

Schweizerische Ärztezeitung

1219 Editorial
von Yvonne Gilli
**Wie das Prämienwachstum
nachhaltig ausgebremst
werden kann**

1228 ZHAW
**Prävention psychischer
Erkrankungen im Kindes-
und Jugendalter**

1252 «Zu guter Letzt»
von Daniel Schröpfer
**Digitaler versus persönlichen
Austausch**

1220 Das Globalbudget
**Eine Gefahr für die Solidarität
zwischen Alt und Jung?**

38 22.9.2021



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: Yvonne Gilli

1219 **Wie das Prämienwachstum nachhaltig ausgebremst werden kann**

1220



AKTUELL: Nora Wille, Yvonne Gilli

Was bedeutet ein Globalbudget für die Generationensolidarität? Im Rahmen der Corona-Krise wurde vielfach diskutiert, wie viel Gesundheit kosten darf und wie stark die jüngere Generation für die ältere Generation in die Pflicht genommen werden darf. In der Grundversicherung hat die Generationensolidarität eine lange Tradition. Die in der Corona-Politik vielbetonte Priorität gesundheitlicher Bedürfnisse soll zukünftig jedoch Kostendeckeln weichen, die auch die Generationengerechtigkeit infrage stellen.

1227 **Personalien****Weitere Organisationen und Institutionen**

ZHAW: Frank Wieber, Silvia Passalacqua, Annina Zysset, Aureliano Crameri, Alfred Künzler, Agnes von Wyl

1228 **Prävention psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter****Briefe / Mitteilungen**1232 **Briefe an die SÄZ**1233 **Facharztprüfungen****Wichtige Sicherheitsinformationen**1236 **Wichtige sicherheitsrelevante Informationen zu Glatirameracetat**1237 **Erhöhtes Risiko für schwerwiegende unerwünschte kardiovaskuläre Ereignisse und maligne Erkrankungen bei Anwendung von Tofacitinib im Vergleich zu TNF-alpha-Inhibitoren**

FMH Services



1241 **Stellen und Praxen** (nicht online)

Tribüne

GRÜEZI SCHWEIZ: Simon Koechlin

1249 **Unbeirrt über alle Hürden**

Horizonte

OBJEKTGESCHICHTE: Iris Ritzmann

1251 **Mit dem Geblift in die Berge**

Zu guter Letzt

Daniel Schröpfer

1252 **Digitaler versus persönlichen Austausch**



BENDIMERAD

Impressum

Schweizerische Ärztezeitung

Offizielles Organ der FMH
und der FMH Services

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

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

Anzeigen:

Markus Will, Leiter Sales,
Tel. +41 (0)61 467 85 97
markus.will@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 pu-
blizierten 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:

© Paolo Bendandi / Unsplash

Wie das Prämienwachstum nachhaltig ausgebremst werden kann

Yvonne Gilli

Dr. med., Präsidentin der FMH



Die Nachrichten im Vorfeld der diesjährigen Prämienrunde stimmen optimistisch. Nach den niedrigen Prämienaufschlägen der letzten Jahre von 1,2%, 0,2% und 0,5% [1] dürfen wir wohl erneut einen sehr moderaten Zuwachs von etwa 0,8% erwarten [2]. Trotzdem wird auch in diesem Jahr die positive Entwicklung von Unkenrufen begleitet. Unter anderem wird davor gewarnt, dass die Prämien «künstlich niedrig» seien, weil Reserven aufgelöst würden.

So irreführend diese Aussage ist, so wichtig ist ihr wahrer Kern: Tatsächlich ist die Prämienentwicklung kein direkter Spiegel der Kostenentwicklung – und das war sie auch

Die Prämienentwicklung ist kein direkter Spiegel der Kostenentwicklung – und war dies auch noch nie

noch nie! Dies liegt einerseits daran, dass die vom BAG genehmigten Prämien auf Kostenprognosen für das jeweils nachfolgende Jahr beruhen. Diese sind wegen gesetzlicher Anforderungen eher zu hoch angesetzt und dienen auch dem – Zitat BAG – «notwendigen Reserveaufbau» [3]. So bezahlten die Versicherten in 23 von 24 Jahren seit Einführung der Grundversicherung höhere Prämien, als sie an Nettoleistungen bezogen – mit besonders grossen Differenzen in den Jahren 2017 bis 2019 [4]. Wenn es also Reserven abzubauen gibt, liegt dies auch daran, dass die Versicherten zuvor mehr bezahlt haben, als sie an Leistungen beanspruchten – die Prämien vorher also «künstlich hoch» waren.

Noch viel bedeutsamer als die über Jahre zu hoch angesetzten Prämien ist aber der Umstand, dass aktuell 38% unseres Gesundheitswesens über Prämien finanziert werden – statt lediglich 30% wie bei Einführung des KVG im Jahr 1996 [5]. Entsprechend sind die *prämienfinanzierten* Kosten seither viel stärker gestiegen – nämlich um 175% – als die *Gesamtkosten* mit 117% [5]. Es wächst also nicht einfach nur der Rechnungsbetrag – vor allem muss der Prämienzahler einen immer grösseren Teil dieser Rechnung begleichen. Wäre der prämienfinanzierte Anteil des Gesundheitswesens konstant geblieben, wären die Prämien heute um 20% niedriger [5].

Diese Entwicklung hin zu einer zunehmenden Belastung der Prämienzahlenden wird sich wohl noch weiter fort-

setzen, sofern die Politik nicht handelt. Denn dass wir immer mehr Behandlungen ambulant durchführen statt stationär, macht die Versorgung zwar *insgesamt* kostengünstiger – aber für den *Prämienzahler* teurer, weil ambulante Behandlungen ausschliesslich über Prämien bezahlt werden – und nicht wie stationäre Behandlungen überwiegend aus Steuergeldern. Diese Verlagerung trifft vor allem einkommensschwache Haushalte, weil die Kopfprämien unabhängig von der ökonomischen Leistungsfähigkeit bezahlt werden müssen.

Ein Lösungsvorschlag, wie man diese unsoziale Lastenverschiebung aufhalten könnte – und gleichzeitig grosse Effizienzpotenziale realisieren könnte –, liegt im Parlament seit über zehn Jahren vor [6], bislang leider ohne Ergebnis. Mit der einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS) würden die Finanzierungsanteile von Prämien- und Kantonsgeldern festgeschrieben – unabhängig davon, ob eine Behandlung ambulant oder stationär erfolgt. Dadurch könnte auch das Potenzial ambulanter Behandlungen besser ausgeschöpft und vor allem könnten Modelle der integrierten Versorgung gefördert werden mit grossen Kostenvorteilen für die Versicherten. Unter dem Strich würden die Prämienzahlenden durch eine sozialere Lastenverteilung sowie Einsparungen von meh-

Würde nicht ein immer grösserer Anteil des Gesundheitswesens über Prämien finanziert, wären die Prämien heute 20% niedriger.

rerer Milliarden jährlich deutlich entlastet – während die Versorgungsqualität sogar verbessert würde.

Ob es noch mehr Grund zum Optimismus gibt als einfach die niedrigen Prämienaufschläge der letzten Jahre, entscheidet sich im Parlament. Mit EFAS könnte die Prämienlast nachhaltig reduziert werden – und dies im Gegensatz zu anderen politischen Vorhaben ohne Versorgungseinbussen. Eine breite Allianz von Akteuren des Gesundheitswesens sowie das Konsumentenforum treten schon lange für EFAS ein [6] – die Politik muss nur noch handeln.

Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter www.saez.ch



In der Grundversicherung hat die Generationensolidarität eine lange Tradition.

Was bedeutet ein Globalbudget für die Generationensolidarität?

Nora Wille^a, Yvonne Gilli^b

^a Dr. phil., persönliche wissenschaftliche Mitarbeiterin der Präsidentin; ^b Dr. med., Präsidentin der FMH

Im Rahmen der Corona-Krise wurde vielfach diskutiert, wie viel Gesundheit kosten darf und wie stark die jüngere Generation für die ältere Generation in die Pflicht genommen werden darf. In der Grundversicherung hat die Generationensolidarität eine lange Tradition. Die in der Corona-Politik vielbetonte Priorität gesundheitlicher Bedürfnisse soll zukünftig jedoch Kostendeckeln weichen, die auch die Generationengerechtigkeit infrage stellen.

Im Rahmen der Covid-19-Pandemie drehten sich private, politische und mediale Diskussionen oftmals um die fundamentale Frage, wie viel die Gesundheit kosten darf. Die getroffenen Massnahmen warfen Fragen der Verhältnismässigkeit auf: Wie viele Einschränkungen und wie hohe Kosten sind für wie viel gerettete Lebenszeit gerechtfertigt? Der Bundesrat betonte die Notwendigkeit, «eine gute Balance zu finden zwischen gesundheitlichen Massnahmen und wirtschaftlichen

Auswirkungen» [1] bzw. eine «Güterabwägung zwischen Gesundheit, Wirtschaft und öffentlichem Leben» vorzunehmen [2]. Darüber, wie dieser «politische Trade-off» [3] aussehen sollte, gingen die Meinungen auseinander. Während Vertreter der SVP betonten, dass Gesundheit und Gesundheitswesen auch mit dem Erhalt einer laufenden Wirtschaft und Arbeitsplätzen geschützt werden müssten [4], betonten SP-Vertreter, die Gesundheit würde «durch grosszügigere finanzielle

Hilfe» geschützt. «Problemlos» könne sich die Schweiz «viele weitere Milliarden leisten», zumal sich jeder investierte Franken «mehrfach bei den gesundheitlichen und sozialen Folgekosten» auszahle. Dank Negativzinsen werde man «sogar bezahlt fürs Schuldenaufnehmen» [5].

Die Frage der Generationensolidarität: Wer bezahlt wie viel für wen?

Die öffentlichen Abwägungen zwischen Gesundheitsschutz einerseits und seinen Kosten andererseits gewannen auch durch die unterschiedliche Betroffenheit verschiedener Altersgruppen an Brisanz. Es ging nicht nur darum, wie viel Gesundheit kosten darf, sondern auch darum, wie viel *wessen* Gesundheit *wen* kosten darf. Vielfach wurde thematisiert, dass in erster Linie ältere Menschen geschützt würden, während gleichzeitig junge Menschen um Entwicklungschancen gebracht und mit Schulden beladen würden. Die Generationensolidarität wurde hochgehalten, und der Bundesrat antwortete auf die immer wieder gestellte Frage «Warum tut ihr das alles für Leute, die so oder so bald sterben werden?» mit der «Präambel der Bundesverfassung: ‘Die Stärke des Volkes misst sich am Wohl der Schwachen’» [6].

Befragungen zeigten, dass die Solidarität nicht nur in der Verfassung, sondern auch in der Bevölkerung fest verankert ist. So betrachteten 16- bis 25-Jährige die Einschränkungen persönlicher und wirtschaftlicher Freiheiten als ausbalanciert, obwohl sie selbst kaum Gesundheitsschäden zu befürchten hatten. Zwei Drittel von ihnen fanden, dass die Solidarität zwischen den Generationen gestärkt wurde, und lehnten es ab, dass Rentnerinnen und Rentner den Schaden durch zusätzliche Abgaben mittragen müssen [7]. Ältere Menschen gaben mehrheitlich an, die Corona-Krise habe ihr Bild

von jüngeren Generationen und auch die Beziehung zwischen jüngeren und älteren Menschen positiv beeinflusst [8].

Die Grundversicherung lebt die Solidarität zwischen Jung und Alt

Dass die Generationensolidarität in der Bevölkerung ein fester Wert ist, lässt sich auch am Prinzip der obligatorischen Grundversicherung ablesen. Ein zentrales Anliegen des heutigen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) war die «Verstärkung der Solidarität» ([9] S. 95) – auch der «zwischen den jüngeren und den älteren Generationen» ([9] S. 119). Der Blick auf Abbildung 1 zeigt, dass diese Solidarität gelebte Praxis ist. Durch die mit zunehmendem Alter höhere Krankheitslast beziehen die Altersgruppen ab 66 Jahren (~18% der Versicherten) durchschnittlich mehr Nettoleistungen, als sie an Prämien einzahlen. Diese Differenz wird in den älteren Gruppen immer grösser, gleichzeitig sinkt mit zunehmendem Alter aber auch die Anzahl der Versicherten deutlich.

Dass hohe Altersgruppen als Nettobezogener ein Mehrfaches ihrer Prämienzahlungen als Leistungen beziehen, während jüngere Altersgruppen teilweise doppelt so viele Prämien bezahlen, wie sie an Leistungen erhalten, wurde bislang im Grundsatz nicht kritisiert, sondern als Sinn einer Versicherung nach dem Solidaritätsprinzip verstanden. Die Generationengerechtigkeit ist auch nicht tangiert, sofern die heutigen Nettozahlenden im Alter die gleichen Chancen auf die Befriedigung ihrer Bedürfnisse haben. Die Sorge gilt darum auch vorrangig der Zukunft: Ist diese Umverteilung von Jung zu Alt langfristig trotz der Entwicklung von Demographie und Gesundheitskosten tragbar?

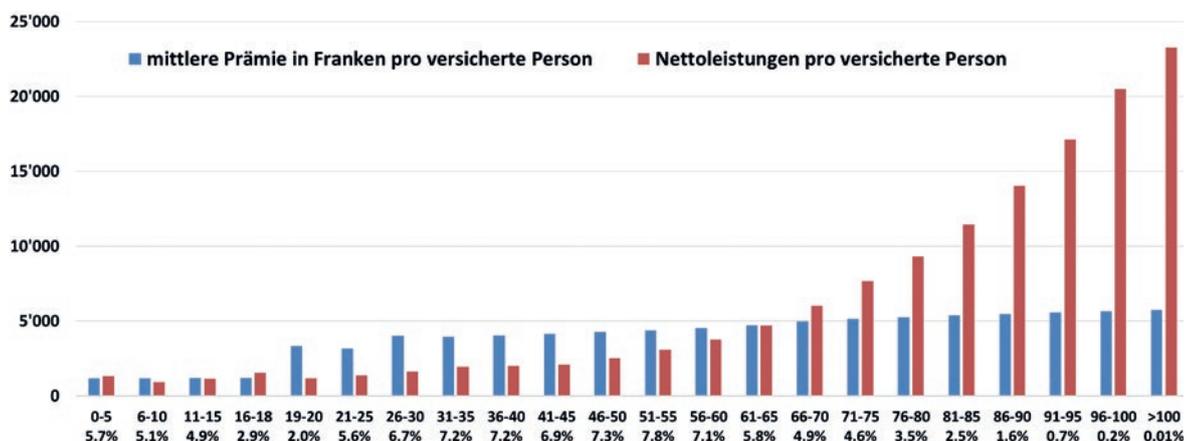


Abbildung 1: Mittlere Prämie und Nettoleistung pro versicherte Person nach Altersgruppe (Anteil der Altersgruppe an den OKP-Versicherten in Prozent) [10].

Höchste Kosten, aber niedrigste prozentuale Steigerung bei den Ältesten

Um das Kostenwachstum in der OKP zu beschränken, plant der Bundesrat aktuell auf verschiedenen Ebenen die Einführung von Globalbudgets. Sowohl der geplante Artikel 47c KVG des ersten Kostendämpfungspakets als auch die sogenannten Zielvorgaben fordern, dass eine vorab als «gerechtfertigt» definierte Kostensteigerung festgelegt wird. In einem «fiktiven Zahlenbeispiel» des Bundesrats, das dennoch eine Idee von der Grössenordnung gibt, beträgt die für ein Jahr als akzeptabel definierte Kostensteigerung 2,7% [11]. Ein solches Kostenziel würde dann auf die Kantone und vordefinierte Kostenblöcke (zum Beispiel stationär und ambulant) sowie Leistungserbringerbereiche aufgeteilt und müsste von den Leistungserbringern eingehalten werden. Sofern sie finanzielle Sanktionen vermeiden möchten, müssten sie also im Zweifelsfall Leistungen vorenthalten.

Wie genau ein solches Ziel berechnet werden soll, wird nicht angegeben. Der Bundesrat machte jedoch deutlich, dass die Demographie eines Kantons bei der Zuteilung kantonaler Kostenziele berücksichtigt werden sollte. Auch für den Artikel 47c verdeutlicht er, dass die Kalkulation der «gerechtfertigten» Kosten unter vielen anderen Faktoren auch die demographische Entwicklung berücksichtigen müsse. Doch was heisst das genau?

Abbildung 2 zeigt für den Zeitraum zwischen 1997 und 2019 die Zunahme der OKP-Nettokosten pro Versicherten und Jahr unterteilt nach verschiedenen Altersgruppen. Die prozentual geringste Kostensteigerung wies in diesem Zeitraum mit jahresdurchschnittlich 1,6% die Altersgruppe der 96- bis 100-jährigen auf. Die prozentual höchste Kostensteigerung wiesen hingegen mit 4,5% die 16- bis 18-Jährigen auf, dicht gefolgt von den 11- bis 15-Jährigen mit 4,4%. Während die Hochbetagten das prozentuale Kostenziel aus dem «fiktiven Zahlenbeispiel» des Bundesrats im langfristigen Jahresdurchschnitt also problemlos einhalten, ist dies bei Kindern und Jugendlichen nicht der Fall. Trotzdem beträgt, wie an der Graphik gut zu sehen ist, der absolute Kostenanstieg der Betagten ein Mehrfaches von dem der Kinder. Während die OKP-Nettokosten der 16- bis 18-Jährigen um 945 Franken (von 590 auf 1536 CHF) stiegen, wuchsen die der 96- bis 100-jährigen um 5728 Franken (von 14 761 auf 20 490 CHF) an.

Wie wäre diese Entwicklung im Rahmen von Kostenzielen zu handhaben? Müsste man die prozentual höhere Kostensteigerung bei Kindern und Jugendlichen begrenzen – während der absolut deutlich grössere Kostenzuwachs bei Seniorinnen und Senioren bestehen bleiben dürfte? Würde man verschiedenen Altersgruppen verschiedene Kostensteigerungen zugestehen? Dürften die Kosten der Patientinnen und Patienten der Pädiaterinnen und Pädiater stärker wachsen als die der Patientinnen und Patienten der

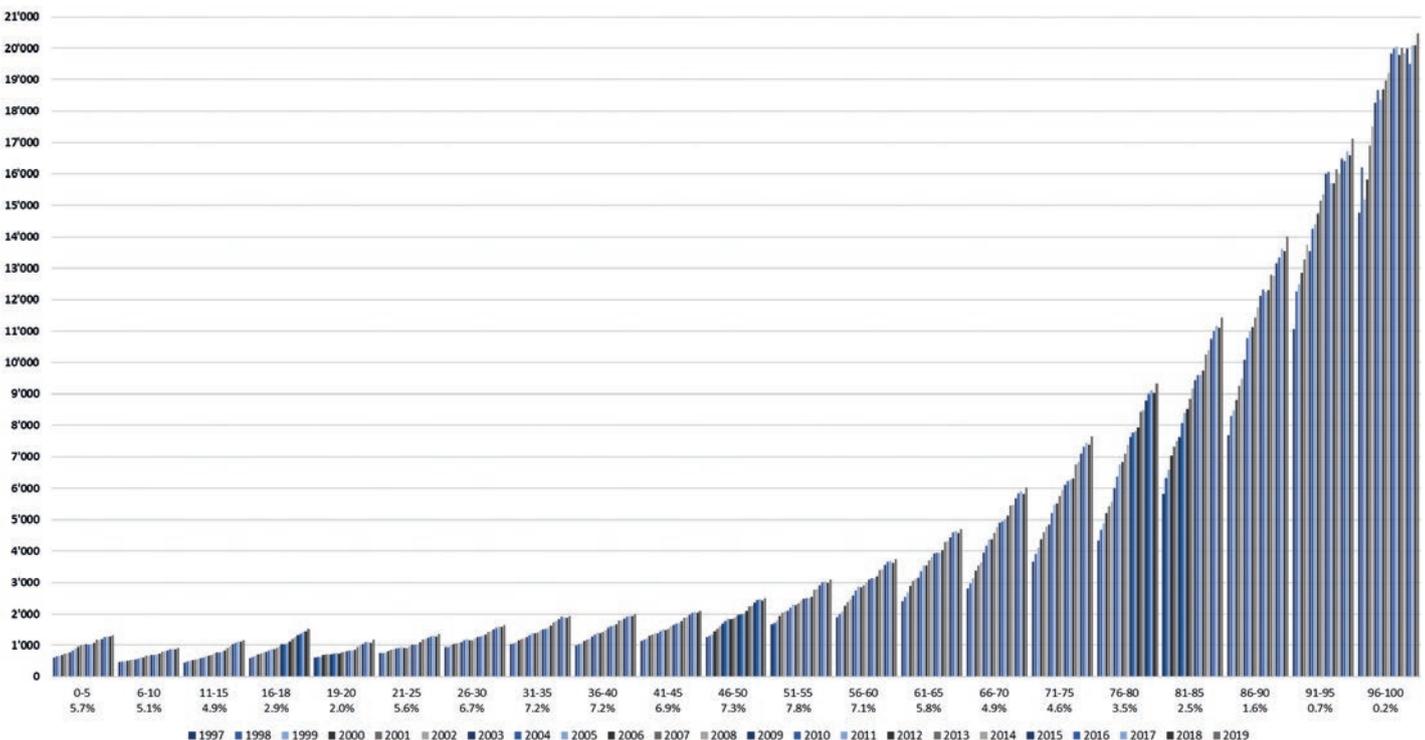


Abbildung 2: OKP-Nettoleistungen pro Versicherten pro Jahr in Franken nach Altersgruppe (Anteil der Altersgruppe an den OKP-Versicherten in Prozent) [12].

Geriaterrinnen und Geriater? Oder umgekehrt? Und wäre das gerecht?

Endet die Solidarität mit dem Kostendeckel?

Solche Fragen sollten nicht gestellt werden müssen. Gesundheitsleistungen müssen nicht allen im gleichen Umfang, sondern allen nach ihrem Bedarf zur Verfügung stehen. Die Frage nach Gerechtigkeit im Sinne einer Gleichbehandlung kommt erst auf, wenn der Bedarf nicht mehr für alle gedeckt werden kann. Dies wurde im Pandemie-Geschehen erschreckend deutlich, als angesichts der begrenzten Anzahl an Intensivbetten über Triagekriterien und hier auch die Rolle des Alters diskutiert wurde. Auch mit der Einführung von Globalbudgets – ergo Kostendeckeln – werden Ressourcen begrenzt, so dass Fragen der Verteilungsgerechtigkeit eine neue Bedeutung bekämen und die Solidarität im Allgemeinen, aber auch die Generationensolidarität belasten könnten.

Es stünde im Widerspruch zu vielen Aussagen und Forderungen der Politik während der Corona-Krise, würde man der Gesundheitsversorgung ein Zwangskorsett von Budgets auferlegen. Statt wie heute für alle Versicherten WZW-konforme Gesundheitsleistungen gemäss individuellem Bedarf sicherzustellen, würde dann tatsächlich die «Kostenfrage über die Gesundheit der Menschen gestellt» [13]. Die heute praktisch gelebte Solidarität würde durch Verteilungskonflikte überlagert, die sich auch entlang der Generationengrenzen bilden könnten. Trotz aller Herausforderungen ist die Grundversicherung der Schweiz ein schuldenfreies System, das sogar über grosse Reserven verfügt. Es gibt keinen Grund, in Hinblick auf die Corona-Pandemie die Gesundheit vor die Kosten zu stellen – und in der Grundversicherung andersherum zu verfahren.

Literatur

- 1 Von Burg D, Schmid A. Alain Berset im Interview. «Tun wir nichts, drohen bis zu 15'000 Fälle täglich». Tages-Anzeiger [Internet]. 17. Januar 2021. www.tagesanzeiger.ch/tun-wir-nichts-drohen-bis-zu-15000-faelle-taeglich-795430085022
- 2 «Grosser Teil sind über 80-Jährige»: Bundesrat Maurer verteidigt Strategie in der zweiten Welle – trotz vieler Toter. Aargauer Zeitung [Internet]. 21. November 2020. www.aargauerzeitung.ch/schweiz/grosser-teil-sind-uber-80-jahrige-bundesrat-maurer-verteidigt-strategie-in-der-zweiten-welle-trotz-vieler-toter-ld.2066642

- 3 Berset zu Berns erfolgreicher Strategie in der Coronavirus-Pandemie: Darum hat es die Schweiz anders gemacht als Deutschland. Blick [Internet]. 13. Juni 2021. www.blick.ch/ausland/berset-zu-berns-erfolgreicher-strategie-in-der-coronavirus-pandemie-darum-hat-es-die-schweiz-ganz-anders-gemacht-als-deutschland-id16595852.html
- 4 Rösti A. Delegiertenversammlung, Samstag, 22. August 2020: Nur die SVP steht für Freiheit und Sicherheit [Internet]. www.svp.ch/news/artikel/referate/nur-die-svp-steht-fuer-freiheit-und-sicherheit/
- 5 Pult J. Corona-Finanzpolitik: Ueli Maurer irrt [Internet]. 9. Dezember 2020. www.sp-ps.ch/de/publikationen/esspress/corona-finanzpolitik-ueli-maurer-irrt
- 6 Häfliger M, Loser P. Interview mit Bundesrat Alain Berset: «Nun können wir ein bisschen cooler werden» [Internet]. 10. Mai 2020. www.tagesanzeiger.ch/ein-bisschen-cooler-werden-865547480119
- 7 gfs.bern. CS Jugendbarometer 2020: Die politisierte Jugend kennt Farbe. URL: www.gfsbern.ch/wp-content/uploads/2020/09/203116_cs_jugendbarometer_2020_gelayoutet.pdf
- 8 gfs-zürich. Markt- & Sozialforschung, Mai 2020, Quantitative Befragung im Auftrag von Pro Senectute Schweiz: Repräsentative Bevölkerungsbefragung 50plus zum Generationendialog vor dem Hintergrund der Corona-Krise [Internet]. Mai 2020. gfs-zh.ch/wp-content/uploads/2020/06/Bericht_Corona_Einfluss_auf_Generationendialog.pdf
- 9 Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991 (91.071). Schweizerisches Bundesarchiv, Digitale Amtsdrukschriften. Bundesblatt 1992, Band 1, Heft 3, 28.1.1992, S. 93-292; Ref.-Nr. 10 052 098 [Internet]. www.fedlex.admin.ch/eli/fga/1992/1_93_77_65/de
- 10 Archiv der Statistik der OKP, aktuellste Daten von 2019, Tabellen T 3.07 Prämien und mittlere Prämien je versicherte Person nach Altersklasse und Geschlecht sowie T 2.09 Nettoleistungen nach Altersklasse und Geschlecht [Internet]. www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-zur-krankenversicherung/statistik-der-obligatorischen-krankenversicherung/Portal-statistik-der-obligatorischen-krankenversicherung.exturl.html/aHROcHM6Ly9zdGF0b2twLmJhZ2FwcHMUy2gvcG9ydGFsX-2RlLn/BocD9wPWRVd25sb2Fkci18xjmxhbm92GU=.html; Prozentuale Verteilung der Altersgruppen aus T 7.15 Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Altersklasse und Geschlecht 2019; Datenstand 4.6.2020, Formular EF 3.11; Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2019, Bundesamt für Gesundheit.
- 11 Bundesamt für Gesundheit (BAG). Faktenblatt, 19. August 2020, Zielvorgabe für Kostenentwicklung im Gesundheitswesen [Internet]. 19. August 2020. www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-leistungen/Laufende%20Revisionsprojekte/kvg-aenderung-massnahmen-kostendaempfung-paket-2/faktenblatt-zielvorgabe.pdf.download.pdf/Faktenblatt_Zielvorgabe_DE.pdf
- 12 Bundesamt für Gesundheit (BAG). BAG, Datenreihe «Nettoleistungen pro Versicherten pro Jahr in Franken, nach Altersgruppe. Für alle Versicherungsformen»; Prozentuale Verteilung der Altersgruppen aus T 7.15 Durchschnittlicher Versichertenbestand nach Altersklasse und Geschlecht 2019; Datenstand 4.6.2020, Formular EF 3.11; Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2019 [Internet]. www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-zur-krankenversicherung/statistik-der-obligatorischen-krankenversicherung/Portal-statistik-der-obligatorischen-krankenversicherung.exturl.html/aHROcHM6Ly9zdGF0b2twLmJhZ2FwcHMUy2gvcG9ydGFsX2RlLn/BocD9wPXPzZXdNGitMSZsYW5nPWRI.html
- 13 «Kostenfrage über Gesundheit gestellt»: SP fordert neue Coronastrategie des Bundes [Internet]. 24. November 2020. www.luzernerzeitung.ch/news-service/inland-schweiz/corona-sp-fordert-kohaerente-strategie-in-der-zweiten-welle-ld.2067469

Bildnachweis

Paolo Bendandi / Unsplash

Nora.Wille@atf.fmh.ch

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Kirsten Schlaudraff (1968), † 27.7.2021,
Fachärztin für Chirurgie, 8604 Volketswil

Daniel Croci (1929), † 19.8.2021,
Spécialiste en médecine interne générale,
1290 Versoix

Praxiseröffnungen / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

GE

Anne-Marie Cressens,
Médecin praticien,
Rue Dr-Alfred-Vincent 17, 1201 Genève

TI

Alberto Fasoli,
Facharzt für Gastroenterologie,
Via Stazione 3, 6600 Muralto

Ärztegesellschaft des Kantons Bern

Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied
haben sich angemeldet:

Christine Egger, Fachärztin für Pathologie,
FMH, Pathologie Länggasse, Worbental-
strasse 32 West, 3063 Ittigen

Nadina Stoffel, Fachärztin für Kinder- und
Jugendmedizin, FMH, Kapellenstrasse 5,
3011 Bern

Erika Vollnberg, Fachärztin für Dermatologie,
Schanzenstrasse 1, 3008 Bern

Christian Wenger, Facharzt für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
Zwinglistrasse 14, 3007 Bern

Einsprachen gegen diese 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 die
allfälligen Einsprachen.

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft
Sektion Stadt haben sich gemeldet:

Luzius Hildebrand, Facharzt für Anästhesio-
logie, FMH, ab 1.11.2021: Klinik für Anästhesie,
Intensivmedizin und Schmerztherapie
St. Anna, St. Anna-Strasse 32, 6006 Luzern

Camil Walter Zahner, Facharzt für Anästhesio-
logie, FMH, Swissanesth GmbH, Geismet 11,
4317 Wegenstetten, Mobile Anästhesie im
Kanton Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft
Sektion Gäu haben sich gemeldet:

Andrej Panic, Facharzt für Urologie, Praxis am
See Uroswiss AG, Spitalstrasse 16, 6210 Sursee

Mark Peter Pautsch, Facharzt für Anästhesio-
logie, Anästhesiepraxis, Maurersweide 22,
3703 Aeschi b. Spiez, Mobile Anästhesie im
Kanton Luzern

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

Ärztegesellschaft Thurgau

Die Ärztegesellschaft Thurgau informiert
über folgende Neuanmeldung:

Heinz Rötheli, Rheinstrasse 1, 8500 Frauen-
feld, Facharzt für Psychiatrie und Psycho-
therapie, FMH

Für die Arztpraxis und MPA-Lernende

Ausbildungsprogramm für die Lehrbetriebe



- Handlungskompetenzen-orientiert
- In Deutsch, Französisch und Italienisch
- Gedruckt und als eBook

shop.emh.ch

EMHMedia
SCHWEIZERISCHER ÄRZTEVERLAG
EDITIONS MEDICALES SUISSES





Prävention psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter

Frank Wieber^a, Silvia Passalacqua^b, Annina Zysset^c, Aureliano Cramer^d, Alfred Künzler^e, Agnes von Wyl^f

^a Prof. Dr. phil., Stellv. Leiter der Forschung am Institut für Gesundheitswissenschaften der ZHAW, Winterthur, Privatdozent im Fachbereich Psychologie der Universität Konstanz, Konstanz; ^b MSc, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Psychologischen Institut der ZHAW, Zürich; ^c Dr. phil., wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gesundheitswissenschaften der ZHAW, Winterthur; ^d Dr. phil., Dozent am Psychologischen Institut der ZHAW, Zürich; ^e Dr. phil., Leiter Koordinationsstelle beim Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz, Bern; ^f Prof. Dr. phil., Leitung Fachgruppe Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie am Psychologischen Institut der ZHAW, Zürich

Psychische Erkrankungen beginnen oft schon im Kindes- und Jugendalter. Werden sie nicht frühzeitig erkannt, können sie das Leben der Betroffenen bis ins Erwachsenenalter beeinträchtigen. Deshalb gibt es in der Schweiz neben Anlaufstellen und Internetplattformen auch Informationsmaterialien, die den medizinischen Fachpersonen das Gespräch mit den Betroffenen erleichtern und die Früherkennung fördern können.

Internationale Studien schätzen, dass 10 bis 20 Prozent der Kinder und Jugendlichen von einer psychischen Störung betroffen sind [1, 2]. Psychische Erkrankungen neigen ausserdem dazu, bis ins Erwachsenenalter zu persistieren: Von den Erwachsenen, die unter einer psychischen Störung leiden, erkrankte bereits die Hälfte während der Adoleszenz [3–5]. Viele Kinder und Jugendliche haben nur subklinische Symptome. Doch

auch diese müssen von den Kinder- bzw. Hausärztinnen und -ärzten sorgsam beobachtet werden. Zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im Kindesalter gehören Angststörungen und externalisierende Störungen [3]. Im Jugendalter treten hingegen Depressionen, Substanz- und Essstörungen sowie Schizophrenie vermehrt auf [3]. Allerdings ist in der Schweiz die Datengrundlage zur Prävalenz von psychischen Störungen bei

Kindern und Jugendlichen ungenügend [6, 7]. Bekannt ist allerdings, dass das Versorgungsangebot unzureichend ist für Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen, insbesondere für diejenigen aus psychosozial und ökonomisch belasteten Familien [8].

Wichtigkeit des präventiven Ansatzes

Unbehandelte psychische Erkrankungen haben für Kinder und Jugendliche, ihre Familien sowie die Gesellschaft langfristige Folgen (eingeschränkte Schulentwicklung, Schulmisserfolge etc.). Kinder mit externalisierenden Störungen fallen häufig auf, während Kinder mit internalisierenden Störungen eher übersehen und somit nicht psychiatrisch oder psychotherapeutisch behandelt werden. Beim Übergang vom Jugend- zum Erwachsenenalter schliesslich können psychische Erkrankungen den Lernerfolg und den Einstieg in die

Psychische Erkrankungen werden von Teilen der Bevölkerung immer noch nicht ernst genommen oder als Stigma angesehen.

Arbeitswelt beeinträchtigen und zu einer nachhaltigen Beeinträchtigung in zahlreichen Lebensbereichen wie Bildung, Erwerbs- und Arbeitsfähigkeit, sozialen Beziehungen, somatischer Gesundheit und Lebensqualität führen [9]. So weisen junge Menschen, die eine IV-Rente beziehen, überdurchschnittlich häufig psychiatrische Diagnosen auf.

Eine frühzeitige Erkennung und Behandlung von psychischen Erkrankungen kann sich günstig auf den weiteren Verlauf auswirken [10] und die starken individuellen und familiären Belastungen sowie die negativen gesellschaftlichen Auswirkungen verringern. Studien zeigen, dass je früher eine psychische Störung behandelt wird, desto besser ist die Prognose und desto langfristiger ist die Wirkung der Behandlung [11].

Zentrale Rolle der Ärztinnen und Ärzte

Im Versorgungssystem nehmen Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte eine zentrale Rolle für die psychische Gesundheit bzw. die Früherkennung von psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter ein [12, 13]. Durch die langjährige Betreuung der Jugendlichen und deren Familien können sie die Gesundheitsvorsorge fördern, mögliche psychische Störungen früh identifizieren und durch eine Überweisung an eine psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlungsstelle einer Chronifizierung entgegenwirken. Im Gespräch können auch unauffälligere psychische Belastungen sichtbar werden [14].

Das hohe Präventionspotenzial in der Primärversorgung wird auch in der gesundheitspolitischen Strategie des Bundesrates *Gesundheit2030* und in der nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten festgehalten [12, 13]. Insbesondere im Rahmen des Programms Prävention in der Gesundheitsversorgung von Gesundheitsförderung Schweiz werden Massnahmen entwickelt [15, 16].

Schwierigkeiten und Ressourcen bei der Früherkennung

Landesweite Kampagnen

Nach wie vor werden psychische Erkrankungen von Teilen der Bevölkerung nicht ernst genommen oder aber als Stigma angesehen. Davon sind auch Kinder und Jugendliche nicht ausgenommen [17]. Beispielsweise hält sich der Irrtum, dass Depression keine «richtige» Erkrankung sei und schon gar nicht bei Jugendlichen auftritt. Die Betroffenen selbst wie auch das Umfeld meinen, die Betroffenen seien schlicht faul, selbst schuld etc. Hier gilt es, weiter darüber aufzuklären, dass Depressionen jeden treffen können und dass die Prognose in der Regel umso besser ist, je früher eine Hilfestellung und eine Therapie erfolgen. Dies kann bereits Linderung bei Betroffenen wie auch ihren Angehörigen schaffen und den Boden für weitere Abklärungen ebnen. Aktuell laufen landesweite Kampagnen zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen (wie-gehts-dir.ch, santéPsy.ch).

Online-Ressourcen für Fachpersonen, Kinder, Jugendliche und Eltern

Zusätzlich zu den Kampagnen gibt es qualitativ hochstehende Online-Ressourcen wie die Internet-Plattformen des Netzwerks Psychische Gesundheit Schweiz [18, 19], der Gesundheitsförderung Schweiz [20] oder auch die Informations- und Austauschplattform prevention.ch für Prävention und Gesundheitsförderung [21].

Für jüngere Kinder bieten beispielsweise die Empfehlungen aus dem Miapas-Projekt eine Unterstützung für Fachpersonen [22]. Für ältere Kinder bieten die «Take

Wenn psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen früh erkannt werden, kann eine Chronifizierung oftmals verhindert werden.

Care»-Informationsmaterialien kompakte Informationen zu den häufigsten Erkrankungen [23] und bewährten Screening-Verfahren für Fachpersonen. Sie enthalten ausserdem konkrete Vorschläge, um über das psychische Wohlbefinden der Kinder zu sprechen und die Eltern für das Thema psychische Gesundheit zu sensibilisieren. Als

Tabelle 1: Übersicht von Ressourcen zur Förderung der psychischen Gesundheit und Erkennung von psychischen Erkrankungen.

Altersbereich	Projekt/Angebot	Zugang
Förderung der psychischen Gesundheit		
Frühe Kindheit	Miapas-Projekt	https://gesundheitsfoerderung.ch/kantonale-aktionsprogramme/ernaehung-und-bewegung/kinder-und-jugendliche/fokusthemen/kleinkindbereich.html
Mittleres Kindesalter	Take Care	www.zhaw.ch/takecare
Jugendalter	«Schlecht drauf, no Power ...»	www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/10_Schritte/OstCH_Jugendflyer.pdf
	Informations- und Beratungsangebote der Pro Juventute	www.147.ch
	Telefon- und Chatberatung der Dargebotenen Hand	www.143.ch
	Tschau E-Beratung	www.tschau.ch , www.ciao.ch
Screening-Fragebögen		
3 bis 16 Jahre	Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	www.sdqinfo.org/
8 bis 18 Jahre	KIDSCREEN-10-Skala	https://www.kidscreen.org/deutsch/frageb%C3%B6gen/kidscreen-10-index
4 bis 17 Jahre	KINDL	http://www.kindl.org/deutsch/frageboegen/
Jugendalter	Distress-Thermometer	www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/DistressThermometer.docx

niederschwelliger Gesprächseinstieg kann auch der Flyer «Wie stark ist die psychische Gesundheit meines Kindes?» mit zehn wichtigen Tipps für Eltern von sechs- bis zwölfjährigen Kindern genutzt werden [24].

Für Jugendliche steht beim «Take Care»-Projekt analog eine Kombination aus Fachinformationen für Ärztinnen und Ärzte und einer Broschüre zum Abgeben an die Jugendlichen zur Verfügung. Mit dem Werkzeugkasten «Heb der Sorg!» können Jugendliche für psychische Themen sensibilisiert und bei Bedarf mit Informationen und Angaben zu Anlaufstellen versorgt werden [24]. Weitere hilfreiche Ressourcen für Jugendliche sind in der Tabelle 1 aufgeführt. Auf diese Ressourcen können Jugendliche, die ohnehin sehr häufig im Internet nach Gesundheitsinformationen suchen, und Eltern verwiesen werden.

Das Wichtigste in Kürze

- Epidemiologische Studien zeigen, dass 10 bis 20 Prozent aller Kinder und Jugendlichen klinische oder subklinische Symptome einer psychischen Störung aufweisen. Ausserdem ist rund die Hälfte aller Erwachsenen mit psychischen Störungen bereits im Jugendalter erkrankt.
- Die Früherkennung durch Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte spielt deshalb in der Prävention psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen eine zentrale Rolle.
- In der Schweiz bieten verschiedene Online-Ressourcen hilfreiche Informationsmaterialien für die betroffenen Kinder und Jugendlichen, ihre Eltern und das medizinische Fachpersonal an.

Belastungs-Screenings

Als konkretes Mittel zur Identifikation psychosozial belasteter Patientinnen und Patienten können Ärztinnen und Ärzten kurze Belastungs-Screenings dienen (Tab. 1). Lässt man z.B. vor der Konsultation im Wartezimmer einen Screening-Bogen ausfüllen, erhalten Behandelnde einen schnellen Überblick über die biopsychosoziale Situation der Jugendlichen bzw. der Kindsfamilie. Wird ein solches Instrument als integraler Teil der Konsultation eingeführt, kann es darüber hinaus zur Entstigmatisierung psychischer Probleme beitragen und ihre Thematisierung erleichtern. Zusammenfassend können ein offenes Auge und Ohr für die biopsychosoziale Situation der jungen Patientinnen und Patienten und ihrer Familien sowie das Arbeiten mit den verfügbaren Informationsressourcen nicht zuletzt auch die Arzt-Patient-Beziehung begünstigen. Dies erhöht Compliance und Behandlungserfolge sowie die Lebensqualität – eventuell sogar bei Behandelten wie auch Behandelnden.

Danksagung

Wir danken dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) für die inhaltliche Unterstützung des Ansatzes, die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der ärztlichen Praxis zu fördern und für die finanzielle Unterstützung dieser Publikation.

Bildnachweis

Jurica Koletić / Unsplash

Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter www.saez.ch

Prof. Dr. Frank Wieber
Stellv. Leiter Forschung
Institut für Gesundheitswissenschaften
Katharina-Sulzer-Platz 9
CH-8401 Winterthur
[frank.wieber\[at\]zhaw.ch](mailto:frank.wieber[at]zhaw.ch)

Literatur

- 1 Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*. 2011;378:1515–25.
- 2 Petermann F. Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Eine Bestandsaufnahme. *Kindheit und Entwicklung*. 2005;14:48–57.
- 3 Costello EJ, Foley DL, Angold A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45:8–25.
- 4 Fuchs M, Bösch A, Hausmann A, Steiner H. «The child is father of the man» – review of literature on epidemiology in child and adolescent psychiatry. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 2013;41:45–55.
- 5 Kessler RC, Avenevoli S, Costello EJ, Georgiades K, Green JG, Gruber MJ, et al. Prevalence, Persistence, and Sociodemographic Correlates of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry*. American Medical Association; 2012;69:372–80.
- 6 von Wyl A, Chew Howard E, Bohleber L, Haemmerle P. Psychische Gesundheit und Krankheit von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz: Versorgung und Epidemiologie. Eine systematische Zusammenstellung empirischer Berichte von 2006 bis 2016 (Obsan Dossier 62). [Internet]. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; 2017. <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/psychische-gesundheit-und-krankheit-von-kindern-und-jugendlichen-der-schweiz>
- 7 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, editor. *Gesundheit in der Schweiz – Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene* [Internet]. Hogrefe; 2020. <https://www.hogrefe.ch/shop/gesundheit-in-der-schweiz-kinder-jugendliche-und-junge-erwachsene-92952.html> (Zugriff am 29.4.2021).
- 8 Wyss L, Keller K. Versorgungspfade in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen [Internet]. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG; Report No. M19. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-interprofessionalitaet-im-gesundheitswesen/forschungsberichte-interprofessionalitaet-M19-psychiatrisch-psychotherapeutische-versorgung-ipz.html>
- 9 Hale DR, Bevilacqua L, Viner RM. Adolescent Health and Adult Education and Employment: A Systematic Review. *Pediatrics*. 2015;136:128–40.
- 10 Costello EJ. Early Detection and Prevention of Mental Health Problems: Developmental Epidemiology and Systems of Support. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. Routledge. 2016;45:710–7.
- 11 Membride H. Mental health: early intervention and prevention in children and young people. *British Journal of Nursing*. 2016;25:552–7.
- 12 Bundesamt für Gesundheit [BAG]. *Gesundheitspolitische Strategie des Bundesrats 2020–2030* [Internet]. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheit-2030/gesundheitspolitische-strategie-2030.html> (Zugriff am 30.4.2021).
- 13 Bundesamt für Gesundheit [BAG]. *Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten* [Internet]. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten.html> (Zugriff am 30.4.2021).
- 14 Künzler A, Bandi-Ott E. Psychische Komorbiditäten – erkennen, fragen, handeln. *Hausarzt Praxis*. 2014;9:33–5.
- 15 Zosso B, Quinto CB, Neuner-Jehle S, Weil B. PEPrä: Ein Gesamtpaket für Prävention in der Grundversorgerpraxis. *Schweiz Ärzteztg*. 2020(101);49:1643–5.
- 16 PsyYoung – Gesundheitsförderung Schweiz [Internet]. <https://gesundheitsfoerderung.ch/pgv/geoerderte-projekte/psy-young.html> (Zugriff am 30.4.2021).
- 17 Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2010;10:113.
- 18 NPG-RSP: An Betroffene/Angehörige/Hilfe suchende [Internet]. <https://www.npg-rsp.ch/de/metanav/an-betroffene-angehoerige-hilfe-suchende.html> (Zugriff am 30.4.2021).
- 19 NPG. Dokumente [Internet]. <https://www.npg-rsp.ch/de/dokumente.html> (Zugriff am 29.4.2021).
- 20 Gesundheitsförderung Schweiz. *Publikationen zum Thema Psychische Gesundheit* [Internet]. <https://gesundheitsfoerderung.ch/grundlagen/publikationen/psychische-gesundheit.html> (Zugriff am 29.4.2021).
- 21 prevention.ch [Internet]. <https://www.prevention.ch> (Zugriff am 30.4.2021).
- 22 Gesundheitsförderung Schweiz. *Fokusthema «Frühe Förderung»* [Internet]. *Ernährung und Bewegung bei Kindern und Jugendlichen*. <https://gesundheitsfoerderung.ch/kantonale-aktionsprogramme/ernaehrung-und-bewegung/kinder-und-jugendliche/fokusthemen/kleinkindbereich.html> (Zugriff am 29.4.2021).
- 23 Wieber F, von Wyl A, Cramer A, Dratva J, Passalacqua S, Zysset A. *Psychische Gesundheit in der kinder- und hausärztlichen Versorgungspraxis* [Internet]. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG; Report No. M10. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-interprofessionalitaet-im-gesundheitswesen/forschungsberichte-interprofessionalitaet-m10-psychische-gesundheit.html>
- 24 Take care – Die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen stärken [Internet]. ZHAW Gesundheit. <https://www.zhaw.ch/takecare> (Zugriff am 29.4.2021).

Briefe an die SÄZ

Arrêtons enfin le laisser-faire des politiciens

Lettre concernant: Quinto C. Innovation? Bull Med Suisses. 2021;102(34):1075; Ruggia L. Les «nouveaux» produits du tabac: évolutions et conséquences. Bull Med Suisses. 2021;102(34):1076–8.

Tout d'abord, j'aimerais remercier M. Carlos Quinto qui dénonce clairement la nouvelle loi concernant les produits de nicotine et M. Luciano Ruggia pour son éclairage concernant les ENDS (*electronic nicotine delivery systems*).

Les données scientifiques, longtemps ignorées ou cachées par l'industrie du tabac, nous l'ont prouvé depuis longtemps: le tabac et ses produits rendent malade, et quand ils ne tuent pas, ils coûtent extrêmement cher à nos systèmes de santé. Tout le monde devrait le savoir, et si ce n'est pas le cas, les documentaires sur le sujet montrant bien la «fabrique du mensonge» qui est à l'œuvre nous font presque rire tellement les propos de l'industrie du tabac et de certains politiciens il y a 50 ans sont effarants.

Mais qui sont ces politiciens qui votent en 2021 encore contre des lois qui protégeraient, surtout les jeunes, d'une dépendance et d'une substance qui souvent nuit à leur santé pour toute leur vie? On devrait les faire venir voir les patients fumeurs qui ont développé une atteinte pulmonaire chronique ou un cancer de la gorge ou des poumons afin qu'ils mesurent réellement combien ces personnes souffrent et combien, alors même qu'elles sont malades, il leur est difficile de sortir de cette dépendance néfaste.

Mais si je prends la plume, c'est surtout pour lancer un appel à mes collègues de la FMH et à toutes les associations médicales, pour qu'ils sortent de leur silence afin de protéger nos jeunes et moins jeunes de ce fléau. Il est urgent que nous, professionnels de la santé, apportions notre soutien aux associations de lutte contre le tabagisme, afin que la Suisse suive l'exemple de nombreux autres pays dont les politiques engagées à cet égard ont eu un effet majeur sur le taux de tabagisme, en particulier chez les jeunes. Il faut que cette politique du laisser-faire laisse la place à des mesures efficaces telles que l'interdiction de toute publicité pour la cigarette et les ENDS et l'augmentation massive du prix des produits du tabac.

*Dr méd. Karin Michaelis Conus,
médecine interne générale, Lausanne*

Neutralität in der Medizin

Brief zu: Martin J. Müssen wir in der medizinischen Praxis stets die Neutralität wahren? Schweiz Ärztztg. 2021;102(29–30):976.

Ich möchte die Ansicht von Dr. Martin unterstützen. Das von ihm angeführte Zitat von Virchow sagt eigentlich alles und sollte uns Richtschnur sein: «Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft, und die Politik ist weiter nichts als Medizin im Grossen.»

Es darf nicht sein, dass wir unter dem Vorwand von Neutralität keine Stellung zu politischen Problemen beziehen, welche die Gesundheit betreffen. Martin erwähnt in seinem «Zu guter Letzt» einerseits die Methadonabgabe, die Flüchtlingspolitik und das Mobbing und andererseits den Umweltschutz und den Klimawandel. Wenn wir an den Nutzen von Prävention glauben, müssen wir uns in allen diesen Punkten engagieren. Eine diesbezüglich erwähnenswerte, von Ärzten initiierte und 1985 mit dem Friedensnobelpreis ausgezeichnete Gruppierung sind die «Physicians for Social Responsibility» (PSR).

Ich habe Jean Martin nach dem Erscheinen seines Artikels persönlich gratuliert. Anlass, noch diesen Brief an die SÄZ zu schreiben, sind die in der Ausgabe vom 25. August zum Tabakproduktegesetz erschienenen Artikel. Sie sind sicher auf der Linie von Dr. Martin. Es ist wichtig, dass die FMH in Sachen Rauchen klar Stellung bezieht und für ihre Meinung auch bei allen Parteien lobbyiert. Die Ärzteschaft neigt politisch m.E. eher nach rechts. Beim Rauchen gibt's aus ärztlicher Sicht aber nur eine Meinung, und sie nicht zu vertreten, wäre eine falsch verstandene Neutralität.

Dr. med. Urs Strebler, Stäfa

Bestrafe einen, erziehe hundert!

Anfang September war in verschiedenen Medien [1, 2] zu lesen, dass zwei Ärzte, die sich zuvor kritisch gegenüber der Corona-Impfung geäussert und Patienten davon abgeraten hatten, mit Sanktionen zu rechnen hätten, die eine Spannweite von Verwarnung bis Entzug der Berufsausübungsbewilligung aufweisen würden. Mit denselben Sanktionen hätten kritische Ärztinnen und Ärzte zu rechnen, die man mittels Durchforschens sozialer und anderer Medien ausfindig zu machen versuche. Nach nochmaligem Blick aufs Datum der Veröffentlichung, um allfälligen 1.-April-Scher-

zen nicht auf den Leim zu gehen, und den Urheber konnte ich sicher sein, im September 2021 und nicht auf der Seite der Arbeiterzeitung des Zentralkomitees Nordkoreas gelandet zu sein. Wo man letztes Jahr einem Kollegen noch Zuwiderhandlung gegen Verordnungen zur Maskenpflicht zum Vorwurf machte und Massnahmen folgen liess, deren Verhältnismässigkeit man diskutieren kann und sollte, besteht hier das Fehlverhalten darin, dass «sich Ärzte aufgrund ihrer Ausbildung qualifiziert fühlten, ein Urteil über sämtliche Fachliteratur zu fällen». Obwohl dieses der «Ansicht der Experten widerspräche». Hier scheint es eine Verordnung zu geben, dass Ärztinnen und Ärzte sich nicht frei zu medizinischen Themen äussern dürfen, wenn sie nicht der Meinung «anerkannter Experten» entspricht, die in Bundesbern offenbar bekannt sind. Nicht mal auf Facebook. Ich weiss nicht, wie meine werten Kolleginnen und Kollegen, die diesen Leserbrief lesen, es sehen, aber gibt es in der Medizin eigentlich überhaupt irgendein Thema, zu welchem nicht Viele eine andere Meinung haben, die sie auch begründen können? Und wenn es doch etwas gäbe, was dem nahekommst, ist dieser Konsens dann nicht durch langes Abwägen des Dafür und Dawider von «anerkannten Experten» entstanden, aus der Akzeptanz dessen, dass das meiste unseres Wissens Arbeitshypothesen sind, momentaner Stand des Irrtums. Und gibt es nicht gerade im Zusammenhang mit der Coronakrise, den getroffenen Massnahmen und der Impfung sehr viele offene Fragen, die zu klären sind? Gibt es nicht auch hier Untersuchungen, die sehr wohl eine kritische Haltung stützen können, und gilt es diese nicht zu berücksichtigen? Ist eine kritische Haltung nicht urmedizinisch? Falls es ein Ziel gibt, welches wichtiger ist als die freie Meinungsäusserung, wer bestimmt dieses Ziel und v.a. auch die Massnahmen, die zu diesem Ziel führen? Ich hoffe, dass wir Ärztinnen und Ärzte, geführt durch unseren Verband, in dieser Sache und v.a. für die beiden Kollegen zusammenstehen, egal wie wir zu den aktuellen Massnahmen stehen. Denn offenbar geht es nicht nur um diese.

Dr. med. Thomas Glinz, Roggwil

Literatur

- 1 Kanton Bern sanktioniert zwei Ärzte (Der Bund online vom 4.9.2021).
- 2 Wenn der eigene Hausarzt Impfskeptiker ist (Der Bund online vom 31.8.2021).

Mitteilungen

Facharztprüfungen

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels für Gastroenterologie

Teil A

Schriftliche Prüfung: European Specialty Examination in Gastroenterology & Hepatology

Datum und Ort: Mittwoch, 6. April 2022, an verschiedenen Orten der Schweiz (Genf, Zürich, evtl. Lausanne)

Teil B

Mündliche praktische Prüfung mit Falldiskussionen:

Datum: Freitag, 29. April 2022

Ort: Universitätsspital Zürich, Prof. Dr. med. Dr. phil. Gerhard Rogler, Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie, Rämistrasse 100, 8091 Zürich

Anmeldefrist:

Teil A: 15. Dezember 2021 bis 12. Januar 2022

Teil B: bis 31. Januar 2022

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

Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes Hepatologie zum Facharzttitel Gastroenterologie

Datum und Ort:

Teil A/B/C: Freitag, 29. April 2022. Schriftliche und mündliche praktische Prüfungen

Universitätsspital Zürich, Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie, Rämistrasse 100, 8091 Zürich

Anmeldefrist: 31. Januar 2022

Die Anmeldung gilt mit der Einzahlung der Prüfungsgebühr.

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

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels für Rheumatologie

Ort: Inselspital, Bern

Datum: Mittwoch, 12. Januar 2022

Anmeldefrist: 31. Oktober 2021

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

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels für Psychiatrie und Psychotherapie

Ort und Datum:

Lugano: Samstag, 7. Mai 2022

Genf: Samstag, 7. Mai 2022

Solothurn: Samstag, 7. Mai 2022

Bern: Samstag, 14. Mai 2022

Wil: Samstag, 14. Mai 2022

Anmeldefrist: 24. November 2021 um 16.00 Uhr

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

Aktuelle Themen auf unserer Website

www.saez.ch → Tour d'horizon



Interview mit Aurélia Zimmerli, Preisträgerin Best Case Report

«Eine wunderbare Belohnung»

Die junge Assistenzärztin untersuchte die Verwendung von Rekonvaleszenzplasma bei immunsupprimierten Personen mit SARS-CoV-2. Dafür erhielt sie den Best Case Report, gesponsert vom Schweizerischen Ärzteverlag EMH.



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.



September 2021

Wichtige sicherheitsrelevante Informationen

Glatirameracetat: Seltene Fälle schwerer Leberschäden (einschliesslich Leberversagen, Hepatitis mit Gelbsucht und in Einzelfällen Lebertransplantation) wurden nach der Markteinführung von Glatirameracetat berichtet. Neu werden daher Leberwertkontrollen vor und während der Behandlung mit Glatirameracetat-haltigen Arzneimitteln empfohlen.

Die Zulassungsinhaberinnen Teva Pharma AG sowie Mylan Pharma GmbH möchten Sie, in Abstimmung mit Swissmedic, über das Risiko schwerer Leberschäden unter Glatirameracetat-haltigen Arzneimitteln informieren.

Zusammenfassung

- Seltene Fälle schwerer Leberschäden (einschliesslich Leberversagen, Hepatitis mit Gelbsucht und in Einzelfällen Lebertransplantation) wurden nach der Markteinführung von Glatirameracetat berichtet.
- Die meisten Fälle von schweren Leberschäden sind mit Absetzen der Behandlung zurückgegangen.
- Neu werden daher Leberwertkontrollen vor und während der Behandlung mit Glatirameracetat-haltigen Arzneimitteln empfohlen.
- Die Patienten sollten während der Behandlung auf Anzeichen einer Leberschädigung überwacht werden. Wenn der Verdacht auf eine klinisch relevante Leberschädigung besteht, sollte die Behandlung mit Glatirameracetat abgebrochen werden.

Hintergrundinformation

Glatirameracetat wird angewendet zur Behandlung der schubförmigen Multiplen Sklerose (MS). Im Rahmen von Beobachtungen nach der Markteinführung wurden seltene Fälle schwerer Leberschäden berichtet. Der mögliche Pathomechanismus, der zur Leberschädigung führt, ist aktuell nicht bekannt. Das Muster der arzneimittelinduzierten Leberschädigung (DILI) wird als idiosynkratisch betrachtet. Das Muster der gemeldeten Ereignisse

war ähnlich für die beiden Dosierungen 20 mg/ml und 40 mg/ml. Hepatische Ereignisse traten innerhalb von Tagen bis zu Jahren nach Beginn der Behandlung mit Glatirameracetat auf.

Die meisten Fälle von schweren Leberschäden sind mit Absetzen der Behandlung zurückgegangen.

Empfehlung für Fachpersonen

Eine frühe Erkennung von Leberschäden und Ergreifen von Massnahmen sind essentiell. Fachpersonen sollten daher neu vor Beginn der Behandlung mit Glatirameracetat und danach regelmässig (beispielsweise alle 6–12 Monate) bei allen Patienten die Serum-Aminotransferase, die alkalische Phosphatase und den Gesamtbilirubinspiegel bestimmen.

Patienten sollten während der Behandlung auf Anzeichen und Symptome einer Leberschädigung überwacht werden und geschult werden, beim Auftreten von Symptomen einen Arzt aufzusuchen.

Die Fachinformation sowie die Packungsbeilage werden entsprechend aktualisiert. Die aktuellste Version ist verfügbar auf: www.swissmedicinfo.ch

Teva Pharma AG, Basel
4051 Basel

Mylan Pharma GmbH (a Viatris company)
CH-6312 Steinhausen

Zürich, 15.9.2021

Erhöhtes Risiko für schwerwiegende unerwünschte kardiovaskuläre Ereignisse und maligne Erkrankungen bei Anwendung von Tofacitinib im Vergleich zu TNF-alpha-Inhibitoren

**Wichtige sicherheitsrelevante Information zu XELJANZ® (Tofacitinib)
In Absprache mit Swissmedic möchte Pfizer Sie über Folgendes informieren:**

Zusammenfassung

- In der abgeschlossenen klinischen Studie (A3921133) bei Patienten mit rheumatoider Arthritis (RA), die 50 Jahre oder älter waren und mindestens einen zusätzlichen kardiovaskulären Risikofaktor aufwiesen, wurde eine erhöhte Inzidenz von Myokardinfarkten unter Tofacitinib im Vergleich zu TNF-alpha-Inhibitoren beobachtet.
- Die Studie zeigte auch eine erhöhte Inzidenz von malignen Erkrankungen, mit Ausnahme von nicht-melanozytärem Hautkrebs (NMSC), insbesondere von Lungenkrebs und Lymphomen, unter Tofacitinib im Vergleich zu TNF-alpha-Inhibitoren.
- Tofacitinib sollte bei folgenden Patienten nur dann eingesetzt werden, wenn keine geeigneten Behandlungsalternativen zur Verfügung stehen:
 - Patienten über 65 Jahre;
 - Patienten, die gegenwärtig rauchen oder früher geraucht haben;
 - Patienten mit anderen kardiovaskulären Risikofaktoren;
 - Patienten mit anderen Risikofaktoren für maligne Erkrankungen.
- Verordner sollten mit den Patienten die Risiken besprechen, die mit der Anwendung von Tofacitinib verbunden sind, einschliesslich des Risikos für Myokardinfarkt, Lungenkrebs und Lymphom.

Hintergrundinformationen

Tofacitinib ist ein JAK-Inhibitor und ist als Behandlung zugelassen für

- erwachsene Patienten mit mittelschwerer bis schwerer rheumatoider Arthritis (RA) oder mit aktiver Psoriasis-Arthritis (PsA), die auf ein oder mehrere krankheitsmodifizierende Antirheumatika unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben;
- erwachsene Patienten mit mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa (CU), die auf eine konventionelle Therapie oder einen TNF-alpha-Inhibitor (TNFi) unzureichend angesprochen haben, nicht mehr darauf ansprechen oder diese nicht vertragen haben.

Im Juni 2021 wurde eine schriftliche Mitteilung an Fachpersonen versandt, in der sie darüber informiert wurden, dass Daten aus einer abgeschlossenen klinischen Studie (A3921133) bei Patienten mit RA, die 50 Jahre oder älter waren und mindestens einen zusätzlichen kardiovaskulären Risikofaktor aufwiesen, auf ein höheres Risiko für schwerwiegende unerwünschte kardiovaskuläre Ereignisse (MACE) und maligne Erkrankungen (ausgenommen nicht-melanozytärer Hautkrebs [NMSC]) unter Tofacitinib im Vergleich zu Patienten, die mit einem Tumornekrosefaktor-alpha-Inhibitor (TNF-alpha-Inhibitor) behandelt wurden, hinweisen.

Nach Abschluss eines Prüfverfahrens dieser Daten durch Swissmedic wurden die Empfehlungen, wie in der obigen «Zusammenfassung» angegeben, angenommen. Die Fachinformation von Tofacitinib und die Aufklärungsmaterialien für medizinisches Fachpersonal und Patienten werden entsprechend aktualisiert.

Langzeit-Sicherheitsstudie bei Patienten mit rheumatoider Arthritis

Die Studie ORAL Surveillance (A3921133) war eine grosse (N = 4362) randomisierte, aktiv-kontrollierte klinische Studie zur Bewertung der Sicherheit (PASS-Studie) von Tofacitinib in zwei Dosierungen (5 mg zweimal täglich und 10 mg zweimal täglich) im Vergleich zu TNF-alpha-Inhibitoren bei Patienten mit RA, die 50 Jahre oder älter waren und mindestens einen zusätzlichen kardiovaskulären Risikofaktor aufwiesen (im Protokoll definiert als aktuelle/r Raucher/in, arterielle Hypertonie, High-Density-Lipoprotein [HDL] <40 mg/dl, Diabetes mellitus, vorbestehende koronare arterielle Verschlusskrankheit, familiäre Vorbelastung für vorzeitige koronare Herzerkrankung, extraartikuläre Manifestationen der RA), von denen einige auch bekannte Risikofaktoren für maligne Erkrankungen sind.

Die ko-primären Endpunkte dieser Studie waren adjudizierte MACE und adjudizierte maligne Erkrankung (ausgenommen NMSC). Bei der Studie handelte es sich um eine ereignisgesteuerte Studie, die auch eine Nachbeobachtung von mindestens 1500 Patienten über 3 Jahre vorsah. Die vordefinierten Nicht-Unterlegenheits-Kriterien wurden für diese ko-primären Endpunkte nicht erfüllt, und die Studie konnte nicht zeigen, dass Tofacitinib den TNF-alpha-Inhibitoren nicht unterlegen («nicht schlechter als») ist. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass diese Risiken mit beiden zugelassenen Dosierungen/Dosierungsschemata (5 mg zweimal täglich und 10 mg zweimal täglich, von denen die letztere nur bei CU zugelassen ist) bestehen.

MACE (einschliesslich Myokardinfarkt)

Bei Patienten, die mit Tofacitinib im Vergleich zu TNF-alpha-Inhibitoren behandelt wurden, wurde ein Anstieg von nicht-tödlichen Myokardinfarkten beobachtet.

Inzidenzrate und Hazard Ratio für MACE und Myokardinfarkt

	2x täglich 5 mg Tofacitinib	2x täglich 10 mg Tofacitinib ^a	Beide Tofacitinib-Dosen zusammen ^b	TNF-alpha-Inhibitoren
MACE^c				
IR (95% KI) pro 100 PJ	0.91 (0.67; 1.21)	1.05 (0.78; 1.38)	0.98 (0.79; 1.19)	0.73 (0.52; 1.01)
HR (95% KI) vs TNFi	1.24 (0.81; 1.91)	1.43 (0.94; 2.18)	1.33 (0.91; 1.94)	
Tödliche MI^c				
IR (95% KI) pro 100 PJ	0.00 (0.00; 0.07)	0.06 (0.01; 0.18)	0.03 (0.01; 0.09)	0.06 (0.01; 0.17)
HR (95% KI) vs TNFi	0.00 (0.00; Inf)	1.03 (0.21; 5.11)	0.50 (0.10; 2.49)	
Nicht-tödliche MI^c				
IR (95% KI) pro 100 PJ	0.37 (0.22; 0.57)	0.33 (0.19; 0.53)	0.35 (0.24; 0.48)	0.16 (0.07; 0.31)
HR (95% KI) vs TNFi	2.32 (1.02; 5.30)	2.08 (0.89; 4.86)	2.20 (1.02; 4.75)	

^a Die Behandlungsgruppe mit Tofacitinib 10 mg zweimal täglich enthält Daten von Patienten, die aufgrund einer Studienänderung von Tofacitinib 10 mg zweimal täglich auf Tofacitinib 5 mg zweimal täglich umgestellt wurden.

^b Kombiniert Tofacitinib 5 mg zweimal täglich und Tofacitinib 10 mg zweimal täglich.

^c Basierend auf Ereignissen, die während der Behandlung oder innerhalb von 60 Tagen nach Absetzen der Behandlung auftraten.

Abkürzungen: MACE = schwerwiegende unerwünschte kardiovaskuläre Ereignisse, MI = Myokardinfarkt, TNF = Tumornekrosefaktor, IR = Inzidenzrate, HR = Hazard Ratio, KI = Konfidenzintervall, PJ = Patientenjahre, Inf = unendlich

Die folgenden prädiktiven Faktoren für die Entwicklung eines MI (tödlich und nicht tödlich) wurden mit Hilfe eines multivariaten Cox-Modells mit Rückwärtsselektion identifiziert: Alter ≥65 Jahre, männlich, aktuelles oder früheres Rauchen, Diabetes in der Anamnese und vorbestehende koronare arterielle Verschlusskrankheit (was Myokardinfarkt, koronare Herzkrankheit, stabile Angina pectoris oder koronare Gefässeingriffe umfasst).

Maligne Erkrankungen, ausgenommen NMSC (einschliesslich Lungenkrebs und Lymphome)

Bei Patienten, die mit Tofacitinib im Vergleich zu TNF-Inhibitoren behandelt wurden, wurde eine Zunahme von malignen Erkrankungen (ausgenommen NMSC), insbesondere Lungenkrebs und Lymphome, beobachtet.

Inzidenzrate und Hazard Ratio für maligne Erkrankungen, ausgenommen NMSC^a

	2x täglich 5 mg Tofacitinib	2x täglich 10 mg Tofacitinib ^b	Beide Tofacitinib-Dosen zusammen ^c	TNF-alpha-Inhibitoren
Maligne Erkrankung ausgenommen NMSC				
IR (95% KI) pro 100 PJ	1.13 (0.87; 1.45)	1.13 (0.86; 1.45)	1.13 (0.94; 1.35)	0.77 (0.55; 1.04)
HR (95% KI) vs TNFi	1.47 (1.00; 2.18)	1.48 (1.00; 2.19)	1.48 (1.04; 2.09)	
Lungenkrebs				
IR (95% KI) pro 100 PJ	0.23 (0.12; 0.40)	0.32 (0.18; 0.51)	0.28 (0.19; 0.39)	0.13 (0.05; 0.26)
HR (95% KI) vs TNFi	1.84 (0.74; 4.62)	2.50 (1.04; 6.02)	2.17 (0.95; 4.93)	
Lymphom				
IR (95% KI) pro 100 PJ	0.07 (0.02; 0.18)	0.11 (0.04; 0.24)	0.09 (0.04; 0.17)	0.02 (0.00; 0.10)
HR (95% KI) vs TNFi	3.99 (0.45; 35.70)	6.24 (0.75; 51.86)	5.09 (0.65; 39.78)	

^a Basierend auf Ereignissen, die während der Behandlung oder nach Absetzen der Behandlung bis zum Ende der Studie auftraten.

^b Die Behandlungsgruppe mit Tofacitinib 10 mg zweimal täglich enthält Daten von Patienten, die aufgrund einer Studienänderung von Tofacitinib 10 mg zweimal täglich auf Tofacitinib 5 mg zweimal täglich umgestellt wurden.

^c Kombiniert Tofacitinib 5 mg zweimal täglich und Tofacitinib 10 mg zweimal täglich.

Abkürzungen: NMSC = Nicht-melanozytärer Hautkrebs, TNF = Tumornekrosefaktor, IR = Inzidenzrate, HR = Hazard Ratio, KI = Konfidenzintervall, PJ = Patientenjahre

Die folgenden prädiktiven Faktoren für die Entwicklung von malignen Erkrankungen, ausgenommen NMSC, wurden mittels eines multivariaten Cox-Modells mit Rückwärtsselektion identifiziert: Alter ≥ 65 Jahre und aktuelles oder früheres Rauchen.

Empfehlungen für Fachpersonen

Die Schweizer Fachinformation für Tofacitinib wurde aktualisiert. Tofacitinib sollte bei folgenden Patienten nur eingesetzt werden, wenn keine geeigneten Behandlungsalternativen zur Verfügung stehen:

- Patienten über 65 Jahre;
- Patienten, die gegenwärtig rauchen oder früher geraucht haben;
- Patienten mit anderen kardiovaskulären Risikofaktoren;
- Patienten mit anderen Risikofaktoren für maligne Erkrankungen (z.B. aktuelle maligne Erkrankung oder solche in der Vorgeschichte mit Ausnahme eines erfolgreich behandelten nicht-melanozytären Hautkrebses [NMSC]).

Verordner sollten mit den Patienten die Risiken besprechen, die mit der Anwendung von Tofacitinib verbunden sind, einschliesslich des Risikos für Myokardinfarkt, Lungenkrebs und Lymphom.

Die aktualisierte Arzneimittelinformation wird unter www.swissmedicinfo.ch publiziert.

Meldung unerwünschter Arzneimittelwirkungen

Für Meldungen über unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) empfiehlt Swissmedic, das dafür entwickelte Meldeportal Electronic Vigilance System (ELViS) zu verwenden. Alle erforderlichen Informationen hierzu sind unter www.swissmedic.ch zu finden.

Kontaktangaben

Sollten Sie weitere Fragen haben oder zusätzliche Informationen benötigen, so wenden Sie sich bitte an Pfizer Medical Information, Tel. +41 43 495 71 11 oder medical.information@pfizer.com.

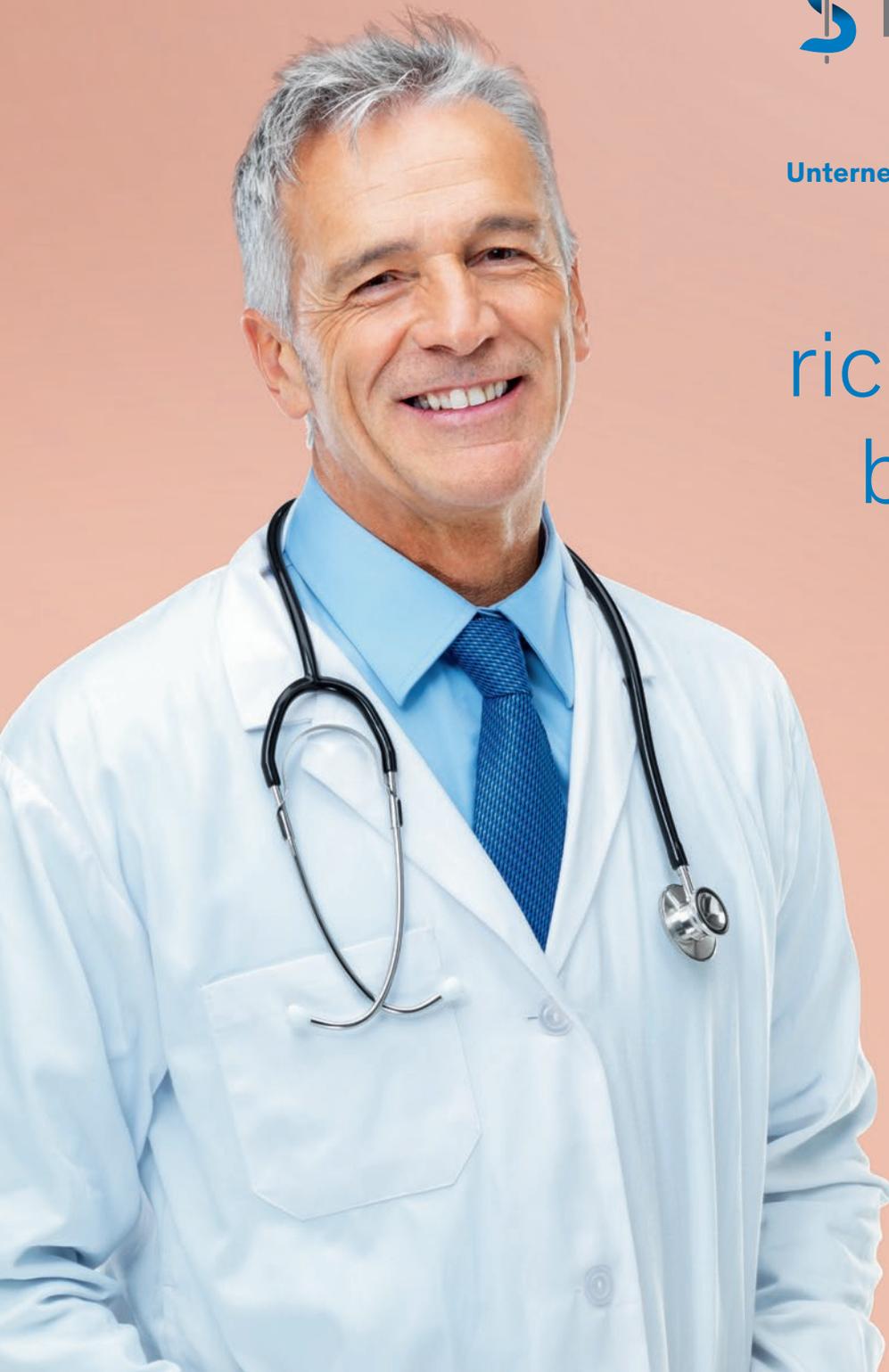
Beilagen

Für weitere Informationen verweisen wir auch auf die Arzneimittelfachinformation von XELJANZ[®] unter www.swissmedicinfo.ch.

Mit freundlichen Grüssen

Dr. med. Rahel Troxler Saxer, Medical Director, Pfizer AG

Dominique Haiden, Deputy Head Regulatory Affairs, Pfizer AG



Unternehmensbewertung

| Einfach
richtig
bewertet

Neutral und
anerkannt

Markt- und realitätsnahe Bewertung
**Bei Aufnahme, Austritt, Scheidung oder
Nachfolge eines Praxispartners**

- Neutrale Unternehmensbewertung (Inventar, Goodwill, Aktienwert)
- Attraktives Preis-Leistungs-Verhältnis
- Marktführerschaft, langjährige Erfahrung und breite Anerkennung bei Bewertungen von Arztpraxen jeder Rechtsform

CONSULTING

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



Unbeirrt über alle Hürden

Simon Koechlin

Freier Journalist

Wegen der Arbeit ihres Mannes kam Dr. Iclal Keskinaslan aus der Türkei in die Schweiz. Eine Stelle als Gastärztin war ihre Chance, in der Augenheilkunde Fuss zu fassen. Alle nötigen Diplome zu bekommen kostete sie zwar viel Schweiss. Doch es lohnte sich: Heute führt sie ihre eigene Praxis in der Basler Innenstadt.

Als Iclal Keskinaslan ihre Facharztprüfung ablegen wollte, erlebte sie eine böse Überraschung. Drei Jahre lang hatte sie als Assistenzärztin in der Augenklinik des Universitätsspitals Basel gearbeitet; das Fachdiplom sollte ihre beruflichen Möglichkeiten erweitern. «Doch die Behörden teilten mir mit, dass ich zu der Prüfung nicht zugelassen sei», sagt Keskinaslan – und hinter der Corona-Schutzmaske, die sie beim Gespräch trägt, zeichnet sich ein Lächeln ab.

Damals, im Jahr 2009, war ihr nicht zum Lachen zuzumute. Der Grund für die Nichtzulassung lag in Keskinaslans Herkunft. In der Türkei geboren, wuchs sie in Deutschland auf und kehrte später mit ihrer Familie wieder in die Türkei zurück. Dort studierte sie Medizin und schloss als Fachärztin für Allgemeinmedizin ab. Als ihr Mann ein Jobangebot eines Basler Pharmakonzerns bekam, zog die Familie in die Schweiz.



Weil ihr Diplom nicht anerkannt wurde, hat Dr. Iclal Keskinaslan kurzerhand das Schweizer Staatsexamen nachgeholt.

In Basel bot sich Keskinaslan die Möglichkeit, als Gastärztin ein halbes Jahr lang in der Augenklinik des Unispitals zu arbeiten. «Das war zwar unbezahlt, aber ich bin noch heute dankbar, dass ich diese Chance erhielt», sagt sie. «Denn so konnte ich mich nicht nur in ein für mich neues medizinisches Fachgebiet einarbeiten, sondern kam auch ins Gesundheitssystem hinein und lernte Kolleginnen und Kollegen kennen.»

Die Ärztin schätzt es, dass sie in der Schweiz mehr Zeit hat, um mit den Patientinnen und Patienten zu reden.

Für das Universitätsspital war die Ärztin aus der Türkei ganz offensichtlich ebenfalls ein Gewinn. «Als sie sahen, dass ich tüchtig war, boten sie mir eine Stelle als Assistenzärztin an», erzählt Keskinaslan. Möglich war dies, weil ihr türkisches Ärztediplom als temporäre Zulassung galt. Das Wörtchen «temporär» kümmerte Keskinaslan damals kaum – bis sie eben die Fachprüfung ablegen wollte und man ihr beschied, dass die Gültigkeit ihres Diploms abgelaufen sei.

Mann und Tochter in die Ferien geschickt

«Eigentlich gab es nun zwei Möglichkeiten», sagt Keskinaslan. «Ich konnte entweder ein Leben lang Assistenzärztin bleiben, dafür hätten meine Fähigkeitsausweise offenbar gereicht. Oder ich konnte wie mein Mann in die Pharmaindustrie wechseln.» Keskinaslan wählte die dritte Option: Sie beschloss, das Schweizer Staatsexamen zu machen. Weil sie weniger als fünf Jahre als Ärztin in der Schweiz gearbeitet hatte, bekam sie keinerlei Erleichterungen, sondern musste sämtliche Prüfungen ablegen. «Ich schickte meinen Mann und meine Tochter in die Ferien und lernte sechs Monate lang», erzählt sie und schmunzelt wieder. Der Aufwand lohnte sich: Keskinaslan bestand das Staatsexamen genauso wie ein Jahr später die ophthalmologische Facharztprüfung in Paris – und bald dar-

auf legte sie eine Dissertation nach. Sechs Jahre lang arbeitete sie in einer grösseren Privatklinik für Augenheilkunde als Oberärztin für Ophthalmologie und Ophthalmochirurgie, bis sie 2018 beschloss, den Schritt in die Selbständigkeit zu wagen. «Ich treffe gerne meine eigenen Entscheidungen, zum Beispiel welche Behandlungen ich vornehme oder wann ich Ferien mache», erzählt sie. «Als mich eine Augenärztin anfragte, ob ich ihre Praxis in der Stadt Basel übernehmen wolle, war das eine Gelegenheit, da ich so auch einen Kundenstamm übernehmen konnte.»

Ein Vorteil war dabei zum einen ihre Mehrsprachigkeit: Zwar seien Schweizerinnen und Schweizer die Mehrheit ihrer Patientinnen und Patienten, aber sie

«Ich treffe gerne meine eigenen Entscheidungen, zum Beispiel welche Behandlungen ich vornehme oder wann ich Ferien mache.»

behandle – neben anderen Nationalitäten – natürlich auch viele Türkinnen und Türken. Zum anderen hatte Keskinaslan – noch in der Türkei – auch ein MBA-Studium absolviert. In der Klinik sei es für sie nicht möglich gewesen, Medizin und Verwaltung zu kombinieren. Nun, in der eigenen Praxis, nützt sie ihr Management-Know-how: Sie erledigt Arbeiten wie die Buchhaltung gleich selbst. «Ich finde es wichtig, mir in jedem Bereich das Wissen bis in die Tiefe zu holen.» Nach drei Jahren Selbständigkeit und nachdem sie kürzlich die Praxis innerhalb Basels an eine zentralere Lage mit moderneren Räumlichkeiten verlegt hat, sei aber der Zeitpunkt gekommen, bestimmte Aufgaben abzugeben.

Denn, der administrative und bürokratische Aufwand in der Schweiz sei gross. Das Schweizer System regle viel strikter als das türkische, welche Behandlungen sie als Praxisbetreiberin überhaupt vornehmen dürfe. Und punkto Abgeltungstarife gebe es keine langfristige Sicherheit. Sie müsse sich stets selbst auf dem Laufenden halten, um zu wissen, was gelte und was es für Neuerungen gebe. Hier, sagt sie, könnten Fachorganisationen vielleicht noch etwas mehr Unterstützung anbieten.

Rund ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz kommt aus dem Ausland. Weshalb haben sie ihr Land verlassen? Und wie geht es ihnen hierzulande? Wir suchen ausländische Ärztinnen und Ärzte, die uns für unsere Rubrik «Grüezi Schweiz» einen Einblick in ihr Leben in der Schweiz gewähren. Wir freuen uns über eine Kontaktaufnahme: [rahel.gutmann\[at\]emh.ch](mailto:rahel.gutmann[at]emh.ch)

Mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten

In anderen Bereichen wiederum gebe das Schweizer Gesundheitssystem der Ärzteschaft durchaus seine Freiheiten. In der Türkei sei der Zeitdruck grösser, erzählt sie. «Man untersucht und behandelt. Für etwas anderes bleibt kaum Zeit, wenn man 20 Konsultationen pro Stunde durchbringen muss.» In der Schweiz könne man mehr mit den Patientinnen und Patienten sprechen und ihnen etwas erklären, was auch erwartet und geschätzt werde. «Das sollte so bleiben, auch wenn das Gesundheitswesen unter Kostendruck steht. Denn es ist wichtig.»

Sorgen bereitet Keskinaslan, dass immer mehr Kliniken und Praxen von Investoren übernommen würden. So entstehe eine Marktmacht, die es eigenständigen Praxisbetreibenden in Zukunft schwer machen könnte, fürchtet sie. Auch dass die Behörden immer öfter einst Augenärztinnen und Augenärzten vorbehaltene Untersuchungen für Optometristinnen und Optometristen zulassen, beobachtet sie mit einem gewissen Argwohn. Insgesamt aber, das merkt man im Gespräch, fühlt sich Iclal Keskinaslan in der Schweiz äusserst wohl. Sie sei nicht nur damals von der Augenklinik des Universitätsspitals Basel, sondern ganz allgemein mit offenem Herzen aufgenommen worden, sagt sie. Medizinerinnen und Mediziner seien sowieso «eine tolle Truppe». Aber auch von den Patientinnen und Patienten spüre sie grosse Wertschätzung. Und dass die Schweizer Behörden ihr damals zur Erlangung des Facharzt diploms nicht gerade den roten Teppich ausrollten, dafür hat sie Verständnis. «Auch andere Länder kennen einen solchen Schutz für einheimische Ärzte.» Und gerade wenn man ein derart hohes Lohnniveau habe wie die Schweiz, sei es verständlich, dass man Massnahmen ergreife, um den Qualitätsstandard auf dem Arbeitsmarkt zu erhalten. Denn wer, wie Iclal Keskinaslan, Fachwissen und Biss mitbringt, den halten auch hohe Hürden nicht auf.

Bildnachweis
Simon Koechlin

Plus d'un tiers des médecins en Suisse viennent de l'étranger. Pourquoi ont-ils quitté leur pays? Quels écueils ont-ils rencontrés? La rubrique «Bonjour la Suisse» tente de répondre à ces questions. Nous recherchons des médecins étrangers qui ont envie de témoigner de leur parcours et de leur vie en Suisse. En cas d'intérêt, merci de nous écrire à: [rahel.gutmann\[at\]emh.ch](mailto:rahel.gutmann[at]emh.ch)

[koechlin\[at\]gmx.ch](mailto:koechlin[at]gmx.ch)

Mit dem Gehlift in die Berge

Iris Ritzmann

Prof. Dr. med. et lic. phil, Universität Zürich, Mitglied der Redaktion Medizingeschichte

Wundere Dich nicht, wandere! Mit diesem Slogan rief vor vielen Jahrzehnten die Üetliberg- und Sihltalbahn zum gesunden Wandern auf, illustriert mit einem beliebten Herrnauf einer Waage. Das Wandern in der gesunden Schweiz bildete bereits damals als Fitnessübung in den Sommermonaten ein beliebtes Pendant zum Wintersport. Doch steile Berghänge zu meistern erfordert einiges an Zeit und Beinarbeit. Wie konnte die breite Bevölkerung dennoch etwas gegen das Wandern und für die Gesundheit tun?

Eine Antwort hiess: Gehlift. Nachdem im Winter 1934/35 der erste Skilift der Welt in Davos seinen Betrieb aufgenommen hatte, schossen in zahlreichen alpinen Feriendestinationen Schlepplifte aus dem Boden. Den Winter über transportierten sie Skifahrerinnen und Skifahrer, doch im Sommer standen sie unnützlich herum. Dabei war es einfach, die Geschwindigkeit der Lifte um ein Drittel zu verringern und die Bügel oder Ledergürtel als Halte-, Zieh- oder Schiebevorrichtung für Fussgängerinnen und Fussgänger einzusetzen.

Zermatt machte im Sommer 1944 den Anfang mit einem umfunktionierten Skilift nach Sunnegga. Die anderthalb Kilometer lange Strecke wies die beachtliche Höhendifferenz von 680 Metern auf, die Steigung betrug an manchen Orten über 80%. «Die Fussgänger können damit die Hebearbeit dem Lift überlassen, während ihr Gehwerk nur auf die Erhaltung der Gleichgewichtslage des Körpers bedacht sein muss», schwärmte die *Schweizerische Bauzeitung*. Die Fotografie (Abb. 1) zeigt einen Herrn mit Bundhosen, Wander-

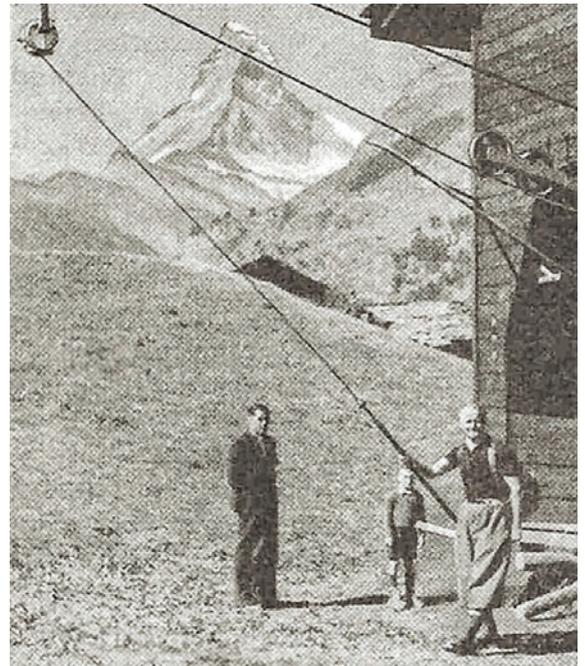


Abbildung 1: Fotografie des Gehlifts nach Sunnegga.

schuhen und Rucksack, der sich mit der rechten Hand am Griff festhält, während er vom hölzernen Bügel vorwärts geschoben wird. Das Matterhorn im Bildhintergrund versteht sich in der Zeit des Zweiten Weltkriegs als Ikone der heiligen Bergwelt.

Im selben Sommer nahm ein zweiter Gehlift in der Region Engelberg seinen Betrieb auf. Er führte die Feriengäste vom Trübsee in zwanzig Minuten auf den Jochpass. Der Katalog der Reisekasse Reka widmete dem neuen Transportmittel eine ganze Seite. Auf dem Bild ist die herrliche Berglandschaft zu sehen, in die der Gehlift schematisch eingezeichnet wurde (Abb. 2). Analog zur Fotografie des Zermatter Prototyps lässt sich auch hier ein Wandersmann entspannt nach oben ziehen. «Ohne durch den mühsamen Aufstieg sich abzumüden» könne nun jedermann «vollständig frisch» eine Höhenwanderung starten, heisst es im Katalog. Noch im selben Sommer erfuhr dieser Gehlift eine Ergänzung mit Einersesseln. Dieser erste Sessellift Europas läutete eine neue Epoche der Bergerschliessung ein, führte aber zugleich zur Aufhebung des Gehlifts. Und so warten gewillige, doch wenig trainierte Wandersleute – wundernd oder nicht – weiterhin auf Anschlag in den Schweizer Bergen.

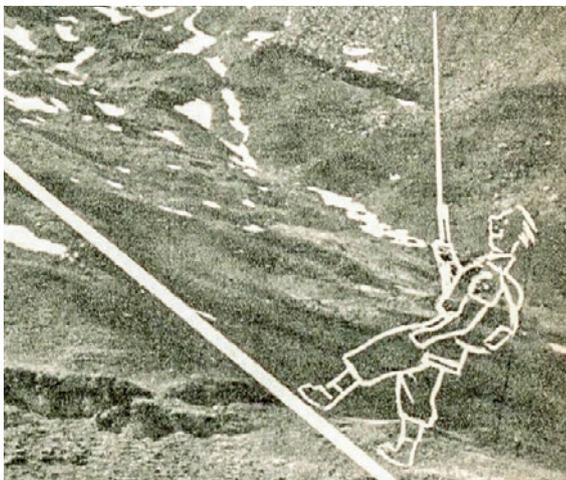


Abbildung 2: Zeichnung des Gehlifts auf den Jochpass.

Bildnachweis

Abb. 1: Schweizerische Bauzeitung, 1944 Aug. 12;124(7):89.

Abb. 2: ReKa-Katalog 1944:83.

[iris.ritzmann\[at\]saez.ch](mailto:iris.ritzmann[at]saez.ch)

Digitaler versus persönlichen Austausch

Daniel Schröpfer

Dr. med., Stadtarzt Zürich, Vorstand Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS), Redaktionsmitglied



Die letzten Wochen gaben Hoffnung, dass der persönliche Austausch sowohl im Privaten wie auch im Beruflichen wieder mehr möglich wird. Aktuell verändern sich die täglichen Fallzahlen deutlich und zeigen, dass wir noch einen (weiten) Weg vor uns haben. Schutzmassnahmen und entsprechende Konzepte sind notwendig, um diese Situation zu beherrschen und eine «Normalisierung» herbeizuführen.

Die Situation seit letztem Jahr hat viele Veränderungen angestossen – insbesondere im Hinblick auf die Nutzung elektronischer Formate für die Kommunikation. Neben der Arbeit mit den Patientinnen und Patienten wurde mir in den letzten Monaten die Teilnahme an diversen virtuellen Meetings «ermöglicht». Nicht nur die unterschiedlichen technischen Voraussetzungen stellen neben der persönlichen Affinität zu dieser Form der Kommunikation aus meiner Sicht – überwindbare – Hürden dar. Ich durfte lernen, dass trotz korrektem Vorgehen zur Erstellung eines Onlinemeetings mir, dem Ersteller, der Zugang verwehrt wurde. Ebenso die Inkompatibilität diverser Systeme unterschiedlicher Institutionen. Die Wichtigkeit des rechtzeitigen Einwählens, der Umgang mit Kamera und Mikrofon und nicht zu vergessen die Wahl des Hintergrunds – diese Herausforderungen zu Beginn eines Onlinemeetings durften wir alle kennenlernen.

Eine besondere Steigerung stellten für mich Onlinemeetings von initial mehr als vier Stunden am Stück dar – Konzentrationsschwäche und Gähnen inklusive. Wäre jemand auf die Idee gekommen, ein physisches Meeting von dieser Dauer ohne Pause zu planen? Auch das haben wir lernen dürfen: Diese Marathonsitzungen gehören zum Glück der Vergangenheit an.

Virtuelle Meetings haben unbestritten Vorteile: zum Beispiel entfallen Reiseweg und -zeit. Meine Erfahrung zeigt, dass der digitale Austausch weit weniger spontan und interaktiv ist. Eine Videounterstützung für die Aus- und Weiterbildung in gewissen Berufen respektive Situationen ist sicher eine Bereicherung, doch die Korrekturmöglichkeit der Realität darf im persönlichen Austausch nicht unterschätzt werden.

So habe ich im Austausch mit einer Universitätsleitung realisiert, dass es bald an Hochschulen und Universitäts-

ten Studierende geben wird, die nur eine virtuelle Universität kennen und keinen physischen Unterricht «erleben durften». Drei bis vier Semester ohne Präsenzunterricht. Wie funktioniert der Abgleich mit den Mitstudierenden, das gemeinsame Lernen, der soziale Austausch? Dies lässt in mir kein gutes Gefühl zurück für die junge Generation.

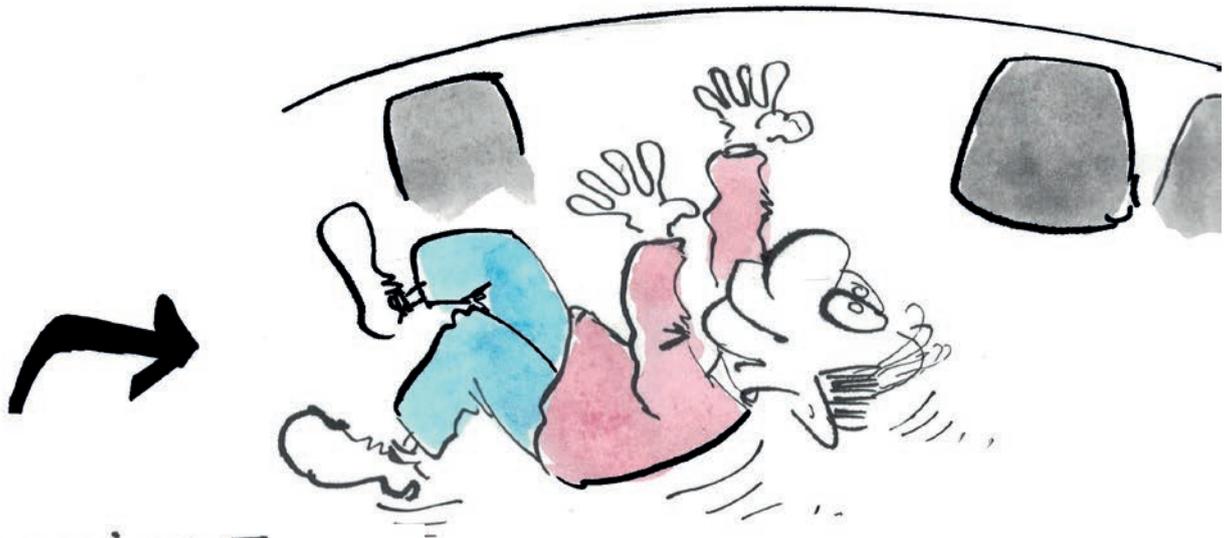
Viele Weiterbildungen und Kongresse im ärztlichen Bereich sind im letzten Jahr auf Onlineveranstaltungen oder virtuelle Meetings umgestellt worden. Einige Male ist dies sicher möglich, doch für mich gilt auch hier: Es fehlt der persönliche Austausch. Im September 2020 und im Juli 2021 durfte ich zwei Veranstaltungen vor Ort besuchen. Ein Erlebnis, der persönliche Kontakt und Austausch. Mein Dank gilt den Veranstalterinnen und Veranstaltern, die physische Veranstaltungen mit entsprechenden Schutzkonzepten ermöglicht haben und gezeigt haben, dass es machbar ist.

Die elektronische Kommunikation betrifft für mich nicht nur Meetings, sondern auch den E-Mail-Verkehr. Haben Sie einmal gezählt, wie viele Newsletter oder Lesetipps Sie täglich per E-Mail zugesendet bekommen? Wie viele davon lesen oder überfliegen Sie? Eine grosse Anzahl (medizinischer) Zeitschriften ist mittlerweile ebenfalls online verfügbar. Dies ist für ein Team mit verschiedenen Standorten ein enormer Vorteil. Das störanfällige physische Hin- und Hertragen der Zeitschriften fällt weg, und für die Umwelt ist die Produktion ohne Papier ebenfalls ein Plus. Jedem steht die Möglichkeit weiterhin offen, spannende Artikel auszudrucken. Ein weiterer Vorteil liegt darin, dass man bei einer E-Mail selber entscheiden kann, wann man sich dieser widmet oder ob man sie ungelesen gleich löscht. Ich habe weiterhin das Bedürfnis, eine Zeitung, ein Journal oder ein Buch auch physisch in der Hand zu halten und die Seiten umblättern zu dürfen. Natürlich habe ich auch Bücher schon elektronisch gelesen, es ist für mich noch immer ungewohnt.

Wie sehen Sie das? Würden Sie eine digitale Ausgabe der *Schweizerischen Ärztezeitung* so lesen wie eine gedruckte Ausgabe? Würden Sie die bisherige Art und Weise weiterhin schätzen oder gelegentlich den *delete*-Knopf drücken?

daniel.schroepfer[at]
zuerich.ch

RAKETENFLUG VON BLUE ORIGIN



SCHWERELDSIGKEIT
FÜR ZWEIHUNDERTTAUSEND
FRANKEN!



SCHWERELDSIGKEIT
FÜR
ZEHN FRANKEN!

NEJ MEDDINE · B
21.07.21