

# Schweizerische Ärztezeitung

**340** Editorial  
von Alexander Zimmer  
«Digitalisierung mit  
retardierender Wirkung»

**360** Eskalation in der Ukraine  
**Wenn chronisch kranke  
Menschen flüchten müssen**

**368** «Zu guter Letzt»  
von Anne-Françoise Allaz  
**Zu den unspezifischen  
Effekten von Behandlungen**

11 16.3.2022



**364** Wenn Ambulanzen  
Schlange stehen  
**Wie die Pandemie das  
britische Gesundheitssystem  
erschüttert hat**

**Verlag**

Eva Mell, M.A., stellvertretende Chefredaktorin;  
Julia Rippstein, Redaktorin Print und Online;  
Rahel Gutmann, Junior-Redaktorin;  
Eveline Maegli, Redaktionsassistentin

**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**

Lic. iur. Gabriela Lang, Rechtsanwältin, Leiterin Abteilung  
Rechtsdienst FMH a.i.

**FMH**

EDITORIAL: Alexander Zimmer

340 **«Digitalisierung mit retardierender Wirkung»**

AKTUELL: Katrin Gehring, David Schwappach, Esther Kraft

341 **Patientensicherheit in der ambulanten Praxis**

344 **Personalien**

**Weitere Organisationen und Institutionen**

QUALICCARE: Caroline Krzywicki, Alisha Khanna, Christian Frei, Marc Müller, Astrid Czock

346 **Optimierte Versorgung für multimorbide Personen**

**Nachrufe**

349 **In memoriam Eugen van der Zypen (1933–2019)**

**Briefe / Mitteilungen**

350 **Briefe an die SÄZ**

351 **Facharztprüfungen / Mitteilungen**

**Wichtige Sicherheitsinformationen**

352 **Wichtige Mitteilung zu OCALIVA® (Obeticholsäure)**

**FMH Services**

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

**Tribüne**

359 **Persönlich**

THEMA: Eva Mell

360 **Wenn chronisch kranke Menschen flüchten müssen**

## Tribüne

INTERVIEW MIT GIOVANNI FRISONI: Julia Rippstein

362 «Die Schweizer Alzheimer-Forschung ist sehr innovativ»

## Horizonte

364



REPORTAGE: Julie Zaugg

**Britisches Gesundheitssystem: Durch die Pandemie erschüttert** In den letzten zwei Jahren haben die Umwälzungen im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie in Grossbritannien zu Verzögerungen entlang der gesamten medizinischen Kette geführt. Manche Patientinnen und Patienten warten mehr als zwei Jahre auf eine Operation. Andere müssen mit dem Taxi zur Notaufnahme fahren. Zeugnisaussagen von der Front.

STREIFLICHT: André Simon

367 **Forgiveness**

## Zu guter Letzt

Anne-Françoise Allaz

368 **Zu den unspezifischen Effekten von Behandlungen**

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 Ärzteverlag AG, Farnsburgerstrasse 8, 4132 Muttentz, Tel. +41 (0)61 467 85 55, www.emh.ch

### Anzeigen:

Markus Will, Tel. +41 (0)61 467 85 97, markus.will@emh.ch  
Philipp Lutzer, 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:** Jahresabonnement 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 kommerziell – Keine Bearbeitung 4.0 international» das zeitlich unbeschränkte Recht zu gewähren, das Werk zu vervielfältigen 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 publizierten Angaben wurden mit der grössten Sorgfalt überprüft. Die angegebenen Dosierungen, Indikationen und Applikationsformen, vor allem von Neuzulassungen, sollten in jedem

Fall mit den Fachinformationen der verwendeten Medikamente verglichen werden.

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

printed in  
switzerland



Titelbild:  
© VVShots | Dreamstime.com

# «Digitalisierung mit retardierender Wirkung»

Alexander Zimmer

Dr. med., Mitglied des Zentralvorstandes und Departementsverantwortlicher Digitalisierung/eHealth



Die Situation, in der sich die Weltpolitik aktuell befindet, macht es schwierig, über Dinge zu schreiben, die angesichts der angespannten Lage zwangsläufig zur Nebensache werden. Und dennoch müssen wir uns weiterhin, selbst wenn es gerade nicht angemessen erscheint, auch mit dem gesundheitspolitischen Tagesgeschehen beschäftigen. In den vergangenen Wochen beschäftigte sich die Tagespresse wiederholt kritisch mit der Einführung des elektronischen Patientendossiers (EPD). Man konnte beispielsweise lesen, dass das BAG die Digitalisierung verschlafen habe. Kollege Felix Huber konstatierte kürzlich in den Medien prominent, dass das EPD aus seiner Sicht einen Neustart benötige. Diese Kritik zeigt, dass es enorm wichtig ist, dass wir Ärztinnen und Ärzte uns jeweils frühzeitig mit den verschiedenen angedachten digitalen Lösungen auseinandersetzen und nicht erst dann, wenn jegliche Möglichkeit der Einsprache und Mitgestaltung faktisch verpasst ist.

Auswirkungen der Digitalisierung verspüren wir im Gegensatz zu Massnahmen der Kostendämpfung und Tarifierung nicht immer unmittelbar, sondern meist in «retardierter Form», dafür aber lang anhaltend. Die aktuellen Debatten um die Künstliche Intelligenz, welche das Potenzial haben, ärztliche Kernleistungen mindestens teilweise zu ersetzen, verdeutlichen dies eindrücklich. Das EPD steht nun, nach einer mehr als 10 Jahre anhaltenden Diskussion im Hintergrund, unmittelbar vor der schweizweiten Einführung. Es ist ein weiteres Beispiel für eine «retardierte Wirkung». Seit Januar 2022 sind Ärztinnen und Ärzte, die neu zulasten der OKP abrechnen möchten, verpflichtet, am EPD teilzunehmen. Weitere Massnahmen im Sinne einer Verpflichtung von weiteren ambulanten Leistungserbringern sollen folgen. Über den unmittelbaren Nutzen des EPD für die Ärzteschaft und die Patienten scheiden sich die Geister.

Sicher ist, dass die Einführung eines EPD in der Arztpraxis, neben dem ohnehin schon anforderungsreichen Praxisalltag, eine Herausforderung darstellen wird.

Die FMH arbeitet deshalb intensiv an Hilfestellungen für Ärztinnen und Ärzte, die am EPD teilnehmen wollen oder unfreiwillig teilnehmen müssen.

Unsere Kritikpunkte am derzeitigen Stand der Einführung des EPD sind bekannt: Die tiefe Integration des EPD in die Praxisinformatik ist noch nicht auf dem Stand, den wir uns wünschen. Dadurch entsteht ein erheblicher Mehraufwand, der unseren Patienten nichts nutzt und zudem tarifarisch nicht abgegolten wird. Auch ist die Bereitschaft der Bevölkerung, ein EPD zu eröffnen, noch viel zu gering, was dazu führt, dass die Kosten für die Bewirtschaftung eines Dossiers zumindest zum jetzigen Zeitpunkt unverhältnismässig hoch sind. Die FMH hat sich, die Entwicklung antizipierend, frühzeitig mit dem EPD auseinandergesetzt und im Jahr 2015 die Erfolgsfaktoren für ein EPD aus Sicht der ambulant tätigen Ärzteschaft aufgezeigt [1]. Ein wichtiger Punkt, der seinerzeit seitens der FMH gefordert wurde, war die Förderung und Unterstützung der Primärsysteme zur elektronischen Dokumentation in den Praxen der niedergelassenen Ärzteschaft und insbesondere bei den Grundversorgern. Diese Auswirkungen einer seit Jahren verschlafenden Politik sind jetzt spürbar! Die Schuld darf aber nicht unmittelbar bei denjenigen Behörden verortet werden, die mit der Umsetzung beauftragt wurden. Unzureichende finanzielle Mittel für die Bewältigung der Aufgaben und der fehlende Einbezug der Leistungserbringer in die Entscheidungsprozesse sind auf höherer politischer Ebene zu verorten. Gerne möchte ich Sie einladen, als Beispiel die Verfahrensordnung der kassenärztlichen Bundesvereinigung Deutschland zu studieren [2]. Erstaunlich ist die Liste der Organisationen und Leistungserbringerverbände, die an den Austauschformaten für das EPD in Deutschland mitgewirkt haben. Eine gleiche gemeinsame Anstrengung ist auch in der Schweiz vonnöten. Die FMH bekräftigt erneut, dass sie bereit ist, mit allen Partnern im Gesundheitswesen zusammenzuarbeiten, um gemeinsam das Ziel einer sinnvollen und nutzbringenden Umsetzung des EPDG zu erreichen [1].

## Literatur

- 1 Stoffel U. Das elektronische Patientendossiergesetz (EPDG) als Chance! Schweiz Ärztztg. 2015;96(47):1711.
- 2 Kassenärztliche Bundesvereinigung. Verfahrensordnung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Herstellung des Benehmens bei der Festlegung von Inhalten der elektronischen Patientenakte nach § 355 SGB V. [https://www.kbv.de/media/sp/MIO\\_Verfahrensordnung.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/MIO_Verfahrensordnung.pdf)

## Neue Materialien verfügbar

# Patientensicherheit in der ambulanten Praxis

Katrin Gehring<sup>a</sup>, David Schwappach<sup>b</sup>, Esther Kraft<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Dr. phil., Stiftung Patientensicherheit Schweiz; <sup>b</sup> Prof. Dr., MPH, Stiftung Patientensicherheit Schweiz; Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM), Universität Bern; <sup>c</sup> Daten Demographie und Qualität DDQ, FMH

Lange zielte die Patientensicherheitsbewegung primär auf den stationären Bereich. Aktivitäten im ambulanten Sektor sind noch nicht in der Fläche verankert. Um dem Thema im ambulanten Bereich Gewicht zu verleihen, haben FMH und Patientensicherheit Schweiz Materialien für ambulante Praxen entwickelt. Sie dienen der Vermittlung von Wissen und Diskussion grundlegender Patientensicherheitsthemen.

Das Modul Patientensicherheit in der Arztpraxis möchte Informationsquelle und Anregung sein, für gemeinsame Diskussion und Auseinandersetzung mit grundlegenden Themenfeldern der Patientensicherheit. Die fünf Kapitel ergeben in der Summe eine Einheit und können als Themenserie Patientensicherheit genutzt werden. Sie können aber auch – je nach Interessenslage und Vorwissen – einzeln herausgegriffen werden. Qualitätszirkel, Sitzungen im Praxisteam und andere Treffen von Fachpersonen in ambulanten Praxen bieten einen geeigneten Kontext, um mit den Materialien zu arbeiten. Da die Auseinandersetzung mit

### Patientinnen und Patienten wie auch die beteiligten Fachpersonen erleben bei medizinischen Fehlern eine Extremsituation.

Patientensicherheitsthemen von einem vertrauensvollen Rahmen und guter Moderation profitiert, insbesondere wenn es um sensible Inhalte wie den Umgang mit Risiken und Fehlern geht, sind Qualitätszirkel prädestiniert für die Nutzung der Materialien und die Bearbeitung der Inhalte, die wir im Folgenden vorstellen.

### Grundlagen zum Einstieg

Ein gemeinsames Verständnis von grundlegenden Begrifflichkeiten ist eine wichtige Voraussetzung für eine zielführende Auseinandersetzung mit Patientensicherheitsthemen in einer Gruppe. Damit alle Gesprächsteilnehmenden unter einem «Fehler», einem «unerwünschten Ereignis» oder einem «Never Event»

dasselbe verstehen und ein gemeinsames Bild davon haben, was sich hinter dem häufig diffus verwendeten Begriff «Sicherheitskultur» verbirgt, stellt das erste Kapitel zentrale Begriffe vor und definiert diese.

Das zweite Kapitel liefert einen Einblick in aktuelle Studien, die Art und Häufigkeit unerwünschter Ereignisse in der ambulanten Praxis berichten. Auch wenn die wissenschaftliche Basis in der Schweiz und international hierzu noch lückenhaft ist, wird der Stand des Wissens anhand dreier exemplarischer Studien sichtbar. Die Daten, die mit Hilfe unterschiedlicher methodischer Ansätze (Befragung von Patientinnen und Patienten, Befragung von Ärztinnen und Ärzten und Medizinischen Praxisassistentinnen, Dokumentenanalyse) und in verschiedenen Ländern und Gesundheitssystemen (D/CH/UK) erhoben wurden, machen deutlich: Auch in der ambulanten Versorgung kommt es häufig zu Fehlern und vermeidbaren unerwünschten Ereignissen, die für die betroffenen Patientinnen und Patienten durchaus folgenschwer sein können. Zudem weisen sie den Medikationsprozess und den Bereich Diagnose als besonders relevante Risikofelder für eine sichere Versorgung aus.

### Wenn doch etwas schiefgeht

Kommt es in einer Praxis zu einem (gravierenden) Vorfall, so umfasst das adäquate Management der Situation unter anderem folgende Schritte: die Kommunikation mit Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen, die Unterstützung von Second Victims und das Lernen aus dem Geschehenen. Selbstverständlich steht zunächst die Abwendung weiteren Schadens



von der betroffenen Patientin bzw. dem betroffenen Patienten und ihre unmittelbare Unterstützung im Zentrum aller Aktivitäten.

### Kommunikation

Die Bedeutung guter Kommunikation nach einem unerwünschten Ereignis ist offenkundig. Sie entspricht einerseits den Wünschen und Bedürfnissen der betroffenen Patientinnen und Patienten nach zeitnaher und eindeutiger Offenlegung. Andererseits hat sie Einfluss auf die geforderten Konsequenzen und die weitere Beziehung zwischen der Patientin oder dem Patienten und den involvierten Fachpersonen [1]. Im Alltag jedoch gelingt eine angemessene Kommunikation nicht immer. Gründe dafür können die Angst vor juristischen Folgen, die Sorge vor Reputationsverlust oder auch Unsicherheiten in solch schwierigen Kommunikationssituationen sein. Das dritte Kapitel setzt sich deshalb mit der Kommunikation nach Ereignissen auseinander und gibt Empfehlungen hierzu wieder.

### Second Victims

Fachpersonen, die (ursächlich) in einen Zwischenfall involviert sind, werden als sog. Second Victims bezeichnet [2]. Patientinnen und Patienten wie auch die beteiligten Fachpersonen erleben bei medizinischen Fehlern eine Extremsituation. Viele Fachpersonen ent-

wickeln in der Folge eine starke Belastungsreaktion. Da psychosoziale Stressreaktionen wiederum zu höherer Fehlerwahrscheinlichkeit und Risiken in der Patientenbetreuung führen können, kann ein Teufelskreis entstehen. Ärztinnen und Ärzte und MPA haben nach einem derartigen Erlebnis das grosse Bedürfnis nach fachlichem Austausch, Empathie und Verständnis im Kollegium. Dies auch dann, wenn es nur beinahe zu

### Warnhinweise, Infomails oder Schulungen zielen eher auf individuelles Verhalten und sind deshalb weniger wirkungsvoll.

einer Schädigung des Patienten oder der Patientin gekommen ist [1]. Kapitel vier zeigt auf, wie Peers reagieren sollten, um ihre Kolleginnen und Kollegen nach einem Zwischenfall zu unterstützen.

### Lernen aus Fehlern

Das letzte Kapitel des Moduls fokussiert auf zwei Prinzipien, die beim Lernen aus Fehlern berücksichtigt werden sollten, um möglichst grossen Nutzen zu erzielen. Zum einen empfiehlt es sich, den Blick aufs System zu richten und individuelle Handlungen im Kontext zu verstehen, anstatt der Klärung der Schuldfrage nachzugehen. Ziel ist es, zu verstehen, was zu einer unsicheren Situation oder einem Ereignis geführt hat, und daraus Massnahmen für die Zukunft abzuleiten. Die getroffenen Massnahmen sollten zum anderen

möglichst starke Massnahmen sein, die auf Systemebene ansetzen und nicht vornehmlich individuelles Handeln und die Aufmerksamkeit von Personen ins Zentrum rücken [3]. Warnhinweise, Infomails oder Schulungen zielen eher auf individuelles Verhalten und sind deshalb weniger wirkungsvoll. Technische Sperren, Designlösungen oder Kulturwandel hingegen sind Beispiele für starke Massnahmen, die zugegebener Massen nicht immer umgesetzt werden können. Es lohnt sich jedoch jeweils gezielt zu prüfen, ob eine stärkere Massnahme möglich wäre, die ein grösseres Potential hat, zukünftige Ereignisse zu verhindern.

### Kontext

Die Patientensicherheit im ambulanten Bereich wird auch im Rahmen der Umsetzung des revidierten Artikels 58 KVG zu Qualität und Wirtschaftlichkeit einen wichtigen Platz einnehmen. Mit dem Modul Patientensicherheit in der Arztpraxis liegen nun wissenschaftlich fundierte Grundlagen zur Verfügung.

### Dank

Unser Dank gilt allen Ärztinnen und Ärzten sowie Medizinischen Praxisassistentinnen, die sich bei der Entwicklung der Materialien durch konstruktives Feed-

back und die Pilotierung in Qualitätszirkeln beteiligt haben. Besonders bedanken möchten wir uns bei Dr. med. Adrian Rohrbasser (Forum für Qualitätszirkel), der die Erarbeitung des Moduls von Beginn an begleitet hat.

### Bezug der Materialien

Ein kostenloser Download des Moduls Patientensicherheit in der Arztpraxis ist auf den Homepages von Patientensicherheit Schweiz und FMH:

- FMH: [www.fmh.ch/themen/qualitaet-saqm/qualitaet-wirtschaftlichkeit.cfm#i148492](http://www.fmh.ch/themen/qualitaet-saqm/qualitaet-wirtschaftlichkeit.cfm#i148492)
- Patientensicherheit Schweiz: [www.patientensicherheit.ch/ambulanter-sektor/](http://www.patientensicherheit.ch/ambulanter-sektor/)

### Bildnachweis

Frizzantine | Dreamstime.com

### Literatur

- 1 Schwappach DLB. Nach dem Behandlungsfehler. Umgang mit Patienten, Angehörigen und dem involvierten Personal. Bundesärzteblatt. 2015;58:80–6.
- 2 Wu AW. Medical error: the second victim. BMJ. 2000;320:726–7.
- 3 Trbovich P, Shojania KG. Root-cause analysis: swatting at mosquitoes versus draining the swamp. BMJ Quality and Safety. 2017;5:350–3.

---

Dr. phil. Katrin Gehring  
Stiftung Patientensicherheit  
Schweiz  
Asylstrasse 77  
CH-8037 Zürich  
[gehring\[at\]patientensicherheit.ch](mailto:gehring[at]patientensicherheit.ch)

# Personalien

## Todesfälle / Décès / Decessi

*Paul George Berner* (1941), † 24.9.2021,  
Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie,  
2035 Corcelles NE

*Daphné Berner-Chervet* (1945), † 24.9.2021,  
2035 Corcelles NE

*Michel Bidlingmeyer* (1957), † 9.11.2021,  
Spécialiste en médecine interne générale,  
2000 Neuchâtel

*Didier Clerc* (1944), † 4.1.2022,  
Spécialiste en médecine interne générale,  
2072 Saint-Blaise

*Peter Veraguth* (1924), † 15.2.2022,  
Facharzt für Radio-Onkologie /  
Strahlentherapie, 1110 Morges

*Ulrich Fierz* (1936), † 22.2.2022,  
Facharzt für Dermatologie und Venerologie  
und Facharzt für Allergologie und klinische  
Immunologie, 7233 Jenaz

## Praxiseröffnung / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

TI

*Giacomina Mariapia Gilardi*,  
FMH, Spécialiste en psychiatrie et psycho-  
thérapie, Via Moncucco 23, 6900 Lugano

## Ärztegesellschaft des Kantons Bern Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied  
haben sich angemeldet:

*Benjamin Lyttwin*, Facharzt für Urologie,  
FMH, Die Berner Urologen AG, Schänzli-  
strasse 33, 3013 Bern

*Peer-Willem Brandt*, Facharzt für Psychiatrie  
und Psychotherapie, UPD KODA Bern,  
Belpstrasse 47, 3000 Bern 14

*Jan Wartenberg*, Facharzt für Radiologie  
und Facharzt für Nuklearmedizin, Schänzli-  
strasse 39, 3013 Bern

*Remy Flückiger*, Facharzt für Orthopädische  
Chirurgie und Traumatologie des Bewegungs-  
apparates, Universitätsklinik für Orthopädi-  
sche Chirurgie, Inselspital, 3010 Bern

*Eva Wohlfarth*, Fachärztin für Allgemeine  
Innere Medizin, Guggisbergstrasse 11,  
3150 Schwarzenburg

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 allfällige  
Einsprachen.

## Aargauischer Ärzteverband

Zur Aufnahme in den Aargauischen Ärzte-  
verband haben sich angemeldet:

Als ordentlich praktizierende Mitglieder:

*Caroline Alcantara*, Fachärztin für Allgemeine  
Innere Medizin, FMH, KSA Praxiszentrum,  
Bahnhofplatz 3c, 5001 Aarau, per 1. August  
2022

*Luzia Bissig*, Fachärztin für Allgemeine Innere  
Medizin und Fachärztin für Pneumologie,  
FMH, Lungenpraxis Wohlen, Zentralstrasse 23,  
5610 Wohlen, seit 31. Dezember 2021

*Firouzeh Buitrago Tellez*, Fachärztin für  
Gynäkologie und Geburtshilfe, FMH,  
Gyn Praxis Buitrago, Küngoldingerstrasse 5,  
4800 Zofingen, per 1. Mai 2022

*Nerbil Kilic*, Fachärztin für Allgemeine Innere  
Medizin und Fachärztin für Hämatologie,  
Tumorzentrum Aarau TZA, Rain 34,  
5000 Aarau, per 1. April 2022

*Friederike Lienkamp*, Fachärztin für Allge-  
meine Innere Medizin, Gemeinschaftspraxis  
Wettingen, Landstrasse 74, 5430 Wettingen,  
seit 1. Januar 2022

*Oliver Pfeiffer*, Facharzt für Radiologie, FMH,  
Radiologie Praxis Lenzburg, Poststrasse 8,  
5600 Lenzburg, per 1. April 2022

*Dorothee Rhein Straub*, Fachärztin für Allge-  
meine Innere Medizin, FMH, Medarium AG,  
Mühlethalstrasse 29, 4800 Zofingen, seit  
1. März 2022

*Manuela Theiler*, Fachärztin für Neurologie,  
FMH, Praxis Neuroteam AG, Bahnhofplatz 4,  
5000 Aarau, per 1. April 2022

*Sandra Waldmeier*, Fachärztin für Kinder- und  
Jugendmedizin, FMH, Praxis Neuroteam AG,  
Bahnhofplatz 4, 5000 Aarau, per 1. April 2022

Diese Kandidaturen werden in Anwendung  
von Art. 5 der Statuten des Aargauischen  
Ärzteverbandes veröffentlicht. Einsprachen  
müssen innert 14 Tagen seit der Bekannt-  
machung schriftlich und begründet der  
Geschäftsleitung des Aargauischen Ärztever-  
bandes eingereicht werden. Nach Ablauf der  
Einsprachefrist entscheidet die Geschäftslei-  
tung über Gesuch und allfällige Einsprachen.

## Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zug

Zur Aufnahme in die Ärzte-Gesellschaft  
des Kantons Zug als ordentliches Mitglied  
hat sich angemeldet:

*Isabelle Felber-Pohl*, Fachärztin für Dermato-  
logie und Venerologie, FMH, Hautpraxis Zug,  
Bahnhofstrasse 32, 6300 Zug

Einsprachen gegen diese Kandidaturen  
müssen innerhalb 14 Tagen seit dieser  
Veröffentlichung schriftlich und begründet  
beim Sekretariat der Ärzte-Gesellschaft des  
Kantons Zug eingereicht werden. Nach Ablauf  
der Einsprachefrist entscheidet der Vorstand  
über Gesuch und allfällige Einsprachen.

## Projekt Opti-Q Multimorbidität

# Optimierte Versorgung für multimorbide Personen

Caroline Krzywicki<sup>a</sup>, Alisha Khanna<sup>b</sup>, Christian Frei<sup>c</sup>, Marc Müller<sup>d</sup>, Astrid Czock<sup>e</sup>

<sup>a</sup> MAS Health Economics and Management, Projektleiterin Opti-Q Multimorbidität, Verein QualiCCare; <sup>b</sup> BSc ZHAW Gesundheitsförderung und Prävention, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Verein QualiCCare; <sup>c</sup> Leiter Integrierte Versorgung SWICA Krankenversicherung; MSc Pharm., MPH, Vorsitz Steuergruppe Projekt Opti-Q, Vorstandsmitglied, Verein QualiCCare; <sup>d</sup> Dr. med., Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, Grindelwald, Steuergruppenmitglied Projekt Opti-Q und Vorstandsmitglied, Verein QualiCCare; <sup>e</sup> Dr. rer. nat., Fachapothekerin in Offizinpharmazie, Geschäftsführerin, Verein QualiCCare

Die Behandlung und Betreuung mehrfach chronisch kranker Menschen ist häufig komplex und stellt spezifische Herausforderungen an alle Beteiligten. Die Berücksichtigung der Bedürfnisse und Zielvorstellungen der Patientinnen und Patienten bei der Entscheidungsfindung sowie eine koordinierte, interprofessionelle Versorgung sind zentrale Faktoren für eine hohe Versorgungsqualität.

In der Schweiz leiden derzeit 2,2 Millionen Menschen an nichtübertragbaren Krankheiten (NCDs) [1]. Im Alter werden immer mehr von ihnen multimorbid: Während ca. 11% der 50-Jährigen zwei oder mehr chronische Krankheiten haben, sind es unter den über 80-jährigen schon über 30% [2, 3]. Der Umgang mit Multimorbidität erfordert von den Patientinnen und Patienten, ihren Angehörigen, ihrem sozialen Umfeld sowie den versorgenden Fachpersonen ein hohes Mass an Organisation, Koordination und Kommunikation. Der Aufwand ist oft enorm hoch, und trotz grosser Anstrengungen kommt es immer wieder vor, dass Informationen fehlen, nicht weitergeleitet oder Untersuchungen doppelt gemacht werden, was nicht zuletzt die Patientinnen und Patienten gar einem gesundheitlichen Risiko aussetzen kann.

Hier setzt das Projekt Opti-Q Multimorbidität des Vereins QualiCCare an (siehe Kasten), das zu 90% über den Fonds Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV) von Gesundheitsförderung Schweiz finanziert wird [4]. Dieses breitabgestützte Projekt, das von den QualiC-

Care-Mitgliedsorganisationen getragen und von einer interprofessionellen Expertengruppe begleitet wird, hat zum Ziel, die im Kanton Waadt interprofessionell erarbeiteten evidenzbasierten Praxisempfehlungen [5] zur Versorgung multimorbider Patientinnen und Patienten in der Praxis umzusetzen und auf ihre Anwendbarkeit in verschiedenen ambulanten Settings zu prüfen. Hauptfokus hierbei sind der partnerschaftliche Einbezug der Patientin oder des Patienten in die Behandlung, eine gemeinsame Entscheidungsfindung sowie die interprofessionelle koordinierte Zusammenarbeit aller involvierten Fachpersonen. Aufgrund der Erfahrungen und Rückmeldungen aus der praktischen Umsetzungsphase sollen anschliessend an einer Bedarfsabklärung Empfehlungen zu IT-Hilfsmitteln und einem Finanzierungsmodell für die interprofessionelle koordinierte Versorgung von Patientinnen und Patienten mit multiplen chronischen Krankheiten formuliert werden.

## Praxisempfehlungen Multimorbidität

Die Erarbeitung der Praxisempfehlungen Multimorbidität im Kanton Waadt [5] basiert auf internationalen Guidelines [6–9]. Sie beschreiben die Versorgung multimorbider Patientinnen und Patienten in sechs Schritten (Abb. 1). Im Zentrum stehen dabei die Patientinnen und Patienten: Sie sollen als Partner in ihre Behandlung miteinbezogen werden und ihre Präferenzen und Prioritäten beim Festlegen der Versorgungsziele einbringen. Erarbeitet wurden die Praxisempfehlungen 2019 im Rahmen des kantonalen Diabetesprogramms des Kantons Waadt von einer interprofessionellen Arbeits-

## Über QualiCCare

QualiCCare ist ein interprofessioneller Verein mit dem Ziel, die patientenzentrierte, interprofessionelle und koordinierte Versorgung von chronisch und mehrfach erkrankten Menschen zu fördern und zu sichern. Mitglieder sind Verbände und Organisationen entlang des Patientpfads, namentlich der ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungserbringer, Krankenversicherungen, Patientenorganisationen, Kantone, Pharma- und Medizinprodukteindustrie, Wissenschaft und Spezialistinnen und Spezialisten sowie e-Health- und Logistikanbieter. Die Handlungsfelder liegen im Bereich nichtübertragbarer Krankheiten in der Grundversorgung. Die Aktivitäten konzentrieren sich auf Projekte zur Umsetzung nationaler Strategien und Best-Practice-Empfehlungen. Mehr Informationen: [www.qualiccare.ch](http://www.qualiccare.ch)

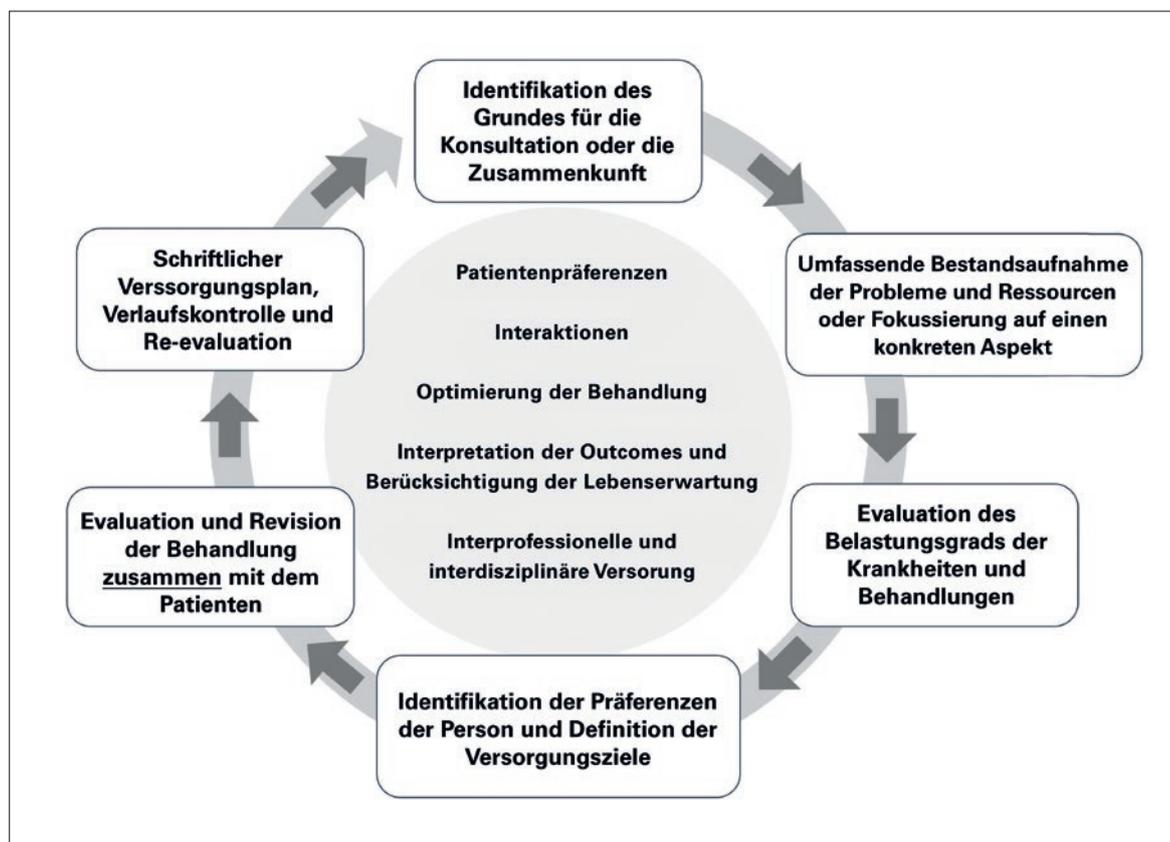


Abbildung 1: Praxisempfehlungen Multimorbidität ([www.recodiab.ch/RPC\\_multimorbidite\\_20190411.pdf](http://www.recodiab.ch/RPC_multimorbidite_20190411.pdf)).

gruppe unter der Leitung des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne (heute: unisanté). Die Gesundheitsdirektion des Kantons Waadt ist Mitglied im Verein QualiCCare. Nach ihrer Fertigstellung wurden die Praxisempfehlungen an QualiCCare übergeben, um diese mit dem Projekt Opti-Q in der Praxis umzusetzen.

### Einführung und Umsetzung

QualiCCare hat für die Umsetzung der Praxisempfehlungen verschiedene Interventionen vorgesehen. So wurde ein Versorgungspass für die Patientinnen und Patienten erarbeitet. Dieses Dokument enthält die wichtigsten Kontaktdaten der in die Versorgung involvierten Fachpersonen, führt die aktuellen Probleme sowie die persönlichen Erwartungen und Ressourcen der Patientin oder des Patienten auf. Auch ein Versorgungsplan, der die gemeinsam vereinbarten Ziele und die dafür zu ergreifenden Massnahmen festhält, und eine Zusammenstellung der Medikation sind Teil des Versorgungspasses.

Dieser Versorgungspass, welcher stets in den Händen des Patienten oder der Patientin bleibt, soll einerseits die Koordination, Zusammenarbeit und Kommunika-

tion unter den involvierten Fachpersonen verbessern und andererseits auch die Eigenverantwortung und Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten fördern. Letztere sollten den Versorgungspass zu jeder Konsultation in der Hausarztpraxis, der Apotheke oder anderen Therapieeinrichtungen mitnehmen. Sie können sich damit auf ihre nächsten Termine vorbereiten, ihre Bedürfnisse, Ressourcen, Ziele und Probleme reflektieren und diese schriftlich darin festhalten. Für das Projekt ist der Versorgungspass papierbasiert, was die Handhabung für die heutigen Patientinnen und Patienten erleichtert, aber auch ermöglicht,

### Der Versorgungspass soll die Koordination, Zusammenarbeit und Kommunikation unter den involvierten Fachpersonen verbessern.

den Inhalt gemäss der Praxiserfahrung bei Bedarf anzupassen und eine ideale Vorlage für eine zukünftige elektronische Form des Passes zu erhalten.

Neben diesem Versorgungspass wurde auch ein Assessment entwickelt, das in der Hausarztpraxis bei der ersten Konsultation des Patienten oder der Patientin mit einem vorrangig bestimmten Koordinator oder einer Koordinatorin durchgegangen wird, um eine ganz-

heitliche Anamnese zu erhalten. Für die Intervention des Apothekers oder der Apothekerin ist die Erstellung eines aktuellen umfassenden Medikationsplans vorgesehen, wobei dessen Umfang und Inhalt von den Bedürfnissen und der Absprache mit den Fachpersonen der Hausarztpraxis abhängt.

Um die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Versorgung zu stärken und zu verbessern, besuchen alle teilnehmenden Fachpersonen in der ersten Hälfte der Umsetzungsphase eine dreiteilige SGAIM- und SIWF-akkreditierte Fortbildung des Vereins SwissIPE ([www.swissipe.ch](http://www.swissipe.ch)) im Umfang von insgesamt eineinhalb Tagen.

QualiCCare hat für die Umsetzungsphase ein Kernteam aus Fachpersonen definiert, bestehend aus einer Hausärztin bzw. einem Hausarzt und einer medizinischen Praxisassistentin bzw. einem -assistenten (MPA) oder einer medizinischen Praxiskoordinatorin bzw. einem -koordinator (MPK) oder einer Advanced Practice Nurse (APN) sowie einer Offizinapothekerin bzw. einem -apotheker. Diese drei Fachpersonen sind Voraussetzung für die Teilnahme am Opti-Q-Projekt; weitere Fachpersonen werden nach den individuellen Versorgungsbedürfnissen der Patienten oder Patientinnen einbezogen. Die von der Hausarztpraxis ins Projekt einzuschliessenden Patientinnen und Patienten sind mindestens 18 Jahre alt und haben zwei oder mehr chronische Krankheiten aus den Diagnosegruppen nichtübertragbare Krankheiten, psychische Erkrankungen und Suchterkrankungen.

Das Projekt wurde als Projekt zur Qualitätsverbesserung von der Ethikkommission Zürich als nicht ethikpflichtig beurteilt. Gesundheitsförderung Schweiz hat Interface Politikstudien mit der externe Projektevaluation beauftragt. Dafür erhalten die teilnehmenden Fachpersonen sowie Patientinnen und Patienten jeweils zu Beginn und am Ende der zwölfmonatigen Umsetzungsphase einen semistrukturierten Fragebogen. Zur vertieften Evalu-

tion sind zusätzlich einige Interviews und Fallbeobachtungen vorgesehen.

Die praktische Umsetzung mit den Patientinnen und Patienten startet in drei Phasen und dauert jeweils zwölf Monate. In der Deutschschweiz beginnt diese im Mai dieses Jahres, in der Romandie im Juli. Die letzte Phase startet im Oktober 2022. Die Rekrutierung der teilnehmenden Leistungserbringer für jede Umsetzungsphase beginnt jeweils drei Monate vorher.

Für den Zusatzaufwand durch die Teilnahme am Projekt wird jede Berufsvertreterin und jeder Berufsvertreter des Kernteams proportional zur Anzahl eingeschlossener Patientinnen und Patienten entschädigt.

## Hausarztpraxen gesucht

Möchten Sie einen aktiven Beitrag an die Steigerung der Versorgungsqualität von mehrfach chronisch erkrankten Menschen in der Schweiz leisten? Möchten Sie Ihre Patientinnen und Patienten als Partner in die Behandlung involvieren? Möchten Sie die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den (Gesundheits-) Fachpersonen verstärken, die Koordination der Versorgung Ihrer Patienten und Patientinnen verbessern und gleichzeitig Ihre Prozesse in der Praxis effizienter gestalten? Dann freuen wir uns, wenn Sie sich für eine Teilnahme bei uns melden.

Weitere Auskünfte erteilt Caroline Krzywicki, Projektleiterin Opti-Q Multimorbidität:

[krzywicki\[at\]qualiccare.ch](mailto:krzywicki[at]qualiccare.ch), Tel. +41 56 552 12 02

## Literatur

- 1 Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten [Internet]. [cited 2022 Jan 27]. Available from: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten.html>
- 2 Gnädinger M, Herzog L, Ceschi A, Conen D, Staehelin A, Zoller M, et al. Chronic conditions and multimorbidity in a primary care population: a study in the Swiss Sentinel Surveillance Network (Sentinella). *International Journal of Public Health*. 2018 Dec 1;63(9):1017–26.
- 3 Multimorbidität bei Personen ab 50 Jahren | OBSAN [Internet]. [cited 2022 Jan 27]. Available from: <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/2013-multimorbiditaet-bei-personen-ab-50-jahren>
- 4 Opti-Q Multimorbidität – Gesundheitsförderung Schweiz [Internet]. [cited 2022 Feb 3]. Available from: <https://gesundheitsfoerderung.ch/pgv/geofoerderte-projekte/opti-q.html>
- 5 Arditi C, Burnand B, Peytremann Bridevaux I. Recommendations pour la pratique clinique [Internet]. 2019 [cited 2022 Jan 27]. Available from: [https://www.recodiab.ch/RPC\\_multimorbidite.pdf](https://www.recodiab.ch/RPC_multimorbidite.pdf)
- 6 Multimorbidity: clinical assessment and management NICE guideline [Internet]. 2016 [cited 2022 Jan 27]. Available from: [www.nice.org.uk/guidance/ng56](http://www.nice.org.uk/guidance/ng56)
- 7 Boudon A, Riat F, Hasso Y, Lang P-O. Polymorbidité et Polypharmacie. *Forum Med Suisse*. 2017;17(13):306–12.
- 8 Multimorbidität S3-Leitlinie. 2017.
- 9 Ickowicz E. Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: An approach for clinicians: American Geriatrics Society expert panel on the care of older adults with multimorbidity. *Journal of the American Geriatrics Society*. 60;2012 (Blackwell Publishing Inc.).

[sekretariat\[at\]qualiccare.ch](mailto:sekretariat[at]qualiccare.ch)

## Das Wichtigste in Kürze

- Im Projekt Opti-Q Multimorbidität von QualiCCare geht es darum, die Versorgungsqualität von multimorbiden Patientinnen und Patienten zu optimieren, indem sie partnerschaftlich in ihre Behandlung involviert werden und die interprofessionelle Zusammenarbeit unter den Fachpersonen gestärkt wird.
- Ziel ist es, die evidenzbasierten und interprofessionell erarbeiteten Praxisempfehlungen des Kantons Waadt zur Betreuung multimorbider Personen umzusetzen und die Anwendbarkeit im ambulanten Bereich zu prüfen.
- Dafür hat QualiCCare einen Versorgungspass erstellt, welcher stets in den Händen der Patientinnen und Patienten bleibt und von jeder Fachperson konsultiert und ergänzt wird. Weiterhin wird in einer Erstkonsultation in der Hausarztpraxis der Patient oder die Patientin anhand eines Assessment ganzheitlich erfasst.
- Der Verein QualiCCare sucht Hausarztpraxen, die sich am Projekt beteiligen möchten. Die Umsetzung erfolgt in drei Phasen von jeweils zwölf Monaten. Sie beginnt im Mai 2022 in der Deutschschweiz und im Juli in der Romandie.

# In memoriam Eugen van der Zypen (1933–2019)



Professor Dr. med. Eugen van der Zypen war ein fundierter Anatom und engagierter Dozent. Er war während mehr als 23 Jahren ordentlicher Professor und Leiter der Abteilung für angewandte und topographische Anatomie am Anatomischen Institut der Universität Bern. Mit seiner Begeisterung für die Anatomie und klinische Bezüge wusste er die Studierenden zu motivieren. Durch seine didaktischen Fähigkeiten, interessanten Vorlesungen und Kurse ist er in lebendiger Erinnerung mehrerer Generationen Schweizer Ärztinnen und Ärzte geblieben.

Eugen van der Zypen wurde am 12. April 1933 in Köln geboren. Von

1954 bis 1960 studierte er an den Universitäten Bonn und Berlin Medizin und schloss das Studium mit der Note «Sehr gut» ab. Sehr früh wandte sich der brillante junge Mann der Anatomie zu und promovierte bereits 1960 beim Anatomen Philipp Stöhr in Bonn mit «Summa cum laude».

Im Jahre 1970 trat er die Stelle eines Prosektors an der Anatomischen Anstalt der Universität Basel an, wo er nur vier Jahre später zum ausserordentlichen Professor ernannt wurde. Die Basler Zeit war für Eugen van der Zypens weiteres Leben recht entscheidend; er knüpfte dort nicht nur die Kontakte zu den Schweizer Anatomen, die ihn später nach Bern bringen sollten, sondern er lernte auch seine charmante, zukünftige Frau, Françoise Christ, kennen. So war es eine glückliche Fügung, dass er 1975 in Bern als Nachfolger von Professor Fritz Strauss als Ordinarius und Leiter der Abteilung für angewandte und topographische Anatomie gewählt wurde.

Schon zu seiner Zeit an der Universität in Marburg wurde der junge Anatom van der Zypen in die ultrastrukturelle Forschung der Morphologie und Physiologie des Auges eingeführt. Er stärkte das universitäre Forschungsteam massgeblich und habilitierte sich bald mit Arbeiten zur Elektronenmikroskopie der Iris, der Ziliarkörper, des Trabekelwerks und Kammerwasser-Abflusssystem des Auges. Diese anatomischen Strukturen spielen eine wichtige Rolle bei der Entwicklung des grünen Stars (Glaukom), und Eugen van der Zypen

wurde zum international gesuchten Morphologie-Experten und Co-Forscher auf dem Gebiet des Glaukoms. Als van der Zypen Mitte der 70er Jahre zum Ordinarius der Anatomie nach Bern berufen wurde, entwickelte sich eine intensive Zusammenarbeit mit dem berühmten Berner Ophthalmologen Franz Fankhauser. Die Arbeiten des Berner Forschungs-Duos trugen massgeblich zur internationalen Etablierung von solchen, heutzutage unentbehrlichen Behandlungsmethoden bei, wie der Laser-Iridotomie, Laser-Trabekuloplastik, Laser-Retinopexie, Laser-Cyclophotokoagulation – und generell zur Einführung des Argon-, des Neodymium-YAG- und des Q-switched-Lasers in der Augenheilkunde.

Alle, die Eugen van der Zypen kannten, wissen, dass sein Interesse an der Forschung nur noch von seiner Begeisterung für die Lehre übertroffen wurde. Er prägte ganze Generationen von Studierenden «anatomisch» und hinterliess in ihnen tiefe Engramme aus der vorklinischen Zeit. Durch seine geradlinige Art, die er auch in der Fakultät hochhielt, und durch seinen Sinn für die ethische Verantwortung der Ärztin resp. des Arztes, auch der Leiche gegenüber, hat er die Studierenden stets beeindruckt.

Nach seiner Emeritierung setzte er sich weiter für die Anatomie ein und engagierte sich für das universitäre Leben. Er war in der Organisation von verschiedenen Veranstaltungen der Senioren-Universität massgebend beteiligt.

Leider war Eugen van der Zypen in den letzten Wochen nach seinem Unfall körperlich zunehmend eingeschränkt, was trotz geistiger Frische und unerschütterlichem Glauben an Gott schwer zu überwinden war. Seine Frau Françoise und seine Kinder umsorgten ihn mit viel Hingabe und Liebe, um ihm die letzten Stunden so angenehm wie möglich zu machen.

Seine Schülerinnen und Schüler und Studierenden danken ihm für alles, was sie von ihm lernen durften, und werden Eugen van der Zypen als grossartigen Menschen, bedeutenden Anatomen und erfolgreichen Forscher in Erinnerung behalten.

*Prof. Dr. med. em. Peter Eggli, Hinterkappelen*  
*Prof. Dr. med. Milko Iliev, Augenarzt FMH, spez. Augen-  
chirurgie, Klinikleiter, Glaukom Augenklinik Zürich*  
*Prof. Dr. med. Valentin Djonov, Direktor, Institut für  
Anatomie, Universität Bern*

Bildnachweis  
zVg

valentin.djonov[at]unibe.ch

# Briefe an die SÄZ

## Das SIWF – wirklich Teil meiner Standesorganisation? (mit Replik)

Brief zu: Kompetenzbasierte Bildung – eine Einführung.  
Breckwoldt J, Brodmann Maeder M. Schweiz. Ärzteztg.  
2022;103(6):170–3.

Sehr geehrte Damen und Herren

Nach der Lektüre von diversen Beiträgen des SIWF in der SÄZ möchte ich meine Meinung als 35-Jahre «junger», selbstständig tätiger Facharzt AIM/Hausarzt zum Ausdruck bringen. Ich fühle mich zunehmend vom SIWF befremdet und habe mich wiederholt gefragt, ob diese Organisation wirklich meiner eigenen Standesorganisation angehört. Nur schon die Einleitung des kürzlich erschienenen Artikels («Kompetenz-basierte Bildung – eine Einführung») sollte die Leserschaft zum Nachdenken bringen: Wenn sich die eigene Berufsorganisation einer offenbar derart exklusiven Sprache bedient, dass ich als Nichtwissender zuerst über die spezielle Semantik aufgeklärt werden muss, so befindet sich diese Organisation mit einiger Sicherheit schon relativ weit weg von meinem Alltag.

Im Speziellen möchte ich aber hinterfragen, wozu einige Bestimmungen im Weiterbildungsreglement für angehende Hausärztinnen dienen: So habe ich bis heute keine schlüssige Begründung gehört, wozu man ein A-Jahr braucht. Verstehen Sie mich nicht falsch, es gibt sicher exzellente A-Jahr-Weiterbildungsstätten, doch wieso überlässt man diesen Entscheid nicht den betroffenen Assistenzärzten? Doch eine solche wettbewerbsorientierte Auslese durch die Assistenten kann diesen offenbar nicht zugemutet werden.

Ich möchte es hier auch nicht unterlassen, den Kollegen, die noch nicht in den Genuss der Facharztprüfung kamen, hier ein Beispiel zu nennen, so dass man sich ein Bild über dessen Sinnhaftigkeit machen kann. So lautete eine Übungs-Aufgabe, man soll bitte die geeignete antibiotische Therapie einer Kunstklappen-MRSA-Endokarditis ankreuzen! Ich bin noch auf der Suche nach einem Kollegen, der diese Fragestellung ernsthaft in seiner ambulanten Praxis antraf, vielleicht kennt das SIWF jemanden? Wer meint, ich habe hier nur das absurdste Beispiel aus möglichen Fragen ausgewählt, kann sich selber überzeugen und einen Blick in das gängige Lehrmittel werfen, wo sich weitere solche Perlen finden. Die überwiegende Anzahl der Fragen der Prüfung entstammt diesen Lehrmitteln.

Was war denn so falsch an der alten mündlichen Facharztprüfung? Ja, sie war ein Stück weit ungerecht, doch uns angehenden Haus-

ärzten darf die Erkenntnis zugestanden werden, dass eine Prise Ungerechtigkeit inhärenter Teil des Lebens ist. Viel wichtiger aber: Es wurde wenigstens ansatzweise geprüft, was man wissen und können musste!

Die grösste Absurdität im aktuellen Weiterbildungsreglement: Man soll doch «vorzugsweise» eine Praxisassistenz besuchen. Ich erlaube mir zu übersetzen: Um als Hausarzt tätig zu sein, muss man seinen Fuss keine Sekunde in eine Allgemeinmedizinische Praxis gesetzt haben, aber zwingend ein A-Jahr vorweisen.

Man soll sich als Assistenzarzt nichts vornehmen, wer die Weiterbildung nicht entsprechend plant, wird eines Tages in der Praxis stehen und realisieren, dass die Allgemeinmedizin spezifisches Wissen und Fähigkeiten verlangt. Ich habe das glücklicherweise früh genug erkannt und entsprechende Gegenmassnahmen getroffen, doch die exemplarisch genannten zwingenden Bestimmungen waren hierbei nicht hilfreich. Verstehen Sie mich nicht falsch, ich erwarte vom SIWF auch keine Hilfe. Aber im Minimum erwarte ich, dass den angehenden Kollegen keine Steine in den Weg gelegt werden.

Raffael Braun, Grosshöchstetten

## Replik auf «Das SIWF – wirklich Teil meiner Standesorganisation?»

Sehr geehrter Herr Kollege Braun

Zunächst möchten wir uns bedanken, dass Sie sich die Zeit für Ihren Kommentar zur ärztlichen Bildung genommen haben.

Wie Sie richtig schreiben, beginnen die Spezialisten in Medizinischer Bildung eine Sprache zu entwickeln, die sich vom ärztlichen Tagesgeschäft zu entfernen droht. Die Gründe dafür liegen auf der Hand und ziehen sich durch die gesamte Medizin: Unser sich ständig vermehrendes Wissen einschliesslich der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten ist für Einzelpersonen nicht mehr überschaubar. Kennt sich eine auf Wirbelsäulenverletzungen spezialisierte Traumatologin ausreichend gut mit pädiatrischer Onkologie aus? Sie werden natürlich entgegenen: Das muss sie auch nicht, denn es gibt ja einen interdisziplinären Austausch. Genau diesen interdisziplinären Austausch wollen wir mit unserer Artikelserie in der SÄZ leisten, indem wir die – allzu spezialisierte – Fachsprache in den klinischen Weiterbildungsalltag übersetzen. Die wissenschaftlich basierten Erkennt-

nisse in Aus-, Weiter- und Fortbildung gehen nämlich die gesamte Ärzteschaft an.

Es ist uns aber auch ein Anliegen, einige Ihrer Statements richtigzustellen.

Das SIWF ist die zentrale Anlaufstelle in Bezug auf die ärztliche Weiter- und Fortbildung in der Schweiz. Zu den Aufgaben des SIWF gehören insbesondere auch legislative Aufgaben wie das Erlassen der Weiterbildungs- und der Fortbildungsordnung. Das SIWF erlässt in enger Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften für jedes Fachgebiet ein detailliertes Weiterbildungsprogramm. Die einzelnen Fachgesellschaften sind mehrheitlich für die inhaltlichen Belange zuständig. Das SIWF ist dafür besorgt, dass die von den Fachgesellschaften aufgestellten Bedingungen und Kriterien im Einklang mit der übergeordneten Weiterbildungsordnung stehen.

Im aktuellen Weiterbildungsprogramm für den Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin und die beiden Curricula Hausärztin/Hausarzt bzw. Spitalinternistin/Spitalinternist heisst es, dass in der dreijährigen Basisweiterbildung «... mindestens ein Jahr an einer allgemeininternistischen Klinik der Kategorie A oder an einer medizinischen Poliklinik der Kategorie I zu absolvieren ist ...». Bezüglich Aufbauweiterbildung heisst es: «... Die Weiterbildung Spitalinternistin/Spitalinternist oder Hausärztin/Hausarzt wird durch eine zweijährige Aufbauweiterbildung komplettiert, deren Zusammensetzung frei wählbar ist ...» Und bei den Lernzielen Hausärztin/Hausarzt findet sich: «... Es sind Kenntnisse und Fähigkeiten, deren Erwerb sich besonders für die spätere Tätigkeit in der hausärztlichen Praxis eignen ...» Dies erlaubt den Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung die freie Entscheidung, wie sie ihre Weiterbildungszeit möglichst gut an ihre zukünftige Tätigkeit anpassen wollen.

Betreffs der Facharztprüfung zitiere ich wieder das Weiterbildungsprogramm AIM: «... Es wird geprüft, ob die Kandidatin oder der Kandidat ... die Lernziele für die Basisweiterbildung erfüllt und somit das für die Betreuung von Patientinnen und Patienten im Fachgebiet Allgemeine Innere Medizin notwendige

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.

Basiswissen besitzt ...» Bei keiner Prüfung wird verlangt, dass alle Fragen korrekt beantwortet werden. Wenn einzelne Fragen – wie zum Beispiel die von Ihnen genannte Frage nach der antibiotischen Therapie bei einer Endokarditis – anscheinend zu schwierig sind für einen angehenden Hausarzt, führt dies noch lange nicht zum Nichtbestehen der Prüfung. Ausserdem besteht die Prüfung nicht nur aus MC-Fragen, sondern auch aus «... Kurzantwort-Fragen ... und/oder weiteren Fragetypen ...». Mit dieser Kombination ist diese Prüfung wahrscheinlich gerechter als

eine mündliche Facharztprüfung, die viel subjektiver und, wie auch Sie zugeben «... ein Stück weit ungerecht ...» wäre.

Wir hoffen, dass wir mit diesen Ausführungen anscheinend vorhandene Missverständnisse klären konnten und laden Sie sehr herzlich zum Lesen der weiteren Artikel ein.

Mit freundlichen Grüssen

*PD Dr. med. et MME*

*Monika Brodmann Maeder*

*PD Dr. med. et MME Jan Breckwoldt*

## 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/](http://www.saez.ch/de/publizieren/leserbrief-einreichen/)

# Mitteilungen

## Facharztprüfungen

### Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels für Nuklearmedizin

#### Nuklearmedizin, 2. Teilprüfung 2022

*Datum:* Freitag, 16. September 2022

*Ort:* Kantonsspital St. Gallen, Haus 39  
Rorschacherstrasse 226  
CH-9007 St. Gallen

*Anmeldefrist:* 30. Juni 2022

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter [www.siwf.ch](http://www.siwf.ch) → Weiterbildung → Facharzttitel und Schwerpunkte → Nuklearmedizin

### Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels Medizinische Onkologie

#### Schriftliche Prüfung

*Ort:* Kantonsspital Aarau, Aarau, Haus 1, Untergeschoss (Hörsaal)

Die schriftlich-theoretische Prüfung kann auch in Paris, Frankreich, während des ESMO-Kongresses abgelegt werden (siehe ESMO-Informationen, [www.esmo.org](http://www.esmo.org)).

*Datum:* Samstag, 10. September 2022

#### Mündliche Prüfung

*Ort:* Zuger Kantonsspital, 6340 Baar

*Datum/Zeit:* Samstag, 29. Oktober 2022, ab 9 Uhr

*Anmeldefrist:* 31. Juli 2022

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter [www.siwf.ch](http://www.siwf.ch) → Weiterbildung → Facharzttitel und Schwerpunkte → Medizinische Onkologie oder unter [www.esmo.org](http://www.esmo.org) oder unter [www.sgmo.ch](http://www.sgmo.ch)

## In eigener Sache: Stark gestiegene Papierpreise

Die Printmedien, die wegen rückgängiger Werbeeinnahmen bereits stark gefordert sind, müssen gegenwärtig mit massiv höheren Kosten produzieren. Papier ist seit der Corona-Pandemie stark umkämpft und entsprechend teurer. Seit dem Lockdown wird Altpapier vorzugsweise für Verpackungsmaterial wiederverwendet und nicht mehr für Magazin- bzw. Zeitungspapier; darüber hinaus streiken in Finnland die Papierarbeitenden, was zu einer zusätzlichen Verknappung führt. Gleichzeitig steigen die Energiepreise. Ein Ausweg aus dieser Situation: Die vorübergehende Reduktion der Umfänge der Zeitschriften. So auch der *Schweizerischen Ärztezeitung* (SÄZ).

März 2022

# Wichtige Mitteilung zu OCALIVA® (Obeticholsäure)

In Abstimmung mit Swissmedic möchte Intercept Sie gerne über Folgendes informieren:

## Zusammenfassung

- Die Indikation und Anwendungsmöglichkeit von OCALIVA wurde eingeschränkt für die Behandlung der primären biliären Cholangitis (PBC) bei Patienten ohne Zirrhose oder mit kompensierter Zirrhose ohne Anzeichen einer portalen Hypertension.
- OCALIVA ist ab sofort kontraindiziert bei Patienten mit
  - dekompensierter Zirrhose (z.B. Child-Pugh-Klassifikation B oder C) oder Patienten mit einem früheren Dekompensationsereignis;
  - kompensierter Zirrhose mit Anzeichen einer portalen Hypertension (z.B. Aszites, gastroösophageale Varizen, persistierende Thrombozytopenie).
- Der Abschnitt «Warnhinweise und Vorsichtsmassnahmen» von OCALIVA enthält neu Informationen über Leberdekompensation und Leberversagen, das bei mit OCALIVA behandelten PBC-Patienten mit kompensierter oder dekompensierter Zirrhose mitunter zum Tod oder zu einer Lebertransplantation führte.
- Der Abschnitt «Dosierung/Anwendung» zu OCALIVA wurde überarbeitet. Die Dosierungsangaben für Patienten mit Child-Pugh-Klassifikation B oder C oder Patienten mit einem früheren Dekompensationsereignis wurden entfernt, da OCALIVA ab sofort bei diesen Patienten kontraindiziert ist.
- In der Fachinformation von OCALIVA wurden zusätzliche Änderungen auf der Grundlage dieses Sicherheitshinweises und auch bzgl. der Anwendung von OCALIVA bei Patienten mit einer begleitenden Lebererkrankung sowie einer schweren interkurrenten Erkrankung vorgenommen.

## Hintergrundinformationen

Mit diesem Schreiben möchten wir Sie über wichtige neue Sicherheitshinweise bzgl. OCALIVA (Obeticholsäure) informieren, das zur Behandlung der primären biliären Cholangitis (PBC) in Verbindung mit Ursodesoxycholsäure (UDCA) bei Erwachsenen, die unzureichend auf UDCA ansprechen, oder als Monotherapie bei Erwachsenen, die UDCA nicht tolerieren können, zugelassen ist.

Die Änderungen der Fachinformation von OCALIVA wurden durch die Überprüfung von Fällen, die als unerwünschte Ereignisse gemeldet wurden, und durch veröffentlichte Berichte in der medizinischen Literatur über Leberdekompensation oder Leberversagen während der OCALIVA-Behandlung bei PBC-Patienten mit Zirrhose veranlasst. Die Fachinformation von OCALIVA wurde überarbeitet, und zusätzliche Sicherheitshinweise wurden aufgenommen, einschliesslich einer Einschränkung der Indikation, einer neu kontraindizierten Population und neuer Warnhinweise und Vorsichtsmassnahmen.

## Massnahmen und Anweisungen/

**Empfehlungen für Gesundheitsfachpersonen**  
Beraten Sie Ihre Patienten hinsichtlich der Risiken und des Nutzens von OCALIVA. Es ist wichtig, dass Sie vor Behandlungsbeginn mit OCALIVA feststellen, ob bei Ihrer Patientin/Ihrem Patient

ten eine dekompensierte Zirrhose oder ein früheres Dekompensationsereignis oder eine kompensierte Zirrhose mit Anzeichen einer portalen Hypertension vorliegt, da OCALIVA bei diesen Patienten kontraindiziert ist.

Führen Sie regelmässige Labortests und klinische Untersuchungen durch, um Ihre Patienten hinsichtlich eines Fortschreitens der PBC-Erkrankung, einschliesslich leberassoziierter unerwünschter Ereignisse, zu überwachen. Stellen Sie eine engmaschige Überwachung Ihrer Patienten sicher, wenn diese eine kompensierte Zirrhose, eine begleitende Lebererkrankung (z.B. Autoimmunhepatitis, alkoholbedingte Lebererkrankung) und/oder eine schwere interkurrente Erkrankung aufweisen, um neue Anzeichen einer portalen Hypertension (z.B. Aszites, gastroösophageale Varizen, persistierende Thrombozytopenie <math>150 \times 10^9/l</math>) oder Erhöhungen des Gesamtbilirubins, des direkten Bilirubins oder der Prothrombinzeit über dem Normalbereich festzustellen, um zu beurteilen, ob das Arzneimittel abgesetzt werden muss.

Unterbrechen Sie die Behandlung mit OCALIVA bei Patienten mit einer schweren interkurrenten Erkrankung oder leberassozierten unerwünschten Ereignissen, und überwachen Sie die Leberfunktion der Patientin/des Patienten. Nach dem Abklingen der schweren interkurrenten Erkrankung oder klinisch signifikanten leberassoziier-

ten unerwünschten Ereignisse und unter der Voraussetzung, dass es keine durch Labortests bestätigte oder klinische Evidenz für eine Leberdekompensation gibt, prüfen Sie die möglichen Risiken und den möglichen Nutzen einer Wiederaufnahme der Behandlung mit OCALIVA. Weisen Sie Ihre Patienten an, Sie im Fall von leberassozierten unerwünschten Ereignissen, die während der Behandlung mit OCALIVA auftreten, unverzüglich zu kontaktieren.

Sie müssen die Behandlung mit OCALIVA bei folgenden Patienten dauerhaft einstellen:

- Patienten, die eine durch Labortests bestätigte oder klinische Evidenz für eine Leberdekompensation entwickeln (z.B. Aszites, Ikterus, Varizenblutung, hepatische Enzephalopathie, Child-Pugh-Klassifikation B oder C),
- Patienten, die eine kompensierte Zirrhose haben und Anzeichen einer portalen Hypertension entwickeln (z.B. Aszites, gastroösophageale Varizen, persistierende Thrombozytopenie <math>150 \times 10^9/l</math>),
- Patienten, die während der Behandlung klinisch signifikante hepatische Nebenwirkungen erfahren,
- Patienten, die einen totalen Gallengangsverschluss entwickeln.

Die überarbeitete Arzneimittelinformation wird auf der Website [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch) veröffentlicht.

## Kontaktangaben

Sollten Sie Fragen zu den Informationen in diesem Schreiben oder der sicheren und wirksamen Anwendung von OCALIVA haben, kontaktieren Sie bitte unsere Abteilung für medizinische Informationen telefonisch unter +41 44 580 05 79, per E-Mail an [medinfo@interceptpharma.com](mailto:medinfo@interceptpharma.com)

## Meldung von Nebenwirkungen

Swissmedic empfiehlt für die Meldung unerwünschter Arzneimittelwirkungen das Online-Portal ELVIS (Electronic Vigilance System), das zu diesem Zweck entwickelt wurde. Alle erforderlichen Informationen hierzu finden Sie unter [www.swissmedic.ch](http://www.swissmedic.ch)

## Anlagen

Dieses Schreiben ist keine vollständige Beschreibung des Nutzens und der Risiken bei der Anwendung von OCALIVA. Für weitere Informationen konsultieren Sie bitte die Fachinformation von OCALIVA (Obeticholsäure) unter <http://www.swissmedicinfo.ch> und die Patientinneninformation von OCALIVA (Obeticholsäure).

Intercept Pharma Switzerland GmbH  
Dreikönigsstrasse 31a | 8002 Zürich  
[info-ch@interceptpharma.com](mailto:info-ch@interceptpharma.com)



Einkauf

# | Einfach Zeit und Geld sparen



bis 25%  
Rabatt

Der Einkaufsort für Ärzte und Praxen  
**Medikamente, medizinische Geräte,  
medizinisches Verbrauchsmaterial etc.  
zum Spezialtarif**

- Sonderkonditionen bei Vertragslieferanten
- Verlängerte Zahlungsfristen und Sammelrechnung
- Direktbestellung bei zahlreichen Vertragslieferanten

## CONSULTING

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



# HUG: nouvelle directrice des opérations

Nathalie Lemarchand-Manceau a été désignée au poste de directrice des opérations des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Elle a pris ses fonctions début janvier. Titulaire d'un diplôme de management en institution de santé de l'Université de Genève et d'une licence en sciences de l'éducation (option formation d'adultes) de l'Université de Lyon, Nathalie Lemarchand-Manceau est également infirmière de formation.

Elle a travaillé pendant quatorze ans aux HUG en tant qu'infirmière spécialisée aux soins intensifs, puis comme infirmière chargée de formation. Elle a ensuite rejoint la clinique Genolier en tant que directrice des Soins, puis le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) comme adjointe du Directeur des soins. Elle était jusqu'à présent membre de la direction du groupe Hirslanden, ainsi que responsable flux & performance au sein de la clinique La Colline et de la clinique des Grangettes.

La Direction des opérations a pour mission principale de gérer et d'optimiser l'itinéraire des personnes prises en charge au sein des HUG. Elle regroupe l'accueil et la centrale téléphonique, les transports des patients et des patientes, la gestion des flux de malades, la programmation opératoire et le Service social.



Nathalie Lemarchand-Manceau (© HUG)

## KSGR: neuer Chefarzt der Kinder- und Jugendmedizin



Dr. Bjarte Rogdo (zVg)

Dr. Bjarte Rogdo wird spätestens per Mitte 2022 neuer Chefarzt der Kinder- und Jugendmedizin des Kantonsspitals Graubünden (KSGR) und tritt somit die Nachfolge von PD Dr. Tom Riedel an. Nach seiner

Ausbildung in Norwegen wechselte er 2002 als Assistenzarzt in die Schweiz, zunächst an das Kantonsspital St. Gallen und 2004 an das Ostschweizer Kinderspital. Nach einem Weiterbildungsaufenthalt in Australien und einer Fellowship am Kinderspital Zürich kehrte der Intensivmediziner 2010 als Oberarzt dorthin zurück. Seit 2018 ist er Leiter der Kinderintensivstation und Neonatologie. Unter anderem amtiert Dr. Rogdo seit 2017 als Präsident der Interessengemeinschaft für pädiatrische und neonatologische Intensivmedizin (IG-PNI).

## LUKS: Pneumologie hat einen neuen Chefarzt



KD Dr. med. Urs Bürgi (© LUKS)

Seit Anfang dieses Jahres ist KD Dr. Urs Bürgi Chefarzt und Leiter der Abteilung Pneumologie am Luzerner Kantonsspital (LUKS). Bürgi folgt auf Dr. med. Andrea Azzola, der nach zwei-

jähriger Tätigkeit am LUKS ins Tessin zurückkehrt. Vor dem Stellenantritt von Azzola hatte Bürgi die Position bereits ad interim innegehabt. Urs Bürgi kam 2017 als Leitender Arzt nach Luzern, nachdem er von 2008 bis 2017 am Universitätsspital Zürich seine Fachausbildung absolviert hatte und anschliessend als Oberarzt Pneumologie tätig gewesen war. 2018 übernahm er die Leitung des Schlaflabors des LUKS Luzern/Montana. Ausserdem ist er als Dozent an der Universität Zürich und der Universität Luzern tätig.

## Spital Aarberg: Danny Wey ist neuer Leiter



Danny Wey (© Insel Gruppe)

Zu Beginn des Jahres hat Danny Wey die Leitung des zur Insel Gruppe gehörenden Spitals Aarberg übernommen. Er tritt damit die Nachfolge von Martin Sager an.

Wey ist seit 2015 im Spital Aarberg tätig zuerst als Leiter Pflegedienst, später als Fachbereichsleiter Pflege. Zuvor arbeitete der diplomierte Intensivpflegefachmann über viele Jahre in verschiedenen Positionen und Kliniken im Inselsspital Bern. Er absolvierte einen MAS Management im Sozial- und Gesundheitsbereich und ist eidgenössisch diplomierter Spitalexperte.

# Wenn chronisch kranke Menschen flüchten müssen

Eva Mell

Stellvertretende Chefredaktorin der *Schweizerischen Ärztezeitung*

Millionen von Menschen sind auf der Flucht: Die Eskalation des Konflikts zwischen Russland und der Ukraine zwang Ärzte ohne Grenzen dazu, die bisherige Arbeit in der Ukraine auszusetzen. Die Teams der Hilfsorganisation passen sich der neuen Situation an und sorgen zum Beispiel dafür, dass chronisch kranke Geflüchtete Zugang zu lebenswichtigen Medikamenten erhalten.

***Monica Rull, Ärzte ohne Grenzen hatte in der Ukraine bis zum Beginn von Putins Invasion Ende Februar verschiedene Hilfsprogramme, vor allem zur Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen wie etwa AIDS. Diese Programme haben Sie eingestellt. Weshalb?***

Mit dem Ausbruch der Kämpfe hat sich die Lage drastisch verändert. Wir mussten schnell auf Nothilfemassnahmen umstellen. Dabei gilt es die Dynamik der Offensive stets im Auge zu behalten, um auch unsere Teams nicht zu gefährden. Unter den veränderten Umständen war es nicht mehr möglich, unsere ambulanten Projekte fortzuführen.

***Was bedeutet das für die Patientinnen und Patienten?***

Wir haben alles in unserer Macht Stehende getan, um eine gewisse Kontinuität in der Versorgung unserer Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Der Bedarf war bereits vor den jüngsten Ereignissen hoch, da die Menschen in der Ostukraine seit acht Jahren in einem Konflikt leben. Unseren Vorrat an Medikamenten und auch medizinisches Material für die Behandlung von Kriegsverletzten haben wir nun Spitälern gespendet, mit denen wir in Kontakt stehen.

***Welche Nothilfemassnahmen konnten Sie bisher einleiten?***

Wir evaluieren fortlaufend die Situation und werden auf die jeweiligen Bedürfnisse eingehen, die entstehen. Transporte mit mehreren Tonnen medizinischen Hilfsgütern, darunter Material zur chirurgischen Versorgung vieler Verletzter, haben in der vergangenen Woche Kiew erreicht. Die Hilfsgüterlieferung soll

## Zur Person

Monica Rull ist Medizinische Leiterin der internationalen, unabhängigen Hilfsorganisation Ärzte ohne Grenzen mit Sitz in Genf.



helfen, den Grundbedarf von Intensivstationen, Notaufnahmen und Operationssälen in ukrainischen Spitälern zu decken. Die Güter werden nun an Spitälern in Kiew und in anderen Städten weiter östlich im Land verteilt, wo die Zahl der Verwundeten steigt und die Vorräte an medizinischen Produkten schnell zur Neige gehen. Viele Spitälern und Gesundheitseinrichtungen in den stärker vom Krieg betroffenen Regionen der Ukraine benötigen dringende Unterstützung mit medizinischem Material. Ausserdem stehen wir mit verschiedenen Spitälern in Kontakt und sind bereit, sie durch Trainings für die Versorgung von Verletzten zu unterstützen. Eine Herausforderung ist die Entsendung von Chirurgeteams, wir prüfen weiterhin aktiv, welche konkreten Möglichkeiten wir haben.

***Wie bereitet Ärzte ohne Grenzen Mitarbeitende eigentlich auf Krisensituationen vor?***

Je nachdem, in welchem Land sich ein Team befindet, gibt es Notfallpläne für verschiedene Szenarien, zum Beispiel für Naturkatastrophen, Epidemien oder bewaffnete Konflikte. Unser Personal wird für solche Situationen geschult und wir haben immer auch medizinische Güter vorrätig, die wir nicht für unsere reguläre Arbeit benötigen, sondern für den Ausnahmefall.



Ein Aufnahmelager für ukrainische Flüchtlinge in Polen.

Bildnachweis: zVg / Ärzte ohne Grenzen

***Haben Sie geahnt, dass es in der Ukraine zu solch einer Extremsituation kommen könnte?***

Der Konflikt hat ein Ausmass erreicht, auf das niemand vorbereitet war. Sehr viele Menschen wurden vertrieben. Aber es ist nicht das erste Mal, dass wir an vorderster Front stehen und auch die Bedürfnisse enorm vieler flüchtender Menschen einschätzen müssen.

***Welche Hilfe leisten Sie bei Geflüchteten?***

Wir haben uns in Ländern positioniert, die offen für die Aufnahme ukrainischer Flüchtlinge sind und Unterkünfte eingerichtet haben. Dazu gehören etwa Polen, Ungarn oder Rumänien. Unsere Teams beurteilen die medizinischen Bedürfnisse der ankommenden Menschen.

***Geht es dabei um Kriegsverletzungen?***

Eher nicht. Das Problem ist vor allem, dass chronisch kranke Menschen auf der Flucht kaum Zugang zu einer für sie lebenswichtigen medizinischen Versorgung haben. Diese Menschen, die oft schon tagelang unterwegs waren, müssen nach ihrer Ankunft – und vor einer möglichen Weiterreise – so schnell wie möglich untersucht werden, damit ihre Behandlung nicht unterbrochen wird.

***Können Sie ein Beispiel dafür geben?***

Wenn ein Diabetiker 15 Tage lang kein Insulin erhält, besteht für ihn ein hohes Sterberisiko. Wir müssen dafür sorgen, dass solche Menschen nicht vergessen werden. In den meisten Konflikten, in denen Ärzte

## Ärzte ohne Grenzen in der Ukraine

Seit 2014 hat sich Ärzte ohne Grenzen für einen Zugang zu psychologischer und medizinischer Hilfe für Menschen entlang der Kontaktlinie in der Ostukraine eingesetzt. In Donezk hat die Organisation medizinische Gesundheitsversorgung angeboten, in Sjewjerodonezk HIV-Behandlung und in Schytomyr Tuberkulose-Behandlung, um nur drei Beispiele zu nennen. Am 26. Februar 2022 gab Stephan Cornish, Generaldirektor von Ärzten ohne Grenzen Schweiz, in einer Videobotschaft bekannt, dass die Organisation die bisherigen Projekte aufgrund der Eskalation des Konflikts mit Russland aussetzen muss, um die Hilfe an die neue Lage anzupassen.

ohne Grenzen bisher tätig war, werden solche Patientinnen und Patienten häufig übersehen.

***Wie sorgen Sie für die Sicherheit Ihrer Mitarbeitenden, die noch in der Ukraine sind? Können Sie das überhaupt?***

Wenn alle Konfliktparteien medizinische Hilfe respektieren und gutheissen, dann ist das die Hauptgarantie für die Sicherheit unseres Personals und auch aller anderen Mitarbeitenden des Gesundheitswesens. Falls wir jedoch keine Garantien haben, dann haben wir kaum Möglichkeiten, die Sicherheit unseres Personals in solch einer Situation zu gewährleisten. Wir bleiben natürlich in Kontakt mit unseren lokalen Mitarbeitenden und versuchen sie so gut es geht zu unterstützen, auch bei der Ausreise, aber unsere Möglichkeiten sind begrenzt. Wir appellieren in jedem Konflikt an alle Beteiligten, die humanitäre Hilfe und das medizinische Personal zu respektieren. Denn das ist die Verantwortung aller.

# «Die Schweizer Alzheimer-Forschung ist sehr innovativ»

**Julia Rippstein**

Redaktorin *Schweizerische Ärztezeitung*

Ein neues nationales Register für Gehirngesundheit soll dazu beitragen, die Forschung im Bereich der Demenz voranzutreiben. Das Ziel ist es, die stille Phase der Alzheimer-Krankheit, die in der Schweiz immer häufiger auftritt, besser zu erkennen. Prof. Giovanni Frisoni, Leiter des Gedächtnisentrums am Universitätsspital Genf (HUG), erläutert die Hintergründe.

**Prof. Frisoni, Sie sind der Initiator des «Brain Health Registry». Warum haben Sie dieses nationale Register für gedächtnisbezogene Krankheiten und insbesondere Alzheimer eingerichtet?**

Wir folgen damit den jüngsten wissenschaftlichen Entwicklungen im Bereich der Demenz. Lange Zeit war der Umgang mit Demenzpatienten reaktiv: Sie wurden behandelt, sobald sie mit Gedächtnisstörungen und Schwierigkeiten im Alltag zu uns kamen. In jüngster Zeit hat die Behandlung neurodegenerativer Erkrankungen ein neues Paradigma erreicht, nämlich das der Sekundärprävention. Es geht also darum, bei Menschen einzugreifen, die noch keine Gedächtnisstörungen, aber ein hohes Risiko haben, eine Form von Demenz zu entwickeln.

**Das Register soll also helfen, Personen zu identifizieren, die potenziell von Alzheimer bedroht sind.**

Genau das ist der Fall. Sekundärprävention bedeutet, dass wir Menschen erreichen müssen, die keine kognitiven Störungen oder Symptome haben, also eine Bevölkerungsgruppe, die keinen Grund hat, ein Gedächtniszentrum aufzusuchen. Es liegt also an uns, diese Menschen zu erreichen. Das Register steht allen Personen ab 50 Jahren offen, dem Alter, ab dem man theoretisch gefährdet ist.

Das «Brain Health Registry» ist ein Schweizer Online-Register, das die Registrierung von Personen erleichtern soll, die einen Beitrag zur Erforschung der Alzheimer-Krankheit und anderer mit dem Gedächtnis zusammenhängender Krankheiten leisten möchten. Es ist das Ergebnis der Zusammenarbeit zwischen den Gedächtniszentren in Basel, Bern, Freiburg, Genf, Lausanne, Lugano, St. Gallen und dem Forschungszentrum in Zürich. Alle Personen ab 50 Jahren, mit oder ohne kognitive Beeinträchtigungen, können sich dort anmelden. Personen, die den Kriterien einer laufenden Studie entsprechen, werden von den Forschungsteams kontaktiert. Weitere Informationen und Anmeldung: [www.bhr-suisse.org](http://www.bhr-suisse.org)



Prof. Giovanni Frisoni: «Beim Online-Register sehen wir die Zivilgesellschaft als Partnerin.»

**Das «Brain Health Registry» ist das Ergebnis einer Synergie zwischen den verschiedenen Gedächtniszentren der Schweiz. Steckt dahinter das Bestreben, die Schweiz international an die Spitze zu bringen?**

Nach den USA, Grossbritannien und den Niederlanden ist die Schweiz das vierte Land, das ein solches Register einrichtet, und wir gehören damit zu den Pionieren. Wir wollen eine Lücke schliessen: Personen, die an einem Programm zur Sekundärprävention interessiert sind, können dies nicht über ihren Hausarzt tun, da es keine klinischen Programme gibt, die von den Krankenversicherungen bezahlt werden. Das Online-Register soll daher die Anmeldung potenzieller Kandidaten erleichtern. Bei diesem Ansatz sehen wir die Zivilgesellschaft als Partnerin.

## Demenz in Kürze

In der Schweiz sind etwa 150 000 Menschen von Demenz betroffen. In 70 bis 80% der Fälle handelt es sich um die Alzheimer-Krankheit. Die Zahl der Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ohne Demenzdiagnose wird auf 300 000 geschätzt. Die Hälfte von ihnen werde in den nächsten fünf bis zehn Jahren eine Demenz entwickeln, so Prof. Giovanni Frisoni. Die häufigsten Symptome sind Gedächtnisstörungen. Weitere Anzeichen der Krankheit sind Sprachstörungen, visuell-räumliche Störungen und Störungen der exekutiven Funktionen.

### **Wollen Sie damit sagen, dass das Interesse der Behörden an neurodegenerativen Erkrankungen gering ist?**

Sagen wir, man könnte erwarten, dass der Bund diesen Krankheiten mehr Aufmerksamkeit schenkt, da die Schweiz ein alterndes Land ist, dessen Bevölkerung immer häufiger von Alzheimer betroffen sein wird. Der Bundesrat hat vor kurzem einen Vorschlag für ein nationales Forschungsprogramm zu Demenzkrankheiten abgelehnt. Dies ist umso erstaunlicher, als wir in diesem Bereich einen sehr innovativen und wettbewerbsfähigen Wissenschaftsstandort haben.

### **Bedeutet das, dass die Demenzforschung nicht ausreichend finanziert wird?**

Im Vergleich zur medizinischen Forschung in Italien, die ich sehr gut kenne, verfügt die Schweiz über mehr Ressourcen. Trotzdem gibt es keine spezielle Finanzierung für Demenz. Aber wir sind keine Ausnahme: Die meisten Länder haben wenig getan, um neurodegenerative Erkrankungen zu bekämpfen. Ausnahmen sind Frankreich, das unter Präsident Nicolas Sarkozy einen Demenzplan eingeführt hat, und Deutschland mit dem Nationalen Demenznetz (DZNE). In der Schweiz sind wir weitgehend von europäischen Projektaufufen und Spenden von privaten Stiftungen abhängig.

### **Könnte das Register dazu beitragen, die Aufmerksamkeit auf Demenz zu lenken?**

Das hoffe ich. Wir würden uns wünschen, dass das Register das klinische System und das Netzwerk der Schweizer Gedächtniszentren stärkt, damit diese für Pharmaunternehmen und öffentliche Gelder interessanter werden.

### **Bevor die ersten Symptome auftreten, hat die Alzheimer-Krankheit eine lange stille Phase. Kann der Verlauf der Krankheit während dieser Phase beeinflusst werden?**

Die Krankheit tritt zehn bis fünfzehn Jahre vor den ersten Symptomen auf. Diese «Inkubationszeit» wird als Risikophase betrachtet, in der man die Entwicklung von Gedächtnisstörungen noch beeinflussen kann. Zum Beispiel durch eine mediterrane Ernährung, re-

gelmässige körperliche und geistige Betätigung, Kontrolle der kardiovaskulären Risikofaktoren wie Blutdruck und Diabetes, Vermeidung von Alkohol, Rauchen und Drogen, die für das Gehirn giftige Substanzen sind. Über den Lebensstil hinaus untersuchen wir derzeit weitere Strategien, z.B. Eingriffe in die Darmmikrobiota oder nichtinvasive transkranielle Stimulation, die eine reinigende Wirkung auf toxische Proteine zu haben scheint.

### **Kann man sagen, dass die Ursachen von Alzheimer multifaktoriell sind?**

Die Botschaft, dass Alzheimer eine multifaktorielle Krankheit ist, ist gefährlich. Es wird der Eindruck erweckt, dass es so viele Faktoren gibt, dass man nichts dagegen tun kann, genauso wie gegen das Altern. Dies ist jedoch nicht der Fall. Die Ursachen sind biologisch. Wie andere neurodegenerative Erkrankungen ist Alzheimer eine Proteinopathie: Toxische Proteine lagern sich im Gehirn ab und führen zum neuronalen Tod. Diese Ablagerung wird durch mehrere Risikofaktoren begünstigt, darunter das Alter, der APOE4-Genotyp, das weibliche Geschlecht und ein niedriger Bildungsstand. Dies ist jedoch nicht gleichbedeutend mit der Behauptung, dass die Krankheit multifaktoriell bedingt ist.

### **Derzeit ist Alzheimer eine unheilbare Krankheit. Wie schaffen es die Betroffenen, den Alltag zu bewältigen?**

Medikamente, die auf das Neurotransmittersystem einwirken, können die Schwierigkeiten des täglichen Lebens lindern und das Fortschreiten der Krankheit vorübergehend für etwa 6 bis 18 Monate verlangsamen. Diese Medikamente können die Gehirnaktivität und bestimmte kognitive Fähigkeiten teilweise verbessern. Es handelt sich jedoch um eine Downstream-Strategie. Eine möglichst weitgehende Upstream-Behandlung wäre jedoch wünschenswert. Es bleibt abzuwarten, ob sich monoklonale Antikörper oder Eingriffe in die Darmmikrobiota als wirksam erweisen.

### **Das «Brain Health Registry» will die Forschung in diesem Bereich vorantreiben. Welche Arten von Studien laufen derzeit und wann werden Sie die Personen, die im Register eingetragen sind, kontaktieren?**

Derzeit laufen sechs Studien. Eine davon befasst sich zum Beispiel mit der intrakraniellen akustischen und visuellen Stimulation. Mitte Februar waren 662 Personen registriert. Wir werden die Freiwilligen, die zu einer der Forschungsstudien passen, ab der zweiten Jahreshälfte kontaktieren.

### **Bildnachweis**

zVg / Giovanni Frisoni



Grooveland Designs / Unsplash

# Britisches Gesundheitssystem: Durch die Pandemie erschüttert

**Julie Zaugg**

Freischaffende Journalistin aus London

In den letzten zwei Jahren haben die Umwälzungen im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie in Grossbritannien zu Verzögerungen entlang der gesamten medizinischen Kette geführt. Manche Patientinnen und Patienten warten mehr als zwei Jahre auf eine Operation. Andere müssen mit dem Taxi zur Notaufnahme fahren. Zeugenaussagen von der Front.

Emilys Grossmutter ist über 80 Jahre alt. Sie leidet schon seit Jahren an gesundheitlichen Problemen, aber nichts konnte sie auf das Unglück in diesem Winter vorbereiten. «Sie fühlte sich schwach und ihr wurde schwindelig, also rief sie einen Krankenwagen», erzählt die junge Frau. «Aber das Krankenhaus hatte kein Bett mehr zur Verfügung. Sie wurde auf einen Stuhl in der Mitte eines Korridors gesetzt, wo sie über zehn Stunden lang verängstigt und desorientiert blieb.» Schliesslich fand man für sie einen Platz in einer kleinen Einrichtung im Südosten Englands, aber da war es schon zu spät. «Sie fiel kurz darauf ins Koma», rutscht es ihrer Enkelin heraus. «Sie wird nicht mehr lange leben.»

In den letzten Monaten, als die Omikron-Variante in Grossbritannien ihr Unwesen trieb, häuften sich solche Berichte. Tracy Nicholls, Direktorin des britischen Verbands der Rettungssanitäter, sagt: «Es ist völlig normal geworden, dass Dutzende von Krankenwagen vor

den Notaufnahmen Schlange stehen. Die Patientinnen und Patienten warten regelmässig vier bis sechs Stunden auf ihre Behandlung, manche sogar bis zu zwölf Stunden, obwohl die Standardzeit für die dringendsten Fälle 15 Minuten betragen sollte. Einige Sanitäterinnen und Sanitäter haben gesehen, wie Menschen auf dem Rücksitz ihres Fahrzeugs starben.» Die Richtlinien der Regierung besagen, dass 95% der Personen, die in die Notaufnahme kommen, innerhalb von vier Stunden gesehen werden müssen, ein Standard, der vor der Pandemie meist eingehalten wurde.

## Taxi statt Krankenwagen nehmen

Andere Kranke hoffen vergeblich auf die Ankunft eines Krankenwagens, wie die ältere Frau, die sieben Stunden lang mit gebrochener Hüfte und gebrochenem Handgelenk auf dem Boden lag, und der Teenager, der nach einem Sturz vom Pferd 16 Stunden lang auf die

Ankunft der Rettungskräfte wartete. Über ihre Leidenswege wurde in den britischen Medien berichtet. Anfang des Jahres rief der Ambulanzdienst im Nordosten Englands, einer besonders betroffenen Region, Menschen mit einem Herzinfarkt dazu auf, mit dem Taxi ins Krankenhaus zu fahren.

Die Auswirkungen waren entlang der gesamten medizinischen Kette zu spüren. «Wir mussten eine Person mit akuter Herzinsuffizienz über vier Stunden lang in unserer Praxis an einem Beatmungsgerät festhalten, bis ein Krankenwagen eintraf», berichtet Richard Greenway, Allgemeinmediziner in Bristol. Aus Personalmangel haben einige Heime begonnen, die Pflege ihrer Bewohnerinnen und Bewohner zu rationieren und sie die meiste Zeit bettlägerig zu halten, um wichtige Dienstleistungen wie die Bereitstellung von Mahlzeiten aufrechterhalten zu können.

Doch die Probleme, die das britische Gesundheitssystem belasten, gehen viel tiefer als die Lücken, die durch die jüngste Omikron-Welle aufgedeckt wurden. Nach zwei Jahren Pandemie liegt der NHS – das staatliche Gesundheitssystem – nach Ansicht der meisten befragten Expertinnen und Experten am Boden. «Ende 2021 warteten allein in England 6 Millionen Menschen auf eine elektive Behandlung, 2019 waren es 4,4 Millionen», erläutert Max Warner, Gesundheitsökonom am Institut für Steuerstudien.

Diese beispiellosen Verzögerungen betreffen vor allem nicht dringende Operationen, wie Hüft- oder Kniegelenkersatz und Katarakte. «Es gibt aber auch Menschen, die an dringenderen Problemen wie Nierensteinen leiden», fügt er hinzu. Manche warten auf eine Diagnose, die eine Krebserkrankung bestätigt. Andere auf einen Eingriff zur Linderung einer Endometriose oder eines schmerzhaften Ischias.

In einer Reihe von Fällen verlängert sich die Wartezeit weit über die 18 Wochen hinaus, die sich die Regierung als Grenze für die Behandlung von Personen auf der

Warteliste gesetzt hat. «Es gibt heute 300 000 Menschen, die seit über einem Jahr warten, im Vergleich zu den 1600 vor der Pandemie», stellt Siva Anandaciva, Experte für Gesundheitspolitik bei der NGO *The King's Fund*, fest. Nach offiziellen Angaben der Regierung warteten sogar 18 500 Menschen mehr als zwei Jahre auf eine Behandlung.

### Ergebnis eines «toxischen Cocktails»

Diese Situation ist das Ergebnis dessen, was Siva Anandaciva als «einen toxischen Cocktail, der durch die Pandemie verschärft wurde» beschreibt. Die Wartelisten des NHS, die in den 1990er Jahren sehr lang waren, wurden unter der Labour-Regierung schrittweise abgebaut. Ab 2010 stiegen sie jedoch wieder an. «Das fiel mit dem Amtsantritt der Konservativen zusammen, die zu wenig in das Gesundheitssystem investierten, während die Nachfrage stieg», sagt Martin Marshall, der dem britischen Dachverband der Allgemeinmediziner vorsteht.

### Nach zwei Jahren Pandemie liegt das staatliche Gesundheitssystem am Boden.

Kurz vor der Pandemie gab es im NHS 100 000 offene Stellen. Mit 2,45 Krankenhausbetten pro 1000 Einwohner hat das Vereinigte Königreich eines der niedrigsten Verhältnisse in Europa. Die Engpässe betreffen auch nicht-stationäre Dienste, wie häusliche Pflege oder Rehabilitationsdienste. Siva Anandaciva stellt fest: «Ein Drittel der Patientinnen und Patienten benötigt keine Akutversorgung mehr, kann aber das Krankenhaus nicht verlassen, weil sie auf diese Art von Leistungen warten. Sie belegen Betten, von denen andere, kränkere Menschen profitieren könnten.»

Die Pandemie hat diese Ungleichgewichte noch verstärkt. «Während der ersten Welle im Frühjahr 2020



Eine normale Szene seit der Pandemie: Krankenwagen stehen Schlange vor den Notaufnahmen (VVShots | Dreamstime.com).



Auf dem Höhepunkt der Omikron-Welle im Januar zählte der NHS 49941 krankgeschriebene Personen, was 4,2% der Belegschaft entspricht (Matthew Waring / Unsplash).

wurden viele nicht unbedingt notwendige Dienste drei Monate lang geschlossen», erklärt Tim Gardner, Experte der NGO *The Health Foundation*. «Das hat zu Verschiebungen geführt, die das System noch nicht vollständig verarbeitet hat.» Hinzu kamen die Betten, die seit Beginn der Pandemie von den 600 000 Krankenhauspatientinnen und -patienten mit Covid-19 belegt wurden.

### Personal abwesend wegen Omikron

In jüngerer Zeit hat die hochansteckende Variante Omikron zu erheblichen Personalengpässen geführt. «In meiner Praxis verzeichnen wir eine Rekordabwesenheitsrate von rund 20%», sagt Richard Greenway. «Wir haben mehrere dreifach geimpfte Mitarbeitende, die im Abstand von einigen Monaten erst Delta und dann Omikron bekamen.» Jedes Mal mussten sie sich etwa zehn Tage lang isolieren. Auf dem Höhepunkt der Omikron-Welle im Januar zählte der NHS 49941 krankgeschriebene Personen, was 4,2% der Belegschaft entspricht.

Mittelfristig könnten die langen Wartezeiten, denen die britischen Patientinnen und Patienten ausgesetzt sind, verheerende Auswirkungen auf ihre Gesundheit haben. «Einige leiden unter unerträglichen Schmer-

zen, andere können aufgrund ihrer Krankheit nicht mehr arbeiten», stellt Tim Gardner fest. In manchen Fällen gefährdet ein zu langer Aufschub die Heilungs- oder sogar Überlebenschancen. «Ein Patient, der ein künstliches Hüftgelenk benötigt, wird möglicherweise nie wieder mobil sein. Eine Person, die an einem grauen Star leidet, könnte ihr Augenlicht verlieren.» «Seit 18 Monaten erhalte ich keine Behandlung mehr für meine Gelenkprobleme», berichtet ein Patient, der von der NGO *Healthwatch* interviewt wurde, die in einer Studie Erfahrungsberichte gesammelt hat. «Jeden Monat verliere ich mehr und mehr an Mobilität. Bald werde ich gezwungen sein, mich im Rollstuhl fortzubewegen und Hilfe brauchen, um meine Körperpflege durchzuführen.» Eine andere Frau, die 18 Monate auf ihre Hüftoperation warten musste, berichtet, dass sie unter schrecklichen Schmerzen litt. Sie sagt: «Ich konnte das Haus fast nicht verlassen. Es gab Zeiten, in denen ich dachte, dass es sich nicht mehr lohnt zu leben.»

### Millionen von Kranken «fehlen»

Die Situation wird sich in den nächsten Monaten nicht verbessern, sondern möglicherweise noch verschlechtern. «Während der Pandemie haben sich viele Patientinnen und Patienten nicht in Krankenhäusern oder Praxen gemeldet, weil sie befürchteten, sich mit Covid-19 anzustecken oder weil sie auf die Appelle der Regierung hörten, die Notaufnahmen nicht zu überlasten», stellt Martin Marshall fest.

Diese «fehlenden» Kranken werden sich schliesslich melden. «Wir schätzen ihre Zahl auf etwa 8 Millionen und wissen nicht, wann sie sich melden werden und in

### Die Zahl der «fehlenden» Kranken wird auf etwa 8 Mio. geschätzt. Die Warteliste könnte bis Ende 2023 auf 11 Mio. Menschen anwachsen.

welchem Zustand sie sein werden», sagt Max Warner. Die Warteliste des NHS könnte seinen Prognosen zufolge bis Ende 2023 auf 11 Millionen Menschen anwachsen. «Es wird Jahre dauern, sie abzubauen», schiebt er nach.

Im Falle eines Wiederaufflammens der Pandemie sogar noch mehr. Im Februar hob Premierminister Boris Johnson alle Beschränkungen zur Kontrolle der Pandemie auf, wie z.B. die Isolationspflicht bei einer Infektion und das Tragen eines Mundschutzes in öffentlichen Räumen. Das führt zu der Befürchtung, dass die Zahl der Fälle wieder ansteigen könnte, obwohl sie gerade erst begonnen hat, sich zu verringern.



# Forgiveness

**André Simon**

Dr. med., Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Zürich

Forgiveness is a human and spiritual adventure, situated in the midpoint of all religions. To forgive is an act of inner strength and not of weakness, as we are sometimes led to believe. However, the global village of the world lacks forgiveness.

In psychotherapy exists forgiveness in a moral and in a practical sense. Nevertheless, psychotherapists cannot give a prescription for forgiveness. Psychotherapy is a reconciliation path.

“Forget the insults” is extremely difficult. This is for the reason that we always remember, even when we pretend to forget. Put a lid on it (below are living scorpions) and always remains a grudge, difficulties or hatred smoldering under the ashes of scorpions.

The best way to forget something is to recognize, that others are fragile and not perfect. In this way, the evil

done has no opportunity to grow. *Oblivion is the elixir for the soul.*

Our rancor is like a worm that destructs insidiously our soul and our life. Our life is too short to live it in resentments. To forgive means to look differently from another perspective, and free oneself of bitterness. Only in this way can we attain and realize desired objectives and achieve inner peace of mind and even happiness.

**Forgiveness brings in our heart sunshine, inner peace and tranquillity into our life.**

**The secret for mental well-being is forgiveness.**

**Picture credit**

Simon John-McHaffie / Unsplash

[andre.simon\[at\]hin.ch](mailto:andre.simon[at]hin.ch)

# Zu den unspezifischen Effekten von Behandlungen

Anne-Françoise Allaz

Prof. Dr. med., Mitglied der Redaktion



In der klinischen Praxis sollten wir uns neben der intrinsischen Wirksamkeit auch mit den unspezifischen Effekten von Behandlungen beschäftigen. Es ist nicht zu leugnen, dass – über die reine angewandte medizinische Behandlung hinaus – Linderung oder Heilung in einem Kontext unterschiedlicher Erwartungen stattfinden. Sie werden durch eine Vielzahl von Botschaften, Ritualen und Symbolen vor und während der Konsultation und natürlich auch durch die Arzt-Patienten-Beziehung selbst gefördert. In Verbindung mit den jeweiligen Eigenschaften und Vorstellungen von Patient und Therapeut schaffen all diese Aspekte Vertrauen und Heilungserwartungen (oder auch nicht), deren Einfluss auf die Symptome mitunter erheblich sein kann [1].

«Unspezifische Effekte können klinisch und statistisch signifikante Ergebnisse hervorbringen, wobei die Arzt-Patienten-Beziehung die wichtigste Komponente ist», schreibt T. J. Kaptchuk, Autor verschiedener Studien zum Placebo-Effekt. In einer dieser Studien [2] wurden Patienten mit Reizdarmsyndrom in drei Gruppen eingeteilt. Die erste Gruppe stand auf einer Warteliste, die zweite Gruppe erhielt Scheinakupunktur (rein zufälliges Setzen der Nadeln) und die dritte Gruppe ebenfalls Scheinakupunktur, aber verbunden mit einer stärkeren Zuwendung des Arztes. Sechs Wochen später spürten jeweils 28%, 44% und 62% eine Besserung.

«By far the most frequently used drug in general practice was the doctor himself», schrieb Michael Balint bereits vor mehr als sechzig Jahren [3]. Für zahlreiche Forschende in der Humanwissenschaft und viele von uns stellt die Arzt-Patienten-Beziehung tatsächlich einen wesentlichen Faktor für den Therapieerfolg dar. Eine mehrfach replizierte Studie, auf die häufig verwiesen wird, verdeutlicht ebenfalls dieses Postulat [4]. In einem postoperativen Kontext zeigen potente Medikamente wie starke Analgetika eine verzögerte und signifikant geringere Wirksamkeit, wenn sie über eine vorprogrammierte Maschine ohne jegliche ärztliche Interaktion verabreicht werden, als wenn sie von einem Arzt am Patientenbett und in Interaktion mit der Patientin oder dem Patienten verabreicht werden.

Die subtilen neurobiologischen Veränderungen, welche die Arzt-Patienten-Interaktion auf beiden Seiten

auslöst, bilden ein zentrales Element in diesem Beziehungsprozess, der laut H. Adler der primitiven «Einstimmung» zwischen Mutter/Vater und Säugling ähnelt [5]. Davon zeugen zum Beispiel die Spannungsgefühle oder andere körperliche Reaktionen, die wir manchmal verspüren, während wir unseren Patientinnen und Patienten zuhören, und die eine Form von Empathie darstellen, die in unserem Körper zum Ausdruck kommt. Der Begriff der «Einstimmung» verweist auf die wichtige Rolle der nonverbalen Kommunikation zwischen den beiden Partnern sowie auf die intersub-

## Die Arzt-Patienten-Beziehung stellt einen wesentlichen Faktor für den Therapieerfolg dar.

jektive Dimension der Interaktion. In dieselbe Richtung weist insbesondere die psychotherapeutische Forschung eines Teams in Lausanne, die belegt, wie sich die dynamische Anpassung zwischen Patient und Therapeut auf die therapeutische Allianz und den Therapieerfolg auswirkt – über die Spezifität der angewandten psychotherapeutischen Methoden hinaus [6].

Bei der Suche nach einem Gleichgewicht der klinischen Praxis zwischen Standardisierung, Subjektivität und Kreativität und angesichts der knappen Zeiten, die wir den Patientinnen und Patienten widmen können, erscheint es mir hilfreich und ermutigend, das erhebliche Wirkpotenzial der Arzt-Patienten-Beziehung für die Linderung noch einmal bekräftigen zu können. Dieser intersubjektive Raum zwischen Wissenschaft und ärztlichem Handwerk ist eine zentrale Ankerstelle unserer beruflichen Praxis. Diesen wertvollen Raum gilt es, allen Widrigkeiten zum Trotz, gegen Zwänge und technokratische Begehrlichkeiten zu verteidigen.

### Literatur

- Allaz AF, Cedraschi C. Réflexions sur l'effet placebo en clinique de la douleur. *Somatosen Pain Rehab.* 2021;18:101–9.
- Kaptchuk TJ, et al. Components of placebo effects: RCT in patients with IBS. *BMJ.* 2008;336:999–1003.
- Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie.* Paris: Payot; 1960.
- Colloca L, Lopiano L, Lanotte M, Benedetti F. Overt versus covert treatment for pain, anxiety, and Parkinson's disease. *Lancet Neurol.* 2004; 3:679–84.
- Adler HM. Toward a Biopsychosocial Understanding of the Patient–Physician Relationship. *J of Gen int Med.* 2007;22:280–5.
- Despland JN, De Roten Y, Kramer U. *L'Evaluation des Psychothérapies.* Cahan: Lavoisier; 2018.

RUSSLAND WIRD  
UNS DAS GAS  
ABDREHEN!

ZUM GLÜCK  
WIRD ES LANGSAM  
WÄRMER!

NEDJMEHNE-B  
27.02.22