

SCHWEIZERISCHE ÄRZTEZEITUNG & SWISS MEDICAL FORUM

Ausgabe 40
5. Oktober 2022

16 Psychoonkologie

Auch die Seele kämpft
gegen den Krebs



12 **Work-Life-Balance**
VSAO-Präsident Angelo
Barrile im Interview

32 **Patientenverfügung**
Über die revidierte
Fassung der FMH

46 **Placebos im Alltag**
Welche Bedingungen zu
beachten sind

Von eigenen Bedürfnissen und Patientenwünschen



Eva Mell
Stellvertretende Chefredaktorin der Schweizerischen Ärztezeitung
eva.mell[at]jemh.ch

Wann haben Sie das letzte Mal «nein» zu anderen und «ja» zu sich selbst gesagt? Ärztinnen und Ärzte arbeiten oft enorm viel. Für unseren Kolumnisten Angelo Barrile, Hausarzt und Nationalrat, war es einst normal, 80 bis 90 Stunden pro Woche zu arbeiten. Kommt Ihnen das bekannt vor? Als Präsident des Verbands Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte engagiert er sich dafür, dass Nachwuchsärztinnen und -ärzte bessere Arbeitsbedingungen haben, wie Sie im Interview mit ihm auf Seite 12 lesen. Und in seinem «Praxistipp» auf Seite 80 beschreibt er, wie seine Krebsdiagnose ihn dazu bewegte, selbst auf die Bremse zu treten.

Für unseren Kolumnisten war es normal, 80 bis 90 Stunden zu arbeiten. Für Sie auch?

Eine Krebsdiagnose erhielt auch Nicole Cornu. Erst nach einiger Zeit merkte sie, dass unter der Erkrankung nicht nur der Körper, sondern auch die Seele leidet. Auf Seite 16 lesen Sie, weshalb die psychoonkologische Betreuung Betroffener und Angehöriger so wichtig ist und wie man sie auf solche Angebote hinweisen kann.

Nicht nur im Angesicht einer lebensbedrohlichen Krankheit ist es übrigens sehr wichtig, dass Ärztinnen und Ärzte für den Notfall die

Für Ärztinnen und Ärzte ist es wichtig, Behandlungswünsche im Notfall zu kennen.

Behandlungswünsche der Patientinnen und Patienten so gut wie möglich kennen. Die FMH bietet aus diesem Grund eine revidierte Version der Patientenverfügung an. Es gibt eine Kurzfassung und eine Langversion. Genaueres lesen Sie ab Seite 32.

Im Swiss Medical Forum beschreibt Dr. med. Insa Koné ab Seite 46 den Fall einer tetraplegischen Patientin, die nach akutem Atemversagen und einer Behandlung auf der Intensivstation an Panikattacken leidet. Die Behandlung hat allerdings nicht den gewünschten Erfolg, die Patientin wünscht immer höhere Dosierungen. Am Ende stellt sich das Team die Frage, ob man der Patientin ein Placebo verabreichen könnte. Aber auch hierbei spielt der Patientenwunsch eine entscheidende Rolle, wie Sie lesen werden.

Anzeige



Die vielleicht grösste Herausforderung unseres Lebens

Der freie und kirchen-unabhängige Theologe und Seelsorger Daniel Kallen begleitet seit 30 Jahren Menschen am Ende ihres Lebens. In dieser langen Zeit hat er zahlreiche spannende, schöne, tiefsinnige, aber auch schräge und humorvolle Gespräche am Sterbebett geführt. Von seinen vielfältigen Begegnungen erzählt dieses Buch.

«Mal rührend und auch mal heiter gehen diese Geschichten ans Herz.
Absolut empfehlenswert!» *Blog <Buchschmetterling>*

zytglogge.ch



Mehr erfahren

Daniel Kallen
JEDER MENSCH
STIRBT NUR EINMAL
Begegnungen am Sterbebett
Geb., 264 Seiten, CHF 26.–
ISBN 978-3-7296-5084-8

Im Fokus



12

«Teilzeitstellen sind vollwertig»

Arbeitsbedingungen Junge Ärztinnen und Ärzte ticken anders. Weshalb es sich für Spitäler lohnt, Teilzeitstellen anzubieten, ob die Forderungen der Nachwuchskräfte die Generationen spalten und welche Unterstützung die Jungen bekommen: Im Interview nimmt Angelo Barrile, Präsident des Verbands Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte, Stellung.

Interview: Ines Böhm



16

Auch die Seele kämpft gegen den Krebs

Psychoonkologie Eine Krebserkrankung ist eine psychische Belastung. Es sollte deshalb selbstverständlich sein, bei Bedarf psychoonkologische Betreuung in Anspruch nehmen zu können – und Patientinnen und Patienten auf solche Angebote hinzuweisen. Doch das geschieht noch zu selten.

Adrian Ritter



78

«Wir wollen Barrieren durchbrechen»

Handicap Ingenieur Luca Randazzo bezieht Menschen mit Behinderung in die Entwicklung von Prothesen und Hilfsmitteln ein. In dieser Woche findet sein nächster Hackathon statt, bei dem er mit Gleichgesinnten neue, massgeschneiderte Lösungen entwickelt. Im Interview erklärt er seine Vision von Inklusion.

Interview: Sarah Bourdely

Inhaltsverzeichnis

3	Editorial von Eva Mell Von eigenen Bedürfnissen und Patientenwünschen
8	REDAKTIONELLE INHALTE
8	News
8	Auf den Punkt Wissenswertes zum <i>Pink October</i>
12	Interview «Auch Teilzeitstellen sind vollwertig»
16	Coverstory Auch die Seele kämpft gegen den Krebs
20	Forum In memoriam Rainer Martin Kaelin (1948–2022)
21	Briefe an die Redaktion
22	Mitteilungen
78	Innovation «Wir wollen Barrieren durchbrechen»
80	Praxistipp Mein Herz zeigt mir den Weg
82	Zu guter Letzt von Ludwig T. Heuss «Sie kommen für mich in Frage»
23	FMH
24	Kommentar von Jana Siroka Revidierte Patientenverfügung der FMH ist verfügbar

28	Aktuell Off-Label-Use-Impfung und juristische Aspekte
32	Aktuell Neue Patientenverfügung FMH
36	Personalien
37	ORGANISATIONEN
37	Universität Fribourg «Rotes, piepsendes Warnsignal: Energiereserve aufgebraucht»
41	SWISS MEDICAL FORUM
42	Kurz und bündig von Reto Krapf
44	Kommentar Placebo und Nocebo: Wissen und Skills für die künftigen Ärztinnen und Ärzte
46	Übersichtsartikel AIM Einsatz von Placebos im ärztlichen Alltag
50	Was ist Ihre Diagnose? Ungewöhnliches Bild einer klassischen Ursache chronischen Durchfalls
58	SERVICES
58	Stellenmarkt
72	FMH Services
83	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 Muttenz, 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: Nicole Cornu



Die rosa Schleife ist das internationale Zeichen der Solidarität mit an Brustkrebs Erkrankten. Deshalb heisst der Brustkrebsmonat auch *Pink October*.

Auf den Punkt

Wissenswertes zum *Pink October*

Prävention Jährlich erkranken tausende Frauen und manche Männer an Brustkrebs. Im Oktober machen Ärztinnen und Ärzte auf das Thema aufmerksam. Mitarbeitende der Stiftung Krebsforschung sowie der Krebsliga Schweiz erklären in einem FAQ, wo es Infomaterial zum Weitergeben gibt und was sich in der Forschung bewegt.

FAQ: Sarah Bourdely

Weshalb braucht es den Brustkrebsmonat Oktober?

Der Brustkrebsmonat Oktober rückt international die Vorbeugung, Erforschung und Behandlung von Brustkrebs ins öffentliche Bewusstsein. Das Thema ist von grosser Relevanz: Jährlich erkranken in der Schweiz 6300 Frauen und 50 Männer daran.

Wie können sich Ärztinnen und Ärzte beteiligen?

Einerseits, indem sie ihre Patientinnen und Patienten über Prävention und Früherkennung informieren oder diese auf die Beratungs- und Unterstützungsangebote der Krebsliga hinweisen. Sie könnten ihre Patientinnen und Patienten proaktiv fragen, ob sie an allfälligen kantonalen Brustkrebs-Früherkennungsprogrammen teilnehmen, ob sie regelmässig zum Gynäkologen gehen und ob sie Brustkrebsfälle in der Familie haben. Andererseits können sie sich zusammen mit der kantonalen Krebsliga

in ihrer Region an Sensibilisierungskampagnen zum Thema Brustkrebs-Früherkennung beteiligen oder eine Spendenaktionen starten, beispielsweise über together.krebsforschung.ch

Wo gibt es Infomaterial, das Ärztinnen und Ärzte weitergeben können?

Die Krebsliga Schweiz produziert seit Jahrzehnten fundiertes Infomaterial für Betroffene und Angehörige. Das Angebot passt sich dem Nutzungsverhalten der Betroffenen an und umfasst nebst den klassischen Broschüren auch digitale



Dr. Peggy Janich

Die Fragen zur Forschung hat Dr. Peggy Janich, Leiterin der Stiftung Krebsforschung Schweiz, beantwortet. Die übrigen Antworten stammen vom Team des Krebstelefons der Krebsliga Schweiz.

Informationen – beispielsweise auf der Webseite, als kurze Erklärvideos (www.krebsliga.ch/brustkrebs) und als e-Paper. Die Informationen gibt es auf Deutsch, Französisch und Italienisch und sie können kostenlos über www.krebsliga.ch/shop bezogen werden.

Die Stiftung Krebsforschung Schweiz unterstützt auch Forschende. Wie viele Forschungsgesuche zum Thema Brustkrebs gehen pro Jahr ein?

Die Stiftung evaluiert zwischen 160 und 180 Forschungsgesuche pro Jahr. Rund 10%, also um die 18 Gesuche pro Jahr, gehen zum Thema Brustkrebs ein. Ungefähr die Hälfte dieser Projekte stuft die wissenschaftliche Kommission als förderwürdig ein, und durchschnittlich fünf bis sechs dieser Projekte können wir mit den verfügbaren Mitteln pro Jahr unterstützen. Aktuell gibt es 25 laufende Projekte zum Thema Brustkrebs mit unterschiedlicher Ausrichtung und Methodik – von Grundlagenforschung über klinische Forschung bis hin zu psychosozialen Fragestellungen.

Welche Herausforderungen bestehen bei der Forschung?

Dank Fortschritten in der Forschung und verbesserter Therapiemöglichkeiten haben Brustkrebspatientinnen heutzutage deutlich bessere Heilungschancen als früher. Über 80% der erkrankten Frauen leben fünf Jahre nach der Diagnose noch. Doch auch wenn sich die Behandlungsmöglichkeiten im Laufe der Jahre bei früh erkanntem Brustkrebs deutlich verbessert haben, ist die Prognose immer noch schlecht, wenn der Krebs bereits in andere Organe gestreut, das heisst Metastasen gebildet hat. Eine weitere Herausforderung ist die Entstehung von Therapieresistenzen. Hier versucht die Forschung neue Wege zu finden, um Resistenzen frühzeitig vorzubeugen oder diese mit neuen Behandlungsansätzen zu überwinden. Auch schwierig zu behandelnde Brustkrebsarten wie der sogenannte triple-negative Brustkrebs stellen nach wie vor eine Herausforderung dar.

Was muss sich bei der Brustkrebsbehandlung noch verbessern?

Es ist bedauerlich, dass in der Deutschschweiz noch nicht alle Kantone ein systematisches Screeningprogramm eingeführt haben. In Bezug auf die Behandlung wäre es wünschenswert, dass sich Ärztinnen und Ärzte aktiv am Nebenwirkungsmanagement beteiligen und dafür sorgen, dass Patientinnen und Patienten in der Nachsorge eine wirksame supportive Therapie erhalten. Dadurch können sie die Lebensqualität der Betroffenen verbessern und die Adhärenz an die Therapie zur Redizivprophylaxe (zum Beispiel Antihormontherapie) steigern.

Es gibt ein spezielles Angebot, auf das Ärztinnen und Ärzte Betroffene und Angehörige in diesem Monat hinweisen können. Welches ist das?

Gerne weisen wir auf die Expertinnen- und Expertenstunde zum Thema Frauengesundheit – Frauentumoren (www.krebsforum.ch/) hin, die im Krebsforum bis Ende Oktober angeboten wird. Prof. Dr. med. Monica Castiglione, Dr. med. Laura Knabben, Monika Biedermann, Corinne Weidner und Dr. med. André Kind beantworten dort für Betroffene und ihre Angehörigen Fragen zu Prävention, Behandlung und Nachsorge.

Persönlich

Innere Medizin erhält neuen Leiter



Dr. med. Julien Vaucher

HFR Dr. med. Julien Vaucher wird neuer Leiter des Departements Innere Medizin und Fachbereiche am Freiburger Spital. Zudem wurde er zum ordentlichen Professor an der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen und Medizinischen Fakultät der Universität Freiburg ernannt. Der Facharzt für Allgemeine Innere Medizin ist derzeit Leitender Arzt in der Abteilung Innere Medizin des Universitätsspitals Lausanne. Ausserdem ist er Lehrbeauftragter für klinische Forschung und Lehre sowie Privatdozent an der Fakultät für Biologie und Medizin der Universität Lausanne. Seine neue Funktion wird er am 1. Februar 2023 antreten. Bis dahin haben Dr. med. Anne-Catherine Barras-Moret und Dr. med. Nicolas Blondel die Departementsleitung ad interim inne.

Wechsel am St. Galler Notfallzentrum



Dr. med. Elke Schmidt

KSSG Dr. med. Elke Schmidt übernimmt per 1. Oktober die ärztliche Leitung des Notfalls am Kantonsspital St. Gallen. Sie folgt auf Dr. med. Robert Sieber, der in Pension geht. Schmidt ist Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin mit Interdisziplinärem Schwerpunkt «Klinische Notfallmedizin SGNOR» und Notärztin SGNOR. Die gebürtige Nürnbergerin schloss ihr Studium 2006 ab und kam 2008 ans Kantonsspital St. Gallen. Auf der Zentralen Notfallaufnahme ist Elke Schmidt seit 2015 zuerst als Oberärztin und seit April 2022 als stellvertretende Chefärztin tätig. Sie ist zudem als Instruktorin im Zentrum für Reanimations- und Simulationstraining des Kantonsspitals St. Gallen engagiert, wo sie seit 2020 die ärztlich-fachliche Leitung innehat.

Leitender Arzt gewählt



Dr. med. Boris Jung

Spitäler SH Der Spitalrat der Schaffhauser Spitäler hat Dr. med. Boris Jung per 1. Oktober 2022 zum Leitenden Arzt für ambulante Psychiatrie gewählt. Jung studierte erst Psychologie in Kiel, Maastricht und Nijmegen, anschliessend absolvierte er das Studium der Humanmedizin an der Friedrich-Alexander-Universität in Erlangen-Nürnberg. Seine Tätigkeit als Assistenzarzt nahm er 2017 in der Schweiz auf, ab 2019 als psychiatrischer Oberarzt. Den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie erwarb er 2022. Mit kurzer Unterbrechung ist Boris Jung seit Oktober 2021 in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Spitäler Schaffhausen tätig. Seine Schwerpunkte liegen in der Opioidagonisten-Therapie und der Psychotherapie.

Aus der Wissenschaft

Schlafende Zellen

Krebs Einem Team des UNIGE und der HUG ist es gelungen, die Behandlungsresistenz bestimmter maligner Zellen zu verringern. Die Medizin ist in der Lage, Metastasen von Melanomen zurückzudrängen, wenn diese eine Mutation tragen, die sie für Behandlungen sensibilisiert. Allerdings erleiden 80% der Patienten einen Rückfall, weil sogenannte „schlafende“ Zellen fortbestehen, die unempfindlich gegenüber Behandlungen sind. Untersuchungen haben gezeigt, dass innerhalb dieser Zellen das HuR-Protein unterexprimiert ist. Dem Team um Dr. Rastin Merat ist es gelungen, den Mechanismus zu entschlüsseln, der die Unterexpression des HuR-Proteins verursacht, und dann diese Zellen mit einem Enzyminhibitor gezielt anzusteuern. Diese Ergebnisse eröffnen neue Behandlungsmöglichkeiten für metastasierende Melanome und andere Arten von solidem Krebs.

KI berechnet Risiko

Herzinfarkt Mit Hilfe künstlicher Intelligenz haben Forschende der Universität Zürich eine neue Risikobewertung entwickelt, die die personalisierte Versorgung von Frauen mit Herzinfarkt verbessert. Frauen, die einen Herzinfarkt erleiden, haben eine höhere Sterblichkeitsrate als Männer. Bei Frauen führt ein Herzinfarkt häufig zu unspezifischen Symptomen wie Bauchschmerzen oder Übelkeit und Erbrechen und wird somit oft falsch interpretiert. Ein internationales Forschungsteam unter der Leitung von Thomas F. Lüscher, Professor am Zentrum für Molekulare Kardiologie der Universität Zürich (UZH), hat die Daten von 420 781 Patientinnen und Patienten aus ganz Europa mit der häufigsten Art von Herzinfarkt analysiert. «Die Studie zeigt unter anderem, dass etablierte Risikomodelle, die das derzeitige Patientenmanagement steuern, bei Frauen weniger genau sind und die Unterbehandlung weiblicher Patienten begünstigen», sagt Erstautor Florian A. Wenzl vom Zentrum für Molekulare Medizin der UZH. «Mit Hilfe von maschinellem Lernen und den grössten Datensätzen in Europa haben wir einen neuartigen Risikoscore entwickelt, der geschlechtsspezifische Unterschiede im Risikoprofil berücksichtigt und die Vorhersage der Sterblichkeit bei Frauen und Männern verbessert», so Wenzl. Ein Schritt in Richtung personalisierte Patientenvorsorge ist somit getan.

Preise und Auszeichnungen

SGAIM Teaching Award 2022



Dr. med. Stefan Markun

UZH Dr. med. Stefan Markun vom Institut für Hausarztmedizin der Universität Zürich erhält den diesjährigen Teaching Award der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM). Markun geht explizit auf die Bedürfnisse des Nachwuchses ein, beispielsweise mit Lehrformaten zu Selbstmanagement für Spitalneulinge oder therapeutischen Konflikten bei Multimorbidität. So begeistert er die Studierenden für die Allgemeine Innere Medizin. Daneben forscht er zum Thema Nachwuchs. Gemäss Markun sind neben Führungsqualitäten und dem Vermitteln von stufengerechten und sinnhaften Inhalten auch die Anerkennung des Wandels in der Lehre zentral für ein erfolgreiches Teaching – und auch eine Prise Humor dürfe nicht fehlen.

© SGAIM / Lars Clarfeld

Medizin-Nobelpreis 2022



Prof. Dr. Svante Pääbo, Direktor und wissenschaftliches Mitglied am Max-Planck-Institut für evolutionäre Anthropologie

Erbgut Der schwedische Genetiker Svante Pääbo wurde am 3. Oktober mit dem Nobelpreis für Medizin geehrt. Der ehemalige Postdoc an der UZH wurde für seine Forschung an den Genomen ausgestorbener Hominiden und für die daraus gewonnenen Erkenntnisse über die menschliche Evolution ausgezeichnet, wie das Karolinska-Institut in Stockholm mitteilte. Pääbo ist es gelungen, das Genom des Neandertalers und des Denisovas, einer weiteren Hominiden-Art, zu entschlüsseln. Auch konnte er nachweisen, dass sich Homo Sapiens zu Zeiten der Koexistenz mit den beiden anderen Menschenarten vermischt, was sich heute noch im menschlichen Genom nachweisen lässt.

Zitat der Woche

«Wir arbeiten mit immer weniger Personal und müssen immer mehr einspringen. Da ist es sehr frustrierend, dass die Politik sich nur langsam bewegt.»

Natalie Dohner

Diplomierte Pflegefachfrau und Gewerkschafterin

Quelle:

SBK, Syna, Unia und VPOD



© Mykola Syvak / Dreamstime

Kopf der Woche

Schweizer wird Präsident der CIRSE



**Prof. Dr. med.
Christoph A.
Binkert**

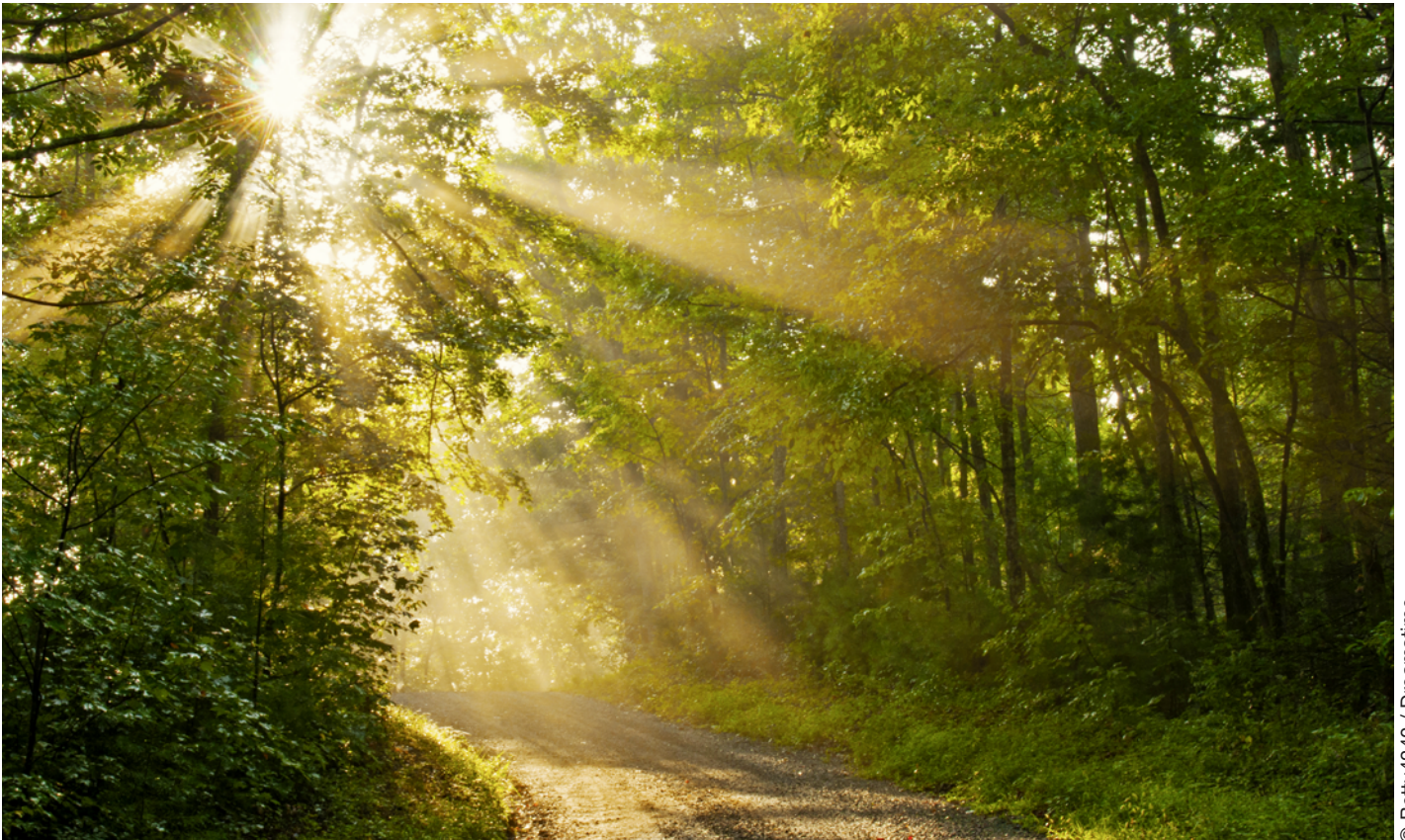
KSW Christoph A. Binkert wurde zum Präsidenten der Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe (CIRSE) gewählt. Er löst den Radiologen Prof. Dr. med. Afshin Gangi aus Frankreich ab. CIRSE ist die weltweit grösste Gesellschaft für interventionelle Radiologie, zu der nahezu alle Länderververtretungen Europas sowie Kanada und zahlreiche Länder aus Asien und Südamerika als Mitglieder zählen.

Binkert ist seit 2007 als Chefarzt am Kantonsspital Winterthur und leitet dort die Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin. Der gebürtige Zürcher legte 1993 das Staatsexamen an der Universität Zürich ab und erlangte im Jahr 1999 den Facharzttitel für diagnostische Radiologie. Als Assistenzarzt war er von 1994 bis 1996 am Institut für Radiologie am Kantonsspital Winterthur tätig. Weitere Stationen in seiner Ausbildung waren Angiologie und Neuroradiologie am Universitätsspital Zürich und muskuloskeletale Radiologie an der Universitätsklinik Balgrist. Im Juli 2000 verliess er die Schweiz Richtung USA, um sich am Dotter Institute in Portland, Oregon, auf interventionelle Radio-

logie zu spezialisieren. Seit 2002 war er am Brigham and Women's Hospital in Boston tätig, zuletzt als Associate Professor für Radiologie und Associate Director für interventionelle Radiologie. Von 2005 bis 2006 erwarb er einen Abschluss als Master of Business Administration in Healthcare Management, bevor er 2007 in leitender Funktion ans Kantonsspital Winterthur zurückkehrte.

«Die interventionelle Radiologie bringt neuartige Behandlungsmöglichkeiten für die Patientinnen und Patienten. CIRSE fördert die Innovation, die Forschung und die Ausbildung, die notwendig sind, um Fortschritt in diesem Feld zu erzielen», ist Christoph Binkert überzeugt. Dank ihrer guten Verträglichkeit entwickelt sich die interventionelle Radiologie zu einem immer wichtiger werdenden Teil der Krebstherapie. Damit die Behandlungsqualität in den Spitälern sichergestellt werden kann, hat CIRSE das IASIOS-Zertifikat eingeführt. Während seiner Präsidentschaft will Binkert neben der Durchführung von Kongressen einen Schwerpunkt bei der Online-Weiterbildung setzen.

Aufgefallen



© Betty4240 / Dreamstime

Luminös Das Projekt «Integrative Human Circadian Daylight Platform» möchte die Tageslichtforschung fördern. Unter der Leitung von Prof. Christian Cajochen, Direktor des Zentrums für Chronobiologie an den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel, sollen unter anderem auf Licht basierende Therapien vorangetrieben werden. Denn: Tageslicht hat einen positiven Einfluss auf die körperliche und geistige Gesundheit.

«Auch Teilzeitstellen sind vollwertig»

Arbeitsbedingungen Junge Ärztinnen und Ärzte ticken anders. Weshalb es sich für Spitäler lohnt, Teilzeitstellen anzubieten, ob die Forderungen der Nachwuchskräfte die Generationen spalten und welche Unterstützung die Jungen bekommen: Im Interview nimmt Angelo Barrile, Präsident des Verbands Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte, Stellung.

Interview: Ines Böhm

Angelo Barrile, der Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte VSAO vertritt Nachwuchsmedizinerinnen und -mediziner. Weshalb organisiert sich diese Gruppe in einem eigenen Verband?

Die vom VSAO vertretene Ärzteschaft ist grösstenteils jung, steht am Anfang ihrer Berufskarriere und ist hauptsächlich in Kliniken angestellt. Für viele von ihnen ist die ärztliche Weiterbildung eines der Hauptthemen. In der Geburtsstunde des Verbands im Jahr 1945 war das Anliegen, dass Assistenzärztinnen und -ärzte erstmals einen Minimallohn erhalten. Heute stehen Forderungen nach besseren Arbeitsbedingungen und guter Weiterbildung im Fokus.

Wie könnten bessere Arbeitsbedingungen aussehen?

Einerseits ist das Arbeitsgesetz mit seinen Regelungen zu Arbeits- und Ruhezeiten und zum Gesundheitsschutz endlich einzuhalten. Das ist schlicht Pflicht! Andererseits nehmen die jungen Fachkräfte heute vermehrt Interessen und Verantwortung ausserhalb ihrer ärztlichen Tätigkeit wahr. Daher ist es wichtig, dass die vereinbarte Arbeitszeit eingehalten wird und diese auch planbar ist.

«Die jungen Fachkräfte nehmen heute vermehrt Interessen und Verantwortung ausserhalb ihrer ärztlichen Tätigkeit wahr.»

Wie viel arbeiten denn die jungen Ärztinnen und Ärzte durchschnittlich?

Eine Umfrage des VSAO zeigt, dass über die Hälfte der jungen Ärztinnen und Ärzte gesetzeswidrig über 50 Wochenstunden arbeiten [1]. Im Durchschnitt sind es sogar 56 Stunden. Vernünftig wären 42 Stunden Dienstleistung am Patienten und vier Stunden strukturierte Weiterbildung. Das liesse auch den nötigen Raum für die Flexibilität, die

im Berufsalltag gefordert ist. Nebst der Reduktion der Sollarbeitszeit wünschen sich Ärztinnen und Ärzte mehr Teilzeitstellen. Teilzeitarbeit ist jedoch immer noch mit zu vielen Karrierenachteilen verbunden.

Wie könnte die Reduktion der Arbeitszeit gelingen?

Die administrativen Aufgaben der Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte müssen reduziert werden. Der VSAO hat dazu die Kampagne «Medizin statt Bürokratie» aufgelegt. Dienstpläne müssen Ruhezeiten und Erholung ermöglichen, die Weiter- und Fortbildung muss strukturiert und fest eingeplant werden. Leider fallen diese bei hohem Arbeitsaufkommen zu schnell unter den Tisch.

Aufgrund welcher Informationen definiert der VSAO seine Ziele?

Durch unsere 16 regionalen Sektionen sind wir nahe an unserer Basis. Die Delegierten der Sektionen legen die strategische Ausrichtung des Verbands jeweils in einer Vierjahresstrategie fest. Regelmässige Mitgliederbefragungen oder unsere Meldestelle zeigen ebenfalls, was unsere Mitglieder aktuell beschäftigt.

Immer mehr Ärztinnen und Ärzte wollen heute ihre berufliche Tätigkeit ihren Lebensumständen anpassen. Was kann getan werden, um Teilzeitarbeit für die Ärzteschaft auch in Kliniken verstärkt zu etablieren?

Wichtig ist es, aufzuzeigen, dass auch Teilzeitstellen vollwertig sind. Ärztinnen und Ärzte, die kein volles Pensum arbeiten und das gerne tun, bringen einem Betrieb mehr als Angestellte, die wegen ihrer Arbeitsbelastung unzufrieden sind. Teilzeit arbeitende Fachkräfte sind auch keine schlechteren Ärztinnen und Ärzte. Die Weiterbildung muss trotz geringerem Pensum stattfinden. Ein Leitfaden des VSAO sensibilisiert Arbeitgebende und Arbeitnehmende für dieses Thema [2]. Mit der Dienstplanberatung und dem Support des Projekts «Coach my Career» unterstützen wir die Betroffenen zudem direkt.

Angelo Barrile (46), Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, ist Hausarzt, Nationalrat und Präsident des Verbands Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte.





© Nicolas Zornli

Angelo Barrile will, dass junge Ärztinnen und Ärzte von unnötigen Aufgaben entlastet werden.

Auf welche Resonanz stossen Sie mit Ihren Forderungen bezüglich Vereinbarkeit, kürzeren Arbeitszeiten und so weiter bei älteren Ärztinnen und Ärzten? Ist das ein Thema, das die Generationen spaltet?

Es ist eine Generationenfrage, aber nicht nur. Auch bei den Älteren sehen wir mehr Akzeptanz für die Anliegen der Jun-

«Ärztinnen und Ärzte, die kein volles Pensum arbeiten, bringen einem Betrieb mehr als Angestellte, die unzufrieden sind.»

gen. Bei einigen führt der Mangel an Nachwuchs zum Umdenken, oft aber geschieht es aus Überzeugung und echtem Verständnis.

Zehn Prozent der Ärztinnen und Ärzte eines Abschlussjahrgangs steigen bis zum Pensionsalter aus ihrer Praxis- oder Klinikätigkeit aus, ein Grossteil beklagt das Arbeitspensum und die Arbeitszeiten [3]. Wo sehen Sie Möglichkeiten, diesem Abwandern im Angesicht eines Fachkräftemangels entgegenzuwirken? Vermutlich liegt der Prozentsatz nach der Pandemie eher höher. Gute Arbeitsbedingungen und gute Weiterbildung sind zentral für die Berufszufriedenheit. Hinzu kommen die bekannten Themen wie Wertschätzung, Vereinbarkeit und Planbarkeit.

Einige junge Ärztinnen und Ärzte fordern die 42-Stunden-Woche. Sind sie auch bereit, auf einen Teil ihres Gehalts zu verzichten?

Heute reden wir von einer 50-Stunden-Woche für Ärztin-

nen und Ärzte, für die meisten anderen Berufe ist die 42-Stunden-Woche schon Normalität. Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte leisten schon jetzt mehr für ihren Lohn als laut Arbeitsgesetz vorgesehen ist. Finanziell gehören sie da nicht zu den grossen Gewinnern. Es sollte möglich sein, das Gesetz einzuhalten und die Arbeitsbedingungen auch ohne Lohneinbussen zu verbessern. Unsere Arbeitsgruppe «42h plus» befasst sich genau mit dieser Forderung und erarbeitet Vorschläge.

Es herrscht Fachkräftemangel. Wie soll eine verkürzte Arbeitszeit realistisch umgesetzt werden?

Wir müssen mehr Medizinerinnen und Mediziner selbst ausbilden. Wir müssen die Ärztinnen und Ärzte im Beruf halten. Und wir müssen sie von unnötigen Aufgaben entlasten. Die letzten beiden Punkte müssen rasch angepackt und umgesetzt werden.

Wie können Kliniken vorgehen, die gerne für ihre Mitarbeitenden attraktivere Arbeitszeitmodelle anbieten wollen?

Das gehört eigentlich zu den klassischen Aufgaben jedes Arbeitgebers. Nichtsdestotrotz bietet der VSAO eine kos-

Berufsverband für die Jungen

Der Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte VSAO vertritt die beruflichen, standespolitischen und wirtschaftlichen Interessen der angestellten Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz, speziell der Assistenz- und Oberärzteschaft. Weitere Informationen unter vsao.ch

tenlose Dienstplanberatung an. Diese läuft sehr erfolgreich in der ganzen Schweiz. Um gute Beispiele zu belohnen, verleihen wir übrigens jedes Jahr eine Spitalrose für besonders zielführende Massnahmen zur Verbesserung der Arbeits- oder Weiterbildungsbedingungen.

Welche Vorteile ergeben sich für Kliniken, wenn sie vermehrt Teilzeitstellen anbieten?

Die Nachfrage nach Teilzeitstellen ist unbestritten. Mit einem solchen Angebot kann eine Klinik mehr Personal anziehen und sich als attraktiver und innovativer Arbeitgeber positionieren. Ärztinnen und Ärzte, die im gewünschten oder notwendigen Teilzeitpensum arbeiten können, sind zufriedener und weniger unter Druck. Das macht sich in der Qualität der Arbeit bemerkbar und sie geben ihren Beruf nicht auf. Ein gutes Arbeitsklima spricht sich herum, Stellen können schneller besetzt werden.

Welche sind derzeit neben den genannten Zielen Ihres Verbands die grössten Herausforderungen für die Nachwuchsärzteschaft?

Die Ärztinnen und Ärzte arbeiten heute in einem schwieri-

«In der Pandemie standen – und stehen – gerade die jungen Ärztinnen und Ärzte an vorderster Front.»

gen Umfeld. Der ständige Kostendruck auf das Gesundheitswesen schlägt direkt auf die Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen durch. In der Pandemie standen – und stehen – gerade die jungen Ärztinnen und Ärzte an vorderster Front. Ihre Weiterbildung wurde als erstes gestrichen und sie spüren den Personalmangel in der Pflege sehr direkt. Das ist sehr belastend. Gerade bei den Jungen, bei denen die Freude am Beruf oft einen höheren Stellenwert hat als die Entlohnung, fällt das doppelt ins Gewicht. Ein Thema, das die junge Ärzteschaft bewegt und wo sie auch offiziell Position beziehen und sich engagieren will, ist übrigens die Umwelt und der Klimawandel.

Und wie können Sie sie dabei unterstützen?

Im Hinblick auf die Umweltthematik hat der VSAO gemeinsam mit der Swimsa (Swiss Medical Students Association, Anm. d. Red.) erreicht, dass die FMH eine Klimastrategie verabschiedet hat. Natürlich engagieren wir uns nun auch in deren Umsetzung. Generell ist der VSAO natürlich auch Interessenvertreter in der Politik und gegenüber der Verwaltung, wir sensibilisieren und informieren in der Öffentlichkeit, lancieren Kampagnen und Projekte und leisten Präventions- und Aufklärungsarbeit.

Was bietet der Verband seinen Mitgliedern, um sie in der Einforderung von angemessenen Arbeitszeiten, bei Vereinbarkeit von Familie und Beruf oder Diskriminierung am Arbeitsplatz zu unterstützen?

Neben den bereits genannten Themen und Beispielen bieten wir unseren Mitgliedern auch eine ganze Reihe direkter Dienstleistungen.

Welche zum Beispiel?

Sie erhalten via unsere Sektionen vor Ort eine kostenlose Rechtsberatung in arbeitsrechtlichen Fragen. Die VSAO-Dienstplanberatung zielt direkt auf Verbesserungen der Arbeitsbedingungen in einzelnen Kliniken oder Spitälern. Mit einem kostenlosen Telefoncoaching und den Angeboten von «Coach my Career» und «Remed» erhalten gerade die jungen Ärztinnen und Ärzte Support bei Fragen zur beruflichen Zukunft respektive in schwierigen Situationen. Auch unser Kongress «MEDIfuture» hilft ihnen bei der Laufbahnplanung. Dort greifen Referierende regelmässig Themen wie die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben auf. Und schliesslich haben wir mit der neu geschaffenen Meldestelle auf unserer Webseite einen zusätzlichen Kanal eingerichtet, über welchen dem Verband niederschwellig Probleme mit Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen gemeldet werden können.

Diese Fragen betreffen nicht nur die Kliniken als Arbeitgeber, sondern auch die Politik. In welcher Form nimmt der VSAO Einfluss auf gesundheitspolitische Fragen?

Auftrag und Leistung der Spitäler werden vermehrt politisch vorgegeben und es werden Entscheidungen von Personen getroffen, die die Realität nicht kennen. Es ist deshalb sicher eine unserer Aufgaben, den politischen Entscheidungsträgern die Situation und die Anliegen unserer Mitglieder darzulegen. Die Sektionen stehen dazu in engem Austausch mit den kantonalen Behörden. Der VSAO Schweiz als Dachverband ist mit den politischen Entscheidungsträgern auf eidgenössischer Ebene in Kontakt. Ich bin gleichzeitig Präsident des VSAO und Nationalrat, so haben wir eine direkte Verbindung in die Politik. Wir beteiligen uns an Vernehmlassungen oder stossen Kampagnen an, auch um der Bevölkerung und den politischen Entscheidungsträgern bewusst zu machen, wo die Probleme liegen. Wichtig ist uns auch die Vernetzung mit anderen Berufsverbänden und Organisationen. Die Forderungen gegenüber der Politik sind oft die gleichen. Als grösste Mitgliederorganisation innerhalb der FMH legen wir auch Wert auf eine gute Zusammenarbeit und Absprache mit der Dachorganisation der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz.



Literatur

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

Lesen Sie auch die Kolumne von Angelo Barrile zum Thema Wellbeing und Work-Life-Balance auf Seite 80.



Nicole Cornu macht ihre Erfahrungen als Krebsbetroffene bewusst anderen zugänglich, etwa über soziale Medien.

Auch die Seele kämpft gegen den Krebs

Psychoonkologie Eine Krebserkrankung ist eine psychische Belastung. Es sollte deshalb selbstverständlich sein, bei Bedarf psychoonkologische Betreuung in Anspruch nehmen zu können – und Patientinnen und Patienten auf solche Angebote hinzuweisen. Doch das geschieht noch zu selten.

Adrian Ritter

Gebärmutterhalskrebs. Nachdem Nicole Cornu im Frühling 2021 die Diagnose erhalten hatte, folgte ein dichter Therapieplan mit Operation und abschliessender Radiochemotherapie. Dabei wurde sie auch über die Möglichkeit informiert, eine psychoonkologische Gesprächstherapie am Spital zu besuchen. «Ich hatte allerdings die Zeit und Kraft damals nicht, noch mehr Termine wahrzunehmen», blickt sie zurück. Zudem sei sie von ihrem sozialen Umfeld gut unterstützt worden.

Später realisierte sie, dass sie durchaus psychoonkologische Begleitung hatte – und froh war darum. Zwar nicht im Rahmen einer Therapie, aber sowohl ihre Onkologin als auch ihre Cancer Care Nurse an der Frauenklinik hatten psychoonkologische Weiterbildungen besucht und liessen dieses Wissen einfließen.

Neben der psychoonkologischen Therapie durch Therapeutinnen und Therapeuten aus Psychiatrie und Psychotherapie kommt dieser psychoonkologischen Beratung durch Fachpersonen etwa aus Medizin, Pflege und Sozialarbeit eine wichtige Rolle zu. Je nach Schweregrad der Belastung ist eher eine Therapie oder Beratung angebracht. Bei beidem geht es darum, Krebsbetroffene dabei zu unterstützen, ihre Ressourcen zu stärken, Strategien zur Bewältigung der Krankheit zu entwickeln und ihre Lebensqualität zu erhalten und zu verbessern. Nicht zuletzt kann die Psychoonkologie auch eine Hilfe sein in palliativen Situationen.

Manchmal ist es Glück

In ihrem Bekanntenkreis hat Nicole Cornu festgestellt, dass nicht alle Krebsbetroffenen so wie sie aktiv auf psychoonkologische Angebote hingewiesen wurden. Diese Erfahrung macht auch Ruedi Schweizer. Der Facharzt für Psychiatrie

Es fehlt am Hinweis auf existierende Angebote. Das hat auch mit einer immer noch zu oft vorhandenen Stigmatisierung psychischer Leiden zu tun.

und Psychotherapie betreut an den Spitälern Zollikerberg und Männedorf unter anderem Krebsbetroffene. Gleichzeitig ist er Co-Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Psychoonkologie (SGPO). «Es ist noch nicht überall Standard, dass Krebspatientinnen und -patienten auf psychoonkologische Angebote hingewiesen werden. Das wäre aber wichtig, denn Studien zeigen, dass für 20 bis 30 Prozent der Betroffenen eine solche Begleitung sinnvoll wäre», sagt Schweizer. Manche Krebsbetroffenen haben eigentliche psychische Erkrankungen wie Depressionen oder Angststörungen, andere behandlungsbedürftige psychische Probleme wie Anpassungsstörungen oder Belastungsreaktionen.

Graben zwischen Stadt und Land

Wie viele Krebsbetroffene effektiv psychoonkologische Hilfe in Anspruch nehmen, dazu gibt es keine Zahlen. Es gibt aber Hinweise auf eine gewisse Unterversorgung. So stellte der erste MSD-Krebsversorgungsmonitor für die Schweiz im Mai 2022 zwar fest, dass die Schweizer Bevölkerung die Krebsversorgung grundsätzlich für gut befindet [1]. Hand-

lungsbedarf ortete die Studie aber in der Krebsprävention, Frühdiagnose und der psychologischen Betreuung der Betroffenen und ihrer Angehörigen.

Psychoonkologe Ruedi Schweizer sieht zwei Hauptpunkte, die es zu verbessern gilt: Erstens gebe es in der Schweiz wie in anderen Ländern kein flächendeckendes Angebot an Psychoonkologie. Während Zentrumsspitäler oft über entsprechende Fachpersonen verfügten, fehlten diese nicht selten in ländlichen Spitälern und Regionen. Zudem bestünden Lücken bei der Finanzierung. So seien die Tarife für psychoonkologische Psychotherapie nicht kostendeckend, und an spezifischen Tarifen für die Beratung fehle es gänzlich.

Das Leiden der Angehörigen

Die SGPO hat in ihren Leitlinien 2014 das klare Ziel formuliert: Allen in der Schweiz lebenden Menschen mit einer Krebserkrankung sowie deren Angehörigen soll ein professionelles und bedarfsgerechtes Angebot an psychosozialer Betreuung zur Verfügung stehen.

Die Erwähnung der Angehörigen ist dabei zentral. Etwa die Hälfte seiner Patientinnen und Patienten komme in Begleitung von Partnerin oder Partner zum Gespräch, sagt Psychoonkologe Ruedi Schweizer. Dies sei umso wichtiger, weil Befragungen zeigten, dass die Angehörigen oft sogar stärker von Ängsten im Zusammenhang mit der Krebserkrankung belastet seien als die Betroffenen selber.

Steigende Zahl Cancer Survivors

Wichtig ist aus der Sicht von Schweizer zudem, das psychische Befinden nicht nur einmal, sondern im Laufe der Behandlung regelmässig anzusprechen. Dank besserer Therapien werde Krebs immer öfter zu einer chronischen Krankheit und die Zahl der Cancer Survivors steige. Diese leben nach der akuten Behandlungsphase vielleicht noch Jahrzehnte – begleitet von Fragen wie: Bin ich noch Patient oder gesund? Wird der Krebs zurückkommen? Wie kann ich mich sozial und beruflich wieder integrieren? «Gerade in der Phase der Rehabilitation und bei Cancer Survivors sollte der psychoonkologischen Versorgung noch mehr Beachtung geschenkt werden», so Schweizer.

Dass die Psychoonkologie an Bedeutung zunimmt, ist auch die Erfahrung der Krebsliga Schweiz. Dies zeige sich im steigenden Interesse an Weiterbildung (vgl. Kasten) wie auch am Beratungsbedarf. «Wichtig ist, die Psychoonkologie

CAS Psychoonkologie

Das Universitätsspital Basel bietet gemeinsam mit der Krebsliga Schweiz einen interdisziplinären CAS in Psychoonkologie (Certificate of Advanced Studies) an. Es ist das einzige umfassende Weiterbildungsangebot in Psychoonkologie in der Schweiz und richtet sich insbesondere an Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich – auch an Ärztinnen und Ärzte. Ab Januar 2023 bieten auch Universität Lausanne/CHUV und Krebsliga einen CAS Psychoonkologie an. Mehr Infos: www.krebsliga.ch/beratung-unterstuetzung/fachpersonen/weiterbildungen/psychoonkologie/certificate-of-advanced-studies-in-psychoonkologie



© Spital Zollikoberg

«Studien zeigen, dass für 20 bis 30 Prozent der Betroffenen eine psychoonkologische Begleitung sinnvoll wäre», sagt Psychiater Ruedi Schweizer.

weiter zu professionalisieren und auch die entsprechende Forschung zu stärken», sagt Stefanie de Borba, Mediensprecherin der Krebsliga Schweiz. Auch die Krebsliga stellt einen

«Ganz wichtig wäre, dass sich Hausärztinnen und Hausärzte mit uns vernetzen und das psychoonkologische Angebot in ihrer Region kennen.»

ungedeckten Bedarf an psychoonkologischer Therapie und Begleitung insbesondere abseits der Zentrumsspitäler fest. Insgesamt müssten mehr entsprechende Stellen geschaffen werden – und in die Teams der onkologischen Behandlung eingebunden sein.

Mehr Integration der Psychoonkologie in die Behandlungsteams wünscht sich auch Ruedi Schweizer. Und: «Ganz wichtig wäre, dass sich Hausärztinnen und Hausärzte mit uns vernetzen und das psychoonkologische Angebot in ihrer Region kennen.»

Verschobene Ziellinie

Auch Nicole Cornu beschäftigt als «Cancer Survivor» das Thema Krebs und seine Auswirkungen weiter. Der Tumor ist zwar nicht mehr nachweisbar. Aber die Entfernung der

Lymphknoten verursacht Lymphödeme und macht sie infektionsanfällig: «Es ist, als ob sich nach eineinhalb Jahren Therapiemarathon plötzlich beim Endspurt die Ziellinie verschiebt. Das ist heftig.» Deshalb will sie weitere psychoonkologische Unterstützung in Anspruch nehmen. Gleichzeitig macht sie ihre Erfahrungen als Krebsbetroffene bewusst anderen Menschen zugänglich, etwa über soziale Medien. «Als ich die Diagnose erhielt, kannte ich keine einzige Mitbetroffene, mit der ich mich über Gebärmutterhalskrebs hätte austauschen können. Umso mehr will ich meine Erfahrung teilen, um für andere Betroffene bei Bedarf Ansprechperson zu sein.»

Ein Anliegen, das Psychoonkologe Ruedi Schweizer nur unterstützen kann. «Mit Selbsthilfegruppen und Peers, die ihre Erfahrungen in Blogs und auf YouTube öffentlich machen, ist in den vergangenen Jahren eine kreative Bewegung entstanden, die andere Patientinnen und Patienten unterstützt. Das ist sehr wertvoll, denn niemand ist mehr Experte und Expertin als die Betroffenen selber.»



Literatur

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

In memoriam Rainer Martin Kaelin (1948–2022)

Nachruf Der engagierte Pneumologe Rainer Martin Kaelin hat sich sein Leben lang für die Entwicklung von Sauerstofftherapien und häuslicher Beatmung in der Schweiz eingesetzt. Seine Weggefährten nehmen Abschied von ihm.

Am 15. August 2022 ist Dr. med. Rainer Martin Kaelin nach beherztem Kampf gegen die Krankheit von uns gegangen. Seine Kindheit verbrachte er in Münchenstein (BL), danach besuchte er die Stiftsschule der Benediktinerabtei Einsiedeln – ein Ambiente, das ihn mit einer nie versiegenden Begeisterung für die höchsten geistigen Errungenschaften in den Bereichen Kunst, Literatur und Philosophie erfüllte. Er studierte zunächst Medizin in Basel und dann Innere Medizin bei Professor Alex F. Müller in Genf. Anschliessend spezialisierte er sich auf Pneumologie in Genf und Boston, wo ihn namentlich die Lehre von Dr. med. Gordon L. Snider prägte.

Ein Herz für die Pneumologie

Nach seiner Rückkehr in die Schweiz wirkte er zusammen mit seinem Freund und Kollegen Professor Jean-Marie Tschopp an der Modernisierung des Walliser Zentrums für Pneumologie in Crans-Montana mit. Er war Autor von rund fünfzehn Publikationen in internationalen Fachzeitschriften und setzte sich nachdrücklich für die Entwicklung der Sauerstofftherapie und der häuslichen Beatmung in der Schweiz sowie für die therapeutische Aufklärung von Patientinnen und Patienten mit Asthma oder chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) ein, ein damals gänzlich neuartiger Ansatz. Im Jahr 1986 eröffnete er seine Praxis für Pneumologie in Morges, wo er, von seinen Patientinnen und Patienten äusserst geschätzt, bis 2015 praktizierte.

Einsatz gegen den Tabakkonsum

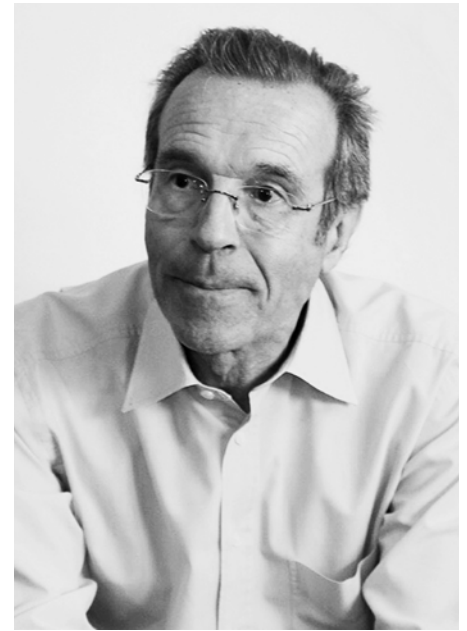
Für Rainer Kaelin waren die Medizin und ein starkes soziales und politisches Engagement un-

trennbar miteinander verbunden. Von 1999 bis 2005 wirkte er als Vizepräsident der Lungenliga Schweiz, nachdem er lange Zeit Vorstandsmitglied der Lungenliga Schweiz sowie Vorstandsmitglied der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie gewesen war. Sein eigentlicher Kampf galt jedoch der Zigarette. Er war überzeugt davon, dass die traditionelle schweizerische Konsenspolitik in diesem Bereich an ihre Grenzen kam, und fand es unhaltbar, dass unser Land bei den Einschränkungen und Verboten der Tabakwerbung in Europa das Schlusslicht bildete.

In seinen zahlreichen Artikeln und Briefen in der *Schweizerische Ärztezeitung*, aber auch in den Medien, von der *Neue Zürcher Zeitung* bis zur Tageszeitung *24 heures* fiel er durch seine kompromisslosen Stellungnahmen und seinen polemischen Stil auf, der sicherlich nicht überall auf Wohlwollen stiess. Rainer

Hinter dem Kämpfer steckte ein warmherziger, offener und hochgebildeter Mann.

Kaelin war unbequem, und er hat sich damit auch Feinde gemacht. Einer seiner letzten Erfolge war wohl der Sieg der Initiative gegen Tabakwerbung in der Volksabstimmung vom 13. Februar 2022. Eine geschichtliche Abhandlung über den Kampf gegen das Rauchen in der Schweiz, an der er gerade arbeitete, blieb unvollendet, da die Krankheit ihm keine Zeit mehr liess.



Dr. med. Rainer Martin Kaelin.

Hinter diesem Kämpfer – das soll nicht vergessen werden – steckte ein warmherziger, freundlicher, stets für den Gedankenaustausch offener und hochgebildeter Mann. Rainer Kaelin hinterlässt eine Lücke und grosse Trauer in seinem Freundes- und Kollegenkreis. Man wird dort sein Andenken bewahren als das eines Arztes von tiefer Menschlichkeit und Ehrlichkeit. Seiner Ehefrau, seinen Kindern und Angehörigen gilt unser aufrichtiges Mitgefühl.

*Dr. med. Jean Georges Frey
Ehemaliger stellvertretender ärztlicher Direktor des Walliser Zentrums für Pneumologie*

*Dr. med. Werner Karrer
Ehemaliger ärztlicher Direktor der Luzerner Höhenklinik Montana*

*Prof. Dr. med. Thierry Rochat
Ehemaliger Leiter der Abteilung für Pneumologie des Universitätsspitals Genf*

Briefe an die Redaktion

Wollen Kranke Kunden sein?

Die Krankenkassenprämien werden wie die Strompreise steigen. Santésuisse profiliert sich mit «politischen Forderungen». Vor nicht allzu langer Zeit waren Krankenkassen Genossenschaften, wie die «Eid-Genossenschaft», nur der Solidarität verpflichtet, für ihre kranken Mitglieder. Die «Christlich Soziale Krankenkasse» CSS hat immerhin noch ihren zweckdienlichen Namen behalten. Der Samariter aus der Bibel sagt klar, was für alle Sozialversicherungen gelten sollte.

Erbrachte Leistungen der Landärzte bezahlen sie nur, wenn diese ihnen so passen, – bis es keine mehr hat. Ihre für teures Geld angeworbenen und in teuren Liegenschaften betreuten Kunden können ja auch in die Apotheke oder ins Spital gehen, wenn sie krank werden, sofern sie noch gehen können. Wenn sie bereits krank sind, sollen sie die Kasse wechseln.

Schlechte Risiken sind marktwirtschaftlich nicht interessant. Fragen Sie Ihre Kasse, warum sie für die Werbung und Verwaltung wie viel von ihren Prämien ausgibt.

In unserer Gesundheitspolitik ist Werbung somit ein toxischer Algorithmus. Wachstum und Sparen ist ökonomisch nur auf Kosten Schwacher möglich. Dies aber widerspricht der Solidarität.

Früher sagte man bei Fehleinschätzungen nur, da hat sich jemand verrechnet. Heute hat man erkannt, dass manche sich mit Absicht so ein bisschen verrechnen. Einige tun dies, um mehr Geld zu ergattern, andere aus machtpolitischen Gründen. Ein wenig Narzissmus ist wohl für aussergewöhnlich hart arbeitende Menschen wie Politiker und Wissenschaftler notwendig, zu viel ist aber gefährlich für ein Volk (Putin, Trump)!

Natürlich könnte man die Kopfprämien der Krankenkassen beträchtlich senken, wenn arbeitsmedizinische Aspekte korrekt akzeptiert würden. COVID-Infektionen bei und wegen der Arbeit kann der Bundesrat in eigener Kompetenz als Berufskrankheit anerkennen. Die Finanzierung von Long COVID und die Prophylaxe (zum Beispiel Masken, Impfungen) wäre so ohne kantonale Unterschiede gleich und besser finanziert.

Dr. med. Markus Gassner, Landarzt, Grabs

Reaktion auf das neue Magazin

Zwei Zeitungen in einer vereint erhielten wir vor einigen Tagen. Es soll ein Neuanfang sein.

Wir hielten das Heft überrascht in den Händen. Es erstrahlte in den Farben der Ukraine. Bald erkannten wir, dass nicht diese gemeint war.

Dann blätterten wir wie gewohnt von hinten nach vorne. Die Enttäuschung war riesig, als der Cartoon fehlte.

Wir blätterten weiter, und es erschien eine Reklame zum Swiss Health Web, der umfangreichsten Ärzteplattform der Schweiz. Ganz viele Themen will das neue Heft abdecken, und um modern und *up to date* zu sein, spart es nicht mit englischen Vokabeln. Man studiert also das Diagramm und fragt sich: Wo ist die geistreiche Unterhaltung wie bisher in «Horizonte» oder «Zu guter Letzt»?

Jene hatten das Heft aufgeheilt, ohne die berufspolitischen und medizinischen Inhalte zu verdrängen, und machten Freude.

Viele Kollegen genau wie ich haben bisher nach einem arbeitsreichen Tag neugierig die letzte Seite der SÄZ aufgeschlagen und die wunderbaren Karikaturen schmunzelnd genossen. Jetzt sind sie verschwunden.

Esther Schumacher, Wettenberg (D)

Replik auf «Reaktion auf das neue Magazin»

Sehr geehrte Frau Schumacher

Vielen Dank fürs aufmerksame Lesen der neugestalteten Schweizerischen Ärztezeitung. Wir freuen uns, dass Sie Ihre Lieblingsrubriken hatten und bieten Ihnen gerne weiterhin eine geistreiche Lektüre. Eine Illustration, die das Wesentliche in nur einem Bild darstellt,

finden Sie nun in unserer Rubrik «Praxistipp». Unser Illustrator bebildert dort Woche für Woche die dort erscheinenden Texte individuell.

In unserem «Forum» lesen Sie Geistreiches aus der Feder der Ärzteschaft und im «Zu guter Letzt» erwarten Sie wie gewohnt die Gedanken von Medizinerinnen und Medizinern zu Themen rund um den Arztberuf.

Wir wünschen Ihnen nach wie vor eine anregende Lektüre.

Eva Mell, Stellvertretende Chefredaktorin der Schweizerischen Ärztezeitung

Briefe einreichen

Briefe an die Redaktion reichen Sie online ein unter:

saez.ch/de/publizieren/leserbrief-einreichen

Mitteilungen

SGGG-Bayer-Forschungs-Grant für Nachwuchsforschende

Die Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG) schreibt zum dritten Mal den SGGG-Bayer-Forschungs-Grant aus. Der Grant ist mit 80 000 CHF dotiert und wird alle zwei Jahre vergeben. Er richtet sich an Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz, welche sich in Weiterbildung zum Facharzt/Gynäkologie und Geburtshilfe befinden oder diesen bereits haben und eine wissenschaftliche / akademische Karriere anstreben. Sie sollen das 40. Altersjahr noch nicht überschritten und sich bereits durch wissenschaftliche Leistungen (Nachweis bereits erbrachter Leistungen in der Forschung) ausgezeichnet haben. Bereits Habilitierte sind nicht zugelassen.

Dieser Forschungs-Grant soll explizit für die Förderung einzelner Personen eingesetzt werden und diesen ermöglichen, Freiräume für die eigene Forschungstätigkeit zu schaffen. Er ist daher nicht als Projektförderung gedacht.

Der vollständige Ausschreibungstext und das Gesuchsformular sind unter www.sggg.ch abrufbar.

Der Antrag muss bis am 11. März 2023 beim Jurypräsidenten des SGGG-Bayer Grants, Prof. Dr. med. René Hornung, Chefarzt Frauenklinik, Kantonsspital St. Gallen, [rene-hornung\[at\]kssg.ch](mailto:rene-hornung[at]kssg.ch) eingereicht werden.

Anzeige

Paul Klee und August Macke – Kunstdrucke



Paul Klee
HAMMAMET
1914
Blattformat: 42,5 x 34 cm
CHF 99.–



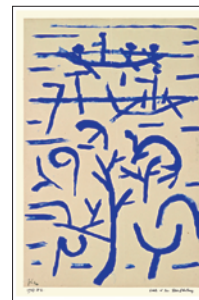
Paul Klee
SECHS ARTEN
1930
Blattformat: 67 x 49 cm
CHF 125.–



Paul Klee
ZEICHEN IN GELB
1937
Blattformat: 60 x 80 cm
CHF 140.–



Paul Klee
DIE VASE
1938
Blattformat: 60 x 80 cm
CHF 140.–



Paul Klee
BOOTE IN DER ÜBERFLUTUNG
1937
Blattformat: 50 x 70 cm
CHF 140.–

Ihre Bestellmöglichkeiten:

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

FMH



24

Revidierte Patientenverfügung der FMH ist verfügbar

Selbstbestimmung Die FMH präsentiert eine revidierte Patientenverfügung. Ab Oktober wird sie online und in Papierform zur Verfügung stehen. Sprechen Sie auch mit Ihren Patientinnen und Patienten darüber.

Kommentar: Jana Siroka



28

Off-Label-Use-Impfung und juristische Aspekte

COVID-19 Es gibt neue Impfeempfehlungen des Bundesamts für Gesundheit. Im Einzelfall könnten sie einen Off-Label-Use bedeuten. Was impfende Ärztinnen und Ärzte beachten müssen und wer bei Impfschäden haftet.

Iris Herzog-Zwitter



32

Neue Patientenverfügung FMH

Revision Jede Person kann unerwartet aufgrund eines Unfalls oder eines medizinischen Eingriffs in eine Situation geraten, in der sie sich nicht zu den medizinischen Massnahmen äussern kann. Für eine solche Situation ist eine Patientenverfügung von grosser Bedeutung. Die FMH revidierte ihre Vorlagen und stellt eine neue Kurz- und Langversion zur Verfügung.

Caroline Hartmann

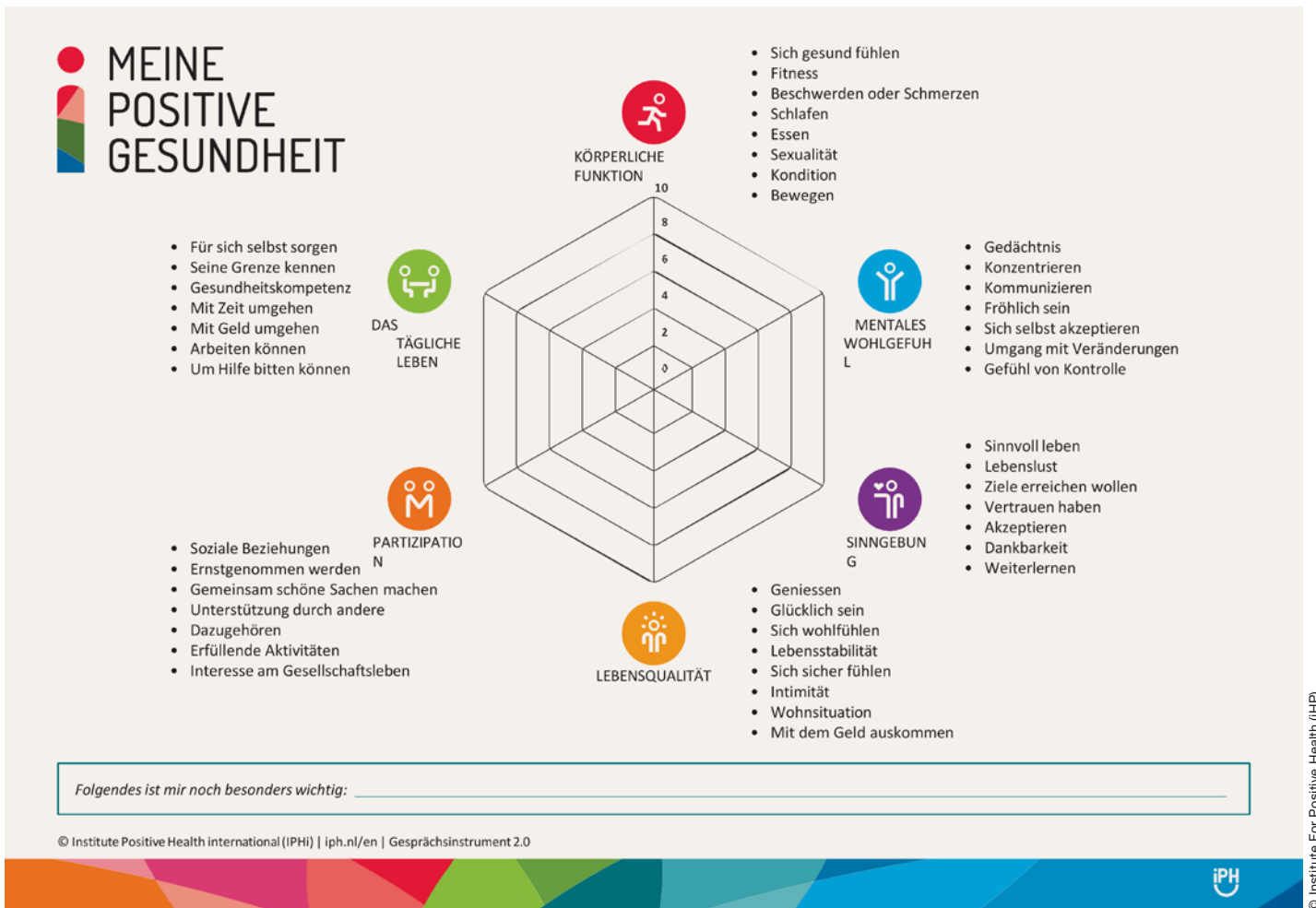


Abbildung eines ganzheitlichen Gesundheitsbegriffs mit sechs Dimensionen.

Revidierte Patientenverfügung der FMH ist verfügbar

Selbstbestimmung Die FMH präsentiert eine revidierte Patientenverfügung. Ab Oktober wird sie online und in Papierform zur Verfügung stehen. Sprechen Sie auch mit Ihren Patientinnen und Patienten darüber.



Jana Siroka
Dr. med., Mitglied des FMH-Zentralvorstandes und Departementsverantwortliche Stationäre Versorgung und Tarife

Als Ärztinnen und Ärzte erleben wir immer wieder kritische Situationen, in denen rasch Entscheidungen getroffen werden müssen – oft auf Basis weniger Informationen. Je kritischer die Situation der Patientin oder des Patienten ist, desto rascher muss die Entscheidung erfolgen. Leider ist es dabei gleichzeitig oft so, dass die betroffene Person zu ihren Wünschen oder ihrem Willen nicht mehr klar Auskunft geben kann. Somit ist sie rechtlich gesehen urteils-

unfähig und wir als medizinisches Fachpersonal müssen gemäss dem mutmasslichen Willen für sie entscheiden.

Orientierung in Notsituationen

Ich erinnere mich zum Beispiel an Herrn P., den ich vor einigen Jahren auf der Intensivstation im Universitätsspital Zürich im Endstadium einer schweren Lungenerkrankung kennenlernte. Er war lungentransplantiert und litt unter grösster Atemnot. Ich habe

mühsam versucht, ihn unter seiner Full-Face-Maske zu fragen, ob er intubiert werden will oder nicht, falls sich sein Zustand weiter

In einer Notsituation ist die Patientenverfügung eine unschätzbare Hilfe.

verschlechtern sollte. Nach einer Weile musste ich einsehen, dass dieser Versuch vergeblich war. Herr P. verstand mich unter seiner Maske und nach Luft ringend nicht mehr. Herr P. hatte keine Patientenverfügung hinterlegt. Ich bedauerte dies sehr, denn es hätte mir und dem gesamten Team schwierige Entscheidungen abgenommen. Natürlich versuchen wir in solchen Situationen mit Angehörigen oder vorbehandelnden Ärztinnen oder Ärzten zu sprechen. Doch manchmal reicht dafür die Zeit nicht oder es ist Wochenende, mitten in der Nacht, und wir können niemanden erreichen.

Nutzen Sie die Patientenverfügung

In diesen Situationen ist eine Patientenverfügung eine unschätzbare Hilfe. In der Schweiz bieten diverse Organisationen eine solche an. Die bestehende Patientenverfügung der FMH ist seit vielen Jahren schweizweit die am häufigsten genutzte. In einem zweijährigen Prozess wurde sie mithilfe einer breit abgestützten Arbeitsgruppe von Expertinnen und Experten aus den Bereichen Intensiv- und Palliativmedizin, Intensiv- und Palliativpflege, Hausarztmedizin, Psychiatrie, Anästhesie und Notfallmedizin sowie der Rechtsabteilung und Experten und Expertinnen aus dem Bereich Advance Care Planning überarbeitet. Dabei wurden nicht nur neueste wissenschaftliche Erkenntnisse auf diesem Gebiet berücksichtigt, es wurde zudem Wert darauf gelegt, dass die überarbeitete Version im Einklang steht mit den auf nationaler Ebene laufenden Bestrebungen zur Entwicklung der gesundheitlichen Vorausplanung. Schauen Sie sich die neuen Versionen der Patientenverfügung an. Und noch wichtiger: Füllen Sie sie aus! Für sich selbst. Geben Sie die Patientenverfügung auch Ihren Angehörigen und Ihren Patientinnen und Patienten ab. Wir als medizinisches Fachpersonal sollten sie zudem mit unseren Patientinnen und Patienten besprechen. Für die FMH ist zentral, dass alle Bürgerinnen und Bürger die Patientenverfügung allein ausfüllen können, wir wissen jedoch, dass die Beratung durch eine Fachperson ausschlaggebend sein kann, um gut informiert die passende Entscheidung zu fällen – und diese mit dem Kreuzchen am richtigen Ort zu dokumentieren.

Denn diese Kreuzchen haben weitreichende Folgen. Sobald das Dokument signiert und datiert ist, ist es rechtsgültig und verpflichtet uns, im Notfall danach zu handeln.

Individuelle Wertehaltung festhalten

In einer pluralen Gesellschaft ist die Haltung des Individuums zunehmend wichtig. Daher wird der Wertehaltung in der überarbeiteten Patientenverfügung der FMH sowohl in der ausführlichen Version wie auch in der Kurzversion ein besonderes Gewicht beigemessen. Eine Erklärung zu den eigenen Werten kann jede Person geben. Uns Behandelnden hilft eine Werteerklärung, unsere Patientinnen und Patienten besser kennenzulernen, ihren Willen einzuschätzen und in konkrete medizinische Massnahmen zu übersetzen. Neben einer Pluralität in der Gesellschaft erleben wir

Füllen Sie die Patientenverfügung selbst aus und geben Sie diese auch Ihren Patienten zum Ausfüllen ab.

auch eine zunehmende Vielfalt an medizinischen Behandlungs- und Handlungsmöglichkeiten, auch wenn es um den Einsatz oder das Unterlassen von lebensverlängernden Massnahmen geht. Die revidierte Patientenverfügung der FMH berücksichtigt dies, indem in einer ausführlichen Wegleitung die einzelnen Massnahmen detailliert und doch verständlich erläutert werden. Für medizinische Laien ist es schwierig, sich vorzustellen, wie eine Reanimation abläuft – es ist nicht wie im Kinofilm – oder wie die Chancen sind, mit wiederhergestellter Gesundheit eine kritische Notfallsituation zu überstehen. Auch wie es auf einer Intensivstation aussieht oder welche Behandlungen dort zur Anwendung kommen, ist schwer vorstellbar. Die differenzierte Festlegung eines Behandlungsziels wird dazu beitragen, dass der Wille der verfügenden Person unmissverständlich in die von ihr gewünschten Behandlungsmassnahmen übertragen wird.

Wunsch nach Selbstbestimmung

Immer deutlicher fordern Bürgerinnen und Bürger auch in medizinischen Belangen als oberste Maxime das Recht auf Selbstbestimmung und Selbstmanagement. Auf Augenhöhe mit medizinischem Fachpersonal möchten sie, was ihre eigene Gesundheit anbelangt, Verantwortung tragen. Ich kann sie verstehen. Denn auch mir geht es so. Gewiss benötigen wir alle in gewissen Situationen die Beratung des entsprechenden

medizinischen Fachpersonals. Die Entscheidung über die Richtung wollen wir jedoch selber treffen. Die Revision der Patientenverfügung der FMH trägt diesem gesellschaftlichen Wandel Rechnung. Den Wunsch nach Selbstbestimmung erlebe ich als Ärztin vermehrt auf jeder Visite und in vielen Begegnungen. Und ich bin froh darüber. Denn gemeinsam mit selbstbestimmten Patientinnen und Patienten, die Selbstmanagement positiv verstehen, können wir sinnvoll und nachhaltig geeignete Therapieformen oder Behandlungen festlegen.

Ganzheitliche Gesundheit

In Holland ist man mit dem wissenschaftlich fundierten und gezielten Erfassen der patientenzentrierten Sicht auf Gesundheit und Werte schon weiter. Im «Institute For Positive Health» hat das Team um Frau Dr. Machteld Huber nach 30 Jahren Forschung zu einem umfassenderen und patientenzentrierten Gesundheitsbegriff ein Spinnennetz-Diagramm mit sechs relevanten Dimensionen entwickelt: körperliche Funktionen, mentales Wohlbefühl, Sinnggebung, Lebensqualität, Partizipation und tägliches Leben. Das Diagramm stellt einen Spiegel dar, wie wir über uns selbst und unser Wohlergehen in den unterschiedlichen Dimensionen nachdenken und wo wir selbst unseren Schwerpunkt für Verbesserungen setzen. Es geht dabei nicht darum, was die Patientin oder der Patient in den Augen der Ärzteschaft, Gesundheitsökonominnen, Versicherer und Politiker tun soll, sondern darum, was sie oder er selbst tun will. Mit dieser visuellen Darstellung der Gesundheit im ganzheitli-

Die Revision trägt dem Wunsch nach Selbstbestimmung Rechnung.

chen Sinne können behandelnde Gesundheitsfachpersonen rasch einen Überblick gewinnen, wo die Präferenzen, Probleme und Ressourcen liegen und was aus Patiententoptik angepackt werden soll. Das Instrument dient dazu, in einer ergebnisoffenen Begegnung den mutmasslichen Willen unserer Patientinnen und Patienten zu erfassen, ihnen beratend zur Seite zu stehen und sie entsprechend zu begleiten. In diesem Kontext der Selbstbestimmung sehe ich auch die revidierte Patientenverfügung FMH als Instrument bei Urteilsunfähigkeit den eigenen Willen kundzutun, damit wir im Sinne unserer Patientinnen und Patienten handeln können.



Vor der Impfung muss die Aufklärung der Patientinnen und Patienten erfolgen.

Off-Label-Use-Impfung und juristische Aspekte

COVID-19 Es gibt neue Impfempfehlungen des Bundesamts für Gesundheit. Im Einzelfall könnten sie einen Off-Label-Use bedeuten. Was impfende Ärztinnen und Ärzte beachten müssen und wer bei Impfschäden haftet.

Iris Herzog-Zwitter

Dr. iur., Rechtsdienst der FMH

Das Bundesamt für Gesundheit hat aktuell eine neue Impfempfehlung publiziert, die ab dem 10. Oktober 2022 gültig ist. **«Hauptziel der Auffrischung gegen COVID-19 im Herbst 2022 ist es, besonders gefährdete Personen (BGP), die ein hohes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf haben, vor schweren COVID-19-Erkrankungen und deren Komplikationen zu schützen.** Die Impfung bietet diesen Personen vorübergehend einen verbesserten individuellen Schutz vor schwerer Erkrankung, insbesondere in einer Phase mit hoher Virusausbreitung.» [1]

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob es sich im Einzelfall um eine Off-Label-Use-Impfung [1] handelt, die zum Beispiel dann gegeben ist, wenn einer ungeimpften Person eine Auffrischungsimpfung mit bivalentem Impfstoff verabreicht wird.

Was ist für impfende Ärztinnen und Ärzte bei einer Abgabe einer Off-Label-Use-Impfung zu beachten?

Haftung bei Impfschäden

Grundsätzlich kommen bei Impfschäden als Haftungssubjekte einerseits der Produktheersteller und andererseits die impfende Ärztin beziehungsweise der impfende Arzt in Frage – subsidiär die Haftung des Bundes im Rahmen der Ausfallhaftung.

Eine Entschädigung durch den Bund an geschädigte Personen kommt für Impfschäden nur in Betracht, wenn diese behördlich angeordnet oder behördlich empfohlen ist (Art. 64 Abs. 1 EpG). Eine Entschädigung wird nur dann gewährt, soweit der Schaden mit zumutbaren Bemühungen nicht anderweitig gedeckt werden kann («subsidiäre Haftung oder Ausfallhaftung»).

Rechtliches bei Off-Label-Use

«Der Einsatz von Medikamenten im Off-Label-Use ist nicht per se unzulässig.» [2]

Die Ärztin beziehungsweise der Arzt hat lege artis dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft die Off-Label-Use-Imp-

Zur Sorgfaltspflicht gehört die lege artis Behandlung sowie die ärztliche Aufklärung und Dokumentation.

fung durchzuführen. Zur ärztlichen Sorgfaltspflicht gehört die lege artis Behandlung, die ärztliche Aufklärung und die ärztliche Dokumentation. Nur dann, wenn die Sorgfaltspflicht verletzt wurde und die übrigen Haftungs Voraussetzungen erfüllt sind (namentlich Vertragsverletzung, Kausalzusammenhang, Verschulden), kann die impfende Medizinalperson haftbar gemacht werden.

Sorgfaltspflicht der Impfenden

Die heilmittelrechtlichen Sorgfaltspflichten sind in Art. 3 und Art. 26 HMG verankert. Art. 3 HMG statuiert für den Umgang mit Heilmitteln eine allgemeine Sorgfaltspflicht, wonach alle Massnahmen getroffen werden müssen, die nach dem Stand von Wissenschaft und Technik erforderlich sind, damit die Gesundheit nicht gefährdet wird. In Art. 26 Abs. 1 HMG wird die allgemeine Sorgfaltspflicht bei der Verschreibung und der Abgabe von Arzneimitteln konkretisiert: Bei der Verschreibung und der Abgabe von Arzneimitteln müssen die anerkannten Regeln der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaften beachtet werden [3].

Die Rechtsprechung hat den Begriff der ärztlichen Sorgfalt mittels Leiturteilen präzisiert. Demnach steht der Ärztin oder dem Arzt sowohl in der Diagnose wie auch in der Bestimmung therapeutischer oder anderer Massnahmen nach dem objektiven Wissensstand oftmals ein Entscheidungsspielraum zu, die ihr beziehungsweise ihm eine Auswahl unter verschiedenen in Betracht fallenden Möglichkeiten einräumt. «Sich für das eine oder das andere zu entscheiden, fällt in das pflichtgemässe Ermessen des Arztes, ohne dass er zur Verantwortung gezogen werden könnte, wenn er bei einer Beurteilung ex post nicht die objektiv beste Lösung gefunden hat. Eine Pflichtverletzung ist daher nur dort gegeben, wo eine Diagnose, eine Therapie oder ein sonstiges ärztliches Vorgehen nach dem allgemeinen fachlichen Wissensstand nicht mehr als vertretbar erscheint und damit ausserhalb der objektivierten ärztlichen Kunst steht.» [4]

Die vom Bundesgericht definierten Anforderungen an die ärztliche Sorgfaltspflicht sehen vor, dass zwar «der Arzt mit seinem Wissen und Können auf einen erwünschten Erfolg hinzuwirken hat, was aber nicht heisst, dass er diesen auch herbeiführen oder gar garantieren müsse».

Zudem richten sich die Anforderungen an die ärztliche Sorgfalt «nach den Umständen des Einzelfalles».

Zudem richten sich die Anforderungen an die ärztliche Sorgfalt «nach den Umständen des Einzelfalles, namentlich nach der Art des Eingriffs oder der Behandlung, den damit verbundenen Risiken, dem Ermessensspielraum, den



© Mufid Manjun / Unsplash

Auch die Kostenübernahme muss mit dem Patienten oder der Patientin besprochen werden.

Mitteln und der Zeit, die dem Arzt im einzelnen Fall zur Verfügung stehen, sowie nach dessen Ausbildung und Leistungsfähigkeit» [5]. Im

Massgebend ist, was medizinisch geboten ist und was dem medizinischen Standard zum Zeitpunkt der Behandlung entspricht.

Einzelfall kann ein Behandlungsfehler sogar vorliegen, wenn eine indizierte Off-Label-Use-Behandlung nicht vorgenommen wird. Massgebend ist, was medizinisch geboten ist und was dem medizinischen Standard zum Zeitpunkt der Behandlung entspricht.

Ärztliche Aufklärungspflicht

Die Aufklärung wird seitens Rechtsprechung und Lehre in drei Kategorien unterteilt: in die Eingriffsaufklärung, die Sicherheitsaufklärung und die wirtschaftliche Aufklärung. Wichtig zu wissen ist, dass die Anforderungen an die Aufklärungspflichten an die Ärztin oder den Arzt bei der Durchführung einer Off-Label-Use-Impfung erhöht sind.

a) Eingriffs- beziehungsweise Selbstbestimmungsaufklärung

Bei der Eingriffsaufklärung, auch Selbstbestimmungsaufklärung genannt, ist der Patient so aufzuklären, dass dieser in Wahrnehmung seines Selbstbestimmungsrechtes entscheiden

kann, ob dieser dem Behandlungsvorgang im Off-Label-Use eines Medikamentes oder einer Impfung zustimmen kann. Die Eingriffsbeziehungsweise Selbstbestimmungsaufklärung ist die Grundlage für eine rechtsgültige Patienteneinwilligung. Es geht hier darum, dass die Patientin oder der Patient verstanden hat, um welchen Eingriff es sich handelt und welche Folgen damit verbunden sind. Impfungen sind aus juristischer Sicht ein Eingriff in die körperliche Integrität des Patienten. Mittels rechtsgültiger Zustimmung durch die Patientin oder den Patienten ist der Behandlungsvorgang nach erfolgter Aufklärung rechtmässig. Durch die ärztliche Aufklärung wird die erforderliche Entscheidungsgrundlage geschaffen, damit die Patientin oder der Patient in Ausübung des Selbstbestimmungsrechtes einen sogenannten «informed consent» erteilen kann.

Die Ärztin hat mit dem Patienten im Rahmen eines Gesprächs zu klären, ob aufgrund der konkreten Umstände eine Impfung im Off-Label-Use medizinisch notwendig und sinnvoll ist. Ein Off-Label-Use muss sorgfältig abgewogen und dem Patienten erklärt werden, insbesondere muss der Patient auf die gesteigerten Risiken hingewiesen werden.

Bei einer Off-Label-Use-Impfung muss der Arzt die Patientin dem Einzelfall gerecht gründlich aufklären. Vor der Behandlung muss die Patientin darüber aufgeklärt werden, dass es sich um einen Off-Label-Use des Medikamentes beziehungsweise der Impfung mit möglicherweise gesteigerten Risiken handelt. Insbesondere bedarf es der Offenlegung inklusive der medizi-

nisch indizierten Gründe, warum Off-Label-Use hier indiziert ist. Bei einer Impfung im Off-Label-Use muss somit über die Impfung, den Umstand des Off-Label-Use und – im Einzelfall – über den für die Patientin bedeutenden Nutzen sowie die Risiken informiert werden.

Die Aufklärung umfasst daher sowohl häufig auftretende als auch seltene Risiken, sofern diese bekannt sind und schwere Folgen haben können. Es ist über potenziell unbekannt Risiken und ihre Verläufe je nach Schweregrad hinzuweisen. Letztendlich ist jeder Fall eine individuelle Abwägung, also ein Einzelfall.

Zur Aufklärung gehört aber auch, die Patientin oder den Patienten über alternative Behandlungen sowie die ohne die Therapie

Die Ärztin oder der Arzt hat über die fehlende Kostenübernahme durch die Krankenkasse, Bund und Kanton aufzuklären.

beziehungsweise Impfung zu erwartenden Risiken aufzuklären. Zudem muss die impfende Person der Patientin oder dem Patienten die wesentlichen Informationen gemäss Fachinformation vermitteln. Die Patientin oder der Patient muss über noch nicht in der Fachinformation enthaltene, aber wissenschaftlich nachgewiesene Nutzen und Risiken informiert werden.

Die haftpflichtrechtliche Verantwortung für die durchgeführte Aufklärung liegt bei der

impfenden Ärztin beziehungsweise dem impfenden Arzt. Falls der Patient nicht ordnungsgemäss aufgeklärt wurde, steht aber der behandelnden Ärztin der Einwand offen, dass der Patient – auch wenn eine ordnungsgemässe Aufklärung stattgefunden hätte – ohnehin der Behandlung beziehungsweise der Off-Label-Use-Impfung zugestimmt hätte.

b) Sicherungsaufklärung

Bei der Sicherungsaufklärung (auch therapeutische Aufklärung genannt) geht es darum, die Patientin über das situationsgerechte Verhalten nach der Off-Label-Use-Impfung zu informieren, wie zum Beispiel über Neben- sowie Wechselwirkungen von Medikamenten, Einschränkungen der Fahrtauglichkeit, ihr erforderliches Mitwirken. Bei der Sicherungsaufklärung, die bei Verletzung einem Behandlungsfehler gleichkommt, hat die Patientin die Beweislast zu tragen, dass die Sicherungsaufklärung nicht ordnungsgemäss erfolgt ist.

c) Wirtschaftliche Aufklärung

Zur wirtschaftlichen Aufklärung hat das Bundesgericht in einem Leiturteil aus dem Jahre 1993 BGE 119 II 456, das nach wie vor

Gültigkeit hat, die Vorgaben dazu konkretisiert. Im Rahmen der wirtschaftlichen Aufklärung, die insbesondere im Off-Label-Use eine wichtige Rolle spielt, hat die Ärztin oder der Arzt über die fehlende Kostenübernahme durch die Krankenkasse beziehungsweise Kostenübernahme durch Bund und Kanton aufzuklären [6].

Dokumentationspflicht

Die ärztliche Dokumentation, insbesondere die sorgfältige Dokumentation des Gesprächsinhaltes, ist aus beweisrechtlichen Gründen von wichtiger Bedeutung. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung müsse aufgezeichnet werden, was aus medizinischer Sicht notwendig und üblich ist. Die Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit der Aufzeichnungen sind die massgebenden Kriterien. Insbesondere bei Impfungen im Off-Label-Use ist die impfende Ärztin beziehungsweise der impfende Arzt gut beraten, das Aufklärungsgespräch zu dokumentieren.

Berufshaftpflichtversicherung

Betreffend der Vornahme von Off-Label-Use-Behandlungen ist mit der Berufshaftpflicht-

versicherung abzuklären, ob diese Behandlungen durch die Police gedeckt sind.

Zusammenfassung

Off-Label-Use eines Impfstoffes ist grundsätzlich zulässig. Es kommen die allgemeinen Haftungsregeln zur Anwendung. Die impfende Ärztin beziehungsweise der impfende Arzt hat die ärztliche Sorgfaltspflicht zu erfüllen und ebenso der Pflicht der ärztlichen Aufklärung und Dokumentation nachzukommen. Basierend auf der Rechtsprechung ist abzuleiten, dass die impfende Medizinalperson dem Einzelfall gerecht wird und erhöhten Aufklärungspflichten nachzukommen hat.

Korrespondenz

iris.herzog[at]fmh.ch



Literatur

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



Im Notfall müssen die Behandelnden schnell wissen, was Patientinnen und Patienten wünschen.

Neue Patientenverfügung FMH

Revision Jede Person kann unerwartet aufgrund eines Unfalls oder eines medizinischen Eingriffs in eine Situation geraten, in der sie sich nicht zu den medizinischen Massnahmen äussern kann. Für eine solche Situation ist eine Patientenverfügung von grosser Bedeutung. Die FMH revidierte ihre Vorlagen und stellt eine neue Kurzversion und ausführliche Version zur Verfügung.

Caroline Hartmann

Dr. iur. Rechtsanwältin, Stv. Leiterin Rechtsdienst, FMH

Eine Patientenverfügung kann in jedem Alter oder gesundheitlichen Zustand erstellt werden. Voraussetzung ist lediglich, dass die verfügende Person urteilsfähig ist. Die Patientenverfügung kommt immer

In einer Patientenverfügung hält man fest, wie man bei Urteilsunfähigkeit medizinisch behandelt werden möchte.

nur dann zur Anwendung, wenn die verfügende Person urteilsunfähig ist, das heisst sich nicht selbst zu medizinischen Massnahmen äussern kann. Mit der Erstellung einer Patientenverfügung wird ermöglicht, dass das Behandlungsteam den Willen der verfügenden Person kennt und die Vertretungsperson und/oder die Angehörigen im Entscheidungsprozess unterstützt werden.

Was kann geregelt werden

In einer Patientenverfügung hält man fest, wie man bei Urteilsunfähigkeit medizinisch behandelt werden möchte. Es kann festgelegt werden, welchen medizinischen Massnahmen man zustimmt oder nicht zustimmt. Das Behandlungsteam ist verpflichtet, die Wünsche für eine Behandlung zu respektieren, sofern diese medizinisch sinnvoll sind und nicht gegen gesetzliche Vorschriften verstossen.

Revision der Patientenverfügung FMH

Es hat sich gezeigt, dass die von der FMH seit mehreren Jahren zur Verfügung gestellte Kurz- und ausführliche Version der Patientenverfügung je nach Wahl von Therapieziel und Behandlungsmethode zu Widersprüchen führen kann und für die Anwender schwer verständlich ist. Eine Revision war unumgänglich.

Zusammen mit einer Expertengruppe, bestehend aus Experten und Expertinnen aus den Fachbereichen Intensiv- und Palliativmedizin, Intensiv- und Palliativpflege, Hausarztmedizin, Psychiatrie, Anästhesie und Notfall-

Eine Expertengruppe hat die FMH-Vorlagen eingehend überarbeitet.

medizin wurden die bestehenden FMH-Vorlagen eingehend diskutiert und überarbeitet. Mit einerseits Dr. iur. Caroline Hartmann, Rechtsdienst FMH und andererseits Dr. med. Jana Siroka, Mitglied des FMH-Zentralvorstandes, war auch die FMH in der Expertengruppe vertreten. Die FMH stellt wiederum eine Kurz- und ausführliche Version der Patientenverfügung zur Verfügung.

Ziele und Herausforderungen

Es stellten sich der Expertengruppe diverse

Wichtiges

- Die Patientenverfügung muss schriftlich verfasst, datiert und unterzeichnet werden.
- Eine Kopie der Patientenverfügung kann bei der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt und auch bei der Vertretungsperson hinterlegt werden.
- Empfehlenswert ist, eine Hinweiskarte auszufüllen und diese in das Portemonnaie zu legen.
- Eine Kopie der Patientenverfügung kann im elektronischen Patientendossier abgelegt werden.
- Es wird empfohlen, die Patientenverfügung alle zwei Jahre zu überprüfen. Eine Aktualisierung ist besonders dann wichtig, wenn sich die gesundheitliche Situation oder Lebensumstände verändern.

Herausforderungen. Oberstes Ziel war es, Widersprüche bei der Wahl von Therapieziel und Behandlungswunsch zu vermeiden. Das Therapieziel und die Behandlungswünsche der Patientin oder des Patienten sollen für das behandelnde Team klar erkennbar sein. Zentral ist, dass die Notfallsituation deutlich geregelt werden kann.

Die Vorlagen berücksichtigen neu alle Formen der Urteilsunfähigkeit (plötzliche, länger dauernde und bleibende Urteilsunfähigkeit) und erlauben eine Auseinandersetzung mit dem Leben und zukünftigen medizinischen Behandlungen.



Die Patientenverfügung der FMH ist eine Hilfe für Ärztinnen und Ärzte, die Behandlungswünsche Betroffener zu erkennen.

Kurz- und ausführliche Version

Sowohl in der Kurz- als auch in der ausführlichen Version hat die verfügende Person die Möglichkeit, sich zu ihrer Lebenseinstellung im Sinne einer Werteerklärung zu äussern. Dies hilft dem Behandlungsteam, die Person besser kennenzulernen.

Beide Versionen bieten die Möglichkeit, sich für das Behandlungsziel der Lebensverlängerung oder Leidenslinderung mit entsprechenden medizinischen Massnahmen zu entscheiden sowie sich zur Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symp-

tomen wie Atemnot, Angst und Übelkeit zu äussern. Die Patientenverfügung kann jeweils mit dem Entscheid zur Organspende abgeschlossen werden.

Die ausführliche Version der Patientenverfügung FMH ist modular aufgebaut.

Mit dem modularen Aufbau der ausführlichen Version der Patientenverfügung kann die verfügende Person bestimmen, wie viele Teile sie ausfüllen möchte. Der Wille kann in der ausführlichen Version detaillierter bekundet werden als in der Kurzversion, und es besteht die Möglichkeit, sich zusätzlich zur letzten Lebensphase zu äussern.

Vertretungsperson

In einer Patientenverfügung können nicht alle Situationen berücksichtigt werden. Daher ist es wichtig, eine Vertretungsperson zu bezeichnen. Die Vertretungsperson bespricht mit dem Behandlungsteam die medizinischen Massnahmen und trifft die notwendigen medizinischen

Entscheidungen. Dabei sind immer der mutmassliche Wille und die objektiven Interessen der Patientin oder des Patienten zu berücksichtigen.

Wenn keine Patientenverfügung erstellt und damit auch keine Vertretungsperson benannt wurde, kommt im Falle der Urteilsunfähigkeit hinsichtlich dem Entscheid über medizinische Massnahmen die sogenannte gesetzliche Kaskadenordnung zur Anwendung [1].

Eine fachliche Beratung zur Erstellung der Patientenverfügung wird empfohlen.

Und im Notfall?

In einer Notfallsituation kann es sein, dass lebensrettende Massnahmen eingeleitet werden müssen, bevor die Patientenverfügung gefunden und eingesehen werden kann. In solchen Fällen ergreift die Ärztin oder der Arzt medizinische Massnahmen nach dem mutmasslichen Willen und den Interessen der urteilsunfähigen Person. Sobald die Patientenverfügung vor-

Infos

- Auf der Webseite der FMH (www.fmh.ch/patientenverfuegung) finden Sie die Kurz- und ausführliche Version, wobei diese entweder ausgedruckt und handschriftlich oder digital ausgefüllt werden kann. Die Hinweiskarte ist in die Patientenverfügung integriert. Zudem finden Sie die Wegleitung
- Die Patientenverfügung kann auch in gedruckter Form als Broschüre in Deutsch oder Französisch bei der FMH bestellt werden. Ein Set umfasst die Kurzversion, die ausführliche Version und die Wegleitung.

liegt, kann das Behandlungsteam die Massnahmen an die in der Patientenverfügung geäusserten Wünschen anpassen.

Im Notfall handelt die Ärztin nach dem mutmasslichen Willen und den Interessen des Patienten.

Fachliche Beratung

Eine Patientenverfügung kann allein oder gemeinsam mit der Vertretungsperson oder den Angehörigen erstellt werden. Eine unterstützende fachliche Beratung wird empfohlen. Die Fachpersonen unterstützen den Patienten oder die Patientin dabei, die Bedeutung, Chancen und Risiken der einzelnen medizinischen Massnahmen einzuschätzen.

Wegleitung

Eine ausführliche Wegleitung, die mit den Vorlagen zur Verfügung gestellt wird, hilft den verfügenden Personen, die Kurz- oder ausführliche Version selbständig auszufüllen und sich bei Bedarf zu informieren.

Korrespondenz

caroline.hartmann[at]fmh.ch



Literatur

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

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Hans H. Walser (1920), † 23.7.2022, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,

8125 Zollikerberg

Jürg Fröhlich (1961), † 2.9.2022, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 3018 Bern

Peter Menzi (1926), † 6.9.2022, Facharzt für Chirurgie und Facharzt für Urologie,

7270 Davos Platz

Fred-Alain Lehmann (1950), † 15.9.2022,

Spécialiste en ophtalmologie, 1018 Lausanne

Aargauischer Ärzteverband

Zur Aufnahme in den Aargauischen Ärzteverband haben sich angemeldet:

Als ordentlich praktizierende Mitglieder:

Anja Amrhein, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, FMH, angestellt in Hausärzte Zentrum Aarau, Ziegelrain 23, 5000 Aarau, ab sofort

Shqiptare Fejzullahu, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, angestellt in Monvia Gesundheitszentrum, Muhenstrasse 13, 5036 Oberentfelden, ab sofort

Vincent Grandjean, Facharzt für Ophthalmologie, Praxiseröffnung, Augenpartner Limmattal AG, Dorfstrasse 36, 8957 Spreitenbach, per 1.1.2023

Maria Hanke, Fachärztin für Neurologie, FMH, Oberärztin in Rehaklinik Bellikon, Mutschellenstrasse 2, 5454 Bellikon, ab sofort

Katarina Hurtikova, Fachärztin für Ophthalmologie, angestellt bei AZA Augenärzte Zentrum Aarau, Bahnhofplatz 3h, 5000 Aarau, ab sofort

Simone Huber, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Fachärztin für Dermatologie und Venerologie, FMH, angestellt in dermazofingen ag, Bärengasse 23, 4800 Zofingen, ab 1.11.2022

Christina Elisabeth Irmgard Prause-Ginten, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, angestellt in Praxis am Hinterhag AG, Hinterhagweg 24, 5722 Gränichen, ab 1.10.2022

Waldemar Wahl, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, angestellt in Praxis Gruppe Sins AG, Blumenweg 5, 5643 Sins, ab 1.10.2022

Als Chef- und Leitender Arzt:

Peter Raak, Facharzt für Ophthalmologie, Chefarzt in Pallas Klinik Aarau, Bahnhofplatz 4, 5000 Aarau, ab sofort

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

Ärztegesellschaft des Kantons Bern Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio Zur Aufnahme als ordentliche Mitglieder haben sich angemeldet:

Jasmin Basedow, Fachärztin für Radiologie, FMH, Sonnenhofspital, Buchserstrasse 30, 3006 Bern

Oliver Ranze, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, FMH, Südland Praxis Effinger, Effingerstrasse 15, 3008 Bern

Petra Ranze, Praktische Ärztin, FMH, Die Hausärztinnen Münchenbuchsee AG, Oberdorfstrasse 35, 3053 Münchenbuchsee

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

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

Hans-Ulrich Kain, Facharzt für Kardiologie und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Chefarzt Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie, Leiter der Klinik für Allgemeine Innere Medizin, Ameos Spital Einsiedeln, zu 100%, in Einsiedeln tätig.

Einsprachen gegen diese Aufnahmen richten Sie schriftlich innert 20 Tagen an Dr. med. Jörg Frischknecht, Bahnhofstrasse 31, 6440 Brunnen oder per Mail an joerg.frischknecht@hin.ch



© Gilbert Beltran / Unsplash

Schlafen, um Energie zu sammeln? Das funktioniert bei Long-COVID-Betroffenen nicht.

«Rotes, piepsendes Warnsignal: Energiereserve aufgebraucht»

Perspektivenwechsel Ein junger Long-COVID-Patient hat nicht mehr die Kraft, mit seiner Tochter zu spielen, zu arbeiten oder seiner Frau zu helfen. Die Medizinstudentin Christina Liu schildert seine Geschichte aus zwei konträren Perspektiven: aus der des Arztes und aus der Innensicht des Kranken. Ihr Aufsatz ist einer der Gewinnertexte der diesjährigen Essay-Aufgabe an der Universität Fribourg.

Christina Liu

Medizinstudentin, Universität Fribourg

Organisationen

10.20 Uhr – H. Eiden

Heute habe ich es wieder einmal geschafft, ich sitze am Tisch – halte den Stift in der Hand und schreibe. Schreibe – aber langsam, sehr langsam. Bis vor kurzem, um 10.10 Uhr lag ich noch im Bett – und das seit gestern Abend um acht. Und wieder war es ein andauerndes Weinen einer meiner kleinen Töchter und das Aufbrausen meiner erschöpften Frau, welche mich aus dem Bett brachten. In mir, ein Gefühl von Scham – ich kenne und höre das Leiden meiner Familie, möchte helfen, dort sein – aber ich schaffe es einfach nicht, kann es mir nicht leisten.

Obwohl ich bis jetzt «geschlafen habe», fühlt sich mein Körper an, als wäre ich den ganzen Tag unterwegs gewesen.

Obwohl es Morgen ist und ich bis jetzt «geschlafen habe», fühlt sich mein Körper an, als wäre ich schon den ganzen Tag unterwegs gewesen. Jede einzelne Bewegung ist schwer und jede zusätzliche macht es noch schwerer.

Seit ein paar Monaten benutze ich eine spezielle Uhr; sie berechnet mir meinen Energielevel. Ein Arzt meinte, sie könnte mir im Alltag helfen, meine Energie besser unter Kontrolle zu halten. Momentan: eine gelbe, etwas erhöhte Kurve. Ich muss enorm vorsichtig sein, wie ich mit meiner Energie umgehe, denn sie zu verlieren ist einfach, sie zurück zu gewinnen jedoch umso schwerer. Da ich weiss, dass das Programm heute lange ist und meine Familie mich noch brauchen wird – sollte ich jetzt sparsam sein.

Musste gerade eine kurze Schreibpause einlegen – wollte aber noch sagen ... ich kann es einfach nicht glauben; nun sind es schon 1,5 Jahre her, seit ich COVID hatte. 1,5 Jahre in diesem Zustand der Müdigkeit und Energielosigkeit, welcher sich trotz hunderten von Behandlungsversuchen nicht verbessert hat. 1,5 Jahre, in denen ich immer wieder versuche und als Versuch gebraucht werde, für das Auffinden einer potenziell hilfreichen Therapie. 1,5 Jahre, seit denen ich nicht mehr fähig bin zu arbeiten. 1,5 Jahre, in denen meine Frau mit meiner minimalsten Unterstützung, mit zwei kleinen Kindern durch den Alltag muss. 1,5 Jahre, in denen sich Gefühle von Zweifel, Hilflosigkeit, Hoff-

nungslosigkeit, Schuld, Scham und Verlust ansammeln ... Ich höre wieder ein Geschrei – und ich weiss gerade nicht, ob es das äussere Geschrei meiner Tochter ist oder mein inneres. Ich bin müde – muss mich nochmals kurz hinlegen.

12 Uhr – H. Eiden

Seit einigen Monaten esse ich nur noch eine Mahlzeit pro Tag. Ein Arzt meinte, dass es gut wäre für mich, weniger zu essen. Einerseits um Energie zu sparen, andererseits um meinem etwas erhöhten Körpergewicht entgegen zu steuern. Zum Glück ist mein Appetit sowieso nicht mehr gross, denn meine gesamte Geruchs- und Geschmackswelt lässt sich durch faden Pappkarton zusammenfassen. Ich esse, weil ich muss.

Aber hey, es gibt drei Dinge, welche mir bis heute durch ein dezentes Geschmackssignal ein kleines bisschen Freude und Hoffnung geben: Wurst, Orangen und Schokolade. Meine Lieblingsdiät. Meine Frau hat mir einen farbigen Teller zubereitet. «Danke Jana», sage ich mit Blick auf den Teller gerichtet, weil ich weiss, dass mich der Blick in ihre tiefen und erschöpften Augen nur noch mehr schmerzen würde.

14 Uhr – H. Eiden

Bin wieder aufgewacht, nachdem mir die Gabel beim Essen aus der Hand fiel. Um 15 Uhr habe ich den Arzttermin – das kurze Hinlegen hat mein Energielevel wieder ein bisschen erhöht, eine Dusche sollte also noch drin liegen. Routinemässig setze ich mich beim Duschen hin, denn das Stehen braucht einfach zu viel Energie. Ich merke, wie mein Puls und meine Atmung ansteigen.

Durch ein E-Bike erleichtere ich mir die Fahrten zum Spital. Ein Auto können wir uns momentan nicht leisten, schon gar nicht mit meinem Arbeitslosengeld – und das ständige Hin und Her im öffentlichen Verkehr ermüdet mich sowieso nur mehr. Angekommen bin ich völlig ausser Atem – bin froh, habe ich noch ein paar Minuten im Warteraum, wäre dort auch fast eingeschlafen.

15 Uhr – Dr. Kollinger

Ich berichte über unten genannten Patienten am 05.02.21 in meiner Sprechstunde:

Anamnese

Seit 1,5 Jahren progressive Fatigue, energielos, morgens etwas besser, abends Kopfschmerzen (7/10), muss sich 4–5x/d hinlegen, kein regelmässiger Schlafrhythmus, wacht nachts immer wieder auf, fest in Alltag eingeschränkt, Dyspnoe NYHA3-4: Verbesserung durch Hinlegen, Verschlimmerung bei minimalsten Anstrengungen, keine Miktion/Stuhl-Probleme, isst nur 1x/d, Anosmie/Ageusie (ausser

für Orangen, Wurst, Schokolade), seit 1 Monat immer wieder Fieberschübe, Schwierigkeiten beim Aufstehen, Gedankenkreisen, antriebslos (vor COVID unauffällig, gesunder Status).

Diagnose

Frederik Eiden, 35 Jahre, St.n. COVID-19-Pneumonie:

1. Long COVID Syndrom (CFS) bei/mit a. Klinik: Fatigue, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Palpitationen, Dyspnoe, Depression
2. Chronische Ein- und Durchschlafinsomnie, EM11/2020, mit exzessiver Tagesmüdigkeit (mutmasslich multifaktoriell, postentzündlich)
3. Leichtes obstruktives Schlafapnoe Syndrom ED 11/2021 a. RF: BMI 29 kg/m², Halsumfang 46 cm, AHI: 13,4/h
4. Lungenfunktion: restriktive Ventilationsstörung unklarer Ätiologie, schwere bronchiale Hyperreagibilität, Belastungsdyspnoe, Reizhusten
5. Sozial/Arbeit: verheiratet, 2 Kinder, Wirtschaftslehrer, momentan arbeitslos, IV

Labor

CRP Werte norm, Blutwerte norm, leicht erhöhte LDL Werte (4,1 mmol/L)

Bisherige Medikation

- Remeron 30 mg 0-0-0-1, Mirtazapine (15 mg/d) 0-0-0-1, Losartan (50 mg/d) 1-0-0-0, Vannair DA 200/6 mikrog 2-0-2 + 2 Hub

Bisherige Therapie

Ergotherapie (1x/Woche), Physiotherapie (1x/2 Wochen), Atemtherapie (2x/Woche wenn möglich)

Zusammenfassende Beurteilung

- Patient musste sich während der Untersuchung hinlegen
- Fieberschübe trotz tiefen Entzündungswerten, unerklärlich
- Empfohlen: Gewichtsreduktion, regelmäßige körperliche Aktivität und Tageslichtexposition, Verbesserung der Schlafqualität/-hygiene mit Dokumentation in einem Schlaftagebuch (keine Bildschirmexposition in Abendstunden, regelmässige Bettzeiten...)
- Restriktiver Gebrauch von sedierenden Medikamenten
- Beginn einer Psychotherapie, Ergotherapie für Energiemanagement

17 Uhr – H. Eiden

Es dauerte so lange – vom Arztzimmer zurück bis zu meinem Fahrrad – jeder Schritt fühlte sich so an, als würde ich auf nassem Zement laufen. Der Arzt meinte, dass meine Ent-

Essay-Wettbewerb

An der Universität Fribourg verfassen Medizinstudierende im Rahmen des Unterrichts in Medical Humanities einen Essay über eine Krankheitsgeschichte, die ihnen im Hausarztpraktikum begegnet ist. Kernaufgabe ist der Perspektivenwechsel zwischen der trockenen, faktischen Sprache der Medizin und der persönlichen Erfahrungswelt der Patientinnen und Patienten: Die Studierenden lernen dabei, sich in die PatientInnen einzufühlen und erleben die Herausforderungen der Arzt-Patienten-Kommunikation quasi «hautnah». Die 20 besten Essays jährlich werden online publiziert, www.unifr.ch/med/de/assets/public/professoren/king/Booklet_Essays_Final.pdf, die beiden Siegeressays mit einem von der Familie Piller gestifteten Preis ausgezeichnet. Der Essay von Christina Liu erhält 2022 einen Sonderpreis zum Thema Long COVID.

zündungs- und Lungenwerte nicht schlechter geworden seien, obwohl es sich so anfühlt. Er durchlöcherte mich wieder mit Fragen, kontrollierte meine Medikamente, schlug mir wieder irgendwelche komischen Therapien vor und erinnerte mich an meine extra Kilos. Ich solle mehr Sport machen und mich bewegen. Der Lungenarzt meinte dasselbe, jedoch um meine Lunge zu trainieren. Wie soll ich das aber hinkriegen, wenn mir schon die Energie für eine Dusche oder die Schritte aus meiner Haustür fehlt?

Dazu meinte er noch, ich solle mal einen Psychotherapeuten in Betracht ziehen. Wow, jetzt bin ich auch noch depressiv? Ich weiss langsam echt nicht mehr für was ich zum Arzt, all diesen Ärzten, gehe. Jedes Mal Energieverlust, aber kein Verbesserungsgewinn. Und das Schlimmste ist: das Unwissen. Nicht nur von mir selbst, sondern von jeglichen Ärzten. Ein neues Virus, eine unbekannte Krankheit mit unerforschten Folgen und Therapien. Ach, ich bin einfach am Ende. Keine Lust und keine Energie, um wieder zu fallen und wieder aufzustehen. Zu Hause angekommen verspüre ich wieder die Reue, dass ich es nicht geschafft habe, noch kurz für meine Familie einkaufen zu gehen. Ich konnte einfach nicht mehr. Meine Uhr piepst, ein rotes Warnsignal. Muss mich hinlegen.

19 Uhr – H. Eiden

Ich liege immer noch, versuche Tagebuch und Schreiber in einer stabilen Position zu halten. Meine Uhr zeigt wieder eine gelbe Kurve, fühle mich schlapp. Mein Wille ist aber hier – meine

Frau und meine Kinder brauchen mich. Als ich aus dem Zimmer rauskam, sah ich meine ältere, dreijährige Tochter alleine spielen – sanft wiegt sie ihre Puppe in den Armen und streicht ihr durchs Haar. Werde ich jemals wieder ein Vater für sie sein können? Ich setze mich neben meine Tochter – sie umarmt mich und ruft: «Papa, komm wir lesen etwas!» Zwei Seiten später – ich spüre, wie mir die Energie aus dem Körper gezogen wird und meine Atemzüge mit jedem Satz schwerer und schneller werden.

Auf einmal ein «Verdammt» von Jana aus der Küche – der Reis ist angebrannt. «Ich komme gleich Jana ... mach dir k...», ich sehe sie auf dem Küchenboden, zusammengerollt, Hände im Gesicht, kein Ton, nur ein Seufzer und meine einjährige Tochter daneben. Hände, Gesicht und Kleider, alles voller Tomatensauce. «Ich kann nicht mehr! Ich kann einfach nicht mehr alleine! Schau mich nicht so an Fredrik – das alles macht mich einfach fertig, du, die Kinder, dieses blöde Long COVID ...!» In diesem Moment – ein rotes piepsendes Warnsignal meiner Uhr.

22 Uhr – H. Eiden

Ich werde aus dem Halbschlaf und von meinen unruhigen Gedanken geweckt. Meine Mutter ruft aus Deutschland an: «Hey Fredrik, immer noch müde? Wollte dir nur kurz sagen, dass es Papa momentan gerade nicht gut geht. Er spricht nicht wirklich auf die Chemotherapie an.»

Eigentlich sollte ich jetzt bei ihnen sein – sie unterstützen, ihnen helfen, sie begleiten, wenigstens besuchen. Aber nein, keine Chance. Sein junger Sohn fühlt sich einfach kränker als er selbst. Im Hintergrund höre ich Jana am Telefon – sie klagt und weint: «Ich muss gehen ... einfach irgendwohin. Ich bin so alleine ohne seine Hilfe, habe nichts mehr im Griff ... in eine Psychiatrie für Mutter-Kind meinst du? ...»

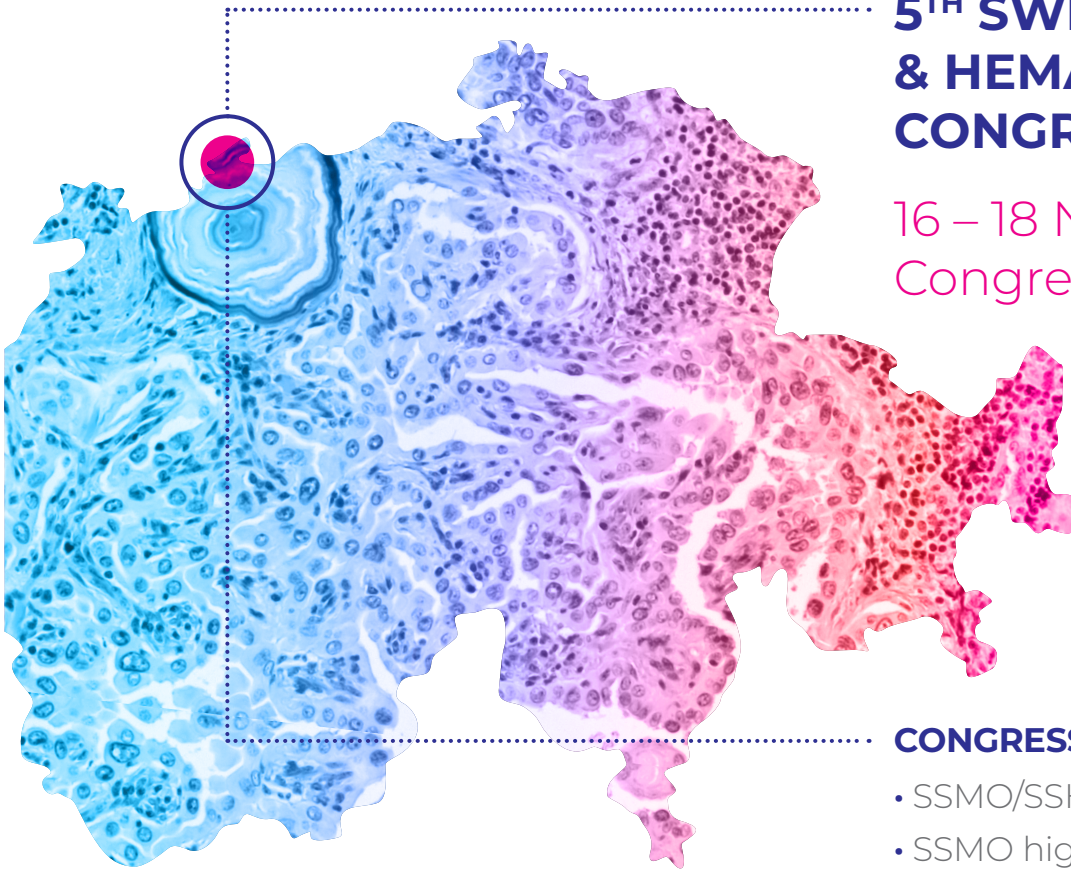
Ich sitze noch träge auf dem Bett. Wie soll das nur weitergehen?! Werde ich jemals wieder Energie verspüren? Freude? Motivation?

Und wenn ich an morgen denke ... einfach all das, nochmals von vorne? Wie lange noch? Ich höre meine schweren Atemzüge. Mein Herz schlägt. Meine Hand bewegt sich immer langsamer auf dem Papier, der Druck meines Schreibers wird immer schwächer ...

SOHC

SWISS ONCOLOGY & HEMATOLOGY CONGRESS

REGISTER
NOW



5TH SWISS ONCOLOGY & HEMATOLOGY CONGRESS

16 – 18 November 2022
Congress Center Basel

UNITED AGAINST CANCER:
Building a cancer community

WWW.SOHC.CH

CONGRESS HIGHLIGHTS INCLUDE:

- SSMO/SSH current practice sessions
- SSMO highlights of the year
- SSH postgraduate education course
- SSH experimental hematology
- SAKK semi-annual meeting
- Numerous interdisciplinary / interprofessional sessions
- Awards and oral presentations

SSMO
SSOM
SGMO

SGHSSH

SAKK
WE BRING PROGRESS TO CANCER CARE

SPÖG

Schweizerische Pädiatrische Onkologie Gruppe
Groupe d'Oncologie Pédiatrique Suisse
Gruppo d'Oncologia Pediatrica Svizzera
Swiss Paediatric Oncology Group

SPH
Swiss Society of
Pediatric Hematology
and Oncology

krebsforschung schweiz
recherche suisse contre le cancer
ricerca svizzera contro il cancro
swiss cancer research

nicer
Foundation
National Institute for
Cancer Epidemiology
and Registration

oncOreha.ch



Onkologiepflege Schweiz
Soins en Oncologie Suisse
Cure Oncologiche Svizzera

VFP
APSI Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft
Association suisse Pour les Sciences Infirmières
Swiss Association for Nursing Science

Akademische Fachgesellschaft
Onkologiepflege

palliative.ch gemeinsam + kompetent
ensemble + compétent
insieme + con competenza



Schweizerische Gesellschaft für Psychoonkologie
Société Suisse de Psycho-Oncologie
Società Svizzera di Psico-Oncologia
Swiss Society of Psycho-Oncology

SRO

Swiss Society for Radiation Oncology
Schweizer Gesellschaft für Radio-Onkologie
Société Suisse de Radio-Oncologie
Società Svizzera della Radio-Oncologia

oncOSUISSE
forum

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.



44

Wissen und Skills für Ärztinnen und Ärzte

Placebo und Nocebo In dieser Ausgabe fassen Koné et al. das Thema Placebo für die alltägliche Praxis zusammen. Auch wenn es noch weiterer Forschung bedarf, ist die Zeit reif, die vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse zu implementieren.

Claudia M. Witt



46

Placebos im ärztlichen Alltag

Rahmenbedingungen Placeboeffekte treten sowohl bei Verum- als auch bei Placebobehandlungen auf. Welche Faktoren nehmen darauf Einfluss und wie können diese Placeboeffekte positiv genutzt werden? Im Artikel werden ethische und rechtliche Bedingungen für die Praxis beleuchtet.

Insa Koné, Virgilia Rumetsch, Bernice Elger, Jens Gaab



50

Seltenes Bild einer klassischen Ursache chronischen Durchfalls

Potentiell tödlich Eine 66-jährige Patientin sucht ärztlichen Rat, da sie seit einigen Tagen acht- bis zehnmal täglich, ohne Blutbeimengung, an Durchfall mit Erbrechen und diffusen Bauchschmerzen leidet.

Elodie Gruneisen, Yoris Demars, Alain Schoepfer, Claudio Sartori

Journal Club

Kurz und bündig

Prof. Dr. med. Reto Krapp

Redaktor Swiss Medical Forum

Praxisrelevant

Nur eine Pille nach Myokardinfarkt?

Seit 20 Jahren wird vor allem in der Kardiologie von der Polypille gesprochen und/oder geträumt. Die Hoffnung ist, dass die therapeutische Wirkung wegen verbesserter Compliance höher sein würde. Die Strategie steht aber etwas im Widerspruch zur personalisierten Medizin, die den Anspruch hat, das beste Medikament in der wirksamsten und nebenwirkungsärmsten Dosis für individuelle Patientinnen und Patienten auszuwählen.

In einer prospektiven europäischen Studie mit gut 2500 Individuen (mit circa drei Jahren Nachbeobachtung) wurde der sekundär-prophylaktische Effekt einer Polypille (Acetylsalicylsäure 100 mg, Ramipril 2,5, 5 oder 10 mg und Atorvastatin 20 oder 40 mg) mit jenem einer Kombination von Einzelmedikamenten verglichen, und zwar nach einem Myokardinfarkt. Wie etwas zu erwarten, war die Compliance in der mit der Polypille behandelten Gruppe signifikant höher und der kombinierte Endpunkt (Tod, Myokardinfarkt, Schlaganfall)

seltener (Risikoreduktion von absolut minus 3,2%, entsprechend einer «number needed to treat» von ca. 30).

Quod erat demonstrandum, also. Obwohl die Studienärztinnen und -ärzte eine gewisse Freiheit in der Dosiswahl hatten, teilt die Polypille mit langwirkenden Einzelsubstanzen die Nachteile von Kombinationspräparaten. Eintitrieren der idealen Dosis, dadurch Prävention von Nebenwirkungen werden schwieriger. Aus verständlichen Gründen waren Beta-Blocker nicht Teil der Polypille. Deren sekundär-prophylaktische Wirkung ist gut dokumentiert, aber die optimale Präventionsdauer ist mutmasslich kürzer als jene der getesteten Substanzen.

N Engl J Med. 2022. doi.org/10.1056/NEJMoa2208275. Verfasst am 24.09.2022.

Antikoagulation bei Vorhofflimmern: Vitamin-K-Antagonisten behalten einen Platz

Bei den meisten Formen des Vorhofflimmerns haben sich die neuen oralen Antikoagulanzen (NOAK oder Nicht-Vitamin-K-Antagonisten)

in der Schlaganfallprophylaxe als ebenbürtig zu den Vitamin-K-Antagonisten bei weniger Nebenwirkungen (vor allem weniger intrakranielle Blutungen) gezeigt. Nicht aber bei rheumatisch bedingten Klappenerkrankungen:

Bei etwa 4500 Patientinnen und Patienten mit echokardiographisch sehr wahrscheinlicher rheumatischer Valvulopathie erwiesen sich Vitamin-K-Antagonisten im Vergleich zu Rivaroxaban als wirksamer in der Verhinderung von Schlaganfall, systemischer Embolisierung, Myokardinfarkt, aber auch der Mortalität. In dieser Studie waren die Blutungsrisiken bei Vitamin-K-Antagonisten und Rivaroxaban vergleichbar.

Auch wenn die rheumatische Herzkrankheit in der Schweiz zum Glück nicht mehr sehr häufig vorkommt, ist diese gut durchgeführte Studie doch wegweisend für die Wahl von Vitamin-K-Antagonisten als Antikoagulanzen der ersten Wahl bei Vorhofflimmern.

N Engl J Med. 2022. doi.org/10.1056/NEJMoa2209051. Verfasst am 24.09.2022.

Fokus auf...

Migräne und Lebensstilfaktoren

- Migräne ist gekennzeichnet durch meist typische Kopfschmerzen, Nausea, Erbrechen und sensorische Überempfindlichkeit in unterschiedlichen Kombinationen.
- Vor allem bei unter 50-Jährigen ist sie die Krankheit mit der grössten und häufigsten Einschränkung des Wohlbefindens.
- «Stress», individuell definiert, hat die stärkste Evidenz, nachfolgende Migräneattacken auszulösen.
- Gestörter Schlaf kann bei anfälligen Individuen am Folgetag eine Migräneattacke auslösen.
- Unter den diätetischen Migräneauslösern sind Koffein und Alkohol (und auch ein Entzug derselben) am besten dokumentiert.
- Eine gute Hydrierung kann gemäss vielen Betroffenen die Migränefrequenz und -intensität senken.
- Körperliche Aktivität scheint keine bewiesene Schutzwirkung auszuüben.
- Verhaltenstherapien, Entspannungsmethoden mit oder ohne Biofeedback-Informationen werden objektiv und von vielen Betroffenen als sehr hilfreich empfunden.

Lancet Neurol. 2022. doi.org/10.1016/S1474-4422(22)00211-3. Verfasst am 24.09.2022.

Das hat uns gefreut

Oral wirksame Therapie bei Uterusmyomen

Die gegenwärtigen Behandlungsoptionen umfassen Kontrazeptiva, Embolisierungen oder chirurgische Entfernung. Gonadotropin-Rezeptorantagonisten sind seit mehr als 20 Jahren als Peptide verfügbar, erfordern aber eine parenterale Applikation. Neu sind oral applizierbare Nicht-Peptidantagonisten verfügbar, deren Indikationsgebiete die Endometriose, Uterusmyome und die Prostatahyperplasie umfassen können.

In zwei relativ grossen Studien (zusammen mehr als 1000 Frauen, sechs Monate nachkontrolliert) führte die volle Suppression der Gonadotropinsekretion durch einen dieser Antagonisten (Linzagolix) zu einer signifikanten Abnahme der menstrualen Blutverluste und deutlichen Besserung der klinischen Symptomatik. Zur besseren Verträglichkeit (Wallungen und Ähnliches) und Verhinderung von längerfristigen Nebenwirkungen (zum Beispiel Osteo-

porose) erwies sich eine tiefdosierte, parallele Östrogen/Gestagen-Substitution als wichtig.

Wenn sich die Studienresultate auch längerfristig bestätigen, könnte diese orale Therapie einen wichtigen Platz in der nichtinvasiven Behandlung von Uterusmyomen erhalten.

Lancet. 2022, doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01475-1. Verfasst am 24.09.2022.

Auch noch aufgefallen

Therapeutika der Onkologie und verlängerte QT-Intervalle

Eine frequenzkorrigierte Verlängerung des QT-Intervalles ist ein Mortalitätsrisiko, vor allem durch Begünstigung einer speziellen Form von Kammertachykardien («torsade de pointes»). Erinnert sei daran, dass eine Reihe von onkologischen Therapeutika nicht einer rigorosen Untersuchung dieser Komplikation unterzogen wurden. Neben den onkologischen Therapeutika per se kommen auch die oft parallel verabreichten Antiemetika sowie Elektrolytstörungen bei gastrointestinalen Nebenwirkungen (Hypokaliämie und -magnesiämie) infrage. Die zitierte Arbeit definiert Risikogruppen (tief, mässig, hoch) für die Entwicklung einer QT-Verlängerung mit Auflistung aller heute gebräuchlichen onkologischen Medikamente (Figur 2 der Arbeit ist als Nachschlage-Ressource empfehlenswert). Antiemetika wie Ondansetron, Dolasetron und Domperidon sind vor allem bei Patientinnen und Patienten mit vorbestehenden kardiovaskulären Risiken vorsichtig oder nicht anzuwenden (Alternativen sind verfügbar).

Lancet Oncol. 2022, doi.org/10.1016/S1470-2045(22)00221-2. Verfasst am 16.09.2022.

Multiple Sklerose und intestinale Mikrobiom-Konstellation

Veränderungen des intestinalen Mikrobioms sind bei einer Vielzahl von Erkrankungen beschrieben. Ob sie Ursache oder assoziierte Folge sind, ist oft unklar. Für die Multiple Sklerose relevant sind immunmodulatorische Effekte des intestinalen Mikrobioms und auch direkte Effekte auf das Zentralnervensystem.

Die «International Multiple Sclerosis Microbiome Study» (iMSMS) verglich 576 an Multipler Sklerose Erkrankte (gut ein Drittel davon noch unbehandelt) mit der doppelten Zahl von nicht verwandten, aber im gleichen Haushalt lebenden Kontrollpersonen («Korrektur» für externe Faktoren). Die Forschergruppe fand charakteristische Mikrobiom-Konstellationen («Fussabdrücke») für das Risiko, den Verlauf und die Progression der Multiplen Sklerose. Die Autorenschaft ist wohlthuend selbstkritisch und stellt fest, dass die Ursache und biologische Bedeutung der Veränderungen noch besser zu definieren seien.

Neues aus der Biologie



© Natalia Mysik / Dreamstime

Bemerkenswert: Genmanipulation via systemische Applikation nach einer einfachen intravenösen Injektion.

Gen-Schere zur Behandlung des hereditären angioneurotischen Ödems

Diese eher seltene Form eines Angioödems entsteht, wenn zu Beginn der Complementkaskade einer ihrer Inhibitoren, der C1-Esterase-Inhibitor (genauer «serin protease inhibitor» [SERPIN C1]) genetisch bedingt weitgehend fehlt. Auslöser sind psychologische und biologische Stressfaktoren, am Ende resultiert dann eine massive Erhöhung des Vasodilatators Bradykinin. Mit Medikamenten kann man den Stimulator des Bradykinins, das in der Leber produzierte Kallikrein, hemmen und die Attacken behandeln, mit unterschiedlichem Erfolg.

Mittels der sogenannten Gen-Schere, die eine komplementäre Führungs-RNA zur DNA des Kallikrein-Gens führt, kann diese DNA dank eines angehängten Enzyms inaktiviert werden. Die so konstruierte Gen-Schere wurde drei Personen intravenös verabreicht und führte zu einer Senkung des Kallikrein-Spiegels auf unter 10%. Die klinischen Details der Probanden sind noch nicht im Einzelnen beschrieben, aber es sollen keine Attacken aufgetreten sein und zwei der Probanden leben nun ganz ohne die bisher verwendeten Medikamente.

Speziell bemerkenswert an dieser Entwicklung ist die Genmanipulation via systemische Applikation nach einer einfachen intravenösen Injektion.

Science. 2022, doi.org/10.1126/science.ade9082. Verfasst am 23.09.2022.

Bis die Hoffnung erfüllt oder enttäuscht werden wird, dass Manipulationen des intestinalen Mikrobioms einen signifikant präventiven oder therapeutischen Effekt bei Multipler Sklerose haben, ist es aber – wie bei vielen anderen Erkrankungen – ein ziemlich weiter und steiniger Weg.

Cell. 2022, doi.org/10.1016/j.cell.2022.08.021. Verfasst am 16.09.2022.



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



© Katarzyna Blasiewicz / Dreamstime

Es ist wichtig, die aktuellen Kenntnisse über Placebo und Nocebo auch in die studentische Ausbildung zu implementieren.

Was braucht es in der Praxis?

Placebo und Nocebo: Wissen und Skills für die künftigen Ärztinnen und Ärzte



Prof. Dr. med. Claudia M. Witt
Lehrstuhlinhaberin
Komplementär- und
Integrative Medizin,
Universität Zürich, Zürich

In der vorliegenden Ausgabe des *Swiss Medical Forum* fassen Koné et al. [1] das Thema Placebo für die alltägliche Praxis kurz, prägnant und auf die aktuelle Literatur bezogen zusammen. Damit schliessen sie an verschiedene interessante Publikationen zu diesem Thema an, die spannende Erkenntnisse zu Placebo und Nocebo für die Praxis zusammengetragen haben. Auch wenn es noch weiterer Forschung bedarf, ist die Zeit reif, die vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse auch zu implementieren.

Von Koné et al. wird die offene Gabe von Placebos als gute Option angeführt.

Dies wird zunehmend auch durch Ergebnisse vorliegender Studien gestützt, wurde aber von anderen Autorinnen und Autoren in internationalen Publikationen für die Praxis bisher weniger in den Vordergrund gestellt. Von der verdeckten Gabe eines Placebos raten Koné et al. aus ethisch-rechtlichen Gründen konsequent ab. Auch wenn andere Autorinnen und Autoren dies komplexer diskutiert haben [2] und durchaus Ausnahmesituationen für die verdeckte Gabe eines Placebos beschreiben, kann man die Frage stellen: Braucht es aktuell in der ärztlichen breiten Routineversorgung über-

haupt offene oder verdeckte Placebobehandlungen?

Die Gabe eines Placebos – ob offen oder verdeckt – wird aus meiner Sicht immer nur eine kleinere Gruppe von Patientinnen und Patienten betreffen. In der Breite nutzen wir evidenzbasierte Therapien, die im Einzelfall mehr oder weniger gut wirken. Und wenn sich durch Erkenntnisse aus der Placeboforschung deren Wirkstärke oder Wirkdauer – zumindest auf subjektive Symptome – durch ein Placebo verstärken lassen, sollten Ärztinnen und Ärzte das notwendige Wissen, aber auch die Skills dazu haben, um diese in die alltägliche Praxis zu implementieren.

Als Ansatzpunkt dafür bietet sich die sogenannte Behandlungsergebniserwartung an. Oder wie Koné et al. es beschreiben: «In der therapeutischen Beziehung spielt die Erwartungshaltung der Arztperson sowohl im Sinne von verbal kommunizierten positiven oder negativen Suggestionen als auch durch nonverbale Kommunikation eine Rolle.»

Aber nicht nur die ärztliche Seite ist von Bedeutung, denn wodurch die Erwartungen unserer Patientinnen und Patienten beeinflusst werden und sich verändern, ist komplex. Unsere eigene Forschung zeigte, dass bestehende Erwartungen einen Einfluss auf das Therapieergebnis haben können [3] und dass es eine mögliche Assoziation zwischen optimistischeren Patientinnen und Patienten und einer Placeboreaktion gibt [4]. Die Interventionen, oft bestehend aus Suggestionen in einem spezifischen Setting, weichen in experimentellen Studien zumeist deutlich von der Routineversorgung ab und sind auf einen maximalen Effekt der Suggestionen ausgelegt. Diese experimentellen Studien sind deshalb nicht eins zu eins in die Routineversorgung übertragbar. In der Studie von Rief et al. [5] zeigte sich jedoch ein Trend für eine Intervention zur Optimierung der Erwartungen vor einer Herzoperation. Lassen sich aber die Erwartungen selbst durch praxisrelevante Suggestionen wirklich ändern? Das war das Ziel unserer aktuellen Studie [6]. Die Aufklärung über die Wirkung der Therapie wurde basierend auf vorliegenden wissenschaftlichen Daten variiert, indem ein unterschiedlicher kommunikativer Fokus gesetzt wurde. Das veränderte die Behandlungserwartung der Patientinnen und Patienten aber nicht. Bezüglich der Informationen über mögliche Nebenwirkungen gab es aber Hinweise, dass eine genauere diesbezügliche Aufklärung vielleicht die Anzahl berichteter Nebenwirkungen erhöhen könnte.

Dass auch negative Suggestionen in der Praxis, zum Beispiel in Form von Noceboeffekten durch Aufklärung über Komplika-

tionen oder Nebenwirkungen eine Rolle spielen, wird von Koné et al. angeführt. Jedoch wird auf Nocebo sonst nur wenig im Artikel eingegangen.

Auch wenn weniger erforscht als Placebo, ist es aus meiner Sicht das wichtigere Thema in der Praxis, denn wir wollen ja unseren Patientinnen und Patienten möglichst wenig schaden.

Die Aufklärung über Komplikationen und Nebenwirkungen ist deswegen in der Praxis ein Balanceakt zwischen dem, was für ein «shared decision making» und die rechtliche Absicherung wichtig ist, und der Reduktion von Noceboeffekten durch eine zu detaillierte Schilderung. Genau deshalb sollten institutionelle Aufklärungsmaterialien und Formblätter auch das Wissen der aktuellen Noceboforschung reflektieren, um diese Balance zu halten. Aspekte, die dazu in der Literatur angeführt werden, sind die Edukation der behandelten Personen hinsichtlich der Noceboeffekte, das positive Framing der Nebenwirkungsraten und eine gute Verbindung der Aufklärung über Wirkungen und Nebenwirkungen.

Wie lässt sich aber mit all den Erkenntnissen in der Praxis umgehen? Letztendlich geht es ja um das Wohl unserer Patientinnen und Patienten und damit um eine Implementierung dessen, was wir zum Thema Placebo und Nocebo wissen, auch in die studentische Ausbildung. Seit 2015 bieten wir an der Universität Zürich für die Medizinstudierenden einen einsemestrigen Wahlpflichtkurs «Placebo & Nocebo» mit 28 Unterrichtseinheiten für 56 Studierende an. Die Dozierenden bilden ein interdisziplinäres Team aus den Bereichen Medizin, Psychologie, Rechtswissenschaft und Pharmazie und haben den Kurs als «flipped classroom» konzipiert. Neben der Vermittlung von aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und ethisch-rechtlichen Aspekten legen wir grossen Wert auf die Aneignung praktischer Skills. In einem Selbsterfahrungsexperiment wird beispielsweise das Thema Erwartungen bearbeitet. Durch mehrstufiges, fallbasiertes Lernen wird empathische Kommunikation geübt und in einem innovativen Calibrated-Peer-Review-Konzept üben die Studierenden, Patientinnen und Patienten über Noceboeffekte aufzuklären.

Es ist mittlerweile genug Wissen aus der Forschung vorhanden, um es systematisch zu vermitteln, und wie in allen anderen Bereichen der Medizin ist es auch hier wichtig, aktuelle Forschungsergebnisse zu integrieren. In diesem Sinne ist der Beitrag von Koné et al. eine wichtige Erinnerung mit auch neuen Anregungen, sich dem Thema vertieft zu widmen.

Korrespondenz

Prof. Dr. med. Claudia M. Witt
Institut für komplementäre und integrative Medizin
Universitätsspital Zürich
Rämistrasse 100
CH-8091 Zürich
[claudia.witt\[at\]ujzh.ch](mailto:claudia.witt[at]ujzh.ch)

Disclosure Statement

CW hat die Forschungsförderung 159833 des Schweizerischen Nationalfonds deklariert. Sie erhält zudem Honorare für jährliche Vorlesungen zu Placebo und Nocebo an der «Mind-Body Medicine Summer School». Sie ist im wissenschaftlichen Beirat der «Schweizerischen Multiple Sklerose Gesellschaft» (Zürich), im Vorstand des «Schweizer Fachverbandes Mind Body Medicine» (Zürich), Mitglied der «International Association for Mind-Body-Medicine and -Health e.V.» (IAM) und der «Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie» sowie Vorstandsmitglied der «Society of Integrative Oncology» (SIO) (USA) und der «Society of Acupuncture Research» (USA).

Literatur

- 1 Koné I, Rumetsch V, Elger B, Gaab J. Einsatz von Placebos im ärztlichen Alltag. *Swiss Medical Forum*. 2022;22(40):660–663.
- 2 Bundesärztekammer. Placebo in der Medizin. Köln: Deutscher Ärzteverlag; 2011. 193 S.
- 3 Linde K, Witt CM, Streng A, Weidenhammer W, Wagenpfeil S, Brinkhaus B, et al. The impact of patient expectations on outcomes in four randomized controlled trials of acupuncture in patients with chronic pain. *Pain*. 2007;128(3):264–71.
- 4 Kern A, Kramm C, Witt CM, Barth J. The influence of personality traits on the placebo/nocebo response: A systematic review. *J Psychosom Res*. 2020;128:109866.
- 5 Rief W, Shedden-Mora MC, Laferton JA, Auer C, Petrie KJ, Salzmann S, et al. Preoperative optimization of patient expectations improves long-term outcome in heart surgery patients: results of the randomized controlled PSY-HEART trial. *BMC Med*. 2017;15(1):4.
- 6 Barth J, Muff S, Kern A, Zieger A, Keiser S, Zoller M, et al. Effect of briefing on acupuncture treatment outcome expectations, pain, and adverse side effects among patients with chronic low back pain: A randomized clinical trial. *JAMA Netw Open*. 2021;4(9):e2121418.



© Aleksandr Popov / Dreamstime

Placeboeffekte treten auch bei Verumtherapien auf.

Ethische und rechtliche Rahmenbedingungen

Einsatz von Placebos im ärztlichen Alltag

Placeboeffekte treten sowohl bei Verum- als auch bei Placebobehandlungen auf. Welche Faktoren nehmen darauf Einfluss und wie können diese Placeboeffekte positiv genutzt werden?

Dr. med. Insa Koné^{a,b}; Dr. iur. Virgilia Rumetsch^{b,c}, RA, MMD; Prof. Dr. med. Bernice Elger^b; Prof. Dr. phil. Jens Gaab^d

^a Allgemeine Innere Medizin, Universitätsspital Basel, Basel; ^b Institut für Bio- und Medizinethik (IBMB), Universität Basel, Basel;

^c Kantonale Ethikkommission Zürich, Zürich; ^d Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Basel, Basel

Den Kommentar zu diesem Artikel finden Sie auf Seite 658 in dieser Ausgabe.

Einführung

Das Placebo hat eine lange und wechselhafte Geschichte, in der es als «powerful» [1] wie auch als «powerless» angesehen wurde [2]. Gleichermassen hat sich der klinische Einsatz des Placebos und seiner Effekte vom häufig verwendeten und unter der Hand akzeptierten «humble humbug» [3] zu einem ethischen und rechtlichen Problemfall gewandelt [4].

Ein in den letzten Jahren erneut stattgehabter Paradigmenwechsel beruht vor allem auf zwei Erkenntnissen: einerseits, dass auch bei Verumbehandlungen Placeboeffekte auftreten [5], und andererseits, dass eine Placebobehandlung nicht täuschend erfolgen muss, sondern offen verabreicht durchgeführt werden kann [6]. Die Placebobehandlung kann also zum einen die positive Wirkung einer Verumbehandlung steigern und zum anderen durch den offen verabreichten Einsatz neue Behandlungsoptionen eröffnen.

Fallbeispiel

Eine Patientin leidet nach akutem Atemversagen und einer Behandlung auf der Intensivstation an Panikattacken bei bekannter Panikstörung. Als Bedarfstherapie erhält sie auf einer internistischen Bettenstation Lorazepam als Sublingualtablette oder intravenös. Parallel erfolgt eine psychotherapeutische Mitbetreuung und die Patientin wird in Entspannungsverfahren angeleitet. Die Patientin hat das Gefühl, dass die orale Applikation nicht hilft und fordert gezielt die intravenöse Verabreichung ein. Doch auch die intravenöse Gabe von Lorazepam hilft nach wenigen Episoden innerhalb von zwei Tagen nicht mehr. Es erfolgt ein Behandlungsversuch mit intravenösem Morphin. Insgesamt zeigen die Substanzen bei wiederholter Anwendung abnehmenden Erfolg und die Patientin fordert immer höhere Dosierungen ein. An dieser Stelle wird durch das Behandlungsteam die versuchsweise Applikation einer inerten Substanz (z.B. Kochsalzlösung) diskutiert. Wäre dies eine adäquate Möglichkeit?

Ein klassisches ethisches Dilemma: Hat recht, wer heilt?

Das klinische Beispiel beschreibt den sich zuspitzenden Fall einer Patientin, der aus mindestens zwei Perspektiven problematisch ist. Auf Seiten der Patientin ist zu bemerken, dass eine Toleranzentwicklung bei Medikationen vorliegt, die nicht nur gravierende Nebenwirkungen haben [7, 8], sondern gemäss einer aktuellen *Cochrane-Review* auch nicht als Erstlinienbehandlung bei Personen mit Panikstörungen eingesetzt werden sollten [9]. Als gleichermassen problematisch anzusehen ist, dass auf Seiten der Behandelnden die Diskussion über den Einsatz eines Placebos ohne Einbezug der Patientin erfolgt. Aus ethischer Perspektive lässt

sich hier deutlich der klassische Konflikt zwischen dem Streben nach Benefizienz und Non-Malefizenz einerseits und der Sicherung der Autonomie der Patientin andererseits erkennen [10]. Auf den vorliegenden Fall bezogen lassen sich diese ethisch-moralischen Überlegungen wie folgt übersetzen: Falls die intravenöse Verabreichung eines Placebos wirksam wäre und sich damit Schaden von der Patientin abwenden liesse, wie wäre dies dann mit dem Recht der Patientin auf informierte Einwilligung vereinbar?

Was ist ein Placebo und hat es Effekte?

Die Definition eines Placebos erweist sich entsprechend als schwierig. Es ist nicht möglich, Placebos über Inhaltsstoffe zu definieren. Sie sind nicht nur «inert pills», sondern alles kann Placebo sein, sogar Wein [11] oder Psychotherapie [12]. In diesem Sinne ist auch die Unterscheidung zwischen «reinen» und «unreinen» Placebos obsolet [13]. Auch ist es nicht möglich, Placebos über die Wirkmechanismen oder Effekte zu erklären: Behandlungserwartungen sind auch für andere Behandlungen bedeutsam [14], und ein Placebo ist auch dann ein Placebo, wenn es keine Wirkung zeigt. Man kann sich der Definition von Placebo aber aus einer ethischen Sicht nähern: Die Täuschung der behandelten Person wird als zentral erachtet [15]. Diese Täuschung erfolgt dabei auf der Basis einer Behandlungstheorie, was bedeutet, dass die betroffene

«Placebos dürfen aus rechtlicher und ethischer Sicht nur nach Aufklärung der Patientinnen und Patienten eingesetzt werden.»

Person weiss, dass die verabreichte Behandlung gemäss der vorliegenden Behandlungstheorie keine Wirkung haben kann, aber dass der Behandlungskontext, also beispielsweise die therapeutische Beziehung, die Erwartungen und Vorerfahrungen, eine positive Wirkung auf die vorliegenden Beschwerden hat.

In placebokontrollierten Studien lassen sich bedeutsame Placeboeffekte vor allem in der pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlung von psychiatrischen Störungen [16–19], chronischen Schmerzstörungen [20, 21] und Schlafstörungen [22] belegen, auch wenn diese Aufzählung weder exklusiv noch vollständig ist. In der Mehrheit der klinischen, randomisierten, placebokontrollierten Studien fehlt allerdings eine unbehandelte Kontrollgruppe, die es ermöglichen würde, zwischen Placeboreaktion und Placeboeffekt zu unterscheiden. Die Placeboreaktion umfasst alle Ver-

änderungen, die nach Verabreichung eines Placebos beobachtet werden. In ihr ist aber nicht nur der eigentliche Placeboeffekt enthalten, also der Anteil, der ausschliesslich auf die Verabreichung des Placebos zurückgeführt werden kann, sondern sie umfasst auch Aspekte wie den natürlichen Erkrankungsverlauf, Messfehler oder soziale Erwünschtheit. Dadurch bleibt der tatsächliche Placeboeffekt oft unbekannt beziehungsweise wird oft überschätzt. Exemplarisch kann hier das fiktive Beispiel eines sehr grossen «Placeboeffekts» nach einwöchiger Behandlung eines grippalen Infekts gelten, der unter Berücksichtigung des natürlichen Verlaufs dieser Erkrankung «verschwindet», da der grippale Infekt auch ohne jegliche Intervention ebenso verlaufen wäre. Zweifel bestehen auch an der impliziten Annahme, dass eine Additivität der verschiedenen Behandlungsbestandteile (Verumeffekt, Placeboeffekt und natürlicher Verlauf) vorliegt. So liegt placebokontrollierten Studien die Annahme zugrunde, dass der «wahre» Effekt eines Verums die Differenz zwischen Verum- und Placeboeffekt ist. Untersuchungen mit sogenannten «blinded balanced placebo designs» deuten aber daraufhin, dass das nicht unbedingt der Fall ist [23]. Dabei wurden sowohl Verum als auch Placebo offen wie auch verdeckt verabreicht und die Ergebnisse zeigten, dass der Gesamteffekt (bei offener Verabreichung des Verums) kleiner war als die Summe aus reiner Verumgabe (verdeckte Verabreichung des Verums als «Placebo») und Placebobehandlung (getäuschte Verabreichung des Placebos als «Verum»). Dies bedeutet, dass auch bei verdeckter Verumverabreichung Erwartungseffekte entstehen, die dann bei offener Verumverabreichung «doppelt» berechnet respektive abgezogen werden, und somit der «reine» Behandlungseffekt des Verums unterschätzt wird. Logischerweise ist dies abhängig von der Grösse des Placeboeffekts, das heisst, je grösser dieser ist, desto grösser ist die Unterschätzung des «reinen» Behandlungseffekts.

Warum werden Placebos eingesetzt?

Obwohl die Verwendung von Placebos streng reglementiert ist, kommen sie erstaunlich häufig in der klinischen Praxis zum Einsatz [24, 25]. Die Gründe dafür haben sich in den letzten Jahrzehnten nur wenig geändert. Eine Beschreibung aus der Mitte des letzten Jahrhunderts sieht das Placebo als probates Mittel «to smooth [the patient's] path, which 'cannot harm and may comfort' patients, especially the 'ignorant [...] disappointed and displeased [...] hopeless, [and] incurable case[s]» [26]. Heute stehen die Steigerung des Wohlbefindens der Behandelten, beispielsweise weil keine anderen Therapieoptionen vorliegen oder um unerwünschte Arzneimittelwirkungen zu minimieren, der

Umgang mit schwierigen und fordernden Patientinnen und Patienten und der diagnostische Einsatz zur Differenzierung, ob Beschwerden «echt» sind (somatisch/funktionell, psychisch, übertrieben), im Vordergrund [27, 28].

Die Verabreichung eines Placebos erfolgt in der Regel täuschend. So gab in einer Schweizer Studie mit 233 Hausärztinnen und -ärzten die Mehrheit an, beim Einsatz eines Placebos mitzuteilen, dass es sich um eine Therapie oder ein Medikament handle. Nur eine Minderheit machte die Angabe, auf die unspezifischen Effekte hinzuweisen, während niemand explizit den Begriff Placebo verwendete [24]. Insgesamt gaben 167 der Befragten an, Placebo (u.a. Suggestionen, nicht evidenzbasierte diagnostische/therapeutische Massnahmen oder Zuckerpillen) bereits eingesetzt zu haben.

Wie lässt sich der Placeboeffekt erklären?

Psychologische Mechanismen auf Seiten der Patientinnen und Patienten sind Erwartungshaltung [29], klassische Konditionierung [30] und soziales Lernen [31]. Zentral ist die Vermittlung eines plausiblen und bedeutungsvollen Narrativs [6, 32]. In der therapeutischen Beziehung spielt die Erwartungshaltung der Arztperson sowohl im Sinne von verbal kommunizierten positiven oder negativen Suggestionen [33] als auch durch nonverbale Kommunikation [34] eine Rolle. Ein Beispiel für negative Effekte (Nocebo) ist das vermehrte Auftreten von Nebenwirkungen, wenn auf diese explizit hingewiesen wird [35]. Andererseits konnte gezeigt werden, dass sich die Krankheitsdauer (z.B. bei einer Erkältung) verkürzt, wenn die behandelnde Person als empathisch wahrgenommen wird [36].

Neurobiologisch konnten in unterschiedlichen Bereichen spezifische Botenstoffe identifiziert werden, die den Placeboeffekt erklären und sich mit spezifischen Therapien in den jeweiligen Einsatzbereichen überschneiden (z.B. Dopamin bei Placeboeinsatz in der Parkinsontherapie). Es scheint also nicht ein bestimmter «Placebo-Signalweg» zu existieren, sondern die ausgelösten Effekte unterscheiden sich je nach Einsatzgebiet [37]. Eine genetische Veranlagung für Placeboeffekte im Allgemeinen konnte bislang nicht gefunden werden, es scheint aber eine solche für die spezifischen Signalwege zu geben, die ein mehr oder weniger starkes Ansprechen vermitteln [38].

Rechtliche Rahmenbedingungen

Jeder ärztliche Eingriff – mit Ausnahme von Notfallsituationen und gesetzlich geregelten Ausnahmefällen – bedarf der vorgängigen Einwilligung seitens der behandelten Person. Anderenfalls ist die Behandlung wegen Ver-

stosses gegen das verfassungsrechtlich in Artikel (Art.) 10 Absatz (Abs.) 2 und Art. 13 der Bundesverfassung (BV) sowie das einfachgesetzlich in Art. 28 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB) verankerte Selbstbestimmungsrecht als rechtswidrige Körperverletzung zu werten [39, 40]. Die Einwilligung setzt wiederum voraus, dass die einwilligende Person zuvor über den geplanten Eingriff aufgeklärt worden ist, um ihr eine sinnvolle Wahrnehmung ihres Selbstbestimmungsrechts zu ermöglichen. Die Ärztinnen und Ärzte dürfen ohne die informierte Einwilligung der behandelten Person auch dann eine Heilbehandlung nicht vornehmen, wenn sie sich um die Besserung des Gesundheitszustandes derselben bemühen [40, 41]. Art. 10 Abs. 1 der für alle Mitglieder der «Foederatio Medicorum Helveticorum» (FMH) verbindlichen Standesordnung der FMH besagt daher auch, dass die behandelte Person «in verständlicher Form über den Befund, die beabsichtigten diagnostischen und therapeutischen Massnahmen, deren Erfolgsaussichten und Risiken sowie über allfällige Behandlungsalternativen» aufzuklären ist. Nur auf diese Weise kann sie ihren Willen frei bilden.

Die behandelte Person muss also auch über eine Placebobehandlung aufgeklärt werden [42, 43]. Dies gilt auch dann, wenn das Placebo gerade mit dem Ziel des Erreichens von Placeboeffekten eingesetzt wird [42]. Im Zusammenhang mit der Aufklärung ist allerdings denkbar, dass nicht zwingend der Begriff «Placebo» verwendet wird. Möglich erscheint im Einzelfall auch eine Aufklärung, die die verabreichte Substanz mit Hinweis darauf nennt, dass deren Wirksamkeit unklar und nicht belegt sei [44]. Eine solche Aufklärungspflicht gilt auch für (alternativ)medizinische Methoden, für deren Wirksamkeit es keine Evidenz gibt.

Ethische Überlegungen zum Einsatz von Placebos

Die rechtlich geforderte informierte Einwilligung beruht auf der ethischen Erwägung des Respekts vor der Autonomie der behandelten Person. Unstrittig ist daher, dass Patientinnen und Patienten nicht getäuscht werden dürfen. Das heisst, eine Behandlung mit einem reinen Placebo darf nur erfolgen, wenn die behandelte Person darüber informiert wurde, denn dies gebietet der Respekt vor deren Autonomie. Darüber hinaus würde ein solcher Vertrauensbruch die therapeutische Beziehung nachhaltig schädigen und gegebenenfalls auch das Vertrauen der behandelten Person in die medizinische Versorgung allgemein mindern.

Der Einsatz eines Placebos zu diagnostischen Zwecken, also um die «Echtheit» von Beschwerden zu verifizieren, hat eine lange Geschichte und umfasst dabei nicht nur die

Anwendung bei exorzistischen «trick trials» im 16. Jahrhundert [45], sondern auch den Einsatz von Hypnose – der klinische Wiedergänger des animalischen Magnetismus – in der Diagnostik der «Hysterie» [46]. Aus heutiger sowie ethischer Sicht ist dieses Vorgehen nicht zulässig und signalisiert Misstrauen und einen Mangel an Empathie. Dieser paternalistische Ansatz impliziert auch, Ursachen und Ausmass der «wahren» Beschwerden besser zu kennen als die behandelte Person selbst. All diese Aspekte sind mit einer vertrauensvollen und gleichberechtigten Beziehung zwischen der ärztlichen und der behandelten Person und der Anerkennung der subjektiven Aspekte von Leiden und Beschwerden nicht vereinbar.

In Bezug auf alle therapeutischen Prozeduren sollte der Placeboeffekt genutzt werden, um die Wirksamkeit einer Therapie zu maximieren [47]. Das kann generell über zwei Ansätze erfolgen:

Erstens kann über die Nutzung der dem Placeboeffekt zugrunde liegenden psychologischen Mechanismen die Wirkung einer Verumbehandlung verstärkt werden – sofern das die vorliegende Erkrankung und die Art der Behandlung ermöglichen. Grundsätzlich ist auch eine Aufklärung der behandelten Person über das Phänomen von Placebo- und Noceboeffekten, die jede medizinische Behandlung beeinflussen, empfehlenswert [48]. Entsprechend ist es wichtig, eine vertrauensvolle und empathische Beziehung zu ihr aufzubauen, die Behandlung nachvollziehbar und plausibel zu erklären und dadurch die Behandlungserwartungen zu maximieren.

Der zweite Ansatz umfasst eine Behandlungsoption, die eine ethisch vertretbare Placeboapplikation umfasst, was bedeutet, dass Placebos offen und ohne Täuschung verabreicht werden. Diese offen verabreichten Placebos werden seit circa zehn Jahren intensiv erforscht, wobei sich generell signifikante und klinisch bedeutsame Effekte nachweisen lassen [49, 50], die zudem auch sehr nachhaltig sind [51, 52]. Die Effekte offen verabreichter Placebos sind dabei vergleichbar mit denen getäuscht verabreichter Placebos [6]. Es ist bei offen verabreichten Placebos aber zentral, diese plausibel zu erklären. Das bedeutet, dass der ethische und rechtliche Imperativ der informierten Einwilligung gleichzeitig auch die Voraussetzung für die Wirksamkeit dieser Behandlung ist.

Ein Einsatzgebiet von Placebos ist beispielsweise die Schmerztherapie. Praktisch muss im Rahmen der informierten Einwilligung ein gemeinsames Konzept bezüglich der Erkrankung und der Behandlungstheorie für ein offen verabreichtes Placebo erarbeitet werden. Grundsätzlich ist dann denkbar, dass die behandelte Person nicht bei jeder Gabe informiert wird, ob es sich

um ein Placebo oder das Verum handelt, sondern lediglich in das Prinzip, dass beide Substanzen eingesetzt werden, einwilligt.

Zusammenfassung

In der Zusammenschau fällt auf, dass die Faktoren, die in klinischen Studien durch das Placebo kontrolliert werden, in jeder Behandlung eine Rolle spielen. In der therapeutischen Beziehung können diese Faktoren positiv genutzt werden und somit auch bei spezifischen Therapien den Gesamteffekt steigern. Andererseits scheint der Einsatz von Placebos gerade dann zu erfolgen, wenn die therapeutische Beziehung gestört ist und Patientinnen und Patienten als schwierig wahrgenommen werden. Hier sollte es das primäre Ziel sein, im Sinne einer optimalen Behandlung und aufgrund der ethischen und rechtlichen Vorgaben zum Einsatz von Placebos eine Beziehungsbasis mit der behandelten Person herzustellen, die die Erarbeitung eines adäquaten Therapiekonzepts zulässt. Ein Therapieversuch mit offen verabreichtem Placebo nach informierter Einwilligung ist zulässig und kann wirksam sein.

In Bezug auf den eingangs geschilderten Fall gibt es Daten, dass reine Placebobehandlungen bei Panikstörungen nachhaltig wirksam sind [53]. Offen verabreichte Placebos wurden bislang bei Panikstörungen nicht untersucht. Es wäre also möglich und sinnvoll, mit der Patientin aus dem Fallbeispiel eine offene Placebobehandlung zu diskutieren. Dies wäre medizinisch indiziert, da die eingesetzten Mittel das Leiden nicht lindern, sondern potentiell schädlich sind, und die Patientin somit bislang keine adäquate Behandlung erhält. Die Placebobehandlung wäre im vorliegenden Beispiel Teil einer multimodalen Therapie, und im Vorfeld müsste insbesondere ein gemeinsames Konzept in Bezug auf eine Placebogabe und das Krankheitsgeschehen erarbeitet werden.

Ausblick

Künftig sollte weiter untersucht werden, durch welche beeinflussbaren Faktoren sich die Placeboeffekte in Verum- und Placebotherapien vergrössern lassen, um den Nutzen für die Patientinnen und Patienten zu maximieren.

In Bereichen, in denen spezifische Therapieansätze einer Therapie mit Placebo nur wenig überlegen sind, könnten die beschriebenen offen verabreichten Placebos eine Alternative sein, wenn dadurch unter anderem unerwünschte Nebenwirkungen minimiert werden können (z.B. Depressionen).

Das Wichtigste für die Praxis

- Placebos dürfen aus ethischer und rechtlicher Sicht nur nach umfassender Aufklärung und mit informierter Einwilligung der Patientinnen und Patienten eingesetzt werden.
- Anstelle des aus ethischer und rechtlicher Sicht obsoleten Einsatzes getäuscht verabreichter Placebos kann der Einsatz offen verabreichter Placebos erwogen werden.
- Die Gesamtwirkung therapeutischer Prozeduren beinhaltet immer auch einen Placeboeffekt, der in seinem Ausmass variiert.
- Im Rahmen indizierter, evidenzbasierter Therapien darf und soll der Placeboeffekt zur Erhöhung der Wirksamkeit der spezifischen Therapie genutzt werden.
- Es gibt einen Noceboeffekt, der beispielsweise bei der Aufklärung über mögliche Komplikationen von Eingriffen oder über unerwünschte Nebenwirkungen von Therapien zum Tragen kommen kann.

Korrespondenz

Dr. med. Insa Koné
Institut für Bio- und Medizinethik (IBMB)
Universität Basel
Bernoullistrasse 28
CH-4056 Basel
[insa.kone\[at\]unibas.ch](mailto:insa.kone[at]unibas.ch)

Disclosure Statement

VR gibt an, Mitglied des Vorstands der Kantonalen Ethikkommission Zürich zu sein. Sie ist zudem Anwältin bei der «Poledna RC AG» in Zürich und bei «Dr. Fettweis & Sozien – Rechtsanwältinnen Partnerschaft mbB» in Freiburg i. Br. JG ist Kassier der «Society for Interdisciplinary Placebo Studies» (SIPS). Die anderen Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Weiterführende Literatur

- 37 Colloca L, Barsky AJ. Placebo and Nocebo Effects. *N Engl J Med.* 2020;382(6):554–61.
- 48 Evers AWM, Colloca L, Blease C, Gaab J, Jensen KB, Atlas LY, et al. What Should Clinicians Tell Patients about Placebo and Nocebo Effects? Practical Considerations Based on Expert Consensus. *Psychother Psychosom.* 2021;90(1):49–56.
- 50 Wernsdorff M von, Loef M, Tuschen-Caffier B, Schmidt S. Effects of open-label Placebos in clinical trials: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep.* 2021;11(1):3855.

Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter <https://doi.org/10.4414/smf.2022.09128>.



Dr. med. Insa Koné
Allgemeine Innere Medizin,
Universitätsspital Basel, Basel

Potentiell tödlich

Ungewöhnliches Bild einer klassischen Ursache chronischen Durchfalls

Elodie Gruneisen^a, dipl. Ärztin; Yoris Demars^a, dipl. Arzt; Prof. Dr. med. Alain Schoepfer^b; Prof. Dr. med. Claudio Sartori^a

Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne: ^a Service de médecine interne; ^b Service de gastro-entérologie

Fallbeschreibung

Eine 66-jährige Patientin sucht ärztlichen Rat, da sie seit einigen Tagen an Durchfall (acht- bis zehnmal täglich, ohne Blutbeimengung) mit Erbrechen und diffusen Bauchschmerzen leidet.

Ihre Vorerkrankungen sind: Arterielle Hypertonie, Dyslipidämie, Hypothyreose (stabil durch L-Thyroxin-Substitution) und Status nach Cholezystektomie aufgrund einer Cholelithiasis. Zudem raucht sie Zigaretten (90 Packyears).

Bei der Aufnahme der Patientin werden Fieber (40 °C), ein arterieller Blutdruck von 87/67 mmHg, eine Herzfrequenz von 90/min und eine Atemfrequenz von 28/min festgestellt. Wir beobachten zudem eine Oligurie, kalte untere Extremitäten und einen nicht palpierbaren distalen Puls. Das Abdomen ist bei der Palpation weich, die Darmgeräusche sind physiologisch.

Die Laboruntersuchungen ergeben: Leukozytose (12,1 G/l, Normwert: 4–10 G/l), Hämoglobin 109 g/l, mittleres Erythrozytenvolumen (MCV) 103 fl, C-reaktives Protein (CRP) 348 mg/l, Procalcitonin 90,1 µg/l (Normwert <0,25 µg/l), Quick-Wert 42%, Albumin 19 g/l; akute Niereninsuffizienz (AKIN 2, Kreatinin 208 µmol/l, geschätzte glomeruläre Filtrationsrate [eGFR] 21 ml/min/1,73 m²) sowie Elektrolytstörungen (Na 147 mmol/l, Ka 3,2 mmol/l, Ca korrigiert 1,79 mmol/l, Mg 0,59 mmol/l). Die Leber- und Pankreaswerte sind normal. Die Blutgasanalyse ergibt: pH-Wert 7,2, pCO₂ 36 mmHg, pO₂ 124 mmHg, Na 139 mmol/l, Cl 113 mmol/l, HCO₃ 16,4 mmol/l, Laktat 2,06 mmol/l (metabolische Azidose mit normaler Anionenlücke). Das Elektrokardiogramm ist unauffällig.

Eine notfallmässig durchgeführte thorakoabdominale Computertomographie (CT) mit Kontrastmittelinjektion zeigt das Bild einer Enteritis mit Wandverdickung im Dünndarm.

Trotz Volumensubstitution verschlechtert sich der Zustand der Patientin rapide und es kommt zu einem akuten Kreislaufversagen, so dass sie auf die Intensivstation verlegt werden muss, wo sie mit Vasopressoren unterstützt und oro-tracheal intubiert wird.

Frage 1

Was ist zu diesem Zeitpunkt am wenigsten angezeigt?

- Blutkulturen
- Multiplex-PCR auf enteropathogene Bakterien im Stuhl
- Behandlung mit Ceftriaxon
- Behandlung mit Azithromycin
- Behandlung mit Imipenem

Die Patientin zeigt das Bild eines Schocks mit akuter Niereninsuffizienz und starker Hypokalzämie bei akutem Durchfall und Bauchschmerzen. Angesichts des Fiebers mit laborchemischer Entzündungskonstellation und des bilddiagnostischen Ergebnisses ist ein septischer Schock bei Enteritis die wahrscheinlichste Diagnose. Zu bedenken ist jedoch, dass ein radiologisches Bild einer Enteritis auch eine entzündliche oder ischämische Ursache haben kann und diese Entitäten durch eine bakterielle Translokation kompliziert werden können. Es ist deshalb angezeigt, Proben zur mikrobiologischen Untersuchung zu entnehmen und rasch eine Behandlung mit einem Breitband-Antibiotikum zu beginnen.

Sind die Kriterien eines schweren Durchfalls erfüllt (>8 Stuhlgänge/Tag, Fieber, Symptome seit über einer Woche und/oder Hospitalisierung nötig), sollte die empirische Behandlung ein Cephalosporin der dritten Generation (Wirkung gegen *Salmonella* spp, *Shigella* spp, *Yersinia enterocolitica*) und ein Makrolid (Wirkung gegen *Campylobacter jejuni*) umfassen.

Im Zusammenhang mit einem ambulant erworbenen septischen Schock ohne Risikofaktoren für Extended-Spectrum-Betalaktamasen (ESBL) ist eine Antibiotikatherapie mit Imipenem nicht indiziert. Eine Breitbandbehandlung mit Piperacillin/Tazobactam würde im Übrigen nicht gegen *Campylobacter* wirken. Eine Behandlung, die anaerobe Erreger abdeckt (mit Piperacillin/Tazobactam, Co-Amoxicillin oder Metronidazol), wäre lediglich im Fall einer intraabdominellen Infektion mit Peritonitis indiziert [1].

Die Patientin erhält eine Antibiotikatherapie, durch eine erneute CT-Angiographie wird eine ischämische Ursache ausgeschlossen. Die Blut- und Urinkulturen sind steril. Die Stuhluntersuchungen mittels PCR-Test auf *Clostridioides difficile*, Adenoviren, Rotavirus, *Campylobacter jejuni*, *Salmonella* spp, *Shigella* spp und Shiga-Toxin sind ebenfalls negativ.

In der weiteren Anamnese wird festgestellt, dass es sich um die dritte Episode innerhalb eines Jahres handelt, bei der ein hypovolämischer Schock aufgrund von Durchfall auftritt und eine Einweisung auf die Intensivstation erforderlich macht. Diagnostiziert wurden damals eine virale Gastroenteritis mit starker Dehydratation, dann eine Sepsis unbestimmter Ursache, wobei der Durchfall



Elodie Gruneisen, dipl. Ärztin
Service de médecine interne, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne

zwischen diesen Hospitalisierungen abgeklungen war. Es liegt kein Hinweis auf eine besondere familiäre Erkrankung vor. Kürzliche Reisen, die Einnahme neuer Medikamente und Ernährungsumstellungen oder ein riskantes Sexualverhalten werden von der Patientin verneint. Die hämodynamische Situation stabilisiert sich ohne eine Gabe von Kortikosteroiden, die Katecholamine werden abgesetzt und die Patientin wird extubiert. Die Niereninsuffizienz erweist sich als funktionell und bessert sich infolge der Schockbehandlung rasch.

Diagnostiziert wird ein Schock gemischten Ursprungs mit septischer Komponente, Hypovolämie nach starkem Durchfall und Vasoplegie infolge starker Hypokaliämie.

Nach Abklingen des Schocks verringert sich die Entzündungskonstellation rasch, es kommt aber weiterhin zu starkem, wässrigem Durchfall (bis zu 5–6 l/Tag) ohne Blutbeimengung, auch im Nüchternzustand. Die empirische Behandlung mit Loperamid und Colestyramin ermöglicht lediglich eine leichte Senkung der Durchfallfrequenz.

Frage 2

Welche Diagnose scheint am wenigsten wahrscheinlich?

- VIPom
- Karzinoidsyndrom
- Hyperthyreose
- Choleretische Enteropathie
- Morbus Crohn

Die Patientin leidet an der dritten Episode starken Durchfalls, ohne dass eine infektiöse Ursache ersichtlich ist. Der Ursprung des chroni-

schen Durchfalls muss also gefunden werden. Der hypovolämische Schock kann ein Hinweis auf einen neuroendokrinen Tumor sein (VIPom, Karzinoidsyndrom, Gastrinom, ...). Das VIPom kann zu starkem Durchfall mit Hypovolämie, schwerer Hypokaliämie und in 20% der Fälle zu anfallsartiger Gesichtsrötung («Flush») führen. Das Karzinoidsyndrom geht mit Flush (bläulich-rot, 30 Sekunden bis 30 Minuten), manchmal mit Hypotonie und Bronchospasmus (20% der Fälle) und in 80% der Fälle mit chronischem Durchfall einher. Dieses Syndrom wird auf die Sekretion verschiedener Hormone (Serotonin, Histamin, Kallikrein, ...) durch gut differenzierte neuroendokrine Tumoren zurückgeführt, die klassischerweise dem Dünndarm (seltener dem Kolon oder der Lunge) entstammen.

Da unsere Patientin aufgrund ihrer Hypothyreose eine Substitutionsbehandlung erhält, sollte nach einer Hyperthyreose durch Überschuss an Schilddrüsenhormonen gesucht werden.

Bei chronischem Durchfall muss auch eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung (CED) wie Morbus Crohn in Betracht gezogen werden [3].

Nach einer Cholezystektomie tritt bei 5–10% der Patientinnen und Patienten chronischer Durchfall auf (choleretische Enteropathie), der oftmals auf Colestyramin (Polystyrol-Derivat, das Gallensäure bindet) anspricht und sich nicht als starker Durchfall mit hypovolämischem Schock äussert. Ohne Gallenblase fließt die Galle direkt und stetig in den Dünndarm und übersteigt die Reabsorptionskapazität im terminalen Ileum; so kommt es zum Überschuss von Gallensäure im Kolon und zu Durchfall.

Frage 3

Welche Untersuchung ist zu diesem Zeitpunkt nicht indiziert?

- Zöliakie-Serologie
- TSH-Bestimmung
- Koloskopie mit Etagenbiopsie
- PET-CT mit markiertem Octreotid (68Ga-DOTATE)
- 72-Stunden-Sammelstuhl

In Abbildung S1 im Online-Appendix dieses Artikels schlagen wir einen Algorithmus für die Behandlung chronischen (d.h. länger als vier Wochen anhaltenden) Durchfalls vor. Ist keine Durchfallursache ersichtlich, rechtfertigt die Prävalenz von Hyperthyreose (>1% und bis zu 5% bei älteren Frauen) und Zöliakie (1%) Untersuchungen zur Früherkennung dieser Krankheiten.

Eine Koloskopie mit Schleimhautbiopsie ist vor allem bei Personen über 50 Jahren (Tumor-Früherkennung) sowie bei Verdacht auf entzündlichen Durchfall (mikroskopische Kolitis, CED) angezeigt.

Die Untersuchung des Stuhls auf Parasiten ist Teil der Standardbefundung, auch wenn die Anamnese und das klinische Bild bei unserer Patientin nicht darauf hindeuten. Auch eine HIV-Serologie wäre indiziert, um einen Hinweis auf den infektiologischen Befund auf der Suche nach verbreiteten und seltenen opportunistischen Infektionen zu liefern [3].

Bei chronischem Durchfall (Dauer mindestens 4 Wochen) ist in der Folge ein Sammelstuhl indiziert, um das Stuhlgewicht pro Tag festzustellen (echter Durchfall: Tagesgewicht >200 g, Pseudodiarrhoe: Tagesgewicht <200 g), den verantwortlichen Mechanismus zu identifizieren

Tabelle 1: Serologische Tests zum Nachweis von Zöliakie (angepasst nach [7])

Wichtige Fragen	Sensitivität % (Spannweite)	Spezifität % (Spannweite)	PPV % (Vortestwahrscheinlichkeit 5%)	NPV % (Vortestwahrscheinlichkeit 5%)	Anmerkungen
IgA anti-tTG IgA anti-tTG	98 (78–100)	98 (90–100)	72	99	Nachweistest erster Wahl (Sensitivität und NPV hoch, kostengünstig)
IgG anti-tTG	70 (45–95)	95 (94–100)	42	99	Bei vollständigem IgA-Mangel
EMA	95 (86–100)	99 (97–100)	83	99	<ul style="list-style-type: none"> IgA EMA: falls IgA anti-tTG schwach positiv (Spezifität hoch, aber schwankende Ergebnisinterpretation, hohe Kosten) IgG EMA: bei vollständigem IgA-Mangel
IgA anti-dGP	88 (74–100)	95 (90–99)	44	99	In zweiter Linie (Zöliakie-Verdacht bei Serologie-Tests)
IgG anti-dGP	80 (63–95)	98 (90–99)	68	99	<ul style="list-style-type: none"> Bei vollständigem IgA-Mangel Bei Kindern <2 Jahren

PPV: positiver Vorhersagewert; NPV: negativer Vorhersagewert; tTG: Gewebstransglutaminase; EMA: Endomysium-Antikörper; dGP: deamidierte Gliadinpeptide

Was ist Ihre Diagnose?

(sekretorisch, osmotisch oder entzündlich [Calprotectin]) und eine Steatorrhoe oder einen Proteinverlust im Stuhl nachzuweisen, was auf eine Malabsorption hinweisen würde [3]. Falls ein 72-Stunden-Sammelstuhl nicht möglich ist, kann der Stuhl auch während 24 oder 48 Stunden gesammelt werden. Wenn auch das nicht möglich ist, kann man bereits in einer 1-Gramm-Stuhlprobe die fäkale Elastase und Calprotectin messen. Die Sammeldauer von 72 Stunden wird vorgeschlagen, um ein repräsentatives Ergebnis zu erhalten.

Wie erwähnt, kann das klinische Bild eines refraktären Durchfalls mit anfänglicher Hypokaliämie und Dehydratation auf einen neuroendokrinen Tumor hindeuten. Dies ist indes eine seltene Diagnose, nach der in zweiter Linie zu suchen ist, nachdem häufigere Ursachen ausgeschlossen wurden (vgl. Abb. S1 im Online-Appendix des Artikels). Demzufolge wäre die Messung der Serumkonzentration des vasoaktiven intestinalen Peptids (VIP) bei Verdacht auf ein VIPom indiziert. Zum Nachweis des Karzinoïdsyndroms wird im Urin das Serotonin-Abbauprodukt 5-Hydroxyindolylessigsäure (5-HIES) bestimmt. Eine PET-CT-Untersuchung mit markiertem Octreotid (68Ga-DO-TATOC oder 68Ga-DOTATE) ist hingegen zu diesem Zeitpunkt nicht angezeigt, könnte aber zur Lokalisierung eines durch Screeningtests diagnostizierten neuroendokrinen Tumors oder bei starkem klinischem Verdacht ohne alternative Diagnose in Betracht gezogen werden.

Ein Überschuss exogener Schilddrüsenhormone wird bei unserer Patientin, die mit L-Thyroxin supplementiert wird, ausgeschlossen. Eine Koloskopie und parasitologische Stuhluntersuchung verlaufen negativ. Das fäkale Calprotectin ist auf 183 µg/g erhöht (normal <50), ebenso wie das Stuhlgewicht, das 782 g/24 Stunden beträgt (normal <200 g/24 Stunden) und mit starker Steatorrhoe einhergeht (41 g Fett/24 Stunden; normal <7 g/24 Stunden). Dies legt einen Durchfall aufgrund von Malabsorption nahe. Die Zöliakie-Serologie und besonders der Test auf Gewebstransglutaminase-IgA-Antikörper sind stark positiv (Tab. 1). Zu bedenken ist, dass diese Antikörper im Falle eines negativen Ergebnisses nur unter der Voraussetzung interpretierbar sind, dass kein IgA-Mangel vorliegt; dies ist gleichzeitig zu testen [2].

Frage 4

Was ist der nächste Schritt, um die Diagnosehypothese zu bestätigen?

- Bestimmung der Vitamine B1, B12 und B9, der fettlöslichen Vitamine A, D, E und K, der Proteine Albumin und Präalbumin sowie von Ferritin im Blut
- Diätversuch
- Nachweis der Gene *HLA-DQ2* oder *DQ8*

- Ösophagogastroduodenoskopie (ÖGD) mit Zwölffingerdarmbiopsie
- Videokapselendoskopie

Angeichts der Ergebnisse der serologischen Tests leidet die Patientin an einer Malabsorption, die sehr wahrscheinlich zöliakiebedingt ist (Sensitivität 90%, Spezifität 95%). Die einzige Untersuchung, durch die die Diagnose bestätigt werden kann, ist die ÖGD mit Zwölffingerdarmbiopsie.

Die Videokapselendoskopie ermöglicht die Untersuchung des Dünndarms, aber bietet nicht die Möglichkeit histologischer Analysen. Im Rahmen der Standardbefundung ist sie zunächst nicht indiziert, sehr wohl aber im Falle einer refraktären Zöliakie, um Läsionen durch ulzerative Jejunitis, ein invasives Lymphom oder ein Adenokarzinom nachzuweisen.

Ein Versuch mit glutenfreier Diät ist nicht geeignet, um die Diagnose zu stellen, würde indes zur Normalisierung der Schleimhaut führen und so die histologische Diagnosestellung beeinträchtigen.

Die Bestimmung der Vitamine, Proteine und von Ferritin im Blut ist ein guter Indikator für ein Malabsorptionssyndrom [4] und ist erforderlich, um Mängel zu supplementieren, ermöglicht aber keine ätiologische Diagnose.

Genests werden nicht systematisch angewandt, um Zöliakie zu diagnostizieren. Über 90% der Personen mit Zöliakie sind *DQ2*- oder *DQ8*-positiv (von den Genen *HLA-DQA1* und *HLA-DQB1* codierte, heterodimere Proteine); allerdings tragen auch 40% der Gesamtbevölkerung die Allele *HLA-DQ2* bzw. *DQ8*, ohne die Krankheit zu entwickeln [2]. Die *HLA-DQ*-Genotypisierung ist also vor allem nützlich, um die Diagnose auszuschliessen, typischerweise wenn Serologie und duodenale oder jejunale Histologie nicht übereinstimmen.

In unserem Fall zeigt die ÖGD eine leicht erythematöse Magenschleimhaut und ein atrophisches Bild der Zwölffingerdarmschleimhaut. Die histologische Analyse ergibt eine totale oder subtotale villöse Atrophie in Verbindung mit einer Kryptenhyperplasie und Erhöhung der intraepithelialen Lymphozyten. Dies bestätigt die Diagnose Zöliakie. Die Laborwerte zeigen einen Protein-Kalorien-Mangel mit Hypoalbuminämie (20 g/l, Normwert: 35–52 g/l) und Hypopräalbuminämie in Verbindung mit einer Malabsorption (Mangel an Vitamin B9 und D, der Quick-Wert normalisiert sich nach Vitamin-K-Substitution).

Die gestellte Diagnose lautet Zöliakiekrise (Tab. 2). Häufig ist ein beschleunigender Faktor assoziiert, etwa eine Infektion wie in unserem Fall oder eine Operation in jüngerer Vergangenheit [1].

Tabelle 2: Diagnosekriterien für eine Zöliakiekrise (angepasst nach [1])

Akutes Auftreten oder rasche Progression gastrointestinaler Symptome, die der Zöliakie zugeschrieben werden können und eine Hospitalisierung und/oder parenterale Ernährung erfordern. Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:

- Anzeichen starker Dehydratation, darunter hämodynamische Instabilität und/oder orthostatische Dysregulation
- Blutwerte und visuelles Differenzialblutbild (Handdifferenzierung)
- Entzündungsparameter: CRP, allenfalls Proteinelektrophorese, Gerinnungsstatus
- Substrate: Folsäure, Vitamin B12, Eisenstatus, allenfalls Kupfer
- Virenserologie: EBV, CMV, HIV, Hepatitis B und C
- Organbeteiligung: Leber- und Nierenwerte
- Autoimmunerologie: Rheumafaktor, ANA, anti-DNA
- Gewichtsverlust >5 kg
- Neurologische Störung

Frage 5

Welche Massnahme ist nicht geeignet?

- Substitution der mangelnden Mikronährstoffe und parenterale Rehydratation
- Glutenfreie Diät mit Ernährungsberatung
- Kortikoidtherapie
- Wiederholung der serologischen Tests
- Kontroll-Gastroskopie nach drei Monaten

Die einzige wirksame, bewährte Behandlung von Zöliakie ist eine vollständig glutenfreie Diät. Dehydratation und Mikronährstoffmangel müssen ausgeglichen werden, dabei gilt es aber, Gluten (Weizen, Gerste, Roggen) strikt zu vermeiden. Wenn bei einer Zöliakiekrise die Standardbehandlung zu keiner raschen Besserung führt, kann eine Kurzzeittherapie mit Prednison oder Budesonid erwogen werden.

Regelmässige Kontrollen werden empfohlen, um allfällige Komplikationen zu erkennen, die Entwicklung der Symptome zu verfolgen und die Einhaltung der glutenfreien Diät zu prüfen. Nach drei Monaten strikt glutenfreier Ernährung werden serologische Tests empfohlen (Gewebstransglutaminase- oder Endomysium-IgA-Antikörper respektive IgG-Antikörper bei vollständigem IgA-Mangel), die nach sechs Monaten wiederholt werden sollten. Ein verringerter Antikörpertiter korreliert mit dem Einhalten der glutenfreien Diät, eine Normalisierung ist nach sechs bis zwölf Monaten

Tabelle 3: Situationen, in denen auf Zöliakie getestet werden sollte (gemäss «National Institute for Health and Care Excellence Guidelines», angepasst nach [2])

Zöliakie-Test empfohlen	Zöliakie-Test in Betracht zu ziehen
<ul style="list-style-type: none"> • Anhaltende, ungeklärte abdominale oder gastrointestinale Symptome • Verzögertes Wachstum • Anhaltende Müdigkeit • Ungeklärter Gewichtsverlust • Schwere oder anhaltende bukkale Ulzera • Ungeklärter Eisen-, Vitamin-B12- oder Folat-Mangel • Typ-1-Diabetes • Autoimmunthyreoiditis • Reizdarmsyndrom • Verwandte ersten Grades, die an Zöliakie leiden 	<ul style="list-style-type: none"> • Knochenstoffwechselstörungen (verringerte Knochendichte oder Osteomalazie) • ungeklärte neurologische Symptome (besonders periphere Neuropathie oder Ataxie) • Ungeklärte Unfruchtbarkeit oder wiederholte Fehlgeburt • Anhaltende Erhöhung der Leberwerte unbekannter Ursache • Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation (MIH) • Down-Syndrom • Turner-Syndrom

zu erwarten. Diese Normalisierung der serologischen Parameter geht nicht unbedingt mit einer histologischen Abheilung einher. Ob wiederholte Zwölffingerdarmbiopsien nötig sind, um die histologische Abheilung und das Einhalten der glutenfreien Diät zu prüfen, ist in der Fachliteratur umstritten. Dieser Ansatz wird in der Praxis angewandt, ist aber bei Patientinnen und Patienten umstritten, die auf die glutenfreie Diät mit negativen oder sinkenden Serologie-Ergebnissen ansprechen. Histologische Nachkontrollen sind nur nach ein bis zwei Jahren bei symptomatischen Erwachsenen sinnvoll (um eine refraktäre Zöliakie oder maligne Tumoren zu erkennen) oder bei anhaltend positiven Serologie-Ergebnissen. Bei gutem Ansprechen auf die Behandlung (keine Symptome oder labormedizinischen Anzeichen von Malabsorption) kann fünf Jahre lang eine jährliche serologische und labormedizinische Nachkontrolle und danach in längeren Abständen vorgeschlagen werden.

Bei unserer Patientin klangen infolge der glutenfreien Diät mit Ernährungsberatung der Durchfall und die Stoffwechselstörungen rasch und vollständig ab. Nach einer Rehabilitation zur Behandlung der Mangelernährung wird sie nach Hause entlassen.

Diskussion

Bei rezidivierendem oder chronischem Durchfall sollten die Untersuchungen dem in Abbildung S1 (siehe im Online-Appendix des Artikels) vorgeschlagenen Algorithmus folgen, um sie auf die Merkmale des Durchfalls abzustimmen.

Zöliakie ist eine chronische, immunologische Krankheit, die durch den Verzehr von Gluten ausgelöst wird und sich bei genetisch prädisponierten Personen entwickelt. Mit einer Prävalenz von 1% kann sie sich durch ein breites Spektrum klinischer Manifestationen im

Verdauungstrakt und darüber hinaus äussern, was ihre Diagnose erschwert. Eine niedrige Verdachtsschwelle ist darum nötig, um Zöliakie frühzeitig erkennen und geeignet behandeln zu können (Tab. 3).

Die Zöliakiekrise ist eine ungewöhnliche, möglicherweise unterdiagnostizierte Komplikation, von der bisher nur eine begrenzte Zahl von Fällen beim Erwachsenen beschrieben wurde. Sie ist potentiell tödlich und sollte in jedem Fall bei starkem, chronischem, ungeklärtem Durchfall mit starken Stoffwechselstörungen in Betracht gezogen werden, nachdem eine infektiöse Ursache ausgeschlossen wurde (Tab. 2). Die Behandlung besteht vor allem in einer strikt glutenfreien Ernährung mit intensiver Ernährungsberatung, wodurch in 50% der Fälle eine rasche klinische Besserung möglich ist. Führt die Standardbehandlung nicht zur raschen Besserung, können Kortikosteroide ergänzend in Betracht gezogen werden, die aber zu einer Verstärkung der Elektrolytstörungen führen können [1].

Antworten:

Frage 1: e. Frage 2: d. Frage 3: d. Frage 4: d. Frage 5: e.

Disclosure Statement

Die Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenkonflikte zu haben.

Korrespondenz

Elodie Gruneisen
Service de médecine interne
Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)
Rue du Bugnon 46
CH-1011 Lausanne
Elodie.Gruneisen[at]chuv.ch

Der Online-Appendix ist als separates Dokument verfügbar unter: <https://doi.org/10.4414/smf.2022.08972>.

Literatur

- 1 do Vale RR, Conci NDS, Santana AP, Pereira MB, Menezes NYH, Takayasu V, et al. Celiac Crisis: an unusual presentation of gluten-sensitive enteropathy. *Autops Case Rep.* 2018;8(3):e2018027.
- 2 Lebowitz B, Sanders DS, Green PHR. Coeliac disease. *Lancet.* 2018;391(10115):70–81.
- 3 Schiller LR, Pardi DS, Sellin JH. Chronic Diarrhea: Diagnosis and Management. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2017;15(2):182–193.e3.
- 4 Zuvorox T, Belletieri C. Malabsorption Syndromes. *Treasure Island (FL): StatPearls,* 2020.
- 5 Bonis PAL, Lamont, JT. Approach to the adult with chronic diarrhea in resource-rich settings. In: Friedman LS, Grover S, editors. *Waltham, MA. UpToDate.* (Accessed on August 8, 2022.)
- 6 Truninger K. Abklärung der chronischen Diarrhö. *Praxis.* 2016;105(3):153–8.
- 7 Leffler DA, Schuppan D. Update on serologic testing in celiac disease. *Am J Gastroenterol.* 2010;105(12):2520–4.



Die Hackahealth-Gemeinschaft besteht aus Entwicklerinnen und Entwicklern sowie Menschen mit Beeinträchtigungen.

«Wir wollen Barrieren durchbrechen»

Handicap Ingenieur Luca Randazzo bezieht Menschen mit Behinderung in die Entwicklung von Prothesen und Hilfsmitteln ein. In dieser Woche findet sein nächster Hackathon statt, bei dem er mit Gleichgesinnten neue, massgeschneiderte Lösungen entwickeln wird. Im Interview erklärt er seine Vision von Inklusion.

Interview: Sarah Bourdely

Luca Randazzo, 2018 haben Sie die Hackahealth Community gegründet, welche die Entwicklung von massgeschneiderten Lösungen für und von Menschen mit körperlichen Einschränkungen unterstützt. Wie sind Sie auf diese Idee gekommen?

Anfangs waren wir vier Doktoranden an der EPFL, die auf dem Gebiet der Neuroprothesen arbeiteten. Während unseres Studiums hatten wir alle die gleiche Erfahrung gemacht: Es besteht ein enormer Unterschied zwischen der Entwicklung eines Hilfsmittels im Rahmen eines Universitätsprojekts und dessen tatsächlicher Verwendung durch die betroffenen Personen. Oft wird jahrelang an hochkom-

plexen Technologien gearbeitet. Wenn man dann im Krankenhaus ankommt, sagt einem der behandelnde Arzt, dass ein Physiotherapeut niemals die Zeit hätte, die Prothese während seiner Sitzung anzubringen.

Aus welchem Grund?

Ich gebe Ihnen ein Beispiel: Manche Systeme wie Exosklette auf Laufbändern sind fast so gross wie ein ganzes Zimmer. Es gibt also eine wahre Diskrepanz zwischen unseren Erfindungen und ihrer tatsächlichen Anwendung. Diese Erkenntnis hat so manchen ernüchtert. Als Ingenieure entwickeln wir oft Lösungen für Probleme, die wir zu kennen

Hackahealth

Die Organisation Hackahealth besteht aus Studierenden, Doktoranden, Postdoktoranden und Ingenieuren, die an der EPFL, dem Campus Biotech und in der Schweizer MedTech-Industrie arbeiten. Ihre Vision ist es, die Sichtweise auf Behinderung durch Spiel, Inklusion und Technologie zu verändern. Seit 2018 organisiert der Verein Hackathons, bei denen Ingenieure, Hersteller und Designer gemeinsam mit Menschen mit Beeinträchtigung Lösungen für ihren Alltag entwickeln.

Die nächsten Hackathons finden vom 7. bis 9. Oktober in Genf und vom 4. bis 6. November in Zürich statt. Anmeldung unter: www.hackahealth.ch/hackathons-de

glauben, die für die Betroffenen aber keine Priorität haben. Zudem kennen wir die Einschränkungen, die mit der Pathologie verbunden sind, oft nicht ausreichend. Hackahealth ist aus dieser Feststellung heraus entstanden. Wir wollten eine Gemeinschaft schaffen, in der sich Ingenieure mit Anwendern austauschen müssen, um Lösungen zu entwickeln, die wirklich einen Nutzen bringen.

Sie organisieren regelmässig Hackathons. Können Sie erklären, um was es sich dabei handelt?

Die Idee ist, dass eine Person mit besonderen Bedürfnissen, meist eine Person mit einer Behinderung, die wir als *Challenger* bezeichnen, einer Gruppe von Ingenieuren eine Herausforderung stellt. Zwei Tage lang arbeitet diese Gruppe zusammen, um das Problem richtig zu verstehen, und versucht, es zu lösen. Aus dieser Interaktion entstehen am Ende des Wochenendes Prothesen oder andere Hilfsmittel, die der *Challenger* idealerweise mit nach Hause nehmen kann. Die Dynamik, die sich entwickelt, ist sehr interessant, da man Menschen, die über das technologische Wissen verfügen, mit den Endnutzern zusammenbringt.

Können Sie Beispiele für diese Challenges nennen?

Eine Person mit einer Rückenmarksverletzung hatte Schwierigkeiten, Gegenstände aufzuheben, wenn ihr etwa Schlüssel oder Telefon heruntergefallen waren. Die *Challenge* bestand also darin, ein Gerät zu entwickeln, mit dem sie Gegenstände vom Boden aufheben kann. Solche Hilfsmittel gibt es bereits, aber sie sind nicht immer an die spezifischen Bedürfnisse der Anwender angepasst, mit denen wir es zu tun haben. Da die betreffende Person ihren Daumen nicht benutzen konnte, bestand die Herausforderung darin, eine Greifzange zu entwickeln oder anzupassen, die sie mit den verbleibenden Funktionen ihrer Hand steuern konnte. Eine andere Person konnte sich nicht selbst anziehen, weil sie ihre Arme nicht vollständig anheben konnte. Wir entwickelten ein System, mit dem sie ihr T-Shirt selbstständig überstreifen konnte. Oft sind es ganz einfache, aber sehr



Luca Randazzo

Der Ingenieur, spezialisiert auf Mechatronik, ist Mitgründer von Hackahealth und des Startups Emovo care.

individuelle Lösungen. Das Ziel ist stets, den Betroffenen ein Stück Selbstständigkeit zurückzugeben.

Inklusion liegt Ihnen also besonders am Herzen?

Absolut. Wir betrachten die Person mit Behinderung als Ressource und nicht als Problem, das es zu lösen gilt. Sie steht im Mittelpunkt all unserer Überlegungen. Sie kennt die Einschränkungen, die mit ihrem Zustand einhergehen, sicherlich besser als wir und hat sich bestimmt schon Lösungen für ihren Alltag überlegt. Sie ist daher wirklich ein integraler Bestandteil des Teams. Es gibt auch einen therapeutischen Aspekt. Unsere *Challenger* fühlen sich nützlich, sie gewinnen während eines Hackathons an Selbstvertrauen. Man kann sogar sagen, dass die Geräte manchmal nur ein Vorwand sind. Das Wichtigste ist, Barrieren zu durchbrechen und den Ingenieuren beizubringen, in den direkten Kontakt mit Menschen mit Beeinträchtigungen zu treten.

Arbeiten Sie mit der Ärzteschaft zusammen?

Wir stehen oft in Kontakt mit behandelnden Ärzten und Therapeuten, die wir von Anfang an in den Prozess einzu beziehen versuchen. Der *Challenger* wird so zum Vermittler zwischen Ingenieuren und medizinischen Fachkräften. Wir zeigen den Ärzten, wie einfach es heutzutage ist, Lösungen zu entwickeln. Diese Aufklärungsarbeit führt zu richtigen Aha-Momenten. Wir haben schon oft erlebt, dass jemand, der nichts über Neuroprothesen wusste, am Ende eines Wochenendes viele Ideen hatte und so die Entwicklung massgeblich beeinflusste. Manche nehmen die Geräte auch mit nach Hause und arbeiten dort weiter daran. Am Ende ist das Hilfsmittel wirklich ein Spiegel dessen, was das Team aus Ingenieuren, Therapeuten, Klinikern und Patienten als Anwender denkt. Ich glaube, das ist wirklich eine aufschlussreiche Erfahrung für viele Menschen.

Sind Sie auch auf Schwierigkeiten gestossen?

Menschen mit Behinderungen haben manchmal sehr hohe Erwartungen. Deshalb erklären wir als Erstes, was wir mit unseren Technologien in zwei Tagen erreichen können. Auf diese Weise vermeiden wir Enttäuschungen. Wir konzentrieren uns auf *Lowcost*-, *Lowprofile*-Lösungen. Natürlich können wir nicht alle Probleme lösen, etwa, dass sie wieder gehen können. Wir starten jedoch einen Prozess und bleiben mit diesen Menschen in Kontakt, um das Hilfsmittel weiter zu verbessern. Aus diesem Grund bieten wir auch Kurse und Workshops an der EPFL an.

Welcher Moment hat Sie am meisten geprägt?

Das war bei meinem ersten Hackathon 2018, zu dem ich meine Schwester Chiara mitgenommen hatte, die an Zerebralparese leidet. Sie war es übrigens auch, die mich dazu motiviert hat, in den Ingenieurberuf einzusteigen. Bei ihrem Anblick erstarrten die Ingenieure auf der Stelle und wussten nicht, wie sie sich ihr gegenüber verhalten sollten. Am Ende des Wochenendes nahm der Ingenieur, der mit ihr an einem Projekt gearbeitet hatte, sie bei der Hand, um mit ihr einen Kaffee trinken zu gehen. Da wurde mir klar, was der Hauptzweck unserer Gemeinschaft ist: die Barriere zu durchbrechen, die mit einer Behinderung verbunden ist – und das ist grossartig!

Mein Herz zeigt mir den Weg

Well-being Als Hausarzt behandelt Angelo Barrile Burn-out-Patienten. Doch ihm selbst fiel es lange Zeit schwer, auch mal «nein» zu anderen und «ja» zu sich selbst zu sagen. Bis der Arzt und Nationalrat 2019 eine Krebsdiagnose erhielt.

Angelo Barrile

Wie startet mensch den ersten Beitrag zu einer neuen Kolumne? Wie verfasse ich so frisch von der Leber weg meine persönliche Meinung zum Thema «Work-Life-Balance» oder besser zu «Wellbeing», den Ausdruck, den Vanessa Kraege, die sich diese Kolumne mit mir teilt, und ich bevorzugen? Es ist doch nicht so leicht wie gedacht!

Jede und jeder von uns versteht den veralteten Begriff der Work-Life-Balance etwas anders. Die Vorstellung bis zu den Jahrgängen der Babyboomer besagte, Arbeits- und Privatleben müssten in Einklang – oder eben in die Balance – gebracht werden, weil die Arbeit Energie kostet und das Privatleben die dafür notwendige Energie liefert. Aber das entspricht nicht mehr der komplexen Lebensrealität der Menschen. Die Generation X, zu der ich mit Jahrgang 1976 gehöre, sieht eher eine phasenweise Abwechslung zwischen Erwerbstätigkeit, Kindererziehung und Freizeit. Die Lebensbereiche kosten oder geben uns je nach Lebensphase Energie und wir müssen die Balance finden. Bei der Generation Y, also den Jahrgängen ab den 80er Jahren, sieht das nochmals anders aus. Die Arbeit und das Privatleben werden nicht mehr so strikt getrennt. Anstatt sich ewig im Hamsterrad zu drehen, soll die Arbeitszeit einen Sinn ergeben und im Einklang mit den eigenen persönlichen Werten stehen. Die Arbeitszufriedenheit muss stimmen, das Einkommen ist weniger wichtig geworden.

Die 90-Stunden-Wochen war die Regel

Meiner Meinung nach spielt es keine Rolle, zu welcher Generation wir gehören. Theoretisch wissen wir doch, wie ein gesunder Ausgleich aussähe. Gerade ich als Hausarzt, der seit Jahren Menschen mit Burn-out behandelt, begleitet und wichtige Empfehlungen abgibt, sollte es doch besser wissen. Trotzdem lebte ich bis vor zwei Jahren nicht das, was ich für meine Patientinnen und Patienten richtig und wichtig fand. Bereits als Werkstudent arbeitete ich am Wochenende, nachts oder in den Semesterferien. Zu Beginn meiner Assistenzzeit waren wöchentliche 80 bis 90 Stunden Arbeit eher die Regel als die Ausnahme und später mit der 50-Stunden-Woche wurde uns der Eindruck des Versagens vermittelt, wenn nicht alle Aufgaben in der vorgegebenen Zeit erledigt wurden. Bis zuletzt mit meinem 150-Prozent-Pensum als Hausarzt und Nationalrat

hatte ich nie das Gefühl, den eigenen Ansprüchen zu genügen. Wohlgermerkt, sowohl die ärztliche wie auch die politische Arbeit habe ich immer mit viel Freude und Leidenschaft angepackt. Wollte aber nicht wahrhaben, dass auch meine Energieressourcen beschränkt sind.

Krebsdiagnose und neue Prioritäten

Mit meiner Krebsdiagnose im November 2019 hat sich dies geändert. Aufgrund des fortgeschrittenen Stadiums und der bescheidenen 5-Jahres-Überlebensrate rechne(te) ich mit allem. Ich habe gelernt, die wichtigen Fragen mit den dazu gehörenden Antworten zuzulassen. «Was ist mir wichtig im Leben? Welches ist der Zweck meiner Existenz?» Wegen der anhaltenden Fatigue sind meine Energieressourcen weiterhin eingeschränkt; jeder Tag ist anders. Ob ich will oder nicht, stellt sich ständig die Frage: «Was ist heute für mich wichtig, was kann ich bewältigen und was geht nicht?» Das Setzen der Prioritäten gelingt mir am besten, wenn ich meinem Herzen folge. Es hat seine Zeit gedauert und Sie können mir gerne glauben, dass es als Mitglied unserer Leistungsgesellschaft, insbesondere als Politiker, nicht immer einfach ist, Schwächen zuzugeben oder auch mal «nein» zu den anderen und «ja» zu sich selber zu sagen. Aber ich bin dankbar dafür, dass ich es endlich gelernt habe. Heute erlebe ich jeden Tag als Geschenk und mache das Beste draus. Das empfehle ich auch Ihnen und dass Sie es ohne Krankheit oder Schicksalsschlag lernen mögen. Es ist nämlich so einfach!

Wenn wir es schaffen, auf unser Herz zu hören oder – wie es Lissa Rankin in ihrem Buch «Mind Over Medicine» beschreibt – uns an unserem inneren Leitstrahl zu orientieren, setzen wir Prioritäten richtig und leben im Einklang mit unseren Werten. Bei der Arbeit und im Privatleben.

Ob wir es nun Work-Life-Balance, Wellbeing oder wie auch immer nennen, spielt keine Rolle. Hauptsache, wir tun es. Für alles andere ist unser Leben einfach zu wertvoll und kurz.



Angelo Barrile

Der Hausarzt und Nationalrat schreibt an dieser Stelle regelmässig über die Themen Wellbeing und Work-Life-Balance.



© Luca Bartulović

«Sie kommen für mich in Frage»



Ludwig T. Heuss
Prof. Dr. med., Chefarzt
Klinik für Innere Medizin,
Zollikerberg

Zugegeben, es ist schon lange her. Ich bewarb mich um meine erste Assistentenstelle und wusste: Es wird hart werden. Schon kurz vor der Matura war uns, im Sinne einer «Dissuasionsstrategie» (so nannte man das wirklich) auf Flugblättern vom Ergreifen des Medizinstudiums abgeraten worden. Das Schweizer Gesundheitswesen würde den Ansturm neuer Ärztinnen und Ärzte nicht verkraften. Eine Zukunft als Taxifahrer oder gleich dauernde Arbeitslosigkeit wurde prophezeit. Ja, wer dennoch Medizin studierte, wusste, was auf sie oder ihn zukam, wir waren gewarnt worden. Wir waren die Ärzteplthora.

So sass ich mit gebügelm Hemd und geputzten Schuhen im Büro des Chefarztes. Er hatte lässig seine Füsse auf den Schreibtisch gelegt, so dass mir die abgelaufenen Ledersohlen entgegen strahlten, angelte sich ein Bewerbungsdossier vom Stapel und blätterte darin flüchtig. Während ich meine eingeübten Sätze vorzubringen versuchte, griff er verärgert nach einem neuen Dossier. Ob es diesmal das meinige war? Er seufzte und schüttelte nachdenklich den Kopf. Mir war klar: keine Chance.

Ich ergatterte anderenorts meine erste klinische Stelle. Im Arbeitsvertrag stand noch: «Die Arbeitszeit richtet sich nach den Bedürfnissen der Anstalt.» Wir Assistenten waren billige Arbeitskräfte, die rund um die Uhr ausgenutzt werden konnten. Später, so galt das ungeschriebene Gesetz, würde man ja als Gutverdiener in der Praxis alle Entbehrungen wieder hereinholen. Manche verhielten sich dann auch so.

Wie gesagt, das ist schon lange her. Mit der Unterstellung der Spitalärztinnen und -ärzte unter das Arbeitsgesetz, wurde die Arbeitskraft teuer. Zahlreiche Stellen wurden neu geschaffen, um Arbeitszeiten ein- und Wettbewerb aufrechtzuhalten. Aus einem Angebotsmarkt wurde ein Nachfragemarkt. Bekam man früher eine begehrte Weiterbildungsstelle in einer Spezialdisziplin erst nach abgeschlossener erster

Facharztausbildung, Oberarzterfahrung und Forschungstätigkeit im Ausland, so werden heute – unfassbar – solche Stellen ausgeschrieben!

Vieles an dieser Entwicklung ist zu begrüssen, aber nicht alles. Es ist gut, dass die unmenschlichen Abhängigkeitsverhältnisse vorbei sind, dass rücksichtsloses Ausnützen und Respektlosigkeit der Vergangenheit angehören. Die überwiegende Zahl der jungen Assistenzärztinnen und -ärzte sind heute genauso motiviert, von ihrem Beruf begeistert und begegnen ihren Patientinnen und Patienten mit dem nötigen Verantwortungsbewusstsein. Aber manche Selbstverständlichkeit erodiert auch. Etwa dass es zum «Job» gehört, *gemeinsam* anspruchsvolle Dienste zu stemmen. Dass man auch seinem Team verpflichtet ist und nicht nur wechselnde Arbeitsslots optimiert ausfüllt. Tatsächlich: Auch nach vier Monaten auf der Bettenstation kann man «dort immer noch etwas lernen», ohne neuen Rotationskick. Die Stellenplthora hat dazu geführt, dass Spezialisierungswege das Sich-Einrichten in allen möglichen, individuell zugeschnittenen Nischenexistenzen suggerieren. Dagegen drohen nun politische Niederlassungsbeschränkungen.

Die Generationen Y und Z fordern selbstbewusst ihre Rechte ein. Das ist gut so. Trotzdem ist es vielleicht auch heute immer noch gut, wenn ein Bewerbungsschreiben eine klare Motivation zum Ausdruck bringt, wenn das CV strukturiert und das Foto adäquat ist und Studien- und Arbeitszeugnisse beiliegen; wenn auch das Formale stimmt und das Hemd gebügelt und die Schuhe geputzt sind. Vielleicht sind wir älteren Chefarztinnen und Chefarzte halt durch die eigene Anamnese noch anders sozialisiert, auch wenn wir die Zeichen der Zeit erkannt haben.

Immerhin sagte uns kürzlich eine Bewerberin nach dem Vorstellungsgespräch: «Ich glaube, Sie kommen für mich in Frage.»

19.10.2022–22.10.2022 |

10. Dreiländertagung der Österreichischen, Deutschen und Schweizerischen Gesellschaft für Gefäßchirurgie «From Bench to Bed – Translationale Gefäßmedizin»

Wiener Kongresszentrum Hofburg, Heldenplatz,
1010 Wien, Österreich
Kontakt: Kongressorganisation: PCO Tyrol Congress
dreilaendertagung2022@cmi.at

19.10.2022–22.10.2022 |

Deutscher Schmerzkongress 2022

Hauptthemen:

- Sekundäre Kopfschmerzen
- Geschlecht und Schmerz
- Patientenzentriertheit und Versorgungsforschung
- Translationale Schmerzmedizin
- Schmerz in der Lebensspanne

Congress Center Rosengarten, Rosengartenplatz 2,
68161 Mannheim, Deutschland
Kontakt: Eva Scheweiler-Würzburger
eva.wuerzburger@mcon-mannheim.de

20.10.2022–21.10.2022 |

5. Kardiologie Forum

Das 5. Kardiologie Forum findet am 20. und 21. Oktober 2022 im Hotel Seerose in Meisterschwanden am Hallwilersee statt und dauert vom Donnerstagmittag bis am Freitagnachmittag. Begrenzte Teilnehmerzahl.

Seminarhotel Seerose, Seerosenstrasse 1,
5616 Meisterschwanden, Schweiz
Kontakt: Beat Trachsler
info@kardiologieforum.ch

20.10.2022 |

PraxisUpdateBern 2022 Oktober

Die attraktive Fortbildungsserie für Haus- und Kinderärzte

EVENTfabrik, Fabrikstrasse 12, 3012 Bern, Schweiz
Kontakt: Medworld AG
registration@medworld.ch

21.10.2022 |

Komplementärmedizin in der Gastroenterologie und Hepatologie 2022

ARCOTEL Nike Linz, Untere Donaulände 9, 4020 Linz,
Österreich
Kontakt: Lisa Jandrnitsch und Nadja Hauser-Trupp
oeggh.fortbildungen@media.co.at

21.10.2022 | 09.00–17.30 Uhr

4. Onkologisches Symposium: Vom Biomarker zur Therapie

Die Symposiumsreihe «Vom Biomarker zur Therapie» bietet einen Einblick in die moderne onkologische Präzisionsmedizin, die innovative Diagnoseverfahren und Therapiestrategien zu einem großen Ganzen verbindet.

MLL Münchner Leukämielabor, Max-Lebsche-Platz 31,
81377 München, Deutschland
Kontakt: Ursula Mader
ursula.mader@trillium.de

21.10.2022–22.10.2022 |

Leben und Tod «Gibt es im Himmel Eiscrème?»

Fortbildungsveranstaltung für Haupt- und Ehrenamtliche aus Hospiz, Palliative Care, Trauerbegleitung, Seelsorge, Bestattungskultur. Schwerpunkt «Gibt es im Himmel Eiscrème?» – Kinder und Jugendliche in der Sterbe- und Trauerbegleitung

Messe Freiburg, Neuer Messplatz 1, 79108 Freiburg
im Breisgau, Deutschland
Kontakt: Messe Bremen
info@leben-und-tod.de

21.10.2022 |

Herbsttagung 2022 des BKKÖ für Kinderkrankenpflege

Hotel Heffterhof Salzburg, Maria-Cebotari-Straße 1–7,
5020 Salzburg, Österreich
Kontakt: Tagungsbüro: BKKÖ Sekretariat
office@kinderkrankenpflege.at

21.10.2022–22.10.2022 |

ÖSKIM 2022 – Österreichisches Symposium für Kardiovaskuläre Intensivmedizin (Hybridveranstaltung)

Wyndham Grand Salzburg Conference Centre, Fanny-von-Lehnert-Straße 7, 5020 Salzburg, Österreich
Kontakt: David Grünseis
kardio@maw.co.at

24.10.2022–26.10.2022 |

CAS Managing Medicine Modul 3: Strategisches Management

Medizinische Versorgung wird geplant, gestaltet, erbracht und bewirtschaftet. Kurz: Sie wird gemanagt. Im CAS Managing Medicine lernen Sie, worauf es dabei ankommt. Im 3. Modul geht es um die strategische Entwicklung von Gesundheitsorganisationen.

Universität Bern, Mittelstrasse 43, 3012 Bern, Schweiz
Kontakt: Melissa Nef
casmanagingmedicine@ispm.unibe.ch

24.10.2022–17.11.2022 |

Umwelt und Gesundheit

Gesundheit + Lärm, Luftschadstoffe, Radon, ionisierende/nicht-ionisierende Strahlung; + Klimawandel • Umweltepidemiologische Studiendesigns • Kausalität beobachtende Studien • Nationale/internationale Datenquellen • Gesundheitsrisikoabschätzung

Universität Basel, Swiss TPH, Kreuzstrasse,
4123 Allschwil, Schweiz
Kontakt: Manfred Müller
mph@ebpi.uzh.ch

25.10.2022–28.10.2022 |

DKOU 2022

Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie

Messe Berlin, Jaffestraße, Berlin, Deutschland
Kontakt: Intercongress GmbH
info@intercongress.de

25.10.2022–27.10.2022 |

CareFair, die Schweizer Jobmesse für Gesundheitsberufe

Im Wettbewerb um die besten KandidatInnen stehen die Leistungserbringer vor der Herausforderung, sich optimal am Arbeitsmarkt zu positionieren. Hierfür bietet die CareFair, die Jobmesse für Gesundheitsberufe anlässlich der IFAS die perfekte Plattform.

MCH Messe Schweiz Zürich, Wallisellenstrasse 49,
8050 Zürich, Schweiz
Kontakt: Benno Meyerhans
benno@carefair.ch

27.10.2022 | 09.45–17.30 Uhr

Symposium SANCT GALLEN 2022

Science And Novel Clinical Tools in Gastroenterology, Liver Diseases and Endoscopy

Congress Hotel Einstein, Berneggstrasse 2,
9000 St. Gallen, Schweiz
Kontakt: Klinik für Gastroenterologie/Hepatologie
reesa.graf@kssg.ch

**Fehlt Ihre Veranstaltung?**

Tragen Sie sie ein auf events.emh.ch

Soll Ihre Veranstaltung herausstechen?

Wir helfen gerne.
events@emh.ch

Die komplette Liste der Veranstaltungen finden Sie auf events.emh.ch

Angaben unter Vorbehalt in Anbetracht der aktuellen Einschränkungen infolge der Massnahmen zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie.