Begegnungen mit einer kleinen Gruppe von Studierenden Spass. Konstruktive Kritiken der Mentoren wurden geschätzt und umgesetzt. Niemand fühlte sich verletzt oder bevormundet. Speziell erwähnt wurde, dass der Aufwand zusammen mit der Vorbereitung der Lektionen des universitären Masterlehrgangs erträglich war und dass speziell für die letztere Tätigkeit von unseren Lektionen profitiert wurde, insbesondere für die Führung der eigenen Assistenten. Denn Ausbildung gehört zur Kaderfunktion. Die Fähigkeit dazu kann erlernt werden. Kompetente Hilfestellung wird deshalb geschätzt. Die Arbeit des Mentors beziehungsweise Organisations ist schwieriger zu quantifizieren. Neben der Absprache mit den Kadern, Teilnahme an den Lektionen, Feedbacks, Reservation von Räumen fungiert er als Ansprechpartner der cand. med.

Schlussfolgerung

Die von uns präsentierten Resultate der Umfragen sprechen für sich. «Case-based Clinical Reasoning» unseres Typs sollte eine Lücke füllen, die nicht nur uns aufgefallen ist. Eine immer grössere Komplexität der

Patienten, schnellerer Turnover, Technisierung, Ausweitung der Informatik und ökonomische Ausrichtung in der ärztlichen Tätigkeit verlangen schon am Anfang der Praxis nach persönlicher Unterstützung. Von Ärztinnen und Ärzten wird erwartet, dass sie darüber hinaus ideale und kompetente Ausbilder sind und zu kommunizieren wissen, nicht nur mit Patienten, sondern auch interdisziplinär. Das sind gravierende Vorgaben. Die Strategie in Bellinzona ergänzt, ohne zu belasten, findet Anklang und gibt Befriedigung. Sie profitiert von der Erfahrung emeritierter Kolleginnen und Kollegen und belegt klar, dass das viel zitierte Generationenproblem nicht existieren muss, sondern Berufserfahrung gerade in der Medizin als wertvolle Ressource betrachtet werden sollte.

Fazit: «Case-based Clinical Reasoning» will einen Beitrag zur Perfektionierung in der Ausbildung bieten, der den Wechsel von der Theorie zur Praxis erleichtern kann. Emeritierte Kollegen sind dabei eine nicht zu unterschätzende Ressource. Das Team würde sich freuen, wenn diese Erfahrung Schule macht und Nachahmer findet, auch mit eigenen Projekten.

Bildnachweis

Aisha Nuraini | Dreamstime.com

Das Wichtigste in Kürze

- Bei «Case-based Clinical Reasoning» handelt es sich um eine spezifische und strukturierte Ausbildung, die alle cand. med. des Regionalspitals umfasst.
- In interaktiven Diskussionen lernen Studierende, wie in konkreten realen Fällen mit Patienten (nicht Pathologien) vorgegangen werden soll. Das Team legt besonderen Wert auf empathische Kommunikation, Grundsätze effektiven Managements und baut gelegentlich praktische Übungen ein.
- Umfrageresultate bestätigen, dass das Programm von Kadern und Studierenden geschätzt wird. Es wird als einzigartig, nützlich und komplementär zum Universitätsstudium beschrieben.

L'essentiel en bref

- «Case-based Clinical Reasoning» est une formation spécifique et structurée qui inclut tous les cand. med. de l'hôpital régional.
- Grâce à des discussions interactives, les étudiants apprennent comment gérer des patients (et non des pathologies) dans des cas concrets. L'équipe met l'accent sur la communication empathique, les principes d'une gestion efficace et intègre de temps en temps des exercices pratiques.
- Les résultats de l'enquête montrent que le programme est apprécié par les cadres et les étudiants. Il est décrit comme unique, utile et complémentaire aux études universitaires.

Dr. med. Adriano Guerra
Ospedale Regionale
Bellinzona e Valli (ORBV)
CH-6500 Bellinzona
adriano Guerra[at]bluewin.ch

Les ciseaux moléculaires Crispr efficaces chez des patients in vivo

L'entreprise cofondée par Jennifer Doudna, Prix Nobel de chimie 2020, est parvenue, en collaboration avec Regeneron, à modifier des gènes sources d'une grave maladie héréditaire chez des patients avec les nouveaux ciseaux génétiques Crispr-Cas9. Si cette étude, parue dans *New England Journal of Medicine*, ne porte que sur six patients, ce type de correction de gènes défectueux n'avait jusqu'ici pu être réalisé qu'ex vivo, en extrayant des cellules pour les modifier en laboratoire avant de les réintroduire. Cette première mondiale permet de miser sur de nouvelles thérapies géniques. Les ciseaux génétiques Crispr-Cas9 sont beaucoup plus précis pour intervenir sur l'ADN que tous les outils de génie génétique utilisés jusqu'alors. La possibilité d'inactiver des gènes défectueux directement chez le patient évite le processus complexe de biopsie, manipulation en laboratoire et réimplantation.

heidi.news

Die Schmerztherapie mit digitalen Doppelgängern verbessern



© Skypixel | Dreamstime.com

Schmerzmittel wie synthetische Opiate können die Lebensqualität schwer erkrankter Patienten verbessern. Doch die exakte Dosierung stellt Ärztinnen und Ärzte vor Herausforderungen. Empa-Forschende haben nun Avatare auf der Basis realer Menschen modelliert und experimentell behandelt, um die Therapie zu optimieren. Die Forschenden schufen digitale Doppelgänger von Schmerzpatienten mit Hilfe mathematischer Modelle, in denen Daten wie das Alter und der Lebensstil der Menschen berücksichtigt wurden. Zudem erhielten die Avatare Rückmeldungen über das Befinden ihrer realen Zwillinge und konnten die Therapie so dynamisch anpassen. Bisher wurden mehrere hundert der digitalen Doppelgänger in Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital St. Gallen getestet.

empa.ch

Insulinproduktion mit der Smartwatch

In Zukunft könnten Diabetiker ihre Spritzen womöglich gegen eine handelsübliche Smartwatch tauschen. Solche Uhren messen den Puls mit Hilfe von grünem Licht, das die



© Kamachi209 | Dreamstime.com

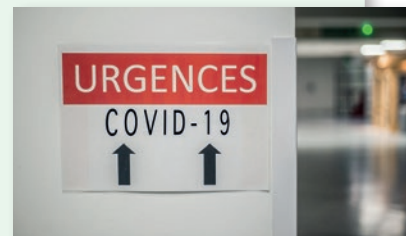
Haut durchdringt. Mit diesem Licht steuern ETH-Forschende um Martin Fussenegger vom Departement Biosysteme in Basel nun die Insulinproduktion – zumindest bei Mäusen. Die Wissenschaftler bauten in die Membran von HEK-

Zellen einen Molekülkomplex ein, der an ein Gegenstück gekoppelt ist. Sobald das grüne Licht der Smartwatch auf die Zelle trifft, löst sich der Molekülkomplex, wird in den Zellkern transportiert und schaltet dort ein Gen an, das Insulin produziert. Sobald das Licht ausgeschaltet wird, koppelt sich der Molekülkomplex wieder an sein Gegenstück in der Zellmembran.

ETH Zürich

Covid-19: le personnel du CHUV a été bien protégé

Le personnel travaillant au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) a été bien protégé contre le Covid-19, même dans les secteurs à haut risque de transmission, selon une étude menée par l'établissement à l'issue de la première vague de coronavirus. Elle est parue dans *British Medical Journal*. Les résultats obtenus montrent que 10% de l'échantillon représentatif (12000 collaboratrices et collaborateurs de l'hôpital) ont eu une sérologie positive. Ce taux est similaire à celui observé au sein de la population active vaudoise et genevoise à la même période. Aucune différence significative n'a été relevée selon la profession, le secteur d'activité, l'âge ou le sexe. Le personnel ayant travaillé dans les secteurs avec patients Covid-19 (soins intensifs, urgences, centre de dépistage) n'a pas eu de risques plus élevés. En revanche, un risque de contamination élevé est relevé dans certaines situations (12-14%), par exemple lors de contacts réguliers avec des patients dans les chambres ou dans les zones de réception des unités non-Covid-19.



© Neydstock | Dreamstime.com

chuv.ch

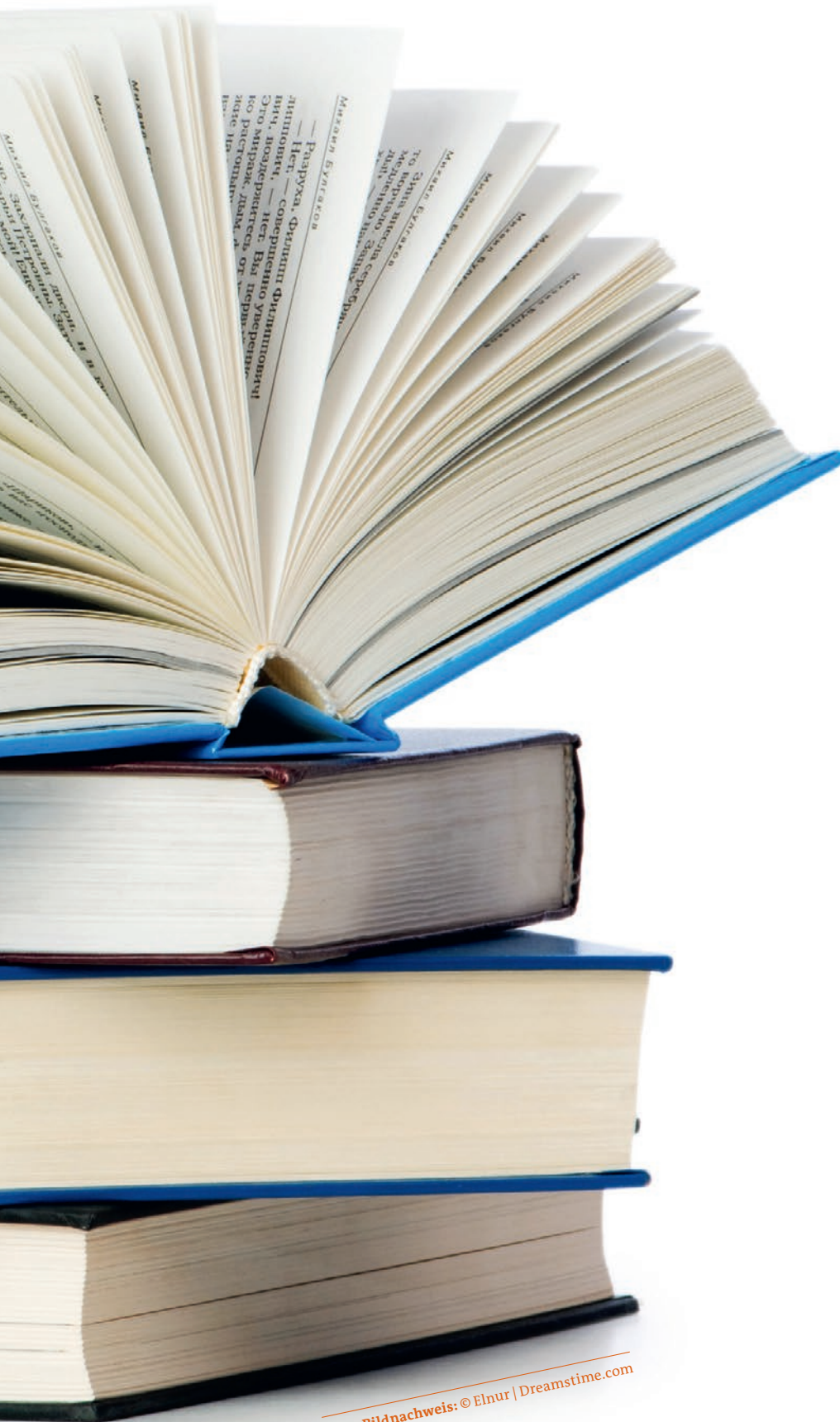


© Skypixel | Dreamstime.com

Das Gehirn besser verstehen

Forschenden der Universität und der ETH Zürich ist es gelungen, hochauflösende, dreidimensionale Bilder von Mäusegehirnen zu erzeugen, auf denen kleinste Gefäßstrukturen und die Durchblutung zu erkennen sind. Sie nutzen dafür eine Mikroskopietechnik mit einer neu entwickelten Infrarotkamera und einem Kontrastmittel, das im sogenannten zweiten Nahinfrarotfenster stark fluoresziert. Die Methode könnte in Zukunft helfen, neue Einblicke in die Funktion des Gehirns zu bekommen. Bisher sind biologische Prozesse im Gehirn noch unzureichend erforscht, denn ohne operative Eingriffe ist es bis jetzt kaum möglich, diese Prozesse zu visualisieren.

ETH Zürich



Ouvrage
spécialisé



La communication en milieu médical – Un labyrinthe

Pascal Singy et
Gilles Merminod

Lausanne: PPUR,
collection Savoir suisse;
2021

Les échanges soignés-soignants sont-ils aussi semés d'embûches? Au cours des décennies récentes, avec l'adoption d'une vision holistique, la formulation plus précise des droits des patients, une relation thérapeutique plus étroite, l'accent mis sur l'écoute et la compréhension, les choses ont certes progressé. La sensibilité transculturelle, la reconnaissance des besoins d'interprétariat et l'arrivée de la médecine des populations vulnérables au plan académique y ont aussi contribué. Mais le dialogue thérapeutique demeure complexe.

Les auteurs sont des spécialistes du langage et enseignent à l'Université de Lausanne. Pascal Singy dirige la recherche en psychiatrie de liaison au CHUV. La communication recèle de nombreux pièges, décortiqués au fil des pages. L'interaction soignant-soigné implique tous nos sens et le maniement de codes variés. Les auteurs analysent les rituels de la rencontre, en en débusquant les chausse-trappes et la violence symbolique qui peut en résulter.

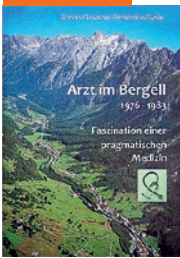
Sont abordés les promesses et limites de la digitalisation en particulier, qui n'est pas sans risques. Avec internet, l'accès universel à «toutes les connaissances» a significativement modifié la relation. Sans compter que «certaines informations sont déjà entrées dans l'ère de la post-vérité, où les opinions semblent avoir tout autant de poids, sinon plus, que les faits démontrés». Un passage qui m'a personnellement marqué: «C'est à l'arrivée du sida, catastrophe sanitaire, que nous devons la première réduction notable de l'asymétrie de la relation soigné-soignant, imputable à (une partie) des patients [...] Devenus des 'patients experts', ils se sont retrouvés [les premières années] en face de médecins qui en savaient moins qu'eux, ce qui a pesé sur les consultations.»

L'ouvrage mérite de retenir l'attention de toute personne qui a vocation de soigner, ainsi que des patientes et patients intéressés – nombreux sans doute.

*Dr méd. Jean Martin,
membre de la rédaction*

[jean.martin\[at\]saez.ch](mailto:jean.martin[at]saez.ch)

Bildnachweis: © Elnur | Dreamstime.com

Medizin-
geschichte
**Arzt im Bergell.
1976–1983.
Faszination einer
pragmatischen
Medizin.**

 Simon Giovanni
Persenico-Gysin

 Trimmis: Eigenverlag;
2021 (persenico[at]
bluewin.ch)

Der Autor beschreibt seine Erfahrungen als alleiniger Gesundheitsversorger im Bergell, berichtet von einer Auswahl von Krankengeschichten und erklärt, wie man mit den diagnostischen und therapeutischen Mitteln, die damals zur Verfügung standen, Krankheiten erkannte und behandelte. Die medizinischen Inhalte im Buch sind grafisch gekennzeichnet, weshalb sich das Buch gleichermaßen an Fachpersonen und Laien richtet. Es erhebt keine wissenschaftlichen Ansprüche, sondern will ein Abbild jener Zeit sein. Zu Beginn wirft Persenico-Gysin einen historischen Blick auf das 1902 eingeweihte Talspital und seine Ärzte, doch auch der Mentalität der Bevölkerung wird besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Eine erstaunliche Leidenschaft und fatalistische Akzeptanz des Unabänderlichen charakterisierte vor allem die ältere Generation und beeinflusste damit das ärztliche Tun. Die Liebe zu Land und Leuten war Antrieb und Motivation zur Bewältigung der verantwortungsvollen ärztlichen Herausforderung, was laut dem Autor durch eine tiefe berufliche Befriedigung belohnt wurde. Auch die Stellung des Arztes in der ländlichen Gesellschaft ist Thema; man erfährt, wie es möglich war, der Familie und dem Beruf gerecht zu werden. Gegen Schluss werden die Blutsverwandtschaften erwähnt und die damit zusammenhängenden Auswirkungen wie Ahnenverluste oder die Verbreitung von Erbkrankheiten. Die Schilderungen vieler Schicksale und Episoden, des Schweren und des Leichten, des Ernsten und Amüsanten machen das Buch zu einem abwechslungsreichen und spannenden Leseerlebnis.

Prof. Dr. med. Felix Gutzwiller (em.), Zürich

gutzwillerfelix@bluewin.ch
Histoire de
la médecine
**Une méduse dans
le cerveau. Aux
origines de l'esprit**

Jean-Jacques Feldmeyer

 Paris: Editions de
l'Onde; 2021

Pour tous ceux qui sont atteints du virus de la connaissance et s'intéressent aux mystères de la conscience et des fonctions supérieures du cerveau, voilà un essai original, qui remonte aux origines biologiques de l'esprit dans une perspective évolutive.

Dans son troisième ouvrage sur les mystères du cerveau, l'auteur, un neurologue suisse, retrace cette révolution de l'évolution que fut il y a 650 millions d'années l'apparition du neurone, une cellule prodigieuse douée d'excitabilité, à l'origine de tout le règne animal.

Il décrit pas à pas l'épopée scientifique qui a permis de soulever un coin du cortex. Notamment les travaux du Britannique George Romanes, qui a étudié au XIX^e siècle les gracieuses pulsations des méduses, reliques encore vivantes des premiers essais du réseau neuronal de l'esprit.

Du ver de terre à l'homme, en passant par la fourmi, la pieuvre et la chauve-souris, le neurone a testé tous les cerveaux possibles et les multiples ébauches de la diversité des consciences du monde animal.

Cette histoire du neurone nous permet de comprendre d'où le cerveau animal tire son génie créatif: de l'ADN, vieux de 3,8 milliards d'années, issu des bactéries, aux origines même de la vie.

Illustré de schémas, écrit dans un langage précis mais accessible, ce livre nous plonge aux origines fascinantes de l'intelligence et pose sur celle de l'homme un constat pétrifiant: nous la devons aux humbles méduses.

Dr méd. Aurélien Hacquard, Delémont

aurel.hacquard@gmail.com

Sachbuch


**Willkommens-
kultur in rechts-
populistischen
Zeiten.**

Jürg Kollbrunner

Berlin: Hirnkost; 2020

Jürg Kollbrunners beeindruckendes Buch erlaubt einen vertieften Einblick in eine in der heutigen Zeit leider weitverbreitete politische Haltung. Der Autor beschreibt die psychopathologischen Aspekte respektive die lebensgeschichtlichen Hintergründe von Rechtspopulisten und autoritären politischen Eliten. Bemerkenswert ist der ausgezeichnete Überblick (verfasst im August 2020!) über die Covid-19-Problematik. Das Buch gibt klare Hinweise für die Identifikation und Erkennung von Fake News. Sehr nützlich ist die am Ende gewisser Kapitel angefügte Aufforderung «das glaube ich grösstenteils» oder «überprüfen».

Meines Erachtens ist der folgende Satz betreffend Rechtspopulismus zentral: «Die Identifikation mit einer gleichdenkenden Gruppe kann als Geborgenheit vermittelnde Unterstützung so wertvoll sein, dass man in Kauf nimmt, ab und zu auf Wahrhaftigkeit zu verzichten.»

Ein kluges, bitter notwendiges Werk in einer dunklen Zeit. Es eröffnet erhellende Perspektiven.

Dr. med. Wolfgang Bachmeier, Langnau i.E.

wbachmeier@gmx.ch
**Teilen Sie Ihre literarischen
Entdeckungen mit uns!**

Sie haben ein interessantes Buch gelesen und möchten es einem weiteren Leserkreis vorstellen? Schicken Sie uns Ihre Buchbesprechung (max. 1200 Zeichen inkl. Leerzeichen) an: redaktion.saez@emh.ch

**Partagez vos découvertes
littéraires!**

Vous avez lu un ouvrage intéressant et souhaitez en faire profiter d'autres lecteurs? Envoyez-nous votre critique littéraire (max. 1200 signes, espaces compris) à: redaction.bms@emh.ch

Weshalb ich in der Schweiz gerne zum Arzt gehe

Eva Mell

Managing Editor der *Schweizerischen Ärztezeitung*



«Haben Sie eine Frage? Kann ich Ihnen noch etwas erklären?» – Ich erinnere mich genau, wie ich im Behandlungszimmer meines Arztes in der Schweiz sass und meinen Ohren kaum traute. Ich durfte wirklich noch eine Frage stellen? So viel ärztliche Zuwendung hatte ich selten erlebt.

Ich komme aus Deutschland. Mein Leben lang habe ich die Erfahrung gemacht: Ärztinnen und Ärzte haben keine Zeit. Fragen, die ich unbedingt stellen wollte, habe ich vor dem Arztbesuch innerlich so knapp wie möglich vorformuliert und in der Sprechstunde mit einer erhöhten Geschwindigkeit aus mir herausgestossen. Wenn ich mit einem Rezept in der Hand aus der Praxis ging, war mir längst nicht immer klar, weshalb die Behandlung auf diese Weise erfolgen musste.

Vor einigen Jahren begann ich als Redaktorin in der Schweiz zu arbeiten. Das Land hat mich als Journalistin von Anfang an begeistert: Die Entfernungen sind gering, die Vielfalt ist gross. Die Begegnungen mit den Menschen, über die ich schrieb, und die abwechslungsreichen Themen entschädigten mich für den bürokratischen Aufwand, den ich beim Stellenwechsel in die Schweiz hatte. Anfangs war ich geradezu genervt davon, mir eine Schweizer Krankenversicherung organisieren zu müssen. Doch mittlerweile ist die ärztliche Versorgung einer der schönsten Nebeneffekte meiner Berufstätigkeit hierzulande. Meine beiden Kinder sind in Schweizer Spitälern geboren. Meine ältere Tochter hatte als Baby eine grössere gesundheitliche Baustelle, die in einem Schweizer Unispital behandelt wurde, und hat momentan eine mittelgrosse Baustelle, die wieder regelmässig dazu führt, dass wir in Wartezimmern in der Schweiz Platz nehmen.

Zwei oder drei Tage, nachdem sie geboren wurde, sass ich im Frühstückssaal des Spitals. Eine andere Mutter rief auf einmal: «Ich will gar nicht mehr nach Hause. Ich fühle mich wie im Hotel und alle kümmern sich um mich!» An diesen Ausspruch musste ich bei meinen weiteren Spitalbesuchen in der Schweiz denken. Wann immer ich wegen Schmerzen, einer Frage oder Unsicherheit klingelte – schnell kam jemand und half mir geduldig. Die Mitarbeitenden nahmen sich die

Zeit, die ich als Patientin oder als Mutter einer Patientin von ihnen brauchte.

In deutschen Spitälern hingegen erlebte ich bisher vor allem Zeitdruck bei Ärztinnen, Ärzten und Pflegekräften und immer wieder Behandlungen, die mein Vertrauen ins Gesundheitssystem eher schmälerten.

Mir ist klar, dass ich bis hierhin stark polarisiert habe. Wie unjournalistisch! Deshalb möchte ich nun erwähnen, dass es auch in Deutschland schon vorkam, dass ich sehr zufrieden mit einer Behandlung war und manche Ärztinnen und Ärzte sehr schätze. Ausserdem habe ich von Schweizer Arbeitskolleginnen und -kollegen auch Kritik in Bezug auf das Schweizer Gesundheitssystem gehört. Zu wenig Zeit, zu unfreundlich, zu wenig patientenorientiert: Was ich in deutschen Arztpraxen und Krankenhäusern erlebt habe, scheinen manche Schweizerinnen und Schweizer auch bei ihren Arzt- und Spitalbesuchen zu erfahren.

«Mittlerweile ist die ärztliche Versorgung einer der schönsten Nebeneffekte meiner Berufstätigkeit in der Schweiz.»

Ich gebe zu, dass ich selbst auch nicht nur reibungslose Kontakte zu Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz hatte. Ja, ich war begeistert, als mein Arzt mich ermutigte, eine Frage zu stellen. Doch mit genau dieser Person kam es einige Wochen später zu Kommunikationsproblemen, die auf beiden Seiten zu Verstimmungen führten. Worüber ich aber froh war und bin: Er nahm sich die Zeit, mit mir darüber zu sprechen, so dass wir die Behandlung im Reinen miteinander abschliessen konnten.

Nun bin ich Redaktorin bei der *Schweizerischen Ärztezeitung* und freue mich, einen tieferen Einblick in die Themen zu erhalten, die Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz bewegen. Bereits nach wenigen Wochen in der Redaktion sehe ich, dass es viel Diskussionsbedarf rund um gesundheitspolitische Entwicklungen gibt, dass manches zu Recht kritisiert wird und verbessert werden muss. Dennoch: Lassen Sie sich an Ihrem heutigen Arbeitstag von einem Wort begleiten, das ich Ihnen nun mit auf den Weg geben möchte: «Danke!»

