

SCHWEIZERISCHE ÄRZTEZEITUNG & SWISS MEDICAL FORUM

Ausgabe 36
7. September 2022



Yvonne Gilli

«Mit vereinter Stimme sind wir stark»

14 **Gesundheit im Gefängnis**
Wie Psychiater hinter
Gittern arbeiten

30 **FMH**
Politische Massnahmen
zur Kostendämpfung

50 **Angeborene Verengung**
Aortenisthmusstenose
erkennen und behandeln

Endlich vereint!



George Sarpong
Leitender Chefredaktor
EMH Schweizerischer
Ärzteverlag
george.sarpong[at]
emh.ch

Wir haben während eines Jahres intensiv geplant, mit der Leserschaft diskutiert, nachjustiert. Das Ergebnis halten Sie in Ihren Händen. Neu sind die *Schweizerische Ärztezeitung* und das *Swiss Medical Forum* (SÄZ+SMF) vereint. Wir bieten aktuelle Standespolitik, neueste Fortbildungsthemen und redaktionelle Einordnung aus einer Hand. Die Qualität der Inhalte und deren Bedeutung für die medizinische Schweiz treten noch deutlicher hervor.

Das Magazin bietet auf 80 Seiten mehr Raum als früher für die kleinen und grossen Debatten innerhalb der Ärzteschaft, wie beispielsweise das Überthema TARDOC. Im grossen Interview (S. 10) diskutiert FMH-Präsidentin Yvonne Gilli die vertrackte Situation, die Gefahren für die Tarifautonomie und zeigt mögliche Wege aus dem aktuellen Dilemma auf.

Endlich bedient die Ärztezeitung mit dem *Swiss Medical Forum* im selben Magazin auch das Bedürfnis nach Fortbildung. Unser Autor Reto Krapf fasst «Kurz und Bündig» zusammen, was die Fachwelt diese Woche bewegt und in Erstaunen versetzt (S. 44). Ausführlich wird die Forschungskommission der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin. Sie skizziert Karrierewege für die junge Generation von Ärztinnen und Ärzten. Welche Möglichkeiten es alleine in der Forschung für die Innere Medizin gibt, beleuchtet der Beitrag ab Seite 46.

Ein spannender Artikel, bei dessen Lektüre ich mich dabei ertappte, gedanklich nochmal neu anfangen zu wollen.

Künftig schafft die Redaktion mehr Einordnung. In Erklärstücken, Interviews und Fachbeiträgen verbinden wir Standespolitik, Fortbildung, Medizin sowie gesellschaftliche Megatrends und bringen Entwicklungen «Auf den Punkt» (S. 6). Wir beleuchten den beruflichen Alltag auch abseits vom Spital oder der ambulanten Praxis. Zum Beispiel in ungewöhnlichen Umfeldern wie Gefängnissen. Was macht die Arbeit so aussergewöhnlich? Um dieser Frage nachzugehen, ist unsere Kollegin Julia Rippstein in die Justizvollzugsanstalt Bellechasse gefahren und in den medizinischen Alltag hinter Gittern eingetaucht (S. 14).

Alle Neuheiten an dieser Stelle aufzuzählen, würde den Rahmen sprengen und Ihnen so manche Überraschung vorwegnehmen. Ein Highlight möchte ich Ihnen dennoch kurz vorstellen: Mit dem «Praxistipp» feiern wir die Premiere eines neuen Formats. Ausgewählte Expertinnen und Fachleute nennen kurz und prägnant Ratschläge für Ihren medizinischen Arbeitsalltag (S. 78). Getreu der Tradition: aus der Ärzteschaft, für die Ärzteschaft.

Im Namen des Teams der SÄZ+SMF wünsche ich viel Inspiration und Lesevergnügen!

Anzeige

Swiss Medical Events

Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen auf einen Blick!



events.emh.ch

Scan this!



SCHWEIZERISCHER ÄRZTEVERLAG
EDITIONS MEDICALES SUISSES

Immer
aktuell

Grosse
fachliche
Breite

Einfach
durchsuchbar

Im Fokus



10

«Mit vereinter Stimme sind wir stark»

Standespolitik FMH-Präsidentin Yvonne Gilli erklärt, was in ihrer bisherigen Amtszeit gut gelaufen ist, wo Ziele noch nicht erreicht sind und welche gesundheitspolitischen Herausforderungen sie für zentral hält.

Charlotte Schweizer



14

«Auch Häftlinge haben ein Recht auf Gesundheit»

Gefängnispsychiatrie Depressionen, Angststörungen, Suchterkrankungen – nicht selten auch Psychosen und Persönlichkeitsstörungen: Psychiaterin Dr. Corinne Devaud Cornaz behandelt Gefängnisinsassen. Wir haben ihren Arbeitsalltag beleuchtet.

Julia Rippstein



78

Für Vertrauen gibt's kein Backup

Digitalisierung Cyberangriffe häufen sich. Entwendete Daten lassen sich zurückgewinnen oder wiederherstellen – vielleicht. Deshalb ist Nichtstun keine Option. Was zu beachten ist, lesen Sie im Praxistipp.

Lucas Schult

1	Editorial von George Sarpong Endlich vereint!
6	REDAKTIONELLE INHALTE
6	News
6	Auf den Punkt mit Erik Dinkel «Informationssicherheit ist ein Prozess, kein Zustand»
10	Coverstory «Mit geeinter Stimme ist die Ärzteschaft stark»
14	Reportage «Auch Häftlinge haben ein Recht auf Gesundheit»
19	Forum Stirbt der Arztberuf aus?
20	Briefe an die Redaktion
76	Wissen Forschung ohne Folgen?
78	Praxistipp Für Vertrauen gibt's kein Backup
80	Zu guter Letzt von Ludwig Heuss Aus zwei wird eins
23	FMH
24	Kommentar von Yvonne Gilli Wer plant schon Rationierung?
26	SIWF Kompetent betreut zum Kontinuum in der ärztlichen Bildung

30	FMH Aktuell Qualität stärken statt Quantität steuern – Teil 1
33	SIWF Multisource-Feedback in der ärztlichen Weiterbildung
36	Personalien
ORGANISATIONEN	
37	Internationale Strahlenschutzkommission (ICRP) Risiken ionisierender Niedrigstrahlung ernst nehmen
43	SWISS MEDICAL FORUM
44	Kurz und bündig von Reto Krapf
46	Aktuell Motivation und Perspektiven für eine akademische Karriere
50	Übersichtsartikel Die Aortenisthmusstenose
55	Coup d'œil Wenn die Augen auf eine akute Mononukleose hinweisen

SERVICES

58	Stellenmarkt
67	FMH Services
74	Seminare und Veranstaltungen

Impressum**Schweizerische Ärztezeitung**

Offizielles Organ der FMH, der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
Kontakt: Tel. +41 (0)61 467 85 72, redaktion.saez@emh.ch, www.saez.ch

Redaktion: Dr. Sandra Ziegler, George Sarpong, Eva Mell, Julia Rippstein, Rahel Gutmann, Sarah Bourdely, Bahador Saberi, Eveline Maegli (Redaktionsassistentin).
Die Mitglieder des Advisory Boards finden Sie online unter www.saez.ch

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

© FMH Die Schweizerische Ärztezeitung ist eine Open-Access-Publikation. Auf der Basis der Creative-Commons-Lizenz CC BY-NC-ND 4.0 «Namensnennung – Nicht kommerziell – Keine Bearbeitung 4.0 international» haben Nutzerinnen und Nutzer das Recht, das Werk zu vervielfältigen, zu verbreiten und öffentlich zugänglich zu machen. Der Name der Verfasserin / des Verfassers ist in jedem Fall klar auszuweisen. Die kommerzielle Nutzung ist nur mit ausdrücklicher vorgängiger Erlaubnis von EMH und auf der Basis einer schriftlichen Vereinbarung zulässig.

Swiss Medical Forum – Schweizerisches Medizin-Forum

Das Swiss Medical Forum ist das offizielle Weiter- und Fortbildungsorgan der FMH und eine offizielle Weiter- und Fortbildungszeitschrift der SGAIM. Es ist Mitglied des «Committee on Publication Ethics» (COPE) und ist gelistet im «Directory of Open Access Journals» (DOAJ), womit es die Vorgabe des SIWF an eine Zeitschrift mit Peer-Review erfüllt. Kontakt: Tel. +41 (0)61 467 85 58, office@medicalforum.ch, www.medicalforum.ch. Manuskripteinreichung online: www.edmgr.com/smf

Redaktion im Verlag: Magdalena Mühlemann (Leiterin Redaktion), Dr. med. Ana M. Cettuzzi-Grozaj (Managerin Medizinisches Lektorat), Dr. med. Susanne Redle (Managerin Peer-Review), Maria Joao Brooks (Redaktionsassistentin).

Wissenschaftliche Redaktion: Prof. Dr. med. Nicolas Rodondi (Chefredaktor), Prof. Dr. med. Martin Krause (Stellvertretender Chefredaktor), Prof. Dr. med. Stefano Bassetti, Prof. Dr. med. Idris Guessous, Prof. Dr. med. Lars C. Huber, Prof. Dr. med. Reto Krapf, Prof. Dr. med. Gérard Waeber, Prof. Dr. med. et phil. Maria M. Werli.

Die Mitglieder des Advisory Boards finden Sie online unter www.medicalforum.ch

ISSN: Printversion: 1424-3784 / elektronische Ausgabe: 1424-4020. Erscheint jeden Mittwoch.

© EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG (EMH), 2022. Das Swiss Medical Forum ist eine Open-Access-Publikation von EMH unter der Lizenz CC BY-NC-ND 4.0 «Namensnennung – Nicht kommerziell – Keine Bearbeitung 4.0 international» die das zeitlich unbeschränkte Recht gewährt, das Werk zu vervielfältigen, zu verbreiten und öffentlich zugänglich zu machen unter den Bedingungen, dass der Name der Autorin/des Autors genannt wird, das Werk nicht für kommerzielle Zwecke verwendet wird und das Werk in keiner Weise bearbeitet oder in anderer Weise verändert wird. Die kommerzielle Nutzung ist nur mit ausdrücklicher vorgängiger Erlaubnis von EMH und auf der Basis einer schriftlichen Vereinbarung zulässig.

Verlag: EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Farnsburgerstrasse 8, 4132 Muttensz, Tel. +41 (0)61 467 85 55, www.emh.ch

Anzeigen: Markus Will, Tel. +41 (0)61 467 85 97, markus.will@emh.ch und 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, dlim@fmh.ch

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

Hinweis: Die angegebenen Dosierungen, Indikationen und Applikationsformen, vor allem von Neuzulassungen, sollten in jedem Fall mit den Fachinformationen der verwendeten Medikamente verglichen werden.

Gestaltungskonzept: Agentur Guido Von Deschwanden

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

Fotos: Alle Fotos sind, sofern nicht anders angegeben, zur Verfügung gestellt. Titelbild: Eve Kohler



© Feng Yu / Dreamstime

Das Universitätsspital Zürich hat ein Bug-Bounty-Programm initiiert, um sich vor Cyberangriffen zu schützen.

Auf den Punkt

«Informationssicherheit ist kein Zustand, sondern ein Prozess»

Digitalisierung Täglich greifen Cyberkriminelle die Informationssysteme des Universitätsspitals Zürich (USZ) an. Deshalb setzt das Spital auf «ethische Hacker»: Sicherheitsforschende, die auf legale Weise Sicherheitslücken im IT-System aufdecken.

Interview: Dr. Ines Böhm

Erik Dinkel, Sie leiten die Abteilung Informationssicherheit am Universitätsspital Zürich. Wie viele Cyberangriffe müssen Sie im Schnitt abwehren?

Wir erhalten am USZ täglich Tausende missbräuchlicher E-Mails mit Phishing- und/oder Schadprogrammen. Monatlich verzeichnen wir Zehntausende automatisierte Angriffsversuche aus dem Internet. Bisher war keiner dieser Versuche bei uns erfolgreich.

Weshalb haben Sie ein Bug-Bounty-Programm initiiert, was bringt so ein Belohnungssystem für das Aufdecken von Sicherheitslücken?

Wir haben gemeinsam mit einem externen Partner ein Security Operations Center aufgebaut. Daneben haben wir ein System für die zentrale und systematische Erfassung von

Schwachstellen und Cybervorfällen. Unser Bug-Bounty-Programm ist keine isolierte Massnahme, sondern im Zusammenhang mit diesem Gesamtdispositiv zu sehen, das damit optimal ergänzt wird. Ziel des Bug-Bounty ist es, Cyberkriminellen einen Schritt voraus zu sein. Wir lassen die extern exponierten Systeme testen, die möglichen Cyberangriffen ausgesetzt sind. Diese werden durch den Einsatz von «ethischen Hackern» oder eben Sicherheitsforschenden einem Stresstest unter realen Bedingungen ausgesetzt, wodurch



Erik Dinkel

ist Chief Information Security Officer am Universitätsspital Zürich und leitet die Abteilung Informationssicherheit im Stab der Spitaldirektion des USZ.

deren Sicherheit kontinuierlich gesteigert wird. Kosten entstehen nur, wenn auch effektiv eine Lücke entdeckt wird.

Wie funktioniert das Programm konkret?

Wir arbeiten mit einem Serviceprovider, der eine Plattform betreibt, auf der sich zertifizierte Hacker registrieren können. Wir definieren, was durch wen getestet werden soll. Die Anzahl Systeme, die wir testen wollen, haben wir sehr weit gefasst, aber nur wenige ethische Hacker einbezogen. Deren Anzahl kann den Bedürfnissen jeweils angepasst werden.

Wie lautet Ihr Zwischenfazit?

Wir sind sehr zufrieden! Wir lassen unsere extern exponierten Systeme nun permanent und kontinuierlich durch ethische Hacker prüfen und es zeigt sich, dass unsere Systeme sehr sicher sind. Die wenigen Schwachstellen konnten unmittelbar behoben werden.

Wie viele Sicherheitslücken konnten Sie inzwischen schliessen, hatten Sie mit so vielen gerechnet?

Jede Software und jedes System weist leider Schwachstellen auf. Sinn eines Bug-Bounty-Programms ist es, Lücken zu schliessen, bevor sie ausgenutzt werden können. Dabei tauchten bei uns weniger Sicherheitslücken auf als befürchtet. Bewährt hat sich insbesondere, dass wir neue, gegenüber dem Internet exponierte Systeme methodisch testen lassen. So können allfällige Lücken geschlossen werden, bevor das System effektiv operativ genutzt wird.

Im Fokus von Spitälern steht die Versorgung von Patientinnen und Patienten, IT ist Mittel zum Zweck. Wie schaffen Sie es, die Kolleginnen und Kollegen für Cybersicherheit zu sensibilisieren?

Neben regelmässigen Sensibilisierungskampagnen – zum Beispiel mit simulierten Phishing-Angriffen – beziehe ich die Kolleginnen und Kollegen konsequent mit ein. Wir suchen pragmatische Lösungen, die den Bedürfnissen des Spitals gerecht werden und die die Informationssicherheit ausreichend erfüllen. Ich bin nicht Polizist, sondern Partner und handle partnerschaftlich im Sinne des Unternehmens. Neue Vorgaben und Prozesse, in- und externe Vorkommnisse sowie neu eingeführte Systeme werden regelmässig gemeinsam in einem interdisziplinären Gremium besprochen und die Feedbacks in die Ausarbeitung aufgenommen.

Was würden Sie anderen Spitälern empfehlen, die über ein Bug-Bounty-Programm nachdenken?

Informationssicherheit ist kein Zustand, der erreicht wird, sondern ein Prozess. Wichtig ist es, ein Informationssicherheits-Management-System (ISMS) aufzubauen. Es braucht klare Vorgaben, Schulungen zur Sensibilisierung der Mitarbeitenden und einen Prozess zur Überprüfung und steten Optimierung der bestehenden Massnahmen. Ich bin überzeugt, dass jedes Spital in ein ISMS investieren sollte. Bei der Umsetzung haben die Spitäler individuelle Freiheiten und müssen risikobasiert vorgehen. Ein Bug-Bounty-Programm kann eine Massnahme sein. Meiner Ansicht nach kann unsere Gesellschaft der Cyberbedrohung nur durch Kooperation begegnen. Hier müssen Spitäler untereinander, aber auch mit Bund und Kantonen noch enger zusammenarbeiten und die vorhandenen Mittel optimal nutzen.

Persönlich

Wechsel in der Intensivmedizin



Prof. Dr. med.
Joerg C. Schefold

Inselspital Bern Ende September übernimmt *Prof. Dr. med. Joerg C. Schefold* die Leitung der Universitätsklinik für Intensivmedizin am Inselspital Bern. Er tritt damit die Nachfolge von *Prof. Dr. med. Stephan Jakob* an, der nach 30 Jahren Inselspital in den Ruhestand geht. Joerg C. Schefold hatte erst als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Klinik für Nephrologie und internistische Intensivmedizin an der Charité Berlin gearbeitet, bevor er 2014 als leitender Arzt ans Inselspital kam. Seit 2018 ist er Chefarzt und Leiter Forschung an der Universitätsklinik für Intensivmedizin. Ab Februar 2023 wird er neben der Klinikleitung auch die Aufgaben in der Forschung und Lehre vollumfänglich übernehmen.

Neue Geschäftsleiterin ernannt



Dr. Annemarie
Fridrich

Patientensicherheit Schweiz Der Stiftungsrat hat *Dr. Annemarie Fridrich* zur neuen Geschäftsleiterin von Patientensicherheit Schweiz gewählt. Die Psychologin ist seit drei Jahren bei der Stiftung tätig, zuerst als wissenschaftliche Mitarbeiterin und seit März diesen Jahres als Co-Geschäftsleiterin. Zuvor hatte die 35-Jährige am Inselspital Bern und am Universitätsspital Zürich gearbeitet. Als Geschäftsleiterin wird es eine ihrer Hauptaufgaben sein, die Neuausrichtung des nationalen Kompetenzzentrums für Patientensicherheit umzusetzen. Der Stiftungspräsident *Thomas Steffen* ist überzeugt: «Mit ihrem praxisnahen arbeits- und gesundheitspsychologischen Hintergrund ist Annemarie Fridrich hervorragend gerüstet, die Geschäftsstelle erfolgreich in die Zukunft zu führen.»

Qanadli wird medizinischer Direktor



Prof. Dr. med.
Salah Dine
Qanadli

HRC Am 1. November wird *Prof. Dr. med. Salah Dine Qanadli* die Position als medizinischer Direktor am Hôpital Riviera-Chablais antreten. Er folgt damit auf *Dr. med. Bernard Vermeulen*, der in Pension geht. Der Radiologe ist seit über 20 Jahren am Universitätsspital in Lausanne tätig, wo er die Herz-, Thorax- und Gefässeinheit innerhalb der Abteilung für Radiodiagnostik und interventionelle Radiologie leitet. Seine medizinische Ausbildung in Innerer Medizin und Radiologie hat Salah Qanadli durch einen MBA in Leadership und Management ergänzt. Er bringt eine langjährige Erfahrung in der Grundlagen- und klinischen Forschung mit und ist seit über zehn Jahren Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für vaskuläre und interventionelle Radiologie.

Aus der Wissenschaft

Ein Tresor für Mikroben

Mikroorganismen Der menschliche Körper ist von rund 40 Billionen mikrobischen Zellen wie Bakterien, Viren und Pilzen besiedelt. Diese befinden sich in der Darmflora, auf der Haut und auf den Schleimhäuten, wobei jeder Mensch sein individuelles Mikrobiom hat. Laut Adrian Egli, Forschungsgruppenleiter am Departement Biomedizin der Universität Basel und Leiter der klinischen Bakteriologie und Mykologie am Universitätsspital spielt das Mikrobiom eine zentrale Rolle für den Stoffwechsel, die Aufnahme von Vitaminen und das Immunsystem. Darüber hinaus zeigen aktuelle Studien, dass der Behandlungserfolg einer Darmkrebstherapie stark von der mikrobiotischen Umgebung des Tumors abhängt. Sowohl die Ernährung als auch die Umgebung haben einen entscheidenden Einfluss auf dessen Zusammensetzung. Um die Vielfalt an Mikroorganismen für die Forschung zu erhalten, will ein internationales Forschungskonsortium nun Stuhlproben aus Afrika, Asien und Südamerika, wo die Vielfalt der Darmflora besonders hoch ist, sammeln und in einem ausrangierten Armeebunker bei bis zu -196° einlagern. Ein Prototyp dieses «Microbiota Vault» steht nun in Eglis Labor an der Universität Basel, wo in einem nächsten Schritt das Erbgut der Mikroorganismen mittels «Next Generation Sequencing» entschlüsselt werden soll.

Tief sitzende Vorurteile

Stereotypen Ein Placebo wirkt stärker, wenn es von einem weissen Mann verabreicht wird. Zu diesem Schluss kamen Forschende der ETH Zürich. In einem Experiment mit 1400 weissen Versuchspersonen aus den USA wollten sie herausfinden, wie tief Vorurteile sitzen. Dafür wurde bei den Freiwilligen zunächst eine allergische Hautreaktion ausgelöst und anschliessend eine wirkstofffreie Creme mit angeblich lindernder Wirkung aufgetragen. Das Ergebnis: Je nachdem, ob die medizinische Fachperson ein Mann oder eine Frau, asiatisch, weiss oder schwarz war, fiel die körperliche Reaktion unterschiedlich aus. Schwarze Mediziner lösten eine stärkere allergische Reaktion aus und die lindernde Salbe half, von ihnen aufgetragen, am wenigsten gut. Andersherum war der Placeboeffekt am stärksten, wenn der Mediziner dem Stereotyp «weisser Mann» entsprach. Dieser erweckte in den Versuchspersonen also unbewusst die grösste Heilungserwartung, was für den Placeboeffekt essenziell ist.

Preise und Auszeichnungen

Das Hôpital de La Tour gewinnt den VBHC-Preis



Das Hôpital de La Tour in Meyrin.

La Tour Der Preis für das fortschrittlichste europäische Privatkrankenhaus im Bereich wertbasierter Gesundheitsversorgung (Value Based Healthcare oder VBHC) wird von den European Private Hospital Awards (EPHA) verliehen. Dieses Jahr zeichnen sie das Hôpital de La Tour für seine Bemühungen und bahnbrechenden Projekte aus, die es in den letzten drei Jahren unternommen hat, um hervorragende Pflege, kontinuierliche Verbesserung und interdisziplinäres Engagement für seine Patienten zu fördern. Das Hôpital de La Tour richtete eine neue Organisation mittels interdisziplinärer Exzellenzzentren ein, die Erfassung und Verfolgung medizinischer Ergebnisse wurde eingeführt, ebenso wie die Ermittlung der Kosten pro Behandlung. Parallel dazu initiierte die Institution die Entwicklung eines digitalen Tools zur Unterstützung der Ergebnismessung bei den Patienten und ging mehrere strategische Partnerschaften mit anderen Krankenhäusern, Versicherungen und anderen Akteuren ein, die sich einem ähnlichen Ansatz verschrieben haben. Heute gehört das Hôpital de La Tour zu den Pflegeeinrichtungen, die in der Schweiz und auf internationaler Ebene bei der Umsetzung des VBHC Pionierarbeit leisten. Rodolphe Eurin, sein Generaldirektor, kommentierte: «Diese Auszeichnung ist eine fantastische Anerkennung für die Arbeit, die die Ärzte-, Pflege- und Projektteams in den letzten Jahren geleistet haben, um die Qualität zum Wohle unserer Patienten zu stärken.»

In Zahlen

Sportunfälle

In den Sommermonaten Juni bis August kommt es bei vielen beliebten Outdoor-Sportarten zu schweren Unfällen.



Den ersten Platz belegt gemäss Suva das Gleitschirmfliegen mit **43 schweren Unfällen**, wovon **drei tödlich** enden. Die Verletzungen betreffen Unterschenkel, Knöchel oder Fuss.

Auf dem zweiten Platz folgen Unfälle im Rennsport mit Motorfahrzeugen. Von den **550 Unfällen** fallen rund **41 schwer** aus, **zwei enden tödlich**.



Der Radrennsport kommt an dritter Stelle mit rund **24 schweren Unfällen**, von denen **zwei zu Invalidität** führen. Die meisten Verletzungen betreffen die Schultern und Oberarme.

Kopf der Woche

Neuer Chief Medical Officer



Dr. med. Hanspeter Betschart

Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Sportmedizin

Swiss Olympic Dr. med. Hanspeter Betschart ist der neue Chief Medical Officer des Swiss Olympic Teams. Er wird die Schweizer Delegation an die Olympischen Sommerspiele 2024 in Paris und die Olympischen Winterspiele 2026 in Mailand/Cortina begleiten. Der 37-Jährige ist bereits seit 2014 als Chief Medical Officer für die Schweizer Jugenddelegationen bei den Olympischen Jugendspielen und den European Youth Olympic Festivals tätig.

Nun hat Swiss Olympic Hanspeter Betschart als Nachfolger von Dr. med. Patrik Noack bestimmt, um die Leitung des medizinischen Teams für die Schweizer Delegation zu übernehmen. Der Sportmediziner Patrik Noack hatte die Teams bei den letzten drei Olympischen Spielen in Pyeong-Chang, Tokyo und Beijing betreut.

Zu den Aufgaben des Chief Medical Officer gehört es, die Zusammensetzung des Ärzte- und Physiotherapeuten-teams der Schweizer Olympiadelegation festzulegen und eine optimale medizinische Betreuung während der Olympischen Spiele zu gewährleisten. Ausserdem wird Hanspeter Betschart sicherstellen, dass die Delegationen nach den medizinischen Richtlinien des Internationalen Olympischen Komitees und des Organisationskomitees behandelt

und entsprechend auf die Spiele vorbereitet werden. Der St. Galler bringt durch seine Mitarbeit im medizinischen Team bei den Olympischen Spielen von 2018, 2020 und 2022 bereits Erfahrung im Elitebereich mit.

Neben seiner Tätigkeit für Swiss Olympic ist er Chefarzt an der Berit SportClinic in Speicher, Appenzell Auser- rhoden. Zudem arbeitet er bei verschiedenen Sportverbän-

«Es ist mir eine Ehre, die Funktion des Chief Medical Officer für die Olympischen Spiele zu übernehmen.»

den: Er ist Chief Medical Officer bei Swiss Ski Langlauf, Swiss Ski Nordisch sowie Teamarzt bei Swiss Cycling und Mannschaftsarzt beim FC St. Gallen.

Der Mediziner freut sich, nun eine weitere Herausforderung anzunehmen: «Es ist mir eine Ehre und eine Freude, die Funktion des Chief Medical Officer für die Olympischen Spiele in Paris und in Mailand/Cortina zu übernehmen.»

Aufgefallen



© Antonio Guillem / Dreamstime

Schlafmangel Menschen helfen sich gegenseitig. Diese grundlegende Eigenschaft des Homo sapiens war eine der wichtigsten Faktoren für die Entstehung moderner Zivilisationen. Aber was entscheidet darüber, ob Menschen einander helfen? In drei Studien haben Forschende der University of California, Berkeley, nun gezeigt, dass Schlafmangel die Hilfsbereitschaft senkt und eigensüchtiger macht.

«Mit geeinter Stimme ist die Ärzteschaft stark»

Standespolitik In einem Rückblick auf die erste Hälfte ihrer Amtszeit erklärt FMH-Präsidentin Yvonne Gilli, was bisher gut gelaufen ist, wo Ziele noch nicht erreicht sind, welche gesundheitspolitischen Herausforderungen sie für zentral hält – und was sie bei ihrer täglichen Arbeit antreibt.

Interview: Charlotte Schweizer

Yvonne Gilli, Sie sind seit 2021 FMH-Präsidentin.

Wie ist es Ihnen seither ergangen?

Mir persönlich geht es gut. Der Start ins Präsidialamt war geprägt vom starken politischen Gegenwind und von der Pandemie. Wir mussten die Gesamterneuerungswahlen des Zentralvorstands erst verschieben und dann virtuell durchführen. Es war eine sehr dynamische Zeit.

Wie ist es den Ärztinnen und Ärzten ergangen?

Im Lockdown im Frühling 2020 durften nur noch dringliche Behandlungen durchgeführt werden, um Kapazitäten für Covidpatientinnen und -patienten zu schaffen. Es gab in der Ärzteschaft sehr unterschiedliche Betroffenheiten. Spezialärztliche Praxen mit hohen Fixkosten und mit einem faktischen Arbeitsverbot waren plötzlich mit hohen betrieblichen Defiziten bedroht. Viele Spitalärztinnen und -ärzte mussten bis über die Grenze ihrer Belastbarkeit arbeiten. Praxisärztinnen und -ärzte legten eine grosse Kreativität an den Tag, um Schutzmaterial zu beschaffen. Einige haben sich im Baumarkt eingedeckt oder sogar beim Dorfmetzger Schürzen gekauft. Hier hat sich ein Charakteristikum in der Sozialisierung auf dem Weg zum ärztlichen Beruf gezeigt: Sie müssen mit Situationen umgehen können, die nicht vorhersehbar waren und sich teilweise ihrer Kontrolle entziehen.

Konnte der Zentralvorstand die Mitglieder gut unterstützen?

Wir als Berufsverband haben uns dafür eingesetzt, die Anliegen und Bedürfnisse unserer Mitglieder und ihrer Patienten bei Bund und Behörden einzubringen. Weiter haben wir versucht, unsere Mitglieder möglichst rasch über die sich stetig verändernden Vorgaben informiert zu halten. In der Zeit, in der die Akutspitäler stark belastet waren durch die Pandemie und vom Bundesamt für Gesundheit im wöchentlichen Takt die Covid-Verordnung angepasst wurde, musste sich auch der Zentralvorstand darauf fokussieren, die wichtigsten Informationen praxistauglich aufzubereiten.

Oft war es eine Brückenfunktion zwischen Behörden und Ärzteschaft. In einzelnen Bereichen, zum Beispiel bei der Entschädigung der Impfungen, ein Kampf um angemessene Tarife. Gefordert waren alle, die Ärzte und Ärztinnen an der Front, ihre kantonalen Organisationen, die Fachorganisationen und wir.

Schon vor Ihrer FMH-Präsidentschaft haben Sie sich politisch engagiert. Wie hilft Ihnen diese Erfahrung?

Ich habe die sogenannte klassische Ochsentour gemacht. Das heisst, ich konnte politische Erfahrung von der kommunalen über die kantonale bis zur bundespolitischen Ebene sammeln. Um standespolitisch mitgestalten zu können, ist es wichtig, die politische Kultur aus einer Innensicht zu verstehen. Es ist hilfreich, sich auf eine gemeinsame Kultur der Zusammenarbeit mit National- oder Ständerätinnen

«Wir sollen den Politikerinnen und Politikern deutlich sagen, wie es läuft.»

stützen zu können. Diese Erfahrung kann ich einbringen, was aber nicht heisst, dass wir als Ärzteschaft unsere Berufsinteressen gegenüber der Politik durchsetzen können.

Wie meinen Sie das?

Das sage ich ganz bewusst so. Es ist offensichtlich, dass sich die beruflichen Rahmenbedingungen für viele Ärztinnen und Ärzte in den letzten Jahren verschlechtert haben. Im ambulanten Bereich sind sie gezwungen, mit einem völlig veralteten Tarif zu arbeiten. Die Gestehungskosten für die Ambulatorien und Praxen steigen, ohne dass die Tarife angepasst werden. Mit dem Generationenwechsel sinkt die Bereitschaft berechtigterweise massiv, unter immer schlechteren Bedingungen weit über eine normale 42-Stunden-Woche hinaus



Yvonne Gilli (65) ist seit Februar 2021 Präsidentin des Schweizerischen Ärzteverbands FMH. Sie ist Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und arbeitet in ihrem Wohnort Wil (SG) als Hausärztin. Von 2007 bis 2015 war sie Nationalrätin der Grünen.

© Eve Kohler



© Eve Kohler

Yvonne Gilli erklärt, weshalb EFAS und TARDOC zentral für die Ärzteschaft sind.

zu arbeiten. Dazu kommen ein zum Teil unverhältnismässig hoher Verwaltungsaufwand und immer mehr Mikroregulierung. Entsprechend kommt die Aufforderung an uns im Zentralvorstand, dass wir den Politikerinnen und Politikern deutlich sagen sollen, wie es läuft. Das machen wir, damit haben wir aber noch nicht gewonnen.

Weshalb?

Die meisten Parlamentarierinnen und Parlamentarier in der Gesundheitspolitik haben wenig vertiefte Kenntnisse in einem Gesundheitsberuf. Was die Komplexität der Gesundheitsversorgung angeht, sind sie Laien. Das ist der Nachteil eines Milizparlaments mit wenig Ressourcen für eine eigene Expertise. In ihrem Amt sind sie auf die Fachkenntnisse des BAG angewiesen. Dort fehlen die Ärztinnen in den Schlüsselpositionen ebenfalls. Mit dem professionellen Lobbying in Bundesbern verlieren sich viele Politikerinnen im Dschungel widersprüchlicher Aussagen verschiedener Stakeholdergruppen, von den Versicherern über die Berufsverbände bis zu den Industrievertretern. Die Ärzteschaft ist in diesem Puzzle ein sehr wichtiger Teil, aber nicht der einzige.

Das Gesundheitswesen und somit die Ärzteschaft steht vor strategischen Herausforderungen. Wo liegt der bedeutendste Schwerpunkt?

Das ist ganz klar die ambulante Tarifreform. Die Genehmigung des TARDOC durch den Bundesrat ist dringlich. Ich sage das immer und immer wieder, damit es alle immer wieder hören. Der Tarmed ist völlig veraltet: kein Hausarztkapitel, keine Interprofessionalität, keine Digitalisierung, keine Reformfähigkeit. Für die Sicherung der kosteneffizienten ambulanten ärztlichen Versorgung und deren Qualität be-

nötigen wir diese Tarifreform. Niemand hat dazu auch nur ansatzweise eine brauchbare Alternative.

«Die Tarifautonomie ist ein Grundpfeiler im System der Schweizer Gesundheitsversorgung.»

Doch der TARDOC wurde vom Bundesrat im Juni nicht genehmigt. Wie geht es nun weiter?

Als Tarifstruktur ist der TARDOC für den Bundesrat unbestritten. Nach dem für uns unerfreulichen Entscheid des Bundesrats sind wir damit doch einen Schritt weiter. Zum ersten Mal hat der Bundesrat sich auch auf die Forderung nach wenigen und sehr spezifischen Nachbesserungen geeinigt und die Genehmigung in Aussicht gestellt. Es finden jetzt Gespräche mit allen Tarifpartnern statt. Wichtig für uns sind insbesondere die weiteren Leistungserbringer, die Spitäler. Intern prüfen wir die Folgen, welche insbesondere die zusätzlichen Forderungen zur Kostenneutralität für die Ärzteschaft bedeuten. Diese müssen für alle Fachrichtungen tragbar sein, damit wir weiter hinter dem TARDOC stehen können.

Ein wichtiger Punkt in der FMH-Strategie ist der Erhalt der Tarifautonomie. Ist dieses Ziel in Gefahr?

Die Tarifautonomie ist ein Grundpfeiler im System der Schweizer Gesundheitsversorgung. In den laufenden Gesetzesrevisionen versucht das Eidgenössische Departement des Innern unter Bundesrat Alain Berset, seine Tarifkompeten-

zen zu erweitern. Diese politischen Intentionen, wie auch die Verzögerung der Genehmigung des TARDOC, untergraben die Tarifpartnerschaft und ebnen den Weg zu Amtstarifen. Es macht keinen Sinn, wenn zwei Tarifpartner miteinander verhandeln, aber überhaupt keinen Verhandlungs-

«Ohne zielführende Reformen werden wir noch schwierigere Zeiten erleben.»

spielraum haben – beziehungsweise befürchten müssen, dass ihr Verhandlungsergebnis am Schluss politisch übersteuert werden kann.

Die FMH engagiert sich beim TARDOC stellvertretend für die vielen Ärztinnen und Ärzte. Was können diese wiederum tun, um die FMH zu unterstützen?

Es ist wirklich wichtig zu erkennen, dass wir nur mit einer vereinten Stimme stark genug sind. Wenn wir glaubwürdig Lösungen aufzeigen und dafür einstehen, dann bin ich davon überzeugt, dass wir erfolgreich sein können.

Welchen Eindruck haben Sie? Ist die Ärzteschaft geeint?

Ja. In der schwierigen Zeit der Tarifverhandlungen und des ausdauernden Langstreckenlaufs auf dem Weg zur Genehmigung des TARDOC ist es gelungen, mit einer geeinten Stimme zu sprechen. Das ist keine Selbstverständlichkeit.

Neben TARDOC setzen Sie sich für EFAS ein, die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen. Weshalb?

Momentan werden die stationären Leistungen der Spitäler zu 55 Prozent über die Steuern finanziert und zu 45 Prozent über die Prämien. Die ambulanten Leistungen werden hingegen ausschliesslich über Prämien finanziert. Diese ungleiche Finanzierung führt zu einer immer höheren Prämienbelastung in der Bevölkerung, sogar dann, wenn die Gesundheitskosten nicht wesentlich steigen.

Weshalb ist das problematisch?

Immer mehr medizinische Leistungen können ambulant erbracht werden. Das bringt für die Betroffenen ein Mehr an Lebensqualität. Für die Gesellschaft ergibt sich ein grosser Nutzen. Ambulante Behandlungen sind kosteneffizient, sind verbunden mit dem Erhalt der Arbeitsfähigkeit und mit sozialer Integration. Aber aufgrund der uneinheitlichen Finanzierung erhöht sich damit die Prämienlast. Wir sprechen dabei aber nur von den Prämien und nicht von den Kosten. Das heisst, es geht um einen Fehlanreiz im Finanzierungssystem. Wir brauchen in Zukunft ein System, bei dem ambulante und stationäre Leistungen einheitlich finanziert werden, beide über Steuern und Prämien.

Solch eine Reform ist auf den ersten Blick für die Prämienzahlenden relevant. Welche Folgen würden für die Ärzteschaft langfristig ohne EFAS entstehen? Ärztinnen und Ärzte leiden schon jetzt unter dem Kosten-

druck. In den Augen vieler ist es die Ärzteschaft, welche mit ihrer unmittelbaren Dienstleistung am Patienten die Kosten verursacht. Entsprechend gibt es Bestrebungen, das Korsett für die ärztliche Berufsfreiheit enger zu schnüren. Und das, obwohl die Ärzteschaft davor warnt, dass die Folgen von praxisfernen politischen Fehlanreizen eben einen hohen Verwaltungsaufwand, Mehrkosten und Fehlversorgung bzw. Fehlbehandlungen nach sich ziehen. Diese kommen das System immer teurer zu stehen, ganz gleich, ob sie eine Über- oder eine Unterbehandlung beinhalten. Ohne zielführende Reformen werden wir noch schwierigere Zeiten erleben.

In der Öffentlichkeit gelten allerdings oft Ärztinnen und Ärzte als die Verursachenden hoher Kosten.

Umfragen in der Bevölkerung zeigen, dass die Ärzteschaft ein gutes Image hat und dass das Vertrauen zur eigenen Ärztin, dem eigenen Arzt hoch ist. Wir können die Reputation halten, indem wir unsere Arbeit weiterhin gut machen, auf unsere Patientinnen und Patienten eingehen und Bescheidenheit zeigen. In der therapeutischen Beziehung liegt per se eine Asymmetrie. In der heutigen Gesellschaft braucht es auf Seite der Ärzteschaft dafür ein grosses Bewusstsein und Sensibilität für die Bedürftigkeit, welche wir alle erfahren, wenn wir selbst zu Patienten werden. Passend hierzu gibt es Entwicklungen hin zu Patient Empowerment oder Shared Decision Making. Wenn wir diese Prozesse unterstützen und die interprofessionelle Zusammenarbeit fördern, sehe ich neue Chancen für die Reputation der Ärzteschaft.

Reicht das, um den Generalverdacht zu entkräften?

Wie gesagt, in der Bevölkerung ist das Vertrauen in Ärztinnen und Ärzte hoch. Es ist wichtig, auf polemische Aussagen sachlich zu reagieren und Falschaussagen zu korrigieren. Ein Beispiel hierfür sind mehrere Artikel in der Schweizerischen Ärztezeitung, in der wir uns einerseits dem aktuellen Thema Prämienlast widmen, andererseits wieder auf den Nutzen einer qualitativ hohen Gesundheitsversorgung weisen. Hier können wir gegenüber Politik und Medien glaubwürdig wissenschaftlich basierte Expertisen abgeben.

Nun zu einer Neuerung: Die Schweizerische Ärztezeitung und das Swiss Medical Forum erscheinen ab sofort in einer Publikation. Welche Vorteile sehen Sie für die Leserschaft?

Für mich ist die Neugestaltung der Schweizerischen Ärztezeitung und des Swiss Medical Forum ein generationenübergreifendes Projekt. Das Swiss Medical Forum ist ein wichtiges Publikationsorgan in der Weiterbildungsphase von Ärztinnen und Ärzten, in dem auch junge Kolleginnen und Kollegen publizieren. Es freut mich, dass ihre Beiträge nun gemeinsam mit der Schweizerischen Ärztezeitung, unserem standespolitischen Organ, erscheinen. Ich sehe eine Chance darin, wissenschaftliche und politische Artikel nun gemeinsam vorliegen zu haben. Uns ist bewusst, wie sehr wir beide Bereiche brauchen und dass man sie miteinander verzahnen muss. Es braucht die wissenschaftliche Expertise, sie ist Kern des ärztlichen Berufs. Es braucht aber auch die Standespolitik, welche die Rahmenbedingungen festlegt und verbessert. Jetzt kommen diese zwei Welten zusammen.



© Valentin Flaureau

Ein bis zweimal pro Woche besucht die Psychiaterin Corinne Devaud Cornaz Häftlinge im Gefängnis Bellechasse, im Kanton Freiburg.

«Auch Häftlinge haben ein Recht auf Gesundheit»

Gefängnispsychiatrie Depressionen, Angstzustände, Suchterkrankungen: Jeder zweite Häftling in der Schweiz hat psychische Störungen. Psychiaterin Dr. Corinne Devaud Cornaz behandelt sie. Was sie antreibt – und wie sie den Insassen hilft. Eine Reportage aus dem Gefängnis Bellechasse.

Julia Rippstein

An diesem warmen Sommermorgen scheint die Sonne. Weizenfelder erstrecken sich zu beiden Seiten der Strasse, die zur Justizvollzugsanstalt Bellechasse führt. Die goldenen Ähren tanzen im Rhythmus einer leichten Brise. Landwirtschaftliche Fahrzeuge sind im Einsatz. Plötzlich zwingen ein Posten und eine Schranke zum Anhalten. «Guten Tag, ich begleite Dr. Corinne Devaud Cornaz für einen Artikel über Gefängnispsychiatrie.» Die Schranke hebt sich. «Wir werden Sie an der Rezeption anmelden und durch die Sicherheitskontrolle gehen», sagt die Psychiaterin, als sie aus ihrem Auto aussteigt. Bellechasse ist ein mittelgrosses Gefängnis mit 200 Inhaftierten. Hier muss man viele Türen aufschliessen. Die sechste führt zu einem Korridor, von dem aus die Gefangenen im offenen oder halboffenen Vollzug ihre tägliche Arbeit aufnehmen. An den Wänden haftet ein starker Zigarettengeruch. Im Rahmen des sogenannten «programme thérapeutique de jour (PTJ)» frühstücken in einem extra dafür vorgesehenen Raum drei Gefangene, eine Ergotherapeutin, eine Sozialpädagogin und ein Pflegefachmann. «Möchten Sie einen Kaffee und Brot aus Bellechasse? Bedienen Sie sich, es gibt hausgemachte Konfitüre», sagt die Ergotherapeutin.

Das PTJ ist ein Anfang 2021 unter der Leitung von Corinne Devaud Cornaz gegründetes Therapieangebot, an dem Freiburger Gefangene teilnehmen, die nach Artikel 59 verurteilt wurden. Diese leiden an einer schweren psychischen Störung und ihre Straftaten stehen in engem Zusammenhang mit ihrer Krankheit. «Das sind keine Schwerverbrecher», betonte die Psychiaterin vor Beginn der Visite. «Sie sollten in geeigneten Einrichtungen behandelt werden, dafür kämpfe ich, aber aufgrund des Platz- und Personalmanagements bleiben sie oft im Gefängnis.» Corinne Devaud Cornaz kommt ein- bis zweimal pro Woche nach Bellechasse und kennt die Patienten daher gut. Sie nutzt informelle Momente wie das Frühstück, um sich mit den Häftlingen und dem Pflegeteam auszutauschen und Informationen für die therapeutische Betreuung zu sammeln. Nach der Pause wird Kuchen gebacken: Ein Insasse feiert seinen Geburtstag. Jeden Tag nehmen die Gefangenen an therapeutischen Aktivitäten teil. Es wird angenommen, dass 50 bis 60% der Gefängnisinsassen an einer psychischen Störung leiden [1]. «Die

Gefängnisleitungen erkennen allmählich, dass auch für diese Personen Angebote geschaffen werden müssen.»

Gute juristische Kenntnisse

Während die Backöfen vorheizen, begibt sich die Psychiaterin in den «Kerker», um den vierten Insassen zu sehen. Sein psychotisches Delirium hat sich verschlimmert. Die Zelle ist spartanisch eingerichtet: auf 10 m² ein Betonklotz mit Matratze und Decke, ein Waschbecken, eine Hocktoilette und ein kleines Oberlicht, durch das ein paar Lichtstrahlen einfallen. Mit zerzaustem Haar sitzt der junge Mann auf der Bettkante und unterhält sich mit dem Pflegefachmann. Um

«Wir sind quasi die Anwälte der Patienten, wir müssen dafür sorgen, dass etwas in ihrem Sinne geschieht.»

seine Halluzinationen abzuschwächen, wurden ihm Beruhigungsmittel verabreicht. Mit sanfter, aber sicherer Stimme fragt Corinne Devaud Cornaz ihn, wie es ihm geht. Seine Sprache ist wirr. Er hatte seine Mutter angerufen, obwohl ihm dies verboten worden war. Diese Kontakte haben seinen Zustand so verschlechtert, dass die Psychiaterin seine Verlegung in eine Klinik beantragt hat. «Er braucht eine angemessene Behandlung in einer Pflegeeinrichtung, nicht in einem Gefängnis.» Ein solcher Antrag muss von der Gefängnisleitung und den Strafvollzugsbehörden genehmigt werden. «Das Gefängnisumfeld beeinflusst, welche Behandlung angeboten wird», sagt die Expertin. Sie hat zwar die gleichen klinischen Kompetenzen wie der Allgemeinpsychiater, muss aber den rechtlichen Rahmen berücksichtigen. «Das erfordert gute juristische Kenntnisse», sagt die Absolventin eines CAS in forensischer Psychiatrie an der Universität Lausanne (CHUV).

Rückkehr in die oberen Stockwerke für das Netzwerktreffen, das diesem Fall gewidmet ist. Sozialarbeiter, Kriminologen, Vertreterin der kantonalen Strafvollzugsbehörde, Strafvollzugsbeamte und das Pflegeteam nehmen



Das therapeutische Team organisiert täglich Aktivitäten für Häftlinge mit psychischen Problemen.

Unterschiedliche Modelle auf beiden Seiten der Saane

In der Westschweiz werden Häftlinge ambulant betreut. Gefängnisärzte und -psychiater sind den Gesundheitsdiensten angegliedert. Dieses Modell stammt aus Frankreich, wo das Gefängniswesen durch die Schaffung regionaler medizinisch-psychologischer Dienste näher an das Gesundheitssystem herangeführt wurde. Dadurch konnten die Dienstleistungen innerhalb der Gefängnisse ausgebaut werden. Die deutschsprachigen Kantone setzen auf geschlossene forensisch-psychiatrische Kliniken. Da sie keinem Gesundheitsnetz angehören, sind die Ärztinnen und Ärzte in Strafanstalten jenseits der Saane laut Corinne Devaud Cornaz oft isoliert.

daran teil. Während der Sitzung betont Corinne Devaud Cornaz die Notwendigkeit, seinen psychotischen Zustand zu stabilisieren und Familiengespräche zu führen. Das Meeting verläuft erfolgreich, die Psychiaterin ist erleichtert: «Wir sind quasi die Anwälte der Patienten, wir müssen immer dafür sorgen, dass etwas in ihrem Sinne geschieht und institutionelle Massnahmen gegen sie infrage stellen.» Angesichts der Gefahr, von den Gefängnisverantwortlichen instrumentalisiert zu werden, muss der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin stets die Unabhängigkeit bewahren. «Unser Blick ist immer ein

medizinischer, aber die anderen Instanzen neigen dazu, ihn zu verrechtlichen.»

Vorbild französisches Modell

Für Corinne Devaud Cornaz stehen weitere Einzelberatungen an, die aus Platzmangel in einem Musikzimmer stattfinden. «Das zeigt die räumlichen Gegebenheiten, die uns zur Verfügung stehen.» Dass die Präsenz von psychiatrischen Fachkräften von den Gefängnisleitungen immer besser akzeptiert werden, ist in erster Linie der Mobilisierung der Fachärzte selbst zu verdanken. 2013 verlässt Corinne Devaud Cornaz das CHUV und zieht nach Bellechasse, wo es im Bereich der Gefängnispsychiatrie «überhaupt nichts gab». Zusammen mit einem spezialisierten Krankenpfleger gründet sie eine forensische Therapieeinheit. Ab 2015 wird eine 50%-Stelle in der Psychiatrie geschaffen. Corinne Devaud Cornaz erlebt eine «bereichernde Zeit, weil alles neu geschaffen werden musste». Seit den 1990er-Jahren ist die Integration von Psychiaterinnen und Psychiatern in die Westschweizer Gefängnisse eine Neuheit. Prof. Dufour, der damals in den Psychiatrischen Dienst des CHUV berufen wird, lässt sich vom französischen Modell inspirieren. Zuvor waren Allgemeinmediziner für die Konsultationen in den Gefängnissen zuständig. «Sie wurden von den Anfragen überrollt, die immer psychiatrischer wurden.»

Der erste Insasse betritt den Raum voller Musikinstrumente. Diese Sitzungen dienen dazu, die psychische Entwicklung der Patientinnen und Patienten zu verfolgen und die Wirksamkeit der therapeutischen Massnahmen zu beurteilen. Obwohl diese Nachsorge so wichtig und



© Valentin Flaureau

Konsultationen finden aus Platzmangel in einem Musikzimmer statt. «Das zeigt die räumlichen Gegebenheiten, die uns zur Verfügung stehen.»

anspruchsvoll ist, fristet sie ein Schattendasein, da sich die Medien auf psychiatrische Gutachten konzentrieren, erklärt die Expertin. «Aus diesem Grund ist die forensische Therapie nach wie vor verkannt.» Corinne Devaud Cornaz öffnet das Dossier und fragt den Patienten, wie es ihm geht. «Gut», aber er hätte gerne einen Heroinersatz im Hinblick auf eine mögliche Entlassung aus dem Gefängnis. Sie runzelt die Stirn, da ihr eine derartige Suchterkrankung nicht bekannt ist. Sie zählt seine Medikamente auf und sagt ihm, sie werde seinen Antrag prüfen, jedoch ohne Garantie. «Man muss die Notlage der Person anerkennen, ohne sich instrumentalisieren zu lassen. Der Strafvollzugsrahmen kann manche Häftlinge hierzu drängen.»

Realitäts-Schock

Vor 25 Jahren begeistert sich Corinne Devaud Cornaz durch Zufall für die Gefängniswelt. «Ich interessierte mich für Essstörungen bei Jugendlichen, das Gefängnis lag ausserhalb meines Blickfelds», erklärt sie lachend. Durch ihre Doktorarbeit, die sie in Québec über das Therapieangebot für Sexualstraftäter schrieb, wurde sie auf dieses Thema aufmerksam. Nach ihrer Rückkehr in die Schweiz landet sie in den Etablissements de la plaine de l'Orbe (EPO), wo sie eine kalte Dusche erlebt. «Ich war im Hochsicherheitsgefängnis mit Insassen, die schwere Verbrechen begangen hatten. Die psychiatrischen Fälle waren sehr schwer.» Eine grosse mentale Stärke und Berufsnetzwerke halfen ihr. «Wenn man ständig mit der Gewalt von Patientinnen und Patienten sowie von Institutionen konfrontiert ist, ist der Austausch mit Kolleginnen und Kollegen eine

grosse Hilfe. Man sucht nach Lösungen, insbesondere dafür, wie man die Behandlung im Gefängnis organisieren kann», sagt die Frau, die Mitglied der Konferenz Schweizerischer Gefängnisärzte, der Schweizerischen Gesellschaft für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie und Vizepräsidentin der Nationalen Kommission zur Verhütung von Folter ist.

Spiegel der Gesellschaft

Im Laufe ihrer Karriere hat sich ihr Beruf weiterentwickelt – zum Besseren. «Am Anfang hatte ich das Gefühl, alles alleine machen zu müssen. Die Interprofessionalität hat un-

Wie wird man Gefängnispsychiater/-in?

In Lausanne kann man sich mit dem Certificate of Advanced Studies (CAS) in forensischer Psychiatrie und Psychologie den Titel eines forensischen Psychiaters erwerben. In der Deutschschweiz gibt es ein ähnliches CAS an der Universität Luzern. Das Universitätsspital Genf bietet ein CAS in Strafvollzugsmedizin an, das Pflegekräften und Medizinerinnen offensteht. Trotz besserer Ausbildungsangebote wird das Fachgebiet nach wie vor schlecht anerkannt, insbesondere weil das Assistenzjahr ambulant absolviert wird. Corinne Devaud Cornaz würde es begrüßen, wenn ein Aufenthalt im Strafvollzug in der psychiatrischen Ausbildung obligatorisch wäre.



© Valentin Flaureau

Patientendossiers aktualisieren gehört zum Alltag.

ren Alltag vereinfacht.» Fachkräfte für soziale Arbeit, somatische Pflege, Psychologie und Psychiatrie teilen sich die Betreuung, die sich stark verändert hat. «Man sperrt die Insassen nicht mehr 23 Stunden am Tag ein. Man ist sich der Not bewusst geworden, die dadurch entsteht», sagt die Psychiaterin. Die häufigsten Beschwerden: Depressionen, Angststörungen, Suchterkrankungen, Psychosen, Persönlichkeitsstörungen. Auch das Profil der Inhaftierten hat sich verändert: Die Insassen sind jünger und haben vermehrt einen Migrationshintergrund [2]. «Sie ist ein Spiegel der Gesellschaft. Wir machen fast eine Art Migrationspsychiatrie. Ich, die gern humanitär tätig gewesen wäre, tue dies nun hier in den Gefäng-

nissen.» Ihre Motivation? Ihr Interesse an der Community Health und der Wunsch, sich um eine benachteiligte Bevölkerung zu kümmern. Sie ist von der Relevanz ihrer Tätigkeit überzeugt: «Mit unserer Berufsethik tragen wir dazu bei, den Kreislauf der Gewalt im Gefängnis zu stoppen.»

Der Bedarf ist jedoch bei Weitem nicht gedeckt. Auf 6310 Häftlinge in 91 Anstalten [3] kommen gerade einmal 40 bis 50 forensische Psychiater. Theoretisch wäre ein Vollzeit-Psychiater pro 50 Insassen erforderlich. Doch nur im Strafvollzug zu arbeiten sei langfristig nicht haltbar, meint Corinne Devaud Cornaz, die auch in einer Praxis arbeitet, die mit dem Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit verbunden ist. Teilzeitstellen zu schaffen, sie sichtbar zu machen und die Mandate zu diversifizieren, sei der Schlüssel. Sie verabschiedet sich: «Ich muss die neue Psychologin in unserem Team begrüßen.» Es gibt ihn also doch, den Nachwuchs.



Literatur

Vollständige Literaturliste unter www.saez.ch oder via QR-Code



Hippokrates-Statue im alten Gebäude der medizinischen Schule von Bahia, Brasilien.

© Helssa Gründemann / Dreamstime

Stirbt der Arztberuf aus?

Selbstkritik Das Misstrauen gegenüber der Ärzteschaft wächst. Die Kinderärztin Saholy Razafinarivo-Schoreisz aus Courroux (JU) hat sich mit den Ursachen dieses Phänomens auseinandergesetzt.

Im Bett, mit COVID-19 und benebeltem Hirn, habe ich Zeit, mir einige – mehr oder weniger – existenzielle Fragen zu stellen: «Wer bin ich?», «Wo will ich hin?», «Was werde ich nachher essen?».

Es erstaunt mich, wie viele Artikel sich mit Angriffen auf Ärztinnen und Ärzte befassen. Das Phänomen ist global und schockiert mich: «Verunsicherung bei Ärzten: Angriffe nehmen im Jahr 2021 zu, verbale Gewalt auf dem höchsten Stand seit zehn Jahren» (Frankreich, Juli 2022) [1], «Angriff auf einen Arzt im Wolfson-Spital – dritter Angriff dieser Art in dieser Woche» (Israel, Mai 2022) [2], «Gewalt gegen Ärzte: Mehr als 330 Berichte über Aggressionen in 6 Jahren!» (Belgien, April 2022) [3].

Woher kommt dieser ganze Hass? Wir stehen im Dienst der guten Sache, heilen Krankheiten, die einst unheilbar waren, und verhelfen den Menschen zu einem langen und guten Leben. Wir retten Leben! Und nicht selten tun wir dies auf Kosten unseres persönlichen Wohlergehens, unserer Gesundheit, unserer Familie. Wir sind doch

Heldinnen und Helden, oder?

Dennoch nimmt uns die Gesellschaft nicht mehr als solche wahr. Den Lippenbekenntnissen zu unserer sinnvollen und wichtigen Aufgabe lässt sie keine entsprechenden Taten folgen. Die Löhne des Gesundheitspersonals sind nicht gestiegen – im Gegenteil. Dadurch verliert der Beruf an Attraktivität, was wiederum zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität und der Arbeitsbedingungen führt. In der Folge nimmt bei den Empfängerinnen und Empfängern von Gesundheitsleistungen die Unzufriedenheit zu und entlädt sich in Ausbrüchen von Wut und Gewalt gegen die kleine Anzahl derjenigen, die noch verblieben sind, um die notwendige Arbeit zu leisten.

Der Argwohn richtet sich gegen alles, was mit den medizinischen Wissenschaften zu tun hat. Die im Rahmen wissenschaftlicher Forschung entwickelten und von den Pharmaunternehmen verkauften Medikamente stossen in der breiten Öffentlichkeit auf Ablehnung. Beispielhaft dafür sind die Impfstoffe, die doch nach wie vor viele Menschenleben retten.

Aber vielleicht liegt ja gerade darin das Problem: Dass nämlich unser Bemühen, möglichst vielen Menschen zum Leben, einem guten Leben, zu verhelfen, dem Interesse des Planeten zuwiderläuft. Die Menschen lehnen diese Art von Medizin zunehmend ab. Wir sind mit diesen Zielen genauso schädlich für den Planeten wie die umweltschädigenden Industrien. Wir ermöglichen es der menschlichen Spezies, sich weiterhin in grossem Massstab zu vermehren, und dies auf Kosten anderer Lebewesen.

Hier ein paar Zitate zu diesem Thema: «Das Gesundheitswesen trägt in wesentlichem Masse zur Klimakrise bei» [4], «Die Gesundheitssysteme, die eigentlich der Gesundheitsförderung der Allgemeinheit dienen sollen, haben unter dem Wettbewerb mit der technologisch intensiven Gesundheitsversorgung für Einzelne gelitten» [5] und schliesslich «Die Gesundheit des Ökosystems Erde ist die Voraussetzung der Gesundheit an sich» [6]. Die diversen zitierten Websites und Artikel deuten auf mögliche Veränderungen sowohl auf staatlicher als auch auf individueller Ebene hin.

Vielleicht hat die Natur beschlossen, dass es jetzt reicht mit der modernen Medizin, die in ihrem ständigen Kampf gegen Krankheit, Alter und Tod zu effektiv ist, um ein Gleichgewicht zwischen allen lebenden Arten zu bewahren.

Wenn wir die Art unserer Berufsausübung nicht ändern und nicht bereit sind, unsere Versorgungsphilosophie zu überdenken, sind wir, fürchte ich, tatsächlich dazu verdammt, zum Wohle des Planeten zu verschwinden. Denn wir sind nicht mehr die Guten.

Zumindest kann ich eine Frage beantworten: Ich werde zum Abendessen ein Ei mit Reis und Gemüse verzehren. Anschliessend werde ich über mein zukünftiges Verhalten als Ärztin nachdenken.

Saholy Razafinarivo-Schoreisz, Kinderärztin, Courroux (JU)



Literatur

Vollständige Literaturliste unter www.saez.ch oder via QR-Code

Dies ist Ihre Seite!

Sie können uns Ihre Texte für die Rubrik «Forum» einreichen. Weiterführende Informationen unter saez.ch/publizieren

Briefe an die Redaktion

EPD – ein Trauerspiel oder eine Farce

Brief zu: Zimmer A. Welche Rolle soll der Staat bei der Digitalisierung einnehmen? SÄZ 2022;103(31–32):961.

In seinem Editorial schreibt A. Zimmer: «... soll der Bundesrat beauftragt werden, Massnahmen rund um das elektronische Patientendossier (EPD) zu ergreifen». Welche Massnahmen meint der Autor? Der Bundesrat soll sicher die Finanzierung und sicher nicht die Gestaltung des EPDs übernehmen. Die letzte muss bei den Nutzern, bei der Ärzteschaft bleiben, weil nur sie ihre Ansprüche an ein gut funktionierendes EPD kennt. Wegen verschiedenen, auch finanziellen Vorteilen warteten manche Spitalverbände und etliche Praxen nicht auf die Einfüh-

rung eines einheitlichen Schweizer Systems und haben bereits gute, ihren Bedürfnissen entsprechend problemlos funktionierende EPDs. Es wäre sinnvoll, ihre Erfahrungen und Lösungen in das gesamtschweizerische EPD zu integrieren. Die Entlohnung für ihre Bereitschaft, es zu tun, wäre sicher kleiner als für die Entwicklung eines neuen, kaum zufriedenstellenden Dossiers. Die endgültige Edition sollte nicht einmal ein Dutzend Personen bewältigen.

Die Skepsis, der Widerstand gegen EPD ist vor allem bei etlichen praktizierenden Ärzten und Ärztinnen vorhanden, und zwar nicht nur wegen der ungelösten Finanzierung. So war es auch in den USA vor zehn Jahren. Es wäre lehrreich, zu schauen, wie sie überwunden wurden. In einem kürzlich erschienenen Artikel in der

NZZ erwähnte der Autor wieder, dass manche Ärzte und Ärztinnen in der Pandemie ihre Daten per Fax und nicht per E-Mail übermittelt haben. Wie sicher sind wir, dass sich dies nicht wiederholt? Was haben wir getan, damit die digitale Verbindung der Praxen voranschreitet? Sie ist die Grundlage für kompliziertere Aufgaben wie das EPD.

Dr. med. Peter Marko, St. Gallen

Briefe einreichen

Briefe an die Redaktion reichen Sie online ein unter:

saez.ch/de/publizieren/leserbrief-einreichen

Anzeige

Für die Arztpraxis und MPA-Lernende

Ausbildungsprogramm für die Lehrbetriebe



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

EMH Media
SCHWEIZERISCHER ARZTEVERLAG
EDITIONS MEDICALES SUISSES



FMH



24

Wer plant schon Rationierung?

Versorgungssicherheit Die Energiekrise und Erfahrungen anderer Länder zeigen, wie wichtig Versorgungssicherheit ist – und dass Rationierungen niemals geplant werden. Die Schweizer Gesundheitspolitik sollte mögliche Auswirkungen neuer Gesetze gewissenhaft prüfen.

Yvonne Gilli



26

Kompetent betreut

Journée de réflexion Im Zentrum standen dieses Jahr die Übergänge zwischen Studium und Weiterbildung sowie die Frage, wie sich der Eintritt in die oberärztliche Tätigkeit besser gestalten lässt.

Fabienne Hohl



30

Qualität stärken statt Quantität steuern

Kostendämpfung Aktuell versprechen mehrere Vorlagen Geld einzusparen. Unnötige Leistungen sind ein Qualitätsproblem und nicht mithilfe der politisch geplanten, auf die Quantität gerichtete Mengensteuerung vermeidbar.

Nora Wille, Yvonne Gilli



Ein unterfinanziertes Gesundheitswesen ist wie ein Auto mit zu wenig Sprit: Es bleibt irgendwann stehen.

Wer plant schon Rationierung?

Versorgungssicherheit Die Energiekrise und Erfahrungen anderer Länder zeigen uns, wie wichtig Versorgungssicherheit ist – und dass Rationierungen niemals geplant werden. Die Schweizer Gesundheitspolitik sollte darum die möglichen Auswirkungen neuer Gesetze gewissenhaft prüfen.



Yvonne Gilli
Dr. med., Präsidentin der FMH

Wenn es in diesem Jahr auf den Winter zugeht, lassen sich Dinge beobachten, die noch vor Kurzem kaum jemand für möglich gehalten hätte: Die Schweizer decken sich mit Brennholz und Kerzen, mit Pellets und Benzinkanistern, mit Elektroöfen, Heizdecken und Stromgeneratoren ein [1]. Trotz umfangreicher «Energierategie 2050», trotz offiziellen Risikoanalysen [2], amtlichen Berichten und eines ausführlichen Monitorings mit 45 Indikatoren [3] – auch zur Versorgungssicherheit – drohen uns im kommenden Winter Rationierungen von Strom und Gas. Geplant war das nicht.

Auch im Gesundheitswesen zeigt sich die Realität mitunter von politischen Plänen unbeeindruckt. Ein trauriges Beispiel dafür sind aktuell Millionen Menschen ohne zahnmedizinische Versorgung in Grossbritannien. Dass der staatliche Gesundheitsdienst NHS eigentlich Erwachsene gegen Zuzahlung und Kinder sogar gratis behandeln sollte, bleibt für diese Menschen reine Theorie [4]. Durch die politischen Zielvorgaben an Zahnärztinnen und Zahnärzte zum Behandlungsumfang sind Zahnbehandlungen unterfinanziert [5]. Zahnärztinnen und Zahnärzte zahlen bei Behandlungen von NHS-Patientinnen und -patienten

drauf [5]. Die Folge: Es gibt immer weniger Zahnärztinnen und Zahnärzte und kaum noch Praxen, die neue Patientinnen und Patienten aufnehmen. Wer einen Termin braucht, aber nicht privat bezahlen kann, zieht sich die Zähne mitunter selbst [4]. Auch dies hat sicher niemand gewollt oder geplant.

Auswirkungen statt Absichten

Entscheidend ist also nicht unbedingt, welche Absicht hinter einer Gesetzesvorlage steckt, sondern vor allem welche Auswirkungen Gesetze in der Realität haben. Dass unser Gesundheitsminister keine Rationierung möchte, sondern allen die medizinische Behandlung wünscht, die sie brauchen [6], bietet leider keinen Schutz vor Unterversorgung und Rationierung. Denn der Weg von einer guten Absicht zu einem guten Gesetz ist lang – und nicht immer erfolgreich.

Unterfinanzierung folgt Unterversorgung

Die Auswirkungen eines Gesetzes in der Praxis sind nicht immer leicht abzuschätzen. Besonders unterschätzt werden vor allem die möglichen Folgen gesetzlicher Eingriffe in die Vergütung medizinischer Leistungen und Tarifgestaltung. Dies zeigen nicht nur die britischen Zahnärztinnen und Zahnärzte, die weder für einfache Füllungen noch für komplexe Behandlungen eine sachgerechte Vergütung erwarten dürfen [5]. Auch die praxisambulanten Ärztinnen und Ärzte in Deutschland vergeben zum Ende jedes Quartals aufgrund der politisch forcierten Unterfinanzierung weniger Termine – und die Patientinnen und Patienten weichen in die Notaufnahmen aus [7]. Weil die unzureichende Vergütung in Deutschland dazu führte, dass neue Patientinnen und Patienten «monatelang auf einen Arzttermin warten» mussten [8], beschloss der Bundestag 2019, die Behandlung von Neupatienten fortan ohne die politisch vorgegebenen mengenabhängigen Abschläge zu vergüten. Heute möchte man diese Massnahme wieder einsparen, ein erneut reduziertes Terminangebot ist absehbar [9]. Ein unterfinanziertes Gesundheitswesen ist wie ein Auto mit zu wenig Sprit: Es bleibt irgendwann stehen.

Kompromiss in Reichweite

Die schädlichen Auswirkungen, die eine politisch gesteuerte Vergütung der medizinischen Versorgung haben kann, sind von der FMH in den letzten Jahren immer wieder thematisiert worden. Im Fokus stand dabei zumeist der Artikel 47c, der die Tarifpartner zur Kostensteuerung gemäss behördlichen Vorgaben verpflichten sollte [10]. Dank wichtiger Anpassungen durch die SGK-S scheint hier jedoch in der Herbstsession ein

Kompromiss in Reichweite, der die Gefahr für die Patientenversorgung abwenden könnte. Durch die Streichung verschiedener Absätze (5 und 7–9) der Version des Nationalrats liesse sich der Artikel 47c nicht mehr zur Durchsetzung politischer Budgetvorgaben nutzen. Mit der alleinigen Kompetenz der Tarifpartner über Kostenmonitoring und Korrekturmassnahmen und ohne subsidiäre Kompetenzen der Behörden wäre die Gefahr einer politisch verordneten Unterfinanzierung und damit auch das Risiko für die Patientenversorgung gebannt.

Die Gefahr politisch verordneter Unterfinanzierung wurde erkannt – aber nicht vollständig eliminiert.

Auch bei der Kostenbremse-Initiative der Mitte-Partei hat nach den Warnungen des Bundesrats vor einer Rationierung [11] auch der Nationalrat die Initiative als Gefahr für unser Gesundheitswesen deutlich abgelehnt [12]. Gleichzeitig hielt der Nationalrat jedoch am Prinzip der Kostenvorgaben fest, indem er mit einer knappen Mehrheit einen Gegenvorschlag mit Kosten- und Qualitätszielen befürwortete. Darin sollen Überschreitungen der politischen Kostenziele jedoch nicht mehr politisch motivierte Tarifkürzungen nach sich ziehen können – ein wichtiges Detail zur Vermeidung politisch verordneter Unterfinanzierung.

Hier entfernt – dort wieder eingefügt?

Beim viel diskutierten Artikel 47c KVG und bei den Kosten- und Qualitätszielen nach Art. 54 KVG möchte das Parlament also vermeiden, dass politisch gesteuerte Tarife neben viel Administration auch Unterfinanzierung und damit Unterversorgung verursachen. An anderer Stelle sieht der bundesrätliche Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative jedoch genau diese Möglichkeit vor: So sollen Genehmigungsbehörden zukünftig jederzeit Tarifanpassungen einfordern und nach einem Jahr selbst festsetzen können (Art. 46a). Auf Wunsch des Nationalrats sollen sie sogar nach Positionen oder Gruppen «differenzierte Tarife» erlassen können. Damit würden zentrale Grundsätze des Tarifrechts wie Sachgerechtigkeit und Betriebswirtschaftlichkeit verletzt. Hier bleibt zu hoffen, dass diese Forderungen in der Herbstsession nicht unwidersprochen bleiben.

Wirksame Mittel gegen die Prämienlast

Gerade die aktuellen Prämiensteigerungen verdeutlichen, dass es nicht irgendwelche

Massnahmen – sondern eine wirksame Prämien- und Kostendämpfung braucht. Dabei ist zunächst einmal wichtig anzuerkennen, dass die Prämien stärker steigen als die Kosten [13], und auf Basis differenzierter Analysen zur Prämienlast [14] und -entwicklung [15, 16] zielgerichtete Massnahmen zu ergreifen. Die von der FMH nachdrücklich unterstützte Finanzierungsreform EFAS könnte nicht nur die Kosten dämpfen, sondern auch die Prämienzahlenden deutlich entlasten [17]. Auch der von uns vorgelegte Tardoc könnte die Prämienentwicklung dämpfen [18] – würde er nicht weiter durch den Bundesrat blockiert.

Keine Übernahme untauglicher Rezepte

Die vor allem von Deutschland inspirierten Rezepte zur politischen Kostensteuerung dürften jedoch keine Entlastung bringen: Die Deutschen erwarten im kommenden Jahr eine «Anhebung der Krankenkassenbeiträge auf eine Rekordhöhe von durchschnittlich 16,2 Prozent des Bruttolohns» [19], womit die Sozialbeiträge in Deutschland auf insgesamt 40,45% steigen. Ein durchschnittlicher Schweizer Haushalt gibt aktuell mit 7% sehr viel weniger Geld für die Krankenkassenprämien aus, selbst wenn man die privat getragenen Gesundheitsausgaben (2,6%) hinzurechnet [20]. Auch gegen unnötige Leistungen helfen die politischen Kostenvorgaben in Deutschland nicht – im Gegenteil gibt es dort deutlich mehr Über- und Unterversorgung als in der Schweiz, wie Sie in dieser Ausgabe auf S. 30 nachlesen können [21].

Nur gute Lösungen sind echte Lösungen

Das Ziel möglichst niedriger Prämien bei einer trotzdem sehr guten Gesundheitsversorgung ist uns allen gemeinsam – die Frage ist, ob die vorliegenden Gesetzesentwürfe dazu beitragen können. Denn wenn aus der guten Absicht kein gutes Gesetz wird, könnte auch die Schweizer Gesundheitsversorgung zukünftig bislang unbekannte Probleme erleben – die sich nicht mit Brennholz lösen lassen. Wir wünschen dem Parlament darum eine erfolgreiche Herbstsession mit einer gewissenhaften Prüfung der Vorlagen auf ihr Nutzen- und ihr Schadenspotenzial.



Literatur

Vollständige Literaturliste unter www.saez.ch oder via QR-Code



© Fabienne Hohl

Intensive Diskussionen in den Workshops: Die Journée de réflexion bewährt sich als Think Tank der ärztlichen Bildung.

Kompetent betreut zum Kontinuum in der ärztlichen Bildung

Journée de réflexion Auch 2022 erhielten die Teilnehmenden der Journée de réflexion von SIWF und Collège des Doyens viel Anregung zur Entwicklung der ärztlichen Bildung in der Schweiz. Im Zentrum stand dieses Jahr die Frage, wie sich die Übergänge zwischen Studium und Weiterbildung sowie beim Eintritt in die oberärztliche Tätigkeit besser gestalten lassen.

Fabienne Hohl
Journalistin

Nach der coronabedingten Absage der Journée de réflexion 2021 versammelten sich dieses Jahr erneut rund 35 Fachleute aus allen Landesteilen zum intensiven Austausch über die Herausforderungen und Ziele der ärztlichen Bildung. Die Tagung war dem Kontinuum der Aus- und Weiterbildung und der optimalen Betreuung des ärztlichen Nachwuchses gewidmet. Ein grosse Aufgabe, welche die Gastgebenden im Kleinen vorlebten: So begrüsst nicht nur SIWF-Präsidentin Monika Brodmann Maeder sowie Primo Schär, Präsident des Collège des Doyens, die Teilnehmenden; auch Werner Bauer, Past-Präsident des SIWF und bisheriger Organisator

des Anlasses, freute sich auf den «Spirit» der Tagung sowie die beiden Gäste aus Island und der Schweizer Gesundheitspolitik, die wie üblich für den «Blick über den Tellerrand» der schweizerischen Medizin hinaus sorgten.

Umdenken ist nötig

«In den nächsten zehn Jahren sollen in der ärztlichen Weiter- und Fortbildung die Entrustable Professional Activities (EPAs) in allen Fachrichtungen Standard sein», formulierte SIWF-Präsidentin Monika Brodmann Maeder in ihrer Einleitung das ehrgeizige Ziel des SIWF zur Einführung der kompetenzbasierten Bildung. [1] Dafür sei ein Umdenken nötig, «das

nur möglich ist mit engagierten Weiterbildenden, die an ihren Weiterbildungsstätten Verantwortung dafür übernehmen». Um diesen Kulturwandel zu erreichen, baut das SIWF die gefragten «Teach the teachers»-Kurse stark aus und informiert in der Schweizerischen Ärztezeitung kontinuierlich über Competency-Based Medical Education (CBME).

Bildung für Praxis und Wissenschaft

Primo Schär, Präsident des Collège des Doyens, gab seinerseits einen Überblick über die Themen, welche die Dekane der medizinischen Fakultäten der Schweiz zurzeit beschäftigen. Er zeigte sich zufrieden über die unterschiedli-

Die EPAs fassen Fuss

Die Bemühungen des SIWF zeitigen Wirkung: Unterstützt von der EPA-Kommission des SIWF befassen sich inzwischen bereits 18 von 45 Fachgesellschaften sowie 6 von 47 Schwerpunkten mit der Einführung der EPAs in ihre Weiterbildungsprogramme. Ferner haben sich verschiedene chirurgische Spezialitäten zusammengeschlossen, um ein «Core Surgical Curriculum» für die ersten beiden Weiterbildungsjahre zu definieren. Im Falle der Kardiologie werden die EPAs bereits in fünf grossen Weiterbildungsstätten pilotiert.

chen Lösungen zur Bewältigung der Pandemie in der Aus- und Weiterbildung und lobte die Fortschritte in der kompetenzbasierten ärztlichen Bildung. Gleichzeitig betonte er, dass in der Lehre neben der Praxisvermittlung auch den wissenschaftlichen Grundlagen ausreichend Platz eingeräumt werden müsse, um den hohen Ansprüchen an die Forschung gerecht zu werden.

Kantonal finanzierte Weiterbildung

Aus dem SIWF vermeldete Geschäftsführer Christoph Hänggeli einen Erfolg: Nach über zehnjähriger Vorbereitung ist die interkantonale Vereinbarung zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung in Kraft getreten. Alle Kantone müssen einen Minimalbetrag von 15 000 CHF an die Weiterbildung von Assistenzärztinnen und -ärzten pro Stelle und Jahr bezahlen. Dieser Beitrag muss von den Spitälern für strukturierte Weiterbildung eingesetzt werden. «Wenn die Spitäler die Beiträge immer dann – und nur dann – für alle diejenigen Weiterzubildenden erhalten, die das e-Logbuch wirklich führen, entsteht eine Win-win-Situation», ist Christoph Hänggeli überzeugt. «Das e-Logbuch wird flächendeckend geführt, und den Weiterbildungsstätten steht die maximal mögliche Summe für die strukturierte Weiterbildung zur Verfügung.»

Fachleute planen besser

Dass die Finanzierung der Weiterbildungsstellen durch den neuen kantonalen Beitrag nur eine von mehreren Massnahmen zur langfristigen Sicherstellung der ärztlichen Versorgung ist, zeigte die angeregte Diskussion mit einer politischen Persönlichkeit unter der Leitung von Werner Bauer. Diesmal stand der Arzt und St. Galler Regierungsrat Bruno Damann Red' und Antwort. Er schätzte vom Publikum ange-

sprochene Ideen wie die Weiterbildung in die Leistungsverträge der Spitäler einzuschliessen oder dass ein Kanton genau nachvollziehen sollte, wohin seine Gesundheitsgelder fliessen, als schwierig umsetzbar ein. Umso deutlicher vertrat er die Ansicht, dass sich die Spitäler selbst finanzieren sollten. Dadurch würden sie freier in ihrem Handeln – etwa, um gemeinsam mit den Fachgesellschaften den Bedarf an Spezialistinnen und Spezialisten zu steuern. Denn das Planen, so die pointierte Aussage des St. Galler Regierungsrats, solle man den Fachleuten überlassen.

Island: Basisdisziplinen im Fokus

Wie die Schweiz kämpfe auch Island gegen den Ärztemangel an, berichtet Runólfur Pálsson, Internist und CEO des National University Hospital of Iceland. Am stärksten davon betroffen sind ebenfalls Grundversorgung und Psychiatrie. Ausser in diesen beiden Fächern sowie in Notfallmedizin und Geriatrie müssen künftige Spezialistinnen und Spezialisten ihre Weiterbildung im Ausland abschliessen – mit dem Risiko, dass sie nicht zurückkehren. Um dem ärztlichen Nachwuchs attraktive Bildungsbedingungen zu schaffen, seien für 15 zentrale Fächer die Curricula des Joint Royal Colleges of Physicians' Training Board auf das isländische Setting angepasst worden, so Runólfur Pálsson. Die Medical Educators setzten dabei auf die EPA-ähnlichen «Capabilities in Practice» (CiPs) und auf eine enge Begleitung der Trainees: einerseits durch eine oder einen Educational Supervisor über die ganze Weiterbildung sowie durch die Clinical Supervisors an jeder Rotationsstelle.

Vom Bachelor zum Master in Medizin

Im Anschluss an die Referate widmeten sich die Teilnehmenden der Frage, wie sich für die künftigen Ärztinnen und Ärzten der jeweilige Übergang in die nächste Bildungsstufe bzw.



© Staatskanzlei SG

Würde es begrüßen, wenn sich primär Gesundheitsfachleute der Versorgungsplanung annähmen: Regierungsrat Bruno Damann.



© Fabienne Hohl

Spannender Einblick in die ärztliche Bildung Islands: Runólfur Pálsson.



© Fabienne Hohl

Freut sich über die neue interkantonale Vereinbarung zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung: Christoph Hänggeli.

Funktion erleichtern liesse. Der Workshop «Vom BMed zum MMed» wurde von Giovanni Pedrazzini geleitet, seines Zeichens Dekan der Università della Svizzera Italiana (USI). Die Arbeitsgruppe beurteilte die unterschiedlichen



© Fabienne Hohl

Engagierte Gastgeber: Werner Bauer (l.), Monika Brodmann Maeder und Primo Schär.



Wissen, worauf es in der Medical Education ankommt: die Workshopleitenden Giovanni Pedrazini, Christine Roten und Nadia Bajwa..

Strukturen der acht verschiedenen Schweizer Medizin-Bachelors bzw. sieben Masters wohl als Herausforderung punkto Kompatibilität, jedoch noch vielmehr als eine landestypische Bereicherung der ärztlichen Bildung. Das System sei robust und die eigenständigen Curricula gäben dem verschulerten Lernen Gegensteuer: Die Studierenden seien fähig, die Lücken zwischen den Anforderungen der unterschiedlichen Lehrorte selbstständig zu füllen. Dennoch stimmten die Fachleute überein, dass diese Diversität intensives Monitoring und fortlaufende Abstimmung zwischen den verschiedenen medizinischen Fakultäten nötig mache. Beide Aufgaben liessen sich auf der gemeinsamen Grundlage für die Studienanforderungen (PROFILES [2]), den Rückmeldungen der Studierenden sowie Programmen zur Curriculumsplanung realisieren. Dabei komme den EPAs als gemeinsamer Nenner der ärztlichen Bildung grosse Bedeutung zu.

Mehr Coaching für Nachwuchskräfte

Stellvertretend für viele Medical Educators wies Nadia Bajwa als Weiterbildungsverantwortliche am Universitätsspital Genf nachdrücklich darauf hin, dass die Studierenden beim Über-

gang in die Assistenzzeit besser begleitet werden müssen. Es gelte, sie «rascher von der Beobachterrolle ins autonome praktische Arbeiten zu führen». Die von Nadia Bajwa moderierte Arbeitsgruppe regte an, den Studierenden bereits in den Masterjahren eine Medical Advisor zur Seite zu stellen, die Fortschritte und Berufswahlprozess begleite. Ebenso könne ein Clinical Learning Coach die Weiterzubildenden bei allen Rotationen unterstützen und regelmässig den Stand der EPAs beurteilen. «Eine unabhängige, exklusive und kompetente Betreuung ist gerade zu Beginn der Assistenzzeit für alle Beteiligten ein Gewinn», unterstrich MEBEKO-Vizepräsidentin Brigitte Muff, die ein entsprechendes zweijähriges Pilotprojekt begleitet hatte [3]. Ferner warb die Arbeitsgruppe für die Einführung eines zwei- bis dreimonatigen Praktikums im 6. Studienjahr, und zwar in der von den Studierenden angestrebten Disziplin. Dieses Praktikum solle die künftigen Assistenzärztinnen und -ärzte auf die eigenverantwortliche Spitalarbeit im Team vorbereiten und dank einer idealerweise EPA-basierten Evaluation ein verlässliches Bild des Ausbildungsstands ermöglichen.

Start in die oberärztliche Tätigkeit

«Um den Einstieg in die oberärztliche Tätigkeit gut zu meistern braucht es viel mehr als reines Fachwissen», stellte Christine Roten, Oberärztin am Berner Inselspital und Moderatorin der letzten Arbeitsgruppe klar. Als Co-Herausgeberin eines Leitfadens zum Einstieg in oberärztliche Funktionen weiss sie [4]: Frischgebäckene Oberärztinnen und -ärzte müssen beim Stellenantritt viel zu oft plötzlich auch alle

Ein Coaching könnte helfen, ein Burn-out bei jungen Oberärztinnen und -ärzten zu verhindern.

nicht-fachlichen Fähigkeiten beherrschen, welche die neue Aufgabe mit sich bringt. Neben Führung, Teaching, Klinikmanagement sind dies u. a. auch interprofessionelle Zusammenarbeit, Qualitätssicherung oder Forschung. Darauf seien die jungen Oberärzte und -ärztinnen jedoch meistens nicht vorbereitet und erhielten auch selten ausreichend Unterstützung. Die engagierte Diskussion zeigte das grosse Anliegen, dass die junge Oberärzteschaft bereits während der Weiterbildung für die neue Funktion gerüstet werden müsse. «Es fehlt ein Übergangscurriculum», fasste Christine Roten die Situation zusammen. Dieses müsse namentlich der Entwicklung der Soft Skills viel Aufmerksamkeit schenken, damit die Oberärz-

Journée de réflexion

Die Journée de réflexion ist eine etablierte jährliche Einladungsveranstaltung für Fachleute zu Fragen der ärztlichen Bildung. Organisiert wird sie vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF sowie vom Kollegium der Dekane der Schweizerischen Medizinischen Fakultäten, kurz Collège des Doyens. Dieses Jahr fand die Journée de réflexion am 17./18. Juni in Thun statt.

tinnen und -ärzte den hohen kommunikativen Anforderungen ihrer Arbeit gerecht werden könnten. Ferner erachtete die Arbeitsgruppe auch ein Coaching oder Mentoring zu Beginn der oberärztlichen Tätigkeit als zentral. Diese Begleitung könne wesentlich dazu beitragen, die jungen Oberärztinnen und -ärzte rasch mit ihrer Funktion vertraut zu machen sowie Burn-out und frühzeitige Berufsabgänge zu verhindern.

Die Roadmap steht

Das gemeinsame Reflektieren habe viele Lücken in den Übergängen zwischen Studium, Weiterbildung und oberärztlicher Tätigkeit aufgezeigt, zog Primo Schär die Bilanz des Anlasses. Diese gelte es nun gemeinsam mit den Verantwortlichen der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung zu füllen. Auch für Monika Brodmann Maeder hatte sich die «Journée de réflexion» erneut als produktiver Think Tank erwiesen, der die Grundlage für konkrete und nötige Entwicklungen lege. Für sie liege jetzt eine klare Roadmap zur Verbesserung der ärztlichen Bildung vor, und damit eine vielversprechende Perspektive, schloss die SIWF-Präsidentin. «Dies umso mehr, als dass wir Medical Educators dank der kompetenzbasierten Bildung mittlerweile eine gemeinsame Sprache sprechen.»

Korrespondenz

info[at]siwf.ch



Literatur

Vollständige Literaturliste unter www.saez.ch oder via QR-Code



© Thomas Reimer / Dreamstime

Die Daten widersprechen der Annahme, dass eine quantitative Steuerung unnötige Leistungen reduziert.

Qualität stärken statt Quantität steuern – Teil 1

Kostendämpfung Aktuell versprechen mehrere gesundheitspolitische Vorlagen durch die Vermeidung unnötiger Leistungen Geld zu sparen. Unnötige Leistungen sind jedoch ein Qualitätsproblem und nicht mit Hilfe der politisch geplanten, auf die Quantität gerichteten Mengensteuerung vermeidbar. Dieser erste von zwei Artikeln zeigt, dass Mengensteuerung sogar mit mehr Overuse verbunden sein kann.

Nora Wille^a, Yvonne Gilli^b

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

Gesundheitspolitische Vorstösse werden seit Jahren vor allem mit Ineffizienzen im Gesundheitswesen begründet. Seien es «Zielvorgaben» oder Steuerung über den Tarif, stets wird angeführt, nur «ungerechtfertigte» Kosten würden eingespart. Dies ist politisch attraktiv: So können neue Regulierungen

als Sparmassnahmen beworben werden, bei denen niemand Verzicht befürchten muss. Bereits im Jahr 2013 schrieb das BAG in seiner Strategie «Gesundheit2020», man müsse die «von den Experten auf rund 20 Prozent geschätzten Effizienzreserven» [1] ausschöpfen. Eine Quellenangabe zu dieser Zahl fand sich

nicht. Der vom BAG beauftragte Expertenbericht [2] wiederholte im Jahr 2017 die Zahl von 20 Prozent – und führte als Beleg die Strategie «Gesundheit2020» an. Zwei weitere angegebene Quellen untersuchten entweder das Effizienzpotenzial im Gesundheitswesen gar nicht – oder schätzten die «bezahlbaren grossen In-

effizienzen» [3] mit 9.5% bis 11% nur etwa halb so gross ein. [4]

Herausforderung Effizienzpotenzial

Als Mengensteuerung und «Zielvorgaben» politisch bereits aufgegleist waren, beauftragte das BAG eine Studie, da die Effizienzpotenziale «in den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens [...] heute weitgehend unbekannt» seien. [5] Der Bericht von 2019 schätzte die Ineffizienzen auf 16% bis 19% aller KVG-pflichtigen Leistungen, wies jedoch auf Unsicherheiten der Schätzungen hin. Zudem sei das bezifferte Potenzial «kaum 'eins zu eins' umsetzbar», da es ein Gesundheitswesen ohne Ineffizienzen nicht gebe. [5] Effizienzpotenzial existiert also unbestritten, kann jedoch nur schwierig quantifiziert und auch nur eingeschränkt realisiert werden.

Unzulässige Gleichsetzung

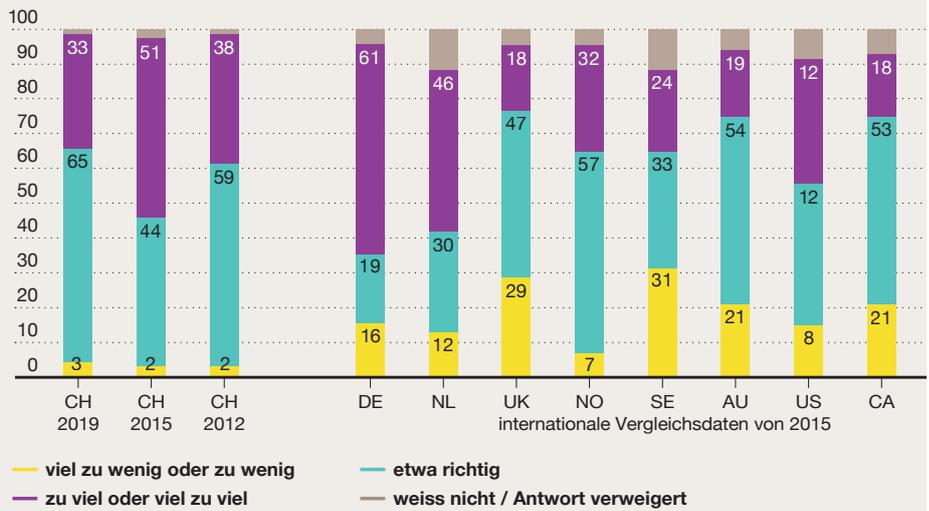
In den letzten Jahren wurde zudem vermehrt das Effizienzpotenzial mit unnötigen Leistungen gleichgesetzt. So hiess es in der parlamentarischen Debatte über Kostenziele, dass «rund 20% aller Eingriffe unnötig» [6] seien. Doch Ineffizienzen entstehen nur teilweise durch unnötige Behandlungen: Ein Effizienzpotenzial von 16 bis 19% heisst nicht, dass 16 bis 19% aller Behandlungen unnötig sind. Denn neben unnötigen Leistungen gibt es noch viele weitere Gründe für Ineffizienz, wie unter anderem stationär statt ambulant durchgeführter Operationen, das Aufsuchen einer Notfallstation anstelle des Hausarztes, zu hohe Medikamentenpreise oder zu kleine Spitäler. [5]

In den letzten Jahren wurde zudem vermehrt das Effizienzpotenzial mit unnötigen Leistungen gleichgesetzt.

Auch in der Strategie «Gesundheit 2020» des BAG wurde die «Reduktion nicht wirksamer und nicht effizienter Leistungen» nur als eine von 13 Massnahmen «zur Ausschöpfung dieser Effizienzreserven» [1] aufgeführt. Daneben sollten unter anderem auch eine bessere Prävention nicht übertragbarer Erkrankungen, die Förderung der psychischen Gesundheit, ein elektronisches Patientendossier, die bessere Preisfestsetzung bei Medikamenten, weniger Risikoselektion der Versicherer, die Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen sowie verbesserter Strahlenschutz und ausreichend Mikronährstoffe dazu beitragen, die mit 20% veranschlagten Effizienzreserven auszuschöpfen. [1]

Abbildung: Länder mit Mengensteuerung (DE, NL) berichten mehr Überversorgung [10,12]

Angaben in Prozent



Politisch forcierte Mengensteuerung

Politisch vorangetrieben wurden jedoch in erster Linie Massnahmen der Mengensteuerung. Mit dem erklärten Ziel «vermehrt Massnahmen [zu] ergreifen, welche die Mengenentwicklung direkt bremsen» [2] und sich «auf Modelle stützen, die bereits in anderen europäischen Ländern zur Steuerung des Mengenwachstums eingesetzt werden» [2], erteilte der Bundesrat ausgewählten Expertinnen und Experten «den Auftrag, internationale Erfahrungen mit Instrumenten der Mengensteuerung zu analysieren und spezifische Massnahmen für die Schweiz vorzuschlagen». [7] Vorschläge zur Mengensteuerung waren damit durch den Auftrag vorprogrammiert.

Unterbehandlung ausgeblendet

Die Annahme, dass «die Menge an medizinisch nicht begründbaren Leistungen stark zunimmt» und darum die «Kostenverantwortung für alle beteiligten Akteure» durch Zielvorgaben erhöht werden müsse, [8] wurde im Expertenbericht folglich vorausgesetzt und nicht mit Daten belegt. Dies ist schade, zeichnen doch empirische Daten aus der Versorgung ein anderes Bild. So hatten im Jahr 2013 zwar 48% der Schweizer Spitalärztinnen und -ärzte bereits einmal erlebt, dass aus ökonomischen Gründen unnötige Massnahmen durchgeführt wurden und 8% fühlten sich diesbezüglich unter Druck gesetzt. Mit 64% hatten jedoch deutlich mehr Spitalärztinnen und -ärzte schon einmal erlebt, dass nützliche Massnahmen aus Kostengründen nicht durchgeführt wurden – und 18% fühlten sich diesbezüglich unter Druck gesetzt. [9] Dass eine verstärkte «Kostenverantwortung» auch den Druck in Richtung Unterbehandlung verstärken kann, wird bislang weitgehend ausgeblendet.

Mengensteuerung nützt nichts

Zudem zeigt die internationale Commonwealth-Befragung, dass in Systemen mit Mengensteuerung sogar mehr unnötige Leistungen erbracht werden. In der Schweiz gaben im Jahr 2019 mit 63% fast zwei Drittel der Hausärzte und -ärztinnen an, dass der Umfang an medizinischer Versorgung, den ihre Patienten und Patientinnen durch alle Ärztinnen unseres Gesundheitswesens erhalten, «etwa richtig» ist. Ein weiteres Drittel meinte, es würden zu viele Leistungen erbracht und nur etwa 3% meinten, es gebe eine Unterversorgung. [10] Damit ähnelten ihre Einschätzungen wieder den Angaben von 2012, nachdem im Jahr 2015 die «smarter medicine» Kampagne stark für Überversorgung sensibilisiert hatte. [10,11]

Weist es nun «auf eine mögliche Überversorgung» [10] hin, wenn zwei Drittel den Versorgungsumfang für «etwa richtig», ein weiteres Drittel für eher zu gross halten? Der internationale Vergleich verdeutlicht, dass in keinem der anderen neun Länder der Versorgungsumfang so oft als «etwa richtig» eingestuft wird. Ausgerechnet in Deutschland und den Niederlanden, den Vorbildern des Bundes-

Für 63% der Hausärzte und -ärztinnen ist der Umfang an medizinischer Versorgung, den ihre Patienten erhalten, «etwa richtig».

rats für Mengensteuerungsinstrumente, werden die höchsten Raten an Überversorgung berichtet. In Deutschland betrachtet nicht einmal jeder fünfte Arzt den Versorgungsumfang

als «etwa richtig». Alle Länder, die weniger Überversorgung berichten als die Schweiz, haben gleichzeitig grosse Probleme mit Unterversorgung. Die Schweiz weist im internationalen Vergleich folglich den adäquatesten Versorgungsumfang auf und hat mit Abstand am wenigsten Probleme mit Unterversorgung.

Kontraproduktive Mengensteuerung

Die Daten widersprechen insofern der Annahme, dass eine quantitative Steuerung unnötige Leistungen reduziert – im Gegenteil zeigen die Länder, die dem Bundesrat als Vorbild für eine Mengensteuerung dienen, deutlich höhere Raten an Über- und Unterversorgung. Eine Erklärung dafür könnte das deutsche Bonmot bieten, dass in einem budgetierten System «derjenige wirtschaftlich arbeitet, der es schafft, sich von der Versorgung kranker Menschen fernzuhalten»: Gesunde Menschen lassen sich am kostengünstigsten behandeln und können so auch der Querfinanzierung der Behandlung kranker Menschen dienen – Anreize, die sich für die Schweiz sicher niemand wünscht.

Fokus auf Qualität statt Quantität

Wirksame Massnahmen gegen unnötige Leistungen müssen darum spezifisch sein und vor allem den individuellen Patientinnen und Patienten gerecht werden. Unnötige Leistungen sind aus medizinischer Sicht in erster Linie ein Qualitätsproblem – und qualitative Probleme lassen sich nicht quantitativ lösen. Die Ärzteschaft widmet sich darum bereits seit Jah-

Massnahmen gegen unnötige Leistungen müssen den individuellen Patientinnen und Patienten gerecht werden.

ren intensiv dem Thema der Indikationsqualität, also der Frage nach Angemessenheit und Notwendigkeit medizinischer Interventionen. [13,14,15] Folglich spielt das Thema «Overuse», also die Vermeidung von «Versorgung, welche für den Patienten keinen Nutzen hat oder deren Risiken den potenziellen Nutzen übersteigen» [16] in ärztlichen Qualitätsaktivitäten auch eine zentrale Rolle. Bei diesem

Engagement verfolgt die Ärzteschaft unterschiedliche Ansätze. Die verschiedenen Aktivitäten zur Vermeidung von Overuse werden im zweiten Teil dieses Artikels in Ausgabe 37 ausgeführt werden. All diesen Ansätzen ist gemeinsam, dass der Nutzen für Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt steht und die Gründe für Overuse gezielt angegangen werden.

Korrespondenz

nora.wille[at]fmh.ch



Literatur

Vollständige Literaturliste unter www.saez.ch oder via QR-Code

Multisource-Feedback in der ärztlichen Weiterbildung

Assessment Dieser Artikel der Themenserie zur kompetenzbasierten Bildung befasst sich mit Multisource-Feedback (MSF) als einem besonderen Format des arbeitsplatzbasierten Assessments. Die folgenden Ausführungen und Empfehlungen basieren auf der internationalen Literatur und eigenen Studien im Kontext der schweizerischen Weiterbildung.

Eva K. Hennel^a, Andrea Lörwald^b, Sören Huwendiek^c

a Dr. med. et MME, PhD, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Abteilung für Assessment und Evaluation, Institut für Medizinische Lehre (IML), Universität Bern, b PhD, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Abteilung für Assessment und Evaluation, IML, Universität Bern, c Prof. Dr. Dr. med. et MME, Abteilungsleiter, Abteilung für Assessment und Evaluation, IML, Universität Bern



Beim Multisource-Feedback steht der/die Weiterzubildende im Fokus und wird von Kollegen und Kolleginnen aus dem Arbeitsumfeld bewertet.

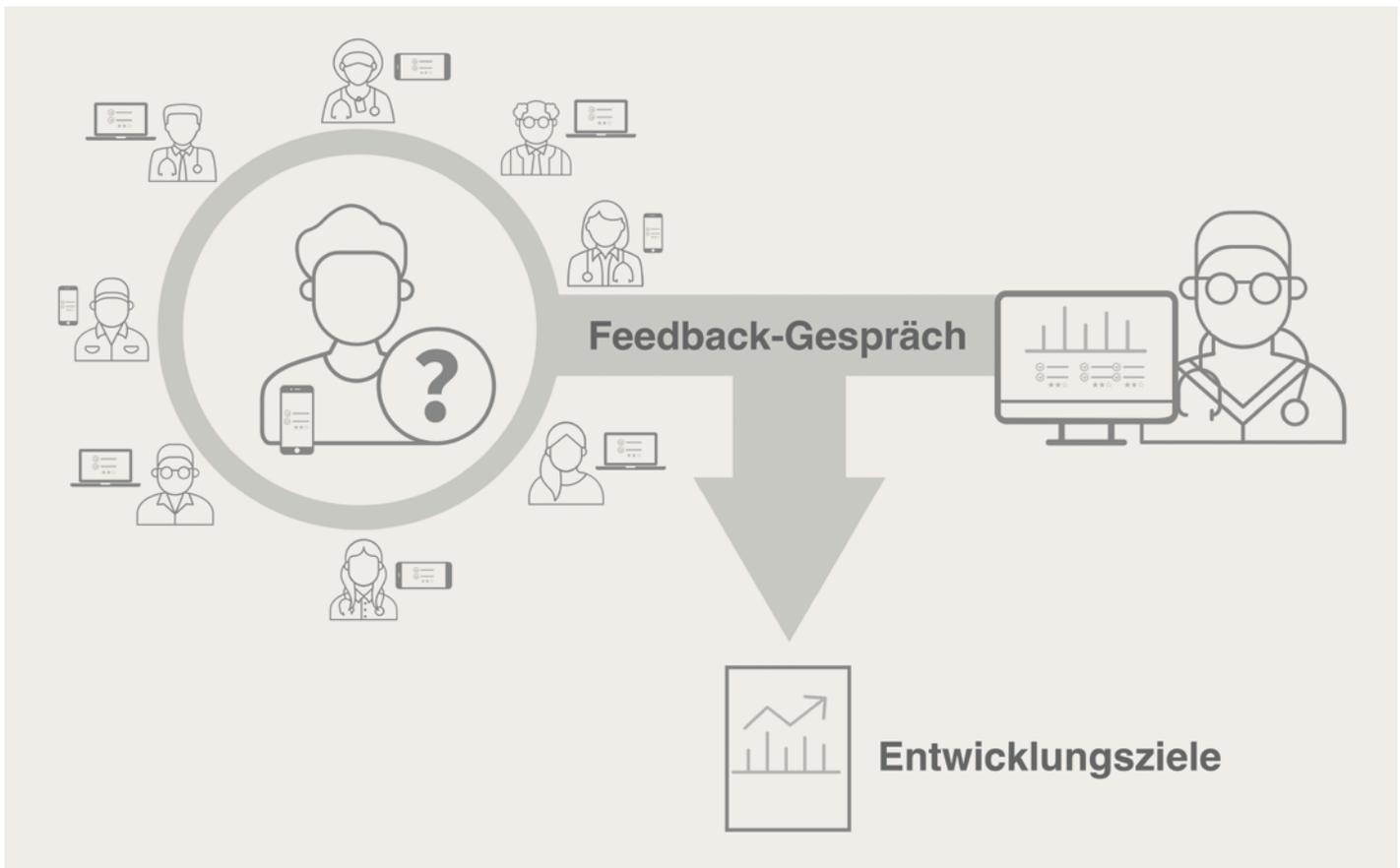


Abbildung: Ablauf von Multisource-Feedback (MSF).

Kompetenzbasierte Bildung (Competency-Based Medical Education, CBME) legt den Fokus auf die für den Berufsalltag relevanten Kompetenzen von Weiterzubildenden. Das Ziel ist es, Fertigkeiten, Wissen und Haltungen zu erwerben, um am Ende der Weiterbildung ohne Supervision sicher tätig sein zu können [1]. Um den Weiterzubildenden hierzu fokussiertes und unterstützendes Feedback zu geben, sind hochwertige arbeitsplatzbasierte Assessments notwendig.

Der Einbezug von Personen verschiedener Professionen fördert die interprofessionelle Zusammenarbeit.

Nutzen von MSF

In der Weiterbildungsordnung des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) werden aktuell vier arbeitsplatzbasierte Assessments pro Jahr empfohlen [2], die üblicherweise als Mini-CEX (Mini Clinical Evaluation Exercise) oder DOPS (Direct Observation of Procedural Skills) stattfinden. Multisource-Feedback (MSF), auch als 360°-Feedback oder 360°-Assessment bezeichnet, ist ein weiteres Format der arbeitsplatzba-

sierten Assessments, welches ebenfalls eingesetzt werden kann und zusätzliche Informationen liefert.

Zwei wesentliche Merkmale unterscheiden MSF von anderen arbeitsplatzbasierten Assessments: Erstens wird nicht nur eine Situation beobachtet, sondern ein längerer Zeitraum. Zweitens wird die Bewertung von mehreren Personen aus dem Arbeitsumfeld gegeben. So können Situationen und Verhaltensweisen bewertet werden, die bei einmaliger Beobachtung nicht gut zu erfassen sind. Indem MSF diese zusätzliche Perspektive bietet, kann es die Kommunikation mit Patientinnen, Patienten und deren Familien, die Kommunikation mit Personen aus anderen Gesundheitsberufen und das professionelle Verhalten verbessern [3, 12].

Wie funktioniert MSF?

Multisource-Feedback umfasst Feedback, das in regelmässigen Abständen von Mitarbeitenden verschiedener Tätigkeitsbereiche gegeben wird [4–6]. Einbezogen werden die Personen, mit denen die Weiterzubildenden je nach Fachgebiet Kontakte haben, zum Beispiel: Pflegefachpersonen, Personen aus Therapieberufen, Ärztinnen und Ärzte des eigenen oder anderer Fachgebiete, Peers, die sich selbst in ärztlicher Weiterbildung befinden und Weiterbildungsverantwortliche. Hierfür wird ein (online-) Fra-

gebogen verwendet, der verschiedene Kriterien der ärztlichen Kompetenz beschreibt. Im Feedback-Gespräch fasst eine Supervisionsperson das gesammelte anonyme, schriftliche Feedback für die Weiterzubildenden zusammen. Auf Basis dieser Daten und der Selbsteinschätzung der Weiterzubildenden werden gemeinsam Entwicklungsziele formuliert, siehe Abbildung.

«Die Kombination der Beobachtungen zeigt das Gesamtbild der ärztlichen Kompetenz.»

Der/die Weiterzubildende steht im Fokus und wird von Kollegen und Kolleginnen aus dem Arbeitsumfeld bewertet. Die schriftlichen Bewertungen werden der Supervisionsperson zugestellt. In einem gemeinsamen Gespräch legen die Supervisionsperson und der/die Weiterzubildende basierend auf der Zusammenschau der Bewertungen individuelle Entwicklungsziele fest.

Empfehlungen zum Einsatz Schulung aller Beteiligten

Es ist zentral, dass alle Teilnehmenden des MSF (Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung, Feed-

back-Gebende und Supervisionspersonen) im Rahmen der Implementierung von MSF geschult werden [6]. Die Schulung sollte das Ziel des MSF in dieser Klinik/Institution, den konkreten Inhalt und die Verwendung des Fragebogens mit seiner Bewertungsskala thematisieren. Darüber hinaus sollten allgemeine Regeln für das Geben und Empfangen von – insbesondere auch schriftlichem – Feedback besprochen werden. Aufgrund des regelmässigen Personalwechsels an Kliniken scheint eine

Es ist zentral, dass alle Teilnehmenden des MSF im Rahmen der Implementierung von MSF geschult werden.

(zusätzliche) schriftliche Information zweckmässig. Die Supervisionspersonen sollten zudem eine Schulung erhalten für ihre spezifischen Aufgaben im Feedback-Gespräch inklusive der Formulierung von Lernzielen. Die Autorinnen und der Autor können bei Bedarf konkrete Informationen zur Schulung inklusive Material teilen.

Integration in bestehende Strukturen

Die Feedbackkultur und die Fähigkeit, in der ärztlichen Weiterbildung effektives Feedback zu geben, müssen aktiv gestaltet werden, zum Beispiel mit Schulungen und indem Zeit für regelmässiges Feedback vorgesehen wird [7, 8]. Wenn bereits eine gute Feedbackkultur in einer Abteilung besteht, kann MSF leichter implementiert werden.

Klar kommuniziertes Ziel des MSF

In der Literatur wird MSF mit verschiedenen Zielen beschrieben: formativ (um die Entwicklung zu fördern) oder summativ (zur Bewertung, ob eine Leistung ausreichend ist, als «Prüfung» oder «Überprüfung») [9]. Das formative oder summative Ziel des MSF, oder Unklarheiten dabei, können die Auswahl der Feedbackgebenden, die Ehrlichkeit der Bewertungen und die Akzeptanz beeinflussen. Wichtig ist daher, dass alle Beteiligten (Weiterzubildende, Feedback-Gebende und Supervisionspersonen) transparent über das Ziel des MSF informiert sind.

Verwendung des Fragebogens

Soweit möglich, sollte ein bereits vorhandener Fragebogen verwendet werden, da eine Neuerstellung grossen Aufwand verursacht. Der Fragebogen sollte auf seine Tauglichkeit am jeweiligen Standort überprüft werden, zum Beispiel während einer Pilotphase. Der von uns erstellte deutschsprachige MSF-Fragebogen ist

an den CanMEDS-Rollen ausgerichtet und frei verfügbar [10].

Die meisten publizierten Fragebögen sehen die Möglichkeit zur Bewertung anhand einer Skala und mit Freitextkommentaren vor. Diese Kombination ist sinnvoll. Anhand der Skaleneurteilungen können Entwicklungsfelder identifiziert werden und anhand der Freitextkommentare konkrete Entwicklungsziele abgeleitet werden. Damit Freitextkommentare besonders hilfreich sind, sollte das Formulieren von konstruktivem schriftlichem Feedback Element der Schulung sein. Der Einsatz von digitalisierten Fragebögen und die visuelle Aufbereitung der gesammelten Bewertungen erleichtern das Supervisions-Gespräch und sparen Zeit.

Auswahl der Feedbackgebenden

Wichtig ist, abhängig vom Fachgebiet, die Personen auszuwählen, mit denen die jeweiligen Weiterzubildenden viel zusammenarbeiten [6]. Es erscheint uns besonders wichtig, eine Vielfalt an Feedbackgebenden anzustreben, die ausreichende Beobachtungen und Rückmeldungen erwarten lassen.

MSF ist eine sichtbare Investition in die Weiterbildung und fördert deren Stellenwert an der Klinik.

Feedbackgespräch

Im Rahmen des Feedbackgesprächs ist die Selbsteinschätzung durch den Weiterzubildenden ein zentraler Baustein, um Lerneffekte zu unterstützen [11]. Allerdings ist die Selbsteinschätzung ebenso wie das Erhalten von Feedback eine Herausforderung für viele Weiterzubildenden und sollte daher durch die Supervisionsperson unterstützt werden, zum Beispiel indem die Supervisionsperson das Gespräch moderiert und als Dialog gestaltet, Daten

verständlich zusammenfasst und hilft, Entwicklungsziele zu formulieren [8, 11–13].

Integration in ein Curriculum

MSF kann am besten genutzt werden, wenn es in Weiterbildungscurriculum und eine unterstützende Weiterbildungsstruktur eingebettet wird [8]. Es müssen ausreichend Ressourcen zugewiesen werden, welche eine qualitativ gute und regelmässige Durchführung (bestenfalls halbjährlich) sicherstellen. Hierunter fallen die Schulungen aller Beteiligten, die Wertschätzung des Feedbackgebens und des Feedbackgesprächs. Die kontinuierliche Begleitung der Weiterzubildenden durch eine Supervisionsperson (zum Beispiel weiterbildungsverantwortliche Person) ist empfehlenswert.

Ausblick

MSF kann die Entwicklung der Ärztinnen und Ärzte im Verlauf ihrer Weiterbildung wirksam unterstützen, indem die wertvollen Perspektiven verschiedener Mitarbeitender einbezogen werden. Um MSF mit vollem Potenzial zu nutzen, können die oben beschriebenen Empfehlungen hilfreich sein. Bei Interesse an der Implementierung von MSF an einer Weiterbildungsstätte stehen wir gern für Fragen zur Verfügung und können Kontakt zu Standorten in der Schweiz herstellen, die MSF bereits nutzen.

Korrespondenz

eva.hennel[at]iml.unibe.ch



Dr. med. Eva Hennel, PhD, MME

Sie forscht zu Feedback in der ärztlichen Weiterbildung.



Andrea Lörwald, PhD

In ihrem PhD-Projekt untersuchte sie, wie Mini-CEX und DOPS das Lernen am Arbeitsplatz unterstützen.



Prof. Dr. Dr. med. et MME Sören Huwendiek

Er ist Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin und Abteilungsleiter am IML.



Literatur

Vollständige Literaturliste unter www.saez.ch oder via QR-Code

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Jörg Thomas Keller (1949), † 16.7.2022,

Facharzt für Dermatologie und Venerologie,
8152 Glattpark (Opfikon)

Hans Gerber (1944), † 24.7.2022, Facharzt für
Gynäkologie und Geburtshilfe, 5405 Dättwil AG

Kurt Graf (1948), † 11.8.2022, Facharzt für
Gynäkologie und Geburtshilfe,
8207 Schaffhausen

Monique Gür (1928), † 11.8.2022, 1224
Chêne-Bougeries

Armando Tomaz-Duarte (1939), † 15.8.2022,
Spécialiste en anesthésiologie, 2000 Neuchâtel

Ärztegesellschaft des Kantons Bern

Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliche Mitglieder
haben sich angemeldet:

Sebastian Frederick Bigdon, Facharzt für
Orthopädische Chirurgie und Traumatologie
des Bewegungsapparates, Uniklinik für
Orthopädie und Traumatologie, Inselspital
Bern, Freiburgstrasse, 3010 Bern

Johanna A. Kremer Hovinga Strebel, Fachärztin
für Hämatologie und Fachärztin für Allgemeine
Innere Medizin, leitende Ärztin, Universitätsklinik
für Hämatologie, Inselspital,
Freiburgstrasse, 3010 Bern

Benjamin Rufer, Facharzt für Orthopädische
Chirurgie und Traumatologie des Bewegungs-

apparates, FMH, Orthopädie Sonnenhof,
Salvisbergstrasse 4, 3006 Bern

Einsprachen gegen diese Vorhaben müssen
innerhalb 14 Tagen seit der Veröffentlichung
schriftlich und begründet bei den Co-Präsi-
denten des Ärztlichen Bezirksvereins Bern
Regio eingereicht werden. Nach Ablauf der
Frist entscheidet der Vorstand über die Auf-
nahme der Gesuche und über allfällige
Einsprachen.

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft

Sektion Stadt hat sich gemeldet:

Stephan Baumeler, Facharzt für Gastroentero-
logie und Facharzt für Allgemeine Innere
Medizin, FMH, Luzerner Kantonsspital, 6000
Luzern 16

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

Ärztegesellschaft des Kantons Zug

Zur Aufnahme in die Ärztegesellschaft des Kantons Zug als ordentliches Mitglied hat sich angemeldet:

Christina Stadlin, Fachärztin für Kinder- und

Jugendmedizin, FMH, Zuger Kinderarztpraxis,
Bahnhofstrasse 15, 6300 Zug

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

Anzeige



Stöbern Sie in unserem Online-Shop!

Entdecken Sie unser Angebot an Fachbüchern, Kriminalromanen
oder Kinderbüchern.

shop.emh.ch



Risiken ionisierender Niedrigstrahlung ernst nehmen

Strahlensicherheit Die aktuellen Richtlinien der Internationalen Strahlenschutzkommission (ICRP) aus dem Jahr 2007 sind teilweise überholt. Die Resultate von mehr als 20 epidemiologischen Studien der vergangenen 15 Jahre zeigen erhöhte gesundheitliche Strahlenrisiken im Niedrigdosisbereich auf. Ein Grund, der medizinischen Denkweise beim Schutz der Bevölkerung mehr Gewicht zu geben.

Claudio Knüsli^a, Martin Walter^b, Andreas Nidecker^c, Beppe Savary-Borioli^d, Franco Cavalli^e, Urs Rüegg^f, für den Vorstand PSR/IPPNW Schweiz

a Dr. med. Innere Medizin / Onkologie FMH; b Dr. med. Innere Medizin FMH; c Prof. (em.) Dr. med. Radiologie FMH; d Dr. med. Allgemeine Innere Medizin FMH, Notarzt SGNOR/FMH, Leitender Notarzt, CU en médecine de catastrophe (Paris/Amiens), Präsident PSR/IPPNW Schweiz, e Prof. (em.) Dr. med. Innere Medizin / Onkologie FMH, Präsident, Institut für onkologische Forschung (IOR), Bellinzona; f Prof. (em.) Dr. sc. nat. ETH Pharmakologie



© Roman Zaiets / Dreamstime

Für Strahlendosen unter 100 mSv besteht ein erhöhtes Risiko für Krebs und Herz-Kreislaufkrankungen.

Organisationen

Die Lockerung der Verordnungen im Kernenergiebereich von 2018 veranlasste PSR/IPPNW Schweiz, vor einer «Erosion des Strahlenschutzes» zu warnen [1]. Auch die Kommission für Strahlenschutz des Bundesamts für Gesundheit (BAG) stellte sich inhaltlich gegen die Revision. Dies war ein Grund für ein ständerätliches Postulat, das fordert: «... Vergleiche mit internationalen Empfehlungen und Grenzwerten sowie Erkenntnissen aus der Wissenschaft zu ionisierender Strahlung im Niedrigdosisbereich zu ziehen». Der Bundesrat hat die Annahme dieses Postulates anfangs 2019 beantragt [2].

Unzutreffendes Faktenblatt

Im «Faktenblatt» des Bundesamtes für Energie (BFE) vom 7.12.2018 [3] steht: «Statistische Auswertungen bei grösseren Bevölkerungsgruppen zeigen, dass bei Strahlendosen unterhalb von 100 mSv keine Gesundheitseffekte nachweisbar sind.» Diese Aussage widerspricht neueren wissenschaftlichen Erkenntnissen. So zeigten bereits vor 2018 vorliegende Studienergebnisse, die wir zitierten [1], wonach bei Strahlendosen unterhalb von 100 mSv – definitionsgemäss eine «niedrige Dosis ionisierender Strahlung» ([2] und Tabelle 1) – ein erhöhtes Krebsrisiko besteht. Die Metaanalyse des National Cancer Institute (NCI) der USA vom Juli 2020 ([4] und Tabelle 2) ergab zusätzliche Klarheit. Diese Analyse von 26 epidemiologischen Studien, die von 2006 bis 2017 publiziert wurden, kommt zum Schluss, dass Strahlendosen unter 100 mSv zu einem erhöhten Krebsrisiko führen. Wir wandten uns deshalb im Oktober 2020 mit einer Stellungnahme [5] an die Kommission für Umwelt, Raumplanung und Energie des Nationalrats (UREK-N) – unter anderem mit dem Anliegen einer Revision des Faktenblatts des BFE [3].



© Roman Zetets / Dreamstime

Rund um das havarierte Atomkraftwerk in Tschernobyl werden ionisierende Strahlen im Niedrigdosisbereich gemessen.

Experten der ICRP waren in mehreren epidemiologischen Studien involviert.

Studienresultate zu Gesundheitsrisiken

Die ICRP ist die massgebende internationale Strahlenschutzbehörde. Seit der Publikation der Richtlinien im Jahre 2007 [6] waren zahlreiche Experten der ICRP in mehreren epidemiologischen Studien über die Effekte niedriger Strahlendosen involviert. So sind auch 6 der 16 Autorinnen oder Autoren der NCI-Studie [4] Mitglieder der ICRP. Bereits im Jahre 2017 hatte die ICRP in einer Metaanalyse festgestellt, dass Studienresultate zu niedrigen Strahlendosisraten komplementär zu jenen von japanischen Atombombenüberlebenden sind [7].

Die ICRP vermittelt auch Lehrveranstaltungen zu Gesundheitsrisiken durch Strahlendosen unter 100mSv, wobei sie umfassend über die NCI-Metaanalyse [4] orientiert. Ebenfalls wurden die Resultate der Pionierleistung der britischen Epidemiologin Alice Stewart aus den 1950er-Jahren kürzlich bestätigt [8]. Sie hatte nachgewiesen, dass die damalige radiologische Abklärungspraxis von Schwangeren mittels Röntgenaufnahmen des Abdomens zu einer massiven Erhöhung des kindlichen Malignomrisikos führte: Bei einer fötalen Dosis von 10 mGy erhöht sich die Krebsinzidenz bis zum 15. Lebensjahr um 50%.

Aufgrund des jahrzehntelangen Monitorings von japanischen Atombombenüberlebenden und von Verstrahlten der Kernkraftkatastrophen von Tschernobyl und Fukushima sind viele strahlenverursachte nicht-maligne

Tabelle 1: Ionisierende Strahlung / niedrige Strahlendosen

Ionisierende Strahlung

Ionisierende Strahlung führt dosisabhängig gemäss Zufallsprinzip („stochastisch“) u.a. zu direkter DNA-Schädigung → Mutation → Krebs oder transgenerationalen Schäden

Gray (Gy) = Energiedosis (pro Masse absorbierte Energie)

Sievert (Sv) = Äquivalentdosis, gewichtete Dosisgrösse (d.h. Energiedosis, angewendet auf stochastisches Risiko). Sie ist abhängig von der Strahlenempfindlichkeit des Gewebes sowie der Strahlenart. Für Gammastrahlung entspricht 1 Gray = 1 Sievert)

«Niedrige Strahlendosis» ist arbiträr definiert [2]

als niedrige absorbierte Dosis von < 100 Milligray (mGy) als akute Einzeldosis, respektive als eine über eine bestimmte Zeitspanne akkumulierte Dosis oder

als niedrige absorbierte Dosisrate < 5 mGy / h bei beliebiger akkumulierter Dosis.

Tabelle 2: Die NCI-Metaanalyse von 2020 – Analyse von 26 epidemiologischen Studien publiziert zwischen 2006 und 2017

Die NCI-Metaanalyse zum Krebsrisiko durch ionisierende Niedrigstrahlung [4]	Strahlenexponierte Studienpopulationen:	Resultate:
Publikation am 13. Juli 2020 durch das National Cancer Institute, USA	Strahlenquelle in der Umwelt (Hintergrundstrahlung, Unfälle wie Tschernobyl) Medizinische Strahlenquelle (z. B. Computertomografie) Berufsrisiko: Angestellte in der Nuklearindustrie, Medizinalpersonal	Kein wesentlicher Bias nachweisbar • 16 von 22 Studien zeigen ein erhöhtes Risiko für solide Krebsarten und • 17 von 20 Studien zeigen ein erhöhtes Risiko für Leukämie.
Autoren: 16 Strahlenexpertinnen und -experten, darunter 6 ICRP-Mitglieder	Systematische Analyse von Voreingenommenheit («Bias») bei der Datenerhebung oder durch Verwechslungen, Fehlberechnungen z. B. der Strahlendosis, fehlerhafte Klassifikation	Schlussfolgerung: • Signifikant erhöhtes Krebsrisiko bei Strahlendosen unter 100 mGy ist nachweisbar • Ausmass des Risikos (pro mGy) statistisch vergleichbar mit dem Risiko durch höhere Strahlendosen bei japanischen Atombombenüberlebenden
Fragestellung: Krebsrisiko durch ionisierende Strahlung bei mittlerer Dosis unter 100 mGy	Anzahl erfasste Krebsfälle: • 91 000 solide Tumoren • 13 000 Leukämien	

Krankheiten und Fortpflanzungsstörungen bekannt [5]. Für Strahlendosen unter 100 mSv wurde ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-erkrankungen und deren Folgen, wie Myokardinfarkte oder Hirnschläge, beschrieben [9]. Die Grössenordnung strahleninduzierter kardiovaskulärer Todesfälle ist ähnlich wie jene von Malignomen.

Methodik infrage gestellt

Zur Frage wie viele Krebs- und schwere Krankheitsfälle in der Schweiz jährlich auf die Einwirkung durch niedrige Dosen ionisierender Strahlung zurückgeführt werden können, gibt es keine belastbaren Untersuchungen, insbesondere im Kernenergiebereich.

Das Eidgenössische Nuklearsicherheitsinspektorat hat jedoch im Jahr 2018 die zusätzlichen Krebstodesfälle im Falle eines Auslegungsstörfalls der Häufigkeitskategorie

Auch die Schweiz war von der Verstrahlung Europas betroffen.

1:10 000 Jahre im Kernkraftwerk Gösgen unter Anwendung der Kollektivdosisberechnungsmethode errechnet [10]. Diese Methodik wurde allerdings kürzlich infrage gestellt [11].

Was ist die potenzielle Opferzahl bei schweren Kernkraftwerksunfällen? Auch die Schweiz war von der Verstrahlung Europas durch die Explosion im Kernkraftwerk in Tschernobyl am 26. April 1986 betroffen. Während der ersten 20 Jahre betrug die kumulierte Strahlendosis rund 3500 Sievert [12], was bei etwa 400 in der Schweiz wohnhaften Personen zu einer tödlich verlaufenden Krebserkrankung geführt haben dürfte oder noch

führen dürfte, gemäss Berechnungen der Eidgenössischen Kommission für Strahlenschutz und Überwachung der Radioaktivität des BAG [13] sowie Zahlen der WHO [14].

Résumé

Eine Revision des Faktenblatts des Bundesamts für Energie [3] ist aus medizinisch-wissenschaftlicher Sicht dringend notwendig. Folgender Wortlaut sei vorgeschlagen:

«Viele neue Publikationen mit grösseren Bevölkerungsgruppen zeigen, dass auch bei Strahlendosen deutlich unterhalb von 100 Millisievert ein erhöhtes Risiko für Krebserkrankungen nachweisbar ist. Ferner weisen zahlreiche epidemiologische Studien auf erhöhte Risiken für andere Krankheiten (unter anderem Herz-Kreislauf-Krankheiten) und Fortpflanzungsstörungen nach Exposition durch Strahlendosen von unter 100 mSv hin.»

Im Hinblick auf künftige Strahlenschutz-Richtlinien muss schliesslich ein Konsens zur Methodik der Schätzung der Anzahl strahlungsinduzierter Krebserkrankungen sowie weiterer, nicht-maligner Gesundheitsschäden durch niedrige Strahlendosen gefunden werden. Hier ist eine enge Zusammenarbeit des BFE mit dem BAG wünschenswert.

Korrespondenz
sekretariat[at]ippnw.ch



Literatur

Vollständige Literaturliste unter www.saez.ch oder via QR-Code

Das Wichtigste in Kürze

Bei der Revision der Kernenergiegesetzverordnungen von 2018 deklarierte das Bundesamt für Energie (BFE), dass bei Strahlendosen unterhalb von 100 Millisievert bei grösseren Bevölkerungsgruppen keine Gesundheitseffekte nachweisbar seien (Faktenblatt vom 7.12.2018). Dies widerspricht den Tatsachen, wie dies u. a. die Metaanalyse zum Krebsrisiko durch niedrige Strahlendosen des National Cancer Institute der USA aus dem Jahre 2020 zeigt [4]. Eine Aktualisierung des Faktenblatts des BFE sowie eine konsistente Methodik zur Schätzung der Anzahl möglicher Strahlenopfer durch niedrige Strahlendosen sind unerlässlich. Wir begrüssen deshalb die Zustimmung des Bundesrats zu einem Postulat des Ständerats, einen unabhängigen Expertenbericht im Bereich Strahlenschutz und Medizin zu erstellen.



Claudio Knüsli

Dr. med., Innere Medizin /Onkologie
FMH, Vorstandsmitglied PSR / IPPNW
Schweiz

SWISS MEDICAL FORUM

Seit 2001 veröffentlicht das SMF praxisorientierte Beiträge aus dem gesamten Spektrum der Medizin. Es ist das offizielle Weiter- und Fortbildungsorgan der FMH und eine offizielle Weiter- und Fortbildungszeitschrift der SGAIM. Das SMF ist Mitglied von COPE und erfüllt die Kriterien des SIWF an ein Journal mit Peer-Review.



46

Motivation und Perspektiven

Akademische Karriere Für den Nachwuchs gibt es nicht den einen Weg, die wissenschaftliche Karriere zu starten: Wir zeigen einige grundlegende Aspekte im Bereich der Allgemeinen Inneren Medizin auf.

Dr. med. Andreas Plate et al.



50

Die Aortenisthmusstenose

Diagnose, Behandlung, Ausblick Die Aortenisthmusstenose ist eine angeborene Verengung des Aortenisthmus. Bei Neugeborenen und Kleinkindern erfolgt die Behandlung chirurgisch, bei Erwachsenen und Rezidiven wird eine endovaskuläre Versorgung bevorzugt.

Dr. med. Raymond Pfister et al.



55

Wenn die Augen auf eine akute Mononukleose hinweisen

Hoagland-Zeichen Eine 18-jährige Patientin litt drei Tage lang an Halsschmerzen und frontalen Kopfschmerzen. Schliesslich war es jedoch die symmetrische Schwellung beider Oberlider, die zur Diagnose einer akuten infektiösen Mononukleose geführt hat.

Dr. med. Gabriel Bronz et al.

Journal Club

Kurz und bündig

Prof. Dr. med. Reto Krapf

Redaktor Swiss Medical Forum

Praxisrelevant

Schlafdauer und Adaptation im Kindergarten

Das Kindergartenjahr ist entscheidend für die weitere schulische Entwicklung, weshalb eine subjektiv gute Passage die weitere Entwicklung eines Kindes im guten Sinne fördern und seine schulischen Zukunftschancen erhöhen kann.

Wichtig ist, dass Vorschulkinder einen geregelten Schlaf haben. Denn eine nächtliche Schlafdauer von mehr als 10 Stunden, bereits vor dem Eintritt in den Kindergarten etabliert, korreliert positiv mit dem Verlauf und dem Lernzuwachs im Kindergarten. Dieser Vorteil war unabhängig von der sozioökonomischen Situation der Familie und dem Gesundheitszu-

stand des Kindes selbst. Hoffen wir, dass durch die immer wahrscheinlicher werdende Energiekrise diesen Winter die Lichtpollution vermindert und damit die Schlafdauer und -qualität dieser Kinder verbessert werden. Alles hat eben neben Nachteilen auch Vorteile...

Pediatrics. 2022, doi.org/10.1542/peds.2021-054362.
Verfasst am 15.08.2022.

Fokus auf...

Depressionen bei Adoleszenten

- Schwerere depressive Episoden bei Kindern sind selten (Prävalenz unter etwa 1%), steigen in der Adoleszenz, vor allem bei Mädchen, aber deutlich an.
- Die Gründe sind unklar, vermutet werden: Soziale Stressfaktoren, hormonelle Auslöser, Herausforderungen der Selbstfindung, vulnerable ZNS-Entwicklungsphasen.
- Emotionale Störungen und Depressionen aller Schweregrade sind am Zunehmen und/oder werden vermehrt diagnostiziert (USA 2011 = 8%, 2016 = gut 13 [%]).
- Depressive Episoden in der Adoleszenz korrelieren mit solchen im Erwachsenenalter.
- 40% der Inzidenzen lassen sich durch genetische Faktoren (mit-)erklären.
- Warnsymptome sind:
 - Traurigkeit, Reizbarkeit
 - Interesse- und Lustlosigkeit
 - Zunahme/Abnahme von Appetit oder Gewicht
 - Insomnie oder Hypersomnie
 - Veränderungen der psychomotorischen Aktivität
 - Schuldgefühle oder Gefühle der Wertlosigkeit
 - Konzentrations- und Denkstörungen
 - Rezidivierende Todes- oder Suizidgedanken
- Frühe Erkennung und Interventionen sind prognostisch sehr wichtig.
- Leider sind klinische und genetische Risiko-Scores oder eine Kombination der beiden in der Praxis noch eher unzuverlässig.
- Ein wichtiges und förderungswürdiges Forschungsgebiet mit dem Ziel verbesserter Erkennung, besserer Interventionen und Reduktion der Prävalenz!

Lancet. 2022, doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01012-1.
Verfasst am 12.08.2022.

Schlaganfälle: Abnahme bei Über-, aber Zunahme bei Unter-55-Jährigen

Im Süden Englands (Oxfordshire) haben die Inzidenzen an Schlaganfällen in der Zeitperiode 2010 bis 2018 im Vergleich zu 2002 bis 2010 bei Unter-55-Jährigen signifikant zugenommen, während sie in den gleichen Vergleichsperioden bei Über-55-Jährigen abgenommen haben. Es wurden keine Unterschiede gefunden in der Herzinfarktinzidenz und bei peripher-arteriellen Erkrankungen. Zwar waren die Schlaganfälle auch bei Unter-55-Jährigen mit Adipositas, Nikotinabusus, Hypertonie und Diabetes assoziiert, aber die Unterschiede blieben auch in einer Subgruppe ohne diese Risikofaktoren signifikant bestehen. Was geht hier vor? Interessant ist die Beobachtung, dass die Schlaganfallhäufigkeit vor allem bei Personen unter 55 Jahren zunahm, die in verantwortlicheren Positionen arbeiteten, nicht aber bei Leuten mit einer eher einfacheren beruflichen Tätigkeit. Geben wir den Risikokonstellationen bei jüngeren Individuen, deren Behandlung ja dann Jahre bis Jahrzehnte bis zur Realisierung eines Nutzens braucht, zu wenig Beachtung? Sind wir gleichzeitig eventuell bei Patientinnen und Patienten mittleren Alters «sensibilisierter»? Eine interessante Hypothese ist, dass Kinder aus einer In-vitro-Fertilisation/Zeugung Jahrzehnte (40 bis 50 Jahre danach) eine erhöhte kardiovaskuläre, prämatüre Morbidität aufweisen. Die Zahl

der durch In-vitro-Fertilisation geborenen Individuen dürfte im Vergleich der beiden Zeitperioden deutlich zugenommen haben.

JAMA. 2022, doi:10.1001/jama.2022.12759.
Verfasst am 14.08.2022.

Klinische Informationen zu den Affenpocken

Die sorgfältige Dokumentation von bewiesenen Fällen von Affenpocken in Spanien ergab unter anderem:

- Mittleres Alter 37 Jahre
- Jede zwölfte Infektion betrifft heterosexuelle Männer oder Frauen.
- Die mediane Inkubationszeit beträgt 7 Tage, die mediane Zeit vom ersten Auftreten der Pusteln bis zur Verkrustung aller Effloreszenzen beträgt 10 Tage.
- Der Nachweis in den Pusteln gelingt praktisch zu 100%.
- Gemäss Amplifikationszyklen bis zum positiven PCR-Nachweis (ein semiquantitativer Parameter) ist die Viruslast in der Haut auch höher als an anderen Stellen, beispielsweise im Pharynx (mittlere Ct-Werte 23 versus 32).
- Läsionen der Haut kommen uniform vor, bei 80% auch anogenital (inklusive Proktitis), bei gut 40% auch oral oder peroral mit oder ohne Tonsillitis.

Man muss angesichts der steigenden Fallzahlen die Möglichkeit eines Affenpockeninfekts niederschwellig in Betracht ziehen, wobei eine Diagnostik aus Hauteffloreszenzen am erfolgreichsten ist. Eine klinische Inspektion der genannten Orifizien ist unverzichtbar!

Lancet. 2022, doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01436-2.
Verfasst am 10.08.2022.

Für Ärztinnen und Ärzte am Spital Kleine, asymptomatische Nieren- oder Uretersteine: Vorsorglich entfernen oder belassen?

Kleine asymptomatische Nieren- oder Uretersteine (≤ 6 mm) haben eine hohe Rate spontaner Abgänge mit und ohne medikamentöse Unterstützung («medical expulsive treatment» oder MET), aber in doch immerhin 50% aller Fälle kommt es in den nächsten fünf Jahren zu einem symptomatischen Rezidiv. Eine kleine, aber methodisch gut durchgeführte Studie erfolgte an Patienten mit symptomatischer Nephrourolithiasis, die zusätzlich noch mindestens einen kleinen und asymptomatischen Nieren- oder Ureterstein hatten. In einer Gruppe wurde in der gleichen Intervention mit modernen Endoskopen und durch erfahrene Endo-Urologen der kleine, asymptomatische Stein ebenfalls entfernt (n = 38), in der Kontrollgruppe (n = 35)

Nochmals ein Sommerthema



Lifestyle-Trend mit gesundheitlichen Risiken: Schwimmen in kaltem Wasser.
© Slogger / Dreamstime

Akutes Lungenödem beim Schwimmen

Obwohl sich die Badesaison dem Ende nähert und die Wassertemperaturen im Sommer 2022 eher hoch waren, sei an diese Entität erinnert. Dabei geht es nicht um Lungenödeme zum Beispiel bei akutem Vorhofflimmern, einer Angina pectoris beziehungsweise einem Herzinfarkt beim Schwimmen oder um einen Abriss eines myxoid degenerierten Mitralklappenfadens. Nein, es geht um gesunde Leute, die vor allem beim Eintauchen (Schwimmen) in kaltes Wasser über Husten, Atemnot und Hämoptysen klagen. Auf Grund der zunehmenden Attraktivität (?) von Schwimmereignissen in kaltem Wasser, ja sogar Eiswasser, könnte das Problem schnell relevanter werden, auch bereits im Rest des Jahres 2022. Verschiedene Mechanismen kommen in Betracht: Zentral-venöses Pooling im Wasser, erhöhter peripherer Widerstand wegen kalter Umgebung und durch Konvektion noch verstärktem Wärmeverlust und erhöhter pulmonal-kapillärer Widerstand im Rahmen der körperlichen Anstrengung. Die Erkrankung ist eindrücklich, die Prognose aber gut, wenn man es denn mit oder ohne Hilfe an Land schafft. Eine durch Nothelfer applizierbare, nicht invasive positive Druckbeatmung löst das Problem meist innert weniger Minuten.

Chest. 2022, doi.org/10.1016/j.chest.2022.02.054.
Verfasst am 15.08.2022.

aber belassen. Nach etwas mehr als 4 Jahren war das Risiko eines symptomatischen Rückfalls in der Interventionsgruppe um etwa 80% reduziert. Auch dauerte es in der Interventionsgruppe bis zu einem Rezidiv viel länger (4,5 Jahre) als in der konservativ behandelten Gruppe (2,5 Jahre). Die Operationszeit verlängerte sich durch die Entfernung des asymptomatischen Steins um eine knappe halbe Stunde. Unklar ist, ob diese Resultate bei isolierten asymptomatischen Steinen (sogenannte Zufallsbefunde) auch zutreffen. Ebenfalls ist die technische Hürde beachtlich, bevor diese Intervention generell empfohlen werden kann: Die technische Ausrüstung war

perfekt, die Interventionsspezialisten waren sehr erfahren.

N Engl J Med. 2022, doi:10.1056/NEJMoa2204253.
Verfasst am 15.08.2022.



Das «Kurz und bündig» finden Sie auch als Podcast unter emh.ch/podcast oder in Ihrer Podcast-App unter «EMH Journal Club».

Forschung in der Allgemeinen Inneren Medizin

Motivation und Perspektiven für eine akademische Karriere

Für den akademisch interessierten Nachwuchs gibt es nicht den einen Weg, die wissenschaftliche Karriere zu starten. Im Folgenden sind einige grundlegende Aspekte beschrieben, um die akademische Karriere im Bereich der Allgemeinen Inneren Medizin zu erleichtern.

Dr. med. Andreas Plate^a, PD Dr. med. Kevin Selby^b, PD Dr. med. Christine Baumgartner^c, Dr. med. François Bastardot^{d,g}, Dr. med. Christoph Becker^e, PD Dr. med. Manuel R. Blum^{e,f}, Prof. Dr. med. Carole Clair^b, PD Dr. med. Marie Méan^g, Dr. med. Hervé Spechbach^h, PD Dr. med. Tobias Tritschler^e, Prof. Dr. med. Drahomir Aujesky^e, Prof. Dr. med. Nicolas Rodondi^{e,f}, für die Forschungskommission der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM)

a Institut für Hausarztmedizin, Universität und Universitätsspital Zürich, Zürich; b Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Lausanne; c Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin, Inselspital, Universitätsspital Bern, Bern; d Direction médicale, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne; e Medizinische Kommunikation, Abteilung für Psychosomatik, Universitätsspital Basel, Basel; f Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM), Universität Bern, Bern; g Service de médecine interne, Département de médecine, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne, h Service de médecine de premier recours (SMPPR), Département de médecine de premiers recours, Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), Genève

Einleitung

Die patientenzentrierte klinische Forschung und die ergebnisorientierte Versorgungsforschung sind zwei der tragenden Säulen der modernen Allgemeinen Inneren Medizin (AIM) in der Schweiz. Dabei muss sich die Forschung in der AIM zwischen der dominierenden, oft grundlagenorientierten Forschung in den Fachkliniken und der anspruchsvollen Stellung der AIM an den Universitätsspitalern und Ambulanzzentren behaupten. Das Bewusstsein darüber und der Zugang zur Forschung auf dem Gebiet der AIM ist bei Studierenden und jungen Ärztinnen und Ärzten derzeit begrenzt und als Folge ist ein Mangel an Nachwuchsforschenden zu beobachten.

Die Forschungskommission der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) [1] hat das Ziel, die Forschung in der AIM zu fördern. In dieser Übersichtsarbeit möchte die Forschungskommission der SGAIM dem jungen, interessierten akademischen Nachwuchs im Bereich der AIM eine Orientierung zur Verfügung stellen und auf die Möglichkeiten für eine akademische Karriere aufmerksam machen, gleichzeitig soll diese Arbeit auch eine Hilfestellung bei den vielen persönlichen und systemischen Herausforderungen einer solchen Karriere bieten.

Wieso braucht es Forschung in der Allgemeinen Inneren Medizin?

Die Patientencharakteristika und die damit verbundenen Herausforderungen der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung unterscheiden sich in der AIM häufig von denen der internistischen Subdisziplinen. Die Evidenz, auf Basis derer wir unsere täglichen Entscheidungen treffen, wird jedoch oft von Spezialkliniken generiert. Eine akademisierte AIM, die mit einer eigenen Evidenz die Qualität der Versorgung ihres Patientenguts fördert, ist daher unabdingbar – und zwar im ambulanten wie auch im stationären Bereich.

Möglichkeiten und Perspektiven für eine akademische Karriere?

Die Möglichkeiten

Interessierten stehen vielfältige Möglichkeiten für eine akademische Karriere im Bereich der AIM offen. Primär zu nennen sind die Kliniken für AIM an den Universitätsspitalern, in denen die wissenschaftliche Arbeit sowohl im stationären als auch ambulanten Rahmen möglich ist. Neben den universitären Kliniken bieten viele grössere, aber auch kleinere Kliniken für AIM in der Schweiz die Möglichkeit für eigenständiges wissenschaftliches Arbeiten. Ausserhalb des klassischen Spitalumfeldes stellen in der Schweiz zudem die universitären Polikliniken und regionalen Institute für Hausarztme-

dizin [2] eine weitere Anlaufstelle dar, um wissenschaftlich zu arbeiten.

Motivation und Perspektiven

Neben Karriereperspektiven (Die meisten Kaderärztinnen und -ärzte, insbesondere an grösseren und universitären Spitalern, sind gleichzeitig in Forschung und Klinik tätig!) gibt es viele Gründe, weshalb eine Forschungstätigkeit in der AIM interessant, wichtig und erstrebenswert ist (Tab. 1). Mit einer Tätigkeit in der patientenzentrierten klinischen Forschung oder der Versorgungsforschung wird ein relevanter Beitrag zur Verbesserung der Versorgung sowie zum Fortschritt in unserem Fachgebiet geleistet. Die akademische Tätigkeit fördert das lebenslange Lernen und ermöglicht eine breite Vernetzung mit verschiedenen lokalen und internationalen Akteuren des Gesundheitssystems. Die vertiefte Auseinandersetzung mit einem Forschungsthema ermöglicht zudem die Aneignung einer Expertise nicht nur im spezifischen Forschungsgebiet, sondern auch in der Methodologie klinischer Studien. Es soll zudem erwähnt werden, dass eine Forschungstätigkeit, selbst wenn sie nur zeitlich begrenzt ist, häufig als wertvolle Erfahrung wahrgenommen wird, das kritische Denken fördert und auch einmal das Zünglein an der Waage sein kann, wenn es um begehrte Weiterbildungsplätze geht [3]. Zusätzlich sei genannt, dass im Rahmen einer Forschungstä-

Tabelle 1: Akademische Karriere in der AIM: Motivation und Perspektiven

Motivation und Perspektiven	Aussagen von jungen, akademisch tätigen Klinikerinnen und Klinikern der SGAIM-Forschungskommission
Beitrag zur Verbesserung der Behandlungsqualität in der AIM	«Mit meinen eigenen Forschungsprojekten möchte ich neue Erkenntnisse zur Optimierung der Behandlung von internistischen Patienten beitragen. Zudem hilft mir die methodologische Expertise in der klinischen Forschung, neue Studienresultate korrekt zu interpretieren und optimal auf meine Patienten anzuwenden.»
Diversifizierte Berufstätigkeit	«Kein Tag ist wie der andere. Zwischen Forschungssitzungen, Klinik, der Betreuung von Assistenzärzten und der Lehre ändere ich ständig meine Denkweise. Aber jede Tätigkeit ergänzt sich und befruchtet die andere.»
Vertiefung in eine spezifische Thematik der AIM: Experte sein!	«Im klinischen Alltag ist es sehr attraktiv, Experte für eine spezifische Erkrankung oder einen Themenbereich zu sein und dabei das Wissen im allgemeininternistischen Kontext umzusetzen. Je mehr man zu einem Thema weiss, desto interessanter wird es.»
Lebenslanges Lernen	«Durch die Forschungstätigkeit setze ich mich kontinuierlich mit der neuesten Literatur und neuen Erkenntnissen zum Thema auseinander, wodurch ich tagtäglich Neues dazulernen.»
Wissenstransfer	«Durch meine Forschungstätigkeit habe ich ein viel tiefergehendes Wissen in meinem Forschungsbereich aufgebaut. Dieses Wissen kann ich im Rahmen der Aus- und Fortbildung an andere weitergeben.»
Fähigkeit zur differenzierten Auseinandersetzung mit Studiendaten und der neuen Evidenz	«Guidelines sind bei Erscheinung zwar sehr nützlich, aber häufig bereits nicht mehr aktuell und fokussieren sich selten auf multimorbide Patienten. Die korrekte Interpretation von neuen Studienresultaten ist daher essentiell bei der Umsetzung von evidenzbasierter Medizin für unsere Patientinnen. Die Fähigkeit, Studienresultate kritisch zu interpretieren, ist zudem nicht nur nützlich für unsere Patienten, sondern macht den klinischen Alltag spannend und Diskussionen mit Mitarbeitenden interessant.»
Networking	«Die Kollaborationen in Forschungsprojekten sowie die Teilnahme an nationalen und internationalen Meetings ermöglichen es mir, Experten in meinem Forschungsgebiet wie auch andere Nachwuchsforschende kennenzulernen und mir ein wertvolles Netzwerk aufzubauen.»
Flexibilität und Work-Life-Balance	«Ich habe zwei kleine Kinder – ich kann meine Forschungszeit flexibel anpassen, um mich bei Bedarf um sie zu kümmern. Artikel oder Protokolle kann ich abends fertigstellen.»
Karrierperspektiven	«Erfolgreich forschenden Klinikerinnen und Klinikern stehen die Türen offen für eine attraktive Karriere in der AIM mit abwechslungsreichem Alltag.»

AIM: Allgemeine Innere Medizin; SGAIM: Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin

tigkeit im Gegensatz zur klinischen Arbeit grössere Freiheiten in Bezug auf die eigene Zeiteinteilung bestehen – ein wichtiger Aspekt einer gesunden Work-Life-Balance.

Eine akademische Karriere im Bereich der AIM eröffnet vielseitige Perspektiven. Die Möglichkeiten, die akademische und die klinische Arbeit zu kombinieren, sind vielfältig und weder auf den ambulanten noch den stationären Bereich beschränkt. Ein klassisches Berufsbild, das die akademisch tätige Person im Bereich der AIM abbildet, gibt es aufgrund der vielfältigen Möglichkeiten nicht. Das Berufsbild des «Clinician Researcher» oder «Clinician Investigator» [4], also der Ärztin oder des Arztes mit einem Facharztstitel in AIM und einer wissenschaftlichen wie auch klinischen Tätigkeit, ist im ärztlichen Kader der universitären Kliniken üblich. Im Gegensatz zum «Clinician Researcher» oder «Clinician Investigator» an einem Universitätsspital haben wissenschaftlich tätige Internistinnen und Internisten in den nicht universitären Kliniken in der Regel ein höheres klinisches Pensum. An den universitären Instituten für Hausarztmedizin bestehen häufig Arbeitsmodelle, bei denen die Anteile der wissenschaftlichen und der klini-

schen Arbeit in der (internistischen) Praxis flexibel gestaltet werden können. Zusätzlich bestehen Möglichkeiten der Forschung im Rahmen einer Anstellung im Bereich der öffentlichen Gesundheitsinstitutionen. Zu erwähnen ist, dass die späteren Qualifikationen einer akademischen Karriere (Habilitation, Professur) vielerorts Voraussetzung für eine Beförderung auf bestimmte Kaderpositionen sind.

Wo und wie eine akademische Karriere starten?

Der erste Kontakt zur wissenschaftlichen Forschung findet in der Regel während des Studiums im Rahmen der Masterarbeit respektive der Dissertation statt. Die beiden Arbeiten erlauben einen ersten Einblick in die wissenschaftliche Tätigkeit. Gerade für Forschungsinteressierte sollte es das Ziel sein, zumindest die eigene Dissertation in einem «peer reviewed» Journal zu publizieren. Nach Abschluss des Studiums sind die ersten Jahre einer Facharzt Ausbildung meist von der klinischen Arbeit dominiert, und die Dissertation ist im optimalen Falle bereits abgeschlossen. Dennoch empfiehlt es sich für Forschungsinteressierte gerade in dieser Zeit, mit den frü-

heren Arbeitsgruppen in Kontakt zu bleiben. Oftmals besteht so die Möglichkeit, auch aus der Ferne an kleineren wissenschaftlichen Projekten teilzunehmen. Finden die ersten Jahre der klinischen Ausbildung wie oft üblich eher in kleineren Spitälern statt, können auch die Kaderärztinnen und -ärzte direkt auf potentielle Möglichkeiten zur Mitarbeit in Forschungsprojekten angesprochen werden. In der AIM haben viele von ihnen neben dem klinischen auch einen akademischen Hintergrund und stehen motivierten, forschungsinteressierten Kolleginnen und Kollegen offen und fördernd gegenüber.

Ist die Entscheidung für eine akademische Karriere bereits früh gefallen, kann die direkte Teilnahme an einem Medical-Doctor-(MD-) respektive Doktor-der-Philosophie-(PhD-)Programm mit Fokus auf klinischer Forschung oder mit klinischer Karriere und patientenzentrierter Forschung nach Studienabschluss eine gute Alternative zum direkten Beginn einer klassischen klinischen (Facharzt-)Ausbildung darstellen. Die Programme werden an verschiedenen nationalen Universitäten angeboten. Sie vermitteln die nötigen methodologischen Fertigkeiten und ermögli-

Tabelle 2: Grundlegende Aspekte bei der Wahl des ersten eigenen wissenschaftlichen Projektes

Thema der Arbeit	Die Wahl des richtigen Themas Ihrer Arbeit ist eine der wichtigsten Entscheidungen im Vorfeld und sie sollte zusammen mit Ihrem Betreuer respektive Ihrer Betreuerin gut besprochen werden. Primär sollte natürlich das Thema von inhaltlichem Interesse sein. Vorkenntnisse im Thema sind zwar nicht Voraussetzung, erleichtern aber das Einarbeiten in die Thematik. Ein viel empfohlener Grundsatz im Laufe einer akademischen Karriere ist die Fokussierung auf ein spezifisches Forschungsgebiet («become an expert») [10]. Auch wenn sich der Forschungsschwerpunkt im Rahmen einer Karriere natürlich ändern kann, empfiehlt es sich daher, bereits spätestens die Dissertation thematisch in jenem Feld durchzuführen, in welchem später weiter geforscht werden soll. Da Karrieren aber oft nicht von Anfang an geradlinig verlaufen und sich die Interessen insbesondere zu Beginn einer ärztlichen Karriere basierend auf ersten Erfahrungen und Begegnungen (beispielsweise mit inspirierenden Vorgesetzten) noch ändern können, ist auch ein späterer Einstieg in eine Forschungsthematik durchaus möglich.
Umfang und Zeitraum der Arbeit	Klären Sie zu Beginn mit Ihrem Betreuer oder Ihrer Betreuerin den genauen Umfang der Arbeit. Seien Sie sich im Klaren darüber, was gefordert wird und ob Sie die Arbeit in dem vorgesehenen Zeitrahmen abschliessen können.
Machbarkeit der Arbeit	Eine für Unerfahrene schwierig einzuschätzende Frage ist, ob die angestrebte Arbeit mit den gegebenen Ressourcen auch machbar ist. Kann die Fragestellung mit den vorhandenen Daten beantwortet werden? Sind die Daten schon vorhanden oder müssen diese erst erhoben/generiert werden? Welche statistischen Fertigkeiten sind notwendig beziehungsweise kann auf vorhandene Ressourcen (wie Statistiker in der Arbeitsgruppe) zurückgegriffen werden? Am besten ist es, wenn die Daten für ein erstes Projekt schon vorhanden oder einfach zu sammeln sind.
Betreuung	Ein zentraler Punkt ist die Betreuung. Ist vor Beginn der Arbeit klar geregelt, wer Sie in welchem Ausmass betreut? Ist diese Person auch für Sie erreichbar? Sind regelmässige Treffen geplant? Wenn möglich, empfiehlt sich hier ein Gespräch mit den Ihnen vorangegangenen Masterstudentinnen und -studenten und Dissertantinnen und Dissertanten über deren Erfahrungen.
Geschützte Zeit für die wissenschaftliche Arbeit («protected research time»)	Gerade der Beginn der klinischen Ausbildung ist sehr anspruchsvoll und zeitintensiv. Die parallele Durchführung der ersten grösseren wissenschaftlichen Arbeit zu Beginn der klinischen Ausbildung kann sehr energie-raubend sein. Es empfiehlt sich daher, die Dissertation in einem kurzen Intervall zwischen Studium und erster klinischer Anstellung durchzuführen. Alternativ sollte angestrebt werden, für die Durchführung der wissenschaftlichen Arbeit eine geschützte Zeit zu erhalten, in der man keine oder wenige klinische Aufgaben hat. Dies ist insbesondere dann gut möglich, wenn die Dissertation in der Klinik durchgeführt wird, in der auch aktuell die klinische Weiterbildung stattfindet.

chen früh die Einbindung in eine akademische Einrichtung. Aufbau und Ausrichtung der Programme unterscheiden sich lokal und können in Vollzeit, aber auch nebst einem klinischen Pensum von bis zu 50% durchgeführt werden [5]. Die Möglichkeiten, einen PhD parallel zu einer klinischen Tätigkeit zu erwerben, kommt dabei vor allem dem motivierten Nachwuchs mit grossem Interesse an Forschung und Klinik zugute. Vereinzelt besteht sogar die Möglichkeit, schon vor dem Abschluss des Medizinstudiums in ein PhD-Programm aufgenommen zu werden [6]. Eine Auswahl an nationalen PhD-Programmen ist in Tabelle S1 im Online-Appendix des Artikels zu finden. Weiter gibt es auch in vielen Universitätsspitalern oder in den Hausarztinstituten die Möglichkeit, Forschungsrotationen zu machen; in dieser Zeit kann man die ersten Artikel als Erstautor schreiben, die für einen Auslandsaufenthalt mit Unterstützung des Schweizerischen Nationalfonds nötig sind [7].

Das Interesse an Auslandsaufenthalten sollte möglichst frühzeitig zur Sprache kommen, um diese entsprechend planen zu können. Durch das Erleben einer anderen (wissenschaftlichen) Kultur und Sprache stellen

sie weiterhin den klassischen Weg dar, um den eigenen Horizont zu erweitern. Sie bieten zudem einzigartige Möglichkeiten, um die eigenen wissenschaftlichen Fertigkeiten zu verbessern. Möglichkeiten zur individuellen Förderung bestehen zum Beispiel durch den Schweizerischen Nationalfonds [7]. Die Kenntnis über die Voraussetzungen für die einzelnen Fördermöglichkeiten und die damit verbundenen Ansprüche ist dabei zentral. Die frühe wissenschaftliche Karriere kann so gezielt ausgerichtet werden, was wiederum die Chancen auf eine kompetitiv erworbene Förderung erhöht. Eine erste Übersicht über diese und weitere Fördermöglichkeiten bietet zum Beispiel die Plattform «Clinical Research Careers» [8, 9, 17].

Zu Beginn der akademischen Karriere sind zudem die Erfahrungen und Ratschläge von Peers besonders wertvoll. Kongresse und Meetings der verschiedenen Interessensverbände wie der SGAIM oder der «Swiss Young Internists» bieten hierzu ideale Plattformen, um mit dem jungen wissenschaftlichen Nachwuchs in Kontakt zu kommen.

Individuelle und persönliche Einblicke in den Beginn einer wissenschaftlichen Karriere erlauben uns die beiden Interviews mit den

zwei jungen und erfolgreichen Nachwuchswissenschaftlerinnen Frau Dr. Seraina Netzer und Frau Prof. Carole Clair (aufrufbar im Online-Appendix des Artikels).

Die Wahl des ersten Projektes

Die Wahl des ersten wissenschaftlichen Projektes ist von grosser Bedeutung. Schlechte Erfahrungen, die während einer Masterarbeit oder Dissertation gemacht werden, können dazu führen, dass der motivierte und talentierte Nachwuchs das Interesse am wissenschaftlichen Arbeiten verliert und sich fortan für eine rein klinische Karriere entscheidet. Bei der Wahl des ersten Projektes sind viele verschiedene Faktoren wichtig, die sich je nach Art der wissenschaftlichen Arbeit stark unterscheiden. Gute Hilfestellungen in der Beurteilung potentieller Arbeiten geben zum Beispiel die Kriterien «FINER» («feasible, interesting, novel, ethical and relevant») oder auch «SMART» («specific, measurable, achievable, relevant and time-related»). In Tabelle 2 sind zudem einige grundsätzliche Ratschläge aufgelistet, die unabhängig von der Art der Arbeit Gültigkeit haben.

Betrachtet man die Frage nach der Wahl des richtigen Projektes mehr von der theoretischen Seite, kann grundsätzlich zwischen der Mach-

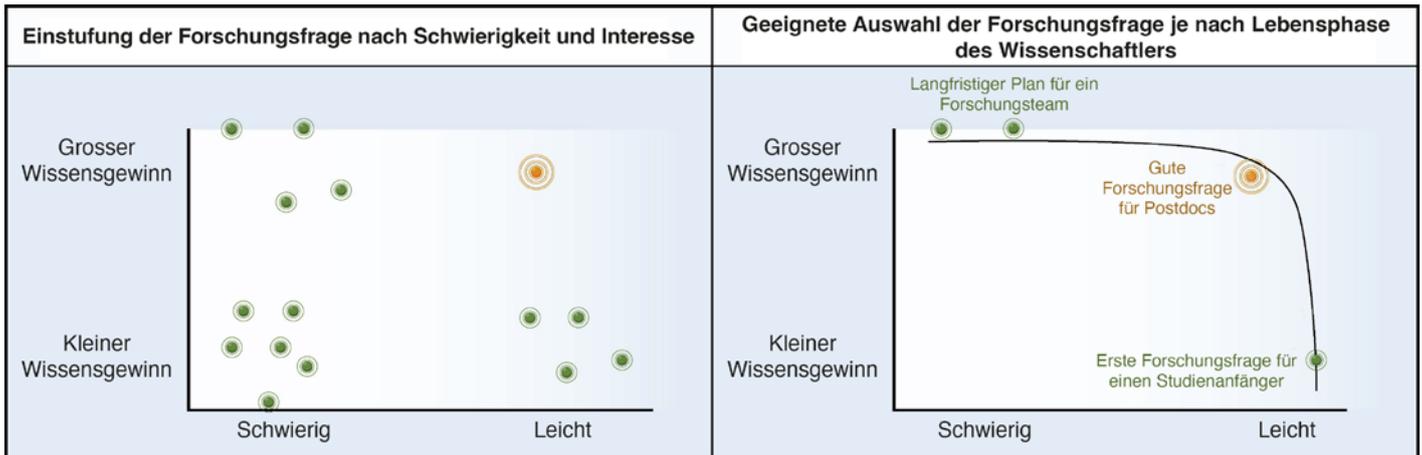


Abbildung 1: Diagramm zu Machbarkeit und wissenschaftlichem Mehrwert als Entscheidungskriterien für die Auswahl eines Projekts (aus [16]: Alon U. How to choose a good scientific problem. Mol Cell. 2009;35(6):726–8. doi: 10.1016/j.molcel.2009.09.013. © 2009, Elsevier Inc. Nachdruck und Übersetzung mit freundlicher Genehmigung von Elsevier Inc. <https://www.sciencedirect.com/journal/molecular-cell>).

barkeit des Projektes und dem daraus resultierenden Wissensgewinn für die Gesellschaft differenziert werden (Abb. 1). Projekte mit einem grossen Wissensgewinn sind häufig schwerer umzusetzen und eignen sich selten für den Beginn einer wissenschaftlichen Karriere, wie etwa die Durchführung einer randomisierten Studie. Hingegen sind Projekte mit begrenztem oder fokussiertem Wissensgewinn deutlich leichter umzusetzen (die sogenannten «low hanging fruits») und eignen sich daher bestens für den Einstieg in die wissenschaftliche Karriere.

Mentoring

Ein erfolgreiches Mentoring ist eine der wichtigsten Grundlagen für eine erfolgreiche akademische Karriere und viele Mentees berichten auch tatsächlich, dass das Mentoring einen positiven Einfluss auf ihre Karriere hatte [10]. Ein Mentor-Mentee-Verhältnis kann viele verschiedene Formen und Ausrichtungen haben [11]. Neben Hilfestellungen bei wichtigen Aspekten wie der Wahl des ersten Forschungsprojektes und der ersten Forschungsgruppe, einem effektiven Zeitmanagement oder der weiteren Karriereplanung kann der Mentor den Mentee auch in die vielen Regeln, Abläufe und Zusammenhänge, die im akademischen Umfeld bestehen, aber nirgends niedergeschrieben sind, einführen.

Bei einem Mentoring muss zwischen dem formalen, offiziellen Mentoring im Rahmen eines Programms und dem informalen Mentoring ausserhalb eines Mentoring-Programms unterschieden werden. In Abhängigkeit von den Möglichkeiten, Vorstellungen und Rollen existieren viele verschiedene Mentor-Mentee-Beziehungen [11]. Der Zugang zu den formalen Mentoring-Programmen, die an einigen Universitäten

auch speziell für den weiblichen Nachwuchs angeboten werden, erfolgt in der Regel zentralisiert an der jeweiligen Bildungseinrichtung und setzt eine Bewerbung voraus (eine Auflistung von Mentoring-Programmen an den grossen Schweizer Universitäten findet sich in [12]). Dennoch empfiehlt es sich zusätzlich, das Gespräch mit Peers, den Betreuerinnen oder Betreuern sowie den Mitgliedern der Forschungsgruppen zu suchen. Hier kann man oft wertvolle Tipps und Möglichkeiten erhalten, wie bei der Suche nach einer Mentorin oder einem Mentor konkret zu verfahren ist. Zudem finden sich in zahlreichen Publikationen [13] und Übersichten [14] und auf vielen Websites [15] praktische und wertvolle Tipps für die Suche nach einer passenden Person für das Mentoring.

Fazit

Die Forschung in der AIM ist spannend und vielfältig und kann in den verschiedensten Institutionen, ambulant wie auch stationär, und im Rahmen unterschiedlicher Arbeitsmodelle durchgeführt werden. Durch den bewussten Entschluss für eine wissenschaftliche Karriere in der AIM stärken die Nachwuchsforschenden nicht nur die akademische AIM als solches, sie eröffnen sich selbst auch vielfältige Karriere-möglichkeiten.

Für den akademisch interessierten Nachwuchs gibt es nicht den einen Weg, die wissenschaftliche Karriere zu starten. Viele wichtige Aspekte und Überlegungen sind jedoch universell gültig. In diesem Artikel sind daher einige grundlegende Aspekte beschrieben, um dem akademisch interessierten Nachwuchs eine Hilfestellung beim Start der akademischen Karriere im Bereich der AIM zu geben.

Korrespondenz

Dr. med. Andreas Plate
Institut für Hausarztmedizin
Universität und Universitätsspital Zürich
Pestalozzistrasse 24
CH-8091 Zürich
[andreas.plate\[at\]jusz.ch](mailto:andreas.plate[at]jusz.ch)

Die Forschungskommission der SGAIM

Die Forschungskommission unter der Leitung von Prof. Dr. med. Nicolas Rodondi hat gemeinsam den Text erarbeitet. Sie ist eine der ständigen Kommissionen der SGAIM und setzt sich aus folgenden Personen zusammen:

Prof. Dr. med. Nicolas Rodondi, MAS (Präsident), Universität Bern; Prof. Dr. med. Drahomir Aujesky, MSc, Universität Bern; Dr. med. Kevin Selby, MAS, Universität Lausanne; Dr. med. Andreas Plate, MSc, Universität Zürich; PD Dr. med. Marie Méan, Universität Lausanne; Prof. Dr. med. Carole Clair, MSc, Universität Lausanne; Dr. med. François Bastardot, MSc, Universität Lausanne; Dr. med. Hervé Spechbach, Universität Genf; PD Dr. med. Christine Baumgartner, MAS, Universität Bern; Dr. med. Manuel Blum, MSc, Universität Bern; PD Dr. med. Tobias Tritschler, MSc, Universität Bern; Dr. med. Christoph Becker, Universität Basel

Disclosure Statement

Die Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Literatur

Die vollständige Literaturliste sowie den Online-Appendix als separates Dokument finden Sie in der Online-Version des Artikels unter <https://doi.org/10.4414/smf.2022.09185>.



Dr. med. Andreas Plate
Institut für Hausarztmedizin
Universität und Universitätsspital Zürich

Diagnostik, Behandlung und Ausblick

Die Aortenisthmusstenose

Die Aortenisthmusstenose ist eine angeborene Verengung des Aortenisthmus und geht häufig mit anderen kardiovaskulären Anomalien einher. Bei Neugeborenen und Kleinkindern erfolgt die Behandlung chirurgisch, bei Erwachsenen und Rezidiven wird eine endovaskuläre Versorgung bevorzugt.

Dr. med. Raymond Pfister^{a,b}, Prof. Dr. med. René Prêtre^{a,b}, Dr. med. Patrick Myers^{a,b}

a Département de chirurgie cardiovasculaire, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne; b Centre universitaire romand de cardiologie et chirurgie cardiaque pédiatrique (CURCCCP), Lausanne & Genève

Einführung

Die Aortenisthmusstenose (ISTA; Abb. 1A) oder Koarktation der Aorta betrifft 5–8% der angeborenen Kardiopathien, wobei das männliche Geschlecht stärker betroffen ist (Verhältnis 2:1). Ihre Inzidenz beträgt 4 auf 10000 Geburten. Sie ist nicht erblich und hat keinen deutlichen genetischen Ursprung. Sie ist jedoch häufig mit bestimmten genetischen Abweichungen verbunden, wie dem Turner-Syndrom, bei dem die Prävalenz der ISTA bei 35% liegt.

Embryologisch gesehen findet die Ausbildung des Aortenbogens zwischen der 6. und 8. Schwangerschaftswoche statt. Der 4. Kiemenbogen links bildet den Aortenbogen und Aortenisthmus. Die 6. Bögen werden die proximalen Lungenarterien und den linken Ductus arteriosus (DA) ausbilden.

Die häufigste assoziierte Anomalie ist die bikuspidale Aortenklappe, die in 50–85% der Fälle auftreten kann (aber nur 7% der Bikuspidien weisen zugleich eine ISTA auf). Eine Hypoplasie des Aortenbogens kann bei bis zu 30% dieser Fälle auftreten. Auch eine Anomalie der Arteria subclaviae (ASC) kann assoziiert sein, wie etwa eine aberrante rechte ASC, die als letzter Abgang aus dem Aortenbogen hervorgeht, distal vom Aortenisthmus (Arteria lusoria), sie kommt in 4–5% der Fälle vor. Zerebrale Aneurysmen sind in 2,5–10% der nicht behandelten Erwachsenen anzutreffen (sakkuläre Aneurysmen).

Zur Ätiologie der ISTA gibt es zwei vorherrschende Theorien. Die erste bezieht sich auf das duktales Gewebe. Die ISTA würde sich

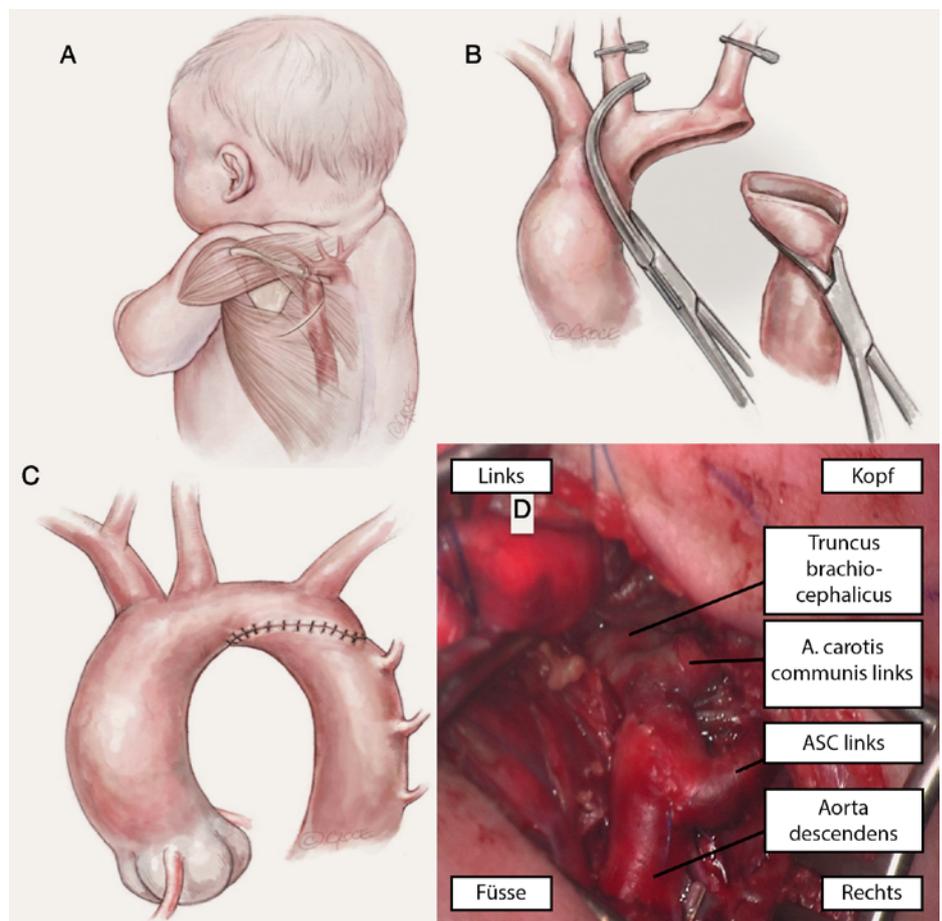


Abbildung 1: A) Typische Aortenkoarktation des Neugeborenen mit Isthmusverengung und durchgängigem Ductus arteriosus. B) Inzision ausgehend vom 3. oder 4. Interkostalraum. Clamping, Resektion der Koarktation und des Ductus arteriosus. C) und D) Bild nach operativer Korrektur. Image courtesy of The Multimedia Manual of Cardio-Thoracic Surgery, MMCTS, mmcts.org/tutorial/1147.

A.: Arteria; ASC: Arteria subclavia.

aufgrund der Migration von Zellen des DA in die periduktale Aorta entwickeln, was eine Verengung bis hin zum Verschluss des Ductus zur Folge habe. Dies wird durch die Tatsache bestätigt, dass die Verabreichung von Prostaglandinen beim Neugeborenen bewirkt, dass der DA wieder geöffnet wird, aber auch, dass die ISTA vorübergehend behoben wird. Die zweite Theorie ist hämodynamisch. Bei einem normalen Fötus durchqueren nur 10% des Herzzeitvolumens den Aortenisthmus. Bei assoziierten Linksherzanomalien (Ventrikelseptumdefekt [VSD], Aortenstenose usw.) wird der Fluss in der Aorta ascendens reduziert und damit das Wachstum des Aortenbogens eingeschränkt, vorwiegend auf Höhe des Isthmus, was eine ISTA begünstigt [1].

Diagnostik und Versorgung der Aortenisthmusstenose Pränataldiagnostik

Obwohl die Pränataldiagnostik schwierig und mit falsch positiven Fällen verbunden ist, kann sie die Entbindung in einem spezialisierten Zentrum ermöglichen, wo gleich nach der Geburt mit einer Prostaglandinbehandlung begonnen wird, um den DA offen zu halten.

Das wichtigste Anzeichen ist eine asymmetrische Grösse der Ventrikel im zweiten Trimenon der Schwangerschaft. Die Anwesenheit einer linken Vena cava superior lässt eine ISTA vermuten [2].

Nach der Geburt sind drei Situationen möglich:

- Die ISTA ist sehr schwer, zieht eine bedeutende Nachlast für den linken Ventrikel nach sich, die eine akute Herzinsuffizienz verursacht.
- Die ISTA ist schwer, aber der linke Ventrikel hält der Drucküberbelastung vorerst stand. Der postduktale Fluss ist jedoch unzureichend und verursacht in den nachfolgenden Wochen schnell Symptome.
- Die Isthmusstenose wird gut vertragen und bei einer klinischen Untersuchung stellt man, bei einem Kind oder einem Erwachsenen, eine Pulsdifferenz, ein Herzgeräusch oder eine arterielle Hypertonie an den oberen Gliedmassen fest.

Bei symptomatischen Neugeborenen sind andere Linksherzanomalien assoziiert: Bogenhypoplasie, Aortenklappenfehler, VSD oder Mitralklappenfehler. Während des fetalen Lebens ist der antegrade Fluss durch die Aortenklappe reduziert. Mit dem Verschluss des DA wird der postduktale Fluss unzureichend und führt schnell zu Symptomen aufgrund der Minderperfusion. Es ist festzuhalten, dass die klinische Abschlussuntersuchung des Neugeborenen wegen der unvollständigen Obliteration

des DA normal gewesen sein kann (der Verschluss des DA verstärkt die Stenose bei diesen Kindern).

Asymptomatische Kinder haben im Allgemeinen keine anderen assoziierten Herzanomalien (ausgenommen die biskupide Aortenklappe). Während des fetalen Lebens ist der Fluss durch die Aorta normal. Die ISTA wird einen Druckgradienten bewirken und die allmähliche Entwicklung von Kollateralen begünstigen. Die Kinder bleiben asymptomatisch, bis eine arterielle Hypertonie diagnostiziert wird. Die durchschnittliche Überlebenszeit einer nicht operierten ISTA beträgt 35 Jahre mit einer Mortalität von 75% mit 46 Jahren. Häufige Komplikationen bei Nichtbehandelten sind Bluthochdruck, eine beschleunigte koronare Herzkrankheit, Schlaganfälle, Aortendissektion und Herzinsuffizienz. Die Betroffenen können sich mit Kopfschmerzen (besonders bei Anstrengung), Müdigkeit oder Claudicatio intermittens der unteren Gliedmassen vorstellen.

Klinische Untersuchung

Die Untersuchung hängt vom Alter ab. Ein Neugeborenes mit einer symptomatischen ISTA ist blass, reizbar, in Atemnot mit Tachykardie, schlechter peripherer Durchblutung, Oligurie und Niereninsuffizienz. Eine differentielle Zyanose (beschränkt auf die untere Körperhälfte) kann bei Vorliegen eines persistierenden DA mit einem assoziierten Rechts-Links-Shunt beobachtet werden. Ein älteres Kind hingegen wird sich gesund präsentieren.

Das typische Zeichen einer ISTA ist ein fehlender oder verminderter Femoralispuls (Pulsus parvus et tardus) im Vergleich zum Puls der oberen Extremitäten. Dieses Zeichen kann fehlen, wenn der DA noch offen ist oder bei Vorliegen einer aberranten rechten ASC (Arteria lusoria). In dieser Situation entspringt diese Arterie distal der ISTA und wird daher einen ähnlichen Puls wie die unteren Extremitäten aufweisen. Die linke ASC kann aufgrund der Nähe der ISTA eine verengte Öffnung aufweisen. Die Auswirkungen auf den Druck sind daher identisch.

Ein systolisches Auswurfgeräusch mit Punctum maximum in der linken interskapulären Region ist typisch. Im Falle einer kardialen Dekompensation kann dieses Zeichen aufgrund des geringen Flusses durch die Stenose fehlen.

Die arterielle Hypertonie ist das klassische Bild des Erwachsenen mit einem Druckgradienten zwischen den oberen und unteren Extremitäten.

Zusätzliche Untersuchungen

Das *Elektrokardiogramm* eines Kindes mit einer asymptomatischen ISTA ist normal. Spä-

ter sind Bilder einer langfristigen Drucküberbelastung des linken Ventrikels zu beobachten.

Röntgenaufnahme: Die Diagnose wird im Allgemeinen vor dem Auftreten dieser Zeichen gestellt. Es zeigt sich die Form einer 3 (bildlich als Ziffer), die durch die Dilatation der linken ASC vor der Stenose, der Stenose und dann der Dilatation der poststenotischen Aorta gebildet wird (bei 50–60% der Erwachsenen vorhanden). Rippenusuren als Ausdruck der Erosion des unteren Rippenrands infolge der Entwicklung grosser Interkostalararterien (durch Kollateralität).

Transthorakale Echokardiographie: Auch beim Kind ist die Form einer 3 zu erkennen, nach dem Abgang der ASC. Sie kann eine gleichzeitige Hypoplasie des Bogens oder andere Pathologien des Herzens anzeigen, die möglicherweise assoziiert sind.

Magnetresonanztomographie (MRT)/ Computertomographie (CT): Bei allen Betroffenen sollte mindestens eine CT- oder MRT-Untersuchung der gesamten thorakalen Aorta sowie der zerebralen Gefässe angefertigt werden.

Indikation zur Operation

In der Neonatalperiode muss bei einem symptomatischen Kind eine Behandlung mit Prostaglandin E₁ eingeleitet werden, um den DA wieder zu öffnen und es vor einer chirurgischen Versorgung zu stabilisieren. Wenn das Kind asymptomatisch ist, wird die Behandlung von Koarktationen bis zum Alter von drei Monaten (respektive bis zum Alter von zwei Jahren) verschoben. Bei einer Therapie im Alter von unter einem Monat ist das Risiko eines erneuten Auftretens der Koarktation (Restenose) mit 30% und bei einer Therapie vor dem dritten Lebensmonat mit 5–10% erhöht. Andererseits steigt das Risiko einer persistierenden arteriellen Hypertonie, je länger die Operation hinausgezögert wird.

Bei Erwachsenen stellt ein nichtinvasiv gemessener Druckgradient zwischen den oberen und unteren Extremitäten von >20 mmHg in Ruhe oder >40 mmHg bei körperlicher Belastung eine Operationsindikation dar. Bei Bedarf kann eine invasive Messung durchgeführt werden. Wenn der Gradient <20 mmHg beträgt und die radiologische Bildgebung einen signifikanten Kollateralfluss aufzeigt, wird die Indikation ebenfalls gestellt. Bei einer Restenose sind die Indikationen identisch. Wenn ein Aneurysma auftritt, sind die Indikationen die gleichen wie bei gewöhnlichen Aneurysmen (endovaskuläre Behandlung ab 55 mm und chirurgische Behandlung als zweite Wahl ab 60 mm) [3].

Behandlung

Bei Neugeborenen und Kleinkindern erfolgt die Behandlung hauptsächlich chirurgisch

durch eine linksseitige posteriore Thorakotomie (Abb. 2).

Der bevorzugte Ansatz ist die Resektion der Koarktation mit termino-terminaler (End-zu-End-) oder erweiterter End-zu-End-Anastomose (Abb. 1C–D), wenn die Verengung den Aortenbogen betrifft. Wenn der Durchmesser des Bogens weniger als 1 + 1 mm/kg beträgt, muss der Bogen erweitert werden. Die Aortenplastik mit Erweiterung der Aorta durch Wenden eines Segments der ASC impliziert, dass diese geopfert wird, was ein geringfügig eingeschränktes Wachstum des Arms und ein mögliches Subclavian-Steal-Syndrom zur Folge hat. Eine Aortenplastik mit einem prothetischen Patch sollte vermieden werden, da sie zu einer hohen Aneurysma-Rate führt. Unabhängig von der Technik ist eine Abklemmen der Aorta notwendig, die weniger als 30 Minuten betragen sollte. Eine längere Dauer prädisponiert zu einer medullären Ischämie (wenn keine Kolateralen vorhanden sind).

Nach einer chirurgischen Reparatur beträgt die Restenose-Rate 5–15% (abhängig von Alter und Technik). Die Patch-Plastik weist die höchsten Raten von Restenosen (20–30%) und der Bildung von Aneurysmen (20–40%) auf.

Die Plastik mit Wenden der Subclavia ergibt eine Restenose-Rate von bis zu 23%. Im Vergleich dazu weisen die Reparaturen mit Resektion und End-zu-End-Anastomose, wenn die Behandlung nach drei Monaten stattfindet, eine niedrige Restenose-Rate und eine Aneurysma-Rate von nur 1% auf.

Die Angioplastik kann bei einem Hochrisiko-Neugeborenen oder ab dem Alter von

Der bevorzugte chirurgische Ansatz ist die Resektion der Koarktation mit End-zu-End-Anastomose.

3–6 Monaten, bevorzugt jedoch nach dem ersten Lebensjahr, als vorübergehende Lösung eingesetzt werden. Die Restenose-Rate für Kinder unter einem Jahr beträgt 50–80%. Bei Jugendlichen beträgt diese Rate 50% (Restenose und Aneurysma zusammen). Daher sollte dies instabilen Kindern bis zu einer anderen Behandlung vorbehalten bleiben.

Der endovaskuläre Stent wird bei Kindern über 25 kg und Erwachsenen als Therapie der ersten Wahl eingesetzt (Abb. 2). Die Entwick-

lung redilatierbarer Stents ermöglichte die Implantation bei jüngeren Patientinnen und Patienten. Zu den seltenen Komplikationen von Stents gehören ihre Migration, der Verschluss von Gefässen, die von der Aorta abgehen (z.B. ASC), Dissektion und Ruptur. Langfristige Komplikationen sind Restenose, Stentfraktur und Aneurysmen-Bildung (6%), die jedoch seit dem Aufkommen gedeckter Stents seltener vorkommt.

Behandlung bei Restenose

Eine Ballondilatation mit oder ohne Implantation eines Stents wird als Therapie der ersten Wahl bevorzugt. Wenn die Anatomie komplex ist, kann ein chirurgischer Ersatz durch ein Protheseninterponat durchgeführt werden. Die Mortalität ist jedoch höher (1–3%) als bei der Versorgung einer nativen Koarktation, je nach Komorbiditäten sogar 5–10%. Beim Ersatz ist ein partieller extrakorporaler Kreislauf (EKK) notwendig. Das Herz treibt das Blut immer aus, aber nur für die Gefässe der supraaortalen Äste. Der partielle EKK besteht darin, eine Saugkanüle in die Vena femoralis und eine Auswurfkanüle in die Arteria femoralis einzusetzen, womit die gesamte untere Körperhälfte durchblutet wird. Wenn die Gefässe teilweise verkalkt sind, kann ein extraanatomischer Bypass ohne EKK durch Thorakotomie links zwischen der linken ASC und der Aorta thoracica descendens oder durch Sternotomie, unter EKK, zwischen der Aorta ascendens und der Aorta thoracica descendens, hinter dem Perikard [4], bei schlagendem Herzen oder nicht, angelegt werden (Abb. 3).

Nachsorge

Bei Behandelten ohne signifikanten systolischen Restgradienten (<10 mm Hg), mit einem normalen Blutdruck in den oberen Extremitäten in Ruhe und bei körperlicher Belastung und ohne Aortenaneurysma oder intrakardiale Begleitschäden sind keine Einschränkungen des Lebensstils erforderlich. Dennoch ist wegen des Risikos von Restenosen und Aneurysmen eine regelmässige Nachsorge notwendig.

Bluthochdruck in Ruhe oder bei körperlicher Belastung ist häufig und kann eine Ursache für eine vorzeitige koronare Herzkrankheit, eine Aortendissektion oder eine Hirnaneurysma sein. Eine residuale ISTA oder eine Restenose wird diese Komplikationen begünstigen. Eine Nachuntersuchung ist mindestens alle zwei Jahre in einem kardiologischen Zentrum erforderlich, das auf angeborene Krankheiten spezialisiert ist. Personen, die eine arterielle Hypertonie oder eine Reststenose aufweisen, sollten starke isometrische Übungen vermeiden.

Eine Schwangerschaft wird nach der Behandlung einer Koarktation gut vertragen.

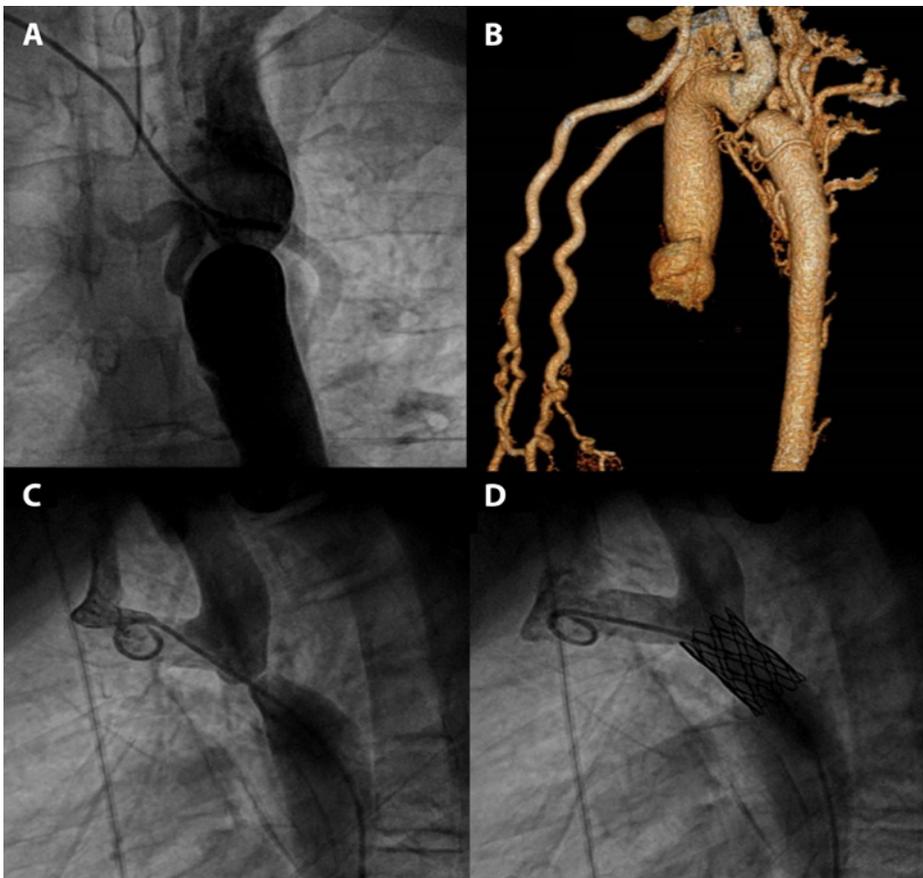


Abbildung 2: Mit Stent behandelter Jugendlicher. **A)** Angiographie vor der Dilatation. **B)** CT-Scanner-Rekonstruktion der Koarktation. **C-D)** Dilatation der Koarktation mit Stent. Dank an Dr. Stefano Di Bernardo (Kinderkardiologie am CHUV) für die Bilder der Koarktation.

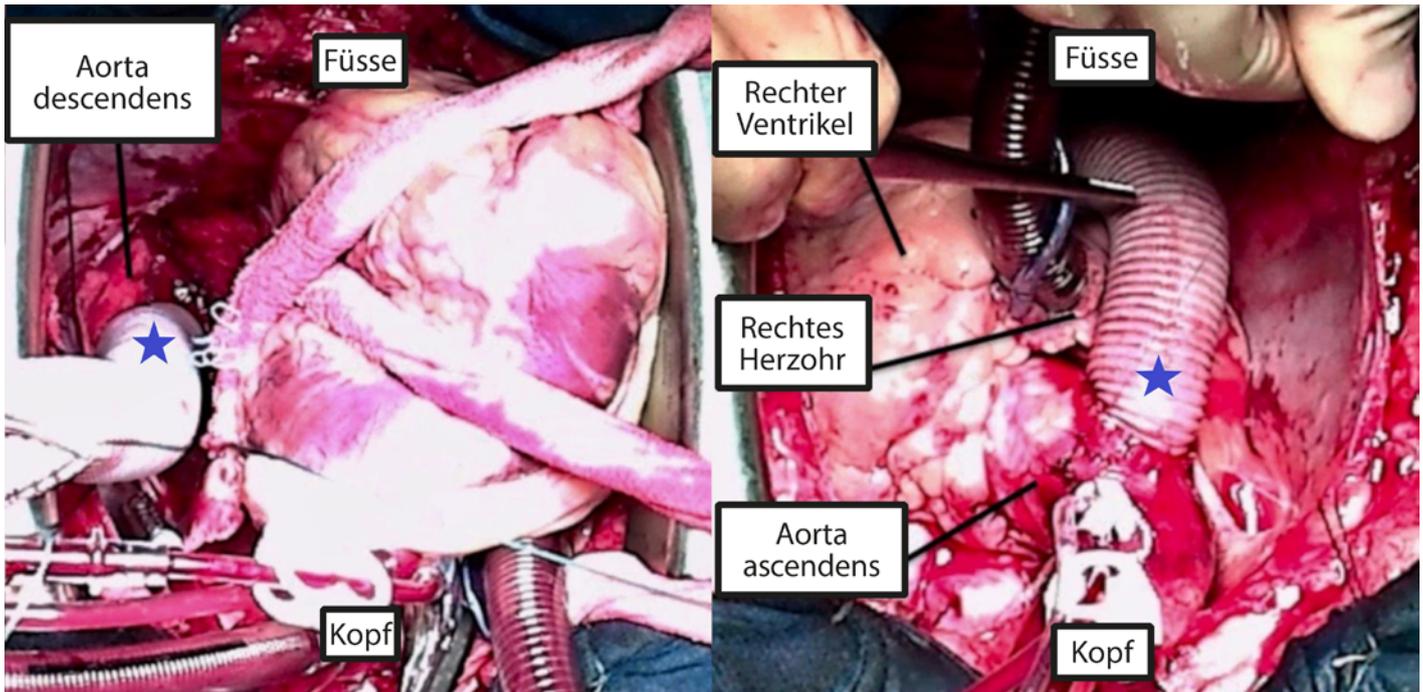


Abbildung 3: Extrakardiale Verbindung. Links: Distale Anastomose nach Eröffnung des posterioren Perikards. Stern: Distale Anastomose des extraanatomischen Conduits. Rechts: Proximale Anastomose in der Aorta ascendens. Stern: Proximale Anastomose des extraanatomischen Ductus.

Schwangere Frauen, die nicht operiert wurden oder nach der Operation an Hypertonie, einer residualen Koarktation oder einem Aortenaneurysma leiden, haben während der Schwangerschaft und der Entbindung ein erhöhtes Risiko für eine Aortenruptur oder ein Hirnaneurysma.

Perspektiven

Die Behandlung für Neugeborene und Kleinkinder ist nach wie vor chirurgisch. Durch die Verbesserung der Stents, insbesondere deren redilatable Form und die Verringerung des Durchmessers der Einführschleuse, können diese auch bei Kleinkindern oder sogar in der Neugeborenenperiode implantiert werden. Diese Fälle beschränken sich jedoch auf Ausnahmesituationen, wo das chirurgische Risiko besonders hoch ist (schwere Herzinsuffizienz, Hirnblutung usw.). In der Neonatalperiode sind die kurzfristigen Ergebnisse bei einem tolerierbaren Restgradienten ausgezeichnet. In den meisten Fällen konnte die Situation überbrückt und eine Operation in einem zweiten Schritt durchgeführt werden. In einigen Fällen werden nur Stents beschrieben, die bis zu 15 Jahre lang verwendet werden können, allerdings auf Kosten fast jährlicher Dilatationen, mit dem Risiko einer Verlet-

zung der Femoralarterien, insbesondere bei Kindern unter 10 kg. Es stellt sich auch die Frage nach der erforderlichen Röntgenstrahlendosis bei mehreren Eingriffen [5].

Das Wichtigste für die Praxis

- Die Angioplastik kann ab der Geburt eingesetzt werden, sie bleibt bei Kleinkindern jedoch eine vorübergehende Massnahme.
- Die bevorzugte chirurgische Behandlung ist die Resektion mit End-zu-End-Anastomose.
- Bei Erwachsenen ist der bevorzugte Ansatz der Stent mit extraanatomischem Bypass, der komplexen Fällen vorbehalten bleibt.

Korrespondenz

Prof. Dr. med. René Prêtre
Service de cardiologie
Centre hospitalier universitaire vaudois
Rue du Bugnon 46
CH-1011 Lausanne
rene.pretre[at]chuv.ch

Disclosure Statement

Die Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenkonflikte zu haben.

Literatur

- 1 Beckmann RH. Coarctation of the Aorta. HD Allen, RE Shaddy, DJ Penny, F Cetta, TF Feltes. Moss and Adams' Heart Disease in Infants, Children and Adolescents. 9. Edition. 2016; p.1107–23.
- 2 Familiari A, Morlando M, Khalil A, Sonesson SE, Scala C, Rizzo G, et al. Risk Factors for Coarctation of

- the Aorta on Prenatal Ultrasound: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Circulation*. 2017;135:772–85.
- 3 Dijkema EJ, Leiner T, Grotenhuis HB. Diagnosis, imaging and clinical management of aortic coarctation. *Heart*. 2017;103:1148–55.
- 4 Price JD, LaPar DJ. The Challenges of Redo Aortic Coarctation Repair in Adults. *Curr Cardiol Rep*. 2019;21:99.
- 5 Arfi AM, Galal MO, Kouatli A, Baho H, Abozeid H, Al Ata J. Stent Angioplasty for Critical Native Aortic Coarctation in Three Infants: Up to 15-Year Follow-Up Without Surgical Intervention and Review of the Literature. *Pediatric Cardiology*. 2018;39:1501–13.



Dr. med. Raymond Pfister
Service de cardiologie, CHUV, Lausanne

Hoagland-Zeichen

Wenn die Augen auf eine akute Mononukleose hinweisen

Dr. med. Gabriel Bronz^{a,b*}, Dr. med. MSc Anne Witschi^{a*}

a Medbase Bern Bahnhof, Bern; b Family Medicine Institute, Faculty of Biomedical Sciences, Università della Svizzera Italiana, Lugano

*Geteilte Erstautorschaft

Fallbeschreibung

Eine 18-jährige Patientin stellte sich mit seit drei Tagen bestehenden Halsschmerzen, frontalen Kopfschmerzen und einer Schwellung beider Oberlider auf unserem Walk-in-Notfall vor. Die Oberlidschwellung sei in den vorausgegangenen Tagen ausgeprägter gewesen. Ageusie, Anosmie und Husten wurden verneint. Kontakt zu Personen mit COVID-19 hatte die Patientin nicht gehabt. Allergien waren keine bekannt, und in den letzten Wochen hatte die Patientin keine Medikamente eingenommen. Die junge Frau war in einer festen Beziehung, der Partner war gesund.

Klinisch präsentierte sich die Patientin afebril (36,2 °C) und in gutem Allgemeinzustand.

Es fiel eine Schwellung der Oberlider beidseits auf, was der Patientin den Ausdruck eines «sleepy face» verlieh (Abb. 1).

Enoral waren die Tonsillen beidseitig geschwollen und gerötet, mit wenigen konfluierenden weissen Belägen. Es fiel zudem eine schmerzhafte Lymphadenopathie angulär beidseits auf. Der übrige HNO-Status sowie die kardiopulmonale Untersuchung waren normal.

Bei den Laboruntersuchungen (komplettes Blutbild, C-reaktives Protein [CRP], Leberwerte) fand man einen leicht erhöhten CRP-Wert (16 mg/l; Normwert <5 mg/l) sowie eine normwertige Lymphozyten-Zahl (2,6 G/l; Normwert <3,2 G/l) und eine normwertige Leukozyten-Gesamtzahl (7,2 G/l; Normwert <10,7 G/l) mit einem Wolf-Quotienten (Lym-

phozyten/Leukozyten-Gesamtzahl) [1] von 33,6%. Ansonsten waren die Werte normal. Wegen eines nach McIsaac modifizierten «Centor Score» von 3/5 wurde ein Rachenabstrich genommen und auf Streptokokken A untersucht; das Ergebnis war negativ. Eine Untersuchung auf Epstein-Barr-Virus-[EBV-]heterophile-IgM-Antikörper (AXPress® Mononukleose Test; Sensibilität 99%, Spezifität 98%), die in Anlehnung an das von Lennon [2] vorgeschlagene Diagnoseschema für die akute infektiöse Mononukleose durchgeführt wurde, fiel hingegen positiv aus.

Bei Verdacht auf eine akute infektiöse Mononukleose begannen wir eine symptomatische Therapie mit Diclofenac 50 mg p.o. dreimal täglich für drei Tage, Chlorhexidin-



Abbildung 1: Schwellung der oberen Augenlider, die das klassische Erscheinungsbild des «sleepy face» ergibt. (Ein schriftlicher Informed Consent für die Publikation liegt vor.)



Abbildung 2: Vollständige Rückbildung der Oberlidschwellung nach zwei Tagen. (Ein schriftlicher Informed Consent für die Publikation liegt vor.)

Spray für die buccale Anwendung (Collunisol® N Nebul) und Cetylpyridin-Lidocain-Halstabletten (neo-angin® forte) in Reserve. Bei der Verlaufskontrolle zwei Tage später war die Oberlidschwellung komplett verschwunden (Abb. 2) und die Halsschmerzen waren deutlich regredient.

Diskussion

Die Diagnose einer akuten infektiösen Mononukleose ist oft eine Herausforderung, weil sich das klinische Bild heterogen präsentiert. Die Betroffenen stellen sich meistens mit starken Halsschmerzen und einer Lymphadenopathie, manchmal aber auch mit rechtsseitigen Oberbauchschmerzen mit/ohne Ikterus, Fieber und/oder einem morbilliformen Exanthem vor. Die Diagnose kann aufgrund des Blutbildes vermutet (Lymphozytose, [Pseudo-]Monozytose, Wolf-Quotient >35%) und durch eine positive EBV-Serologie bestätigt werden. Um unnötige weitere Untersuchungen zu verhindern, ist eine frühzeitige Erkennung der Krankheit wichtig.

Das Hoagland-Zeichen, bestehend aus einer symmetrischen Oberlidschwellung, ist ein klinisches Symptom, das im Frühstadium der akuten infektiösen Mononukleose beobachtet werden kann. Es wurde erstmals im Jahr 1952 von R. J. Hoagland beschrieben [3]. Gemäss Literatur beträgt die Prävalenz 3,6–50,0% [3–5]. Eigene Beobachtungen haben eine Häufigkeit von circa 50% ergeben.

Die symmetrische Oberlidschwellung verringert die Augenöffnung, was zum charakteristischen Erscheinungsbild des «sleepy face» führt. Die Pathogenese des Hoagland-Zeichens ist unklar, obwohl eine Obstruktion

der Lymphgefäße oder eine Entzündung der Drüsen im Augenlid als Ursache vermutet wird [5].

Zur Differentialdiagnose der Oberlidschwellung gehören das Angioödem, die Kontaktdermatitis, die Zellulitis, die Hepatitis B, die Trichinose, die Trypanosomiasis und der Morbus Basedow sowie Kollagenosen. Ausserdem tritt die Oberlidschwellung als unerwünschte Arzneimittelreaktion einiger Medikamente auf.

Fazit

- Die symmetrische Oberlidschwellung, auch Hoagland-Zeichen genannt, tritt in der Frühphase der infektiösen Mononukleose auf.
- Das Hoagland-Zeichen ist oft die erste und auffälligste Manifestation der akuten infektiösen Mononukleose.
- Das Hoagland-Zeichen präsentiert sich als «sleepy face».
- Die Erkennung des Hoagland-Zeichens erleichtert die frühe Diagnose einer akuten infektiösen Mononukleose. Dadurch können unnötige Untersuchungen verhindert werden.

Korrespondenz

Dr. med. Gabriel Bronz
Medbase Bern Bahnhof
Parkterrasse 10
CH-3012 Bern
gabriel.bronz[at]hotmail.com

Informed Consent

Ein schriftlicher Informed Consent für die Publikation liegt vor.

Disclosure Statement

Die Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Literatur

- 1 Wolf DM, Friedrichs I, Toma AG. Lymphocyte-white blood cell count ratio: a quickly available screening tool to differentiate acute purulent tonsillitis from glandular fever. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2007;133(1):61–4.
- 2 Lennon P, Crotty M, Fenton JE. Infectious mononucleosis. BMJ. 2015; 350:h1825.
- 3 Hoagland RJ. Infectious mononucleosis. Am J Med. 1952;13(2):158–71.
- 4 Sumaya CV, Ench Y. Epstein-Barr virus infections in families: the role of children with infectious mononucleosis. J Infect Dis. 1986;154(5):842–50.
- 5 Kano Y, Kuki T. Young female patient with bilateral periorbital edema. Eur J Intern Med. 2020;75:93–4.



Dr. med. Gabriel Bronz
Medbase Bern Bahnhof, Bern; Family Medicine Institute, Faculty of Biomedical Sciences, Università della Svizzera Italiana, Lugano



Dr. med. MSc Anne Witschi
Medbase Bern Bahnhof, Bern

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



Forschung ohne Folgen?

Cholesterinsenker Personen mit niedrigem oder mittlerem kardiovaskulärem Risiko profitieren nicht von Zusatztherapien. Diese Erkenntnis brachte eine unabhängige Analyse eines Forschungsteams um Prof. Dr. med. Nicolas Rodondi. Doch nicht alle Kardiologen wollen einen Paradigmenwechsel.

Leonie Dolder

Um das kardiovaskuläre Risiko zu senken, sind Statine das empfohlene Mittel der Wahl. Doch manche Patientinnen und Patienten benötigen Zusatztherapien für eine weitere kardiovaskuläre Risikosenkung. In solchen Fällen kommen Ezetimib und Proprotein-Convertase-Subtilisin/Kexin-Typ-9-Inhibitoren (PCSK9) zum Einsatz. Doch ist das wirklich sinnvoll? Eine gross angelegte Analyse hat nun neue Ergebnisse gezeigt.

Zwei Wirkstoffe wurden untersucht

Der Berner Cholesterin- und Lipidexperten Prof. Dr. med. Nicolas Rodondi hat mit einem internationalen Forschungsteam die Wirkstoffe Ezetimib und PCSK9-Inhibitoren untersucht. Ezetimib ist ein lipidsenkender Wirkstoff, er hat inhibierende Effekte auf die intestinale Resorption von Cholesterin aus der Nahrung. Üblicherweise wird Ezetimib mit Statinen kombiniert. PCSK9-Hemmer hingegen binden an die zirkulierenden Serinproteasen PCSK9 und verhindern deren Bindung an die LDL-Rezeptoren, was den Abbau von LDL-Cholesterin steigert und die körpereigene Cholesterinproduktion reduziert.

In der Untersuchung wurden 14 Studien mit insgesamt 83 660 Patienten miteingeschlossen. Es zeigte sich, dass Ezetimib und PCSK9-Hemmer zwar bei Patienten mit hohem und sehr hohem kardiovaskulärem Risiko zu einer Reduktion von kardiovaskulären Ereignissen führen, dies war jedoch bei Patienten mit mittlerem und niedrigem kardiovaskulärem Risiko nicht der Fall [1], wie der Artikel aufzeigt, der nach einem Peer-Review-Verfahren in der medizinischen Fachzeitschrift The BMJ veröffentlicht wurde.

Das Fazit: Nur Erwachsene, die ein hohes Risiko für kardiovaskuläre Krankheiten inklusive Schlaganfall aufweisen und die bereits die maximale Dosis von Statinen einnehmen oder die Statine nicht vertragen, profitieren von einer zusätzlichen Gabe Ezetimib oder PCSK9-Inhibitoren. Und welcher Wirkstoff soll bei Hochrisikopatienten angewandt werden? Rodondi hat eine klare Meinung: «PCSK9-Inhibitoren sind wesentlich teurer als Ezetimib, jedoch etwa gleich wirksam wie die Ezetimib, zudem müssen PCSK9-Inhibitoren mittels Spritze verabreicht werden. Erste Wahl ist also klar Ezetimib als günstigere und einfacher anwendbare Variante.»

Paradigmenwechsel nötig

Um die unabhängigen Empfehlungen [2] korrekt anzuwenden, müssen Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen

zuerst das individuelle kardiovaskuläre Risiko ihrer Patientinnen und Patienten bestimmen. Rodondi betont, dass in der Studie die kardiovaskulären Ereignisse als Endpunkt galt, und nicht die alleinige Senkung des LDL-Spiegels. «Nur die Patienten mit hohem oder sehr hohem Risiko sollen zusätzlich behandelt werden», sagt er und erklärt: «Das sind Patienten, die bereits einen Herzinfarkt oder Schlaganfall hatten oder mehr als 15 Prozent Wahrscheinlichkeit für ein

In Zukunft braucht es mehr unabhängige Richtlinien. Doch das ist schwierig wegen der fehlenden Finanzierung.

kardiovaskuläres Ereignis in den nächsten fünf Jahren aufweisen.» Die neuen Empfehlungen [2] gelten für Erwachsene, bei denen die Statinbehandlung bereits bis zur Höchstdosis ausgeschöpft ist oder Patienten, die Statine nicht vertragen.

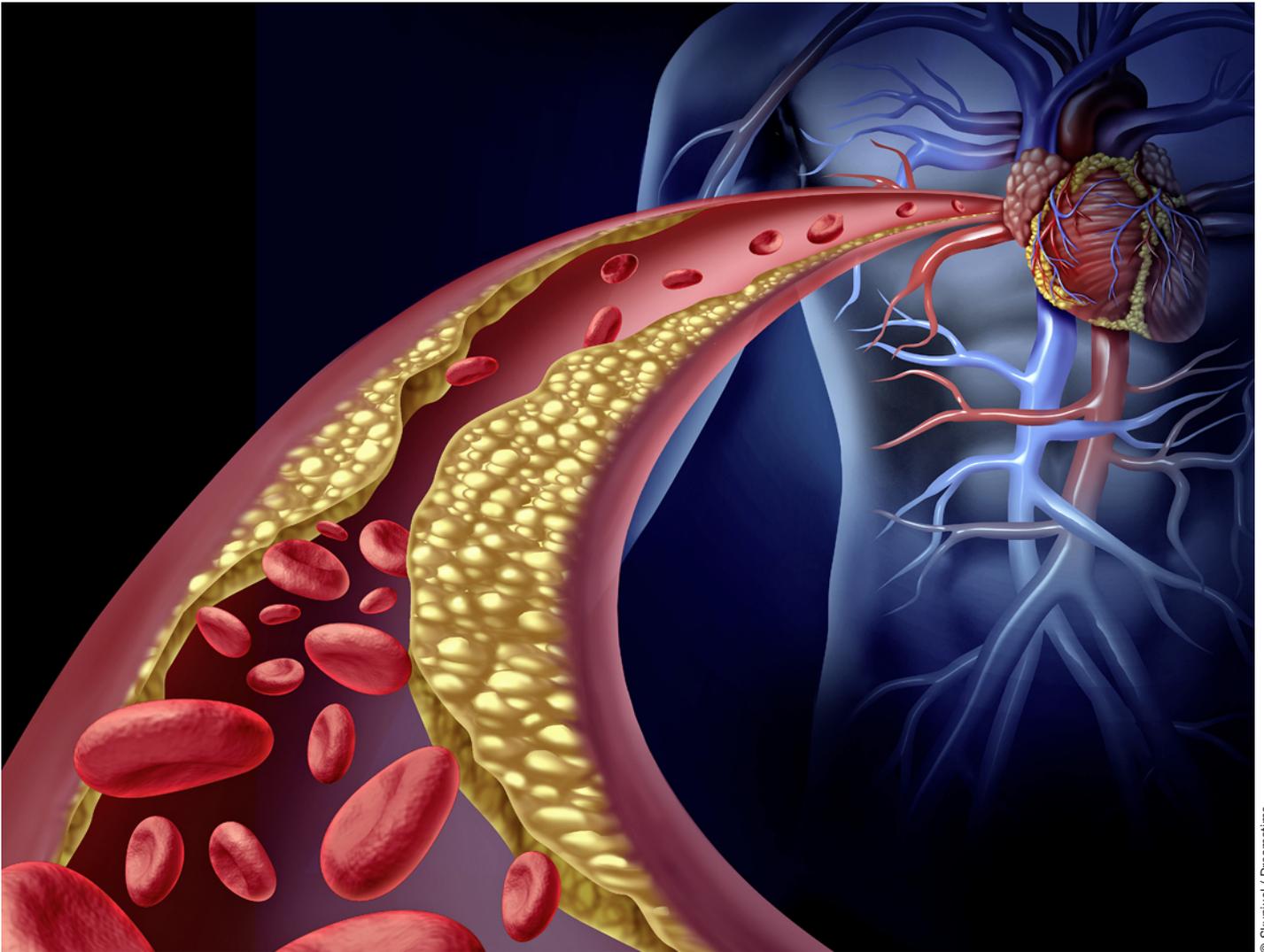
Erste unabhängige Analyse

Seine sei die erste unabhängige Analyse, die beide Medikamente vergleicht, andere Studien über diese neuen Medikamente würden meistens von der Pharmaindustrie finanziert, so Rodondi. «Bei unserer Studie gab es ein unabhängiges internationales Gremium, das frei von Interessenkonflikten war [2]. Neu ist auch, dass Patienten mit niedrigem kardiovaskulärem Risiko untersucht wurden.» Zudem betont er, dass es wichtig sei, nicht nur das schlechte Cholesterin (LDL) zu reduzieren, sondern insgesamt die Gesundheit des Patienten oder der Patientin zu verbessern. Er bemerkt kritisch: «Andere Richtlinien sind eher auf den LDL-Spiegel fokussiert.» Der Forscher fügt hinzu: «In der Zukunft braucht es mehr unabhängige Richtlinien, dies gestaltet sich jedoch nicht ganz einfach, vor allem wegen der fehlenden Finanzierung.»



Prof. Dr. med. Nicolas Rodondi

Der Cholesterin- und Lipidexperte am Inselspital Nicolas Rodondi ist Direktor des Instituts für Hausarztmedizin (BIHAM) der Universität Bern.



© Skypixel / Dreamstime

Bei Patientinnen und Patienten mit hohem und sehr hohem kardiovaskulärem Risiko führen Ezetimib und PCSK9-Hemmer zu einer Reduktion von kardiovaskulären Ereignissen. Das geht aus einer Untersuchung von Professor Rodondi hervor.

Zurückhaltung bei der Anwendung

Prof. Dr. med. Augusto Gallino, Präsident der Schweizerischen Atherosklerose Gesellschaft AGLA, ist beeindruckt von den Ergebnissen der Studie, auch aufgrund der relevanten Anzahl der untersuchten Patienten. Trotzdem zeigt er sich in der Umsetzung der neuen Richtlinie eher zurückhaltend. «Die Ergebnisse dieser fundierten Studie bestätigen einerseits die Hauptbotschaft der AGLA-Guidelines, und zwar, dass Patienten, die ein sehr hohes kardiovaskuläres Risiko haben, am ehestens von Kombinationstherapien hochdosierter Statine plus Ezetimib und/oder PCSK9-Hemmer profitieren», sagt er und ergänzt: «Andererseits ist die AGLA mit der Schlussfolgerung eines fehlenden Nutzens einer Prävention bei Patienten mit moderatem kardiovaskulärem Risiko nicht einverstanden.» Gemäss Prof. Gallino steht die wissenschaftliche Evidenz der Wirksamkeit einer solchen Prävention auch ausserhalb von Patienten mit sehr hohem und/oder hohem Risiko eher auf der Gegenseite: «Metaanalysen aus randomisiert kontrollierten Studien, Kohortenstudien und mendelian randomisierten Studien anhand von über einer Million untersuchten Patienten beziehungsweise scheinbar gesunden Personen haben

den Vorteil eines tiefen LDL-Cholesterinwerts, einschliesslich bei Patienten mit moderatem kardiovaskulärem Risiko, belegt.» Die AGLA schlägt deshalb zurzeit vor, ihren eigenen Empfehlungen zu folgen sowie den Guidelines der European Society of Cardiology [3], zu der auch mehrere Schweizer Forschende und Kliniker gehören.

Nicolas Rodondi hingegen kommentiert: «Es gibt keine Studien bei Personen mit niedrigem Risiko und unterschiedliche Studienresultate bei Personen mit mittlerem Risiko, die negativ ausfallen, besonders wenn die Studien nicht von der Pharmaindustrie finanziert wurden.» Dennoch: Der Paradigmenwechsel muss wohl warten.



Literatur

Vollständige Literaturliste unter www.saez.ch oder via QR-Code

Für Vertrauen gibt's kein Backup

Digitalisierung Cyberangriffe auf Spitäler, Praxen und Heime häufen sich. Entwendete Daten lassen sich (vielleicht) zurückgewinnen oder wiederherstellen – das Vertrauen der Patientinnen und Patienten jedoch kaum. Kultivieren darum auch Sie Ihr Risikobewusstsein!

Lucas Schult

Waren Sie dieses Jahr in den Sommerferien? Ich hoffe, Sie konnten sie geniessen und sind gut erholt in Ihren beruflichen Alltag zurückgekehrt. Leider soll es vorkommen, dass ein grosser Teil der Erholung bereits beim Checken der eingegangenen E-Mails wieder verfliegt... So geschehen kürzlich in einem Ärztezentrum in der Ostschweiz: Die Mitarbeitenden hatten eine E-Mail erhalten, in der (vermeintlich) die IT-Abteilung sie aufforderte, ein dringendes Update herunterzuladen. Mehrere Angestellte taten dies an ihrem ersten Arbeitstag nach den Ferien pflichtbewusst – und installierten mit dem angeblichen Update einen Computervirus auf ihrem Gerät.

Zum Glück war das Virus in diesem Fall nicht echt. Es gehörte zu einem Test, den das Ärztezentrum zusammen mit HIN durchgeführt hat, um herauszufinden, wie sensibilisiert die Mitarbeitenden gegenüber dem Thema Cyberkriminalität sind. Die gute Nachricht: Die meisten Mitarbeitenden haben sich richtig verhalten. Sie wurden stutzig und haben beispielsweise telefonisch bei der IT-Abteilung nachgefragt. Die schlechte Nachricht: Leider genügt ein falscher Klick als Einfallstor, um ganze Netzwerke den Hackern auszuliefern. Und die Gefahr, dass es sich beim nächsten Mal nicht um einen harmlosen Test, sondern um einen echten Angriff handeln wird, ist real.

Die Tricks der Cyberkriminellen sind heute ziemlich ausgefeilt, denn diese agieren gut organisiert und gewerbsmässig. In der hinter uns liegenden Feriensaison war beispielsweise eine Masche hoch im Kurs, die sich «CEO-Betrug» nennt. Dabei versuchen die Angreifer, eine angeblich dringende Zahlungsaufforderung vom Chef in ein Unternehmen einzuschleusen. Zeiten mit vielen Abwesenheiten und folglich mit leichter täuschbaren Stellvertretungen sind dafür besonders erfolgversprechend.

Ebenfalls erfolgversprechend – aus Hacker-Sicht – sind Situationen, in denen das Gegenüber eine Kontaktaufnahme erwartet. So werden Sie als Praxisinhaberin oder -inhaber bei einer E-Mail mit ZIP-Datei im Anhang kaum Verdacht schöpfen, wenn es sich dabei vermeintlich um eine Bewerbung auf Ihre offene MPA-Stelle handelt. In diesem

Fall rechnen Sie ja mit einem Anhang mit den Bewerbungsunterlagen. Sie können es kaum erwarten, die ZIP-Datei zu öffnen – und erleben dabei vielleicht ein blaues Wunder. Bei einem Grossteil der Schweizer Praxen und Heime, die in den letzten Monaten Opfer von Cyberattacken geworden sind, war genau dies der Angriffsweg. Denn gerade Stelleninserate enthalten viele Informationen, welche Kriminelle für ihre Zwecke nutzen können.

Auf professionelle Betrüger hereinzufallen ist keine Schande. Umso wichtiger ist aber, dass das Thema Cyberkriminalität in der Praxis offen angesprochen und auch das richtige Verhalten trainiert wird. Gesundes Misstrauen ist ein wertvolles Potenzial, das es zu pflegen gilt. Als Menschen

Die Tricks der Cyberkriminellen sind heute ziemlich ausgefeilt. Sie agieren gut organisiert und gewerbsmässig.

sind wir nämlich nicht, wie oft behauptet wird, das «schwächste Glied in der Kette», sondern vielmehr die wichtigste Ressource, um einen Angriff zu unterbinden. Wenn der Spamfilter versagt, die Firewall ausgefallen ist und das Antivirusprogramm nicht anschlägt, macht der Mensch vor dem Bildschirm den Unterschied.

Und dieser Unterschied ist enorm wichtig. Denn das Gesundheitswesen – mit seinen in kleinen Einheiten organisierten Akteuren, den vielen Schnittstellen und den grossen Mengen an sensiblen Daten – ist für Hacker besonders attraktiv. Wie Sie den vielfältigen Herausforderungen begegnen können, dazu werde ich Ihnen an dieser Stelle regelmässig Tipps geben. Auf jeden Fall ans Herz legen kann ich Ihnen, das Bewusstsein (oder neudeutsch die «Awareness») aller Mitarbeitenden zu schulen. Haben Sie das Thema der nächsten internen Weiterbildung schon festgelegt?

Letztlich muss es nicht Ihr Ziel sein, «alles» richtig zu machen, sondern überhaupt dem Thema die nötige Priorität zu geben. Alles ist besser als nichts tun. Ihre Patientinnen und Patienten haben es verdient (und ein Recht darauf – dazu ein andermal mehr). Denn gestohlene Patientendaten liessen sich allenfalls nach einem Angriff aus einem Backup wiederherstellen. Das Vertrauen in Sie dagegen wäre unwiederbringlich verloren.



Lucas Schult
CEO der Health Info Net AG (HIN). An dieser Stelle schreibt er regelmässig über digitale Sicherheit.



© Luca Bartulovic

Aus zwei wird eins



Ludwig T. Heuss
Prof. Dr. med., Vize-
Präsident des Verwal-
tungsrates EMH

Falls Sie nicht zu denjenigen gehören, die eine Zeitschrift grundsätzlich von hinten lesen, so haben Sie jetzt die erste Erkundung des neuen Printprodukts aus dem Hause EMH hinter sich gebracht. Während 20 Jahren sind die *Schweizerische Ärztezeitung* (SÄZ) und das *Swiss Medical Forum* (SMF) getrennte Wege gegangen, jetzt sind sie wieder in einem Heft vereint.

«*Back to the roots*» möchte man ausrufen, denn ursprünglich, als der Schweizerische Ärzteverlag EMH gegründet wurde, war es die klare Intention, eine solche Zeitschrift für alles zu bieten: Information, Weiter- und Fortbildung, Berufspolitik, Ethik, Unterhaltung, Mitteilungen, Nachrufe, einfach alles. Neidvoll blickten wir schon damals auf das *British Medical Journal*, dem diese Quadratur des Kreises gelungen war, ja, das zusätzlich sogar auch noch wissenschaftliche Originalarbeiten mit ansprechendem *impact factor* unter die Leute brachte. So etwas schwebte uns vor.

Doch in der Schweiz war die Zeit dafür noch nicht reif. 1998 wollte niemand in der SÄZ medizinische Inhalte lesen. Die SÄZ, damals noch ausschliesslich ein Mitteilungsjournal der standespolitischen Obrigkeit, galt als monotone Bleiwüste mit dem herben Charme einer Mischung aus *Berner Amtsblatt* und *Osservatore Romano*. Da hatte Medizin nichts zu suchen und wurde auch nicht gesucht. Autorinnen und Autoren lehnten es ab, Übersichtsarbeiten zu schreiben, die neben Tarifdiskussionen und Ärztekammerprotokollen erscheinen sollten. Deshalb haben wir vor zwanzig Jahren das SMF aus der Taufe gehoben: eine feine, separate Fortbildungszeitschrift, die sich aus dem Stand heraus zum führenden und anerkanntesten Organ mit der grössten Leserschaft entwickelt hat. Wer sich zu einem allgemeinen medizinischen Thema einen Überblick verschaffen will, wer wissen möchte, wo in unserem Land welche Spezialkompetenz verfügbar ist, wird hier fündig. Mittlerweile ist auch das Archiv des SMF für viele eine verlässliche, regelmässig genutzte Quelle.

So kamen während Jahren das *gelbe* und das *blaue* Heft zwar im gleichen Umschlag mit der Post, fanden danach aber getrennt den Weg zu ihrer Leserschaft. Hier Berufs- und Gesundheitspolitik, dort Weiter- und Fortbildung. Werden die beiden nun wieder zusammgelegt, so ist das Resultat aber alles andere als eine *bunte Mischung*. Schliesslich hat auch die SÄZ in den letzten 25 Jahren ein völlig anderes Profil und eine andere inhaltliche Prägung entwickelt. Nein, auch im neuen Heft bleiben getrennte Fachredaktionen für ihre Bereiche zuständig. Das SMF mit seinem *peer review* Anspruch behält hierfür eine eigene Paginierung bei, der rein standespolitische Teil unter der politischen Hoheit und Verantwortung der FMH ist ebenfalls als solcher gekennzeichnet.

bleiben Sie gespannt und entdecken Sie die Schweizerische Ärztezeitung und das Swiss Medical Forum neu.

Neben den bisherigen Inhalten hat die neue Zeitschrift auch den klaren Anspruch, sich weiterzuentwickeln. Eigene journalistische Aufbereitungen von Themen und fachkundige Reportagen werden die Attraktivität steigern und ein zunehmend digitales Umfeld wird weitere Anpassungen und Veränderungen fordern.

Bleiben Sie gespannt und entdecken Sie die SÄZ und das SMF neu. Wenn Sie bisher zu den ausschliesslichen Leserinnen oder Lesern von einem der beiden Hefte gehört haben: machen Sie die Entdeckung, dass neben medizinischer Fortbildung und Verbesserung der eigenen Professionalität auch gesundheitspolitische Themen ihren Stellenwert haben. Oder umgekehrt.